

Martin R.Textor

### INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPIE (1)

Psychotherapeuten und Berater haben sich einen Beruf mit sehr hohen Anforderungen ausgewählt. Sie werden mit einer komplexen Therapiesituation, komplizierten Problemen und schwer lösbaren Konflikten konfrontiert - vor allem aber mit dem Menschen, einem außerordentlich vielschichtigen und nur schwer zu verstehendem Wesen, über dessen Psyche letztlich erst wenige wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. So muß jeder Psychotherapeut bewußt oder vorbewußt eine Theorie entwickeln bzw. von einem erfahrenerem Kollegen übernehmen, die sein Handeln anleitet. Diese wird immer aus vier Teiltheorien bestehen: (1) Die Persönlichkeitstheorie hilft dem Therapeuten, den Aufbau der Psyche sowie das Erleben und Verhalten seiner Klienten zu verstehen und zu erklären. Zudem enthält sie seine Vorstellung von der Natur und den Eigenschaften des Menschen. (2) Ferner benötigt er eine Theorie vom "gesunden" Menschen, um "normale" von pathologischen Erlebens- und Verhaltensweisen zu unterscheiden, Therapieziele aufstellen und die Behandlung bewerten zu können. (3) Seine Theorie der Psychopathologie hilft ihm, intrapsychische und interpersonale Konflikte sowie Verhaltensstörungen zu diagnostizieren, zu klassifizieren und ihre Ursachen zu erkennen. (4) Die Therapietheorie enthält seine Vorstellungen von den Behandlungszielen, der therapeutischen Beziehung, dem Therapieverlauf, den anzuwendenden Strategien und Techniken, den Indikationen und Gegenindikationen sowie der Evaluation.

Obwohl alle Therapieansätze formal gleich aufgebaut sind, unterscheiden sie sich inhaltlich in großem Maße. So ermittelte Herink (1980), daß es über 250 verschiedene "Therapien" gibt. In der Praxis herrscht aber eine noch größere Vielfalt vor, da jeder Psychotherapeut bzw. Berater den erlernten oder übernommenen Ansatz mit zunehmender Erfahrung und aufgrund von Gesprächen mit Kollegen modifiziert. So kombiniert er ihn mit selbst entwickelten Konzepten, Hypothesen und Techniken sowie mit solchen aus anderen Therapieansätzen. Zudem paßt er ihn an neue wissenschaftliche Erkenntnisse, seine Persönlichkeit und seine Klienten an. So kann man wohl sagen, daß die Zahl der Therapietheorien der Anzahl der Psychotherapeuten entspricht.

Es lassen sich viele Gründe aufführen, weshalb jeder Therapeut einen eigenen

Therapieansatz entwickelt. Einige sind in seiner Person zu finden:

(1) Oft lassen sich Parallelen zwischen der Lebensgeschichte eines Therapeuten und seiner Theorie ziehen (siehe z.B. Schultz 1976). Beispielsweise hält er häufig das für gesund, was in seiner Ursprungsfamilie funktionierte bzw. in der eigenen Familie funktioniert. Glaubt er, daß seine Entwicklung durch Kindheitserlebnisse determiniert wurde, so mag er sich intensiv mit der Lebensgeschichte seiner Klienten beschäftigen.

(2) Häufig bestehen auch Parallelen zwischen Alter sowie Geschlecht des Therapeuten und seiner Theorie. so wird ein junger männlicher Berater oft nur wenig Verständnis für die psychischen Probleme einer sich im Klimakterium befindenden Frau aufbringen können und wird sie dementsprechend nur wenig reflektieren. Stattdessen wird er sich auf andere Konflikte und Schwierigkeiten konzentrieren. Für denselben Therapeuten mag es auch unmöglich sein, einen mehr mütterlichen Therapiestil auszuüben oder großväterliche Verhaltensweisen zu zeigen.

(3) Meist besteht auch eine Beziehung zwischen der Persönlichkeit eines Therapeuten und dessen Therapieansatz. So mag er sich als stark durch Triebe, Gefühle oder Kognitionen bestimmt erleben und dementsprechend seine Persönlichkeits-theorie gestalten. Ist er wenig dominant und durchsetzungskräftig, so wird er relativ passiv in der Sitzung sein und eher von Interpretationen als von der Verhaltensausformung Gebrauch machen. Aber immer wird er versuchen, die ihm eigenen besonderen Fähigkeiten und Fertigkeiten weiterzuentwickeln und auf bestmögliche Weise zu nutzen.

(4) Augenscheinlich ist die Beziehung zwischen dem Menschenbild des Therapeuten und seinem Therapieansatz. Betrachtet er den einzelnen als ein autonomes Individuum, das nach Selbstverwirklichung strebt, so wird er es wahrscheinlich getrennt von seinen Familienmitgliedern behandeln und wenig Verantwortung für dessen Handeln übernehmen. Glaubt er, daß menschliches Verhalten durch Erbfaktoren und biochemische Prozesse bestimmt wird, dann wird er in der Behandlung Psychopharmaka einsetzen und sich bei therapeutischen Gesprächen schon mit kleinen Veränderungen zufriedengeben.

(5) Schließlich kann man noch Parallelen zwischen Einstellungen sowie Werten des Therapeuten und seiner Theorie ziehen. So wird er kaum paradoxe Techniken einsetzen, wenn er an das Recht des Klienten auf Selbstbestimmung glaubt und immer bereit ist, ihm sein eigenes Verhalten zu erklären. Will er die Gesellschaft verbessern, dann wird er als Therapieziel nicht die Anpassung des Klienten an seine soziale Umwelt vertreten.

Hinzu kommt, daß die Inhalte und Spannbreite eines Therapieansatzes auch durch die Ausbildungs- und Arbeitssituation des sie vertretenden Therapeuten mitbedingt

werden. Wer sich mehrere Jahre lang einer Lehranalyse unterzog, wird die zugrunde liegenden Theorien übernehmen und auf ihrer Grundlage den eigenen Ansatz entwickeln. Er wird also wohl kaum Konzepte und Techniken aus der Verhaltenstherapie in seine Theorie inkorporieren. Arbeitet er später nur mit Psychoanalytikern zusammen, so wird wahrscheinlich sein Ansatz aufgrund des Gruppendrucks und der mangelnden Konfrontation von den ihrigen kaum abweichen. Hingegen wird er wohl seine Theorie um neue Elemente bereichern, wenn er in einer das Experimentieren begünstigenden Atmosphäre (z.B. an einer Universität oder Forschungsanstalt), an mehreren unterschiedlichen Einrichtungen oder mit vielen verschiedenen Patientenpopulationen arbeitet. Zudem wird der Inhalt seiner Theorie durch den soziokulturellen Kontext (herrschende Werte, Normen, Einstellungen usw.), den Geist einer bestimmten historischen Epoche und den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis mitbestimmt.

Das Vorhandensein einer Vielzahl von Therapieansätzen und die Entstehung immer neuer Konzepte und Techniken liegen aber auch im Charakter von Therapie-"Theorien" begründet. Im Gegensatz zu beispielsweise vielen soziologischen Theorien sind sie nicht so sehr allgemeine Systeme von wissenschaftlichen Aussagen, die eine hypothetische Ordnung in einem bestimmten Erkenntnisbereich darstellen sollen, die als Modell der Wirklichkeit dienen und den Regeln der formalen Logik unterworfen sind. Und im Gegensatz zu beispielsweise vielen psychologischen Theorien sind sie nicht so sehr Systeme, die aus den durch Beobachtung und Befragung oder in Experimenten gefundenen empirischen Daten bzw. den jeweiligen Interpretationsversuchen bestehen, die ein bestimmtes Objekt unter Berücksichtigung möglichst vieler Aspekte erklären und dem Kriterium der interpersonalen Überprüfbarkeit gehorchen sollen. Hingegen sind Therapieansätze persönliche Theorien, die dem Organisieren von Informationen, wissenschaftlichen Erkenntnissen, erlernten Konzepten und eigenen Erfahrungen zu persönlichen Zwecken dienen, das Strukturieren eigener Eindrücke und Wahrnehmungen erlauben, Sinn und Ordnung in eine komplexe Situation bringen sowie Anleitung zum Handeln und zum Lösen von Problemen geben sollen. Mit ihrer Hilfe möchte der Therapeut die Ereignisse im Behandlungsraum auf logische und vernünftige Weise erklären und miteinander in Beziehung setzen, pathologische Erscheinungen erkennen, Ziele entsprechend seiner Vorstellung von "Gesundheit" formulieren, eine Strategie zum Erreichen dieser Ziele entwerfen, die eigene Rolle definieren, Techniken zur Verhaltensänderung finden und den Therapieerfolg messen können. Therapietheorien dienen also nicht der Erfassung der Gesamtheit aller beobachtbaren und erschließbaren Vorgänge im Behandlungszimmer, sondern als "Leitfaden" (im wörtlichen Sinn) durch eine

komplexe Situation. Es handelt sich also um auf eine bestimmte Anzahl von Personen beschränkte Interpretations-, Diagnose- und Handlungsmodelle, bei denen der Schwerpunkt auf der Darstellung von Ursache-Wirkung-Beziehungen und Ziel-Mittel-Ergebnis-Relationen liegt. Für den Therapeuten ist es wichtiger, daß sein Ansatz ein effektives Arbeiten und einen raschen Erfolg ermöglicht, als daß er allumfassend, "wahr" oder "richtig" ist.

Das Gesagte wird deutlicher, wenn wir uns in die Therapiesituation hineinversetzen: In jeder Sitzung wird der Therapeut mit verbalem und nonverbalem Verhalten, idiosynkratischen Codes, intrapsychischen und interpersonalen Prozessen, Einstellungen u.v.a.m. konfrontiert. Die auf den Ebenen der beiden Individuen und des therapeutischen Systems ablaufenden Vorgänge sind so komplex, daß sie sich nicht in ihrer Gesamtheit, Vielseitigkeit und Tiefe erfassen lassen. Und so wenig der Therapeut all die unzähligen auf ihn einströmenden Eindrücke und Informationen wahrzunehmen vermag, so wenig kann er sie alle ordnen, aus ihnen Schlüsse über nichtbeobachtbare Prozesse ziehen, sie bewerten und über eventuell notwendige Interventionen entscheiden. Hinzu kommt, daß der Therapeut sich selbst und seine Einwirkung auf den Klienten beobachten und sein Handeln bewußt und vorbewußt steuern muß.

Um nicht die Orientierung in der Behandlungssituation zu verlieren und nutzlos für die Klienten zu werden, hat jeder Therapeut seine Beobachtungen, Denkprozesse und Interventionen auf eine sinnvolle und handbare Anzahl von Variablen zu beschränken. Er muß entscheiden, ob er sich auf die Erfassung und Veränderung von beispielsweise somatischen Vorgängen, intrapsychischen Phänomenen (Unbewußtes, Emotionen, Erleben, Einstellungen, Kognition usw.), Verhaltensweisen, Interaktionsmustern, Beziehungen oder Rollen konzentrieren will. Dabei hängen die "Auswahlkriterien" häufig mit Lebensgeschichte, Persönlichkeitsstruktur, Menschenbild, Einstellungen und Ausbildung des Therapeuten zusammen. Diese Vorentscheidungen bestimmen dann, welche Objekte und Vorgänge vom Therapeuten durch übernommene oder selbst entwickelte Konzepte und Hypothesen beschrieben und erklärt werden. Zudem determinieren sie, was in der Behandlungssituation untersucht wird, wie pathologische Erscheinungen konzeptualisiert werden, wo und auf welche Weise interveniert werden muß und worauf sich die Therapieauswertung zu konzentrieren hat. Letztlich bestimmen diese Vorentscheidungen, was der Therapeut sieht - und dieser beschreibt dann in seinen Veröffentlichungen oder im Gespräch, was er sah und daraufhin tat bzw. was andere in einer ähnlichen Situation tun sollten.

Alle zur Beschreibung und Erklärung eines ausgewählten Objektes (z.B. Unbewußtes,

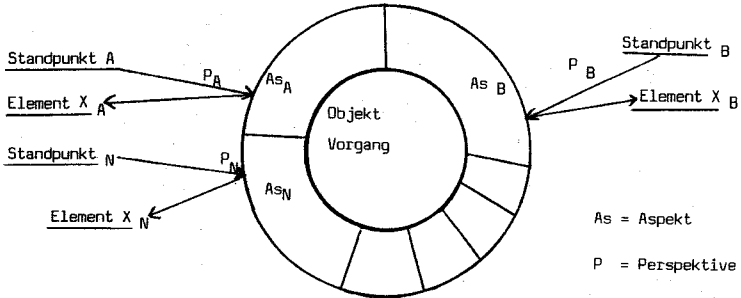
Selbst, Persönlichkeit) bzw. Vorganges (z.B. Erleben, Verhalten, Interaktion) entwickelten Konzepte und Hypothesen sowie alle Ziele, Methoden und Techniken, die sich auf die Erfassung und Veränderung von pathologischen Charakteristika dieses Objektes bzw. Vorganges beziehen, bezeichnen wir im folgenden als "Element". Damit meinen wir einen relativ umfassenden Grundbestandteil bzw. Baustein einer Therapietheorie, der in ihr einen zentralen Platz einnimmt und ihren Schwerpunkt bestimmt. Oft äußert sich seine Bedeutung schon in der Benennung eines Ansatzes (z.B. "Verhaltenstherapie", "Psychoanalyse"). Gewöhnlich findet man gleiche Elemente in vielen verschiedenen Therapieansätzen, so daß man von einer beschränkten Anzahl derselben sprechen kann. Allerdings enthält der einzelne Ansatz nur einige wenige Elemente, die auf idiosynkratische Weise miteinander kombiniert werden.

Geht man zum Beispiel bei der Persönlichkeitstheorie von Elementen wie "Körper", "Verhalten", "Gefühl", "Kognition" und "Unbewußtes" aus, dann fällt auf, daß sich die meisten Therapieansätze nur auf ein Element konzentrieren. So beschränken sich die Vertreter der medizinischen Therapie (Psychopharmaka), der Bioenergetik und der Eutonie auf die Beschreibung, Erfassung und Veränderung von Vorgängen im Körper. Verhaltens- und Kommunikationstherapeuten legen den Schwerpunkt auf das Verhalten, während sich Vertreter der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie vor allem mit den Gefühlen und dem Erleben beschäftigen. Die Rational-Emotive Therapie und die kognitive Verhaltenstherapie konzentrieren sich auf Kognitionen, während Psychoanalyse und andere tiefenpsychologische Ansätze "normale" und pathologische Prozesse im Unbewußten zu beschreiben, zu erfassen und zu beeinflussen versuchen. So beschäftigt sich jeder Therapieansatz nur mit einem Teil des Menschen, setzt nur einen Schwerpunkt.

Hinzu kommt, daß die meisten Therapeuten nur einzelne "Aspekte" (wahrgenommene oder erblickte Seiten) des ausgewählten Objektes bzw. Vorganges erfassen und beschreiben. Das liegt teilweise an deren Komplexität und an der Unüberschaubarkeit der Therapiesituation, teilweise aber auch an der unterschiedlichen Lebensgeschichte, Ausbildung, Arbeitssituation und Persönlichkeit sowie den verschiedenen Einstellungen, Werten und Menschenbildern der Therapeuten. Diese bestimmen deren Standpunkt und damit auch deren Sichtweise von dem Objekt bzw. Vorgang. Je nach Perspektive werden unterschiedliche Aspekte wahrgenommen und dementsprechend andersartige Konzepte, Hypothesen, Ziele und Techniken entwickelt (s. Abb.1). So erfassen Psychoanalytiker beispielsweise an der therapeutischen Beziehung (Theorieelement) die Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung. Hingegen betonen Kommunikationstherapeuten die Aspekte der Eindeutigkeit und der

Kongruenz zwischen dem verbalen und nonverbalen Verhalten, während Gesprächspsychotherapeuten die Aspekte der bedingungslosen Zuwendung, Echtzeit und Empathie beschreiben. Das hat wiederum Auswirkungen auf deren Verhalten in der Therapiesituation (Auswahl bestimmter Strategien und Techniken).

Abbildung 1: Die Aspektivität des therapeutischen Erkennens



Aus der Entscheidung für unterschiedliche Elemente, der Beschränkung auf verschiedene Aspekte und der nahezu unbegrenzten Anzahl von Kombinationsmöglichkeiten, aber auch aufgrund der Verwendung andersartiger Konzepte und Hypothesen sowie der Entdeckung immer neuer Untersuchungsmethoden und Behandlungsverfahren entstand so eine Vielzahl von Therapieansätzen mit unterschiedlichen Menschenbildern, Persönlichkeitstheorien, Pathologievorstellungen, Zielen, Strategien und Techniken. Als persönliche Theorie sind sie zumeist wenig explizit und formal, da sie nur den Zwecken des Therapeuten genügen müssen, d.h. sich im Verlauf der Behandlung bewähren sollten. Zudem sind diese Ansätze nur provisorisch und werden immer wieder verändert, z.B. wenn der Therapeut neue Beobachtungen oder Erfahrungen macht, Hypothesen falsifiziert, andere entwickelt oder von Kollegen lernt.

Diese Charakteristika von Therapieansätzen bedingen u.a. folgende Probleme:

(1) Aus der Entscheidung für die Beschränkung auf ausgewählte Elemente und Aspekte resultiert die große Einseitigkeit aller Therapietheorien. Sie eignet sich nicht zur Erklärung und Vorhersage von allen Verhaltensweisen, die ein Therapeut beobachtet. Auch werden viele Ursachen von Problemen und Störungen sowie Möglichkeiten zu deren Behebung übersehen und ausgeblendet. Zudem bleiben viele Variablen der Therapiesituation unberücksichtigt. Diese übergroße Vereinfachung

und das Beharren auf einem Standpunkt steht im Widerspruch zur Komplexität der Wirklichkeit.

(2) Alle Therapieansätze haben praktische Grenzen, d.h., kein Ansatz eignet sich für die Behandlung aller interpersonalen Probleme und aller Störungen des Erlebens und Verhaltens. Zum Beispiel haben Psychoanalytiker wenig Erfolg bei Suchtkrankheiten, Gesprächspsychotherapeuten bei isolierten Phobien und Familientherapeuten bei Schizophrenie. Auch eignet sich kein Therapieansatz für Klienten jeden Alters und aus allen sozioökonomischen Schichten. Der Stand der Therapieforschung läßt aber noch keine präzisen Aussagen über differentielle Indikationen der verschiedenen therapeutischen Richtungen und Techniken zu.

(3) Die Vorentscheidungen beschränken stark den Wahrnehmungsrahmen und Aktionsradius des Therapeuten. Sie machen ihn blind hinsichtlich wichtiger Eindrücke, hilfreicher Informationen und sinnvoller Ansatzpunkte für Interventionen, die von seiner Theorie nicht erfaßt werden. So mag er nach den Ursachen von Problemen am falschen Ort suchen oder ungeeignete Behandlungsmethoden auswählen, da alternative Konzepte, Erklärungen und Techniken nicht übernommen werden können. Zudem ermutigt der Therapeut ganz bestimmte Formen des Verhaltens und Erlebens, die für den Patienten ungewohnt sind, in der Regel nicht auftreten würden und deren Nutzen zweifelhaft ist. So schreibt Foley (1974): "Wir erwähnten ... die wiederholt gemachte Beobachtung, daß Freudsche Klienten Freudsche Träume und Jungsche Klienten Jungsche Träume haben. Der Grund sollte nun klar sein: Der Klient nimmt die Botschaften auf, die der Therapeut sendet" (S.125).

(4) Die Theorien sind wenig wissenschaftlich, da sie in der Regel viele implizite Annahmen enthalten, kaum empirische Forschungsergebnisse berücksichtigen, selten auf objektiven Beobachtungen basieren und nicht validiert wurden (mit Ausnahme der Verhaltenstherapie). Auch beziehen viele Therapeuten eigene Gefühle, Werte und Einstellungen in ihre Konzeptualisierungen ein.

(5) Da ein Therapeut in seine persönliche Theorie emotional investiert, tendiert er dazu, sie zu verabsolutieren und auf dogmatische Weise zu vertreten. Er hält sie für richtig und glaubt, daß er mit seinem Ansatz nahezu alle Konflikte und Probleme seiner Klienten behandeln kann. Oft wird seine Theorie von Studenten, anderen Therapeuten oder Nichtprofessionellen übernommen - vor allem dann, wenn er Charisma besitzt, viele Vorträge hält, eine einflußreiche Position bekleidet oder mit seinen Aussagen den Zeitgeist trifft. So bildet sich eine neue Schule der Psychotherapie, deren Vertreter meist andere Ansätze ablehnen, ohne die Überlegenheit der eigenen Theorie und Vorgehensweise zu beweisen. Sie sprechen eine besondere Sprache, reagieren auf viele Begriffe anderer Therapeuten allergisch und hegen ihnen gegenüber gewisse Vorurteile. Oft bilden sie professionelle "Ku-

schelgruppen", die ihrer Identitätsfindung dienen und in denen sie den Glauben an den eigenen Standpunkt hochhalten und dessen Unvereinbarkeit mit anderen Auffassungen betonen. So werden Notwendigkeit und Möglichkeit der Erweiterung des eigenen Therapieansatzes nicht erkannt; fehlt die Bereitschaft zum Experimentieren und zum Lernen von Vertretern anderer Theorien. Zugleich gewinnen Therapeuten durch die Zugehörigkeit zu einer Schule bestimmte politische, soziale und finanzielle Vorteile.

Aus dieser Situation mag die Unzufriedenheit vieler Psychotherapeuten mit ihrer Tätigkeit resultieren. So ergab eine von Kelly und seinen Mitarbeitern (1978) durchgeführte Befragung von 156 Klinischen Psychologen mit einer Berufserfahrung von 25 Jahren, daß nur 54% wieder diesen Beruf ergreifen würden. Und nur 53% der therapeutisch tätigen Psychologen waren mit ihrer Arbeit zufrieden. Bei einer von Mahoney (1971) durchgeführten Befragung von 42 führenden Verhaltenstherapeuten erwies sich ferner, daß diese sehr unzufrieden mit ihrem gegenseitigen Verständnis vom menschlichen Verhalten sind. So bewerteten sie den Grad ihrer Zufriedenheit nur mit "2" auf einer 7-Punkte-Skala.

Aus diesen Überlegungen folgt, daß alle Therapeuten die Verabsolutierung persönlicher Therapieansätze und die Bildung von Schulen ablehnen sollten. Es ist viel sinnvoller, sich an folgende Aufforderung von Goldfried (1983) zu halten: "Ich glaube, daß die intellektuelle und professionelle Rechtschaffenheit verlangt, daß jeder von uns unabhängig von seiner Orientierung eingesteht, was er erfolgreich tun kann und was nicht. Wenn wir diese Feststellung machen, sollten wir auch die Möglichkeit bedenken, daß unsere Schwächen durch die Stärken einer anderen Orientierung kompensiert werden könnten" (S.101). In der Praxis haben viele Therapeuten diesen Schritt schon getan und verschiedene Therapieansätze miteinander kombiniert. So bezeichneten sich 58% der von Kelly und seinen Mitarbeitern (1978) befragten Klinischen Psychologen als Eklektiker. Und 65% der von Larson (1980) befragten 339 Psychotherapeuten meinten, daß sie Ansätze aus mehreren Schulen verwenden würden.

Wir gehen aber noch einen Schritt weiter und fordern eine Theorie der Persönlichkeit, des gesunden Menschen, der Psychopathologie und der Psychotherapie, die alle Wissensbestände, alle bewährten Konzepte, Hypothesen und Techniken integriert. Sie ließe sich realisieren, wenn wir (1) möglichst alle, von verschiedenen Therapeuten entdeckten und beschriebenen Aspekte eines Objektes bzw. Vorganges miteinander verknüpfen und so ein vollständigeres Bild desselben (d.h. ein umfassenderes Theorieelement) erhalten würden, und wenn wir (2) die verschiedenen, in



einer Vielzahl von Therapieansätzen vorhandenen und nun vervollständigten Elemente miteinander verbinden würden. Als Methode könnte uns dabei die "Integration" dienen, d.h. die Verknüpfung komplementärer Aspekte, die Synthese berechtigter gegensätzlicher Positionen und die Inkorporation einander ergänzender Elemente zwecks Herstellen eines "Ganzen". Das Ergebnis unserer Bemühungen sollte eine "integrative" Theorie sein, d.h. ein umfassendes und Vollständigkeit anstrebendes System relevanter Aussagen über die Persönlichkeit, den gesunden Menschen, die Psychopathologie und die Therapie. Wir werden von nun an den Begriff "Theorie" dieser integrativen Theorie vorbehalten und sie so von den Therapieansätzen abgrenzen, deren Konzepte, Hypothesen, Erkenntnisse und Techniken von ihr inkorporiert werden sollen. Im Gegensatz zu den "persönlichen" Therapieansätzen mit den bereits beschriebenen Charakteristika und Schwächen müßte die integrative Theorie andere Aufgaben erfüllen und andersartigen Kriterien gehorchen: Sie sollte das Wissen, die Konzepte und Hypothesen in unserem Bereich zusammenfassen, zu einem Ganzen vereinen und systematisieren. Auch müßte sie Ursache-Wirkungs-Beziehungen und Zweck-Mittel-Ergebnis-Relationen aufzeigen. Zugleich sollte sie allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien genügen, d.h. deskriptiv und erklärend, logisch und formal, klar und verständlich, anwendbar und überprüfbar sein. Um das bisher Gesagte zu verdeutlichen, wollen wir an dieser Stelle noch einmal den Gedanken aufgreifen, daß sich verschiedene Therapieansätze nur auf einzelne Elemente einer umfassenden Persönlichkeitstheorie konzentrieren. Abbildung 2 zeigt, wie hingegen die integrative Theorie alle diese Elemente umfassen würde.

Abbildung 2: Therapieansätze und integrative Theorie: erfaßte Persönlichkeitsbereiche (auf fünf ausgewählte Elemente beschränkt).

	Integrative Theorie
Rational-Emotive Therapie Kognitive Verhaltenstherapie	Kognition
Gesprächspsychotherapie Gestalttherapie	Gefühle/Erleben
Psychoanalyse Tiefenpsychologie	Unbewußtes
Verhaltenstherapie Kommunikationstherapie	Verhalten
Medizinische Therapie Bioenergetik/Eutonie	Körper

Genauso wie die Auffassungen von der Persönlichkeit und der menschlichen Natur Grundlage der Therapieansätze sind, bildet die integrative Persönlichkeitstheorie das Fundament für die drei anderen Teiltheorien der integrativen Psychotherapie-theorie. So lassen sich die Aussagen der medizinischen Therapie über gesunde bzw. kranke somatische Prozesse, der Verhaltenstherapie über normale bzw. anormale Verhaltensweisen, der Tiefenpsychologie über unvermeidbare bzw. pathologische Konflikte im Unbewußten, der Gestalttherapie über ein ungestörtes bzw. gestörtes Erleben und der Rational-Emotiven Therapie über ein rationales bzw. irrationales Denken auf dieselbe Art und Weise zu einer integrativen Teiltheorie vom "gesunden" Menschen bzw. zu einer integrativen Theorie der Psychopathologie verknüpfen. Und die auf Körper, Verhalten, Unbewußtes, Erleben und Kognition bezogenen Behandlungsziele, diagnostische Verfahren, Techniken, Indikationen und Evaluationsmethoden können zu einer integrativen Therapietheorie i.e.S. zusammengefügt werden. Auch läßt sich die integrative Psychotherapietheorie über die Grenzen der Einzeltherapie hinaus erweitern, wenn man die Konzepte, Hypothesen und Techniken der Gruppen-, Sexual-, Ehe-, Familien-, Netzwerk- und Milieuthérapeuten sowie Erkenntnisse der Allgemeinen und Sozialpsychologie, der Soziologie und Pädagogik, der Kybernetik und Systemtheorie (usw.) in sie einarbeiten würde. Im Verlauf der Zeit sollten jedoch Hypothesen immer mehr durch die Erkenntnisse der empirischen Sozial- und Therapieforshung ersetzt werden.

Eine integrative Theorie der Psychotherapie läßt sich realisieren, da folgende Bedingungen gegeben sind:

- (1) Der Mensch ist ein Natur-, emotionales und Geistwesen und muß in seiner Einzigartigkeit, Individualität, Personalität und Soziabilität gesehen werden. Er wird einerseits durch Erbe und Umwelt (Gesellschaft, Kultur, Wirtschaft) geprägt, kann aber andererseits sein Schicksal auch zum Teil selbst bestimmen und sich selbst verwirklichen. Nur eine komplexe, umfassende Theorie kann diesem ganzheitlichen Menschenbild gerecht werden und der Wirklichkeit des Menschen entsprechen.
- (2) Auch in der Therapiesituation herrschen Komplexe, vieldimensionale Faktoren. Nur wenn man von der Multikausalität beschriebener Phänomene und einem bestimmten, komplizierten Zusammenspiel biologischer, psychologischer, interaktionaler und soziokultureller Variablen ausgeht, kann man den Anspruch einzelner Therapieansätze auf Vollständigkeit, Richtigkeit oder Ausschließlichkeit ablehnen und eine umfassende integrative Theorie fordern.
- (3) Die Elemente der verschiedenen Therapieansätze lassen sich nur in eine komplexe Theorie integrieren, wenn sie miteinander vereinbar sind und sinnvoll ineinandergreifen. Dafür spricht, daß immer mehr therapeutische Mischformen praktiziert,

immer häufiger Artikel über die Kombination von zwei Ansätzen veröffentlicht und an immer mehr Instituten verschiedene Ansätze gelehrt werden.

(4) Widersprüchliche oder unterschiedliche Konzepte und Hypothesen, die sich auf ein Erkenntnisobjekt bzw. einen Vorgang beziehen, müssen von einem übergeordneten Standpunkt aus als Aspekte erscheinen, um integrierbar zu sein. Sie müssen also komplementär sein, sich auf voneinander unabhängige Dimensionen beziehen, eine Eigengestalt besitzen, einander ergänzen und befruchten.

Wir halten diese und die zuvor genannte Bedingung aufgrund der bereits beschriebenen Charakteristika von Therapieansätzen für gegeben.

(5) Eine Integration von Elementen und Aspekten aus verschiedenen Therapieansätzen ist nur dann gerechtfertigt, wenn diese gleichermaßen wertvoll und nützlich sind. Dafür spricht u.a., daß sich die meisten auf einer ähnlichen Entwicklungsstufe ("persönlicher Theorien") befinden und vergleichbare Erfolgsquoten erzielen (siehe z.B. Garfield und Bergin 1978). Zudem beruhen alle Konzepte, Hypothesen und Techniken auf klinischer Erfahrung (und eventuell auf empirischen Untersuchungen), sind also nicht die Produkte praxisferner Theoretiker.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang, daß eine integrierende Systematisierung nicht ohne Differenzierung auskommen würde. So dürfte beispielsweise oft eine Synthese unterschiedlicher Therapiestile, Werte und Ziele nicht möglich sein.

Die Integration dürfte nicht nach einem Modell erfolgen, das die zu inkorporierenden Erkenntnisse, Konzepte, Hypothesen und Techniken verfälscht. Sie darf auch nicht nur bestimmte ausgewählte Elemente und Aspekte umfassen, weil dann bloß ein neuer Therapieansatz entstehen würde. Vielmehr müßte sie so erfolgen, daß die Begründer und Vertreter verschiedener Ansätze die eigenen Konstrukte, Hypothesen und Methoden in der integrativen Theorie wiederfinden würden, denn nur dann könnten sie diese akzeptieren. So müßten sowohl somatische, psychodynamische, intrapsychische, interpersonale und soziale Phänomene und Prozesse als auch die Lebensgeschichte des Individuums berücksichtigt werden. Zudem müßte die integrative Theorie prinzipiell offen bleiben, so daß sie neue Konzepte, Hypothesen und Erkenntnisse ohne weiteres aufnehmen könnte. Im Verlauf der Zeit sollte sie immer mehr durch wissenschaftliche Forschungsergebnisse fundiert werden.

Diese noch zu entwickelnde Theorie der Psychotherapie könnte neben der Integration noch folgenden Zwecken genügen:

(1) Sie würde den Praktiker mit der Einseitigkeit seines Therapieansatzes konfrontieren und ihm die Möglichkeit bieten, auf systematische Weise andere, ergänzende Konzepte und Techniken kennenzulernen.

(2) Vor allem würde sie einen sinnvollen therapeutischen Eklektizismus ermöglichen. Die integrative Theorie wäre ja viel zu komplex und umfassend, als daß sie ein Therapeut in der Behandlungssituation anwenden könnte. Dementsprechend müßte er aus der Vielzahl ihrer Konzepte, Hypothesen und Techniken eine erfaßbare und handbare Anzahl auswählen und einen "eklektischen Therapieansatz" entwickeln. Während er sich bei der Übernahme bzw. Begründung eines persönlichen Ansatzes dieses Auswahlprozesses nicht bewußt ist und deshalb zu einer Verabsolutierung desselben tendiert (mit all den beschriebenen negativen Folgen), so wüßte er nun, daß er sich für bestimmte Möglichkeiten und Alternativen entscheidet und bei Mißerfolgen seinen eklektischen Ansatz durch die Eingliederung anderer Bestandteile der integrativen Theorie modifizieren und verbessern kann.

Somit würde diese Theorie dem Praktiker die Entwicklung eines seiner Persönlichkeit, seinen Fähigkeiten, Einstellungen und Werten entsprechenden Ansatzes erlauben. Sie würde es ihm ermöglichen, seinen Ansatz dem jeweiligen Fall, dem einzelnen Klienten, einem gewissen Problem oder einer bestimmten Situation anzupassen. Und wenn er an die Grenzen seines Ansatzes stößt, würde sie ihm alternative Sichtweisen, Konzepte, Vorgehensweisen und Techniken anbieten. So würde sie ihn befähigen, nahezu alle sich ihm stellenden Probleme zu erfassen und Lösungsmöglichkeiten zu erkennen. Bei einer derartig flexiblen Vorgehensweise sollte er größere Therapieerfolge als bei der Verwendung eines persönlichen Ansatzes haben.

(3) Vor allem wäre es sinnvoll, bei der Ausbildung neuer Psychotherapeuten von der integrativen Theorie auszugehen, so daß sie eine umfassende Einführung in ihren neuen Arbeitsbereich erhalten würden.

(4) Vielleicht würde diese Theorie auch Forscher und Wissenschaftler anregen, sich intensiver als bisher mit der Psychotherapie zu beschäftigen und ihre Konzepte, Hypothesen, Vorgehensweisen und Techniken genauer zu untersuchen.

So wäre eine integrative Theorie der Psychotherapie für Theoretiker, Praktiker, Wissenschaftler und Forscher sinnvoll.

#### Anmerkungen:

(1) Vorabdruck aus: Martin R. Textor: Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung amerikanischer Therapieansätze. In Vorbereitung. In diesem Buch wird versucht, die im vorliegenden Kapitel geforderte Integration von Therapieansätzen im Bereich der Familientherapie zu realisieren. Das Kapitel wurde für diesen Sammelband überarbeitet und modifiziert.

Literaturverzeichnis:

- Foley, V.D. (1974): An Introduction to Family Therapy. New York
- Garfield, S.L., Bergin, A.E. (1978) (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis. 2.Aufl. New York
- Goldfried, M.R. (1983): A Behavior Therapist Looks at Rapprochement. Journal of Humanistic Psychology 23 (1), S.97-107
- Henrirk, R. (1980) (Hrsg.): The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to More Than 250 Different Therapies in Use Today. New York
- Kelly, E.L., Goldberg, L.R., Fiske, D.W., Kilkowski, J.M. (1978): Twenty-Five Years Later: A Follow-Up Study of the Graduate Students in Clinical Psychology Assessed in the VA Selection Research Project. American Psychologist 33, S.746-755
- Larson, D. (1980): Therapeutic Schools, Styles, and Schoolism: A National Survey. Journal of Humanistic Psychology 20 (3), S.3-20
- Mahoney, M.J. (1979): Cognitive and Noncognitive Views in Behavior Modification. In: P.-O. Sjöden, S.Bates, W.S.Dockens, III (Hrsg.): Trends in Behavior Therapy. New York, S.39-54
- Schultz, D. (1976): Theories of Personality. Monterey
- Textor, M.R. (in Vorbereitung): Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung amerikanischer Therapiesätze.