

- 2.49 In: Pritz, A. & Petzold, H. (Hrsg.): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. - Junfermann Verlag: Paderborn, 1992, 127 -156.

Der Krankheitsbegriff in der Individualpsychologie

Wilfried Datler, Margot Matschiner-Zollner

1. Der Definitionsversuch

Psychische Krankheit bezeichnet eine bestimmte Verfaßtheit einer Person, die sich sowohl in psychischen als auch in somatischen Symptomen äußern kann und in lebensstiltypischen Tendenzen der unbewußten Apperzeption des Selbst und der Welt wurzelt. Diese Apperzeptionstendenzen (1.) sind in ihrer Genese und augenblicklichen Starrheit lebensgeschichtlich verstehbar; (2.) werden in ihren symptomatischen Konsequenzen innerhalb einer sozio-kulturellen Gemeinschaft als negativ bewertet; (3.) und sind über die Intensivierung bzw. Ausgestaltung von psychischen Aktivitäten zu verändern.

2. Klassische Definition von Krankheit und Gesundheit durch Begründer und wichtige Vertreter des Verfahrens

Schlägt man in der jüngeren individualpsychologischen Literatur nach, um prägnante Definitionen von psychischer Gesundheit und Krankheit zu suchen, so findet man immer wieder Versuche, psychische Gesundheit oder Krankheit unter Verwendung des Adler'schen Begriffs des „Gemeinschaftsgefühls“ zu bestimmen.

Im „Gemeinschaftsgefühl“, so Kausen (1979, 24), habe Alfred Adler „ein Kriterium für psychische Gesundheit gefunden“, wobei „Normalität“ – laut Kretschmer (1985 b, 315) – als „eine Funktion des Gemeinschaftsgefühls“ zu begreifen sei. Antoch (1984, 5) zufolge entscheidet „der Grad dieses Gemeinschaftsgefühls ... über die Frage seelischer Gesundheit oder ‚Krankheit‘“. Und auch Rüedi (1988, 3) hält in diesem Sinn fest: „Seelische Gesundheit ist für Adler das

Zeichen, gleichsam die Belohnung dafür, daß ein Individuum auf seine soziale Lebenssituation im Sinne des entwickelten Gemeinschaftsgefühls zu antworten vermag ... Je entwickelter das Gemeinschaftsgefühl eines Menschen ist, desto seelisch gesünder ist er."

Textpassagen dieser Art lassen freilich nur allzu schnell übersehen, daß der Begriff des Gemeinschaftsgefühls bei *Adler* erst 1918 eingeführt wurde. Es ist deshalb sinnvoll, zunächst in zwei Abschnitten zu fragen, wie *Adler* vor 1918 psychische Krankheit und Gesundheit zu definieren versuchte, um dann in einem dritten Abschnitt zu klären, mit welchem Bedeutungsgehalt der Begriff des Gemeinschaftsgefühls eingeführt wurde. Im Anschluß an diesen historischen Rückblick wird es uns in den darauffolgenden Kapiteln gelingen, den Diskussionshintergrund aufzuhellen, vor dem wir jenen Krankheitsbegriff formuliert haben, der am Beginn dieses Artikels steht.

2.1. *Adlers* Verständnis von „psychischer Krankheit“ in der „Studie“ (1907a)

In den Jahren der Zusammenarbeit mit *Sigmund Freud* publizierte *Alfred Adler* einige Aufsätze sowie ein Buch, das den Titel „Studie über Minderwertigkeit der Organe“ trug (*Adler* 1907a). Diese Studie handelt weitgehend von organmedizinischen Fragestellungen – und ist für die Entwicklung des individualpsychologischen Verständnisses von „psychischer Krankheit“ dennoch von Bedeutung. Das wird deutlich, wenn man sich drei Grundgedanken dieser „Studie“ vergegenwärtigt:

- a) *Alfred Adler* geht davon aus, daß es im organischen Bereich bestimmte (vererbte) Organminderwertigkeiten gibt. Die eingeschränkte Funktionstüchtigkeit dieser Organe kann auf verschiedenen Wegen – z. B. durch das Einspringen anderer Organe oder durch besonderes Üben – kompensiert werden.
- b) Bestimmte unvollständige Kompensationsversuche gehen mit psychischem Mehraufwand einher. Dies gründet einerseits in der Tendenz, das minderwertig gebliebene Organ zu schützen, und andererseits in der (von *Adler* postulierten) Tatsache, daß minder-

wertige Organe nur mit großen Anstrengungen soweit beherrschbar werden, daß sie den Anforderungen der jeweiligen Kultur entsprechen.

c) Aufgrund dieses psychischen Mehraufwandes kann es zur „Überwertigkeit“ und damit zur Ausbildung genialer Eigenschaften kommen. Gelingt eine glückliche Kompensation aber nicht, so kann es aufgrund der großen psychischen Belastungen zur Ausbildung von Neurosen oder Psychosen kommen.

Obgleich diese Zusammenhänge von *Adler* nur knapp umrissen werden, deuten sie spätere Charakteristika seines Krankheitsverständnisses an:

- Schon in der „Studie“ thematisiert *Adler* Zusammenhänge zwischen bestimmten Mangellagen, einem „angeborenen“ Kompensationsstreben und speziellen Kompensationsversuchen, wobei diese Kompensationsversuche auch zur Ausbildung bestimmter Persönlichkeitsstrukturen führen können, neurotische und psychotische Persönlichkeitsstrukturen eingeschlossen.
- Und überdies fällt schon früh auf, daß *Adler* den Begriff „Krankheit“ oder „psychische Krankheit“ weitgehend meidet (vgl. *Antoch* 1984; *Kretschmer* 1985a, 234) und hier Begriffe wie „Kompensationsstörung“ oder „Kinderfehler“ bevorzugt (*Adler* 1907a, 91).

Gleichzeitig ist aber festzuhalten, daß *Adler* auf die normativen Implikate eines etwaigen Krankheitsbegriffes nicht näher eingeht: Es ist vielmehr ein (nicht weiter diskutiertes) Verfehlen der jeweiligen Anforderungen des Lebens und der Kultur, die mit der Ausbildung von psychischen Krankheiten in Verbindung gebracht werden (*Adler*, 1907a, 95).

2.2. *Adlers* Verständnis von „psychischer Krankheit“ im „Nervösen Charakter“ (1912a)

Obwohl die „Studie über Minderwertigkeit von Organen“ (*Adler* 1907a) schon einige Ausblicke auf *Adlers* spätere Psychologie eröffnet, ist sie weitgehend organmedizinisch orientiert (vgl. *Adler* 1907a, 98). In *Adlers* Hauptwerk, das fünf Jahre später erscheint und den Titel „Über den nervösen Charakter“ (1912a) trägt, findet man eine

deutliche Abkehr von der Annahme, „daß minderwertige Organe immer die Voraussetzung der Neurosen (oder anderer psychischer Störungen; Anm.) seien“ (Kausen 1979, 21).

Ins Zentrum der Aufmerksamkeit tritt vielmehr die Annahme, daß sich Menschen im Zuge ihres Heranwachsens immer wieder als klein, schwach, unterlegen, abhängig, ohnmächtig ... erleben und in der Verdichtung dieses Erlebens individuelle Geflechte von „Minderwertigkeitsgefühlen“ ausbilden. Da diese Erfahrungen und Gefühle schmerzlich sind, bildet jeder Mensch in der Auseinandersetzung mit sich und der Welt bestimmte Vorstellungen aus, die ihm „sagen“, welche Aktivitäten er setzen soll, um sein Persönlichkeitsgefühl zu heben (Adler 1912a, 56 ff.). Die Art und Weise eines Menschen, sich und seine Umwelt wahrzunehmen (zu apperzipieren), steht dann ebenso im Dienst der Hebung dieses Selbstwertgefühls wie der Einsatz spezieller Sicherungstendenzen, die dem Einzelnen den vordergründigen Eindruck vermitteln, er würde sich ja gar nicht als schwach, klein, unterlegen ... erleben.

Versucht ein Mensch, sich im Vergleich zu anderen Menschen nicht nur gleichwertig, sondern vielmehr überlegen zu fühlen, so spricht Adler von Überkompensation. Massive und zugleich starre Versuche der Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen geben nun jene Momente ab, in denen neurotische und psychotische bzw. psychosomatische Zustandsbilder gründen; wobei die überkompensatorischen Tendenzen dem Einzelnen ebenso wenig bewußt sind wie die Motive, in denen diese Tendenzen gründen.

Daß Adler in dieser Schrift auch so zentrale Begriffe wie „Lebensplan“ oder „Fiktion“ bemüht, muß hier ebenso unberücksichtigt bleiben wie Adlers These, daß auch die Bedeutung von sexuellen Problemen für die Entstehung von psychischen Krankheiten in der Dynamik der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen wurzelt. In Hinblick auf die Frage des Krankheitsbegriffes ist aber folgendes festzuhalten:

- Unübersehbar ist nun Adlers Auffassung, daß psychopathologische Symptome – zu denen auch psychosomatische Symptome zählen – in bestimmten Weisen des Erlebens, Einschätzens, Wahrnehmens ..., kurz: in Apperzeptionsweisen gründen, die der

jeweiligen Person nicht bewußt sind und im Dienst der Überkompensation von Minderwertigkeitsgefühlen stehen.

- Da *Adler* die Ausbildung dieser Apperzeptionstendenzen als Ergebnis der lebenslangen Auseinandersetzung des Menschen mit sich und der Welt begreift, weist er überdies auch die Genese psychopathologischer Symptome als lebensgeschichtlich verstehbar aus.
- Und liest man in der 1913 publizierte Schrift über die „Individualpsychologische Behandlung der Neurosen“ (*Adler*, 1913a, 58ff.), so findet man dort überdies den Hinweis, daß bei „psychischen Krankheiten“ die Aufnahme von Psychotherapie indiziert ist. Diese hat sowohl auf die Bewußtmachung der unbewußten Apperzeptionen als auch auf die Ausgestaltung einer psychotherapeutischen hilfreichen Beziehung abzielen.

In welcher Weise *Adler* psychische Krankheit von Gesundheit unterscheidet, deutet er um 1912 öfters an, ohne diesen Problem- punkt aber eingehender zu diskutieren: Es ist der „Zwang zur Sicherung der Überlegenheit“ (*Adler* 1912a, 49) samt den damit verbundenen vielgestaltigen Sicherungstendenzen, an denen „psychisch Kranke“ rigider und intensiver festhalten, gleichzeitig wird aber auch das Prinzip der „kulturellen Verfehlung“ genannt, das für psychische Krankheiten charakteristisch sei (*Adler* 1913c, 40).

2.3. *Adlers Begriff von „psychischer Krankheit“ nach der Einführung des Begriffs des „Gemeinschaftsgefühls“ (1918)*

Eine ausführliche Thematisierung der Frage, worin sich denn psychische Gesundheit von Krankheit unterscheidet, beginnt 1918, als *Alfred Adler* in einem Artikel über „Bolschewismus und Seelenkunde“ (1918e) den Begriff des Gemeinschaftsgefühls einführte (vgl. *Ansbacher* 1981, 183; *Seidenfuß* 1985, 160).

Darunter versteht *Adler* zunächst eine angeborene Gegenkraft zum kompensatorischen Macht- und Geltungsstreben (z. B. *Adler* 1920a, 15f.), ehe er von 1928 an die Auffassung vertritt: „Gemeinschaftsgefühl ist nicht angeboren, sondern es ist lediglich eine angeborene Möglichkeit, die es bewußt zu entfalten gilt. Wir können

uns auf irgend einen sozialen ‚Instinkt‘ nicht verlassen“ (Adler 1929c, 49).

Die Formulierung, daß es Gemeinschaftsgefühl „bewußt“ – und das heißt: gezielt – „zu entfalten gilt“, verweist darauf, daß Adler von 1928 an sowohl die Entfaltung von Gemeinschaftsgefühl als auch eine daran orientierte Lebensgestaltung als ethisch gefordert begreift. Dabei geht Adler davon aus, daß jeder Mensch in soziale Bezüge eingebettet und auf ein erfolgreiches Zusammenleben mit anderen Menschen angewiesen ist. Da sich kein Mensch diesem „sozialen Eingebettetsein“ entziehen kann, ist der Gemeinschaft der Menschen ein Zweifaches aufgegeben: Erstens die Entfaltung von spezifischen Kompetenzen (wie Sprache, Logik, Einfühlungsvermögen ...), die jedem Einzelnen ein Leben in Kooperation möglich machen sollen; und zweitens die Bemühung um die Verbesserung der historisch konkret gewordenen Bedingungen und Formen des gemeinschaftlichen Zusammenlebens.

Letzteres bedeutet einerseits, daß die Entfaltung von Gemeinschaftsgefühl keineswegs mit der Anpassung an bestehende gesellschaftliche Verhältnisse ident zu setzen ist: „Gemeinschaftsgefühl besagt viel mehr, vor allem besagt es Fühlen mit der Gesamtheit sub specie aeternitatis, ein Streben nach einer Gemeinschaftsform, die für ewig gedacht werden muß, wie sie etwa gedacht werden könnte, wenn die Menschheit das Ziel der Vollkommenheit erreicht hat. Es handelt sich niemals um eine gegenwärtige Gemeinschaft oder Gesellschaft, auch nicht um politische oder religiöse Formen, sondern das Ziel, das zur Vollkommenheit am besten geeignet ist, müßte ein Ziel sein, das die ideale Gemeinschaft der ganzen Menschheit bedeutet, die letzte Erfüllung der Evolution“ (Adler 1933i 1,26.).

In Passagen wie diesen bleibt die spezifische Gestalt einer „Gemeinschaft sub specie aeternitatis“ unbestimmt; und dementsprechend ungenannt bleiben genauere Kriterien, an denen sich ablesen ließe, ob „Gemeinschaftsgefühl“ bei einem Menschen in ausreichendem Ausmaß vorhanden ist oder nicht.

Gleichzeitig finden sich bei Adler aber auch Bemerkungen, in denen der Leser den Eindruck erhält, Adler habe eine genaue Vor-

stellung davon gehabt, was er unter „Gemeinschaftsgefühl“ verstanden wissen wollte. Das wird an jenen Stellen deutlich, in denen Adler zwischen einer „nützlichen“ und einer „unnützlichen Seite des Lebens“ unterscheidet (vgl. Adler 1929f, 246; Ansbacher 1981, 182) und betont, daß sich jene Menschen auf der „unnützlichen Seite“ bewegen, die aufgrund ihrer psychopathologischen Kompensations- und Überkompensationstendenzen gar nicht in der Lage sind, zum Vorteil der gesamten Gemeinschaft und damit zum Vorteil ihrer eigenen Person zu leben. Und normativ eindeutig fallen auch jene Textstellen aus, in denen Adler nicht nur auf „klassische“ Symptombilder zu sprechen kommt, sondern auch auf einzelne Personengruppen, die nicht nach weithin anerkannten Normvorstellungen leben.

- So heißt es etwa: „Verbrecher weisen den gleichen Fehler auf wie schwer erziehbare Kinder, Neurotiker, Psychotiker, Selbstmörder, Trinker und sexuell Perverse. Jedem mangelt es an Gemeinschaftsgefühl“ (Adler 1931b, 157).
- Und an einer vergleichbaren Stelle ist zu lesen: „Alle Versager – Neurotiker, Psychotiker, Verbrecher, Alkoholiker, schwer erziehbare Kinder, Selbstmörder, Perverse und Prostituierte – sind Versager, weil es ihnen an Gemeinschaftsgefühl fehlt. Sie nähern sich den Problemen des Berufs, der Freundschaft und der Liebe ohne das Vertrauen, daß diese Probleme durch Zusammenarbeit gelöst werden könnten“ (Adler 1931b, 16).

Verknüpft man Passagen dieser Art mit Adlers Hinweis, daß es immer wieder das kompensatorische Streben nach Macht, Stärke, Überlegenheit ... sei, das einzelne Menschen davon abhalte, gemeinschaftsdienlich zu handeln (Adler 1929f, 246), so wird folgendes deutlich:

- Adler schenkt auch in seinem Spätwerk jenen Apperzeptionsweisen große Bedeutung, die dem einzelnen Menschen das Gefühl vermitteln, klein, schwach, unterlegen ... zu sein, und die ihn deshalb veranlassen, zur Sicherung seines Selbst(wert)gefühls nach tatsächlicher oder fiktiver Macht, Überlegenheit, Größe ... zu streben.

- Im Unterschied zu früheren Arbeiten führt *Adler* mit dem Begriff des Gemeinschaftsgefühls ein explizites Kriterium für psychische Gesundheit ein: „Gemeinschaftsgefühl (ist) ... gleichsam das Barometer kindlicher (und erwachsener; Anm.) Normalität“ (1930a, 10).
- Die normative Bestimmung dessen, was „Gemeinschaftsgefühl“ und somit „psychische Krankheit“ sei, erfolgt nun ausdrücklich und orientiert sich an der Frage, was für das gemeinschaftliche Zusammenleben von Menschen und dessen Weiterentwicklung dienlich ist. Dabei betont *Adler* einerseits, daß psychische Gesundheit nicht mit der Anpassung an gegebene gesellschaftliche oder kulturelle Verhältnisse gleichzusetzen ist, während er gleichzeitig immer wieder normativen Unterscheidungen folgt, die an ganz spezifische Wertvorstellungen seiner Zeit anschließen.

3. Die Krankheitsdefinition vor dem Hintergrund von Menschenbild und Persönlichkeitstheorie

Der Hinweis, daß *Adlers* spätes Verständnis von „psychischer Krankheit“ immer wieder von spezifischen Wertvorstellungen seiner Zeit getragen war, darf nicht mißverstanden werden: *Adlers* Bemerkungen zur Kleinkindererziehung, zur Frauenfrage oder zur Jugendverwahrlosung zeigen, daß er keineswegs die Faktizität bestehender Gegebenheiten als „optimal“ ansah und von psychisch Gesunden eine reibungslose Einpassung in diese Gegebenheit erwartete (vgl. auch *Rüedi* 1988b).

Adler hatte aber bestimmte, mit der Ideologie der österreichischen Sozialdemokratie der Wiener Zwischenkriegszeit weithin kompatible (*Spiel* 1987) Vorstellungen vom rechten, engagierten, gesunden Leben. Diese Vorstellungen bezeichnete er als „vernünftig“ und mit dem „common sense“ in Einklang stehend – und deutete gleichzeitig an, daß sie nicht allgemein gültig sind, wenn er bemerkt, daß freilich der „common sense“ ... nicht unveränderlich (ist) (*Adler* 1928f, 225).

Ehe das damit angesprochene Problem der Allgemeingültigkeit einer normativen Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ weiter verhandelt wird, ist es nötig, jüngere Diskussionen zur individualpsychologischen Persönlichkeitstheorie aufzugreifen.

3.1. Von der „Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen“ zur „Überwindung subjektiv erlebter Mangellagen“

Spätestens seit der Abhandlung über den „Nervösen Charakter“ (1912a) geht Alfred Adler in nahezu jeder seiner Arbeiten auf das Problem der (Über-)Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen ein. Jede psychopathologische Symptombildung steht im Dienst dieses „Strebens nach oben“, doch betont Adler immer wieder, daß in solchen Kompensationsbestrebungen auch die Dynamik des „normalen“ Lebens wurzelt.

Dies legt die Annahme nahe, Individualpsychologen würden im Verlangen nach der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen das Grundmotiv psychischen Geschehens sehen. Demgegenüber zeigt aber ein Blick in die jüngere Literatur, daß als Grundprinzip psychischer Aktivität nicht die Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen, sondern die „Überwindung von subjektiv erlebten Mangellagen“ genannt wird (vgl. Antoch 1981, 23, 63; Rogner 1985; Datler und Matschiner-Zollner 1987, 16; Datler 1988, 12f.). Als „Mangellage“ kann dabei das bewußte und unbewußte Erleben von Hunger und Durst, von unbefriedigten Sexualspannungen und Trauer, von unterdrücktem Zorn und von Einsamkeit, das Empfinden von konflikthaft gegeneinander gerichteten Wünschen und Impulsen, von bohrenden Fragen, Schuldgefühlen und Minderwertigkeitsgefühlen ... in Erscheinung treten.

In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, daß Menschen von Beginn ihres Lebens an ständig Gefühle und Unzufriedenheit (des Mangels) erleben, die sie gleichzeitig veranlassen, kontinuierlich Vorstellungen über die Art und Weise zu entwerfen, wie das Erleben dieses Mangels möglichst optimal überwunden werden kann. Im Zuge der damit verbundenen steten Auseinandersetzung mit sich und der Welt bildet jeder Mensch komplexe psychische

Strukturen aus (vgl. *Antoch* 1981, 61ff; *Titze* 1989, 40ff), denen spezifische Apperzeptionstendenzen entsprechen, die in jedem psychischen Prozeßgeschehen mehrfach zum Tragen kommen; nämlich dann,

- wenn innerpsychisch bereits unbewußt eingeschätzt wird, ob und mit welcher Intensität ein bestimmter Zustand bereits als Mangelzustand erlebt wird;
- wenn im Anschluß daran bewußt und unbewußt abgeschätzt wird, was angesichts bisheriger Vorerfahrungen, angesichts augenblicklicher äußerer Gegebenheiten sowie angesichts der Abschätzung innerpsychischer Konsequenzen zur Linderung dieser Mängel in unbewußter und bewußter Weise „getan“ werden soll;
- oder wenn im Zuge des Versuchs der Überwindung dieser Mangellage bewußt und unbewußt abgewogen wird, ob die augenblicklich verfolgten „Strategien“ der unbewußten Abwehr, des Phantasierens, der Mobilität ... den wünschenswerten Erfolg zeitigen oder modifiziert werden sollen (vgl. *Datler und Reinelt* 1989, 74ff).

Vergleicht man diese persönlichkeits-theoretischen Annahmen mit den oben skizzierten Grundzügen der *Adlerschen* Theorie, so kann in Hinblick auf die Herausarbeitung unseres Verständnisses von psychischer Krankheit folgendes festgehalten werden:

Erstens: Die Annahme, daß als Grundprinzip psychischer Aktivität das Streben nach der „Überwindung von subjektiv erlebten Mangellagen“ anzusehen ist, hebt die Verpflichtung auf, alle psychischen Prozesse auf ein Streben nach der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen zurückführen zu müssen. Das trägt dem Umstand Rechnung, daß die Frage nach einem etwaigen primären Motivationsfaktor zur Zeit sehr kontrovers und ungeschlossen diskutiert wird (vgl. *Sandler* 1960; *Eagle* 1984; *Datler* 1985), und lädt überdies ein, höchst unterschiedliche Formen von Mangel-erleben hinsichtlich ihrer Bedeutung für gesunde und pathologische psychische Prozesse zu untersuchen.

Aus diesem Grund ist es problematisch zu meinen, psychopathologischen Zustandsbildern würden primär bzw. letzten Endes Apperzeptionstendenzen zugrunde liegen, die in Prozessen der Kom-

pensation von *Minderwertigkeitsgefühlen* wurzeln. Deshalb haben wir im eingangs formulierten Definitionsversuch in ganz allgemeiner Weise von „Tendenzen der unbewußten Apperzeption des Selbst und der Welt“ gesprochen, in denen psychische Krankheit gründet.

Zweitens: Der hier verwendete Apperzeptionsbegriff – und das sei nochmals klargestellt – impliziert all jene Momente des Wahrnehmens, Erlebens, Hoffens, Einschätzens ..., die am Erleben von Mangellagen und deren mehr oder weniger gelingenden Überwindung beteiligt sind. All dies Momente wurzeln in der bisherigen Erfahrung, die eine Person im Zuge ihres ständig wiederkehrenden Erlebens von Mangel und den daran anschließenden Überwindungsversuchen gemacht hat, und der Art, in der diese Erfahrung „verarbeitet“ wurde. In diesem Sinn wiesen wir in unserem Definitionsversuch darauf hin, daß Apperzeptionstendenzen als lebensgeschichtlich gewordene Tendenzen begreifbar und in ihrer Genese somit verstehbar sind.

Drittens: Da sich die Erfahrungen, die eine Person in der steten Auseinandersetzung mit sich und Welt macht, in ihrer Spezifität von den Erfahrungen anderer Menschen erheblich unterscheiden, und da davon auszugehen ist, daß auch die Art der „Verarbeitung“ von Erfahrungsinhalten individuell unterschiedlich ausfällt, verfolgt jede Person unverwechselbar individuelle Apperzeptionstendenzen bewußter und unbewußter Natur. In der individuellen Konzipierung, Schattierung und Ausgestaltung dieser Apperzeptionstendenzen gründet der typische „Stil“, in dem ein Mensch sein Leben führt – weshalb in unserem Definitionsversuch von „lebensstiltypischen“ Apperzeptionstendenzen die Rede ist.

Wenn mit diesen knappen persönlichkeits-theoretischen Bemerkungen die Brücke von zentralen Grundsatzüberlegungen *Adlers* zu einigen jüngeren individualpsychologischen Beiträgen geschlagen und wenn dabei überdies drei Punkte unseres Definitionsversuches von psychischer Krankheit vorgestellt wurden, so muß freilich eines festgehalten werden: Die Frage, worin sich „gesunde“ Apperzeptionstendenzen von „kranken“ unterscheiden, blieb ausge-

klammert. Im Anschluß an das eben Skizzierte ist diese Frage nun aufzugreifen.

3.2. Die Unmöglichkeit einer allgemeingültigen Unterscheidung zwischen „gesunden“ und „pathologischen“ Apperzeptionstendenzen

Auch jene Erwägungen und Differenzierungen, in denen eine Unterscheidung zwischen „Pathologischem“ und „Normalem“ getroffen wird, stellen im hier verstandenen Sinn „Apperzeptionen“ dar. Das bedeutet, daß auch sie in der Spezifität der bisherigen Auseinandersetzung einer Person mit sich und Welt wurzeln – weshalb für sie weder überindividuelle noch überzeitliche Allgemeingültigkeit beansprucht und zwingend bewiesen werden kann.

Konsequenterweise darf es daher auch nicht überraschen, wenn man sich einige publizierte Konkretisierungen des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ vornimmt und feststellt, daß es schnell Einwände gegen den etwaigen Anspruch vorzubringen gibt, in diesen Konkretisierungen könnten *die* zweifelsfrei allgemeingültigen Kriterien zur Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ zum Ausdruck kommen:

- Zu denken ist hier z. B. an jene vielzitierte Bestimmung von entfaltetem Gemeinschaftsgefühl, die da lautet: „Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen“ (Adler 1928f., 224): Während diese Formulierung bei Ansbacher (1981, 186ff.) und Rüedi (1988a, 4) mit der Bestimmung von psychischer Gesundheit in Zusammenhang gebracht wird, bemerkt Witte (1988, 19), daß dieses Adler-Zitat vielmehr die Haltung neurotischer Patienten beschreibt: „Als Kind haben sie es gelernt, als unsere Patienten halten sie noch daran fest: mit den Augen der Eltern zu sehen, mit deren Ohren zu hören, mit dem Herzen von Vater oder Mutter zu fühlen“ (ähnlich Huttanus 1987, 171f; Titze 1989, 44f).
- Will man in pointierter Fortführung einer Passage von Antoch (1984, 5) von entfaltetem Gemeinschaftsgefühl und somit von psychischer Gesundheit bloß dann sprechen, wenn ein Mensch

eigene Beiträge „zur Weiterentwicklung der Gemeinschaft“ leistet, so hängt es ebenfalls von den spezifischen Apperzeptionstendenzen jedes einzelnen ab, was er als weiterführenden Beitrag einschätzt und was nicht; wobei der Rede von der „Weiterentwicklung der Gemeinschaft“ überdies die geschichtsmetaphysische Auffassung zugrunde liegt, daß die Veränderung menschlichen Zusammenlebens eine teleologisch beschreibbare „Weiterentwicklung“ abgeben könnte – eine Auffassung, die wohl Adler teilte (Wiegand 1986), die deshalb aber noch keineswegs zwingend anerkannt werden muß.

- Vergewärtigt man sich eine andere Passage Antochs (1984, 4), in der auch schon davon gesprochen wird, daß für „mangelndes Gemeinschaftsgefühl“ und damit für psychische Krankheit eine „irrtümliche Stellungnahme“ charakteristisch sei, die darin besteht, „daß jemand auf der Grundlage eines Gefühls der Angst um den eigenen Selbstwert sich auf sich selbst beschränkt und den Kontakt zu seiner Umwelt ... meidet“, so wird man festhalten müssen: Die Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ wird aufgrund des eben genannten Kriteriums in einer Kultur, in der Einsiedlertum und Zurückgezogenheit hoch bewertet werden, völlig anders ausfallen, als in unserer Kultur; wobei auch die Entscheidung darüber, was als „irrtümliche Stellungnahme“ anzusehen sei, nicht unabhängig von den individuellen Apperzeptionstendenzen eines „Diagnostikers“ getroffen werden kann.
- Und wenn man versucht, radikal zu sein, um Gemeinschaftsgefühl und damit psychische Gesundheit an der Frage festzumachen, ob jemandem die „selbständige Erhaltung der individuellen Existenz“ möglich ist (vgl. Kretschmer 1985 b, 316), so könnte – unbeschadet der Frage, was denn unter „selbständig“ zu verstehen ist – die Gegenfrage gestellt werden, ob es nicht auch ein Zeichen von psychischer Sensibilität und damit Gesundheit sein könnte, wenn ein Mensch unter extremen inhumanen Bedingungen (wie z. B. jenen eines KZs) eben nicht mehr in der Lage ist, seine Existenz zu erhalten, weil er seine einzige Möglichkeit, existenzielle Selbstbestimmung zu erleben und zu praktizieren, bloß im Vollzug des Freitodes zu erblicken vermag.

3.3. Zwei weithin anerkannte Spezifika von „psychischer Krankheit“

Trotz der offensichtlichen Unmöglichkeit, ein allgemein gültiges Kriterium zur Unterscheidung zwischen „gesund“ und „krank“ zu finden, kommt der Diagnostiker und Therapeut nicht umhin, im Zuge seines Arbeitens ständig zwischen „gesunden“ und „kranken“ (im Sinne von „positiv“ und „negativ“ bewerteten) Apperzeptions- und Verhaltenstendenzen zu unterscheiden. Aus dieser Sicht heraus ist es sinnvoll zu fragen, ob die faktische Art und Weise, in der heute „psychische Krankheit“ von „Gesundheit“ unterschieden wird, bestimmte durchgängige Charakteristika erkennen läßt. In Anknüpfung an die bisher ausgeführten Überlegungen ist also zu fragen, ob es bestimmte Eigenschaften gibt, an denen sich (jenseits der vielen Auslegungsvarianten, die von einem Begriff wie dem des Gemeinschaftsgefühls existieren) all jene Apperzeptionstendenzen erkennen lassen, die heute als „pathologisch“ eingestuft werden. Wenn wir recht sehen, dann lassen sich zwei Eigenschaften präzisieren:

Erstens: Auf das erste Charakteristikum wies bereits *Adler* hin, als er zwar einerseits betonte, psychische Gesundheit dürfe nicht mit der bloßen Angepaßtheit an bestehende gesellschaftliche Verhältnisse gleichgesetzt werden, andererseits aber dann Präzisierungsvorschläge machte, die bestimmten Normvorstellungen seiner Zeit entsprachen. Bei aller Einstellung den jeweils gegebenen historischen und gesellschaftlichen Verhältnissen gegenüber meinen wir nämlich, daß ein Charakteristikum von „pathologischen“ Apperzeptionstendenzen darin besteht, daß sie in ihren symptomatischen Konsequenzen innerhalb einer soziokulturellen Gemeinschaft negativ bewertet werden.

Dabei muß zweierlei offen bleiben: a) Die Bestimmung von weithin anerkannten Spezifika von „psychischer Krankheit“ läßt die Frage unberücksichtigt, ob sich der Einzelne selbst als „krank“ erlebt oder nicht; denn es ist immer wieder der Fall, daß die Apperzeptionstendenzen bestimmter Menschen als „pathologisch“ eingestuft werden, obwohl sich diese Menschen selbst als „normal“ und bar jedes Leidensdrucks erleben. b) Und da heute auch bestimmte Zustands-

bilder als pathologisch diagnostiziert werden, die mit weithin verbreiteten Werthaltungen übereinstimmen und es oft sogar ermöglichen, berufliche Karriere zu machen, muß offen bleiben, über welche Größe und welchen gesellschaftlichen Status jene „soziokulturelle Gemeinschaft“ verfügt, von der in unserem Definitionsversuch die Rede ist.

Zweitens: Nicht alle Apperzeptionstendenzen, die in ihren symptomatischen Konsequenzen eine negative Bewertung erfahren, werden als „pathologisch“ eingestuft. Damit letzteres erfolgt, ist entscheidend, daß die betreffenden Personen diese Apperzeptionstendenzen weder bewußt-willentlich, noch schnell modifizieren können. Diese Apperzeptionstendenzen sind vielmehr „starr“ – und zwar nicht zuletzt deshalb, weil sie unbewußt verfolgt werden und über weite Strecken im Dienste von Abwehr- und Sicherungsversuchen stehen, die von der jeweiligen Person (unbewußterweise) als äußerst wichtig eingeschätzt werden.

Eben weil die jeweilige Person über die symptomatischen Konsequenzen dieser Apperzeptionstendenzen keine unmittelbare „Verfügungsgewalt“ hat, erfährt sie als „psychisch Kranke“ eine ähnliche Einschätzung wie „somatisch Kranke“: „Hier wie dort gilt einer, der als ‚Kranker‘ zu betrachten ist, als entschuldigt“ (Antoch 1984, 6).

3.4. Zwischenresümee

Im Anschluß an unsere historisch gehaltenen Rückblicke haben wir nun in einem etwas systematischeren Durchgang versucht, die meisten Bestimmungsstücke unseres eingangs vorgestellten Definitionsversuches von psychischer Krankheit zu erläutern. In welcher Weise in der jüngeren individualpsychologischen Forschung der Versuch unternommen wird, eine möglichst differenzierte und umfassende Erfassung, Beschreibung und Behandlung psychopathologischer Erscheinungen voranzutreiben, konnte freilich noch nicht aufgezeigt werden. Und auch auf das letzte Element unseres Definitionsversuches, in dem von der „Intensivierung bzw. Ausgestaltung von psychischen Aktivitäten“ zwecks Veränderung psycho-

pathologischer Zustandsbilder die Rede ist, wurde noch nicht eingegangen. Beides soll in den nächsten beiden Kapiteln erfolgen.

4. Der Krankheitsbegriff im Rahmen der Krankheitslehre des Verfahrens

Fragt man im Anschluß an unsere bisherigen Darlegungen nach Beiträgen zur Entwicklung einer schuleigenen Krankheitslehre, so ist festzustellen, daß die Individualpsychologie in ihrem konventionellen Selbstverständnis primär darauf angelegt ist, seelische Prozesse zu beschreiben, die in ihrer Grundstruktur im Bereich des „Normalen“ ebenso zu finden sind wie im Bereich des Pathologischen (vgl. *Kretschmer* 1985a, 242f). Das Fehlen einer ausdifferenzierten individualpsychologischen Krankheitslehre gründet einerseits in diesem Selbstverständnis, andererseits in der oben skizzierten Schwierigkeit, in allgemeingültiger Weise eine Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit treffen zu können. Als holistisch ausgerichtete Theorie war sie zumindest bis vor kurzem mehr um die Erfassung des Menschen in seiner ganzheitlichen „Funktionalität“ bemüht als um die fragmentierende Mikroanalyse seelischer Abläufe beim gesunden, neurotischen, psychotisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen. In der älteren Literatur findet man in diesem Sinne v. a. die Frage nach der Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen beachtet, während auf die differenzierte Erfassung von mannigfachen Möglichkeiten der Überwindung diverser Formen des Erlebens von Mangel verzichtet wurde. In der neueren Psychopathologiediskussion zeichnet sich hingegen die Tendenz ab, die Konzentration auf das Konzept der Minderwertigkeit in dem Sinn aufzulösen, wie es im vorhergehenden Kapitel gezeigt wurde. Der Versuch dieser Ausweitung wird dabei einerseits durch Bezugnahme auf Autoren anderer Schulen (*Loch, Kernberg, Kohut, Bateson* etc.) unterstützt; und bezieht sich andererseits auch auf die Darstellung von spezifischen Krankheitsbildern, wie sie in herkömmlichen, psychiatrischen Systematiken angeführt werden.

Auf einige Beispiele wird im folgenden eingegangen:

1. Die Suizidforschung steht einerseits in der Tradition individualpsychologischen Denkens, indem sie (prä)suizidale Aktivitäten gemäß der ihnen zugrundeliegenden lebensstiltypischen Apperzeptionen zu erfassen sucht. Der Suizidant wird verstanden als ein Mensch, der sein übermäßig starkes Minderwertigkeitsgefühl durch Streben nach unerreichbarer Überlegenheit zu kompensieren versucht: „Er schlägt eine ausweichende Gangart ein, empfindet die Umwelt als feindlich, entwertet sie; er nimmt nur bestimmte zumeist negative Inhalte auf und ist nicht in der Lage, dieses Arrangement zu durchschauen. Um die endgültige Überlegenheit durchzusetzen, finden wir eine Identifizierung mit Helden, Göttern (...) oder idealisierten Verstorbenen“ (Sonneck 1977, 119).

Andererseits zeigt die individualpsychologische Suizidforschung darüber hinaus im Versuch, die dem Selbstmord vorangehenden Stadien in einem mehrgliedrigen Phasenverlauf systematisch zu erfassen, wie der Kreis in der Beschreibung des „präsuizidalen Syndroms“ geschlossen wird. Bemerkenswert in der Aufschlüsselung des Syndroms in seine Bausteine („Einengung – gegen die eigene Person gerichtete Aggression – Selbstmordphantasien“) erscheint dabei die Diktion, die sich konventionell individualpsychologischer Vokabeln und Theorien ebenso bedient wie psychoanalytischer: Die „dynamische Einengung“ wird in Hinblick auf typische, starr ablaufende Apperzeptionstendenzen ebenso beschrieben wie auf den vorherrschenden Abwehrmechanismus „Umkehr der Aggression gegen die eigene Person“ (vgl. Ringel 1978).

2. Offen für den Dialog mit anderen Schulen im Sinne einer wechselseitigen Befruchtung zeigen sich G. u. U. Lehmkuhl zum Zweck der Erfassung und Therapie psychotischer Erkrankungen – ganz im Sinne Stierlins: „Je mehr Perspektiven wir anlegen, je mehr therapeutische Erfahrung wir sammeln, je mehr wir über komplexe menschliche Beziehungen und Systeme lernen, umso mehr

differenziert sich unser Blick für die Grenzen und Möglichkeiten verschiedener therapeutischer Ansätze und für die unterschiedlichen Erfordernisse unterschiedlicher therapeutischer Phasen und Zielsetzungen, bei denen sowohl Dialogpartnerschaft als auch Dialogermöglichung wichtig werden können (*Stierlin* 1981, zit. nach G. u. U. *Lehmkuhl*). Die individualpsychologische Schizophrenieforschung (*Rattner, Shulman*) muß insgesamt als integrative Wissenschaft klassifiziert werden, da sie Forschungsergebnisse aus Psychoanalyse und Kommunikationstheorie besonders freudig rezipiert. Der Ansatz der Familientherapie kommt diesem Verständnis von psychopathologischen Zustandsbildern insofern nahe, als er die Kommunikations-Interaktionsstruktur von Familien als je eigenen sozialen Organismus erfaßt, der sich in individualpsychologischen Kategorien als „Lebensstil“ des Gesamtsystems Familie beschreiben läßt. Aus individualpsychologischer Sicht sollte sich bei der Behandlung von Schizophrenen nach G. u. U. *Lehmkuhl* der einzeltherapeutische mit dem kommunikationstheoretischen Zugang zum Patienten unter Beachtung von dessen schöpferischen Möglichkeiten ergänzen (*G. u. U. Lehmkuhl* 1985, 59).

3. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß *Adler* in die psychosomatische Medizin die Modellvorstellungen von Organ-dialekt und Organminderwertigkeit eingebracht hat. Nach *Schmidt* (1982, 135f) hat er mit seiner Auffassung des Menschen als bio-psycho-soziale Totalität (*Biebl* 1977) den Grundstein für ein psychosomatisches Verständnis gelegt, ohne dieses systematisch weiterzuentwickeln. Die Erweiterung der Theorie der Organminderwertigkeit ist seinen Schülern aufgegeben, wobei auch in der jüngeren Literatur zu dieser Thematik die verstärkte Rezeption von konventionell psychoanalytischen Studien auffällt (vgl. *Biebl* 1977; *Lehmkuhl* u. a. 1984).
4. Zu der wiederholt aufgeworfenen Fragestellung, ob die Integration psychoanalytischer Theoriesegmente in die individualpsychologische Krankheitslehre anzustreben ist, sei bemerkt, daß

Adlers Theoriekonzept aus einem beinahe zehnjährigen dialogischen Gedankenaustausch mit *Freud* herausentwickelt wurde, wobei auch *Freud* von *Adler* nicht unbeeinflusst geblieben ist. Die Aufrechterhaltung später gesetzter Trennlinien aufgrund unvereinbarer kontroverser Grundannahmen scheint durch die jüngere Theorieentwicklung innerhalb beider Schulen an Notwendigkeit verloren zu haben. Gerade bei der Auseinandersetzung mit Narzißmus- und Objektbeziehungstheorien bietet sich der Dialog zwischen Individualpsychologie und Psychoanalyse an.

Kruttke-Rüping gelingt der Nachweis, daß sich die psychoanalytischen Narzißmustheorien insofern erheblich an die Grundannahmen *Adlers* angenähert haben, als sie Narzißmus nicht mehr im Zusammenhang von Trieb- sondern Selbstwertregulierung begreifen. Als Ursache der Störung werden in beiden Schulrichtungen das Mißlingen frühester Objektbeziehungen angenommen. Unter Verweis auf *Hackenberg* und *Lemm-Hackenberg* (1984) arbeitet sie als erklärtes Ziel individualpsychologischer wie psychoanalytischer Behandlungskonzepte den Aufbau und die Entfaltung von Beziehungsfähigkeit zum Zwecke der Nachreifung eines realitätsgerechten Selbstwertgefühls heraus. Sie erwartet sich von einer individualpsychologischen Annäherung in umgekehrter Richtung, nämlich an die differenzierten psychoanalytischen Entwicklungskonzepte und daraus abgeleiteten Behandlungsmethoden, eine Weiterentwicklung individualpsychologischer Behandlungskonzepte über *Adler* hinaus (vgl. *Kruttke-Rüping* 1986).

Huttanus (1987) wiederum fordert die Aufnahme von Konfliktkonzepten im Dienste der Überwindung des gängigen entdialektisierten Verständnisses von Gemeinschaftsgefühl. Wenn dieses nicht als autoplastische Anpassung und Selbstaufgabe an die Gemeinschaft verstanden werden will, werden sich Individualpsychologen mit innerseelischen Gegensatzspannungen wie Individuation versus Symbiose und damit mit nichts anderem als mit intrapsychischen Konflikten auseinanderzusetzen haben.

5. Unter der Federführung von W. Spiel hat die Wiener kinderneuropsychiatrische Arbeitsgruppe ein Diagnosemodell entwickelt, das sowohl hinsichtlich der vorgenommenen Systematisierung psychodynamischer Abläufe als auch in der Aufnahme eben jener von Huttanus geforderten Konflikttheorie beispielhaft die Tendenzen der jüngeren Individualpsychologie anzeigt. Spiel (1981; gem. m. G. Spiel 1987) differenziert drei psychodynamisch grundlegend unterschiedliche Vorgänge:

- Bei *Erlebnisreaktionen* wirken auf das Individuum intra- und extrapsychische Erlebnisse, Tendenzen, Wünsche, Strebungen ein, mit denen es sich auseinanderzusetzen hat. Dabei aufbrechende psychophysische Irritationen können bewußt mit dem auslösenden Ereignis als kausal verursacht wahrgenommen werden.
- Dagegen bezeichnet der Ausdruck „neurotisches Geschehen ... jene intrapsychischen Vorgänge, bei denen Kräfte und Erlebnisse intrapsychisch gegeneinander im Widerstreit liegen und dieser Konflikt nicht bewußtseinsfähig ausgetragen wird. Er bleibt daher letztlich unbewältigt und ist Anlaß dafür, daß im Vorfeld des Bewußtseins oder im Unbewußten eine Doch-Noch-Bewältigung in einer besonderen anderen Art zustandekommt“ (Spiel 1981, 7).
- Über lange Zeiträume andauernde mangelnde Erziehungsstimuli und Lebenssituationen beeinträchtigen unter Veränderung von Wesens- und Charaktereigenschaften die Entfaltung der Persönlichkeit und führen zu *Persönlichkeitsentwicklungsstörungen*.

Besonders wertvolle Ergebnisse sind freilich dann zu erwarten, wenn in nächster Zukunft genauer untersucht wird, welche unbewußten Konfliktkonstellationen an der Ausbildung spezieller Persönlichkeitsentwicklungsstörungen beteiligt sind und welche Facetten von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Zustandsbildern ausgemacht werden können, die konventioneller Weise als konflikthaft determiniert eingeschätzt wurden.

5. Die Konsequenzen für die Praxis – die Bedeutung des Krankheitsbegriffes für Methodik und Technik der Behandlung

Wenn pathologische Apperzeptionstendenzen als Endpunkt und Ergebnis der bisherigen Auseinandersetzung einer Person mit sich und der Welt zu begreifen sind, dann folgt daraus, daß es bestimmter „neuer“ Auseinandersetzungen bedarf, um diese pathologischen Tendenzen modifizieren zu können.

Folgt man nun *Antoch* (1983) und hält man fest, daß diese „Auseinandersetzungen“ psychische Tätigkeiten oder Aktivitäten einer Person darstellen, so wird auch das letzte Element unseres eingangs vorgestellten Definitionsversuches verständlich, dem zu entnehmen ist: Pathologische Apperzeptionstendenzen sind „über die Intensivierung bzw. Ausgestaltung von psychischen Aktivitäten zu verändern“. Damit wird zum Ausdruck gebracht, daß die erwünschte Modifikation von pathologischen Apperzeptionstendenzen zwar von organmedizinisch orientierten Interventionen gestützt, begleitet oder gerahmt werden kann. Wenn es sich um „psychische Krankheiten“ handelt und wenn die Veränderung bestimmter Apperzeptionstendenzen nicht (nur) von der kontinuierlichen Einnahme von Medikamenten abhängig bleiben soll, dann bedarf es aber der bewußten bzw. unbewußten psychischen Auseinandersetzung mit diesen Interventionen oder anderen Anlässen, die zu einer Neuorientierung bzw. Neugestaltung spezieller Apperzeptionstendenzen führen. Eine ganz besondere Gruppe von solchen „Interventionen“ und „Anlässen“ kann unter dem Begriff „Psychotherapie“ zusammengefaßt werden.

5.1 Der psychoanalytisch-therapeutische Prozeß

Seit den frühen 80er Jahren können im deutschsprachigen Raum mehrere kritische individualpsychologische Auseinandersetzungen mit *Adlers* psychotherapeutischer Technik nachgelesen werden (vgl. *Heisterkamp* 1983, 1984; *Huttanus* 1987; *Witte* 1988; *Titze* 1989). In ihnen werden *Adlers* Tendenz zur schnellen „Erklärung“ des

unbewußten Zwecks von bestimmten Symptombildungen und Verhaltensweisen sowie *Adlers* Hang zu moralisierenden Formulierungen hervorgekehrt und diskutiert.

Durchgehend wird darauf hingewiesen, daß solch ein Therapeutenverhalten der Entfaltung analytisch-therapeutischer Prozesse keineswegs förderlich ist, da es Patienten entmutigt und hindert, tiefe unbewußte Ängste, Wünsche, Konflikte ... auszuloten.

Gleichzeitig ist der individualpsychologischen Literatur der 80er Jahre zu entnehmen, daß im deutschsprachigen Raum die wachsende Tendenz verfolgt wird, psychotherapeutische Praxis als psychoanalytische Praxis zu verstehen und auszugestalten. Davon zeugt nicht nur der Umstand, daß individualpsychologische Psychotherapeuten der BRD den Titel „Psychoanalytiker (DGIP)“ tragen, sondern auch ein Blick auf die Themenschwerpunkte, die in letzter Zeit wissenschaftlich bearbeitet wurden. Hier findet man Arbeiten zu den Problemen

- des freien Assoziierens bzw. der „freien Thematisierung“ (z. B. *Titze* 1989; *Datler* und *Reinelt* 1989);
- der Übertragung und Gegenübertragung (z. B. *Ringel* 1983; *Heisterkamp* 1983; *Schmidt* 1985; *Kruttke-Rüting* 1986; *Titscher* 1989; *Titze* 1989);
- der Regression (z. B. *Schmidt* 1984, 1985; *Titscher* 1986; *Reinelt* 1989);
- der Abstinenz (z. B. *Heisterkamp* 1985a; *Datler* und *Reinelt* 1989);
- des Widerstandes (z. B. *Heisterkamp* 1981; *Kruttke-Rüting* 1986; *Antoch* 1990);
- des Deutens (z. B. *Titze* 1989; *Schmidt* 1989; *Datler* und *Reinelt* 1989);
- und der unauflösbaren psychodynamischen Verknüpfung zwischen den Inhalts- und den Beziehungsaspekten psychotherapeutischer Prozesse (z. B. *Titze* 1986; *Antoch* 1990).

Die analytische Situation wird von den genannten Autoren als ein Ort beschrieben, an dem sich die Apperzeptionstendenzen einer Person in klarer Deutlichkeit zeigen und gleichzeitig bearbeitet werden können. Über die Auslotung von unbewußten Tendenzen, über das Erleben eines neuartigen Beziehungsgefüges innerhalb der

Therapie und über den allmählichen Beginn, auch außerhalb der therapeutischen Situation neue Erfahrungen zu riskieren, kann ein psychotherapeutischer Prozeß in Gang kommen, der den Einzelnen anregt und ihm hilft, „pathologische“ Apperzeptionstendenzen in hilfreicher Weise zu modifizieren oder neu zu entwickeln.

5.2. Weitere Möglichkeiten des tiefenpsychologisch orientierten Arbeitens

Wenn sich tiefenpsychologisch orientiertes Arbeiten durch eine differenzierte Bedachtnahme auf unbewußte psychische Prozesse auszeichnet, dann stellt die Arbeit innerhalb eines Sessel-Couch-Settings nicht die einzige Form des tiefenpsychologisch orientierten Arbeitens dar.

Zwischen der Ausgestaltung eines hochfrequentierten, langjährigen psychoanalytisch-therapeutischen Prozesses und dem psychoanalytisch orientierten Umgang eines einschlägig gebildeten Elternpaares mit seinem Säugling ist vielmehr ein breites Kontinuum individualpsychologischer Handlungsmöglichkeiten anzunehmen. Diesem Kontinuum sind unterschiedliche Formen der Supervision, Beratung, Schulpädagogik, Gruppentherapie, Kinderpsychotherapie, ... inhärent, die es den einzelnen Individualpsychologen vor dem Hintergrund ihres psychodynamischen Verständnisses erlauben, in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Facettierung Inhalts- und Deutungsprozesse auszugestalten. Arbeitsberichte wie jene aus dem individualpsychologischen Schulversuch von *Oskar Spiel* (1947) zeigen, in welchem psychotherapeutisch hohem Ausmaß auch in jenen Arbeitsfeldern, die keine klinisch-psychotherapeutischen Arbeitsfelder im engsten Sinn darstellen, unbewußte Apperzeptionstendenzen bearbeitet und modifiziert werden können.

5.3. Zum Problem der Abgrenzung zwischen individualpsychologisch-psychotherapeutischen und anderen Interventionsprozessen

Da es vor dem Hintergrund individualpsychologischer Theoriebildung schwierig ist, einzelne psychodynamisch orientierte Inter-

ventionsformen trennscharf von anderen abzugrenzen, fällt es zunehmend schwer, präzise Unterscheidungen zwischen psychotherapeutischen und anderen psychosozial helfenden Interventionen anzugeben (*Spiel u. Datler 1984; Datler und Matschiner-Zollner 1987; Datler und Kropiunigg 1989; Antoch 1990*).

Nicht leichter ist es, zwischen individualpsychologischer Praxis und der Praxis anderer psychotherapeutischer Schulen scharfe Grenzziehungen anzugeben, da die Grundzüge der individualpsychologischen Theoriebildungen über ein hohes Maß von Allgemeinheit verfügen, so daß es für viele Individualpsychologen möglich ist, Brücken zu anderen psychotherapeutischen Schulen zu schlagen (in Beziehung zur Verhaltenstherapie vgl. *Spiel 1984*; in Beziehung zur systemischen Therapie vgl. *Heisterkamp 1985b; Datler u. a. 1990*).

Für individualpsychologische Psychotherapeuten bleibt freilich eine Form der Ausbildung verbindlich, welche den Dreischritt Lehranalyse, Theorieausbildung und supervidierte Praxis umfaßt.

6. Gesellschaftspolitische Implikationen des Krankheitsbegriffs

Aus individualpsychologischer Sicht werden von jeder Person Apperzeptionstendenzen in kreativer Weise ausgebildet. Sie sind das Ergebnis von „Stellungnahmen“ der Person zu sich und der Welt, was eine Absage an platte deterministische Positionen bedeutet. Dessen ungeachtet wurde aber von Beginn an gefragt, welche äußeren Gegebenheiten wie die ökonomische Situation der Familie, kulturelle Werthaltungen, Erziehungsstil, Position in der Geschwisterreihe ... zur Ausbildung welcher Apperzeptionstendenzen besonders provozieren.

Dieses Interesse an sozialpolitischen Fragestellungen verstärkte sich bei zahlreichen Individualpsychologen mit dem Erlebnis des Ersten Weltkrieges. Die entstandenen sozialen Probleme (wie zum Beispiel das drastische Ansteigen der Jugendverwahrlosung) moti-

vierte *Adler* und seine Mitarbeiter, an der Lösung der anstehenden Probleme mitzuarbeiten, da die Auseinandersetzung mit dem Erleben und der Kompensationen von Mangellagen stets die Reflexion und Veränderung realpolitischer Verhältnisse impliziert. In der Folge richtete sich *Adlers* Interesse auf die psychohygienische Gesundheitsvorsorge, wobei sich mit der theoretischen Neuorientierung die Hinwendung zu weitreichenden pädagogischen Arbeitsfeldern vollzog (vgl. *Rüedi* 1988b). Die Auseinandersetzung mit Erziehungsfragen bzw. den Folgen fehlgeleiteter Erziehung forderte den Vollzug realpolitischer Konsequenzen, wobei *Adler* die Reformwilligkeit des „Roten Wien“ zugute kam (vgl. *Handlbauer* 1984). Ihm gelang es, zahlreiche Erziehungsberatungsstellen ins Leben zu rufen, die als Vorläufer der modernen Child-Guidance-Bewegung gewertet werden dürfen. *Adlers* Behandlungskonzept zog internationale Besucher an und bewirkte die rasche Weiterverbreitung individualpsychologischer Ideen und Methoden über die Grenzen Österreichs hinaus. Es folgte die Gründung eines individualpsychologischen Erziehungsheimes und eines Ambulatoriums, in dem Ehe-, Familien- und Sozialberatungen durchgeführt wurden.

Schließlich wurde eine Versuchsschule eingerichtet, in der Lehrer wie *Ferdinand Birnbaum*, *Oskar Spiel* und *Franz Scharmer* die Arbeits- und Gemeinschaftsschulidee im Sinne der Individualpsychologie verwirklichten.

Damals wie heute setzt die Individualpsychologie an Stellen an, die als sozial helfend im weitesten Sinn verstanden werden können. Die Einrichtung eines Krisenzentrums in Wien und die Wiedereröffnung einer individualpsychologischen Volksschule im Jahr 1988 legen davon Zeugnis ab. In diesem Sinn mag auch das Engagement des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie in der Anbahnung einer Österreichischen Psychotherapiegesetzregelung verstanden werden, das den Zugang zur Psychotherapieausbildung für möglichst viele Berufsgruppen vorsieht.

Da viele psychotherapeutisch ausgebildete Individualpsychologen auch außerhalb ihres psychotherapeutischen Settings tätig sind, darf innerhalb vieler Arbeitsfelder auf eine interdisziplinäre Befruchtung diverser Theorie- und Praxisentwicklungen gehofft

werden – im Dienste der Steigerung der qualifizierten psychosozialen Versorgung der Bevölkerung.

7. Entwicklungen, Tendenzen, kritische Anmerkungen

In den vorangehenden Kapiteln konnte aufgezeigt werden, daß in der Individualpsychologie viele Momente, die vor langer Zeit als selbstverständlich galten, in Diskussion geraten sind. Angesichts der damit zusammenhängenden Vielgestaltigkeit heutiger Individualpsychologie muß deshalb angemerkt werden, daß wir im vorliegenden Aufsatz *unsere* Position entfaltet haben. In der internationalen individualpsychologischen Literatur finden sich zweifellos Darstellungen, die der von uns bezogenen Position widersprechen:

- So bestimmen *Kausen* (1979), *Antoch* (1984) und *Rüedi* (1988a) „psychische Gesundheit“ weit konkreter als wir.
- *Ansbacher* (1987) wiederum hebt Unterschiede zwischen Psychotherapie und Pädagogik stärker hervor und nähert sich damit *Tymister* (1986), der von dem Hintergrund der bundesdeutschen Gesetzeslage weit schärfer als wir zwischen Beratung und Psychotherapie zu differenzieren versucht.
- Und v. a. im amerikanischen Raum wird man zahlreiche Autoren finden, die der Auffassung widersprechen, daß die Individualpsychologie als eine spezifische Tradition innerhalb der Psychoanalyse zu begreifen sei – eine Position, die aber auch wir hier bloß anzudeuten vermochten.

Unsere Überlegungen wollen wir allerdings mit einem Hinweis auf eine allerjüngste Entwicklungstendenz innerhalb der (insbesondere österreichischen) Individualpsychologie schließen:

- Da „psychopathologische Zustandsbilder“, wie sie hier beschrieben wurden, nicht im organmedizinisch faßbaren, sondern vielmehr in psychischen Prozessen wurzeln;
- da Psychotherapie „keine naturwissenschaftlich fundierbare direkte Einflußnahme auf funktionelle, physiologische oder biochemische Prozesse“ und somit auch keine Heilpraxis „im Sinne

- eines neuzeitlichen Medizinverständnisses“ darstellt (Datler & Kropiunigg 1988, 37);
- da Psychotherapie folglich als Variante „psychosozial-helfender Praxis“ (ebd., 38) zu begreifen ist, die von speziell ausgebildeten Vertretern diverser Berufsgruppen ausgeübt wird;
 - und da es überdies schwierig ist, „psychopathologische Prozesse“ von „normalen psychischen Prozessen“ haarscharf abzuheben
- mehren sich Stimmen, die eine Aufgabe des Begriffs der psychischen *Krankheit* fordern (vgl. Datler & Kropiunigg 1988). Damit eng verbunden ist die Tendenz, Psychotherapie deklarerweise außerhalb des primären Zuständigkeitsbereiches von Medizin anzusiedeln.

Literatur

- Adler, A. (1907a), Studie über Minderwertigkeit von Organen, Fischer, Frankfurt 1977.
- (1912a), Über den nervösen Charakter, Fischer, Frankfurt 1972.
 - (1913a), Individualpsychologische Behandlung der Neurosen, in: Adler, A., Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Fischer, Frankfurt 1974, 48-66.
 - (1913c), Neue Leitsätze zur Praxis der Individualpsychologie, in: Adler, A., Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Fischer, Frankfurt 1974, 40-47.
 - (1918e), Bolschewismus und Seelenkunde, in: *Internationale Rundschau* 4, 1918, 597-600.
 - (1920a), Praxis und Theorie der Individualpsychologie, Fischer, Frankfurt 1974.
 - (1928f), Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn, in: Adler, A., Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Band I. Ausgewählt und hrsg. von H. L. Ansbacher und R. F. Antoch, Fischer, Frankfurt 1982, 224-231.
 - (1929c), Neurosen, Fischer, Frankfurt 1981.
 - (1929f), Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre, in: Adler, A., Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. I. Ausgewählt und hrsg. von H. L. Ansbacher und R. F. Antoch, Fischer, Frankfurt 1982, 238-248.
 - (1930a), Kindererziehung, Fischer, Frankfurt 1976.
 - (1933i1), Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühls, in: Adler, A., Psychotherapie und Erziehung. Ausgewählte Aufsätze, Bd. 1. Ausgewählt und hrsg. von H. L. Ansbacher und R. F. Antoch, Fischer, Frankfurt 1983, 21-30.

- Ansbacher, H. L. (1981), Die Entwicklung des Begriffs „Gemeinschaftsgefühl“ bei Adler, in: *Z. f. Individualpsychologie* 4, 1981, 177-194.
- (1987), Toward a Comprehensive Definition of Individual Psychology, in: *Individual Psychology News Letter*, Vol. 35, No. 2, 5-6.
- Antoch, R. F. (1981), Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis, Reinhardt, München 1981.
- (1983), Die Individualpsychologie als Tätigkeitspsychologie, in: *Z. f. Individualpsychologie* 8, 1983, 134-145.
- (1984), Gemeinschaftsgefühl und „Psychische Gesundheit“, in: *Z. f. Individualpsychologie* 9, 1984, 2-8.
- (1990), Beziehungsarbeit in Beratung und Therapie, in: *Z. f. Individualpsychologie* 15, 1990, 56-68.
- Brunner, R., Kausen, R. & Titze, M. (1985), Wörterbuch der Individualpsychologie, Reinhardt, München 1985.
- Datler, W. (1985), Libido oder Selbstwerttheorie? Zur Diskussion um die anthropologischen Grundannahmen von Individualpsychologie und Psychoanalyse, in: *Z. f. Individualpsychologie* 10, 1985, 106-117.
- (1988), Neuere Entwicklungen in der Individualpsychologie und erste Andeutungen zu deren Relevanz für Pädagogik, in: Jugendumt der Stadt Wien (Hrsg.), Weiterentwicklung des individualpsychologischen Gedankengutes in Schule und Sozialarbeit, Jugend und Volk, Wien 1988, 11-27.
- & Kropiunigg, U. (1989), Zum Problem des Begriffs der „psychischen Krankheit“ aus der Sicht der Individualpsychologie, in: Sonneck, G. (Hrsg.): Der Krankheitsbegriff in der Psychotherapie, Facultas, Wien 1989, 37-39.
- & Matschiner-Zollner, M. (1987), Zur Frage: Was ist Individualpsychologie? Ein Thesenbeitrag aus Österreich, in: *Individual Psychology News Letter*, Vol. 35, No 2, 14-18.
- & Reinelt, T. (1989), Das Konzept der tendenziösen Apperzeption und seine Relevanz für das Verständnis von Deutung und Beziehung im psychotherapeutischen Prozeß, in: Reinelt, T. & Datler W. (Hrsg.), Deutung und Beziehung im psychotherapeutischen Prozeß, Springer, Berlin 1989, 73-88.
- , Schneidinger, H. & Bogyi, G. (1990), Tiefenpsychologische und systemische Diagnostik, in: *Acta Paedopsychiatrica*, 1989, 271-278.
- Eagle, M. N. (1984), Neue Entwicklungen in der Psychoanalyse. Eine kritische Würdigung, Verlag Internationale Psychoanalyse, München 1988.
- Handlbauer, B. (1984), Die Entstehungsgeschichte der Individualpsychologie Alfred Adlers, Geyer Edition, Wien, Salzburg 1984.
- Heisterkamp G. (1981), Das Konzept des Widerstandes in der Individualpsychologie, in: Petzold, H. (Hrsg.): Widerstand – ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981, 121-139.
- (1983), Psychotherapie als Beziehungsanalyse, in: *Z. f. Individualpsychologie* 8, 1983, 86-105.

- (1984), „Kriegskosten“ der Finalität, in: *Reinelt, T., Otolara, Z. & Kappus, H.* (Hrsg.): Die Begegnung der Individualpsychologie mit anderen Therapieformen, Reinhardt, München 1984, 142-149.
- (1985), Individualpsychologie als Beziehungsanalyse, in: *Mitteilungen der deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie*, 4. Sonderausgabe, München 1985, 59-90.
- (1985b), Zur Psychodynamik und Psychotherapie der Familie, in: *Z. f. Individualpsychologie* 10, 1985, 154-169.
- *Huttanus, A.* (1987), Zum Konflikt im Allgemeinen und zum Konflikt in der Individualpsychologie um das Konflikt-Konstrukt im Besonderen, in: *Z. f. Individualpsychologie* 12, 1987, 160-173.
- Kausen R.* (1979), Krankheit und Gesundheit – ein ganzheitliches Problem, in: *Brandl, G.* (Hrsg.): Vom Ich – zum Wir. Individualpsychologie konkret, Reinhardt, München 1979, 17-34.
- Kretschmer W.* (1985a), Krankheit, in: *Brunner, R., Kausen, R. & Titze, M.* (Hrsg.), Wörterbuch der Individualpsychologie, Reinhardt, München 1985, 241-243.
- (1985b), Normalität, in: *Brunner, R. & Titze, M.* (Hrsg.), Wörterbuch der Individualpsychologie, Reinhardt, München 1985, 315-317.
- Kruttke-Rüping, M.* (1986), Narzistische Persönlichkeitsentwicklung, in: *Z. f. Individualpsychologie* 11, 1986, 9-24.
- (1986), Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand – Versuch einer Bestandaufnahme, in: *Mohr, F.* (Hrsg.), Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 7: Zur Patienten-Therapeuten-Beziehung, Reinhardt, München 1986, 9-23.
- Lehmkuhl, G. u. U.* (1985), Psychotherapie der Psychosen, in: *Beiträge zur Individualpsychologie*, 6, Reinhardt, München 1985, 47-61.
- Ringel, E.* (1978), Selbstschädigung durch Neurose, Herder, Wien 1978.
- (1983), Die Übertragung in der Individualpsychologie, in: *Kehrer, A. & Scheer, P.* (Hrsg.), Das weite Land der Individualpsychologie, Literas, Wien 1983, 71-79.
- Rogner, O.* (1985), Kompensation, in: *Brunner, R. u. a.* (1985), 230-232.
- Rüedi, J.* (1988a), Seelische Gesundheit aus individualpsychologischer Sicht, Vortrag vor dem Alfred-Adler-Institut in Zürich, 1988.
- (1988b), Die Bedeutung Alfred Adlers für die Pädagogik, Haupt, Bern 1988.
- Sandler, J.* (1960), Sicherheitsgefühl und Wahrnehmungsvorgang, in: *Psyche* 15, 1960, 124-131.
- Schmidt, R.* (1982), Psychosomatische Medizin, in: *Schmidt, R.* (Hrsg.), Die Individualpsychologie Alfred Adlers, Kohlhammer, Stuttgart 1982, 128-150.
- (1984), Befreiung durch rückkehrendes Erinnern, in: *Z. f. Individualpsychologie* 9, 1984, 105-115.
- (1985), Neuere Entwicklungen der Individualpsychologie im deutschsprachigen Raum, in: *Z. f. Individualpsychologie* 10, 1985, 226-236.
- (1989), Aus der Arbeit mit psychosomatisch leidenden Patienten: 14 Thesen zum Problem von Beziehung und Deutung in individualpsycho-

- logischen Einzel- und Gruppenanalysen, in: *Reinelt, T. & Datler, W.* (Hrsg.), *Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen*, Springer, Berlin 1989, 57-72.
- Seidenfuß, J. (1985), Gemeinschaftsgefühl, in: *Brunner, R. u. a.* (1985), 159-165.
- Sonneck, G. (1977), Der Beitrag der Individualpsychologie zur Krisenintervention und Selbstmordverhütung, in: *Ringel, E., Brandl, G.* (Hrsg.), *Ein Österreicher namens Alfred Adler*, Österreichischer Bundesverlag, Wien 1977, 108-133.
- Spiel, O. (1947), *Am Schaltbrett der Erziehung*, Huber, Bern 1979.
- Spiel, W. (1981), Zur Problematik eines Diagnoseschemas psychogener Prozesse, in: *Wiener Klinische Wochenschrift* 93 (16), 1981, 522-526.
- (1984), Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Verhaltenstherapie, in: *Reinelt, F., Otalora, Z. & Kappus, H.* (Hrsg.), *Die Begegnung der Individualpsychologie mit anderen Therapieformen*, Reinhardt, München 1984, 83-91.
- (1986), Die Bedeutung Alfred Adlers für die Gegenwart, Reinhardt, München 1987.
- & Spiel, G. (1987), *Kompodium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie*, Reinhardt, München 1987.
- Stierlin, H. (1981), Der Therapeut schizophrener Dialogpartner und Dialogsermöglcher, in: *Battegay, R.* (Hrsg.) *Herausforderung und Begegnung in der Psychiatrie*, Huber, Bern 1981, 145-154.
- Titscher, E. (1986), Individualpsychologische Interventionen, in: *Z. f. Individualpsychologie* 11, 1986, 61-54.
- (1989), Übertragung – ein altes neues Thema, in: *Z. f. Individualpsychologie* 14, 1989, 103-109.
- Titze, M. (1986), Affektlogische Bezugssysteme, in: *Z. f. Individualpsychologie* 11, 1986, 103-110.
- (1989), Beziehung und Deutung im psychotherapeutischen Prozeß aus der Sicht der Individualpsychologie. Oder: Reziprokes Verstehen und dialogischer Perspektivenwandel, in: *Reinelt, T. & Datler, W.* (Hrsg.): *Beziehung und Deutung aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen*, Springer, Berlin 1989, 39-56.
- Tymister, H.-J. (1989), Gefährdungen individualpsychologisch-pädagogischer Beratung durch Psychotherapie? – Gedanken und Erfahrungen zur Abgrenzung der Beratung von der Therapie, in: *Mohr, F.* (Hrsg.): *Zur Patienten-Therapeuten-Beziehung* (Beiträge zur Individualpsychologie 7), Reinhardt, München 1986, 84-96.
- Wiegand, R. (1986), Evolution, Gemeinschaftsgefühl und psychische Gesundheit, in: *Wiegand, R.*, *Gemeinschaft gegen Gesellschaft*, Fischer, Frankfurt 1986, 105-121.
- Witte, K. H. (1988), Das schielende Adlerauge – oder wie Alfred Adler die Schätze seiner ursprünglichen Theorie übersah, in: *Z. f. Individualpsychologie* 13, 1988, 16-25.