

Beziehung und Deutung in der Individualpsychologie oder: Reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel

Aus: T. Reinelt und W. Datler (Hg.): *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo-London-Paris, 1988, S. 39 - 56

Michael Titze

1) Einige Bemerkungen zum Menschenbild der Individualpsychologie

"Mensch sein heißt, sich minderwertig fühlen": Von dieser schlagwortartigen These ausgehend, begann Adler in den Jahren nach seiner Loslösung von Freud konsequent seine eigene Persönlichkeitstheorie und Neurosenlehre zu formulieren. Grundlegend war dabei die Annahme, daß der Mensch von Anfang an unbewußt darauf abzielt, jene Mangellagen zu überwinden, die ihm als einer "physiologischen Frühgeburt" (Adler) gleichsam in die Wiege gelegt wurden. Doch bergen diese Nachteile (wie etwa: motorische Beschränktheit, weitgehend rudimentäres instinktives Antriebspotential) von Anfang an auch den Anreiz zu einer großartigen Kompensation in sich. Denn der neugeborene Mensch muß sich (wie kein anderes Lebewesen neben ihm) in einer weitgehend eingeschränkten Weise um das Auffinden jener Mittel und Wege bemühen, die zum Ziel einer fiktiven Lebenssituation führen, in der sämtliche Widrigkeiten, Mangel Erfahrungen und Ängste überwunden wären.

Diese finale "Sicherungstendenz", die einer permanenten Bewegung von der individuell erlebten machtlosen "Minusposition" ins Paradies vollkommener Überlegenheit entspricht, sah Adler in sämtlichen Spielarten menschlicher Lebensdynamik am Werke (vgl. Pongratz 1983). Die weitgehende Hilflosigkeit und Passivität des Kleinstkindes bedingt nun in ganz selbstverständlicher Weise, daß seine spezifischen Sicherungsstrategien auf die Beziehungsherstellung mit seinen relevanten Bezugspersonen abzielen. Mit ihnen jene Einheit zu bilden, die Künkel (1938) als das "Ur-Wir" bezeichnet hat, vermittelt auf unmittelbare Weise ein Lustgefühl von Sicherheit und Geborgenheit, das gewöhnlich in einer (temporären) Kompensation der primären Minderwertigkeitsgefühle resultiert. Umgekehrt gilt, daß Unlustgefühle hervorgerufen werden, wenn die genannte positive Beziehungseinheit nicht herstellbar sein sollte. So erlebt der Mensch von Anfang an unmittelbar, gleichsam "hautnah", jenes dialektische Prinzip, welches das eigene Selbstwertgefühl untrennbar mit einer interindividuell konstituierten Lebenswelt verknüpft. Daraus folgert die Individualpsychologie, daß die soziale Beziehung ursprünglicher sei als die Ichidentität und daß ein gesteigertes Minderwertigkeitsgefühl immer auch auf Beziehungsstörungen verweist.

Dieses Bewegungsgesetz folgt einer "Privatlogik" (Adler) bzw. "Affektlogik" (Clompi 1982), die die Wirklichkeit gemäß antithetischer Gegensätze schematisiert und folglich einen denkbar einfachen Differenzierungsmodus hervorbringt (vgl. Titze 1985 d, 1986).

Auf eine durch und durch emotionale Weise kann das Kind somit eine funktionale Beziehung zwischen sich selbst und den seine Lebenswelt konstituierenden Objekten herstellen (vgl. Titze 1978 a). Die Objekte werden so zu Funktions- bzw. Merkmalsträgern "subjektiviert"; ihr objektives Sosein hat dabei nur insofern Bedeutung, als sie entsprechend eben jener qualitativen Aspekte dem primären Apperzeptionsschema "assimiliert" werden können, die für das betreffende Kind emotional von Bedeutung sind.

Ergänzend hierzu ist davon auszugehen, daß gerade im Rahmen der neurotischen "Regression" ein verstärkter Rückgriff auf diese "kindliche Denkweise" stattfindet.

a) Primäre Ambivalenz

Die privatlogische Strukturierung des primären Apperzeptionsschemas bringt einerseits eine wichtige Orientierungshilfe für das kindliche Handeln bei, andererseits ist sie aber geradezu

prädestiniert, konflikträchtige Erlebnisweisen hervorzurufen. Denn wo eine jede Beziehungsherstellung mit der Umwelt deren konstituierende Objekte in ihrer Wertigkeit verabsolutiert, muß es über kurz oder lang zu einer Affektkollision bei ein und demselben Objekt kommen. Denn die Realität kennt kein "Entweder-Oder". Es gibt weder absolut gute noch absolut schlechte Objekte. Das jeweilige Bezugsobjekt vereinigt eben sowohl positive als auch negative Merkmale in sich. Entscheidend ist "in Wirklichkeit" allein die Tatsache, welche dieser beiden Wertigkeiten überwiegt. Diese relativierende Beurteilung, die Gegensätze dialektisch zu synthetisieren vermag, bleibt dem Kleinstkind freilich verstellt. Wir brauchen nur an eine nervöse Mutter denken, die einen Säugling beim Stillen abrupt von der Brust reißt, weil es z. B. an der Tür geschellt hat. Es läßt sich leicht nachvollziehen, welche widersprüchliche Affektlagen dies auf Seiten des Kindes hervorbringen wird: Die positive Funktionalisierung, die mit der aktuellen Bedürfnisbefriedigung einhergeht, wird brutal durch einen jähen "Wir-Bruch" (Künkel) in ihr Gegenteil verkehrt. Gefühle einer lustvollen Geborgenheit prallen auf solche schmerzhafter Verunsicherung. Sollte die Mutter hierauf ebenfalls affektiv reagieren, also das Kind wegen seines "entnervenden Schreiens" anbrüllen oder es heftig schütteln, wird der entsprechende Affektgegensatz nur noch weiter verstärkt. Die Frage, "warum" es hierzu gekommen ist, ist für das kindliche Erleben vollkommen bedeutungslos: "Das von den Großen abhängige Kind wird dadurch in einen unerträglichen Zwiespalt gestürzt, auf der einen Seite steht die gerade zu diesem Zeitpunkt unentbehrliche, lebensnotwendige liebevolle Zuwendung zu den Eltern (= Göttern), auf der anderen Seite die grenzenlose Enttäuschung und Erbitterung, der Urkonflikt des neurotischen Kindes. Die Einheit der Gefühle, damit ihre Ganzheit, ist verloren gegangen, Liebe mit Haß gepaart, das schreckliche Zerrissensein fängt an [...]" (Ringel 1983, S.73).

Gewiß wird diese primäre Ambivalenz bei einem Großteil unserer Kinder keine tiefgreifenden seelischen Läsionen hervorbringen, denn traumatisierend wirkt in der Regel erst die Langzeitwirkung einer grundsätzlichen Ablehnung des Kindes durch seine Bezugspersonen. d. h. das weitgehende Überwiegen negativer Funktionalisierungen (vgl. Ringel 1978, S. 33). Dies kann sich dann unheilvoll auf alle Arten sozialer Beziehungsherstellung auswirken, da der Wiederholungszwang der "tendenziösen Apperzeption- wieder und wieder die primären Erlebnismuster "bestätigen" wird.

b) Sekundäre Ambivalenz

Innerhalb eines Zeitraums der Ontogenese, in dem das primäre Orientierungssystem des Kindes noch in seiner Entstehung begriffen ist, setzt ein neuartiger Wissenserwerb ein. Er wird von den Sozialpartnern, also von außen, an ein Kind herangetragen, das nunmehr über jene psychomotorischen Kapazitäten verfügt, die ein eigenständiges und aktives "Herangehen" an die Objekte der Umwelt grundsätzlich ermöglichen.

In eben diesem Entfaltungsdrang¹ wird das Kind von seinen Bezugspersonen in die Schranken gewiesen. Es wird dabei mit der "Gegenfiktion" (Adler) eines sozialen Orientierungsprinzips konfrontiert, das eine "ethische Antithese" zu seinem primären bedürfnisorientierten Streben beibringt. Das Kind gelangt dadurch in eine prinzipiell konflikträchtige Lage: Während die relevanten Bezugspersonen in der Frühzeit seiner Ontogenese in der Regel im Dienste der Befriedigung seiner Bedürfnisse standen, erwarten sie nunmehr eine mehr oder weniger nachhaltige Befolgung vorgegebener sozialer Normen. Damit ist ein entscheidender Funktionswandel in der Eltern-Kind-Beziehung vollzogen: Es sind nunmehr weniger die ichbezogenen "privaten" Leitlinien, an denen sich das Tun des Kindes final ausrichten "darf". Stattdessen sind es "die Erfahrungen und Belehrungen, die sozialen und kulturellen Formeln, die Traditionen der Gesellschaft, (die) ihre Rücksichten aufzwingen, soziale, ethische

¹ In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der Aggression (vgl. Ringel 1978; Rogner 1985) in Betracht zu ziehen, der das ungehemmte "Herangehen" (*aggredi*) an die belebte und unbelebte Umwelt thematisiert.

Zukunftsforderungen mit ihrem realen Gewicht in Anschlag bringen und so die Vernünftigkeit, das heißt: Allgemeingültigkeit des Denkens und Handelns sichern" (Adler 1912a, S.83). Dieses konflikträchtige Aufeinanderprallen primärer und sekundärer Finalitäten ist gerade in der Frühzeit der Sozialisation, d. h. der sog. Trotzphase, besonders deutlich zu beobachten. Gewöhnlich wird sich das Kind aber mit zunehmendem Entwicklungsalter an die von seinen Erziehern vorgegebenen Spielregeln anpassen, stellt dies doch die sicherste "Strategie- zur Vermeidung von Beziehungsstörungen jedweder Art dar! Dies geht freilich nicht selten zu Lasten der für die weitere Lebensbewältigung so bedeutsamen "konstruktiven Aggressivität" (vgl. Ringel 1978, S. 80), da bekanntlich trotzig und aufmüpfige Kinder nur zu häufig die Gegenaggression ihrer Erzieher hervorrufen. So muß das Kind, das sich an die normativen Erwartungen seiner Erzieher anzupassen beginnt, einen beträchtlichen Teil seiner "wahren" Impulse "verschleiern" (Adler 1912 a, S. 82). Dieser Konflikt, der nachgerade ein Charakteristikum der Enkulturation ist, steht am Beginn des ethischen Lebens jedes Menschen. Hierauf hat Carl Furtmüller, ein früherer Mitarbeiter Adlers, in seiner richtungsweisenden Abhandlung nachdrücklich hingewiesen. Furtmüller (1983) zeigt dabei auf, daß die Ethik vom tiefenpsychologischen Standpunkt als die "Verinnerlichung" eben jener moralischen Imperative zu verstehen ist, die ursprünglich von der Außenwelt an das Kind herangetragen wurden. Diese Reglementierungen, die den spontanen Entfaltungsdrang des Kindes in die Schranken wiesen, müssen solange verunsichernd wirken, wie das Kind sich ihnen nicht "freiwillig" unterwirft. Denn sie ziehen bekanntlich erzieherische Sanktionen, d. h. diverse Strafmaßnahmen nach sich, wodurch die Außenwelt als bedrohlich aggressive Instanz erscheint. So greift das Kind auf einen "Kunstgriff" zurück: Es macht sich die fremden Imperative zueigen, so daß es von der Gesetzgebung und damit der Bedrohung der Außenwelt unabhängig wird - "aber nur um den Preis, daß es sich selbst als Gesetzgeber gegenüber getreten ist, daß es also eine neue Konfliktsituation in sich geschaffen hat" (ebd., S. 67). So ergibt sich in der Folge der Sozialisation eine "antithetische Gegenüberstellung zweier Seiten der Persönlichkeit" (ebd.): die primäre Eigenbestimmtheit und die sekundäre Fremdbestimmtheit.

3) Das sekundäre Orientierungssystem

Die Gesamtheit der verinnerlichten ethisch-moralischen Imperative bezeichnet die Umgangssprache als Gewissen. Dieser Begriff, der aufs engste mit jenem der "Vernunft" in Beziehung steht, wurde in der frühen Individualpsychologie häufig verwendet (vgl. Kühn und Titze 1985). In der Gegenwart wird er hingegen kaum in Betracht gezogen (vgl. dagegen Ringel 1978).²

Das Gewissen als Hort eines soziogenen Orientierungssystems ist der bewußten, willentlichen Reflexion weitgehend zugänglich, da seine spezifischen Inhalte im Verlauf der Sozialisation prinzipiell auf sprachlich-begrifflichem Wege vermittelt werden. Folglich ist das Gewissen die sprichwörtliche "Stimme", die in (grundsätzlich reflektierbaren) inneren Selbstgesprächen "zu Gehör" kommen kann. Diese Tatsache ist gerade für die Psychotherapie von großer Bedeutung, die in diesem Zusammenhang Mittel und Wege zu einer bewußtseinsnahen Modifikation konflikträchtiger kognitiver Strukturen an die Hand bekommt.

4) Wie defizitär ist der Neurotiker wirklich?

Viele Darlegungen zur psychotherapeutischen Vorgangsweise ermangeln einer genauen Bezugnahme auf ihren nosologischen Gegenstandsbereich. Man gewinnt dabei nicht selten den Eindruck, daß jedem Psychotherapiepatienten pauschal defizitäre Kompetenzen zugesprochen werden, die es dann durch den Einfluß des Therapeuten auszugleichen gelte. Dies bezieht sich insbesondere auf den Bereich sozialen Verhaltens bzw. die damit in Zusammenhang stehende

² Dies im Gegensatz zur Psychoanalyse, die auf den in wesentlicher Hinsicht analogen Begriff des "Ichideals" bzw. "Überichs" konsequent Bezug nimmt.

Moralität des Patienten. Im Falle der Individualpsychologie erwies sich dabei die Annahme als kritikwürdig (vgl. Titze 1979, S. 199 f.), dem Psychotherapiepatienten prinzipiell ein mangelhaft entwickeltes "Gemeinschaftsgefühl" zuzusprechen.

Solche Annahmen sind, nosologisch betrachtet, als undifferenziert zu bewerten. Denn es sind nur bestimmte Patientengruppen, namentlich die sog. antisozialen Persönlichkeiten ("Psychopathen"), die tatsächlich durch ein spezifisches soziales Defizit ausgewiesen sind. Den Neurotiker, als "klassischen Psychotherapiepatienten", zeichnet demgegenüber nachgerade ein Zuviel an sozialer Rücksichtnahme und moralischer Skrupelhaftigkeit aus. Verglichen mit der erstgenannten Patientengruppe leiden seine Mitmenschen denn auch keineswegs unter seiner etwaigen Rücksichtslosigkeit, sondern fühlen sich allenfalls durch die Folgen seiner vitalen Gehemmtheit beeinträchtigt.

Der Neurotiker selbst ist es ja, der die anderen fürchtet, der an den normativen Imperativen zu zerbrechen droht, die er im Zuge einer oftmals allzu unbefriedigenden Auseinandersetzung mit seinen Sozialpartnern verinnerlicht hat. So leidet der Neurotiker in der Regel an der Gemeinschaft, weil er sie als bedrohlich empfindet. Jede Beziehungsherstellung ist für ihn daher potentiell gefährlich, was zwangsläufig zur Folge hat, daß er sich nicht "aggressiver", sondern "regressiver" Sicherungsstrategien bedient. d.h. sein Heil typischerweise im sozialen Rückzug sucht.

Mit diesem regressiven Verhaltensmuster bringt sich der neurotische Patient natürlich auch in die therapeutische Beziehung ein. Sofern er dabei zu der Annahme gelangt, daß sein Therapeut bestrebt ist, ihn - wie subtil auch immer! - zu einem Verhalten "zu erziehen", werden die alten Sicherungsstrategien reaktiviert werden müssen. Denn jenes negationäre Beziehungsphänomen, das wir gewöhnlich als Widerstand bezeichnen, ist in seiner letzten Konsequenz nichts anderes als ein "Gegendruck", der auf den Druck einer normativen Manipulation hin erfolgt, deren Ziel der Abbau eines prätendierten Defizits ist.

Sollte der Therapeut hierauf mit einer klassischen Widerstandsanalyse antworten, wird er unschwer eine Fülle von Möglichkeiten an die Hand bekommen, das zur Debatte stehende soziale Defizit gleichsam zu objektivieren. Es ist nämlich augenscheinlich, daß ein Individuum, das sich einem positiven Therapieergebnis widersetzt, prinzipiell "irrtümlich" handeln muß ... Ist es dem Therapeuten dann auch noch gelungen, dem Patienten diese "Erkenntnis" bewußt zu machen, ist die alte Ambivalenzproblematik der Neurose einmal mehr bestärkt: Denn selbst dann, wenn der betreffende Patient vordergründig, also "rational", Einsicht bekunden sollte, wird er sich damit von seinen lebensgeschichtlich gewachsenen Erlebnismustern der Angst, Wut, Zerknirschtheit oder einfach Entmutigung durchaus nicht gelöst haben. Es sind dies nämlich die affektiven Voraussetzungen für die Verteidigungsstrategien von Menschen, die von ihren Mitmenschen schon immer nicht viel Gutes zu erfahren glaubten - und demzufolge besonders dann "auf Distanz gehen", wenn sie sich (subjektiv) von einem anderen angegriffen fühlen: "Diese legitime Verteidigung ist also zu akzeptieren, eingedenk der Tatsache, daß ein Mensch, der Schwierigkeiten macht, auch Schwierigkeiten hat, und daß diejenigen, die sich in der Psychotherapie einstellen, nie so groß sein können wie diejenigen, die der Patient sich selber bereitet" (Louis 1985, S. 52).

Dieses akzeptierende Eingehen auf den "Widerstand" ermöglicht es dem Therapeuten, insbesondere die bislang ("gewissenhaft") abgewehrte Aggressivität des Patienten sich im Rahmen der therapeutischen Beziehung entfalten zu lassen. Hierzu gehört nicht zuletzt, daß der Therapeut es zu ertragen vermag, "Opfer" jener Entwertungstendenz zu sein, die Adler in engstem Zusammenhang zum Widerstandsphänomen bringt (vgl. Hellgardt, 1985 a). Vor allem darf er dabei nicht mit Gegenaggression reagieren, was z. B. auch der Fall wäre, wenn er diese Tendenz als destruktive Form von Aggressivität interpretieren, besser: decouvrieren würde. Deshalb fordert etwa Heisterkamp (1981) mit Nachdruck, der Therapeut sollte einerseits gerade die aggressiven Verhaltensmuster des Patienten akzeptieren und sich andererseits weigern, hierauf mit jener Ablehnung zu reagieren, die der Patient wieder und wieder bei seinen Bezugspersonen (tendenziös) hervorzurufen vermochte.

5) *Therapeutische Beziehungsaufnahme*

Die Konsequenz aus diesen Überlegungen ist für die moderne Individualpsychologie eindeutig. Sie richtet sich ganz nach der von Adler (1929 c, S. 89) aufgestellten "ersten Behandlungsregel", wonach der Patient unbedingt zu "gewinnen" sei. Dies wiederum hat zur Voraussetzung, daß der Therapeut den Patienten so annimmt, wie er ist. Der Therapeut darf sich dabei keinesfalls von etwaigen Fehlhandlungen, symptomatischen Anomalien, destruktiven Tendenzen usw. irritieren lassen. Vielmehr soll er "sich intuitiv in die aktuelle Verfassung (des Patienten) einfühlen, (d. h.) empathisch an seinem augenblicklichen Erleben teilhaben (Heisterkamp 1984, S. 147). Dabei soll der Therapeut bemüht sein, dem Patienten eine Atmosphäre der Offenheit, Aufrichtigkeit, Wärme und mitmenschlicher Anteilnahme zu vermitteln (Nikelly u. O'Connel 1978). Auch soll auf die Festlegung eines bestimmten Settings verzichtet werden: "Die Form, die Freud [...] der Arzt-Patient-Beziehung gegeben hat [...], blieb für Adler unnatürlich und damit für die Heilung des Patienten wenig förderlich. Dementsprechend bemühte er sich um eine neue Form der Arzt-Patient-Beziehung. Der Therapeut durfte nicht mehr die ‚graue Wand‘ darstellen. (Denn) die Heilung eines Kranken muß damit beginnen, sich gegenseitig ins Gesicht zu sehen, sie kann nur erfolgen im Verlauf eines Abenteuers zu zweit, in der Intimität menschlicher Wechselbeziehung, nicht anonym, mit Worten wie aus Stein" (Ringel 1978, S. 205 f.).

Grundsätzlich gilt, daß sich der Therapeut "der Führung des Patienten überlassen muß" (Adler 1930q, S.60). Das bedeutet, daß der Patient selbst bestimmt, was er anspricht und was er anbietet: "Wenn er sich an seine Kindheit erinnert, wenn er auf seine Eltern und Geschwister eingeht, wenn er Träume einbringt, wenn er aktuelle Schwierigkeiten thematisiert oder Pläne schmiedet, dann sind das alles Produktionen des sich hier und jetzt' ausformenden Lebensstils" (Heisterkamp und Zanke 1983, S.486).

Die Aktivität des Therapeuten soll sich dabei zunächst auf das anteilnehmende Fragen beschränken, eine "sokratische Technik", die schon von den Philosophen der Antike meisterhaft beherrscht wurde (vgl. Rosen und Wyer 1972):

"Durch das Fragen vermeidet der Therapeut die ratgeberische Manipulation und bietet seinem Klienten gleichzeitig Stellung zur persönlichen Stellungnahme" (Louis 1985, S.46). Sie ermöglicht und fördert jenen kommunikativen Konnex, in dem die emphatische Identifikation des Therapeuten mit seinem Patienten eine konstitutive Bedeutung erlangt. Dies freilich wird nur unter der Voraussetzung gelingen, daß der Therapeut nicht bei der rein informatorischen Frage stehen bleibt, sondern sich nicht scheut, auch auf die beziehungsbildende Wirkung der unmittelbaren Interaktion einzugehen.

Der Therapeut wird mithin (auch) zu erfragen haben, wie sich der Patient mit ihm zusammen im "Hier und Jetzt" fühlt, was ihn etwa stört, was er erfreulich findet oder erwartet usw.

Wenn der Therapeut insgesamt den Mut aufzubringen vermag, von eigenen Sicherungstendenzen, wie sie gelegentlich in einem rollenspezifischen Imponiergehabe ihren Ausdruck finden, Abstand zu nehmen, kann er von seinem Patienten überhaupt erst als ein Mitmensch erlebt werden, der "positive Merkmale" trägt (Papanek und Papanek 1961). Damit kann der Therapeut gleichsam die Funktion der (zuverlässigen) Mutter übernehmen (Adler 1929c, S.39), was die wohl wichtigste Voraussetzung für die therapeutisch intendierte Neubewertung primärer Funktionalisierungen bzw. der hieraus resultierenden tendenziösen Apperzeption und ambivalenten Affekte ist.

Ausdrücklich wird in der individualpsychologischen Literatur in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß sich der Therapeut - im Zuge einer "wohlwollenden Abstinenz" (Datler und Reinelt, in diesem Band S. 81) - jenem Beziehungsmuster zu "verweigern" habe, das der Patient einbringt und das seine lebensgeschichtlich gewachsene Ambivalenzproblematik und seine tendenziösen Apperzeptionsmodi widerspiegelt.

Hieraus ergibt sich die von Heisterkamp so bezeichnete Dialektik aus Annahme und Verweigerung: "Indem sich der Therapeut verstehend in die Lage des Patienten einfühlt und nur einfühlt, verweigert er sich dem angetragenen Beziehungsmuster. Er grenzt sich also von dem Patienten ab, ohne den empathischen Bezug zu ihm aufzugeben" (Heisterkamp o. J., S. 5).

6) Die Voraussetzungen "innerer Unausgeglichenheit"

Letztendlich erweist sich auch im therapeutischen Beziehungsrahmen das manifeste Verhalten des Patienten als ein synthetisierter Ausdruck primärer und sekundärer finaler Tendenzen. Denn der Patient, der sich seinem Therapeuten sowohl verbal als auch para- bzw. nonverbal "mitteilt", präsentiert diesem dabei gleichsam jenen "Januskopf" (Ringel), der seiner biographisch gewachsenen Ambivalenz entspricht. Dabei kann die Zunge etwas völlig anderes zum Ausdruck bringen als der Körper. Gerade im Zuge der neurotischen Regression, die "ein Rückgriff auf (infantile) Erlebnis- und Handlungsmuster" (Schmidt 1985b, S.230) ist, wird diese Gegensätzlichkeit in besonderem Maße transparent. Denn das primäre Orientierungssystem eines Menschen ist nicht mit dem (reflektierbaren) abstrakt-digitalen Mitteln sprachlicher Symbolik kodifiziert. Es gibt die einst "gemachten" Erlebnisse auf eine sehr unmittelbare, konkret-analoge - und das heißt: grundsätzlich affektive - Weise wieder.

Daher wird es eine ganz unerläßliche Voraussetzung der individualpsychologischen "Lebensstilanalyse" sein, zum einen die primären von den sekundären Mitteilungen zu differenzieren und zum anderen gerade die unbewußten Ausdrucksweisen primärer "Affektlogik" in ihrem Sinngehalt verstehbar und damit "bewußt zu machen".

Wenn Rainer Schmidt (1985b, S.230) davon ausgeht, daß die Regression auf das primäre Orientierungssystem deswegen zustande kommt, weil der Patient "Angst vor dem Sprung in die heutige Realität" hat³, besagt dies nichts anderes, als daß dieser mit dem universalen (sekundären) Leitprinzip sozialer Realität schlechte Erfahrungen gemacht hat. Er ist an dieser Realität aber nicht gescheitert, weil er etwa zu wenige ihrer "Spielregeln" beherrscht hätte. Ganz im Gegenteil ist es zu diesem Versagen deshalb gekommen, weil der Neurotiker in der Regel "krampfhaft" bemüht ist, sämtliche der in seinem Gewissen verinnerlichten normativen Imperative der Sozialität in einer perfektionistischen Weise zu befolgen.

Eben diesen entmutigenden Einfluß einer die spontane Selbstentfaltung hemmenden Vernunfts- und Gewissenskontrolle muß der Therapeut unbedingt zu relativieren versuchen. In der individualpsychologischen Literatur läßt sich hierzu eine Fülle von entsprechenden Hinweisen finden, die dem Begriff der "Ermutigung" subsummiert werden können (vgl. Louis 1985, S. 144 f.) Insbesondere wird in die

sein Zusammenhang gefordert, den Patienten auf der Grundlage bedingungsloser Akzeptanz anzuregen, den Mut zur Unvollkommenheit zu entwickeln (vgl. Lazarsfeld 1926; Kausen 1979). Es ist mithin therapeutisch intendiert, den Patienten zu einer allmählichen Relativierung der verabsolutierenden Inhalte eines unreflektierten Dressurgewissens anzuregen.

Therapeutische Ermutigung ist damit immer auch Konfliktbearbeitung: Durch das Infragestellen sekundärer Sollensforderungen, bzw. "Dressate", durch die thematisierende Rückverweisung auf ihre spezifische Entstehungsgeschichte, kann dem Patienten jene Form von distanzierender Einsicht vermittelt werden, die von selbstkritischen Ängsten und Schuldgefühlen befreien hilft.

Doch ist diese rationalisierende Aktivität des Therapeuten nach tiefenpsychologischem Verständnis immer nur als *ein* integrierter Bestandteil psychotherapeutischer Vorgangsweise zu verstehen.⁴ Larbig (1983) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der analytische Psychotherapeut ständig zwischen zwei grundlegenden "Haltungen" (Schultz-Hencke) oszillieren müsse: Einerseits habe er die Aufgabe, aus der "distanzierenden Position des Beobachters [...] rationale Kontrolle" (ebd. S. 108) auszuüben. (Individualpsychologisch

³ Oder, um es mit Allers (1925, S. 113) auszudrücken: "Gewissermaßen, als trete das Subjekt, vor ein Hindernis geraten, einige Schritte zurück, um eine neue Angriffsbasis zu schaffen."

⁴ Viele Verfahren der modernen Psychotherapie - so die *kognitive Verhaltenstherapie* oder die *Rational-emotive Therapie* (A. Ellis) - bewegen sich ausschließlich innerhalb dieses kognitiven Geltungsbereichs. Die Tatsache, daß sie nachweisbare Erfolge erbringen, belegt ganz unmißverständlich, wie wichtig die Modifikation rigider kognitiver Strukturen ist. Doch beginnen inzwischen einige exponierte Vertreter dieser therapeutischen Richtung zu erkennen, daß die zusätzliche Einbeziehung unbewußt-präverbaler Inhalte zumindest diskussionswürdig ist (vgl. Mahoney 1979).

gesehen hieße das, rigide kognitive Inhalte "in Frage zu stellen"). Andererseits solle sich der Therapeut immer wieder in einen Zustand "schöpferischer Regression" (Greenson) begeben, d. h. "eine intuitive empathische Identifikation mit dem Klienten" (ebd.) eingehen.

Eben diese von Larbig als "Ichspaltung" bezeichnete flexible Grundhaltung kennzeichnet auch die im Rahmen individualpsychologischer Therapie praktizierte Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Sie entspricht einem dialektischen Therapieverständnis, das den *Lebensplan* eines Menschen als eine *bipolare Einheit* begreift, als die Synthese privater Fiktionen und soziogener Gegenfiktionen. Diese beiden finalen Orientierungssysteme aus ihrer innigen, im Falle der Neurose jedoch prinzipiell konflikträchtigen Verschmelzung herauszulösen, erweist sich als das wesensmäßige Anliegen individualpsychologischer Analyse. Denn dadurch kann der von Adler geforderte *Verstehensprozeß* in Gang gesetzt werden, der das neurotische "Arrangement" an den Wurzeln seines ambivalenten bzw. antithetischen Apperzeptionsschemas erkennbar werden läßt. Dies wiederum ist die unerläßliche Voraussetzung für die therapeutisch intendierte (Wieder-)Erlangung "innerer Ausgeglichenheit", denn "die Harmonie beider Fiktionen, ihre gegenseitige Verträglichkeit, sind das Zeichen psychischer Gesundheit" (Adler 1912 a, S. 83).

7) Die Sprachen der Psychotherapie

Aus obigen Erörterungen leitet sich einmal mehr die Notwendigkeit einer grundlegenden kommunikativen Differenzierung innerhalb des therapeutischen Prozesses her. Denn der Therapeut darf nicht auf der Ebene verbal-diskursiver Kommunikation stehen bleiben. Er muß "tiefer" gehen: Er soll sich auf die (verbale) Sprachlosigkeit des primären Orientierungssystems hermeneutisch einstellen, also gerade die affektiven Ausdrucksmodi des Patienten ins Auge fassen. Denn es "ist nicht daran zu zweifeln, daß uns in den Affekt- und Gefühlsäußerungen des anderen dessen Affekt und Gefühl unmittelbar einsichtig wird" (Allers 1925, S. 95). Dies ist die Voraussetzung, daß der Therapeut im weiteren Verlauf die "privaten" Analogiesymbole intuitiv erahnen kann, die in den frühen Entwicklungsphasen seines Patienten bestimmend waren (und die von der abstrakt-digitalen Symbolik des regelhaften Wortverständnisses der "Erwachsenensprache" grundverschieden sind).

Diese unbewußte bzw. unverstandene Analogiesymbolik schließlich dem Patienten selbst verstehbar zu machen, ist m. E. der eigentliche Angelpunkt individualpsychologischer Deutungsarbeit. Denn "Deuten" heißt, die im Akte des Verstehens erfaßten privatlogischen Zusammenhänge in die Sprache des Begriffs zu kleiden" (Allers 1925, S. 105). Dabei darf der Therapeut weder zu direktiv vorgehen noch sich einer kühlen, unpersönlichen Sachlichkeit befleißigen. Er soll sich, was nicht genug hervorgehoben werden kann, in einer empathischen Weise auf das "kleine Kind im Patienten" einstellen. Diese Haltung soll eine vorbehaltlos liebevolle Akzeptanz zum Ausdruck bringen, denn nur unter dieser Voraussetzung wird sich dieses in aller Regel entmutigte "Kind" auf die weitere Interaktion überhaupt einlassen mögen. Gleichzeitig soll der Therapeut aber auch bestrebt sein, dieses "Kind" vor der selbstschädigenden Kritik "rationaler" Gewissensargumente abzuschirmen. Der Therapeut wird dies dadurch erreichen, daß er sich in diesem Falle der "Sprache des Erwachsenen" bedient, um eventuelle Selbstvorwürfe und -beschuldigungen "sokratisch" in Frage zu stellen.

So soll der Therapeut, einem Ratschlag Adlers folgend, immer wieder "die Ohren verschließen", um sich i. S. einer "künstlerischen Versenkung durch intuitive Einfühlung" (Adler 1930 q, S. 58) auf eben jenen Sinngehalt einzustellen, der über die Vielfalt averbaler Kommunikationsweisen vom Patienten zum Ausdruck gebracht wird (vgl. Louis 1985, S.35ff.). Auf diese Weise wird nämlich ein unmittelbarer Zugang in die "unverstandenen" privatlogischen Zusammenhänge des primären Orientierungssystems eröffnet, lassen sich die Strukturen tendenziöser Apperzeptionsschemata erahnen, die der Patient selbst weder versteht noch bewußt zu akzeptieren vermag - obwohl er sich unbewußt daran orientiert! Dies ist der Kernbereich individualpsychologischer Deutungsarbeit.

8) *Der Sinn der Symptome*

In den frühen Phasen der Ontogenese muß der Mensch ausschließlich auf ganz konkrete Ausdrucksmittel zurückgreifen, um (negative) emotionale Befindlichkeiten kommunikativ mitzuteilen. Dieser elementare Kommunikationsmodus wird im Zuge der neurotischen und psychotischen Regression insofern wiederbelebt, als das je spezifische Symptomgeschehen nicht nur als "Anzeichen einer Krankheit", sondern immer auch als "Ausdruck" einer subjektiv erlebten Notlage zu verstehen ist (Allers 1925, S. 92 ff.). Diesen "sprachlosen Hilfeschrei" nicht zur Kenntnis nehmen zu wollen, d. h. ihn etwa "wegzuthrapieren" versuchen, wäre nach individualpsychologischem Verständnis ein grober Kunstfehler, der eine mehr oder weniger nachhaltige Störung der therapeutischen Beziehung nach sich ziehen müßte. Denn der Patient selbst, der seine Symptome gleichsam als ein Kainsmal erlebt, hat ja in aller Regel schon alles getan, um sie "wegzubekommen". Gerade dieser "Kampf gegen das Symptom" hat aber jenen verhängnisvollen "Teufelskreis" (vgl. Kausen und Titze 1985) hervorgebracht, der die paradoxe Wirkung einer Perpetuierung des Symptoms zeitigt.

So darf der Therapeut nichts unversucht lassen, die quasirationalen Einwände des Patienten gegen seine eigenen Symptome zu entkräften. Indem er Abstand zu nehmen anregt von der selbstkritischen Wirkung eines (auto)aggressiven Dressurgewissens, hilft der Therapeut jenen Freiraum zu schaffen, der eine emotionale Neubewertung des Symptomgeschehens seitens des Patienten überhaupt erst ermöglicht.

Im Sinne eines hermeneutischen Vorgehens wird der Therapeut zusammen mit seinem Patienten mithin den Weg der Erinnerung gehen. Er führt in die Vergangenheit der individuellen Lebensgeschichte, die sich dem Gegenwartserleben in szenischen Bildern oder auch nur vagen affektiven Anmutungen konkret offenbart - und damit die ungeheure Fülle jener analogen Symbole aufscheinen läßt, die das Bezugssystem primärer Apperzeptions- und Orientierungsweisen konstituieren. Die Rückbeziehung aktueller Lebensprobleme auf die nicht selten "kränkende" Bedeutung, die den entsprechenden "Urszenen" einst zukam, vermag insbesondere das Symptomgeschehen verstehbar - und damit auch akzeptierbar zu machen: "Sehr häufig ist ja die neurotische Ausdrucksform eine zwanghaft immer wiederholte - natürlich unbewußte - Inszenierung solcher Urszenen, in denen jedoch stets nur die Abwehrmechanismen der Kränkung wie Trotz, depressiver Rückzug u. ä. wiederbelebt werden, nicht das Erleben der Kränkung selbst. Die Regression als therapeutisches Agens muß den Patienten ermutigen, über diese Grenze hinaus zurückzugehen bis in das Wiedererleben der Kränkung" (Schmidt 1985b, S.229).

9) *Die Aufdeckung primärer Leitlinien*

"Nach Adler repräsentiert sich die Einheit und Ganzheit einer Person in der Leitlinie', der sie folgt, in dem einheitlichen Bauplan, der sich bis in die feinsten und fernsten Verästelungen aufsteigen läßt. Jedes kleinste Detail am Menschen läßt sich verstehen durch die Projektion auf diese Leitlinie, alles, auch die gesamte

Körperlichkeit, steht im Dienste des Ausdrucks dieser Leitlinie" (Schwarz 1925, S.25).

Korrigierend zu diesem Zitat ist festzustellen, daß es eine Vielzahl von unbewußten Leitlinien gibt, die in den entsprechenden Apperzeptionsweisen des primären Orientierungssystems ihren lebensgeschichtlichen Ausgang nehmen und dabei der einheitlichen Bewegungsrichtung des spezifischen "Lebensstils" folgen, die auf den fiktiven "Pluszustand" vollkommener Gesichertheit bzw. Überlegenheit abzielt. Diese Leitlinien sind mittels der analogen Symbolik der spezifischen Erlebnisse jenes kleinen Kindes kodiert, das der betreffende Mensch einst war. Sie variieren, ganz in Entsprechung zu einer Symphonie, jene Myriaden von Themata, die wiederum das zum Ausdruck bringen, was einmal die "privatlogische" Konsequenz der ursprünglichen Erlebnisse war. Dadurch werden die vitalen Bewegungen des jeweiligen Menschen in einer grundsätzlich unvergleichbaren Weise sinnhaft beseelt und in eine einheitliche Richtung gewiesen.

Diese unbewußte thematische Sinnhaftigkeit findet natürlich auch im Rahmen des Symptomgeschehens ihren unverkennbaren Ausdruck. Deshalb erklärt Mosak (1968, S. 68), daß jede Neurose vom Standpunkt zentraler Themen, die sich ihrerseits von bestimmten (unbewußten, M. T.) Überzeugungen herleiten, verstanden werden kann. Solche thematischen Verweisungen auf die primären Leitlinien eines Menschen lassen sich nach Mosak nicht allein durch die Analyse von frühen Kindheitserinnerungen und Träumen verstehbar machen, sondern auch und gerade durch die Berücksichtigung jener Ausdrucksmittel, die der Therapeut im Rahmen der Interaktion mit seinem Patienten unmittelbar beobachten wird. So kann jener im Zuge einer "freien Thematisierung" (Titze 1979, 1984, 1985 e) sämtliche "Mitteilungen" des Patienten als Singularisierungen spezifischer thematischer Verweisungszusammenhänge auffassen, die sich ihrerseits auf die ursprünglichen Funktionalisierungen von primären Bezugsobjekten zurückführen lassen. Durch die "Übertragung" der aus solchen präreflexiven und privatlogischen Beurteilungen jeweils hervorgegangenen affektiven Erlebungen auf alle anderen Objekte, die Träger identischer Merkmale sind, werden allmählich eben jene Leitlinien transparent und damit bewußt, die die Aktualität des Symptomgeschehens mit der Vergangenheit der Lebensgeschichte verbinden und dadurch mit einem Sinngehalt erfüllen" der dem bloß rationalen Zugriff verstellt bleiben muß.

Somit besteht die "Grundtendenz des individualpsychologischen Deutungssystems" (Allers 1925, S. 125) darin, jene unbewußten Leitlinien, die sich durch die gesamte Biographie hindurch bis hinein in die Aktualität der therapeutischen Beziehung erstrecken, erkennend und verstehend aufzugreifen und in ihrer besonderen lebensstiltypischen Sinnhaftigkeit zu erfassen.

10) Verwendung konkreter Kommunikationsmittel

Der Therapeut selbst muß von Anfang an bestrebt sein, sich seinem Patienten auf unmittelbare Weise verständlich zu machen (vgl. Spiel 1967, S. 42 ff.). Er soll daher sämtliche thematisierte Sachverhalte durch konkret-analoge Beispiele spezifizieren (lassen). Die Verwendung von abstrakten Formulierungen und Allgemeinplätzen, zu der viele Patienten zunächst neigen, ist hingegen tunlichst zu vermeiden. Intendiert ist nämlich die kontinuierliche Ermittlung von konkreten Singularisierungen thematischer Zusammenhänge.

Somit wird sich der individualpsychologische Therapeut einer möglichst metaphorischen Sprache bedienen. Adler (1929 b, S. 179) weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, daß die Verwendung von Gleichnissen, Allegorien, Sprichwörtern, Scherzen und Anekdoten, von Fabeln und Hinweisen auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge bei historischen Persönlichkeiten dem Zweck einer Spezifizierung thematischer Verweisungsbezüge grundsätzlich dienlich sein kann.

Vor allem wird sich der Therapeut hierbei nicht scheuen dürfen, sich selbst derart in die therapeutische Beziehung einzubringen, daß er mit seinen eigenen Gefühlen für den Patienten "faßbar" wird. Hier liegt der entscheidende Unterschied zu der Forderung Freuds (1911 e, S.384), der Therapeut solle "undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen als ihm gezeigt wird". Die Individualpsychologie bewertet diese Haltung als einen Ausdruck von Ungleichwertigkeit. Deshalb sieht Ringel (1983, S.78) das Zulassen einer "Gegenanalyse" als ein Zeichen ernstgemeinter Gleichberechtigung an.

11) Dialogischer Perspektivenwandel

Vielleicht ist die Bereitschaft und Fähigkeit eines Therapeuten, sich im Rahmen eines reziproken Verstehensprozesses seinem Patienten als ein authentisches Alter Ego zu präsentieren, überhaupt erst die Voraussetzung für die Überwindung solcher didaktischer Verfahrensweisen, die auf die bloße Vermittlung von (rationaler) Einsicht abzielen (vgl. Schmidt, in diesem Band S.68ff.). So will denn die Individualpsychologie, soweit sie sich als

eine tiefenpsychologisch fundierte Therapiemethode versteht, auf Seiten des Patienten etwas grundlegend anderes bewirken. Es geht ihr nämlich um die Auslösung jener "Aha-Erlebnisse" (Ringel 1978, S. 212), die sich aus einem affektiven "Perspektivenwandel" (Birnbäum 1950, S. 84) ergeben, der dem Patienten seine lebensstiltypische Realität auf unmittelbare Weise erleben läßt.

Wenn sich nämlich zwei Subjekte im Rahmen einer intensiven Wechselbeziehung identifikatorisch aufeinander einstellen, gehen sie jene dialogische Einheit miteinander ein, wo die Frage zugleich Antwort, Ja Selbstbefragung, Entfernung von sich selbst und Annäherung an den anderen, Empathie, Identifikation mit ihm (ist)" (Sperber 1982, S. 19). So kann "durch eine intensive partnerschaftliche Beziehung mit aktiven, gefühlsmäßigen Beitragsleistungen beider Seiten ein neurotischer Mensch aus dem Gefängnis der Ambivalenz befreit und zu gesunden, gefühlsmäßigen, ganzheitlichen Beziehungen geführt werden" (Ringel 1983, S.78).

Dieser Befreiungsprozeß wird dem Patienten freilich erst dann gelingen, wenn er auf der Grundlage dialogischen Perspektivenwandels gelernt hat, sich selbst vorbehaltlos zu akzeptieren. Dies ist die unabdingbare Voraussetzung für die Wandlung eines Selbstbildes, das den eigenen Minderwert so stark in den Vordergrund der Apperzeption setzte, daß das schöpferische Potential des eigenen Lebensstils buchstäblich aus den Augen verloren wurde. So kann die konsequente Akzeptanz

des Therapeuten auf Seiten des Patienten eine Apperzeptionsänderung hervorrufen, die den autoaggressiven Tendenzen eines mit sich selbst zutiefst unzufriedenen Menschen die Grundlage entzieht.

Der Therapeut ist mithin gefordert, seinen Patienten kontinuierlich zu ermutigen, immer auch jene Konsequenzen neu zu "bewerten", die dieser ein Leben lang ("tendenziös") im apperzeptions- und handlungsspezifischen Sinne zog - ohne sich der entsprechenden Beweggründe bewußt zu sein. Diese sind auch längst nicht mehr "aktuell", beziehen sie sich doch auf eben jene primären Erlebungen, die der betreffende Mensch in einer frühen Phase seiner Entwicklungsgeschichte im Zusammenhang mit der Funktionalisierung seiner Bezugsobjekte "gemacht" hatte. Und doch wirkt sich ihre handlungsstrategische Bedeutung bis in die Aktualität der therapeutischen Beziehung aus! Gerade diese Tatsache muß der Therapeut in besonderer Weise gewichten. Wenn der Therapeut somit erinnernd mit seinem Patienten zu den formativen Ausgangssituationen seiner Lebensstilgenese zurückkehrt, wird er nicht bei der Wiederbelebung entsprechender Versagens- und Minderwertigkeitsgefühle stehen bleiben dürfen. Wenn er, frei thematisierend, die jeweiligen Erlebnismuster auf weitere defizitäre Empfindungen im Verlauf der Lebensgeschichte (und hierzu gehört natürlich auch das neurotische Symptomgeschehen) zu übertragen anregt, wird er durchaus nicht allein das resignierende Moment eines gescheiterten Lebensvollzugs in das Zentrum analytischer "Einsicht" rücken dürfen. Hierdurch können zwar verdrängte Affekte bewußt gemacht, also freigesetzt werden, doch sind dies eben Gefühle, die in ihrer Wirkung solange (auto)destruktiv bleiben müssen, wie der Patient nicht gelernt hat, sie in einer neuartigen, prinzipiell "annehmbaren" Weise wahrzunehmen und zum Zwecke eigener Selbstbehauptung zu nützen. Diese Bereitschaft ist die vielleicht entscheidende Voraussetzung zur Überwindung jener ambivalenten Grundeinstellung, die gerade den Neurotiker charakterisiert.

12) Vorbehaltloses Akzeptieren sämtlicher Affekte

Das bedeutet, daß gerade jene Affekte, die eine psychopathologische Relevanz besitzen, eine außerordentlich bedeutsame handlungsstrategische Funktion besitzen. Sie sind gleichsam Alarmsignale, die darauf hinweisen, daß im Verlauf eines ambivalent gesteuerten Lebensvollzugs eine Bewegungsrichtung eingeschlagen wurde, die von den Leitlinien des primären Orientierungssystems mehr oder weniger stark abweicht.

Diese handlungsstrategische Bedeutung der Affekte gilt es im Rahmen der individualpsychologischen Psychotherapie grundsätzlich zu berücksichtigen, d.h. in ihrer lebensstiltypischen Sinnhaftigkeit deutend "aufzudecken". Es darf freilich nicht unerwähnt

bleiben, daß sich gerade in diesem Zusammenhang gegenwärtig divergente Ansätze feststellen lassen.

So betreiben insbesondere die amerikanischen Individualpsychologen eine eher sachlich-distanzierte "Finalanalyse", die auf die Bewußtmachung "irrtümlicher" Methoden und "geheimer" Ziele neurotischer Lebensführung abzielt (vgl. Gushurst 1911). Damit wird im Grunde die (heil)pädagogische Tradition der Individualpsychologie der Zwischenkriegszeit fortgeführt (vgl. Handlbauer 1984, Titze 1985 c). Diese Vorgehensweise wurde in den letzten Jahren gerade in Mitteleuropa einer sehr engagierten Kritik unterzogen (vgl. Schmidt, 1985 b, S. 21 ff.). So weist Heisterkamp (1984, S. 143) darauf hin, daß "[...] eine bloße Zielanalyse individuellen Verhaltens und Erlebens die Einfühlung in die belastenden Insuffizienzerlebnisse und Mangel Erfahrungen", vor deren Hintergrund primäre Orientierungssysteme entstanden sind, weitgehend verhindert. Der Patient wäre dadurch einmal mehr zum bloßen Objekt korrektiver Maßnahmen degradiert, ohne in seinem spezifischen Subjektsein wirklich angenommen zu werden. Gerade dies ist aber eine unerläßliche Bedingung individualpsychologischer Psychotherapie, wie sie auch Manés Sperber verstanden wissen will. Denn der Therapeut, der den Patienten so annimmt wie er ist, "[...] erkennt den anderen an und sucht, ihn in seinem Bezugssystem zu sehen. Und es gibt keinen Menschen, der innerhalb seines (primären, M.T.) Bezugssystems unsympathisch, unlogisch und ungerecht wäre. Da erscheint jeder gerecht und alles Unrecht, das er begeht, als Abwehr eines viel größeren Unrechts, das ihm widerfahren ist" (Sperber 1978, S.97).

13) Die Allianz mit dem "kleinen Kind im Patienten"

Die starke Gewichtung des empathischen Akzeptierens der Emotionalität des Patienten bringt die moderne Individualpsychologie in eine unverkennbare Affinität zur personenzentrierten Psychotherapie, wie sie in diesem Band (S. 213 ff.) von Stipsits und Pawlowsky vorgestellt wird. Namentlich Heisterkamp (1984) und Louis (1978, 1985) nehmen denn auch einen ausdrücklich positiven Bezug auf das Werk von Carl Rogers.

Allerdings wäre es durchaus verfehlt, hieraus zu folgern, daß die gegenwärtige individualpsychologische Methodik "nichts anderes" als eine Adaption des nondirektiven Ansatzes sei. Dies wird von Datler und Reinelt (in diesem Band S. 84) ausdrücklich klargelegt. Denn der individualpsychologische Therapeut versucht "im Rahmen einer empathisch gehaltenen Therapeuten-Patienten-Beziehung⁴⁴ (ebd.) immer auch, die Aufmerksamkeit des Patienten mitzulenken bzw. mitzuprovozieren und damit "anzudeuten⁴¹, was ihm bedenkens- und verfolgenswert erscheint (ebd.). Damit bedient sich der individualpsychologische Therapeut einer Vorgehensweise, die sowohl nondirektiv als auch direktiv ist.

Dieser scheinbare Widerspruch läßt sich leicht auflösen, wenn wir uns noch einmal das individualpsychologische Persönlichkeitsmodell vor Augen führen: Jeder Mensch hat im Verlauf seiner frühen Entwicklungsphasen ein unverkennbar einmaliges Orientierungssystem, einen individuellen "Lebensplan" (vgl. auch Caspar in diesem Band) geschaffen, der seine "Wahrnehmungen, seine Zielsetzungen und seine aktionalen Bewegungen fortan determiniert. Dieses "Handlungsprogramm" (um es etwas salopp auszudrücken) erfährt zunächst eine korrigierende Gegensteuerung durch jenes allgemeingültige Orientierungssystem, das das Kind im Rahmen seiner Sozialisation von seinen Sozialpartnern übernimmt. Die meisten therapeutischen Verfahren, die wir als "direktiv" bezeichnen, versuchen im Grunde nichts anderes, als diese Gegensteuerung in ihrer Wirkung abzumildern, bzw. "rationaler" durchzustrukturieren. Dabei bleibt in der Regel freilich offen, ob und in welchem Ausmaß diese Rationalität nicht auch von der privaten Apperzeptions- und Orientierungsweise des Therapeuten selbst durchsetzt, ist. In diesem Falle würde der Therapeut versuchen, einen anderen Menschen an Apperzeptionsweisen heranzuführen, die zwar für ihn selbst bestimmend sind, die aber durchaus keine universale Valenz besitzen.

Deshalb wird in der zeitgenössischen individualpsychologischen Literatur zunehmend gefordert, daß der Therapeut seine eigenen Apperzeptionen, Sicherungstendenzen und Affekte reflektiert, da sich hieraus Widerstände ergeben können, "die er selbst möglicherweise einem

einfühlenden Verstehen entgegensetzt" (vgl. Schmidts "5.These", in diesem Band S.61). Diese Kontrolle der "Gegenübertragung" (um den entsprechenden psychoanalytischen Terminus zu verwenden) ist vielleicht die wichtigste Voraussetzung für einen identifikatorischen Verstehensprozeß, der das intuitive Nachvollziehen von Handlungen ermöglicht, die sich an den spezifischen, privatlogischen Leitlinien des "kleinen Kindes im Patienten" orientieren. Der Therapeut wird unter dieser Voraussetzung mit dem Patienten fühlen, wahrnehmen und werten können. Dies bedeutet letztendlich, daß der Therapeut, frei von eigenen Sicherungstendenzen, bereit und in der Lage ist, die Regression des Patienten "mitzumachen". Modellhaft kann der Therapeut den Patienten nunmehr zum Prozeß der Selbstakzeptanz anregen, indem er sich mit dem "kleinen Kind in ihm" gleichsam "konspirativ" gegen die Zwänge eines Dressurgewissens verbündet, das seit den Kindheitstagen die soziale Realität in einem unwirtlichen, beängstigenden Licht erscheinen ließ (vgl. Titze 1978b, 1979, 1984, 1987). Indem der Therapeut die entsprechenden "Gegenfiktionen", die eine freie und schöpferische Selbstentfaltung des Patienten bislang gehemmt haben, konsequent und humorvoll (vgl. Titze 1985 f) in Frage stellt, setzt er die therapeutisch gebotene Relativierung von Schuldgefühlen in Gang, was grundsätzlich auch der Abwehr entsprechender autoaggressiver Tendenzen gleichkommt.

Hierdurch kann jener basale Prozeß der Ermutigung gefördert werden, der auf eine umfassende Modifikation einer negativen Grundeinstellung gegenüber dem eigenen Lebensvollzug abzielt. Unter dieser Voraussetzung wird der Patient zusammen mit seinem Therapeuten eben jenen Perspektivenwandel vollziehen können, der seine lebensstiltypischen Bewegungen in einem anderen Licht erscheinen läßt - und damit annehmbar macht (vgl. auch Datler und Reinelt, in diesem Band S. 80 ff.). Was ursprünglich als ein bloßes Anzeichen von Schwäche und Minderwertigkeit galt, mag sich nunmehr als eine durchaus wirksame "Strategie der Lebensbewältigung" offenbaren; was früher abgelehnt und bekämpft wurde, kann jetzt akzeptiert werden.

Diese im eigentlichen Sinne dialektische Betrachtungsweise regt nicht zuletzt zur Überwindung einer präkonventionellen Moralitätsstufe (Kohlberg) an, auf der alles "katastrophiert" (Beck) wird, was den gängigen Normvorstellungen nicht entspricht. Im Zuge des reziproken Verstehensprozesses kann der Patient nämlich am modellhaften Beispiel seines Therapeuten erleben, daß eine vermeintliche "Schwäche" stets auch auf den positiven Gegenpol von "Stärke" verweist, das "Minderwertigkeit" untrennbar mit der Antithese vollwertiger Leistungsfähigkeit verbunden ist (vgl. Ansbacher 1978).

Diese Art von relativierender "Lebensweisheit" ist die wahrscheinlich unerläßliche Voraussetzung für die Freisetzung jener schöpferischen Kraft (vgl. Hellgardt 1985b), die eine Veränderung individueller Apperzeptionsweisen (vgl. Datler und Reinelt, in diesem Band S.79ff.) und finaler Leitlinien überhaupt erst bewirken kann.

(Literatur am Ende des Sammelbandes, aus dem dieser Beitrag entnommen wurde!)

