

2.08 In: Heitger, M. & Spiel, W. (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik. - Reinhardt: München-Basel, 1984, 81-107

WALTER SPIEL und WILFRIED DATLER

Zum Verhältnis von Therapie und Pädagogik aus der Sicht der Psychotherapie und Medizin

Vorbemerkung

Es gilt nun, die Frage nach dem Verhältnis zwischen Therapie und Pädagogik aus der medizinisch/psychotherapeutischen Sicht zu beleuchten. Dabei werden wir *Marian Heitgers* Ausführungen über weite Strecken beipflichten und uns insbesondere seinen beiden Ausgangsthesen anschließen:

1. Aufgabe von Therapie und Pädagogik muß es sein, dem "Wohl" von Menschen zu dienen.
2. In solcher Sorge um das "Wohl" von Menschen findet man sich immer wieder mit Situationen konfrontiert, die nach einer Kooperation zwischen Therapie und Pädagogik zu verlangen scheinen. Vor allem (aber nicht nur) in der Arbeit mit Kranken und Behinderten wird man solcher Situationen gewahr.

Und wir teilen auch *Heitgers* implizit dargelegte Vorstellungen, die da etwa lauten:

3. Will man nicht Vorurteilen erliegen, die sich bei näherer Prüfung als unhaltbar erweisen, so gilt es möglichst subtil zu prüfen: Wie muß eine solche Kooperation zwischen Pädagogik und Therapie dann gestaltet werden, damit sie wirklich dem "Wohl" der Betroffenen dient?
4. Dabei ist mit dem Hinweis: "Pädagogik soll auf Bildung, Therapie hingegen auf Gesundheit abzielen" allerdings kaum etwas gewonnen; provoziert dies doch erst die Fragen:
 - a) Woran kann man erkennen, ob eine Handlung auf "Bildung" abzielt? Und: Was ist "Bildung"?
 - b) Woran kann man erkennen, ob eine Handlung auf "Gesundheit" abzielt? Und: Was ist "Gesundheit"?
 - c) Wie ist dann eine Kooperation zwischen Pädagogik und Therapie zu denken, wenn man von Therapie und Pädagogik nicht etwas erwarten will, was sie gar nicht zu

erbringen vermögen, und ihre Kooperation dem "Wohle" der Betroffenen doch dienen soll?

d) Und: Was ist unter dem "Wohle" von Menschen denn überhaupt zu verstehen?

Erwartungsgemäß wollen wir in einigen Antworten auf diese Fragestellungen Akzente setzen, die sich von denen *Heitgers* unterscheiden. Dies wird insbesondere für die Diskussionen um den Begriff von "Gesundheit" und die daraus folgernde Unterscheidung zwischen Psychotherapie und Pädagogik gelten. Dazu nun die folgenden Bemerkungen, deren Art der Darlegung schon erkennen lassen soll, wie differenziert sich die angesprochene Problematik bei näherem Hinsehen zu zeigen scheint.

I. Was ist "Gesundheit" und was die "Aufgabe von Medizin"?

1.

In seinem Versuch, Pädagogik von Therapie abzugrenzen, erweckte *Marian Heitger* den Eindruck, als stelle die Frage nach dem rechten Krankheitsbegriff und der planbaren Herstellung von Gesundheit eine für die Medizin schon längst ausgemachte Sache dar. Es schien, als sei es für die Medizin völlig klar, wann eine "Krankheit" vorliege und welcher technologischer Eingriffe man sich nur zu bedienen brauche, um sie zu heilen. Genau hier gilt es in diesem ersten Abschnitt aber kritisch einzuhaken.

2.

Als es vor 30–40 Jahren Pathologierigorosen abzulegen galt, da wurde Studenten gerne die Prüfungsfrage gestellt: "Was sind die Zeichen des Todes beim Menschen?" Studenten hatten dazu eine gewisse Anzahl an definierten Kriterien zu nennen; und dahinter stand eine in medizinischen Kreisen weithin verbreitete, anerkannte und eindeutige Auffassung über die Zustände des Todes und Lebendigseins. Nun hat sich in den letzten Jahrzehnten aber gerade auf diesem Sektor so ungemein viel verändert, daß sich kaum ein Mediziner heute noch getraut, eine scharfe Grenze zwischen Leben und Tod zu benennen. Und sehr ähnlich verhält es sich mit der Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit [1]. – Zur Verdeutlichung: Es gibt menschliche Befindlichkeiten, die heute mit Hilfe von apparativen Techniken in einem Extremzustand zwischen Leben und Tod gehalten werden können. Die damit verbundene Frage des "Abdrehen des Hahnes" erweist sich dabei als keineswegs rein akademische

Frage, sondern vielmehr als ein unmittelbar praxisbezogenes Problem. Zahlreiche Mediziner, Philosophen, Theologen und Juristen haben sich dazu schon zu Wort gemeldet; aber es sieht nicht so aus, als könnten hier bald Entscheidungshilfen gefunden werden, die als ebenso eindeutig wie weithin verbindlich veranschlagt werden dürften.

Wenn wir diese Fragestellung aufgreifen, so wollen wir damit verdeutlichen:

- a) Zum ersten kann mit diesem Beispiel aus der Intensivmedizin ganz grundsätzlich dem Mythos entgegengetreten werden, Mediziner hätten es stets mit eindeutigen Entscheidungskriterien zu tun.
- b) Zum zweiten läßt sich damit verdeutlichen, daß das Ausmaß dieser Eindeutigkeit (heute) keineswegs mit dem augenblicklichen Anwachsen der instrumentellen Kompetenz vieler Mediziner bloß zunimmt. Viel eher sind hier gegenläufige Tendenzen zu beobachten; denn so sehr der technologische Fortschritt der letzten Jahre natürlich auch der Medizin ungeahnte Möglichkeiten des gezielten Eingreifens ermöglicht hat, so sehr findet sich diese Medizin auch mit immer heikler werdenden Problemen konfrontiert, die sich als ungemein handlungsrelevant erweisen:

Die medizinisch-praktische Bedeutsamkeit des schon erwähnten Problems des "Abdrehen des Hahnes" etwa tritt ungeschminkt stets dann zutage, wenn ein Mediziner vor der Frage steht: "Darf ich nun (bzw. unter welchen Bedingungen darf ich denn nun) diesem einen Patienten A die Reanimationsapparate entziehen, um sie einem Patienten B (mit einer vielleicht kaum besseren Heilungsprognose) zur therapeutischen Verfügung zu stellen?" Und im Anschluß daran erweist sich zusehends ja auch die Frage nach der Grenzziehung zwischen Leben und Tod als höchst therapierelevant; muß sie doch zusehends dann beantwortet werden, wenn es zu entscheiden gilt, ob (bzw. wann) bestimmte Organe einem Körper A entnommen und – aus therapeutischen Gründen – in einen Körper B transplantiert werden dürfen.

- c) Mit diesem Exkurs in die Intensivmedizin versuchten wir zum dritten aufzuzeigen, daß diese – nicht zuletzt im Zuge der rasanten technologischen Entwicklung aufgebrochenen – Problemstellungen in die Grundsatzfrage münden: "Was ist denn nun die leitende Regel, an der sich medizinisches Handeln zu orientieren hat?" Oder anders formuliert: "Was ist denn nun *die* leitende Aufgabenstellung von Medizin schlechthin?" Und da diese Grundsatzfrage nach den Prinzipien therapeutischer Praxis keineswegs eindeutig beantwortet zu sein scheint, dürfte es nötig sein, die Frage nach dem "Verhältnis zwischen Therapie und Pädagogik" erst einmal auf die Frage nach dem "Selbstverständnis von Therapie an sich" zurückzuwenden.

"Was ist also Therapie, was ihr leitendes Prinzip?" gilt es zu diskutieren.

Und um eines gleich vorwegzunehmen: Keineswegs muß dieses Selbstverständnis mit dem Selbstverständnis all jener Institutionen und Aktivitäten ident sein, die das Vokabel des "Medizinischen" bloß in ihrer Bezeichnung führen:

So wird heute in zahlreichen medizinischen Institutionen untersucht, ob und inwieweit es möglich ist, mit Chromosomenbruchstücken gezielte Manipulationen durchzuführen. Solche Untersuchungen scheinen zunächst auch durchaus dem Selbstverständnis von Medizin als "therapeutischer Disziplin" zu entsprechen, wenn man bedenkt, daß diese Forschungen ursprünglich ja unternommen wurden, um zu ergründen, wie die Übertragung bestimmter Erbkrankheiten mittels "genetic engineering" verhindert werden kann. Bedenkt man aber, daß in manch solchen "medizinischen" Institutionen (a) zusehends diskutiert wird, ob mit solchen Genmanipulationen nicht auch einmal Menschen mit überdurchschnittlich "guten" Erbanlagen gezüchtet werden können, und überdies (b) auch erwogen wird, dazu erste Versuche zu unternehmen, dann scheinen diese von "medizinischen" Institutionen vorgenommenen Untersuchungen wohl kaum mehr einer "therapeutischen" Zwecksetzung zu genügen. Denn inwiefern, so ist zu fragen, zielen diese Untersuchungen noch auf die Aufgabe des Heilens ab, mithin also auf die Problematik der Beförderung von Gesundheit samt Linderung von Leid?

Aber selbst diese zuletzt formulierte Fragestellung erweist sich bei schärferem Zugriff als keineswegs unproblematisch; geht die mit ihr zum Ausdruck gebrachte Kritik doch von der Prämisse aus, Therapie habe auf die "Verminderung von Leid" abzielen. Genau diese Konjunktion von "Therapie" und "Verminderung von Leid" scheint aber nur bedingt haltbar zu sein.

3.

Zur Problematik der These, daß der Einsatz von Therapie stets und genau dann angezeigt sei, wenn jemand leide, soll zunächst folgende Begebenheit erzählt werden:

In eine psychotherapeutische Ordination kommt ein gutaussehender, 35jähriger Mann und beklagt sich, daß er impotent sei. Auf nähere Befragung hin berichtet er von einer beträchtlichen Erektionsschwäche. Und auf die weitere Frage: "Und bei welcher Partnerin?", kommt zur Antwort: "Ja, Herr Doktor, das ist ja mein Problem: bei der Freundin; bei meiner Frau funktioniert's."

In Szenen wie dieser, die sich ja täglich in jeder therapeutischen Praxis abspielen könnte, mag für den Therapeuten nun die Frage aufbrechen: "Soll ich diesen Mann, der offensichtlich an seiner Erektionsschwäche leidet, nun in Therapie nehmen?" Oder schärfer formuliert: "Ist es verantwortbar, diesen Mann nun in Therapie zu nehmen und damit andere Personen, die ebenfalls auf meiner Warteliste stehen und im Unterschied zu ihm vielleicht an Kontaktschwierigkeiten, leichten Prüfungsängsten oder exhibitionistischen Sexualstörungen leiden,

hintanzustellen?" Wer die knappe psychotherapeutische Versorgungslage kennt, weiß um die brisante Praxisrelevanz dieser (und ähnlicher) Fragestellungen.

Es mag nun vielleicht der Einwand naheliegen, daß das eben referierte Beispiel ja die Problematik des Krankheitsbegriffes gar nicht treffe; bestenfalls ziele es auf die Frage der Patientenauswahl ab: Der erwähnte junge Mann verspüre "Leidensdruck", zeige "Krankheitseinsicht" und sei daher als "therapiebedürftig" zu bezeichnen; ob ihm deshalb auch schon ein Therapieplatz innerhalb eines begrenzten Versorgungssystems zugewiesen werden könne, läge hingegen auf einer völlig anderen Problemebene. Allein – die hier angerissene Fragestellung ist mit solch einer Überlegung wohl noch lange nicht gelöst, denn immerhin wird dieser junge Mann damit ja als "krank" bezeichnet, *weil* er "leidet". Und was damit anklingt, das ist ein Krankheitsbegriff, wie er vor Jahren in der WHO gehandhabt wurde und explizit etwa so formuliert werden kann: "Gesundheit bedeutet körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Aufgabe von Medizin ist es, zu trachten, daß dieses Wohlbefinden durch den Einsatz angemessener therapeutischer und prophylaktischer Maßnahmen hergestellt wird."

Genau dieser Begriff erweist (und erwies) sich aber bald als keineswegs selbstverständlich; sind gegen ihn – vom Einwand des Utopismus abgesehen [2] – doch mindestens fünf Bündel an kritischen Fragen und Bedenken vorzubringen. Diese seien nun skizziert, um die Problematik dieser so verbreiteten Vorstellung aufzuweisen, derzufolge es Aufgabe von Medizin sei, umfassendes Wohlbefinden zu befördern:

a) Der eben zitierte Medizin-Begriff impliziert, daß Medizin all jene Kompetenzen umfassen solle, die in Sachen "umfassender Leidensverminderung" bislang den Bereichen der Sozialpolitik, Ökonomie, Ökologie, Rechtspraxis ... zugeordnet waren. Wer dies fordert, muß sich aber zumindest die Fragen gefallen lassen:

– Welche stichhaltigen Gründe sprechen denn überhaupt gegen die althergebrachte Vorstellung, Medizin soll "bloß" das Zusammenspiel der innerorganischen psychophysischen Funktionsglieder von Menschen in den Mittelpunkt ihrer Beobachtung stellen [3]? – Und selbst wenn dafür stichhaltige Gründe auffindbar wären:

– Wenn Medizin tatsächlich zu einer allumfassenden Super-Meta-Disziplin befördert würde – bedürfte es dann nicht erst recht wiederum einer *speziellen* (Sub-)Disziplin, die sich weiterhin um den Gegenstandsbereich der althergebrachten Medizin zu bemühen hätte? Und stünde man damit nicht erst recht wieder vor dem Problem des Selbstverständnisses einer solchen Disziplin (die im Unterschied zu bisher ja bloß unter einer anderen Bezeichnung laufen würde)?

b) Darüber hinaus ist zum zweiten zu fragen, ob es denn tatsächlich ethisch verantwortlich sei, anderen Menschen *jegliche* Konfrontation mit Leid vorzuenthalten. Möglicher-

weise bedürfen nämlich insbesondere heranwachsende Menschen mitunter sogar bestimmter "unlustvoller" und somit "leidvoller" Erfahrungen, um eine möglichst gebildete und somit autonom handeln könnende Persönlichkeit zu entfalten; man denke etwa an jene Erfahrungen,

- in denen ein heranwachsendes Kind erkennen "muß", daß seine Mutter eine von ihm völlig unabhängige Persönlichkeit darstellt, die nicht nur zu seiner exklusiven Fürsorge existiert;
- in denen ein Vorschulkind erkennen "muß", daß es keineswegs so allmächtig ist, wie es sich in seinen magischen Phantasien selbst oft erleben möchte; oder
- in denen ein Jugendlicher oder Erwachsener erfahren "muß", wie deutlich es um die Begrenztheit seines Wissens oder um die Unrechtmäßigkeit bestimmter (vollzogener) Handlungen bestellt ist [4].

c) Zum dritten ist zu bezweifeln, ob die Tendenz, Individuen vor jeglichen Unlusterfahrungen schützen zu wollen, auch tatsächlich dem proklamierten medizinischen Anspruch des Prophylaktischen genügen kann.

- Denn wenn es stimmt, daß Personen, die während ihrer Kindheit allzu verwöhnt und von jeglichen unlustvollen Versagungserlebnissen ferngehalten werden, oft kaum in die Lage geraten, ein weitgehend autonomes Selbstwertgefühl auszubilden [5]; und
- wenn es stimmt, daß sich gerade solche Personen dann oft in nahezu unkontrollierbarer Weise gedrängt fühlen, zur Kompensation ihres angegriffenen Selbstwertgefühls etwa überaggressiv zu handeln [6] oder zum Suchtmittel zu greifen (*Pernhaupt & Hoffmann* 1982; *Mentzos* 1982, 237 ff.); so legen schon alleine diese Hinweise eine Gegenposition nahe, welche da etwa lautet: "Versucht man jemanden vor *jedlichen* Unlusterlebnissen abzuschirmen, so läuft man Gefahr, an der Sorge um die Gesundheit anderer nicht bloß vorbei-, sondern dieser sogar entgegenzuhandeln; kann man damit doch immer auch eine Bereitschaft zur (späteren) Ausbildung von Krankheiten mit provozieren."

d) Zum vierten ist zu zeigen, daß die schlichte Forderung, Therapie solle nur Wohlbefinden schaffen, alles andere als unproblematisch ist, wenn man nur die Konsequenzen dieser Forderung bedenkt. Dies wird insbesondere dann deutlich, wenn man sich tiefenpsychologischer Neurosetheorien besinnt:

(1) Wenn bestimmte äußere Umstände Gefühle des Unbehagens und des Leidens hervorrufen, so beschreiben tiefenpsychologische Theorien bestimmte Möglichkeiten, wie solche Gefühle bewältigt bzw. beseitigt werden können. Eine dieser Möglichkeiten besteht in der "Verdrängung" dieser Gefühle. Diese Art der "Beseitigung" von Unbehagen und Leid" verhilft aber meist bloß zu halbem Gewinn; kann sie doch gleichzeitig zur Ausbildung von neurotischen Symptomen (und damit zur Einschränkung individueller Handlungs- und Entscheidungsfreiheit) führen.

(2) Nun enthält die Forderung nach der bloßen "Herstellung von körperlichem, seelischem, geistigem und sozialem Wohlbefinden" aber keine näheren Aussagen darüber, wie dieses "Wohlbefinden" therapeutisch denn befördert werden soll. Sie räumt Therapeuten vielmehr die Möglichkeit ein, über ihr Vorgehen nach Belieben zu entscheiden; und Psychotherapeuten bleibt es so völlig überlassen

- ob sie ihren Patienten zu mehr Selbstaufklärung verhelfen möchten, indem sie ihnen bei der Bewußtmachung der Bedeutung und der Wurzeln ihres Leidens möglichst beistehen, auf daß diese Patienten in die Lage geraten, *leiderregende Umstände vielleicht einmal selbst und in eigener Verantwortung verändern zu können*;

– oder ob sie ihre Patienten “bloß” zur Verdrängung ihrer Unlustgefühle anhalten und sie damit zu einer *unbewußtkritiklosen Anpassung an bestehende Verhältnisse führen wollen* (Löwisch 1974, 248).

(3) Wer dies behauptet und wer damit dafür stimmt, daß Therapeuten ebenso beliebig willkürlich zwischen den angezeigten Möglichkeiten des therapeutischen Vorgehens wählen dürfen, der geht aber von folgenden Voraussetzungen aus:

– Erstens: Therapeuten dürfen nach willkürlichem Belieben entscheiden, ob bei Patienten die Kompetenz zur eigenständigen Veränderung leidvoller Gegebenheiten gefördert werden soll oder nicht.

– Zweitens: Therapeuten dürfen nach willkürlichem Belieben entscheiden, ob sie ihre Patienten zum Vollzug von Verdrängungen und damit zur Einbuße von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen anhalten wollen oder nicht. Sollen diese Voraussetzungen gelten – und das müßten sie wohl, wenn das vorrangige Ziel von Therapie wirklich *bloß* in der Herstellung von Wohlbefinden liegen soll; dann wäre es aber nötig, die diesen Voraussetzungen wiederum zugrunde liegende Vorstellung zu belegen, die da lautet: “Es gibt zwei Klassen von Menschen: Die eine Klasse ist die der Therapeuten und die andere ist die der Patienten, wobei die Mitglieder der Therapeutenklasse *willkürlich und nach Belieben entscheiden dürfen*,

(a) ob die Mitglieder der anderen Klasse nun verdrängen sollen oder nicht, und

(b) welches Ausmaß an bewußtem Handlungs- und Entscheidungsspielraum diesen ‘Patientenklassenmitgliedern’ damit zugestanden werden möchte.” Diese Vorstellung, die ja auf die These von der legitimen Verfügung einer Menschenklasse über die andere hinausläuft, scheint bislang aber noch nicht überzeugend belegt worden zu sein.

e) Und im unmittelbaren Anschluß daran gibt es gegen die Vorstellung, daß Therapie überall dort einzusetzen sei, wo es Zustände des Leidens zu beheben gelte, einzuwenden: Pathologische Systematiken führen ja auch Zustandsbilder, die zwar wohl eine tatsächliche Beschränkung des tatsächlich verfügbaren Handlungs- und Entscheidungsfreiraumes des jeweils Kranken darstellen, an denen diese Kranken selbst aber keineswegs stets und ständig zu leiden scheinen. Aus psychopathologischer Sicht denke man hier etwa

– an bestimmte hysterische Formenbilder [7], sowie

– an spezielle Charakterausbildungen, die *Hoffman* als “neurotische Charakterstrukturen” oder *Bach & Heine* als “normalpathologische” Erscheinungsformen begreifen [8].

4.

In die eben ausgeführte Kritik an der These, Gesundheit könne als “körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohlbefinden” begriffen werden, ist implizit schon ein Krankheitsbegriff miteingegangen, der etwa so formuliert werden kann:

Krankheit liegt dann vor, wenn aufgrund eines prozeßhaften und grundsätzlich aufhebba-
ren Geschehens

a) die psychophysischen Funktionsglieder eines Menschen nur mangelhaft zusammenwirken können,

b) so daß dieser Mensch genau deshalb in seiner Handlungs-, Leistungs- und Entscheidungsfähigkeit als eingeschränkt zu bezeichnen ist [9].

Diesen Krankheitsbegriff halten wir in der Tat für sinnvoll, weil wir glauben, daß eine (weitgehende) Einschränkung der je individuellen Handlungs-, Leistungs- und/oder Entscheidungsfähigkeit (im oben genannten Sinn) tatsächlich als "zu therapierend" veranschlagt werden kann [10]. Und wenngleich im Zuge der folgenden Diskussion an diesem Begriff nun festgehalten werden will, sei betont, daß auch diese Krankheitsvorstellung (samt ihren praxeologischen Implikationen) noch weiterer Diskussionen bedarf; zur Andeutung:

a) Bedenkt man, daß viele Versuche, einzelnen Menschen zu mehr "Gesundheit" zu verhelfen, immer wieder an bestimmten pathogenen Gegebenheiten eines sozialen Umfeldes zu scheitern scheinen, so ist zu überlegen, ob und inwieweit medizinisches Handeln nicht auch (gesundheits-) politisches Handeln zu umfassen habe (*Caruso* 1972, 175 ff.; *Richter* 1981, 85 f.). Die Diskussion dieser Problematik wurde hier völlig vernachlässigt; sie dürfte aber unumgänglich sein, wenn ein praktischer Gegenstand wie der der Medizin grundlegend umrissen werden soll. Und bedenkt man weiters, daß die bloße "Beförderung individueller Handlungsfreiräume" ja auch all jene Fälle einschließt, in denen

- Kranken tatsächlich zu mehr Handlungsspielraum verholfen wird, den
- diese (ehemals) Kranken dann nützen können, um egozentrische Selbstverwirklichungsideologien auszuagieren,

so ist überdies zu fragen: Wenn dieses Ausreagieren auch all jene "Selbstverwirklichungen" beinhalten, die auf Kosten anderer (und dabei auch auf Kosten der Gesundheit (!) anderer) gehen, kann dann die bloße "Beförderung individueller Handlungsfreiräume" noch als *das* umfassende Regulativ medizinischer Praxis begriffen werden? Oder umfaßt die medizinische Aufgabe, für die Gesundheit anderer Sorge zu tragen, vielleicht auch die "Erziehung" all jener, denen zu mehr Gesundheit verholfen werden soll, auf daß sie die dabei gewonnen Handlungsfreiheiten nicht in wiederum krankheitsprovozierender Weise nützen? Und um wieder zum gestellten Thema zurückzukommen: Zeichnet sich damit nicht schon hier eine ungemein differenzierte Vernetzung zwischen therapeutischen und pädagogischen Aufgabenstellungen ab, die sich als noch diffiziler erweist, wenn man überdies bedenkt, daß ja auch das eben ausgesprochene gesundheitspolitische Aufgabenfeld von Therapeuten Aspekte einer gesundheitspolitischen Bildungspraxis mitbeinhalten dürfte (*Löwisch* 1974; *Datler* 1983 a, b).

b) Weiters sei auf ein offenes Problem des hier gehandelten Krankheitsbegriffes hingewiesen; gilt es doch, im Wissen um vor allem tiefenpsychologische Psychopathologietheorien zu verdeutlichen, daß die Forderung nach bedin-

gungsloser Aufhebung individueller Handlungseinschränkungen ein schier unauflösliches Dilemma in sich birgt:

- Wenn es nämlich einerseits stimmt, daß es unbewußt-konfliktvolle Strebungen sind, die einzelne Menschen zur Ausbildung von Neurosen und damit zur Ausbildung individueller Handlungseinschränkungen veranlassen; und
- wenn es andererseits richtig ist, daß genau solche unbewußt-krankhaften Strebungen (mitunter) auch nötig sind, damit sich für manche Menschen gleichzeitig die Möglichkeit öffnet, andere (kulturelle Groß-)Leistungen vollbringen zu können (*Mentzos* 1982, 233f.) [11],

so bricht die Frage auf: "Eröffnet da die Ursache bestimmter Handlungseinschränkungen nicht auch erst das Tor zu möglichen *anderen* Handlungsfreiräumen?" Oder ins Therapeutische gewendet: "Liefere man im Falle der therapeutischen Aufarbeitung von solch unbewußten Konflikten nicht Gefahr, manche (verlorene) Handlungsfreiräume zwar zu erschließen, andere dafür aber zu verschütten?" Ohne diese - heute ohnehin kaum entscheidbare - Problematik nun weiterzuverfolgen, sei vermerkt, daß an dieser Stelle wohl die Frage aufbricht, ob es denn überhaupt denkbar sei, jemanden zu völliger Konfliktfreiheit zu führen.

Und mit dieser Fragestellung will nun der Punkt gesetzt werden, an dem nach unserer Diskussion um die Aufgabe von Medizin und nach der Vorstellung unseres (keineswegs *letztbegründeten*) Krankheits- bzw. Therapiebegriffes die von *Marian Heitger* angezogene Problematik wieder unmittelbarer angesprochen werden soll. Es gilt die Diskussion damit zur Frage nach dem Verhältnis zwischen Therapie und Pädagogik überzuleiten, wobei hier vor allem das zwischen Psychotherapie und Pädagogik aufgegriffen werden will.

II. Zum Verhältnis zwischen Therapie und Pädagogik

1.

Die pädagogische Relevanz der Frage nach dem möglichen Freisein von unbewußt-intrapsychischen Konflikten bricht unverhohlen wohl dann auf, wenn man, so wie *Heitger*, postulieren möchte, daß Bildung auf vernunftgebundene Selbstbestimmung abzielen und dabei immer auch schon mit der Selbstbestimmbarkeit des Zöglings selbst zu rechnen habe [12]. Aus Sicht der Psychotherapie vermag dies aber nicht unkommentiert zu bleiben; provoziert diese pädagogische Position doch den Einwand, daß der Mensch ja gar nicht so frei

sei, als daß er stets in purer, wohlargumentierter Selbstbestimmtheit aufgehen könnte. Vielmehr lehre doch die tagtägliche therapeutische Praxis, daß nahezu jedes menschliche Tun und Lassen und nahezu jedes Abfassen von Meinungen und Vorstellungen "überdeterminiert" sei; d. h., daß nahezu jeder menschlichen Aktivität eine ungeheure Vielzahl an Beweggründen zugrunde liegt, von denen die weitaus meisten unbewußter Natur seien. Unbewußte Dynamismen können nun aber kaum willentlich kontrolliert werden, und so sei es für Menschen schier unmöglich, ihre Lebensführungen je wirklich in bewußten Entscheidungen gründen zu lassen. Eine Unzahl von Beispielen ließe sich anführen, um diese Position zu erhärten; so etwa folgendes:

Eine Frau mittleren Alters erzählt imzue ihrer Analyse, daß sie sich vor nicht allzu langer Zeit ein neues Kleid gekauft habe. Nach ihren Beweggründen befragt antwortet sie: "Ich habe zuvor meine Garderobe durchgesehen und dabei festgestellt, daß ich kein passendes Herbstkleid besitze. Daraufhin bin ich in die Wiener Innenstadt gefahren und habe eines erstanden." Einige Analysenstunden später kommt sie nochmals auf diesen Einkauf zu sprechen und bemerkt: "Eigentlich gab es doch einen Grund: Am Tag zuvor hatte ich meine Freundin besucht, die ungemein gut angezogen gewesen war. Daraufhin bin ich dann vor meinen Kleiderschrank getreten und habe festgestellt, daß ich so ein schickes Kleid gar nicht besitze. Es war aber auch ein wenig Konkurrenzgefühl im Spiel, als ich dann in die Stadt gefahren bin ..." Als sie dann in einer wiederum späteren Analysestunde von ihrer augenblicklichen Ehekrise berichtet, erinnert sie abermals an diese Kleiderkaufszene. Sie erzählt, daß ihr Tun wohl auch von ein wenig Haß getragen war; sie habe damals ja mit einem Blankoscheck ihres Gatten bezahlt, und damit wollte sie diesen ihren Gatten sicherlich für seinen lieblosen Umgang mit ihr "bestrafen". Außerdem dürfte sie sich mit ihrem Kleiderkauf wohl auch für seine letzten Lieblosigkeiten entschädigt wissen wollen; und im Anschluß daran fällt ihr ein, daß sie während der U-Bahn-Fahrt in die Stadt ja auch die Wunschphantasie gehabt hatte, es könnte sie in der Innenstadt vielleicht ein junger Mann ansprechen und sie gelange so in die Lage, einen "Aufriß" zu machen. Zu diesen Beweggründen gesellt sich in einer viel späteren Analysephase aber noch ein sechster, als die Beziehung der Patientin zu ihrer Freundin schärfer durchgearbeitet wird. Sie erinnert sich, daß sie ihrer Freundin eigentlich stets gefallen wolle; damals, als sie vor dem Kleiderkauf bei ihr zu Besuch gewesen war, sei sie sich aber alles andere als attraktiv vorgekommen. In der weiteren Analysearbeit wird dann eine latente lesbische Komponente festgemacht, die den Kleiderkauf wohl ebenfalls mitprovoziert haben dürfte; und wenn die Analyse der Vorgestellten nur lange genug fortgedauert hätte, so wäre es wohl keine Schwierigkeit gewesen, noch weitere Handlungsmotive herauszuschälen.

So sehr solche Fallstudien wohl die Sinnhaftigkeit des Konzeptes von der "Überdeterminiertheit menschlicher Handlungen" aufzeigen können, so wenig vermag man damit aber tatsächlich gegen die von *Heitger* referierte normative Vorstellung von Pädagogik auftreten zu können.

Schärferes Hinsehen zeigt nämlich, daß es ja – zum *ersten* – gar nicht

möglich sein dürfte, mit diesem Überdeterminismus-Konzept die These zu widerlegen, daß der Mensch in Selbstbestimmtheit lebe und grundsätzlich in der Lage sei, Meinungen und Auffassungen prüfen zu können. Dies wird einmal dann deutlich, wenn man bedenkt, daß jede Tiefenpsychologie immer schon eine grundsätzlich menschliche Fähigkeit des Prüfen-Könnens von Geltungsansprüchen implizit annimmt (bzw. eine solche voraussetzt), wenn sie in die Öffentlichkeit tritt und unter dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit meint, stichhaltige Argumente für die Annehmbarkeit ihrer Theorien und Thesen anführen zu können [13]. Dies ist – ein ander Mal – aber auch tiefenpsychologischen Psychopathologie-Theorien zu entnehmen, in denen zum Ausdruck kommt, daß "Symptome" keineswegs als Resultate naturgesetzlich faßbarer Geschehnisse, sondern vielmehr als Ausdrücke von nicht berechenbaren Stellungnahmen von je individuellen Personen zu diversen Anlässen (wie Trieben, Elternaktivitäten, Phantasien . . .) zu begreifen seien [14].

Und die Möglichkeit der vernunftgebundenen Selbstbestimmbarkeit des Menschen liegt – ein drittes Mal – auch dem tiefenpsychologischen Konzept von Therapie zugrunde; setzt dieses doch voraus, daß Therapeuten in möglichst besonnener und wohlüberlegter Weise zu intervenieren vermögen, daß "Patienten" fähig seien, zunächst unbewußte Konflikte in bewußten Selbstbetrachtungen aufzuarbeiten, und daß sich Patienten (u. a.) gerade dadurch selbst in die Lage bringen könnten, zukünftige Handlungen in einem höheren Ausmaß als bisher bewußt kontrollieren und vollziehen zu können. Damit ist – *zum zweiten* – angedeutet, daß Tiefenpsychologen hiermit auch die normative Vorstellung teilen, Menschen sollten über eine möglichst hohe Kompetenz in Sachen "unmittelbar verfü- und bewußt relektierbarer Selbstbestimmbarkeit" verfügen: Zu dieser Auffassung bekennen sie sich nämlich – zumindest implizit – stets dann, wenn sie einen Gesundheitsbegriff postulieren, der sich durch ein möglichst hohes Ausmaß an "Entscheidungsfreiheit" bzw. "Wahlmöglichkeit im Handeln" auszeichnet [15].

Die Vergewärtigung dieser normativen Grundanliegen dürfte unbeschadet der dabei hervorgestrichenen Gemeinsamkeiten eine erste Verhältnisbestimmung von Psychotherapie und Pädagogik nahelegen. Denn nicht bloß, daß sich hier nun postulieren läßt, Psychotherapie solle der Pädagogik doch Einblicke in ihre Theorien über das Unbewußte gewähren, damit diese vor solipsistischen Kurzschlüssen gefeit sei und statt dessen vielmehr versuchen könne, prophylaktische Aufgaben in erhöhtem Ausmaß wahrzunehmen; was die kurzgefaßte Diskussion vielmehr nahelegt, das ist die Versuchung, sich zu einer ganz bestimmten (und auch weithin hochgehaltenen) Unterscheidung zwischen Pädagogik und Psychotherapie zu bekennen. Ihr zufolge wäre Psycho-

therapie ein von Pädagogik zwar nicht gänzlich verschiedenes, so aber doch deutlich abgehobenes Vorgehen. Als gänzlich verschieden wären beide Vorgangsweisen deshalb nicht anzusehen, weil sich Psychotherapie ja ebenso wie Pädagogik durch das Medium der bloß interpersonalen Begegnung auszeichnete, und beide auf die Beförderung von "bewußt-verantwortbarer Selbstbestimmtheit" abzielten. Stimmt es aber, daß sich *Pädagogik* um die Selbstverantwortlichkeit des Zöglings als Koinzidenz von Können *und* Wollen zu bemühen hat [16], so gilt es, für Pädagogik ein wohl breiteres Aufgabenfeld festzumachen. Während sich Psychotherapie nämlich "bloß" darum zu kümmern habe, daß Zöglinge in die Lage kämen, freie Entscheidungen fällen und somit "Sollensansprüche" vernehmen sowie erfüllen zu *können*, müßte die Pädagogik darüber hinaus überdies trachten, daß diese Sollensansprüche auch noch vernommen bzw. erfüllt werden *wollten*. Genau dies mache die fundamentale Differenz aus, die sich im eben getroffenen Sinn auch als Unterscheidung zwischen "heilen" und "bilden" ausweisen lasse; und die darin gipfle, daß – hier – "bloß" Entscheidungsräume zur Eröffnung kämen, während – dort – Zöglinge überdies veranlaßt würden, diese Freiräume auch sittlich zu nutzen. Sich dieses Unterschiedes bewußt zu sein, sei deshalb äußerst wichtig; wäre es doch wirklich verfehlt (a) zu meinen, mit dem Vollzug von Psychotherapie würde immer auch schon Pädagogik betrieben werden, oder (b) gar zu glauben, Pädagogik könne durch Psychotherapie ersetzt bzw. verdrängt werden.

2.

So schlüssig diese Überlegungen aufs erste klingen mögen, so sehr scheinen sie uns – zumindest zunächst – aber ein wenig zu kurz gegriffen zu sein. Um dies zu verdeutlichen, sei nochmals an die zentralen Momente der analytischen Grundsituation erinnert:

Ihr zufolge liegt der Patient auf einer Couch. Der Therapeut sitzt hinter dieser Couch, so daß er vom Patienten nicht gesehen werden kann. Diese Anordnung und die an den Patienten gerichtete Aufforderung, all das zu berichten, was ihm augenblicklich "durch den Kopf geht", soll begünstigen, daß bewußte Schranken und Kontrollen möglichst niedrig gehalten werden. Nur so – so die Grundannahme – wird es möglich, daß das, was der Patient möglichst unabhängig von bewußten oder fremden Einflüssen hervorbringt, auf unbewußte Dynamismen rückgeführt werden kann. Da die Inhalte und Strukturen des Unbewußten aber bloß "verschlüsselt" zum Vorschein kommen, ist es notwendig, das vom Patienten referierte "Material" zu deuten sowie zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen. Und genau dabei hat der Therapeut zu helfen. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, sich über weite Strecken wohlwollend-abwartend zu verhalten. Er soll nach Tunlichkeit ausdrückliche Äußerungen des Lobes und Tadels, des Rates und der Belehrung, des

Belehrung, des Gebotes und Verbotes, der Anteilnahme oder Beschwichtigung vermeiden. Wohl hat er aber zu versuchen, den latenten Gehalt des vom Patienten gebotenen "Materials" zu deuten und dies dem Patienten in Form von Vermutungen zu dessen Bedachtnahme mitzuteilen. Über die Angemessenheit bestimmter Deutungsabsichten entscheidet damit keineswegs der Analytiker (allein). Vielmehr wird darüber erst allmählich im gemeinsamen Diskurs befunden, womit es dem Patienten in keiner Phase der Therapie abgenommen werden kann, sich selbst um "Einsicht in die eigenen unbewußten Motivationen durch direkte Selbstbeobachtung ... innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung" zu bemühen (Mentzos 1982, 272). Neben diesem Aufdecken unbewußt-konflikthafter Strebungen unter Zuhilfenahme der Vermutungen des Therapeuten hat der Patient aber zumindest noch eine zweite Aufgabe zu erfüllen, die gemeinhin "Durcharbeiten" genannt wird. Sie bezeichnet die Eingliederung dieser neuen Einsichten in den psychischen Besitz des Patienten und macht es erst möglich, daß diese Einsichten auch praktische Konsequenzen zeitigen können.

Bedenkt man nun die Aufgabenhaftigkeit, die eine solche Situation nun für den Analytiker *wie* für den Analysanten vorstellt, so dürfte es viel weniger klar sein, warum Psychotherapie etwas von Pädagogik Unterschiedenes vorstellen soll. Ganz im Gegenteil dazu könnte man jetzt nämlich postulieren, Psychotherapie genüge in einem denkbar höchstmöglichen Ausmaß geradezu dem Inbegriff von Pädagogik; genauer:

Wenn es stimmt, daß pädagogische Führung auf die Beförderung vernunftgebundener Selbstbestimmtheit abheben soll, und wenn es weiters richtig ist, daß Pädagogik dabei immer schon den Vernunftgebrauch ihrer Zöglinge zu provozieren und ihnen damit beim Vollzug ihrer Aufklärungsarbeit zu helfen hat (Heiger o. J., 73), dann erfüllt Psychotherapie – *zum ersten* – wohl den Anspruch des Pädagogischen; hilft dabei doch der Therapeut seinem Patienten, sich möglichst über sich selbst aufzuklären. Und wenn es überdies gilt, daß pädagogische Führung genau und nur dort statthat, wo Prozesse der manipulativen Fremdbestimmung möglichst niedrig gehalten werden, damit "die Herrschaft der Argumente nicht durch die Herrschaft von Menschen über Menschen ... (ersetzt)", sondern alle um Einsicht ringende Dialogpartner tatsächlich im Vollzug autonomer Mündigkeit entlassen werden können, dann entspricht – *zum zweiten* – Psychotherapie sogar in einem denkbar hohen Ausmaß dem Anspruch des Pädagogischen; vermögen doch suggestiv-manipulative Strukturen und Dynamismen in kaum einer anderen Form der dialogischen Begegnung so grundlegend reflektiert, durchgearbeitet und ausgeschaltet werden, als es in analytischen Begegnungen möglich sein dürfte [17].

Gegen diese Position könnte zwar schnell eingewandt werden, daß hinreichende pädagogische Führung ja auf die Provokation von Wissen *und* Haltung abzielen habe. Da Psychotherapie aber lediglich Einsicht in unbewußte Konflikte eröffnen helfe, gebe sie bestenfalls Unterricht, keineswegs aber die

für Pädagogik unabdingbare Koinzidenz von Unterricht *und* Erziehung ab; denn das Attribut des Erzieherischen verdiene Psychotherapie wohl nicht, wenn von Therapeuten gefordert würde, im Zuge ihrer "Abstinenz" Lob, Tadel oder Ermahnungen zu suspendieren. Allein – allzu schwer vermag auch dieser Einwand (zumindest zunächst) nicht zu treffen; mißachtet er doch den Umstand, daß im Zuge psychotherapeutischer Diskurse ja immer auch die Norm- und Wertvorstellungen der Patienten zur Diskussion stehen. Indem diesen dabei geholfen wird, radikal zu ergründen, warum sie sich *tatsächlich* an ganz bestimmte Norm- und Werthaltungen binden, werden sie angehalten, scharf zu klären, ob und inwieweit ihre Erlebnis- und Handlungsweisen tatsächlich in sachlichen- oder aber in "ichhaften"-Beweggründen wurzeln. Indem diese Patienten weiters angehalten werden, diese ihre ichhaften Beweggründe zu analysieren und durchzuarbeiten, werden sie überdies (a) in die Lage versetzt, sich von ihren ichhaften Beweggründen lösen zu lernen, und somit (b) provoziert, die Inhalte ihres zukünftigen Wollens neu und tiefgreifender zu überdenken. Genau dies hebt aber auf die Ausbildung von Haltung seitens des Patienten ab; und wenn Therapeuten dabei auf Tadel, Lob oder Ermahnung verzichten, und damit ja "bloß" helfen, daß diese Ausbildung möglichst unabhängig von subjektivistischen Verblendungen erfolgen kann, so entspricht dieser Begriff von Psychotherapie dem Anspruch einer "Hinführung zu autonomer Selbstbestimmung" und somit – in geradezu denkbar hohem Ausmaß – (auch) dem Anspruch von Erziehung.

3.

Wenn Psychotherapie in diesem Sinne also dem Begriff von Pädagogik genügt, wie steht es dann aber um das – auch von Herrn Heitger vorgetragene – Bedenken, daß Psychotherapeuten ihr Tun ja nach vorgegebenen Richtlinien gestalten und somit über ihre Patienten verfügen? Widerspricht solch "verfügende" Psychotherapie dann nicht doch dem Sinn von Pädagogik?

Dazu ist zunächst grundsätzlich zu bemerken, daß in der Tat Psychotherapiepatienten *nicht* immer erfahren, wie es um die Handlungsabsichten ihres Therapeuten bestellt ist. Wenn man will, so mag man dies als "Verfügung des Therapeuten über die Patienten" bezeichnen. Um genau solcherart Verfügungen scheint man aber auch in der Pädagogik nicht herumzukommen, so wie man sie ja überall dort nicht vermeiden können dürfte, wo Personen unter einer bestimmten Zwecksetzung zusammentreten; würden

doch sonst alle "Beteiligten . . . in hoffnungsloser Weise wie zwei Tausendfüßler übereinander stolpern, wenn sie laufend ihre Schritte reflektieren würden, um jede Absicht offenzulegen" (Thomä 1981, 73).

Unbeschadet dessen ist aber zu bemerken, daß viele dieser Verfügungen (a) bei Patienten unreflektierte Einstellungs- und Verhaltensänderungen induzieren, von denen (b) so manche sogar willentlich und unter der Vorgabe therapeutischer Zwecksetzungen provoziert werden. Solche Verfügungen sind dann zu beobachten,

- wenn Therapeuten "heimlich" bestimmte Deutungen zurückhalten, weil sie meinen, ihr Patient könne sie zur Zeit noch nicht ertragen;
- wenn Therapeuten manchen ichschwachen Patienten mit deutlich wertschätzendem Wohlwollen entgegenzutreten, um bei ihnen so ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit aufkommen zu lassen (das diesen Patienten vielleicht erst die Möglichkeit eröffnet, sich mit beängstigenden Phantasien zu konfrontieren);
- und von "Verfügung" gilt es letztlich ja auch dann zu sprechen, wenn Therapeuten die Rahmenbedingungen eines analytischen Settings vorgeben, um so weitreichende Übertragungs- und Regressionsprozesse einzuleiten.

Bezeichnen solche Verfügungen, so könnte nachgesetzt werden, nicht gezielte Manipulationen? Und ist hier nicht doch eine gravierende Differenz zwischen Therapie und Pädagogik zu bemerken?

Alleine – auch der Hinweis auf solche "Manipulationen" reicht wohl nicht aus, um eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Therapie und Pädagogik argumentieren zu können; fordert doch – *zum ersten* – gerade (auch) das pädagogische Geschäft den Vollzug von solch "manipulativen" Verfügungen: Auch in der Pädagogik kommt man nicht umhin, bestimmte Rahmenbedingungen vorzugeben; auch in der Pädagogik – *Heitger* hat dies ebenfalls angesprochen – gebietet der pädagogische Takt mitunter Zurückhaltung; und auch in der Pädagogik verlangt "die Rede von der 'logogenetischen' Gliederung der pädagogischen Aufgabe" [18] (mitunter) ein zunächst "Bildsamkeit anbahnendes" Vorgehen, ehe der Zögling angehalten werden kann, dabei angeeignete Meinungen und Fürwahrhaltungen radikal zu prüfen und zu befragen.

Wenn das zutrifft, dann kann – *zum zweiten* – auch das (denkbare) Argument nicht greifen, in der Pädagogik würden solche Verfügungen ja lediglich in "vorausspringender Absicht" gesetzt werden und dürften einzig dem Vorhaben dienen, etwaige Zöglinge so bald als möglich in ihre alleinige Selbstverantwortlichkeit entlassen zu können (*Schnurr* 1980; *Ruhloff* 1981). Genau dieser Imperativ trifft nämlich auch den Psychotherapeuten: Soll er dem Patienten zu psychischer Gesundheit (im hier verstandenen Sinn) verhelfen, so darf

auch er nur soweit Verfügungen setzen, als diese in einen Zuwachs an konkreter Entscheidungsfreiheit münden bzw. diesen anbahnen oder ermöglichen wollen. Solche Verfügungen haben die Aufnahme und das Fortschreiten des analytischen Prozesses möglichst sicherzustellen, indem sie entweder der Schaffung günstiger Bedingungen dienen, oder aber gar "Material" provozieren, das es selbst wiederum im Zuge des analytischen Diskurses zu bearbeiten gilt. Der Vorwurf, Psychotherapie manipulierte und sei daher von Pädagogik prinzipiell zu unterscheiden, kann damit sogar abermals ins Gegenteil gewendet werden; denn wenn es stimmt, daß Prozesse der Übertragung, der interpersonalen Abwehr und des Widerstandes ubiquitär sind, dann stellt *Psychotherapie* wohl den *Prototyp einer pädagogischen Begegnungsform* dar, in der die manipulative Bedeutsamkeit von zufälligen wie vorausspringend gesetzten Verfügungen erkannt, durchschaut, bearbeitet und aufgehoben werden kann: dürfte doch kaum ein anderer Lehrer oder Erzieher in der Lage sein, so subtile Dynamismen der interpersonalen Verfügung zu orten und zu analysieren, als dies der Analytiker in seinem Setting tun kann (bzw. dem Anspruch nach tun können sollte) [19].

Im Übrigen scheinen die bisherigen Überlegungen deutlich zu machen, daß es überdies auch nicht zulässig sein dürfte zu meinen, die von Therapeutenmanipulationen induzierten Einstellungs- oder Verhaltensänderungen könnten als *fremdverursachte* Reaktionen begriffen werden, die gleichsam in naturgesetzlicher Weise von außen gesteuert bzw. steuerbar wären. Denn abgesehen davon, daß dabei ja erst dargelegt werden müßte, wie steuernde Fremdbestimmtheit in Selbstbestimmung übergeführt werden kann [20], gelte es gegen eine solche Position einzuwenden:

Wenn man Patienten als Subjekte begreift – und dies dürfte notwendig sein und wird ja auch von *Heitger* vertreten –, dann scheint man wohl auch alle Patientenaktivitäten (unbeschadet ihrer unbewußten Dynamik) als selbstgesetzte Stellungnahmen und somit als Ausdruck eines je individuellen, psychischen Geordnetseins begreifen zu müssen, Akte der Übertragung mithin genauso wie Akte des Widerstandes, der freien Assoziation oder des Traumes. Anerkennt man damit aber, daß Patienten den alleinigen "Herrn ihres psychischen Besitzes" abgeben, dann wird auch unklar, wie Therapeuten je in die Lage geraten könnten, im Deuten den Wissenden gegenüber dem Unwissenden vorzustellen. Konsequenterweise kann Therapeuten dabei "lediglich" die Stellung eines "Vermutenden" zugesprochen werden, der – da es ja um Aufklärung geht – keineswegs stellvertretend für den Patienten handeln kann, und der – wie in der Pädagogik – stets an die Aktivität und Einsicht des Patienten selbst verwiesen ist (zumal ja der Patient der einzige ist, der *seinen* psychischen Besitz authentisch und letztendlich zu begreifen vermag).

4.

Damit aber wieder zurück zur einleitenden Fragestellung. Sie gilt es noch einige Schritte weiterzudiskutieren.

In den bisherigen Überlegungen wurde die These verfochten, daß der Begriff von Psychotherapie durchaus dem Anspruch von Pädagogik genügt. Dies mag nun den Schluß nahelegen, daß eine Differenzierung zwischen den Begriffen "Pädagogik" und "Psychotherapie" weder sinnvoll noch möglich sein dürfte. Hier eine Unterscheidung treffen zu wollen bedeute daher, bloß einer unreflektierten Konvention nachzuhängen, derzufolge bestimmte "pädagogische" Begegnungen, die sich einzig durch ein Sessel-Couch-Setting sowie durch die tiefenpsychologische Ausbildung eines Partners auszeichnen, als "Therapien" bezeichnet würden. Daß diese Unterscheidung tatsächlich konstruiert sei und sich keineswegs in den einzelnen Praxisfeldern wiederfinden lasse, dafür ließen sich sogar empirische Befunde anführen. Zu denken wäre dabei insbesondere an eine Untersuchung, die in den letzten Zwischenkriegsjahren von A. Aichhorn, F. Birnbaum und O. Spiel geleitet wurde, und an der auch der eine von uns (W. Spiel) mitgewirkt hatte [21]:

In dieser Untersuchung war gefragt worden, ob sich die vielen verschiedenen Interventionen von Erziehern, Lehrern und Sozialarbeitern nicht nach wenigen Grundkategorien ordnen ließen. Zu diesem Zweck erhob das damalige Forschungsteam unzählige Praxisprotokolle und brachte sie zu Papier. Jede einzelne der dabei festgehaltenen Interventionen wurde dann aus dem Gesamtzusammenhang herausgehoben und mit all den übrigen verglichen. Was sich abzeichnete, das waren bloß vier Kategorien, nach denen all diese unzähligen Akte geordnet werden konnten:

- a) In den ersten Bereich wurden all jene Interventionen gruppiert, die auf die Herstellung günstiger Bedingungen für weitere Prozesse der Persönlichkeitsentfaltung abzielten; mithin also Akte der Kontaktaufnahme, der wohlwollenden Zuwendung, der fürsorglichen Pflege, der Provokation von Aufmerksamkeit . . . Da diese Maßnahmen günstige Voraussetzungen für (spätere) Bildungsaktivitäten herbeiführen helfen sollten, wurden sie *evolutionsfördernde Maßnahmen* genannt.
- b) Einer zweiten Kategorie wurden all jene Akte zugeordnet, mit denen versucht wurde, Partnern bei der "Anhebung und Entfaltung ihrer Individuallage" ganz unmittelbar zu helfen bzw. sie dazu anzuregen. Dazu zählten alle Führungsakte, die auf eine Erweiterung des Wissens, auf eine stringente Ausbildung differenzierter Wertvorstellungen oder aber auf eine Aneignung spezieller Fertigkeiten abgehoben hatten. Diese Bemühungen wurden *progressive Maßnahmen* genannt.
- c) In einer dritten Gruppe wurden all jene Maßnahmen gesammelt, mit denen versucht wurde, "unerwünschte" Aktivitäten und Tendenzen zu verhindern bzw. zu unterdrücken. Dies geschah, indem getrachtet wurde, entweder die innere Abwehrhaltung einer Persönlichkeit zu stärken, oder diese Persönlichkeit zur Revision ihrer Motive anzuhalten, oder die "unerwünschten Tendenzen" zurückzudrängen, ohne Rücksicht auf die Wünsche der

Person, im Sinne einer Witzigung oder Bestrafung" (W. Spiel 1975, 18). All diese Mittel wurden *Repressionsmittel* genannt.

d) Und in eine vierte Kategorie wurden schließlich all jene Maßnahmen eingeordnet, die auf die Auflösung bestimmter fixierter Haltungen, Einstellungen und Reaktionsmuster ausgerichtet gewesen waren. Diese Interventionen richteten sich häufig über die Vorgabe von Deutungen an die intensive Selbstbetrachtung der Partner und sollten ihnen die Möglichkeit zu späteren Revisionen und weitreichenden Umgestaltungen ihres psychischen Besitzes eröffnen. Man nannte sie daher *transformierende Maßnahmen*.

Fragt man nun, wie es um die Gewichtigkeit dieser Kategorien bestellt war, so gilt es festzustellen: Der plötzliche Ausbruch des Zweiten Weltkrieges unterbrach damals das Unternehmen, noch bevor eine genauere statistische Auswertung unternommen werden konnte. Deutlich festgemacht konnte aber werden, daß sowohl Lehrer, als auch Erzieher, als auch Therapeuten, als auch Sozialarbeiter Interventionen aus *allen vier* Kategorien gesetzt hatten. Vielleicht wären bei einer differenzierten Verrechnung gewisse Gewichtungen deutlich geworden; rückblickend kann heute aber sicherlich festgestellt werden, daß sich das Interventionsinventar und somit auch die Interventionsrichtungen der "Pädagogen" keineswegs von denen jener Personen unterschieden, die als "Therapeuten" bezeichnet wurden.

5.

Nun dürften empirische Untersuchungsergebnisse aber keine ausreichenden Belege für Begriffsunterscheidungen abgeben können; sind solche Unterscheidungen doch immer schon gefaßt, noch bevor es möglich ist, empirische Daten auf einen bestimmten Gegenstand (bzw. Begriff) hin zu erheben, zu verrechnen oder zu interpretieren.

Konkret: Ein Begriff von Therapie oder Pädagogik muß immer schon gefaßt sein, ehe entschieden werden kann, welche Interventionen ein Therapeut (d. h.: jemand, der *Therapie* betreibt) bzw. welche Interventionen ein Pädagoge (d. h.: jemand, der *Pädagogik* treibt) getätigt hat; und eine solche Begriffsunterscheidung muß auch schon vollzogen sein, noch bevor eine bestimmte Intervention als *pädagogische* oder als *psychotherapeutische* Intervention begriffen werden kann (denn grundsätzlich ist es ja auch möglich, daß ein sogenannter "Therapeut" bestimmte repressive Akte setzt, die – aus welchen Gründen auch immer – *weder* einem wohlbegründeten Anspruch von Pädagogik, *noch* einem von Therapie zu genügen vermögen).

Das Ergebnis der referierten Untersuchung gibt also wohl Auskunft, welcher Art Interventionen von Personen getätigt wurden, die die Berufsbe-

zeichnung "Pädagoge" bzw. "Therapeut" führten. Ob und inwiefern diese Therapeuten aber auch in Anspruch nehmen konnten, wohlbegründet therapeutisch gehandelt zu haben, dies kann mit dieser Untersuchung ebensowenig entschieden werden wie die Frage, was denn überhaupt den Sinn – d. h.: den Zweck, den Begriff – von Therapie vorstellen soll. Dazu sei die Aufmerksamkeit nochmals auf die analytische Situation selbst zurückgewendet:

In dieser Situation – so sei erinnert – wird ein bestimmtes Setting eingegangen, das eine möglichst gute Rahmenbedingung für bestimmte dialogische Prozesse abgeben soll. Im Zuge dieser Prozesse gilt es dann

- a) Patienten zu helfen, sich über ihre eigenen unbewußten Prozesse und Dynamismen selbst aufzuklären: um – u. a. so –
- b) Entscheidungs- und Handlungseinschränkungen aufheben zu können, die in genau solchen unbewußten Strukturen gründen.

Wenn es nun rechtmäßig ist zu fordern, daß solche Entscheidungs- und Handlungseinschränkungen aufgehoben werden sollen, und wenn es überdies legitim ist, solche Einschränkungen – aus welchen Gründen auch immer – als "Krankheiten" bezeichnen zu wollen, dann dürfte es auch angemessen sein, diese analytischen Prozesse als "therapeutische Prozesse" zu bezeichnen.

Bedenkt man nun weiters, daß pädagogische Führung hier als "Hinführung zu bewußt-verantwortbarem Können und Wollen überhaupt" vorgestellt worden ist, dann muß die These von der "Psychotherapie als dem Inbegriff der Pädagogik" wohl zurückgenommen werden: Das so umrissene Aufgabenfeld von Pädagogik, das z. B. ja auch die "Einführung des Zöglings in seine Lebenswelt" (*Zdarzil*, 1978, 249) oder die Bereitstellung von Hilfen zum Erlernen spezifisch beruflicher Qualifikationen oder das Umschlagen von Erziehung und Unterricht in Philosophie (*Ruhloff* 1980) zu umfassen hat, dieses Aufgabenfeld reicht wohl grundsätzlich weiter, als dies der programmatische Zweck von Psychotherapie vorgibt. Unbeschadet dessen bleibt aber die Vorstellung aufrecht, daß Psychotherapie nicht bloß auf die Ermöglichung von unmittelbar verfügbarer Selbstbestimmbarkeit [22], sondern geradewegs auch auf Aufklärung abzielt, und daß Psychotherapie demgemäß nicht bloß dem Anspruch von Therapie, sondern zugleich immer auch dem von Pädagogik zu genügen hat. Als derartige Koinzidenz von Therapie und Pädagogik vermag *Psychotherapie* somit eine unabdingbar "heil-pädagogische" Disziplin abzugeben.

Psychotherapie ist damit als pädagogische Führung in Ansehung eines bestimmten Gegenstandes vorzustellen, der sich sprachlich als "Insgesamt an unbewußten psychischen Konflikten und Dynamismen" (oder besser: als "Aufklärung eines Patienten über seine unbewußten Konflikte und Dynamismen") fassen läßt [23]. In genau diesem Gegenstand unterscheidet sich Psychotherapie

auch von anderen pädagogischen Disziplinen wie Geschichte, Physik, Biologie ...

Diese – d. h.: eine *solche* – Unterscheidung zwischen "Psychotherapie" und *anderen pädagogischen* Fachbereichen bewußt zu haben, scheint (aus unserer Sicht) legitim, ja unverzichtbar zu sein:

Zum einen kann erst in Ansehung dieser Unterscheidung die Kompetenz und Zuständigkeit von Psychotherapie beschieden und somit der Gefahr entronnen werden, an Psychotherapie übersteigerte oder schiefe Erwartungen heranzutragen, die Psychotherapie prinzipiell nicht zu erfüllen vermag [24]. (Auf Fragen dieser Problematik ist ja schon *Heitger* eingegangen).

Zum anderen scheint ein solches Bewußthaben des Gegenstandes von Psychotherapie aber auch deshalb einzufordern zu sein, weil

- jeder Gegenstand nach einer bestimmten Methode verlangt [25] und
- gerade die methodisch rechte Praktikierbarkeit von analytischer Psychotherapie eine äußerst tiefreichende und subtile Ausbildung des Therapeuten zur Voraussetzung haben dürfte. (Auf die Unverzichtbarkeit dieser Anforderung, die in der Regel auch die Absolvierung einer Lehranalyse samt Kontrollfällen umfaßt, gilt es vermutlich besonders hinzuweisen; scheinen sich heute doch ungemein viele Personen provoziert zu fühlen, auf diesem sehr heiklen Gebiet alltagspraktisch diletieren zu wollen).

Ob und in welcher weitreichender Weise Psychotherapie aber dennoch auch für nicht analytisch ausgebildete Pädagogen praxisrelevante Bedeutung erlangen kann, dies muß hier ebenso dahingestellt bleiben [26] wie die Erörterung der Frage, welche praxeologischen Konsequenzen die hier getroffene Unterscheidung denn zu zeitigen vermag, wenn sich (heil-) pädagogische Führung dann ja doch wieder an den Menschen und seine Bildung als *unteilbares Ganzes* zu wenden hat. Vielleicht konnten einige der hier angerissenen Aspekte aber einen angemessenen Zugriff zu diesen und ähnlichen Problemen eröffnet haben.

III. Abschließende Bemerkungen

Es wurde hier versucht, das problematische Verhältnis zwischen den Begriffen "Psychotherapie" und "Pädagogik" aus unserer Sicht kurz zu diskutieren. Um nun ja nicht den Eindruck zu erwecken, als hielten wir damit die vorgenommene Problematik für letztentschieden, sei zunächst an die schon referierten und noch immer offenen Fragen erinnert, die weiter oben an den

hier angezogenen Krankheitsbegriff gestellt worden sind. Damit aber nicht genug:

- Wie wird es um diesen Krankheitsbegriff gestellt sein, wenn in seine Diskussion nicht bloß Neurosen, sondern auch Psychosen sowie Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und Erlebnisreaktionen (*W. Spiel* 1981) miteinbezogen werden?
- Wie steht es um die Unterscheidung der Begriffe "Krankheit" und "mangelhafte Bildung"?
- In der angeführten Diskussion wurde unter den Begriffen "Therapie" bzw. "Psychotherapie" bloß jene Form der Therapie geführt, die gemeinhin als "klassische Analyse" bezeichnet wird. Dürfte das hier gefaßte Ergebnis auch beibehalten werden, wenn der Kategorie "Psychotherapie" auch Konzepte der Verhaltens-, Familien- und Kindertherapie oder Formen der "pragmatischen Psychotherapieverfahren" zugeordnet würden?
- Müßte das vorgestellte Verhältnis zwischen Analyse und Pädagogik bedeutsame Modifikationen erfahren, wenn man in die Theorie der tiefenpsychologischen Therapien auch jene jüngeren Ansätze miteinbezüge, in denen auf eine stärkere Betonung von nicht-aufklärenden Beziehungsprozessen Wert gelegt wird [27]?
- Wie müßte das Verhältnis zwischen Therapie und Pädagogik begriffen werden, wenn man nun auch Verfahren der somatisch oder der funktionell orientierten Therapieverfahren mitbedenken wollte?
- Und welche ausdifferenzierten Konsequenzen vermögen bzw. haben diese Begriffsunterscheidungsversuche dann tatsächlich zu zeitigen? In welchem Umfang berühren sie etwa Fragen des sonder- und heilpädagogischen Praxisvollzuges oder Fragen der Organisation von sonder- und heilpädagogischen Ausbildungsgängen?"

Die Diskussion dieser und weiterer Fragestellungen wird nötig sein, um zeigen zu können, ob und inwieweit mit der hier entworfenen Skizze ebenso haltbare wie praxisrelevante Umrisse getroffen werden konnten.

Anmerkungen

[1] Einen übersichtlichen Einblick in die (laufende) Diskussion um den Krankheitsbegriff kann man bei *Rothschuh* (1975 a), in die Diskussion um den speziell psychotherapeutisch-psychiatrischen Krankheitsbegriff bei *Keupp* (1972), *Keupp* (1979), *Bach* (1981) sowie *Begkowitz & Siedow* (1981) finden.

[2] Damit ist der Einwand gemeint, daß die Vorstellung, Medizin habe für allgemeines Wohlbefinden zu sorgen, unerfüllbar und somit utopisch sei. So sehr dieser Einwand insofern trägt, als es ja tatsächlich kaum möglich sein dürfte, diese Vorstellung je gänzlich zu realisieren, so wenig trifft er allerdings deren grundsätzlichen Geltungs- bzw. Rechtsanspruch: Denn wenngleich gezeigt werden könnte, daß die technologischen und organisatorischen Möglichkeiten weder heute, noch morgen, noch prinzipiell ausreichen könnten, um allgemein-gänzlich Wohlbefinden herzustellen – über die Rechtsmäßigkeit dieser Forderung selbst wäre damit (vermutlich) noch lange nichts ausgesagt: *Ob überhaupt* versucht werden *soll*, Leid jeglicher Art zu verhindern bzw. zu lindern – dies läßt sich wohl nicht daran entscheiden, ob und inwieweit es heute schon tatsächlich möglich *ist*, Leid zu mindern.

[3] Zur Klärung:

a) Wenn hier von einem "innerorganismischen Zusammenwirken" gesprochen wird, so meinen wir nicht, daß sich Medizin im althergebrachten Sinn bloß um das monadisch von der Außenwelt isolierte Individuum zu bemühen hat (dagegen würden ja z. B. epidemiologische Untersuchungsansätze oder Grundauffassungen der Sozialmedizin ebenso sprechen wie die vielen interaktionellen Theorien der medizinischen Psychologie, Teilleistungsschwächenforschung oder Familientherapie). Gemeint ist damit vielmehr, daß es in der althergebrachten Medizin nicht um sämtliche "von außen kommenden" Bedrängungen von Menschen überhaupt geht, sondern vielmehr um deren "innerorganismische", pathologische Verarbeitungen (die mitunter dann durchaus nur in interaktionellen Bereichen zutage treten bzw. therapiert werden können).

b) Wenn hier von "psychophysischen" Funktionsgliedern gesprochen wird, so deshalb, weil wir keine vorschnelle Trennung zwischen "rein" psychischen und "rein" somatischen Krankheiten unterscheiden wollen. Dies tun wir, weil wir meinen, daß "es fließende Übergänge von seelischen Entwicklungsstörungen zu neurotischen und psychosomatischen, ja psychotischen von Krankheitswert (gibt), die eine ärztliche, diagnostische Kompetenz einschließen" (*Bräutigam* 1977, 13; vgl. auch *Mentzos* 1982, 147 ff.).

[4] Damit soll hier *keineswegs* einem sadistischen oder quälenden Erziehungsstil das Wort geredet werden; sind wir uns doch deutlich bewußt, daß auch leidvolle Erfahrungen nur allzu schnell und allzu oft zum Abbruch bzw. zur Behinderung von Bildungsprozessen führen können. Deutlich machen aber wollen wir, daß dem Zweck von Bildung wohl auch nicht mit *jeglicher* Abschirmung von unlustvollen/leidvollen Erfahrungen gedient sein dürfte. (Vgl. z. B. *Jacobson* 1973).

[5] Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß natürlich auch (allzu) rigide, lieblose, vernachlässigende oder überfordernde Umgangsweisen solch erheblich herabgesetzte Selbstwertgefühle provozieren können.

[6] Vgl. dazu *Rauchfleisch* (1981) sowie *Becker* (1973), der für solch unkontrollierbar-

impulsive Handlungen die Pathologiekategorie "Extremvarianten triebhaften Verhaltens" vorschlägt.

[7] Hysterische Zustandbilder werden häufig

- wegen der Dominanz des Abwehrmechanismus der Verleugnung,
- wegen vorhandener Selbstbestrafungstendenzen und/oder
- wegen des (oft sehr kräftig ausfallenden) sekundären Krankheitsgewinnes als nicht leidvoll erlebt.

[8] "Normalpathologische" Zustandbilder zeigen Personen nach *Bach & Heine* (1981, 25) dann, wenn sie sich gezwungen fühlen, "jeweils die Rolle zu spielen, die im augenblicklichen sozialen und situativen Kontext opportun erscheint, um sich das Maximum an Gratifikation (Aufstieg, Erfolg, Geld, Liebe, Zuwendung usw.) oder andere jeweils kultur- oder subkulturspezifische Prämien zu verschaffen". Und von "neurotischen Charakterstrukturen" spricht *Hoffmann* dann, wenn Menschen zumindest an bestimmte Charakterzüge fixiert sind, ohne darüber Leid zu empfinden. (In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, daß *Hoffmann* [1979, 113] noch meint, daß Menschen mit "neurotischen Charakterstrukturen" nicht als krank zu bezeichnen seien, da ihnen das dazu erforderliche Leiden fehle; während er solchen Symptomen 1981 – offensichtlich unter dem Eindruck einer verschärften Psychopathologiediskussion – durchaus Krankheitswert beimißt).

[9] Dieser Krankheitsbegriff ähnelt dem von *Rothschuh* (1975 b). Auf eine nähere Abgrenzung kann hier aber ebensowenig eingegangen werden wie auf die Frage einer Grenzziehung im fließenden Übergangsbereich zwischen Krankheit und Behinderung. – Betont sei aber, daß mit dem Begriff "Leistungsfähigkeit" nicht die Fähigkeit gemeint ist, ganz bestimmte vorgegebene Normen zu erfüllen; vielmehr bezeichnet er die Kompetenz, gewisse Akte überhaupt setzen zu können; in diesem Sinn schließt er auch die Bedeutungen der "Glücks-" und "Liebesfähigkeit" ein. Für all diese Begriffe wird im Weiteren der Kürze halber bloß der eine Begriff "Handlungsfähigkeit" verwendet werden.

[10] Wer dem widersprechen möchte, müßte zunächst belegen, warum er in der Lage sein kann zu bestimmen, was andere Menschen notwendigerweise zu tun bzw. zu lassen haben. Dabei würde er allerdings (u. a.) auf das Problem stoßen, nachweisen zu müssen, daß diese seine absoluten Vorstellungen über die Rechtmäßigkeit bzw. Notwendigkeit der Handlungen anderer auf keineswegs dogmatisch gesetzten Vorurteilen basieren. (Bezüglich einer differenzierten Darlegung des hier zu vertretenden Krankheitsbegriffes siehe *Datler* [1983 a]).

[11] Hier ist etwa an jene kulturellen (Groß-)Leistungen zu denken, die jemand nur deshalb zu erbringen in der Lage ist, weil er sich unbewußt gedrängt fühlt, gewisse Minderwertigkeitsgefühle bzw. narzißtische Defizite zu kompensieren bzw. überkompensieren. Hier sind aber auch viele jener Leistungen anzuführen, die schon *Freud* auf unbewußte Prozesse der Sublimierung zurückgeführt wissen wollte. – Gegen letzteres könnte eingewandt werden, daß *Freud* das Tribschicksal der Sublimierung ja von dem der Verdrängung abgehoben hat (z. B. *Freud* 1910 a, 58; 1930 a, 547), und demgemäß Autoren wie *Brenner* (1967, 94f.) meinen, Sublimierungen seien *keine* pathologischen Prozesse. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß schon *Bernfeld* (1931) aufgezeigt hat, daß Sublimierungsprozesse von einer *Vielzahl* von Tribschicksalen getragen werden, von denen nur

wenige der Kategorie der bloßen Transponierung, viele aber den Kategorien der althergebrachten "pathogenen" Abwehrmechanismen zuzurechnen sind.

[12] Vgl. dazu auch *Heitger* (o. J., 74) sowie *Heitger* (1975, 734).

[13] Dies kommt sogar bei *Freud* (1927 c) selbst zum Ausdruck. Daß dieser Anspruch auch die "Freiheit" impliziert, vernunftgebundene Vorstellungen fassen und zum Ausdruck bringen zu können, und daß selbst die Psychoanalyse schon alleine darauf bedacht sein muß, dem Datum prinzipiell menschlicher Freiheit Rechnung zu tragen, macht *Freud* in seiner bemerkenswerten Äußerung deutlich: "Ich habe mir schon einmal *die Freiheit genommen*, Ihnen vorzuhalten, daß ein tiefverwurzelter Glaube an psychische Freiheit und Willkürlichkeit in ihnen steckt, der aber ganz unwissenschaftlich und vor der Anforderung eines auch das Seelenleben beherrschenden Determinismus die Segel streichen muß." (*Freud*, 1916/17, 104; Hervorhebg. nicht im Orig.)

[14] Vgl. dazu etwa *Freuds* Bemerkung, daß man sich in diesem Sinn "selbstverständlich ... für seine bösen Traumregungen verantwortlich halten (muß)" (*Freud* 1925 i, 567); vgl. weiters *Freuds* Konzept der "Symptomwahl" (*Freud* 1913 i, 442) oder *Adlers* Kritik an dem unglücklich dargelegten Determinismuskonzept der Psychoanalyse (*Adler* 1924 d, v. a. 38).

[15] Vgl. dazu z. B. das Diktum *Freuds*, daß derjenige krank ist, der in seiner Arbeits- und/oder Liebesfähigkeit eingeschränkt sei. – Daß Tiefenpsychologen "vernunftgebundenes Handeln" darüber hinaus aber auch als grundsätzlich-allgemeines Soll menschlicher Aktivität postulieren, kann man z. B. *Freud* (1927 c) oder *O. Spiel* (1948) entnehmen. – Diese normative Vorstellung dürfte sich im übrigen als notwendige Konsequenz der "Annahme einer grundsätzlich menschlichen Selbstbestimmbarkeit" ausweisen lassen. Dies bedeutet u. a., daß für den hier vertretenen Bildungs- und Gesellschaftsbegriff der Anspruch "systematisch deduzierbarer Rechtmäßigkeit" zu erheben sei. Differenzierteres dazu sowie zur Frage der Kompatibilität zwischen dem tiefenpsychologischen und dem hier vertretenen Menschenbild findet sich bei *Datler* (1983 b).

[16] Siehe dazu *Schurr* (1980), der darlegt, daß die Wahrnehmung sittlicher Selbstbestimmtheit, d. h., sittlicher Selbstverantwortung, nur dort vollzogen werden kann, wo "Wollen und Können einheitlich verbunden (sind): Ich will, was ich kann, und ich kann, was ich will, wenn ich dem Anspruch dessen genüge, was im Wollen und Können von mir gefordert wird." (*Schurr* 1980, 52).

[17] Zu denken ist hier vor allem an die äußerst aufwendige Bearbeitung von Prozessen der Übertragung, Gegenübertragung sowie der interpersonalen Abwehr.

[18] *Ruhloff* (1980, 182). – Vgl. dazu auch *Schirlbauer* (1981), der auf die Mehrgliedrigkeit der pädagogischen Aufgabenstellung verweist und darlegt, daß deren Vollzug immer schon dialogisch gehalten sein muß.

[19] Hier sei vermerkt, daß wir nicht so naiv sind zu meinen, Psychotherapie könne diese ihre Ansprüche je *völlig* erfüllen. Eine Gegenüberstellung der Ansprüche von Pädagogik und Psychotherapie scheint uns aber insofern legitim zu sein, als ja bloß angesichts der vergleichenden Analyse dieser Ansprüche die Frage einer prinzipiellen Abgrenzung diskutiert werden kann.

[20] Vgl. dazu *Heitger* selbst: "Selbstbestimmung kann nicht durch steuernde Fremdbestimmung intendiert werden." (Seite 71 in diesem Band).

[21] Eine differenziertere Darlegung dieser Untersuchung findet sich bei *W. Spiel* (1975, 17 ff.), sowie bei *W. Spiel* (1962, 1973).

[22] Angesichts des von *Ruhloff* (1980) eingebrachten und von *Schirlbauer* (1981) weitergedachten Prinzips von der "logogenetischen Gliederung der pädagogischen Aufgabenteilung" reicht vermutlich schon dieses "Hinführen zu Selbstbestimmbarkeit" aus, um für Psychotherapie den Anspruch von Pädagogik festmachen zu können. Dies bedürfte aber einer differenzierteren Diskussion, als sie hier vorgetragen werden kann.

[23] Die Spezifität dieses Gegenstandes dürfte es auch sein, welche die Vermutung erlaubt, Psychotherapeuten würden wohl mehr transformierende als repressive Maßnahmen setzen (*W. Spiel* 1973, 29).

[24] Eine solche maßlose Überschätzung von Psychotherapie dürfte dem augenblicklichen Psychoboom zugrunde liegen; wird dieser doch weithin von einer Stimmung getragen, der zufolge Psychotherapie als "Allheilmittel gegen und für alles und jedes" begriffen wird.

[25] Hier wäre es nun ungemein lohnend, differenziert zu entfalten, daß es gerade der "Gegenstand" der Psychotherapie ist, der in seiner "methodischen" Hinsicht nach der Einhaltung eines bestimmten Settings und der Befolgung bestimmter "technischer Regeln" verlangt.

[26] Ein erster systematischer Aufriß dazu findet sich ansatzweise bei *Datler* (1983 b).

[27] Vgl. dazu etwa *Cremerius* (1979), *Heigl & Triebel* (1977), *Kohut* (1973) oder *Spazierer & Bopp* (1975).

Literatur

- Adler, A.* (1924 d): Psychische Kausalität. *Z. f. Individualpsychol.* 2, 38 ff.
Bach, H. (Hrsg.) (1981): Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Bach, H., Heine, M. (1981): Pseudonormalität und "Normalpathologie". In *Bach* (1981). 11-35
Becker, A. M. (1973): Extremvarianten triebhaften Verhaltens. In *Strotzka, H.* (Hrsg.): *Neurose, Charakter, soziale Umwelt.* Kindler, München, 45-57
Bernfeld, S. (1931): Zur Sublimierungstheorie. In *Bernfeld, S.*: *Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse.* Bd. 2. März Verlag, Darmstadt, 1969, 556-566.
Bräutigam, W. (1977): Zur Frage der wirksamen Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses. In *Becker, A. M., Reiter, L.* (Hrsg.): *Psychotherapie als Denken und Handeln.* Kindler, München, 9-26
Brenner, Ch. (1967): *Grundzüge der Psychoanalyse.* Fischer, Frankfurt
Caruso, I. A. (1972): *Soziale Aspekte der Psychoanalyse.* Rowohlt, Reinbeck
Cremerius, J. (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche* 33, 577-599
Datler, W. (1983 a): Vom Aufgabenfeld des Psychotherapeuten. *Z. f. Individualpsychol.* 8, 146-155

- Datler, W.* (1983 b): Was leistet die Psychoanalyse für die Pädagogik? Ein systematischer Aufriß. Jugend & Volk, Wien
- Degkwitz, R., Siedow, H.* (Hrsg.) (1981): Zum umstrittenen psychiatrischen Krankheitsbegriff. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- Freud, S.* (1910 a): Über Psychoanalyse. G. W. VIII, 1-60
- Freud, S.* (1913 i): Die Disposition zur Zwangsneurose. G. W. VIII, 442-452
- Freud, S.* (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. XI
- Freud, S.* (1925 i): Einige Nachträge zum Ganzen der Traumdeutung. G. W. I, 559-573
- Freud, S.* (1927 c): Die Zukunft einer Illusion. G. W. XIV, 325-380
- Freud, S.* (1930 a): Das Unbehagen in der Kultur. G. W. XIV, 419-506
- Heigl, F. S., Triebel, A.* (1977): Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Huber, Bern
- Heitger, M.* (o. J.): Pädagogische Führung. Das Lehren und Lernen. In *Heitger, M.* (Hrsg.): Pädagogik. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt, o. J., 61-106
- Heitger, M.* (1975): Was heißt normative Pädagogik? Erziehung und Unterricht 125, 731-738
- Hoffmann, S. O.* (1979): Charakter und Neurose. Suhrkamp, Frankfurt
- Hoffmann, S. O.* (1981): Krankheitsbegriff und Charakter. In *Bach* (1981), 47-54
- Jacobson, E.* (1973): Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt
- Keupp, H.* (Hrsg.) (1972): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München/Berlin/Wien
- Keupp, H.* (Hrsg.) (1979): Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore
- Kohut, H.* (1973): Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt
- Löwisch, D.-J.* (1974): Kritische Pädagogik und Psychoanalyse. Überlegungen zu einem noch nicht abgeklärten Verhältnis. Vierteljahrsschr. f. wiss. Pädag. 50, 229-251
- Mentzos, St.* (1982): Neurotische Konfliktverarbeitung. Kindler, München
- Pernhaupt, G., Hoffmann, W.* (1982): Umgang mit Süchtigen am Beispiel Drogen. ärztliche praxis und psychotherapie 1, 31-38
- Rauchfleisch, W.* (1981): Dissozial. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Richter, H.-E.* (1981): Die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes. In *Richter, H.-E.:* Sich der Krise stellen. Rowohlt, Reinbek, 69-87
- Rothschuh, K. E.* (Hrsg.) (1975 a): Was ist Krankheit? Wiss. Buchgemeinschaft, Darmstadt
- Rothschuh, K. E.* (1975 b): Der Krankheitsbegriff. In *Rothschuh, K. L.* (1975 a), 397-421
- Ruhloff, J.* (1980): Das ungelöste Normproblem in der Pädagogik. Quelle & Meyer, Heidelberg
- Ruhloff, J.* (1981): Über den Wagnischarakter der Erziehung. In *Fischer, W., Löwisch, D.-J., Ruhloff, J.:* Die Angst des Lehrers vor der Erziehung. Braun, Duisburg, 99-114
- Schirlbauer, A.* (1981): Gegenstandsbegriff und Lehrer-Schüler-Relation. Ein Plädoyer für eine fachlich-genetische Lehrerausbildung. Vierteljahrsschr. f. wiss. Pädag. 57, 65-78
- Schurr, J.* (1980): Verantwortete Verantwortung. Vierteljahrsschr. f. wiss. Pädag. 56, 46-59
- Spazierer, D., Bopp, J.* (1975): Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis. Suhrkamp, Frankfurt

- Spiel, O.* (1948): Gemeinschaft als Idee und Realität. *Z. f. Individualpsychol.* 17, 145–156
- Spiel, W.* (1962): Erziehung und Psychotherapie. *Wien. Z. f. Nervenheilk.* 20, 225–230
- Spiel, W.* (1973): Tiefenpsychologische Aspekte klinischer Heilpädagogik. In *Koch, H.* (Hrsg.): *Klinische Heilpädagogik*. Neckar-Verlag, Villingen, 25–31
- Spiel, W.* (1975): Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Thieme, Stuttgart
- Spiel, W.* (1981): Zur Problematik eines Diagnoseschemas psychogener Prozesse. *Wr. klin. Wochenschr.* 93, 522–526
- Thomä, H.* (1981): Die Aktivität des Psychoanalytikers als Determinante des therapeutischen Prozesses. In *Ehebold, U., Eickhoff, F.-W.*: *Humanität und Technik in der Psychoanalyse*. Huber, Bern
- Zdarzil, H.* (1978): *Pädagogische Anthropologie*. Styria, Graz