

Martin R. Textor

Einleitung

INTEGRATION UND EKLEKTIZISMUS

Überblickt man die Geschichte der Psychotherapie, so fällt auf, daß sich im Verlauf der Zeit immer mehr Therapierichtungen entwickelt haben. Es entstand eine Vielzahl von "monolithen" Schulen, "in denen ein Ansatz beständig verfeinert und weiter ausgebaut wurde und Dissidenten ihren Ansatz eigenständig neben die Ausgangsmethode zu setzen versuchten" (Petzold 1980, S.323). So werden in Herinks (1980) Sammelband schon über 250 bekannte Ansätze unterschieden.

Neben der Entstehung einer immer größer werdenden Zahl von Therapieansätzen ("Methodeninflation") lassen sich zwei weitere Tendenzen beobachten: ein zunehmendes Interesse an der Integration verschiedener Therapierichtungen und eine wachsende Anzahl von Eklektikern. Während sich in einer 1961 veröffentlichten Untersuchung von Kelly bereits 40% der befragten klinischen Psychologen als Eklektiker bezeichneten, waren es in einer 1976 publizierten Befragung von Garfield und Kurtz schon 55%. Zugleich sank die Zahl psychodynamisch orientierter klinischer Psychologen von 41% auf 19%, während die der Verhaltenstherapeuten minimal von 9% auf 10% zunahm. Nach der von Garfield und Kurtz durchgeführten Befragung kombinierten 44 von 145 Eklektikern psychodynamische mit verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen - insgesamt wurden 32 unterschiedliche Kombinationen ermittelt.

Der Eklektizismus ist also durch die Verwendung von zwei (oder mehr) Therapieansätzen oder die Übernahme von Konzepten, Hypothesen und Techniken aus verschiedenen Therapierichtungen gekennzeichnet. So meinten 72 von 154 Eklektikern - laut der bereits erwähnten Befragung von Garfield und Kurtz (1976) -, daß sie immer diejenigen Theorien und Verfahren anwenden würden, die für den jeweiligen Klienten und dessen speziellen Probleme am besten geeignet seien oder mit denen sie am besten arbeiten und den größten Erfolg erzielen könnten. 19 Eklektiker folgten in der Regel zwei (selten drei) bestimmten Therapieansätzen, während 22 Psychologen Elemente aus vielen verschiedenen (Therapie-)Theorien miteinander

verknüpften (1),(2). Den Eklektikern wird oft vorgeworfen, daß ihre idiosynkratischen Therapieansätze zu subjektiv, unsystematisch und unspezifisch sowie nur schwer zu evaluieren seien. Sie würden oft zu viele Konzepte und Techniken übernehmen (Unübersichtlichkeit) und diese nicht in ein explizites Bezugssystem einordnen (Synkretismus-Vorwurf).

Da so viele Eklektiker eine Kombination von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapieansätzen vertreten, möchte ich im folgenden anhand dreier Artikel aufzeigen, wie diese Ansätze einander ergänzen können. So weist Wachtel (1982) darauf hin, daß die Verhaltenstherapie prozeßorientiert sei, also untersuche wie etwas gelernt wird. Hingegen sei die Psychoanalyse inhaltsorientiert und erforsche, was gelernt und weshalb etwas gelernt wird. Während erstere sich auf "normale" Motivationen (das Streben nach positiver Verstärkung) konzentriere, beschäftige sich letztere mehr mit seltenen und idiosynkratischen Motiven sowie mit unbewußten Bestrebungen. So würde der Therapeut bei einer Kombination beider Therapierichtungen das menschliche Erleben und Verhalten besser verstehen können. Auch könne er mit Hilfe der Psychoanalyse verdrängte und angsteregende Wünsche erfassen und ihnen entsprechende Therapieziele aufstellen, so daß er sich nicht wie ein Verhaltenstherapeut nur auf die vom Klienten gewünschten Ziele und die von ihm gesehenen Probleme konzentrieren müsse.

Rhoads (1981) betont, daß der Eklektiker mit Hilfe tiefenpsychologischer Ansätze die Psychodynamik verstehen könne, also z.B. die Bedeutung des Symptoms für ein Individuum. Zugleich erlaube sie ihm das Herausfinden tiefliegender (unbewußter) Probleme, Phantasien, Ängste, Schuldgefühle und Abhängigkeiten. Während der Eklektiker mit Hilfe von Interpretation und ähnlichen Techniken Einsicht in diese Dynamik vermitteln könne, ließen sich verhaltenstherapeutische Verfahren zur Kontrolle unerwünschter Verhaltensweisen (durch negative Verstärkung, Gedankenstop, Desensibilisierung usw.) und zum Lehren neuer Fertigkeiten (z.B. durch positive Verstärkung, Modellernen, Verhaltensausformung) einsetzen. Auch sei es sinnvoll, wenn er verhaltenstherapeutische Methoden mehr für die Behandlung von spezifischen Symptomen, Ängsten, Phobien, Zwängen sowie Hemmungen und psychoanalytische Verfahren z.B. mehr für narzißtische und Charakterstörungen verwenden würde. Mit Hilfe psychodynamischer Therapieansätze könne der Eklektiker auch Übertragungsprozesse, Widerstände und Abwehrmechanismen erkennen und richtig darauf reagieren.

Birk und Brinkley-Birk (1974) verweisen darauf, daß sich Verhaltenstherapeuten auf die äußerlichen (Verhalten) und Psychoanalytiker auf die innerlichen (Denken,

Fühlen, Phantasieren) Aspekte der menschlichen Aktivität konzentrieren würden. So zielten erstere mehr eine Verhaltensänderung und letztere mehr Selbsterkenntnis und Einsicht an. Dementsprechend würden sich Verhaltenstherapeuten in der diagnostischen Phase mit der Verhaltensanalyse (objektive Beobachtung und Messung) und in der Behandlungsphase mit der Extinktion unangemessener und dem Lehren angemessener Verhaltensweisen beschäftigen, während Psychoanalytiker ein Verstehen psychodynamischer Prozesse (via Introspektion und subjektivem Bericht) anstreben und Einsicht in die Ursachen und Entwicklungsgeschichte bestimmter Reaktionen (Symptome) geben würden. Beim Wiedererinnern vergangener Situationen solle der Patient erkennen, daß damals gelernte Verhaltensweisen heute unangepaßt seien und geändert werden müßten. So würde er die Fähigkeit zur Diskrimination weiterentwickeln und lernen, wann er alte Verhaltensweisen ändern und an neue Situationen anpassen müsse. Da sich also beide Therapierichtungen ergänzen und einander Mängel kompensieren würden, werden sie nach Birk und Brinkley-Birk (1974) miteinander verknüpft: "Das von uns vorgeschlagene Modell versucht, die innerlichen und äußerlichen Aspekte der menschlichen Aktivität miteinander zu kombinieren - Selbsterkenntnis als einen Verstärker der Verhaltensänderung zu betrachten und eine realistischer werdende Bewertung natürlicher sozialer Belohnungen und Bestrafungen als ein Motiv für die Fortsetzung einer auf Einsicht beruhenden Selbstverwirklichung zu sehen" (S.505). Bei einer Kombination von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie könnten innere und äußere Verstärker, Wahrnehmung, Erleben und Verhalten geändert werden, so daß der Klient nach beendeter Behandlung innerlich und äußerlich auf angemessene Weise reagieren würde.

Ich bin der Meinung, daß es einen fließenden Übergang zwischen Eklektizismus und Integration gibt (3),(4). So sind die Vertreter integrativer Theorien genauso unzufrieden mit den einzelnen Therapierichtungen und Schulen wie die Eklektiker, da dort eine Vielzahl von Variablen in der Lebenssituation des Klienten und in der Behandlungssituation Variablen übersehen und so der Wahrnehmungsrahmen des Therapeuten begrenzt, ein zu kleines Repertoire an Techniken und Verfahren zur Verfügung gestellt und ein zu geringer Therapieerfolg (allgemein oder bei bestimmten Patientengruppen) erzielt werden würde. Sie beginnen, wie die Eklektiker, mit zunehmender Erfahrung die Grenzen der übernommenen Ansätze zu überschreiten und mit verschiedenen Techniken zu experimentieren. Dabei erkennen auch sie, daß sich die verschiedenen Ansätze ergänzen und überschneiden. So meint beispielsweise Petzold (1980): "Die Situation im Bereich der Psychotherapie, Soziotherapie und psychologischen Rehabilitation ist zur Zeit so, daß kein Verfahren, keine Therapierichtung den Anspruch auf Universalität, unbezweifelbarer Effizienz

und Angemessenheit in Hinblick auf die Bedürfnisse und Nöte kranker Menschen auch nur annähernd beanspruchen kann, ganz gleich, ob es sich um die Psychoanalyse mit ihrer elaborierten - und hochspekulativen - Persönlichkeitstheorie und der schwachen empirischen Fundierung handelt, oder um die Verhaltenstherapie mit der starken empirischen Fundierung und mageren Persönlichkeitstheorie oder um die humanistische Psychotherapie mit ihren guten philosophisch-anthropologischen Konzepten, ihrer Wertorientierung und ihrem Methodenreichtum und ihrer schwachen empirischen Basis und dürftigen Krankheitslehre. Wenn diese Ansätze untereinander in Korrespondenz treten, die von Wertschätzung und Interesse für die Positionen des Anderen getragen ist, besteht die Chance, zu wirklich fundierten und effektiven Integrationsmodellen zu kommen, ..." (S.347).

Integration im Bereich der Psychotherapie bedeutet meiner Meinung nach, behandlungsrelevante Erkenntnisse, Konzepte, Hypothesen, diagnostische Verfahren, Techniken usw. aus verschiedenen Therapieansätzen zu einem Ganzen, zu einer Vollständigkeit anstrebenden Theorie zu vereinen. Dabei sollen komplementäre Teile miteinander verknüpft und berechnete gegensätzliche Positionen einer Synthese zugeführt werden. Im Gegensatz zum Eklektizismus wird m.E. bei der Integration mehr das Streben nach Ganzheit, nach einer umfassenden Theorie betont. So meint Kendall (1982): "Integration bezieht sich auf das Zusammenbringen oder auf das Inkorporieren von Einzelteilen in ein Ganzes. Sobald etwas integriert ist, läßt es sich als eine Kombination oder Ordnung von separaten Elementen bezeichnen, wobei ein harmonisches, im Inneren verknüpft (interrelated) Ganzes entsteht" (S.560). So werden integrative Modelle weniger von dem Vorwurf der Subjektivität, der Unübersichtlichkeit, des Unsystematischen und des Fehlens eines Bezugsrahmens getroffen, wie er dem Eklektizismus gemacht wird. Vielmehr sollen systematische, objektive und ganzheitliche Theorien entwickelt werden, die von einer anderen Qualität als Therapieansätze sind. So geht Petzold (1980) davon aus, daß es hier "die verbindende Kraft der Übersummativität gibt, daß Synopse und Synergie wirksam werden" (S.338).

Der Ausgangspunkt für integrative Modelle ist die Vorstellung, daß der Mensch ein facettenreiches Wesen sei, daß seine Lebenssituation und die Therapiesituation außerordentlich komplex und bei seinen Problemen eine Vielzahl von Variablen wirksam seien. So könnten nur umfassende Theorien für den Therapeuten nützlich sein, in denen der Mensch als Körper-Seele-Geist-Wesen konzeptualisiert, in seiner Soziabilität und Personalität gedacht sowie in einem bestimmten sozioökonomischen und soziokulturellen Kontext gesehen werde. Daraus müßten dann Konsequenzen

für die Therapie gezogen werden. In diesem Zusammenhang schreibt Hunt (1976), daß eine Integration von Therapieansätzen dem Therapeuten ein vieldimensionales "Bild von dem Problem des Patienten geben und Facetten enthüllen wird, die bei der ausschließlichen Befolgung nur einer Metapher übersehen worden wären. Aber genauso wie bei der Holographie kohärentes Licht von zwei Lasern benötigt wird, um ein dreidimensionales Bild zu erzeugen, werden komplementäre Metaphern nur produktiv sein, wenn jede ernst genommen und konsequent verwendet wird" (S.309). Jedoch können nur relevante, sinnvolle und einander nicht widersprechende Elemente in eine integrative Theorie eingefügt werden. So schreibt Hunt auch: "Alle Theorien können aufgrund der Widersprüche zwischen ihnen nicht wahr sein. Höchstwahrscheinlich ist keine gänzlich wahr, aber das sollte uns nicht aufhalten. Tatsächlich liegt der größte Wert einer Theorie darin, einem zu helfen, produktiv über einen Bereich nachzudenken" (S.309). Wenn man mehrere unterschiedliche Theorieansätze miteinander integriere, werde man diesen Bereich viel besser erfassen, untersuchen und verändern können.

Obwohl sich erste Integrationsversuche im Bereich der Psychotherapie schon für die dreißiger Jahre nachweisen lassen, nahm das Interesse an Integration und Eklektizismus erst in den letzten fünf bis zehn Jahren zu (s. Goldfried 1982 b). Heute wird es bereits von vielen Therapeuten und Wissenschaftlern geäußert (s.Anm.4). Ich möchte folgende Klassifikation von Integrationsversuchen vorschlagen:

(1) Viele Therapeuten sind bestrebt, einen bestimmten Therapieansatz oder eine Therapierichtung (z.B. Psychoanalyse, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse) durch die Integration von Erkenntnissen, Konzepten und Techniken aus anderen Schulen der Psychotherapie oder Wissenschaftsbereichen zu erweitern. So weisen psychoanalytisch orientierte Therapeuten im Gegensatz zu den Vertretern der klassischen Psychoanalyse dem Energie- und dem Instanzenmodell eine geringere (oder gar keine) Rolle zu, übernehmen das Konzept vom "Selbst", konzentrieren sich mehr auf das Verhalten und dessen Veränderung, beziehen signifikante Andere in die Behandlung ein und verwenden direkte Techniken (vgl. Wachtel 1982). Zum Beispiel erweitert Marmor (1982) seinen psychoanalytischen Ansatz durch die Integration der Erkenntnisse und Konzepte der Informations- und Systemtheorie, der Neurologie und Verhaltensforschung. Er sieht den Menschen als ein System an, das sich selbst regulieren, wachsen und lernen kann. Es ist in andere Systeme eingebettet und wird von diesen durch durchlässige Grenzen getrennt. Dabei hat eine Veränderung in einem System Auswirkungen auf alle anderen. Mit Hilfe der Psychoanalyse versucht Marmor dann, den Einfluß der äußeren Systeme auf das psychische System

zu erklären. Er schreibt: "So wird die Psychoanalyse aus dem Bereich eines rein intrapsychischen, auf das Individuum bezogenen Rahmens herausgenommen und in einen systemzentrierten gesetzt, der aber noch immer psychodynamisch ist. Das Ergebnis ist eine bessere konzeptuelle Grundlage für das, was wir alle schon erkannt haben, nämlich, daß die Ursachen der Psychopathologie nicht allein im Individuum liegen, sondern vielmehr in dem ganzen System seiner Beziehungen, angefangen von der Kleinfamilie bis hin zu den Mustern seiner Kultur" (Marmor 1982, S.342). Dementsprechend müßten Psychoanalytiker in diese größeren Systeme therapeutisch eingreifen.

Kendall (1982) beobachtet auch bei Verhaltenstherapeuten die Tendenz, den eigenen Ansatz durch Integration zu erweitern. So verweist er auf die zunehmende Beachtung von kognitiven, emotionalen und physiologischen Prozessen (intrapersonale Faktoren) sowie von den Erkenntnissen der System- und Kommunikationstheorie, der Entwicklungspsychologie (Piaget) und Psychometrie. Auch würden neuerdings viele Verhaltenstherapeuten die Eigenberichte ihrer Klienten (Introspektion) berücksichtigen, humanistische Ziele aufstellen und die therapeutische Beziehung nach den Vorschriften der Gesprächspsychotherapie ausrichten. So werden die Grenzen zwischen den einzelnen Therapierichtungen und Schulen immer undeutlicher.

Die Gruppe von Therapeuten, die einen bestimmten Therapieansatz durch Integration zu erweitern versucht, wird in diesem Sammelband durch den Beitrag von LAZARUS repräsentiert. Er geht von einem verhaltenstherapeutischen Ansatz aus und führt die Integration auf der Ebene der Therapietechniken durch: "Das Prinzip des technischen Eklektizismus" (Lazarus 1967,(5) erlaubt dem ... Therapeuten, eine Vielzahl von Interventionen zu entwickeln. Ein technischer Eklektiker übernimmt Techniken aufgrund des Nachweises über Effektivität, ohne notwendigerweise die von ihren Urhebern vorgelegten theoretischen Erklärungen anzuerkennen" (Lazarus et al. 1981, S.505). Aufgrund des Beibehaltens einer bestimmten Theorie ist dieser Integrationsversuch (wie vergleichbare) bereits sehr weit fortgeschritten, so daß Lazarus einen ausgebauten, umfassenden Therapieansatz vorweisen kann, die Multimodale Therapie (6).

(2) Eine andere Gruppe von Therapeuten, die in unserem Sammelband durch den Beitrag von GOLDFRIED vertreten wird, strebt eine Integration auf der Grundlage von Faktoren an, die den verschiedenen Therapieansätzen gemeinsam seien. So würden in allen Schulen der Psychotherapie die positiven Erwartungen des Klienten, die besondere Art der therapeutischen Beziehung und der Glaube des Therapeuten

an seine Methode eine bedeutende Rolle spielen. Bei jedem Therapieansatz zeige der Therapeut ein großes Interesse dem Patienten gegenüber, erkläre ihm seine Probleme (neue Perspektive), biete ihm die Möglichkeit zum Realitätstesten, erzeuge Hoffnung, dränge ihn zur Veränderung, unterstütze diesbezüglich Bemühungen und verstärke wünschenswerte Verhaltensweisen (s. Garfield 1982; vgl. van Quekelsberghe 1979; Goldfried 1983). Diese Gruppe von Therapeuten ist der Meinung, daß man mit Hilfe der genannten (und der noch unerkannten) gemeinsamen Faktoren besser den Therapieerfolg erklären könne als mit Hilfe der höchst unterschiedlichen Konzepte, Hypothesen und Techniken der Vertreter verschiedener Therapieansätze. Garfield (1982) verweist in diesem Zusammenhang darauf, daß auch die für alle Therapierichtungen mehr oder minder gleichen Erfolgsquoten für die Existenz gemeinsamer Wirkfaktoren sprechen würden. Das gleiche gilt auch für die Untersuchungsergebnisse von Sloane und seinen Mitarbeitern (1975): Sie wiesen nach, daß die Klienten von Therapeuten, die unterschiedlichen Therapierichtungen angehören, den Behandlungserfolg in der Regel auf sehr ähnliche Faktoren zurückführen. So sprachen sie der Persönlichkeit des Therapeuten, dem Verstehen und Angehen des Problems, der Selbsterkenntnis und der Möglichkeit, mit einer verständnisvollen Person zu sprechen, eine entscheidende Rolle zu - und nicht den für einen bestimmten Therapieansatz charakteristischen Eigenschaften.

Integrationsversuche auf der Grundlage gemeinsamer Wirkfaktoren befinden sich noch am Anfang ihrer Entwicklung. Das liegt teilweise daran, daß man sich nicht auf die Aussagen von Therapeuten über die Durchführung ihrer Behandlungen verlassen kann, da sie bestimmte Verhaltensweisen - insbesondere, wenn diese von ihrer Theorie nicht erfaßt werden - übersehen oder deren Bedeutung unterschätzen mögen. So konnten z.B. Murray (1956) und Truax (1966) nachweisen, daß Rogers die Technik der verbalen Verstärkung benutzte, sie aber nicht als Teil seines Repertoires erkannte und demzufolge nicht beschrieb. In diesem Zusammenhang meint Garfield (1982): "Obgleich die Anhänger einzelner Schulen der Psychotherapie dazu tendieren, ihren besonderen Ansatz und dessen einzigartigen Aspekt zu betonen, mögen ihre Beschreibungen von der Behandlung ihren tatsächlichen Verhaltensweisen und Interaktionen in der therapeutischen Situation nicht entsprechen (und tun es auch häufig nicht)" (S.616). Garfield verweist dann einerseits auf die Untersuchungen von Glover (1955) und Lieberman et al.(1973) sowie andererseits auf die von Lennard und Bernstein (1960) und von Barrett et al.(1978), die nachwiesen, daß auf der einen Seite sich die Anhänger einer bestimmten Therapierichtung in der Behandlungssituation unterschiedlich verhalten und Phänomene unterschiedlich sehen, während auf der anderen Seite Therapeuten aus verschiedenen Schulen ähnliche

Eigenschaften und Verhaltensweisen in ihrer Arbeit mit Patienten zeigen. So können diese Integrationsversuche nur dann an Bedeutung gewinnen, wenn die vergleichende empirische Therapieforschung stärker ausgebaut wird.

(3) Eine dritte Gruppe von Wissenschaftlern, die in dem vorliegenden Sammelband durch den Beitrag von TEXTOR repräsentiert wird, versucht, eine Integration verschiedener Therapieansätze auf der theoretischen Ebene durchzuführen. Dabei mag eine übergreifende Metatheorie (System- oder Feldtheorie, Strukturalismus, Phänomenologie) zugrunde gelegt werden. Häufiger wird aber wohl - aufgrund der Ablehnung der reduktionistischen Persönlichkeitstheorien der einzelnen Therapierichtungen und der daraus resultierenden Einseitigkeit bei der Behandlung - von einem umfassenden Menschenbild ausgegangen. So konzeptualisiert beispielsweise Petzold (1980) den Menschen als einen Körper-Seele-Geist-Organismus, der in einem bestimmten physikalischen und sozialen (gesellschaftlichen) Kontext lebt und eine Identität besitzt. Auf dieser Grundlage entwickelt er dann seine "Integrative Therapie": Er ordnet dem Körper die Somatotherapien (Atem- und Bewegungstherapie, Bioenergetik usw.), der Seele die Psychotherapien (Psychoanalyse, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Psychodrama usw.), dem Geist die Nootherapie (Seelsorge, Meditation) und der Lebenswelt die Soziotherapie (Kommunikations- und Milieuthherapie, Soziodrama, Gruppentherapie, therapeutische Gemeinschaft usw.) zu und betrachtet sie in ihrer Verknüpfung und Interaktion: "Die Somatotherapie hat immer Rückwirkungen auf das Psychische, die Psychotherapie immer Rückwirkungen auf das Somatische, die Nootherapie und die Soziotherapie stehen mit den Vorgenannten gleichfalls in unlösbarer Wechsel- und Zusammenwirkung" (Petzold 1980, S.338). Jedoch integriert Petzold nicht nur diese verschiedenen Therapieansätze entsprechend seinem komplexen Menschenbild, sondern inkorporiert auch die Erkenntnisse der Medien, Humanbiologie, Anthropologie, Philosophie, Theologie, Pädagogik, Soziologie, Politologie und Ökologie.

Der Ablauf einer "Integrativen Therapie" verläuft nach Petzold (1980) in vier Phasen: In der Initialphase werden die Lebensgeschichte, Lerngeschichte und der aktuelle Lebensprozeß des Klienten mit Hilfe psychoanalytischer (projektive Auswertung), verhaltenstherapeutischer (Verhaltensanalyse) und gestalttherapeutischer (Kontext- und Prägnanzanalyse) Verfahren und mit den Methoden anderer Therapieansätze erforscht. In der darauffolgenden Aktionsphase soll dann emotionale Erfahrung ("emotional learning") durch die Verwendung konflikt- oder erlebniszentrierter Verfahren vermittelt werden. Anschließend wird in der Integrationsphase rationale Einsicht ("insight learning") durch die Analyse psychodynamischer Zusammenhänge,

der Übertragung, der Verhaltensmuster und Kommunikationsstrukturen angestrebt. Und in der Phase der Neuorientierung soll eine Verhaltensänderung ("behavioral learning") durch das Training von Sensibilität und Expressivität sowie durch verhaltenstherapeutische Verfahren erreicht werden. Die Behandlung wird beendet, wenn der Klient zur emotionalen, kognitiven und Verhaltensregulierung fähig ist.

Integrationsversuche werden durch die berufspolitische Situation (verschiedene therapeutisch tätige Berufsgruppen mit getrennten Verbänden; viele Schulen der Psychotherapie mit konkurrierenden Organisationen), die Wettbewerbshaltung von Psychotherapeuten und Wissenschaftlern sowie durch die Unmenge an Therapieansätzen mit unterschiedlichen (ungenannten) Annahmen, Grundlagen, Menschenbildern, Hypothesen und Methoden erschwert. Problematisch ist vor allem das Fehlen einer einheitlichen und allen Therapeuten gemeinsamen Sprache. Jedoch bemühen sich schon einzelne Wissenschaftler, einen Therapieansatz in die Sprache eines anderen zu "übersetzen" (z.B. Dollard und Miller 1950) oder eine Sprache (z.B. die der experimentellen kognitiven Psychologie) für alle Ansätze zu entwickeln (z.B. Ryle 1978; van Quekelberghe 1979).

In diesem Kapitel habe ich die Konzepte "Eklektizismus" und "Integration" definiert sowie mehrere eklektische und integrative Modelle vorgestellt. Dabei habe ich mich auf den Bereich der Einzeltherapie beschränkt. Selbstverständlich gibt es auch Integrationsversuche in der Ehe (z.B. Birchler und Spinks 1980; Gurman 1981) und Familientherapie (z.B. Friedman 1981; Grunebaum und Chasin 1982). Auch streben viele Therapeuten (z.B. Levant und Haffey 1981; Pinsof 1983) an, Individual-, Ehe- und Familientherapie ineinander zu integrieren. Betrachtet man all diese Bemühungen und die damit verbundenen Schwierigkeiten, so muß man folgende Aussage von Petzold (1980) zustimmen: "Die Zeit der Orthodoxien geht zu Ende. Ob die neue Zeit leichter wird, ist zu bezweifeln, denn Integration ist ein mühevolleres Unterfangen" (S.347).-

Anmerkungen:

- (1) Letztere dürften eher das vollziehen, was in den folgenden Abschnitten als "Integration" bezeichnet wird.
- (2) 41 Eklektiker konnten hinsichtlich ihres Selbstverständnisses in o.a. Untersuchung nicht sinnvoll klassifiziert werden.
- (3) So müßte wohl der zuletzt vorgestellte Ansatz von Birk und Brinkley-Birk (1974) in die Übergangzone zwischen eklektischen Ansätzen und integrativen Theorien eingeordnet werden.
- (4) An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, daß Goldfried (1982 b) in einem Übersichtsartikel fast 100 eklektische Ansätze und Integrationsversuche aufführt. Artikel zu unserer Pro-

- blemstellung wurden z.B. in den folgenden Sammelbänden abgedruckt: Marmor und Woods (1980); Goldfried (1982 a); Arkowitz und Messer (im Druck).
- (5) Lazarus führte dieses Konzept 1967 in die wissenschaftliche Diskussion ein. Es ist offensichtlich, daß ich den Begriff "Eklektizismus" anders verwende als er.
- (6) Deshalb befindet sich sein Beitrag auch am Ende des vorliegenden Sammelbandes und hebt sich von den anderen Kapiteln ab.

Literaturverzeichnis:

- Arkowitz, H., Messer, S.B. (im Druck) (Hrsg.): Psychoanalytic and Behavior Therapy: Is Integration Possible? New York
- Barrett, C.L., Hampe, I.E., Miller, L. (1978): Research on Psychotherapy with Children. In: S.L. Garfield, A.E. Bergin (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 2.Aufl. New York
- Birchler, G.R., Spinks, S.H. (1980): Behavioral-Systems Marital and Family Therapy: Integration and Clinical Application. The American Journal of Family Therapy 8, S.6-28
- Birk, L., Brinkley-Birk, A.W. (1974): Psychoanalysis and Behavior Therapy. American Journal of Psychiatry 131, S.499-510
- Dollard, J., Miller, N.E. (1950): Personality and Psychotherapy. New York
- Friedman, P.H. (1981): Integrative Family Therapy. Family Therapy 8, S.171-176
- Garfield, S.L. (1982): Eclecticism and Integration in Psychotherapy. Behavior Therapy 13, S.610-623
- Garfield, S.L., Kurtz, R. (1977): A Study of Eclectic Views. Journal of Consulting and Clinical Psychology 45, S.78-83
- Glover, E. (1955): The Technique of Psychoanalysis. New York
- Goldfried, M.R. (1982 a) (Hrsg.): Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic, and Behavioral Practice. New York
- Goldfried, M.R. (1982 b): On the History of Therapeutic Integration. Behavior Therapy 13, S.572-593
- Goldfried, M.R. (1983): A Behavior Therapist Looks at Rapprochement. Journal of Humanistic Psychology 23 (1), S.97-107
- Grunebaum, H., Chasin, R. (1982): Thinking Like a Family Therapist: A Model for Integrating the Theories and Methods of Family Therapy. Journal of Marital and Family Therapy 8, S.403-416
- Gurman, A.S. (1981): Integrative Marital Therapy: Toward the Development of an Interpersonal Approach. In: S.H. Budman (Hrsg.): Forms of Brief Therapy. New York
- Herink, R. (1980) (Hrsg.): The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to More Than 250 Different Therapies in Use Today. New York
- Hunt, H.F. (1976): Recurrent Dilemmas in Behavioral Therapy. In: G.Serban (Hrsg.): Psychopathology of Human Adaptation. New York
- Kelly, E.L. (1961): Clinical Psychology - 1960. Report of Survey Findings. Newsletter, Division of Clinical Psychology (Winter), S.1-11
- Kendall, P.C. (1982): Integration: Behavior Therapy and Other Schools of Thought. Behavior Therapy 13, S.559-571
- Lazarus, A.A. (1967): In Support of Technical Eclecticism. Psychological Reports 21, S.415-416
- Lazarus, A.A., Kreitzberg, C.B., Sasserath, V.J. (1981): Multimodal Therapy. In: R.J.Corsini (Hrsg.): Handbook of Innovative Psychotherapies. New York
- Lennard, H.L., Bernstein, A. (1960): The Anatomy of Psychotherapy. Systems of Communications and Expectation. New York
- Levant, R.F., Haffey N.A. (1981): Toward an Integration of Child and Family Therapy. International Journal of Family Therapy 3, S.130-143
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D., Miles, M.B. (1973): Encounter Groups: First Facts. New York

- Marmor, J. (1982): Psychoanalysis, Psychiatry and Systems Thinking. Journal of the American Academy of Psychoanalysis 10, S.337-350
- Marmor, J., Woods, S.M. (1980) (Hrsg.): The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies. New York
- Murray, E.J. (1956): A Content-Analysis Method for Studying Psychotherapy. Psychological Monographs 70 (420)
- Petzold, H. (1980): Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie. Integrative Therapie 4, S.323-350
- Pinsof, W.M. (1983): Integrative Problem-Centered Therapy: Toward the Synthesis of Family and Individual Psychotherapies. Journal of Marital and Family Therapy 9, S. 19-35
- Rhoads, J.M. (1981): The Integration of Behavior Therapy and Psychoanalytic Theory. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation 3, S.1-6
- Ryle, A. (1978): A Common Language for the Psychotherapies? British Journal of Psychiatry 132, S.585-594
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1975): Psychotherapy Versus Behavior Therapy. Cambridge
- Truax, C.B. (1966): Reinforcement and Nonreinforcement in Rogerian Psychotherapy. Journal of Abnormal Psychology 71, S.1-9
- Van Quekelberghe, R. (1979): Systematik der Psychotherapie. Kognitiv-psychologische Grundlegung der Psychotherapie. München
- Wachtel, P.L. (1982): What Can Dynamic Therapies Contribute to Behavior Therapy? Behavior Therapy 13, S.594-609