

Gegen unsinnige Monopole in der Psychotherapie

Die vier Quadranten des Wissens

Dirk Revenstorf, Tübingen

Seit fast einem Jahrhundert versuchen die verschiedenen Therapieschulen, sich gegenseitig den Rang abzulaufen. Dabei haben sie nur unterschiedliche Facetten ein und derselben Sache erfasst, wie die drei Blinden in der Metapher, die vom Elefanten Bein, Ohr oder Rüssel betasteten und jeweils meinen, das Wesentliche gefunden zu haben. Genau genommen sind es vier Facetten, in die alles Wissen – auch das Wissen über die Psyche und deren Therapie zerfällt.

■ Es gibt die Innensicht der Erfahrung und die Außensicht; und es gibt jeweils das Individuum als Objekt der Betrachtung und seinen Bezug zum Kollektiv (Abb. 1). Das subjektive Erleben ist die Innensicht des Individuums (A) und die Kultur, speziell Lebensphilosophie und Ethik sind subjektive Innensichten der Gemeinschaft (C). Dagegen schlägt sich die objektive Sicht der individuellen Erfahrung in beobachtbarem Verhalten und der Physiologie nieder (B) und die objektive Sicht des Bezugs zur Gemeinschaft wird durch Kybernetik, Synergetik und andere Systemwissenschaften dargestellt (D) [33].

Daraus ergeben sich vier Aspekte von Psychotherapie, in denen jeweils einzelne Therapieformen ihren Fokus haben: Die

tieferpsychologischen Therapien konzentrieren sich auf das Erleben und die Verarbeitung von Bedürfnissen, Konflikten und Frustrationen (A). Sie interessieren sich wenig für äußerliche Änderungen des Patienten und den systemischen Bezug. Die Verhaltenstherapien dagegen haben ihren Fokus auf das von außen Beobachtbare des Erlebens, eben das Verhalten gerichtet (B). Die humanistischen Therapien stellen die richtige Lebensform und die damit verbundenen Werte in den Mittelpunkt (C) und leiten daraus auch therapeutische Interventionen ab. Und die systemischen Ansätze befassen sich hauptsächlich mit der Interaktion und der Interdependenz von Individuen in Paarbeziehungen, Familien und anderen Gemeinschaften (D).

Natürlich müsste jede Therapie alle vier Aspekte berücksichtigen: Das Erleben entscheidet darüber, ob das Individuum leidet oder glücklich ist. Menschen entwickeln unter äußerlich gleichen Umständen wie Scheidung oder Pensionierung ein unterschiedliches Lebensgefühl oder leiden unter einer körperlichen Krankheit unterschiedlich stark (A). Aber im Sinne einer Verpflichtung zur Rechenschaft über sein Tun ist der Therapeut auch gehalten, einen für Außenstehende – nämlich für die Krankenversicherung z. B. – sichtbaren Nachweis des Erfolgs seiner Therapie zu führen, der sich in objektiven Daten niederschlägt (B). Da kein Individuum losgelöst vom sozialen Kontext sein Leben entfaltet, sind auch immer Andere von seinen Veränderungen betroffen und ebenso stabilisieren andere das Verhalten des Einzelnen – sei es seine Krankheit oder seine Heilung (D). Das, was als krank/abnorm oder gesund/normal empfunden wird, ist aber auch kulturell und subkulturell verankert: wenn man am Badestrand den Abschnitt der Freikörperkultur betritt, ist die Nacktheit normal, obwohl sie ein paar Meter davon entfernt als abartig gilt. Die anorektischen Körper der Modemodels gelten als erstrebenswert, während sie außerhalb des Kontextes der Hochglanzjournale als pathologisch diagnostiziert werden (C).

Übergänge zwischen Quadranten

Tatsächlich existieren zahlreiche Übergänge zwischen den Quadranten. Die tieferpsychologischen Ansätze wie Psychoanalyse und Jungianische analytische Therapie befassen sich im Wesentlichen mit der Innensicht des Erlebens (A): mit den verdrängten persönlichen und archetypischen Komplexen, d. h. den unverarbeiteten Themen, die das Individuum unbewusst oder bewusst beschäftigen und seine Bindungsmuster, Ängste, Zwänge, seine Wahnsysteme und seine Süchte bestimmen. Andere Varianten der Tiefenpsychologie befassen sich mehr mit den sozialen Aspekten der persönlichen Komplexe: dem Konkurrenzstreben, dem Gemeinschaftsgefühl und der Vernetzung bei Adler [1] oder den soziophilen, den soziophobischen und den kompetitiven Bedürfnissen bei Horney [17]. Diese Formen der tieferpsychologischen Therapie ragen also in den Quadranten D hinein. Aber selbst in-

	Innensicht	Außensicht
	<i>Subjektives Erleben</i>	<i>Objektive Fakten</i>
Individuum	A Fühlen Denken Bewusstes Unbewusstes	B Beobachtungen Zählungen Messungen
System / Kollektiv	C Kultur Werte Ethik Lebensphilosophie	D Ökologie Kybernetik Synergetik Chaostheorie

Abb. 1: Die vier Quadranten des Wissens: Innensicht und Außensicht von individueller und kollektiver Erfahrung (nach Wilber 1996, [33])

nerhalb der traditionellen Psychoanalyse gab es die Entwicklung vom triebtheoretischen Fokus zur Objekt-Beziehung.

Die traditionelle Verhaltenstherapie betrachtete zunächst nur das beobachtbare Verhalten (Behaviorismus), ohne nach dem Erleben zu fragen (B). So entstanden die Konditionierungs-Ansätze von *Skinner und Wolpe*. Allerdings wurden seit 1960 Denkprozesse einbezogen; daraus ergaben sich die sog. kognitiven Verhaltenstherapien von *Ellis, Beck und Meichenbaum* [2, 7, 24]. Seit 1990 wird durch die Bücher von *Goleman, Gershon und Damasio* [5, 11, 12] die emotionale Intelligenz als Anpassungskomponente betont und findet in der Verhaltenstherapie zunehmend Beachtung, die damit in den Quadranten A hineinragt.

Die humanistischen Therapien sind diejenigen, die menschliche Werte wie Würde, Sinnsuche, Selbstaktualisierung und Liebe als Therapieziel besonders hervorgehoben haben und seelische Gesundheit mit einer bestimmten Lebensphilosophie verbinden (C): die Gesprächstherapie bei *Rogers (1941)* mit der Annahme des Wachstumspotentials und des prinzipiell Guten im Menschen, die Gestalttherapie [27, 28] mit der Betonung der Schließung un abgeschlossener Bedürfnisgestalten, der Selbstverantwortlichkeit und des Erlebens im Hier und Jetzt, die an einer Zen-buddhistischen Grundhaltung orientiert ist. Die Existenzialanalyse von *Binswanger* und die Logotherapie von *Frankl* [10] stellen die Sinnfrage ins Zentrum der Betrachtung. Ebenso stellt die Hakomi-Körpertherapie von *Kurtz* [21] eine lebensphilosophische Perspektive her, indem sie die Gewaltlosigkeit und gleichfalls eine Zen-buddhistische Haltung der Achtsamkeit zum Prinzip des gesunden Lebens macht. Alle humanistischen Therapieformen betonen das Primat des Erlebens als wesentliches Kriterium von gesund und krank und ragen daher in den Quadranten A hinein. Die Gestalttherapie ist übrigens die einzige Therapieform, die den Versuch einer von humanistischen Werten geprägten experimentellen, Kibuz-ähnlichen Lebensgemeinschaft unternommen hat.

Die systemischen Ansätze haben das Gefüge der Individuen in Paarbeziehungen, Familien und Gruppen aller Art im Auge (D) und betrachten individuelle Symptome als synergetisches Produkt des Systems. Es gibt dann keinen individuellen

Ebene	Erfahrung	Interventionsform
1) Kosmos	Sinn, Spiritualität	Religion
2) Erde	Ökologie, Ausbeutung, Pazifismus	politische Aktivierung
3) Kultur	Feminismus, sexuelle Repression	politische Aktivierung
4) Kommune	Politisches Bewusstsein	politische Aktivierung
5) Gruppe	Gruppendynamik, Soziale Kompetenz	Gruppentherapie
6) Familie	Delegation, Familienmythen	Familientherapie
7) Partnerschaft	Partnerwahl, Paarkonflikte	Paartherapie
8) Verhalten	Defizitäres, exzessives Verhalten	Verhaltenstherapie
9) Sprache	Sprachausdruck	Idiologik (Analyse der Ausdrucksweise)
10) Bewusstes	Planung, Analyse, Imagination	Kognitive Therapie
11) Vorbewusstes	Ideale, irrationale Ideen, Werte	Kognitive Therapie
12) Unbewusstes	Träume, Trance	Psychoanalyse, Hypnose
13) Emotion / Affekt	Gefühle, Hemmungen, Impulse	Gespräch-, Gestalttherapie
14) Bewegungsapparat (Körper)	Haltung, Bewegung, Ausdruck	Körpertherapie
15) Organsysteme (Körper)	Somatik / Psychosomatik	Medizin, Hypnose

Abb. 2: Therapieformen auf Ebenen von innen nach außen angeordnet [31]

Patienten, sondern nur Symptomträger oder Indexpatienten. Die Therapie besteht in strategischen Interventionen, die Bewegung in das bestehende Regelgefüge bringen sollen, und so die Auflösung der Stagnation in einer veralteten Homöostase und eine Neuordnung durch Fluktuation fördern. Wenn das gelingt, treten die alten Regeln außer Kraft und die Betroffenen müssen sich neu arrangieren. Aber genau diese Regeln, die das System steuern und z. B. das subjektive Gefühl einer heilen Familie (heiraten und Kinder kriegen) ergeben, sind häufig kulturell verankert.

Man kann sagen, dass alle Therapieformen vom subjektiven Erleben (A) von Angst, Schmerz oder Depression ihren Ausgang nehmen; aber einige verlagern den Interventionsschwerpunkt in einen der anderen Quadranten, d. h. betonen Lebensphilosophie, Verhalten oder Bezogenheit.

Historisch haben sich alle Therapieformen aus der Hypnose entwickelt, die ihrerseits schamanische Wurzeln hat [6]. *Mesmer* [25] hat die Hypnose im 18. Jahrhundert aus dem spiritistischen Winkel in die Wissenschaftlichkeit zu befördern versucht und als Therapieverfahren bei, wie wir heute sagen würden, psychosomatischen Störungen eingesetzt. Im 19. Jahrhundert wurde die Hypnose sowohl von der Medi-

zin als Analgetikum (von Chirurgen wie *Esdaille* und *Braid*) als auch in der Psychiatrie (von Psychiatern wie *Charcot* und *Janet*) als Psychotherapie eingesetzt. *Freud* machte die Hypnose als Instrument der Aufhellung des Unbewussten zum Ausgangspunkt der Psychoanalyse, ließ sie allerdings später fallen. Verhaltenstherapeuten *Wolpe* und *Lazarus* [22] haben sie zur Intensivierung der Vorstellung und der Entspannung eingesetzt. Die moderne Hypnose *Ericksons* [8] baut im Gegensatz zur traditionellen Auffassung nicht auf Fremdsuggestion, sondern fördert mit einem lösungsorientierten Ansatz die Aktivierung der Ressourcen des Patienten und steht damit humanistischen Therapien nahe. Zugleich gab Erickson den systemischen Therapien wesentliche Impulse – etwa mit dem Prinzip der Verstörung (Konfusion) zur Labilisierung festgefahrener Regelsysteme.

Das Zwiebschalenmodell

Man kann die Psychotherapien in ihrem Ansatzpunkt auch vom Inneren des Individuums nach außen zu seiner Umgebung anordnen (Abb. 2). Da grenzt die Psychotherapie innen an die Medizin und weiter außen an die politischen und religiösen Handlungs- und Erlebnissphären. **Jede Störung schlägt sich in jeder der Sphären nieder.** Sucht z. B. hat somatische Entzugs-

und Vergiftungssymptome (Abb. 2, Ebene 15) und kann medizinisch behandelt werden. Es sind aber auch Ängste damit verbunden (Ebene 13), unbewusst mit dem Abusus zugedockte Versorgungsbedürfnisse (Ebene 12), irrationale Kontrollideen über die Suchtbeherrschung (Ebene 11), defizitäres Leistungsverhalten und exzessiver Substanzmissbrauch (Ebene 8), Ehekonflikte (Ebene 7), Bindungslosigkeit in der Primärfamilie (Ebene 6), soziale Defizite („Scene“-Verhalten, Ebene 5), mangelnde berufliche Einbindung (Ebene 4), kulturell geprägte Trinknormen (Bier im Baugewerbe, Ebene 3), gescheiterte Sinnsuche, spirituelle Krise (Ebene 1). Das lässt sich für viele Störungen ähnlich durchdeklinieren und **Therapie könnte auf allen Ebenen ansetzen und findet meist da statt, wo der Patient selbst sein Problem sieht.**

Nicht selten beginnt die Behandlung mit dem Suchtproblem, der Depression oder Phobie eines der beiden Partner und endet als Paartherapie, weil der Andere an der Aufrechterhaltung des Symptoms beteiligt ist (etwa: Ehefrau mit Helfersyndrom als Ko-Alkoholikerin). Auch hier könnte man fordern, dass Psychotherapie alle Ebenen in Betracht zieht und der Patient evtl. weiter verwiesen wird, wenn der Therapeut an die Grenzen seiner Kompetenz stößt. Die Frage ist auch, auf welcher Ebene man beginnt und worauf sich der Patient einlassen kann. Ein an der Rationalität orientierter Geschäftsmann wird sich nicht ohne weiteres leicht tun, sich mit den gefühlsmäßigen oder familiären Aspekten seiner Panikattacken zu beschäftigen, sondern zunächst die somatische Ebene in Betracht ziehen und eine medikamentöse Behandlung anstreben. Dabei kann gerade sein blockierter Zugang zum eigenen Gefühlsleben einen wesentlichen Teil seines Problems ausmachen, aber da muss er erst hingeführt werden. Andererseits kann eine tief depressive Person nur schwer dazu gebracht werden sich zu aktivieren und soziale Kontakte aufzunehmen, um die Vereinsamung abzubauen und benötigt u.U. erst ein aufhellendes Antidepressivum.

Grenzen der Psychotherapie

Ein generelles Merkmal der westlichen Psychotherapie-Kultur ist die Orientierung des Patienten auf sein Innenleben (Tab. 1 Quadrant A, Tab. 2 Ebenen 10–15). Scheitern in

der realen Welt wird als Folge von tief sitzenden Konflikten gesehen, die in der Vergangenheit oder in blockierten inneren Ressourcen wurzeln. Psychotherapie geht allzu häufig davon aus, dass das Problem des Patienten sein hilfloser Versuch sei, sich noch besser den Anforderungen der Gesellschaft anzupassen. Dabei wird der politische Aspekt übersehen, dass die Gesellschaft früher etwa mit ihrer repressiven Sexualmoral [29] und heute mit ihrem Zwang zum glücklich, jung und erfolgreich sein [3], den Menschen in Anpassungsnöte und eine psychische wie psychosomatische Leidensituation bringt. So haben *Hillman & Ventura* (1993) in ihrem Buch *Hundert Jahre Psychotherapie und der Welt* geht es immer schlechter darauf hingewiesen, dass viel Energie der materiell und intellektuell potenten Mittelschicht an die eigene Nabelschau verschwendet wird, statt sie in die Änderung der gesellschaftlichen Umstände zu investieren, die krank machen.

Die äußeren Ebenen des in der Welt seins werden zu Gunsten der inneren Ebenen der Erfahrung häufig vernachlässigt. Eine Aktivierung des Individuums in seiner sozialen Umgebung könnte hilfreicher sein als die Analyse seines frühen Geschwisterneides oder Vaterhasses. Einer agoraphobischen Hausfrau ist mit beruflicher Starthilfe und einer Frauengruppe evtl. nachhaltiger geholfen als mit der Analyse der Kindheit und Reflektionen über die vereinnahmende Mutter. Damit wird nicht bestritten, dass traumatische Erfahrungen lange Nachwirkungen haben können und eine aufdeckende Behandlung nötig machen.

Ein differenzierter Blick macht auch deutlich, dass die vom Patienten aufgesuchte Therapieform mit einer Vermeidung des eigentlichen Problems zusammenhängen kann: wenn etwa jemand zur Hypnose kommt und möchte, dass die Angst oder die Sucht möglichst ohne eigenes Zutun weggezaubert wird und dabei übersehen wird, dass sich hier Unselbständigkeit und Abhängigkeit wiederholen. Die verschiedenen Ebenen sind für die Therapie alle bedeutsam und der Therapeut wird dem Patienten dort zu begegnen versuchen, wo er ihn am besten erreicht (**Joining, Pacing**), um ihn dann aus der Sackgasse seiner eingegengten Sichtweise herauszuführen (**Leading**). Ein guter Therapeut wird aber nicht

die Selbstgefälligkeit haben, zu glauben, er könne dem Patienten den richtigen Weg zeigen. Er wird es ihm nicht abnehmen, seine Ziele zu formulieren. Interventionen sollen aus Impulsen bestehen, die Selbstorganisation des Patienten anzuregen und ihn zu motivieren, Initiative zu entwickeln und die Krisenherde auszuräumen.

Entwicklung

Es ist nicht zu verkennen, dass Menschen dann leiden und Symptome produzieren, wenn sie in ihrer Entwicklung blockiert sind. Der Mensch entwickelt sich sein ganzes Leben weiter. Dies wird von *C. G. Jung* [19] als Individuation beschrieben und *E. Erikson* [9] hat die Entwicklungskrisen beschrieben, die sich durchs Leben ziehen. In der Jugend geht es eher darum, jemand in dieser Welt zu sein und Autonomie, Selbstwertgefühl und Rollenbeherrschung zu erlernen. Später stehen Produktivität, Bindungsfähigkeit und Verantwortung im Vordergrund, im Alter schließlich Bilanz, Sinn und Ablösung. **Daher kann Psychotherapie auch als Entwicklungsförderung betrachtet werden.** Probleme können gerade daraus resultieren, dass Menschen mit 25 durch langjährigen Drogenkonsum sich noch gar nicht mit den Problemen des sich in der Welt Zurechtfindens auseinandergesetzt haben, die ihre Altersgenossen im Alter zwischen 15 und 25 in Angriff genommen haben. Oder Menschen, die mit 55 Jahren noch Zielen der Produktivität und Fitness nachjagen, die sie eigentlich mit 45 erreicht haben wollten, machen sich krank, weil sie mit dem Thema der Anerkennung und Leistungsfähigkeit beschäftigt sind und sich eigentlich schon in der Phase der Integration und Involution befinden. Hier ist die Auseinandersetzung mit sich selbst Voraussetzung für die Heilung psychischer und medizinischer Probleme wie Suchtgefährdung oder Koronarerkrankung.

Ein Blick auf die Lebenssituation des Patienten macht deutlich, dass **die verschiedenen Ebenen der Erfahrung oft mit einander verschränkt sind.** Eine Ehekrise kann mit unerfüllten Bedürfnissen der Kindheit zusammenhängen, wenn die Partner bemerken, dass jeder damit überfordert ist, den anderen aus seinen frustrierten Sehnsüchten früherer Lebensphasen zu retten. Und häufig wird die Partnerwahl unbe-

wusst so getroffen, dass die Möglichkeit einer Rettung ebenso vorprogrammiert ist wie der Konflikt, der aus dieser Erwartung resultiert: wenn z. B. eine schwache Person einen Tyrannen heiratet, der in diesem Aspekt Vater oder Mutter ähnelt – in der unbewussten Hoffnung diesmal Gerechtigkeit zu erfahren. In der Bewältigung der Beziehungskrise kann ein Schritt für die individuelle Entwicklung getan sein.

Trends Akzeptanz

Ein Trend in der Psychotherapie ist in der Abkehr vom medizinischen Modell zu sehen. Der Körper kann als gesund gelten, wenn er leidensfrei ist, d. h. keine Schmerzen und keine dysfunktionalen Organveränderungen vorliegen. Im Seelenleben ist Leidensfreiheit aber nicht der Normalzustand. Vermutlich leiden 70 % aller Menschen an irgendetwas: an Ängsten, Verzweiflung, Frustration, Enttäuschungen, Liebesverlust usw. – abgesehen von körperlichen Krankheiten. Seelisches psychisches Leiden ist eine menschliche Grundbedingung und sehr schwer zu vermeiden: etwa die Angst vor Tod, Verfall, und Einsamkeit, die Sorge, wichtige Bezugspersonen zu verlieren, die Qual, falsche Lebensentscheidungen getroffen zu haben usw. Es kann nicht darum gehen, absolute Leidensfreiheit zu erreichen, sondern Akzeptanz und Toleranz für das Leiden, während die Lebensfreude erhöht [15] und der Patient aus der Opferrolle befreit wird.

Wirksamkeitsforschung

Ein anderer Aspekt der Abkehr von der irigen Vorstellung, dass Psychotherapie analog zur Medizin zu verstehen sei, zeigt sich in der Wirksamkeitsforschung [30]. Der Nachweis der Wirksamkeit eines Pharmakons wird durch den Vergleich der Patienten, die das Medikament erhielten mit einer randomisierten Placebokontrollgruppe erreicht. Da bekannt ist, dass der Glaube des Behandlers schon den Patienten beeinflusst, wird die Untersuchung doppelblind durchgeführt. Diese Anordnung scheitert in der Psychotherapieforschung aus zwei Gründen: Therapeut und Patient sind sich bewusst, ob eine echte oder simulierte Therapie durchgeführt wird. Außerdem gibt es kein Placebo. Das Placebo repräsentiert in der Medizin den psycholo-

gischen und das Verum den physiologischen Wirkmechanismus; in der Psychotherapie wirken beide psychologisch. Bei anderen Vergleichsgruppen gibt es das Problem, dass man einem Patienten nicht ohne Konsequenzen für die Motivation eine Behandlung randomisiert aufdrängen kann, wenn er die andere vorzieht. Man muss daher nach anderen Versuchsplänen suchen (etwa Crossover-Anordnungen oder Wartelisten-Kontrollen), deren Aussagekraft aber begrenzt ist.

Diskussion

Psychotherapie hat sich zu einer Vielfalt von Verfahren entwickelt, die hier versucht wurden nach zwei Gesichtspunkten zu ordnen: objektive und subjektive Erfahrung als Fokus und individueller und kollektiver Bezug. Da die Therapieschulen sich traditionell jeweils auf wenige Ebenen beschränken und der Patient aber auf anderen Ebenen u. U. besser zu erreichen ist, kommt es zu Grenzüberschreitungen. Das führt einerseits zum Etikettenschwindel und andererseits zu Tendenzen einer allgemeinen Psychotherapie [13]. Diese allgemeine Psychotherapie soll dann in den Gesetzen der allgemeinen Psychologie verankert sein, d. h. in den Erkenntnissen zur subliminalen und supraliminalen Wahrnehmung, Motivation, Emotion, Kognition, Persönlichkeit, Entwicklungs- und Sozialpsychologie. Damit würde Psychotherapie zu einem systematischen Unternehmen, in dem alle Prozesse der Informationsverarbeitung berücksichtigt werden.

Obwohl dies der Tatsache Rechnung tragen würde, dass die unterschiedlichsten Formen der Psychotherapie ihre Wirksamkeit empirisch nachgewiesen haben [14] und dass Interventionen aus verschiedenen Therapieformen nach Indikation einzusetzen sind, würde damit ein wesentlicher Wirksamkeitsfaktor in der Psychotherapie aufgegeben. Die beiden Komponenten, die den größten Anteil an der Wirkung haben, sind nämlich unspezifisch (*Wampold 2002*): es sind therapeutische Bindung (engl.: *alliance*) und die Überzeugtheit des Therapeuten von seinem Tun (engl.: *allegiance*). Um von seinem Tun überzeugt zu sein, hilft es dem Therapeuten, eine schulmäßige Orientierung als Identifikation zu haben.

Außerdem wird das rationale Modell von Therapie ergänzt durch die Überzeugungskraft, die die Intervention gewinnt, wenn sie auch Züge eines Rituals trägt z. B. das Ritual des Liegens in der Psychoanalyse und die Überzeugungskraft der Erklärung, wenn sie mythologische Züge trägt wie der fast mythische Begriff der Delegation in der Familientherapie oder der Ödipuskomplex. Es geht dabei nicht um einen Rückfall ins prärationale Denken; vielmehr werden Heilungskräfte des magischen und des mythologischen Selbst-Verstehens genutzt, um diese evolutionär älteren Denkstrukturen, die ja ohnehin unbewusst wirksam sind, zu integrieren [33].

Darüber hinaus resultiert die Kreativität des Interventionsinstrumentariums in den Therapieschulen aus der vertieften Beschäftigung mit den Patienten aus einem bestimmten Blickwinkel: etwa sieht man aus dem Blickwinkel der Körpertherapie den Körper als subtilen Ausdruck der Persönlichkeitsstruktur und der Entwicklungsgeschichte des Patienten. So konnte ein differenziertes Repertoire von Interventionen an Körperhaltung, Bewegung und Atmung entwickelt werden, das eines jahrelangen Studiums bedarf. Allgemeine Psychologie als wissenschaftliche Grundlage ist daher sinnvoll aber die Schulen werden in scheinbar irrationaler Weise Bestand haben und so ein kreatives Chaos aufrecht erhalten [20]. Die menschliche Evolution ist eben nicht durch Uniformitätstendenzen, sondern Diversifikation gekennzeichnet. ■

Literatur unter www.derneurologe-psychiater.de

Korrespondenz:
Prof. Dr. Dirk Revenstorff
Universität Tübingen
Erickson Akademie,
Gartenstr. 18, 72074 Tübingen

Fazit für die Praxis:

Die Psychotherapie umfasst vier Aspekte: die Innensicht der Erfahrung und die Außensicht, das Individuum als Objekt der Betrachtung und seinen Bezug zum Kollektiv.

Einzelne Therapieformen haben ihren jeweiligen Fokus, aber es existieren zahlreiche Übergänge, die berücksichtigt werden sollten.

Literatur:

- [1] Adler, A. (1933): Der Sinn des Lebens. Frankfurt/M: Fischer.
- [2] Beck, A. T. (1976): Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. München: Pfeiffer.
- [3] Bruckner, P. (2001): Verdammt zum Glück. Berlin: Aufbau Verla#
- [4] Ciompi, L. (1986): Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der „Affektlogik“. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In K. P. Kisker, J. E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart (I, S. 373- 410). Berlin: Springer.
- [5] Damasio AR (2002): Ich fühle also bin ich. München : List TB
- [6] Ellenberger, H. (1985). Die Entdeckung des Unbewussten. Zürich: Diogenes.
- [7] Ellis, A. & Harper, R. (1975): A New Guide to Rational Living. Hollywood: Wilshire.
- [8] Erickson MH, Rossi EL (1981): Hypnotherapie – Aufbau, Beispiele, Forschung. Pfeiffer, München.
- [9] Erikson, E. H. (1963): Childhood and society. New York.
- [10] Frankl, V. (1963). Man's search for meaning. New York: Bantam Books.
- [11] Gershon, M. D. (1998): The second brain. NY: Harper.
- [12] Goleman, D. (1995) Emotional Intelligence. NY: Bantam.
- [13] Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- [14] Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): 4.7.5. Hypnose, In: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, 626-637. Göttingen: Hogrefe.
- [15] Hayes et al. (2004)
- [16] Hillman, J. & Ventura, M. (1993): „Hundert Jahre Psychotherapie und der Welt geht es immer schlechter“. Düsseldorf: Walter.
- [17] Horney, K. (1951). Der neurotische Mensch unserer Zeit. München. Kindler.
- [18] Jaeggi, Rohner & Wiedemann: „Klinische Psychologie - was ist das?“
- [19] Jung, C. G. (1990): Traum und Traumdeutung, München: dtv
- [20] Kriz J (2005): Schöpferisches Chaos in der Psychotherapie. Systeme 19, 20–46.
- [21] Kurtz, R. (1983): Hakomi Therapy. Boulder Co: Hakomi Institute.
- [22] Lazarus, A. (1979): Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- [23] Masson, J. M. (1988): „Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing“. N. Y.: Athenum.
- [24] Meichenbaum, D. (1980): Kognitive Verhaltensmodifikation, München: U&S.
- [25] Mesmer, F. A. (1781): Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus. Tübingen: edition diskord. (1985 Nachdruck der Originalausgabe Carlsruhe: Michael Macklot, 1781).
- [26] Miller, H., Galanter, G. & Pribram, K. (1973): Strategien des Handels, Stuttgart: Ernst Klett.
- [27] Perls, F. (1973): Grundlagen der Gestalt-Therapie, München: Pfeiffer.
- [28] Polster, E., Polster, M. (1975): Gestalttherapie. Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie, München.
- [29] Reich, W. (1933): Charakteranalyse. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- [30] Revenstorf, D. (2004): Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, 9, 1–10.
- [31] Revenstorf, D., (1993): Psychotherapeutische Verfahren – Band I- IV; Stuttgart: Kohlhammer.
- [32] Wampold, B. E. (2001): The great Pschotherapy debate. London, Erlbaum.
- [33] Wilber, K. (1996): Integrale Psychologie. München: Goldmann.