

2.04 In: Z.f. Individualpsychologie 8  
1983, 146-155.

Wilfried Datler

### Vom Aufgabenfeld des Psychotherapeuten

*Konvergenzen im psychoanalytischen und individualpsychologischen  
Neurosenverständnis und deren praxisrelevante Implikate*

Der Frage nach dem „Aufgabenfeld“ des Psychotherapeuten ermangelt es zur Zeit wohl keineswegs an Aktualität: Die (nach 1938 erloschen gewesene, in den späten Sechzigerjahren wieder aufgeflamte und inzwischen auch bis zu den orthodoxsten Analytikern hin vorgedrungene) Diskussion um das „eigentliche Mandat“ des psychotherapeutischen Standes wird heute auf breitester Ebene geführt; die Vielzahl entsprechender Publikationen nimmt deutlich zu; und seit geraumer Zeit gibt es kaum einschlägige Kongresse oder Symposien zu besuchen, auf denen das „Idealbild“ des „anonymen“, hinter der Couch sitzenden, deutenden, ansonst aber „passiven“ Therapeuten nicht ebenso radikal *verworfen* wie energisch *hochgehalten* würde.

Will man den Ausgang dieser Kontroversen nun weder dogmatisch vorwegentscheiden, noch bedenkenlos ändern überlassen, so wird man wohl nicht umhin können, sich selbst an dieser laufenden Diskussion zu beteiligen, dabei stets versuchend, auch weithin unbefragt hingenommene Selbstverständlichkeiten kritisch auf mögliche Rechtsgründe hin zu prüfen.

Dazu seien nun sieben Thesen formuliert. Sie sind – dem vorgenommenen Rahmen entsprechend – aufrichtig gehalten und mögen als programmatische Diskussionsbeiträge zu einer Problematik begriffen werden, deren systematische Verhandlung heute (in zumindest umfassender Form) wohl noch aussteht.

#### I.

Die Frage, was Psychotherapeuten – mithin also Menschen, die für die psychische Gesundheit (auch) anderer Sorge zu tragen haben – denn überhaupt leisten sollen, verweist auf die Problematik des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes schlechthin; hängt es doch – dem eben genannten Vorverständnis zufolge – vom jeweiligen Krankheits- oder Gesundheitsbegriff ab, für *welche* Art „Sache“ denn ein Therapeut überhaupt meint, in ganz bestimmter Weise „Sorge tragen zu sollen“.

Um dies an zwei Beispielen zu skizzieren:

- *Genau* und *nur* dann, wenn jemand glaubt, erlernte und von der statistischen Norm deutlich abweichende Verhaltensweisen seien als psychische Krankheiten anzusehen, *genau* und *nur* dann kann er auch glauben, er – als Therapeut – habe „Verhaltensauffälligkeiten“ via Einsatz von Lerntechnologien zu „löschen“.
- *Genau* und *nur* dann, wenn jemand meint, individuell eingeschränkte Kooperationsbereitschaften seien als psychopathologische Zustandsbilder zu begreifen, die von gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen immer wieder produziert würden, *genau*

und *nur* dann kann jemand auch meinen, als Therapeut an der entsprechenden Veränderung dieser gesellschaftlichen Verhältnisse mitwirken zu sollen.

Daher These 1:

These 1: Es ist stets eine bestimmte Vorstellung von psychischer Krankheit bzw. Gesundheit, welche das Selbstverständnis und somit das erklärte Aufgabenfeld des je einzelnen Psychotherapeuten zu konstituieren scheint.

## II.

Die tiefenpsychologischen Schulen der Psychoanalyse und der Individualpsychologie geben nun vor, Wesentliches zum Verständnis (zumindest) einer bestimmten Gruppe psychischer Krankheiten, der Neurosen nämlich, erarbeitet zu haben<sup>1</sup>: Ihren Forschungsergebnissen zufolge können neurotische Erkrankungen zurückgeführt werden auf (vornehmlich frühkindliche) Konflikte, in denen ein Individuum bestimmte „vitale Grundbedürfnisse“ (Mentzos 1982, 78) einerseits wohl befriedigen will, diese gleichzeitig aber nicht befriedigen kann oder nicht befriedigen darf. Nehmen solche Ereignisse nämlich traumatische Intensität an und bedrohen sie damit die Stabilität, Ausgewogenheit und/oder subjektiv erlebte Sicherheit dieses Individuums, so hinterlassen sie „angstvolle oder schmerzliche Erfahrungen“ sowie eine „vermehrte Angstreaktionsbereitschaft“, die ihrerseits wiederum „eine schnelle Mobilisierung von Abwehrmechanismen zur Folge hat. Diese verdrängen die Angst und Unlust und – was noch wichtiger ist – blockieren auch in der Zukunft das bewußte Erleben dieser frustrierten Wünsche, eben um eine erneute Traumatisierung zu verhindern. Sicherheit, Schutz und Schmerzfreiheit werden damit durch die Errichtung eines Gegensystems erkaufte“, wobei dieses Gegensystem, wie Mentzos treffend bemerkt, allerdings „teuer zu stehen kommt: Der (nunmehr unbewußte; Anm.) Konflikt wird verfestigt“ (Mentzos 1982, 78f.), das Abwehrsystem mit seiner zutage tretenden Symptomatik fixiert, der unmittelbare Erlebnis-, Entscheidungs- und Handlungsspielraum verengt.

Dieses eben beschriebene Modell mag aufs erste vielleicht deutlicher an die klassisch-analytische Theorie der Neurosenentstehung erinnern; es trifft aber bei schärferem Hinsehen auch das der orthodoxen Individualpsychologie: Auch ihr zufolge ist ja jedes neurotische Symptom als Ausdruck eines „nicht gewußten“ Konfliktes zu verstehen; eines Konfliktes, der daher rührt, daß

- das, einem jeden Menschen genuin zugerechnete Bedürfnis nach einem Persönlichkeitsgefühl der Stärke, des Selbstwertes und der Selbsterhöhung einerseits nicht befriedigt werden konnte, und
- sich eben dieser Mensch nun gegen die deshalb aufsteigenden antagonistischen Empfindungen der Unsicherheit und Minderwertigkeit gleichzeitig zu schützen versucht, indem er sie via Kompensation und tendenziösen Apperzeptionen „abzuwehren“ trachtet.

Auch nach Adler schränken diese Unternehmungen den sachlichen Bewegungsspielraum des je einzelnen ein; verhindern sie in ihrer undurchschauten Prozeßhaftigkeit doch (a) die Möglichkeit ihrer kurzfristigen Aufhebung ebenso wie (b) die Kompetenz,

<sup>1</sup> Auf andere Krankheitsformen wird hier nicht eingegangen. Dies geschieht vornehmlich deshalb, weil es ja vornehmlich die Neurose ist, die sowohl von individualpsychologischer als auch von psychoanalytischer Seite her am wohl differenziertesten und gesichertsten untersucht worden ist.

Wahrnehmungen und Entscheidungen realistischen Anschauungen entsprechend zu treffen (*Ansbacher & Ansbacher 1982, 238*).

Es könnte nun differenziert gezeigt werden, daß sich heute auch in detaillierteren Fragen zur Neurosetheorie so manche Konvergenzen zwischen einzelnen Individualpsychologen und einzelnen Psychoanalytikern abzuzeichnen scheinen, man denke etwa

- an die wachsende Bedeutung, die seitens mancher Individualpsychologen wieder den libidinösen Entwicklungsstufen beigemessen wird<sup>2</sup>; man denke
- an die Ergebnisse der Narzißforschung, imzuge welcher ja manche alte individualpsychologische Erkenntnisse in differenzierter Weise neu entdeckt und mit konventionell-analytischen Theorien amalgamiert werden<sup>3</sup>; oder man denke
- an jene Analytiker, die heute meinen, die Annahme eines einzigen fundamentalen Sexualtriebes um weitere Grundtriebe und Grundbedürfnisse erweitern zu müssen, und dabei dann individualpsychologischen Ohren durchaus vertraute Begriffe zur Vorstellung bringen<sup>4</sup>.

Hier sei in These 2 zunächst einmal aber nur soviel festgehalten:

These 2: Der individualpsychologischen wie psychoanalytischen Theorie zufolge liegen neurotischen Symptomen unbewusste Konflikte zugrunde, die sich genetisch zurückführen lassen auf traumatische Erlebnisse oder Erlebnisfolgen, in denen bestimmte vitale Grundbedürfnisse nicht zur nötigen Befriedigung gebracht werden konnten.

### III.

Diese dem psychoanalytischen wie individualpsychologischen Neurosenverständnis gemeinsame Grundfigur wurde nun auf psychoanalytischer Seite am wohl differenziertesten entfaltet. So umfassend sich eine solche Neurosenlehre heute aber auch zeigt, – sie reicht in dieser ihrer empiristischen So-Gestalt nicht aus, um therapeutisches Handeln auch tatsächlich *wohlbegründet* richten zu können: Sollen so gehaltene psychoanalytische Neurosentheorien in eine Theorie des therapeutischen Handelns umschlagen, so bedürfen sie – und dies trifft These 3 – der zusätzlichen Entfaltung einer ihr eigenen Handlungsethik; anders formuliert: Sollen so gehaltene analytische Theorien praxeologisch umgewendet werden, so bedürfen sie vordringlich eines Theoriegebäudes, das auszuweisen versucht, was denn der Zweck (d. h.: das Soll) jeglichen Psychotherapierens nur sein und hiemit der Begriff des „Zur-psychischen-Gesundheit-Verhelfens“ nur bedeuten könne.

Damit soll allerdings nicht dem szientistischen Mißverständnis aufgefressen werden, Psychoanalyse sei als „empirische Wissenschaft“ wertfrei zu denken und bedürfe einer Handlungstheorie, die gänzlich zusammenhanglos „von außen“ dazuzutreten habe; vielmehr möchte ich meinen, daß eine empiristische Wissenschaft, die (wie die Psychoana-

<sup>2</sup> Dies gilt v.a. für Wiener Individualpsychologen. Vgl. dazu etwa: Ringel (1973), W. Spiel (1980a), W. Spiel (1980b).

<sup>3</sup> Auf Konvergenzen und Divergenzen zwischen individualpsychologischen und Narzißmustheorien haben v.a. Schmidbauer (1975, 206f.) und Bolterauer (1982) hingewiesen.

<sup>4</sup> Vgl. dazu etwa Hendricks (1943) „Bemächtigungstrieb“, Schmidbauers (1975) „Neugieraktivität“, Joffes & Sandlers (1967) „Sicherheitsprinzip“, Lochs & Pohlmanns (1977, 34) „Schmerzprinzip“ oder Mentzos (1982) „Autonomiestreben“ und „Kontaktbedürfnis“. – Wenn in psychoanalytischen Kreisen hiermit die These aufkeimt, daß es nicht bloß der Sexualtrieb, sondern eine Vielzahl von Grundbedürfnissen sei, deren „mangelhafte“ Befriedigung zur Ausbildung von Neurosen führen kann, so deutet dies im Übrigen die vielleicht grundlegendste Annäherung zwischen dem psychoanalytischen und dem individualpsychologischen Neurosenverständnis an; postulieren doch auch manche Individualpsychologen, daß Neurosen in „subjektiv erlebten Mangellagen“ *schlechthin* wurzeln, die nicht tatsächlich überwunden werden können und nun vordergründig kaschiert werden müssen (vgl. dazu v.a. Antoch [1981, 22ff.], der sich dabei auf Metzger [1978, 11] beruft).

lyse) ihre Daten ja unmittelbar im Vollzug ihrer eigenen Praxis für Praxis gewinnt, wohl immer schon bestimmte normative Umrissse ihres Tuns in sich tragen muß<sup>5</sup>; ein Sachverhalt, der vielleicht unmittelbar einsichtig wird, wenn man bedenkt, daß jedes analytische Forschen über „Neurosegenese“ ja immer schon von einem Begriff von „Neurose“ sowie einem Begriff von „analytischer Praxis“ auszugehen hat. Unbeschadet dessen dürften aber solche Implikate *nichts* taugen, wenn es gilt, *tatsächlich verantwortbare* Praxis zu stiften; ist doch mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich manche dieser praxisleitenden Vorstellungen bei schärferer Prüfung gar nicht als so rechtmäßigerweisen, als man beim ersten naiven Hinsehen vielleicht vermuten möchte. Die im „Junktum zwischen Heilen und Forschen“ (Freud 1926, 293) gründenden „Vor-Urteile“ über Therapie lassen daher ein scharfes Fragen nach dem Zweck und der Methode therapeutischen Handelns als eher dringlich (denn als hinfällig) erscheinen. –

Daß die Diskussion um eine möglichst argumentierbare Bestimmung des „Aufgabenfeldes von Psychotherapie“ in *analytischen Kreisen* jedenfalls (weitgehend) aussteht, kann einschlägigen Neurosen- und Techniklehrbüchern entnommen werden. Und daß die wenigen einschlägig erschienenen Publikationen die subtile Verhandlung der Frage nach dem „Aufgabenfeld des Psychotherapeuten“ *nur umso nötiger* erscheinen lassen, machen die ebenso vielfaltsreichen wie dogmatisch gefaßten Antwortversuche dieser Publikationen selbst deutlich; zeigen sie ja: selbst angesichts eines weithin gemeinsamen Neuroseverständnisses scheint die Frage nach dem „Aufgabenfeld des Psychotherapeuten“

- keineswegs mit eindeutiger Selbstverständlichkeit zu treffen,
- daher vom je einzelnen Therapeuten unteilbar selbst zu verantworten und
- demgemäß in größtmöglicher Besonnenheit zu verhandeln zu sein.

Daher These 3:

These 3: Will Psychoanalyse praktisch werden, so bedarf sie einer (normativen) Handlungstheorie. Eine solche wird (inclusive eines bestimmten Krankheitsbegriffes) in Theorie und Praxis zwar immer mitvorausgesetzt; sie bedarf aber einer bewußt-scharfen Bestimmung, wenn die Entscheidung über das „Wie“ und „Wozu“ psychotherapeutischen Tuns nicht zufälligen Launen oder schief gefaßten Vorurteilen, sondern einzig besonnener Verantwortlichkeit überlassen bleiben soll.

#### IV.

Diese letztendlich scheinbare, von Psychoanalyse aber weithin vorgeschobene Trennung zwischen Psychopathologie und therapeutischer Handlungstheorie findet man im individualpsychologischen Ansatz grundsätzlich überwunden. Indem die Individualpsychologie im Anschluß an Adler nämlich postuliert, daß

- jeder Mensch ein „angeborenes Gemeinschaftsgefühl“ besitze,
  - dessen unbewußt-konfliktbedingte Beeinträchtigung als „pathologisch“ (und hiemit: als „zu therapierend“) zu bezeichnen sei,
- trachtet sie, die spezifische Normativität ihres Zugriffes – sowohl den Begriff psychischer Gesundheit als auch den Zweck individualpsychologischer Therapie betreffend – von vornherein *explizit* darzulegen.

Dies muß allerdings unbefriedigend bleiben, solange nicht dargelegt wird, was unter diesem „Gemeinschaftsgefühl“ denn aus welchen Gründen zu verstehen sei, und wie dieses demnach therapeutisch befördert werden könne.

<sup>5</sup> Hier ist etwa an „erkenntnisleitende Interessen“ zu denken.

Dazu sei angemerkt:

Wenn die „Entfaltetheit von Gemeinschaftsgefühl“ eine – wie Adler an manchen Stellen betont – „ideale menschliche Befindlichkeit“ vorstellt, der sich jedermann möglichst annähern soll<sup>6</sup>, dann bezeichnet dies ein ganz bestimmtes anthropologisches Datum. Diesem zufolge befindet sich ein jeder Mensch (a) in einer Spannung zwischen seinem So-Sein und einem Gesollt-Sein, die es (b) stets abzubauen gilt.

Nun läßt sich aber das Gesollte dieses Gesolltseins nicht inhaltlich-konkret bestimmen: Versuchte man dieses Idealbild nämlich auf bestimmte Verhaltensweisen oder Eigenschaften festzulegen, so begäbe man sich nur allzu schnell auf unhaltbaren Boden; wollte man dann doch subjektive Vorstellungen als objektivgültig ausweisen und somit den – bislang immer noch entlarvbar gewesenen – Schein erwecken, normative Setzungen könnten anderen voraussetzungslos – und somit in absolut unzweifelhaft-gültiger Weise – vorgeschrieben werden.

Ein Ausweg aus diesem logischen Dilemma scheint sich aber dann abzuzeichnen, wenn man nicht länger versucht, Gesolltes inhaltlich zu bestimmen, sondern zunächst einmal fragt: „Ja – unter welchen Bedingungen kann man denn von jemandem überhaupt nur verlangen, Sollensansprüche als geltend und hiemit als verbindlich anzuerkennen?“ Dies verweist nun auf die Frage nach dem Begriff des Geltungsanspruches selbst und scheint (in heute angebarbarer Weise) so beantwortet werden zu können:

Eine Person hat Sollensansprüche dann als geltend und somit als verbindlich anzusehen, wenn sie meinen kann, daß diesen Sollensansprüchen auch jede andere Person muß zustimmen können.

Postuliert man demnach, daß ein Mensch mit (voll) ausgeprägtem Gemeinschaftsgefühl eine menschliche Haltung („Lebensstil“) besitzen muß, die (der) von möglichst gültigen Werturteilen bestimmt ist, so ließe sich zeigen, daß dieses Bild von „ausgeprägtem Gemeinschaftsgefühl“ tatsächlich als „Idealbild“ ausgewiesen werden kann: Es genügt, so meine ich, sowohl dem Anspruch des faktisch Unerreichbaren, als auch dem Anspruch des Gesollten (vermag doch ein Lebensstil nur dann als verbindlich/gesollt proklamiert zu werden, wenn er auch auf für verbindlich gehaltene Urteile gestützt ist).

Es ließe sich desweiteren auch differenziert zeigen, warum diesem so entworfenen „Idealbild“ gerade *nicht* der Vorwurf des Dogmatischen zu machen ist; hier sei nur so viel vermerkt: Indem die Entfaltetheit von Gemeinschaftsgefühl immer auch die Entfaltetheit kritischer Urteilskraft miteinschließt, vermag der dem „idealen Sollwert“ sich Nähernde stets auch den Geltungsanspruch dieses hier vorgestellten Sollprinzips selbst auf seine Rechtmäßigkeit hin zu prüfen, zu hinterfragen, ja: gegebenenfalls zu überholen; so wie überhaupt jeder Mensch mit voll ausgeprägtem Gemeinschaftsgefühl von außen an ihn herangetragene Ansprüche prüfen und sich somit permanent im Bereich völliger Selbstbestimmtheit bewegen würde.

Angesichts dieser Überlegungen also These 4:

These 4: Bezeichnet der Krankheitsbegriff der „Neurose“ tatsächlich Zustände, in denen sich Personen aufgrund unbewußter Konflikte in ihrem Erlebnis-, Handlungs- und Entscheidungsspielraum eingeengt finden, so sind solche Zustände tatsächlich als „aufzuhebend“ bzw. als „zu therapierend“ und somit als „krankhaft“ zu bezeichnen; verhindern sie doch,

<sup>6</sup> Vgl. dazu etwa Adler (1927), aber auch jene Stellen, denen Adler als Ausdruck eines „entfalteten Gemeinschaftsgefühls“ ein – offensichtlich gesolltes – Streben nach der Herstellung einer „idealen Gemeinschaft der ganzen Menschheit“ (sub specie aeternitatis) postuliert (z. B. Adler 1933c, 83; Adler 1933i, 261). – Eine ähnliche Position findet sich auch bei O. Spiel (1947, 30ff.; 1948).

daß Menschen Sollensansprüche vernehmen oder erfüllen können und somit in der Lage sind, dem nachzukommen, was ihnen mit ihrem Menschsein aufgegeben ist; nämlich: „Aufgaben in einer (möglichst; Anm.) allgemeingültigen Art zu bewältigen“ (Adler 1927 a, 42), um so die ihnen aufgebene Verantwortlichkeit für ihr Tun auch tatsächlich verantworten zu können. – Indem diese Begrifflichkeit von psychischer „Gesundheit“ oder „Krankheit“ hier in grundsätzlicher Weise entfaltet wurde, erhebt sie nicht bloß für Individualpsychologie, sondern auch für Psychoanalyse Geltung.

## V.

Damit aber nun allmählich wieder zurück auf den Boden dessen, was gemeinhin als „Praxis“ bezeichnet wird. Dabei sei nochmals an das oben hervorgekehrte Dilemma angeknüpft:

Diesem zufolge dürfte es (einerseits) jedem Menschen unmöglich sein, tatsächlich zwingend-allgemeingültige Urteile fällen zu *können*; während ihn ja (gleichzeitig) die Aufgabe trifft, möglichst allgemein gültige Urteile dennoch setzen zu *sollen*.

Begreift man unter „allgemeingültigen Urteilen“ nun aber (so wie oben) Urteile, denen „jeder andere auch muß zustimmen können“, so verweist dies den einzelnen an das Du; anders formuliert: Das eben genannte Dilemma provoziert die Formulierung eines weiteren Imperativs, demzufolge jeder Mensch sich zu bemühen hat, mit anderen in sachliche Diskurse zu treten, auf daß es möglich wird, in genauen Auseinandersetzungen möglichst hochwertige Urteile fällen und dementsprechend hochwertige Handlungen setzen zu können. Oder um mit Wolfgang Fischer (1961, 80) zu sprechen: „Der Geltungsanspruch der Urteile verweist das Ich auf das Du, damit sich beide de(n) hochwertigsten, d. h.: de(n) (möglichst) reinsten Argumen(ten) beugen.“

Wenn es nun aber Aufgabe ist, sich um solche Diskurse zu bemühen, dann ist es auch Aufgabe, das tatsächliche Stattfinden solcher Diskurse unmittelbar möglich und wirklich zu machen. Da solcherart Auseinandersetzungen nun aber bloß auf dem Boden der Zwischenmenschlichkeit geschehen können, ist es jedem aufgegeben, anderen zu helfen, auf daß sie in die Lage geraten, in gemeinschaftlicher Kooperation um möglichst hochwertige Selbstbesinnung und Selbstbestimmung ringen zu können.

Daher also These 5:

These 5: Jedem Menschen ist es aufgegeben, anderen zu helfen, auf daß sie in die Lage geraten, sich in gemeinschaftlicher Kooperation am Ringen um die Auffindung möglichst gültiger Urteile beteiligen zu können. – Oder anders formuliert: Jedem Menschen ist es aufgegeben, anderen zu helfen, auf daß es ihnen möglich wird, sich selbst und anderen beim Vollzug möglichst hochwertiger Selbstbestimmung und somit bei der Entfaltung eines möglichst sachlichen Lebensstils zu helfen.

## VI.

Angesichts dieses Imperativs läßt sich nun das Aufgabenfeld des Psychotherapeuten ebenso scharf wie radikal umreißen:

Begreift man Psychotherapeuten also als Menschen, die in besonderer Weise qualifiziert sind, um für die psychische Gesundheit anderer Sorge tragen zu können, so trifft solche Psychotherapeuten wohl *zunächst* einmal – und dies überrascht wohl kaum – die Aufgabe der Heilung psychisch Kranker. Angesichts des oben vorgestellten Neurosenverständnisses zielt dies dann (im Fall einer Neurosen-therapie) auf die Bewußtmachung und Durcharbeitung unbewußter Konflikte sowie auf die Erschließung adäquaterer Lösungs-

möglichkeiten ab. Auf sinnvoll erscheinende Konvergenzen und wechselseitige Anregungen zwischen individualpsychologischen und psychoanalytischen Therapieansätzen hat erst jüngst *Ringel* (1982) verwiesen. Dem sei hier nur soviel hinzugefügt:

Wenn Psychotherapeuten (den oben angestellten Überlegungen zufolge) neue Entscheidungs-, Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen helfen sollen, dann muß aus dieser Sicht wohl all jenen „Therapeuten“ Absage erteilt werden, die genuin auf die Veränderung von Verhaltensweisen abzielen; dies gilt für Vertreter der orthodoxen Verhaltenstherapie ebenso wie für Arthur G. *Nikelly* (1978), der sich einerseits Individualpsychologie nennt, gleichzeitig aber meint, Individualpsychologie bezeichne eine Methode zur Beseitigung „unerwünschter“ oder „abweichender“ Verhaltensweisen.

Die Praxis von solcherart Psychotherapie dürfte aber nur einen kleinen Teil des psychotherapeutischen Aufgabenfeldes abdecken. Will der psychotherapeutische Stand nämlich sein Mandat ernst nehmen und tatsächlich Sorge tragen für die psychische Gesundheit seiner Mitmenschen, so kann er sich wohl nicht als Verein von Reparatoren begreifen, der tatenlos darauf wartet, daß irgendwo irgendjemand erkrankt und dann seine Dienstleistungen in Anspruch nehmen muß. Was von Psychotherapeuten daher *zum zweiten* zu fordern ist, das ist ein ungemein energischeres Engagement in Sachen „Prophylaxe“. Dieses Engagement ist dringlich und möglich; haben doch gerade die tiefenpsychologischen Schulen wie die der Psychoanalyse und der Individualpsychologie in so bestechender Weise erkundet, daß es ja immer auch ganz bestimmte und zumeist auch phasenspezifisch bedeutsame soziale Momente sind, die das Kind an der angemessenen Befriedigung wesentlicher vitaler Grundbedürfnisse hindern und es somit veranlassen, traumatische Erlebnisse zu machen, diese zu verdrängen, sich gegen deren Bewußtmachung zu sichern. . . , kurz: die das Kind provozieren, Handlungs- und Entscheidungsfreiräume aufzugeben und neurotische Dispositionen auszubilden. Und wenn man weiter bedenkt, wie differenziert viele der dabei vorliegenden Untersuchungsergebnisse gehalten sind, so kann es nur wundern, mit welchem grandiosem Stillschweigen viele einschlägige Vereine jenen krankheitsfördernden Strukturen und Bedingungen begegnen, wie sie etwa in Familien, Schulen, Heimen oder Betrieben, aber auch in weitläufigeren Bereichen wie kommunalen, parteipolitischen sowie schicht-, klassen-, ja: kulturspezifischen Einrichtungen immer wieder zu beobachten sind.

Dieser Vorwurf ist nun vor allem an die Adresse der Individualpsychologie selbst gerichtet. In nostalgischer Erinnerung an die ersten Auseinandersetzungen zwischen *Freud* und *Adler* werfen so manche Adlerianer der Psychoanalyse zwar immer noch vor, sie vernachlässige die soziale Dimension der Psychologie. Bei näherem Zusehen zeigt sich aber bald, daß es in den letzten Jahren nahezu ausschließlich Analytiker waren, die (von der Tiefenpsychologie her kommend) das Augenmerk der Öffentlichkeit wieder in verstärktem Maße auf die enge Verschränktheit zwischen psychohygienischem und sozialpolitischem Tun gelenkt haben (man denke hier etwa an *Mitscherlich*, *Dahmer*, *Horn*, *Strotzka*, *Parin*, *Fürstenau*, *Lorenzer* oder *Richter*).

These 6 daher, der Individualpsychologie nicht alleine, aber besonders deutlich ins Stammbuch geschrieben:

These 6: Das Aufgabenfeld des psychotherapeutischen Standes reicht wohl über den Quadratmeter hinter der Couch hinaus. Das Mandat des psychotherapeutischen Standes verlangt zusehens nach verstärktem Einsatz prophylaktischer Aktivitäten. Diese haben auf vermehrte Aufklärung der breiten Öffentlichkeit wohl ebenso abzielen wie auf die

Verbesserung der einschlägigen Aus- und Fortbildungen von Berufsgruppen mit potentiell breitem psychohygienischem Mandat (wie etwa dem der Lehrer, Erzieher, Kindergärtner . . .). Diese prophylaktischen Aktionen haben aber auch auf die unmittelbare Korrektur solcher krankheitsfördernder Bedingungen abzielen, die bloß sozialpsychologisch erfaßt und sozialpolitisch verändert werden können.

## VII.

Thesen wie dieser wird nun gerne mit zwei unreflektierten Mißverständnissen begegnet. Davon und dazu die letzten Bemerkungen:

Gegen die eben formulierte Aufforderung zu umfassender psychohygienischer Aktivität, die mitunter bis in sozialpolitisches Engagement hineinzureichen hat, wird mitunter eingewandt, daß ihre Befolgung ja das andere Bein des psychotherapeutischen Aufgabenfeldes schwäche: Trete der engagierte Analytiker nämlich zu deutlich in die Öffentlichkeit, so bestünde eine dreifache Gefahr: Er selbst könnte (a) in seiner Aktivität von seinem Patienten „ertappt“ und (b) aus seiner Position der Anonymität herausgerissen werden, was (c) die Entfaltung einer „reinen“ Übertragungsneurose empfindlich stören würde. Dagegen aber ist einzuwenden, daß das Bild vom „anonymen Analytiker“, das hier als Argument ins Treffen geführt wird, ohnehin bloß ein Mythologem der Psychoanalyse vorstellen kann. Denn so bedeutsam die Wahrung einer gewissen Distanz zwischen Analytiker und Patient auch sein mag, und so dringlich auch hier vor einem zu schnellen und zu starken Agieren des Therapeuten gewarnt sein will, so sehr ist es doch unvermeidbar, daß Patienten ihren Analytiker wohl immer auch als „reale Person“ mit bestimmten Interessen, mit bestimmtem Image, mit bestimmten Klatschgeschichten bedacht . . . erleben, und zwar ganz egal, ob er sich nun psychohygienisch mehr oder weniger betätigt. (Hier sei im Übrigen auch auf die erst jüngst erschienenen Arbeiten von Thomä [1981] und Cremerius [1981] hingewiesen, in denen nicht bloß gezeigt wird, daß Freud selbst wohl alles andere als einen „anonymen“ Analytiker abgab, sondern auch zu Vorstellung kommt, wie sich diese Ideologie des Analytiker-Inkognitos vermutlich so breit machen hat können, und warum ihre zwängliche Hochhaltung therapeutische Prozesse wohl eher zu hemmen als zu fördern pflegt.)

Damit ist auch gleich der Übergang zur Besprechung des zweiten (und nahezu gegenläufigen) Mißverständnisses geschaffen: Ihm zufolge wäre es zwar durchaus begrüßenswert, wenn einzelne Psychotherapeuten nun bestimmten sozialpolitischen oder institutionstheoretischen Momenten tatsächlich mehr Bedeutung beimessen würden. Allein – solch ein Perspektivenzuschnitt berühre aber in keiner Weise das Problem des klassischen Analysierens; liege doch die Patienten-Analytiker-Dyade auf einer Ebene, die von einem umfassenden psychohygienisch-sozialpolitischen Interesse völlig abgehoben sei. Aber auch diese Position scheint in ihrer Naivität unhaltbar zu sein: Zwar dürfte es schon stimmen, daß es dem sozialpolitisch handelnden Therapeuten in wohl unvergleichlich stärkerem Ausmaß um die effektive Durchsetzung inhaltlich bestimmter Wertvorstellungen gehen muß, als es „therapierenden Therapeuten“ vermutlich je wird gehen dürfen; gleichzeitig wäre es aber dennoch überzogen, deshalb schon zu meinen, analytische Prozesse könnten sich je in Unabhängigkeit von den konkreten Werturteilen des jeweils beteiligten Analytikers entfalten: Genau solche Werturteile fließen nämlich (wenn man mit Thomä [1981] will: inform von Gegenübertragungen und theoriegerichteten Vorurteilen) stets mitein, wenn sich ein Analytiker entschließt, nun genau diesen (und keinen anderen) Aspekt im analytischen Dialog in genau dieser (und keiner anderen) Weise

aufzugreifen, um ihn anschließend mit genau dieser (und keiner anderen) Deutung zu versehen. Von der sozialpolitisch-psychohygienischen Sicht des Therapeuten hängt es daher immer auch *mit* ab, ob und inwiefern in einer therapeutischen Beziehung

- interpersonale Abwehrstrukturen (*Mentzos* 1966),
- „normalpathologische Erscheinungsbilder“ (*Bach & Heine* 1981) aufgegriffen oder
- Prozesse der Ablösung, Übertragung und Gegenübertragung sowie
- Aspekte des (letztendlich unleugbaren) Machtgefälles zwischen Therapeut und Patient gehandhabt werden (mithin ja alles Momente, die für das politische Handeln des Patienten außerhalb der analytischen Situation unmittelbar bedeutsam sind).

Es sei erinnert: Im Zuge der vorgestellten Ausführungen wurde unter Rekurs auf den Begriff des Gemeinschaftsgefühls zunächst versucht, „Neurosen“ als Krankheitszustände zu fassen, die genetisch auf traumatische Versagungssituationen zurückzuführen sind, in unbewussten Konflikten wurzeln und die Handlungs-, Entscheidungs- sowie Erlebnisfreiheit der Betroffenen einengen. Im Anschluß daran kam das Aufgabenfeld des psychotherapeutischen Standes zur Absteckung: Es wurde als primär aufdeckend-befreiend sowie als umfassend-prophylaktisch begriffen.

Der Komplexheit der dabei aufgebrochenen Problematik entsprechend sei als These 7 vermerkt: These 7: Sachlich-besonnenes Handeln bedarf – im Gegensatz zu ichhaftem Handeln – einer kritisch-besonnenen Prüfung jener Motive und Vorstellungen, welche diesem Handeln stets zugrunde liegen. Dabei kann es im Dienst der Sache nicht diffizil-besonnen genug zugehen. All diese Besinnung wird aber zum Selbstzweck, wenn sie nicht umschlägt in Vollzüge der Praxis.

In diesem Sinn ist es jedem Psychotherapeuten unteilbar aufgegeben, sein Aufgabenfeld zu bedenken, um dann (dem Gemeinschaftsgefühl entsprechend) *besonnen* zu handeln.

### Literatur

- Adler, A.* (1927 a): Menschenkenntnis. – Fischer: Frankfurt, 1966 d  
 – (1933 c): Religion und Individualpsychologie. – In: Jahn, E. & Adler, A.: Religion und Individualpsychologie. – Fischer: Frankfurt, 1975 a, 68–104  
 – (1933 i): Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühls. – In: Int. Z. f. Individualpsychol. 11, 1933, 257–263. – Hier zit. nach Ansbacher & Ansbacher (1982, 148)
- Ansbacher, H.L. & Ansbacher, R. R.* (1982): (Hrsg.): Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre. – Reinhardt: München-Basel, 1982
- Antoch, R. F.* (1981): Von der Kommunikation zur Kooperation. – Reinhardt: München, 1981.
- Bach H. & Heine, M.* (1981): Pseudonormalität und „Normalpathologie“. – In: Bach, H. (Hrsg.): Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. – Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen, 1981.
- Bolterauer, L.* (1982): Die narzisstisch gestörte Persönlichkeit im psychoanalytischen Aspekt von H. Kohut und im individualpsychologischen Aspekt von F. Künkel. – In: Z. f. Individualpsychol. 7, 1982, 76–84, 124–142
- Cremerius, J.* (1981): Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. – In: Ehebald, U. & Eickhoff, F.-W. (Hrsg.): Humanität und Technik in der Psychoanalyse. – Huber: Bern, 1981, 123–158
- Fischer, W.* (1961): Einige Gedanken zum Dialogischen im Begriff der Bildung. – In: Fischer, W. (Hrsg.): Einführung in die päd. Fragestellung. – Lambertus: Freiburg, 1961, 63–81
- Freud, S.* (1926 e): Die Frage der Laienanalyse. – In: GW XIV, 209–296
- Hendrick, I.* (1943): Work and the Pleasure Principle. – Psychoanal. Quart. 12, 1943, 311 ff.
- Hoffmann, S. O.* (1972): Neutralisierung oder autonome Ich-Energien? – Der Beitrag von R. H. White. – In: Psyche 26, 1972, 405–422

- Joffe, W. G. & Sandler, J.* (1967): Über einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzißtischer Störungen. – In: *Psyche* 21, 1967, 152–165
- Loch, W. & Pohlmann, U.* (1977): Psychoanalyse–Heilmittel oder Forschungsmethode. – In: Kutter, P. (Hrsg.): *Psychoanalyse im Wandel*. – Suhrkamp: Frankfurt, 1977, 27–41
- Mentzos, St.* (1976): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. – Suhrkamp: Frankfurt, 1976
- (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. – Kindler: München, 1982
- Metzger, W.* (1978): Alfred Adler im deutschen Sprachraum. – In: Kausen, R. & Mohr, F. (Hrsg.): *Beiträge zur Individualpsychologie*. – Reinhardt: München, 1978, 9–15
- Nikelly, A. G.* (1978) (Hrsg.): „Neurose ist eine Fiktion“ – Die Behandlung von Verhaltensstörungen nach Alfred Adler. – Kindler: München, 1978
- Ringel, E.* (1973): Selbstbeschädigung durch Neurose. – Herder: Wien-Freiburg-Basel, 1973
- (1982): Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Psychoanalyse. – Referat, gehalten am 15. Internationalen Kongreß für Individualpsychologie in Wien, August 1982. – Erscheint in: Reinelt, T., Otalora, Z. & Kapus, H. (Hrsg.): *Die Begegnung der Individualpsychologie mit anderen Psychotherapieformen*. – Reinhardt: München/Basel 1983
- Spiel, O.* (1947): *Am Schaltbrett der Erziehung*. Mit einem Vorwort von Walter Spiel. – Hans Huber: Bern, 1979
- (1948): Gemeinschaft als Idee und Realität. – In: *IZI, Int. Z.f. Individualpsychol.* 17, 1948, 145–156
- Spiel, W.* (1980a): Das erste Lebensjahr. – In: *Spiel, W.* (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. XI: Konsequenzen für die Pädagogik (1). – Kindler: Zürich, 1980, 59–91
- (1980b): Vom ersten bis zum fünften Lebensjahr. – In: *Spiel, W.* (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. XI: Konsequenzen für die Pädagogik (1). – Kindler: Zürich, 1980, 92–125
- Thomä, H.* (1981): Die Aktivität des Psychoanalytikers als Determinante des therapeutischen Prozesses. – In: Ehebald, U. & Eickhoff, F.-W. (Hrsg.): *Humanität und Technik in der Psychoanalyse*. – Huber: Bern, 1981, 1–80
- White, R. H.* (1959): Motivation reconsidered: The Concept of competence. – In: *Psychol. Rev.* 66, 1959, 297–333. – Hier zit. nach Hoffmann (1972)
- (1960): Competence and the Psychosexual Stages of Development. – In: Jones (Hrsg.): *Nebraska Symposium of Motivation*. – Univ. Nebr. Press.: Lincoln, 1960, 97–141. – Hier zit. nach Hoffmann (1972)

Dr. Wilfried Datler  
 Inst. f. Erziehungswiss.  
 Universität Wien  
 Garnisongasse 3/8  
 A-1096 Wien