
Blickpunkte

Wo steht die Intensivberatung?

Ein- und Anwendungen zu G. Rascher: „Einschätzungskriterien in der Intensivberatung“¹

Wenn ein Kind geboren wird und sich im Laufe der Jahre entwickelt, sind damit immer auch Klärungen und Differenzierungen der Vorstellungen und Erwartungen verbunden. Die Intensivberatung ist jetzt so alt, daß nach ihrer Entwicklung gefragt werden kann. Die Anfänge ihre Erprobung durch W. SALBER liegen bereits über 15 Jahre zurück. 1977 begann der erste Ausbildungskurs. Seit mindestens 10 Jahren wird Intensivberatung auch in der psychotherapeutischen Praxis zur Anwendung gebracht. 1984 wurde sie im Rahmen eines Kongresses zum Thema „Theorie und Praxis psychologischer Intensivberatung“ der Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Der Kongreßbericht² ist bisher die umfassendste Darlegung der Intensivberatung und ihrer Anwendungsmöglichkeiten. Einzelne Veröffentlichungen folgten: Falldarstellungen von G. RASCHER, ein Vergleich der Behandlungskonzepte der Intensivberatung und von langen Analysen von D. BLOTHNER³, sowie eine empirische Untersuchung von G. RASCHER und W. SALBER zum Stellenwert von Märchen in der Intensivberatung.⁴ 1982 wurde die „Wissenschaftliche Gesellschaft für Analytische Intensivberatung e.V.“ (WGI) gegründet. Von ihr wurden 1988 und 1989 zwei weitere Fachtagungen durchgeführt.

Vordiesem Hintergrund bekommen G. RASCHERS Ausführungen zum Thema „Einschätzungskriterien in der Intensivberatung“ eine besondere Bedeutung. RASCHER konkretisiert den Einschätzungsprozeß der analytischen Intensivberatung,

indem sie die vier Einschätzungskriterien *Gestaltbildung, Formenbildung, Leidensdruck* und *Krisenerfahrung* in einen Austausch mit den vier Intensivierungsmerkmalen – *Typisierung, Entwicklung in Versionen, kunstanaloge Steigerung, Herausrücken* – der Intensivberatung setzt. Damit ist ein weiterer wichtiger Schritt vollzogen, die Intensivberatung und ihre Anwendung transparenter zu machen. Denn in der Vergangenheit waren die Einschätzungskriterien noch nicht so ausformuliert, daß sie sich als praktisch erwiesen hätten. Immer wieder tauchte das Problem der Einschätzung in den fachlichen Diskussionen der Tagungen auf. Jetzt kann von einer entscheidenden Klärung des Einschätzungsprozesses bei der Anwendung von Intensivberatung ausgegangen werden, auch in bezug auf den Verheißungscharakter, der die Intensivberatung, ähnlich wie andere neue Therapieformen auch, in den Anfangsjahren umgeben hat.

Dem Beitrag von RASCHER kommt aber auch in anderer Hinsicht Bedeutung zu: Er stellt eine Chance dar, die Intensivberatung wieder in den Blick der Fachöffentlichkeit zu rücken und den Anschluß an frühere Diskussionen wieder herzustellen, die insbesondere beim ersten Kongreß 1984 aufgekommen, aber nie ernsthaft aufgegriffen wurden. Der Beitrag knüpft an allgemeine Fragen der Anwendung von Psychotherapie an und konkretisiert damit auch – ob gewollt oder nicht – eine Einschätzung der Intensivberatung in ihren Behandlungsmöglichkeiten und eine Einordnung der Intensivberatung in das therapeutische Umfeld. Es kann nun die Frage gestellt werden: Wie sieht der Einschätzungsprozeß für

die Intensivberatung aus, wenn sie selbst nach ihren eigenen Kriterien unter die Lupe genommen wird? Welchen Platz findet sie in der Palette der verschiedenen Behandlungskonzepte, die in der Praxis zur Anwendung kommen?

Die Intensivberatung wird damit selbst zum Fall. Sie muß offenlegen, welche Fälle sie behandeln kann, und wo ihre Grenzen liegen. Der Fall wird nicht mehr darauf hin betrachtet, ob er dem Behandlungskonzept der Intensivberatung genügt, sondern bei dieser Umkehrung der Blickrichtung wird er zum Anhaltspunkt für die Überprüfbarkeit der Intensivberatung auf ihren Nutzen für die Praxis. Zugleich kann die Intensivberatung eingeschätzt werden: Wie geht sie mit dem Fall um? Was hat sie für ein Bild von sich selbst? Wie sieht sie die psychotherapeutische Wirklichkeit, und wie behandelt sie diese? Wo hat sie ihren Platz in dieser Wirklichkeit?

Als eine erste Klärung ist festzustellen, daß die Intensivberatung Grenzen hat, die sie selbst über den Einschätzungsprozeß zu markieren sucht. Um es noch deutlicher zu machen: Sie sucht die Grenzen ihres Anwendungsbereiches zu bestimmen, um innerhalb dieser Grenzen sich voll entfalten zu können. Diese Festlegung hat für die Praxis der Intensivberatung und für ihre weitere Entwicklung prägende Wirkung. Denn das Interesse der Weiterentwicklung ist damit weitgehend auf die Sicherung und die Verfeinerung der intensivierenden Wirkungen ausgerichtet, weniger auf die allmähliche Umsetzung des Konzepts in andere Anwendungsbereiche. Die Wirklichkeit der psychotherapeutischen Praxis, deren eigene Notwendigkeiten und Gesetze, als auch deren Entwicklungen geraten dabei aus dem Blickfeld.

Dennoch kann auch die Intensivberatung sich nicht von dieser Wirklichkeit lösen. Je mehr sie ihr eigenes Konzept vervollständigt und präzisiert, um so deutlicher wird sie genötigt, aus dieser Perspektive heraus auch ihre Vorstellung

der psychotherapeutischen Wirklichkeit darzulegen. Dieser Zusammenhang ist auch für RASCHER bindend. Ihre Darlegungen geben einen Einblick in die Gesamtkonstruktion der Intensivberatung, in ihre Wirklichkeit und ihre Behandlungsformen dieser Wirklichkeit auch außerhalb der Therapiestunde. Der Artikel von RASCHER kann zum Anlaß genommen werden, diese Gesamtkonstruktion der Wirklichkeitsbehandlung der Intensivberatung in einem Einschätzungsprozeß zu entwickeln.

*

Aus Sicht des Praktikers sticht dabei folgendes direkt ins Auge: So sehr auf der einen Seite die Konkretisierung der Einschätzungskriterien dankenswert klar ist und zu einem praktischen Nutzen führt, um so unklarer ist auf der anderen Seite das Bild, das von der Wirklichkeit der psychotherapeutischen Praxis und der Klinischen Psychologie gezeichnet wird. Die Wirklichkeit der Anwendung von Psychologie wird in einer Weise direkt mitbehandelt, so daß sie in großen Zügen entstellt und verfremdet wiedergegeben ist. Aus diesem verkehrten Bild der Entwicklungen der Psychotherapie, ausschließlich der Intensivberatung, ergeben sich spekulative Interpretationen, Fehleinschätzungen und unsachliche Folgerungen, die weitgehend irreführend sind. Sie können sich auch schädlich für die Intensivberatung selbst auswirken, weil sie den Einschätzungsprozeß als ganzes in Frage stellen und auch ein verkehrtes Bild von der Praxis der Intensivberatung vermitteln können.

Einige Auffälligkeiten machen sich an handfesten Realitäten und deren Fehleinschätzung fest: Der Einschätzungsgedanke wird als „nicht selbstverständlich“ (37) für die Klinische Psychologie charakterisiert. In einer Art 'Überfliegersyndrom' wird 99 Prozent der Klinischen Psychologie abgesprochen, daß sie sich differenzierte Gedanken zur Indikation eines Behandlungskonzeptes macht. Dies entspricht nicht der Realität, denn

das Gegenteil trifft zu. Weil es in der Praxis in der Regel nicht ausreicht, nur mit einem Behandlungskonzept zu arbeiten, wird allein schon wegen dieser Variationsbreite die Einschätzungsfrage gestellt. Der tatsächliche Unterschied zwischen dem Einschätzungsprozeß der Intensivberatung und dem der psychotherapeutischen Praxis liegt woanders. Während die Intensivberatung ihren Anwendungsraum eingrenzen muß, werden in der psychotherapeutischen Praxis die verschiedenen Behandlungskonzepte auch auf die Besonderheiten des Falles abgestimmt und sortiert.

Eine weitere Auffälligkeit ist, daß pauschal behauptet wird, Intensivberatung sei nichts für die Krankenkasse (42). Auch dies entspricht nicht der Realität. Seit Jahren werden auch Intensivberatungen mit Krankenkassen abgerechnet. Da die Intensivberatung auch im stationären Bereich zur Anwendung kommt, wird sie zwangsläufig zur Kassenleistung. Tatsächlich ist die Intensivberatung damit plötzlich Bestandteil des Sozialleistungssystems nach dem Sozialgesetzbuch V geworden. Viele Patienten haben erst einen Zugang zur Intensivberatung gefunden und sie kennengelernt, weil eine Kassenabrechnung möglich war.

Warum soll die Intensivberatung nicht Kassenleistung sein, wenn sie nach geltendem Recht im Rahmen einer Heilmaßnahme erbracht wird und Krankheitssymptome behandelt werden? Zwar gibt es einzelne Erfahrungen, daß eine finanzielle Eigenbeteiligung des Patienten für den Behandlungsprozeß förderlich ist. Dies kann meines Erachtens aber nicht verallgemeinert werden und auch nicht psychologisch mit dem 'letzten Einsatz' (44) begründet werden. Auch darf nicht vergessen werden, daß bei Krankenbehandlungen der Eigenanteil bereits durch den Krankenkassenbeitrag geleistet wird. Wenn die Intensivberatung sich das Ziel setzt, 'Entwicklungsperversionen' aufzudecken, dann sollte sie nicht neue Perversionen fördern.

Das rechtlich verbindliche Unterscheidungsmerkmal zur Frage der Kassenleistung in der Praxis lautet: Solange eine Behandlung auf die Behebung einer Störung von Krankheitswert abzielt, kann sie als Kassenleistung abgerechnet werden. Wird sie hingegen im Sinne einer Lebensberatung, für Ausbildungszwecke usw. erbracht, dann ist sie keine Kassenleistung.

Man könnte denken, daß diese Frage zur Einschätzung der Intensivberatung und ihrer Entwicklung nicht von besonderer Bedeutung sei. Ich möchte jedoch daran erinnern, daß dem ersten Ausbildungsgang 1977 noch mitgeteilt wurde, man strebe die Kassenanerkennung an. Insofern kann gefragt werden, mit welchen Ansprüchen die Intensivberatung angetreten ist, und welche Entwicklung sie genommen hat, daß sie zu diesen neuen Positionen gefunden hat. Ich habe den Eindruck, daß die Intensivberatung zu viele Berührungspunkte zu ihren Nachbarn hat, und sie sich in ein Reservat zurückgezogen hat. Eine Rolle mag dabei gespielt haben, daß sie sich auf ihre Psychologie konzentriert und sich nur von dieser Psychologie bei der Behandlung der Realität hat leiten lassen. Diese Entfernung von der Realität kann sich nicht jeder Psychologe leisten, weil er ja auch existieren muß. Je mehr die Intensivberatung konkludent ihre Sicht der Wirklichkeit entwickelt und sie psychologisch begründet, desto mehr steht sie aber auch vor der Aufgabe, auf die damit gegebenen Brechungen der tatsächlichen Lebensrealität hinzuweisen. RASCHERS Darlegungen der Fakten sind hingegen dann pauschal, wenn ihr hypothetischer Charakter ausgewiesen werden müßte. Es fehlt der Hinweis, daß es sich um eine zugespitzte Sicht der psychotherapeutischen Wirklichkeit handelt, die sich von der tatsächlichen Wirklichkeit abheben will.

Dies zeigt sich auch in einer weiteren Fehleinschätzung der allgemeinen therapeutischen Praxis. So wird die 'Kassenkiste' als Verwahrlosung charakterisiert (46). Gemeint ist wohl das übliche Begutachtungsverfahren zur Beantragung einer Psychotherapie als Kassenleistung. Auch diese Einschätzung geht an den tatsächlichen Gegebenheiten der Praxis vorbei. Kollegen, die öfters mit dieser Art der Begutachtung zu tun haben, kennzeichnen diese vielmehr als eine Art

Zwangsjacke, weil jeder einzelne Schritt bereits vorstrukturiert ist. Im Rahmen dieser Zwangsstruktur werden allerdings differenzierte Aussagen zur Einschätzung eines Falles verlangt. Dies fällt vielen Kollegen schwer, weil hier viel Psychologie verlangt wird. Ärzte geben diese Aufgabe gern an Psychologen weiter. In den letzten Jahren haben sich dabei psychologische Denkonstruktionen durchgesetzt, die mittlerweile allgemein verbindliche Standards darstellen. So wird eine „differentialpsychologische Neurosendiagnose“ verlangt, Anträge mit platten Diagnosen ohne Strukturinhalte werden abgelehnt.

Außerdem müssen die verschiedenen psychologischen Befunde in einen methodischen Austausch gebracht werden, der zu einem umfassenden Konstruktionsbild als Verständnisbild des Krankheitsgeschehens führen muß (!). Hat sich die Intensivberatung bereits so weit von ihrer Umgebung entfremdet, daß sie gar nicht mehr erkennt, wie weit sich ihre Sicht von Psychologie durchgesetzt und zu handfesten Organisationsformen gefunden hat?

Dies würde die Gefahr in sich bergen, daß die Intensivberatung sich über die etablierte Praxis der Anwendung von Psychologie hinwegsetzen würde – gerade dann, wenn sie ihre eigenen psychologischen Prinzipien erfüllt sähe. Es wäre bedauerlich, wenn ein so gelungenes Konzept wie die Intensivberatung, sich selbst ins Abseits setzen würde. Der Rückzug auf eine Behandlung der reinen psychologischen Prinzipien in einer Nische der Intensivierung, die gegenüber dem Umfeld abgeschottet ist, koppelt die Intensivberatung von der allgemeinen Entwicklung der Klinischen Psychologie ab. Die einseitige Förderung der Besonderheiten und Stärken der Intensivberatung bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Notwendigkeiten zum Austausch und zur Vermittlung mit dem Umfeld bringt ein Gefälle mit sich, das für alle Beteiligten zum Hindernis werden kann. Dies fördert nur die Isolierung und die Selbstbehinderung der Intensivbe-

ratung in ihrem Verhältnis zur Öffentlichkeit und zur Praxis. Wenn die Intensivberatung den eigenen Ansatz zur überwertigen Idee systematisiert und den Rest der Psychologie ausgrenzt, dann ist nach psychologischen Gesetzmäßigkeiten der Fall gegeben, daß sie die Realität in eigenem Sinn konstruktiv uminterpretieren muß und viel Aufwand braucht, diesen Abwehrvorgang aufrechtzuerhalten. Ansätze sind dazu leider dann gegeben, wenn die Realität der Klinischen Psychologie programmatisch geleugnet und die Fiktion von einer anderen Realität in Theorie und Praxis genährt wird.

*

Das Anliegen der Intensivberatung ist es, seelische Strukturbildung in Behandlungen methodisch zu intensivieren. Wie bei allen seelischen Behandlungsanliegen ergeben sich auch hier Probleme: „Die Strukturbildung des Seelischen gerät notwendig in Klemmen; sie gerät auch in Situationen, von denen aus sie versucht, Entwicklungen zu stoppen. Weil jede Entwicklung auf weiteres drängt und dabei verkehrt werden kann, verkrampft sich die Selbstbehandlung unter bestimmten Anforderungen. Sie baut einen Halt aus, der der Verkehrung standzuhalten verspricht. Im Bestreben, das Verkehrte zu bannen, wird das Ganze von Entwicklungsmöglichkeiten ausgeblendet.“⁵

Ich möchte die Frage stellen, in welche Klemmen die Intensivberatung notwendigerweise geraten muß, und welche Entwicklungsmöglichkeiten ausgeblendet werden, wenn sie nur bemüht ist, die seelische Strukturbildung methodisch zu intensivieren und dabei die gegebenen Bedingungen der Anwendung von Klinischer Psychologie vernachlässigt. Konkret heißt dies: Gibt es anhand der Darlegungen von RASCHER einen Zusammenhang zwischen der Spezifizierung der Einschätzungskriterien für die Praxis einerseits, und dem eingeschätzten Bild der Wirklichkeit der psychotherapeutischen Praxis andererseits?

Gibt es in diesem Zusammenhang Anhaltspunkte für Verkehren in der Entwicklung der Intensivberatung selbst? Über die Beantwortung dieser Fragen könnten auch die Intensivberatung und ihre Entwicklungsmöglichkeiten eingeschätzt werden. Hierzu werden sowohl die vier Einschätzungskriterien als auch die vier Kennzeichen der Intensivierung herangezogen.

*

Mit Freude kann darauf hingewiesen werden, was Intensivberatung leistet: Sie hat sich als Behandlungsmaßnahme in der Klinischen Psychologie bewährt. Dies ist das Resultat, das aus den bisherigen Behandlungsmaßnahmen zu ziehen ist. Intensivberatung füllt auch im Spektrum der psychotherapeutischen Maßnahmen eine Lücke aus. In dem von ihr selbst zugewiesenen Raum ist sie zweckmäßig und ausgesprochen wirtschaftlich. Wenn man sie mit Bedacht einsetzt, d.h. um die Grenzen ihrer Anwendung weiß, bringt sie hervorragende therapeutische Ergebnisse hervor. Der Ansatz einer Intensivierung seelischer Strukturbildung hat als Behandlungskonzept in der Praxis eine Berechtigung gefunden.

Versucht man, die Intensivberatung in ihrer praktischen Erscheinungsform nach dem Kriterium der *Gestaltbildung* einzuschätzen, dann muß herausgestellt werden, daß die Intensivierung 'ein und alles' ist. Die Intensivierung ist das Motiv für die Existenz und die Entwicklung der Intensivberatung; sie ist auch der Motor für die freigesetzten Wirkungen. Darüber hinaus ist die Intensivierung auch das Produkt des Behandlungsprozesses: Alles, was Intensivberatung als Behandlung hervorbringt, wird zu ihrer Weiterentwicklung wieder auf sie zurückbezogen. Man kann sagen, daß es sich bei der Intensivberatung um ein hochgezüchtetes Behandlungskonzept handelt. Ähnlich wie bei einem frisierten Motor ergeben sich strenge Bestimmungen für die Anwendung.

Indem in einem gesicherten methodischen Raum alles auf das Konzept der Intensivberatung bezogen wird, wird die Erforschung der Intensivierungsmöglichkeiten des Seelischen vorangetrieben. Diesem Ziel sind andere Ziele untergeordnet. Die methodische Intensivierung wird wie ein eigenes Spiel betrieben, das nicht unterbrochen oder von einem anderen Spiel abgelöst werden darf. Daraus ergeben sich u.a. auch ideale Ansprüche an die Komplettheit der Intensivierung, z.B. mit der Frage, ob und wie alle vier Intensivierungsmerkmale vertreten sind. Indem dieses Spiel ständig neu aktiviert und auf die Spitze getrieben wird, bekommt auch die Handhabung der Intensivbehandlung intensive Züge.

Eine Folge dieses Intensivierungsspiels ist, daß nicht jeder folgen kann, und die Intensivberatung für viele gar nicht zu erreichen ist. Sie ist nicht im Vorübergehen zu fassen, auch nicht nur in Teilen. Sie will im Total verstanden werden, und sie gibt sich ein Bild von einem Absolutheitsanspruch, der nur verdeckt, daß das Spiel nach folgender Regel abläuft: Zunächst wird die methodische Intensivierung des Fallmaterials als Spiel getrieben. Daraus erwächst eine eigene Dynamik, die dazu verleitet, nur noch darauf zu achten, wer am längsten die Intensivierung aushalten kann. Es wird dann nur noch geguckt, ob alle das gleiche Spiel mitspielen und wer noch übrig geblieben ist. Das Spiel endet in der Frage, wer überhaupt in der Lage ist, mitzuspielen und auf Dauer sich geeignet zeigt, das Spiel selber zu betreiben. Die Frage „Ist das überhaupt noch Intensivberatung?“ bedeutet eigentlich: „Wird hier nach gleichen Regeln mitgespielt – oder bereits nach anderen Regeln?“.

Mit dieser Typisierung suche ich zu greifen, worin das Wirken der bisherigen Entwicklung der Intensivberatung besteht. Sie ist weitgehendst unter dem Ausschluß der Öffentlichkeit vorangetrieben worden. Die Gesetzmäßigkeiten ihrer Entwicklung waren daher nur schwer zu erfassen. Sie ist auch unter dem Blickwinkel der Anwendung der Morphologischen

Psychologie und dem Ausbau der theoretischen und methodischen Grundlagen der Morphologie, und weniger unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung weitergeführt wurde. Das bisher dokumentierte Interesse an der Intensivberatung ist fast ausschließlich auf die wissenschaftliche Erforschung der Intensivierungsmöglichkeiten seelischer Strukturen ausgerichtet. Übergänge zu anderen Fragen und Bereichen sind dagegen wenig dokumentiert, obwohl es sie in vielfältiger Weise gibt. Es ist daher davon auszugehen, daß die Erprobung der Intensivberatung methodisch gesichert ist, während die Erfahrungen der Anwendung und Bewährung der Intensivberatung in der Praxis nicht mit gleichem Interesse verfolgt worden sind. Als Beispiele wären hier die Fragen einer Dokumentation von fehlgeschlagenen Behandlungen oder die Entwicklung eines Maßstabs für Intensivierung, der auch begrenzte Intensivierungen von Fall zu Fall möglich macht, zu nennen.

*

Zur Einschätzung der Intensivberatung nach dem Kriterium der *Formenbildung* gehört der Hinweis, daß eine zugespitzte Behandlung wie die Intensivberatung eine so verdichtete Form hat, daß man sie als psychologisch 'radikal' charakterisieren muß – und daß sie zugleich 'normal' ist, weil sie sich an die Gesetze der seelischen Selbstbehandlung hält. Die Anwendung von seelischen Gesetzen wirkt radikal, und die Verknennung ihrer 'Entwicklungspotenz' ist so normal, daß die Erläuterung der Intensivberatung unter Kollegen mit anderem therapeutischen Zuhause kurzfristiges Erstaunen mit anschließender Abwendung und bei Nicht-Psychologen gar nichts hervorruft.

Die Intensivberatung ist ein geheimer Schatz, mit dem man sich zunächst nichts kaufen kann, und von dem man zunächst auch nicht satt wird. Unter den gegenwärtigen Bedingungen der Anwendung von Psychologie in unserer Gesellschaft ist sie aber auch eine Hypothek, denn sie stellt zusätzliche Anforderungen an denjenigen, der sie einsetzt. Mit der Ausbildung in Intensivberatung fällt kein Psychologe in ein gemachtes

Bett. Im Gegensatz zu anderen Therapieausbildungen steht der Intensivberater vor der Aufgabe, die Umsetzung der Intensivberatung in der Praxis selbst zu leisten. Das Ausbildungszertifikat ist keine Gewähr für ein sicheres Einkommen. Daher der Hinweis, daß hier die Selbsteinschätzung des Psychologen gefragt ist, ob er sich die leiten kann, und der Ratschlag, diese Frage rechtzeitig zu prüfen. Einige Kollegen haben noch andere Ausbildungen abgeschlossen oder sich in einem anderen Zweig der Angewandten Psychologie ein zweites Standbein geschaffen, um Intensivberatung betreiben zu können. Wenn jedoch der Umsatz gelingt, dann hat der Intensivberater den Schlüssel in der Hand, der ihm viele Anwendungsbereiche eröffnet. Er muß nur wissen, daß ihm keiner dabei hilft und er vor der Aufgabe steht, die Radikalität seines psychologischen Ansatzes mit der Normalität der Abwehr von Psychologie ständig zu vermitteln. Er muß dabei auffassen, daß er weder als gebeugter Psychologe durch die Welt läuft, noch vom Rest der Welt sich ständig abhebt.

Ein Gesetz hat seine Gültigkeit erwiesen: Je weiter der Intensivberater von Köln entfernt sich niederläßt, um so größer ist die Notwendigkeit an Vermittlungsarbeit. Dies kann so weit gehen, daß er ganz darauf verzichten muß, die Intensivberatung beim Namen zu nennen. Er kann ganz im Stillen wirken, indem er die psychologischen Grundlagen zur Anwendung bringt. Er kann darauf bauen, daß die Berührungspunkte zu anderen psychologischen Konzepten und zu allgemeinen psychologischen Fragestellungen mannigfaltiger sind, als dies die Intensivberatung selbst zu erkennen gibt. Die Intensivberatung baut auf anderen Konzepten auf, und ihr Herkommen aus allgemeinen psychologischen Grundlagen ist nicht zu leugnen. Dies ist für den Praktiker von Vorteil und birgt die bereits aufgeführte Entwicklungspotenz in sich. Als ein Beispiel sei hier die Entwicklung einer morphologischen Musiktherapie genannt. Die Intensivberatung hält wegen ihrer Grundlagen also viele Übergänge zu anderen Entwicklungen offen. Sie ist in ihrem Wesenskern nicht so dogmatisch wie sie sich manchmal gibt.

So zeigt sie sich sehr flexibel gegenüber äußeren Entwicklungen. Die Mitteilung der WGI an die Mitglieder, die Intensivberatung sei im Hinblick auf ein zu erwartendes Psychotherapeutengesetz als 'tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie' einzuordnen, erfolgte eher am Rande. Dies ist wiederum ein Zeichen, daß an dieser Stelle nicht die Gefahr einer Entwicklung von verkrusteten Strukturen zu erwarten ist.

Gerade wegen des großen Entwicklungsraumes der Intensivberatung stellt sich hier die Frage nach den Umkehrungsmöglichkeiten der Entwicklung von Intensivberatung. Auf der einen Seite gibt es den Bereich der methodisch und wissenschaftlich betreuten Intensivberatung, auf der anderen Seite den Bereich, der sich völlig frei in psychotherapeutische Praxis verwandeln konnte, und dessen innere Bindungsstruktur nicht bekannt ist. Macht sich hier für die Entwicklung der Intensivberatung als Ganzes bemerkbar, daß mit der Behandlungsrichtung der Intensivierung zu viel Drehbarkeit gefördert wurde, und die Ordnung damit zu kurz gekommen ist?

Wenn das so wäre, dann wäre die Feststellung von RASCHER von einer Verwahrlosung der kasernenrechtlichen Regelungen eine reine Projektion und Anlaß, auf die verkehrte Seite der Entwicklung von Intensivberatung hinzuweisen: Daß sie die Folgen ihres eigenen Ansatzes in der Praxis nicht verfolgt und nicht erfahrbar macht, daß sie sich von einem Teil ihres eigenen Wirkens distanzieren, und daß sie die Konsequenzen und Ergebnisse der Erprobung von intensiven Behandlungen nicht mit der bestehenden klinischen Psychologie und deren Praxis insgesamt in Beziehung bringt. Dies kommt einer Verwahrlosungsstruktur sehr nahe.

*

Damit ist die Richtung vorgegeben, in der sich auch der *Leidensdruck* als drittes Kriterium der Einschätzung für die Entwicklung von Intensiv-

beratung heranziehen läßt: Das Vorbild von Kunst kann bei einer weiteren Zuspitzung der Intensivierung bei der Entwicklung der Intensivberatung als Beispiel dafür dienen, daß die Intensivberatung zu einem Prototyp eines Behandlungsmodells wird. Zunächst sei daran erinnert, daß das Konzept der Intensivberatung nicht zwangsläufig das einzig mögliche Behandlungskonzept ist, das aus den von SALBER dargelegten Grundlagen und Kennzeichen der psychologischen Behandlung abgeleitet werden kann. Es ist ausdrücklich als ein Entwicklungswerk von SALBER festgelegt worden. Wenn die Entwicklungsabteilung eines Werks freie Hand bei ihrer Arbeit hat, dann entwickelt sie einen Prototyp, der im werkseigenen Museum von vielen Menschen bestaunt werden kann. Das schließt nicht aus, daß die bei der Entwicklung anfallenden Detailerfahrungen unmittelbar für die Serienproduktion und den Einsatz in der Praxis Verwendung finden und sich dort auch bewähren. Allein wegen diesen anfallenden Erfahrungen kann ein Prototyp einen Nutzen haben und sich bezahlt machen. Der Prototyp selbst hingegen ist ein künstlich so zugespitztes Gebilde, daß er für die rauhe Wirklichkeit völlig ungeeignet ist. Für seinen Einsatz müßte die Wirklichkeit geändert werden, worauf man in der Regel verzichtet. Allenfalls sind Exkursionen auf der Hausstrecke oder auf ausgewählten Versuchsbahnen möglich.

Hier entzweien sich zwei verschiedene Belastungs- bzw. Überlastungsmöglichkeiten. Die eine besteht in einer Intensivierung der Behandlung durch kunstanaloge Steigerung in Richtung auf eine Überschreitung der bisherigen Wirklichkeitserfahrung und dem Erfahrbarmachen von verdeckten Wirklichkeiten, die andere zielt auf Ergebnisse der Brauchbarkeit eines Behandlungsmodells durch Prüfung der Belastbarkeit und der Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis. Einmal wird die Wirklichkeit mit einem Entwicklungswerk ausgetestet, das andere Mal das Behandlungsmodell an den Knackpunkten der Wirklichkeit. Die Kunst ist nicht jedermanns Sache; bereits im Alltag haben viele Menschen ihre Schwierigkeiten damit, weil sie keinen Zugang zur Kunst finden. Dies deckt sich mit

den Erfahrungen der Menschen mit dem Seelenleben: Für manche Menschen ist das Seelenleben gar nicht existent, auch finden sie nie einen Zugang zu ihm, weil sie in den überlieferten Abweisungen der seelischen Gestaltungskraft leben. Damit die Intensivberatung nicht zu einem Behandlungskonzept für psychologisch vorgebildete Menschen wird, braucht sie die ständige Überprüfung ihrer Praktikabilität an den realen Bedingungen, d.h. sie muß sich nicht nur quer zum Fall und dessen Wirklichkeit stellen, sondern auch quer zu den Richtungen ihrer eigenen Selbstbehandlung. Fallberichte, die gleichzeitig das Wirken der Intensivberatung und die phantastische Welt des Seelenlebens in allen Verästelungen zu verfolgen suchen, verdrängen sehr leicht die in der Praxis relevanten Fragen: Was kann die Behandlung leisten, wofür ist sie geeignet, und was kommt in der Regel heraus?

So gesehen steht der Prototyp 'Intensivbehandlung' der künstlichen Behandlungssituation 'Ausbildung' näher als den unnachgiebigen Forderungen an Einsatzmöglichkeiten und Bewährung in den wechselnden Situationen der Praxis.

Die seelische Wirklichkeit, wie sie uns in den Behandlungsstunden entgegentritt, ist immer auch Anhaltspunkt für eine psychologische Organisation der Praxis. Aber nicht jeder Psychologe kann es sich leisten, seine Lebenswelt ganz nach psychologischen Kriterien zu organisieren und die Bedingungen der etablierten Anwendung von Psychologie außer acht zu lassen. Je mehr die Rahmenbedingungen selbst neurotische Entwicklungen bei der Anwendung von Psychologie stützen, desto mehr rückt der Psychologe als Person in den Schnittpunkt, in dem die verschiedenen Wirklichkeiten zusammenstoßen. Dieser Platz birgt Chancen für eine zurechtgerückte Anwendung von Psychologie, aber ebenso muß festgehalten werden, daß es sich um eine kippelige Position handelt, die mehrere Verschiebungsmöglichkeiten ständig anbietet.

Die Psychologen haben bisher noch nicht die Macht, um die Wirklichkeit erfolgreich einzufordern, die zu ihnen paßt. Es ist auch nicht

endgültig geklärt, ob sie dies wollen, und ob dies für die weitere Entwicklung der Psychologie und der Gesellschaft günstig ist. Denn egal in welchem Werk sich die Anwendung von Psychologie organisiert, wir wissen, daß es immer auch Verkehrungszüge beinhaltet. Die passende Wirklichkeit zu fordern, oder sie passend zu machen, kann von der Absicht geleitet sein, Krisenerfahrungen zu meiden, und sie in letzter Konsequenz auch zu beherrschen. Welche Krisen deuten sich in der bisherigen Entwicklung von Intensivberatung an, und welchen 'Ruck' verpaßt sie?

*

Für die Einschätzung nach dem Kriterium *Krisenerfahrung* sehe ich die Entwicklung, daß die Intensivberatung die Auseinandersetzung mit anderen therapeutischen Konzepten und mit der psychotherapeutischen Realität meidet. Gleichzeitig zieht sie sich in eine Symbiose mit dem Seelischen zurück. Das Seelische wird ständig gesucht, gefordert, benutzt und strapaziert. Weil es sich so gut intensivieren läßt, hat dies zu einer Haltung geführt, es dauerhaft zu überschätzen und zu überfordern. Natürlich kommt das Seelische uns in den Behandlungen entgegen, insbesondere, wenn es bereits so weit durchgliedert ist, daß die verkehrte Seite die bereitgestellten Übergänge gar nicht mehr verpassen kann. Aber dennoch ist auch darauf hinzuweisen, daß das Seelische uns oft trotz aller Bemühungen und guter Absichten nicht den Gefallen tut, den passenden 'Zufall' einzuführen. Trotz aller Kreativität und Produktivität des Seelischen schafft es die psychologische Behandlung nicht immer, Fakten der Realität aufzuheben, an die der Fall und der Behandler gebunden sind.

Der freigesetzte Ruck einer gelungenen Behandlung hat enorme Wirkung. Er verleitet den Behandler dazu, aus der Stundenwelt der Behandlung weitreichende Schlüsse auf die Behandelbarkeit der Realität zu ziehen, so als wenn die Welt und das Leben direkt mitbehandelt werden

könnten. Der Fall gerät jedoch schon mal an den falschen Freund, die Zufälle spielen ab und zu auch mal nicht richtig mit, der Tod und das Erbe entfalten gegenteilige Wirkungen als geplant. Die ganze Wirklichkeit ist eine behandelte Wirklichkeit, aber die Wirklichkeit läßt sich nicht im Total behandeln. Sowohl gibt es andere Behandlungsrichtungen der Wirklichkeit als auch zudeckende Behandlungselemente bei jeder klinischen Behandlung, an denen selbst die intensivste Behandlungsform nicht vorbeikommt. Sie sind sogar als Partner einer Intensivierung anzusehen, weil sie während einer Umbruchzeit Halt garantieren. Für den Prozeß einer Intensivierung ist es förderlich, wenn diese Elemente in ihrer Unverrückbarkeit akzeptiert und in ihrer Verlässlichkeit richtig eingeschätzt werden. Wenn therapeutische Behandlung absolut mit Lebensbehandlung gleichgesetzt wird, mündet die Einschätzung des Falles in eine Fehleinschätzung der Behandlungsgrundlage der Wirklichkeit des Lebens und des 'Rests der Welt'. Hier ist dann weiter die Gefahr gegeben, daß die Wirklichkeit in eigenem Sinne uminterpretiert wird, was noch mit psychologischer Behandlung kaschiert werden kann – obwohl eine Art Weltfremdheit nicht mehr zu verbergen ist. Es folgt der Rückzug auf die eigenen verabsolutierten Ideen, die ständig neu beglaubigt werden. Die ständige Kontrolle dieser hypothetischen Wirklichkeit ist unvermeidlich, damit sie keine Seiten entwickelt, die zu Relativierungen des eigenen Standpunktes Anlaß gäben.

*

Es ist ein Grundübel der Anwendung von Klinischer Psychologie, daß jedes Behandlungskonzept für sich einen Alleinvertretungsanspruch reklamiert und sich auf Kosten anderer Konzepte zu profilieren sucht. Ebenso ist es für die Psychologie schädlich, wenn sie nicht zur Kenntnis nimmt, daß andere Berufe auch Wirklichkeiten behandeln und mit ihrer Behandlung längst fertig sind, wenn Psychologen sich dieser Wirklichkeit

zuwenden. Psychologen zeichnen sich dadurch aus, daß sie am besten die seelischen Gesetze kennen und seelische Entwicklungen rekonstruieren können. Darauf aufbauend können sie auch behandeln. Dabei handelt es sich immer um einen kleinen Ausschnitt der vielfältigen Anwendungen von seelischer Behandlung. Auch wenn die Psychologen noch so viele Behandlungskonzepte entwickeln oder die bereits vorhandenen noch so sehr intensivieren und vervollkommen, sie werden nie aus diesem Dilemma herauskommen. Es kann sogar ein Zeichen von 'Sucht' sein, sich an der psychologischen Sicht von Wirklichkeit zu berauschen, um andere Sichtweisen nicht sehen zu müssen. Eine gemeinsame Grundlage der Anwendung von Psychologie muß diese Grenzen kennen, um endlich auch einmal ihr Ordnungssystem in einem einheitlichen Praxiskonzept vorlegen zu können.

Die Intensivberatung spiegelt dieses gemeinsame Problem der Praxis von Klinischer Psychologie wider, allerdings in einer spezifischen Ausprägung des Gefälles von Theorie und Praxis. Im Vergleich zu anderen Konzepten ist sie meines Erachtens allerdings besonders geeignet, gemeinsame Bezüge herzustellen und für ein Praxiskonzept Grundlagen zu entwickeln. Sie hat es nicht nötig, sich auf Kosten von anderen Konzepten zu profilieren. Sie muß nur zu dem gemeinsamen Verkehrungspunkt der Anwendung von Klinischer Psychologie zurückfinden und sich dort nutzbar zeigen, z.B. indem sie die Rolle des 'Experten mit dem Drehmomentschlüssel' einnimmt. Die Befürchtung, das Besondere im Kontakt mit der gemeinsamen Praxis zu verlieren, wendet sich dann zu einer Hoffnung, einen festen Platz in der Praxis finden zu können.

*

Aus der Sicht des Praktikers ist das Thema 'Einschätzung' ein noch unentwickeltes Problem der Anwendung von Psychologie. Die Rückbesinnung auf die wissenschaftliche Psychologie ist

auch für die Praxis hilfreich, denn sie braucht entwickelte Konzepte. Aber dort liegt nicht der entscheidende Mangel. Die Offenlegung der Einschätzungskriterien der Intensivberatung weist hier den Weg. Denn beispielhaft wird Einschätzung als ständige Aufgabe der Intensivberatung angesehen.

Dies kann meines Erachtens verallgemeinert werden: Einschätzung ist eine allgemeine Kategorie der Anwendung von Psychologie. Zu dieser Einschätzung gehört die Vermittlung der Drehbarkeit eines Falles zu dem geeichten und selbsteingeschätzten Gradmaß eines Behandlungskonzepts ebenso wie die ständige Überprüfung des Behandlungskonzepts an den psychologischen Gegebenheiten der Behandlungsrealität, sofern das Behandlungskonzept sein Gütesiegel nicht verlieren will. Der Blick für die Behandlungsrealität muß scharf und die Verbindung zu Anwendungsfragen erhalten bleiben, sonst hat die Intensivberatung trotz bester Anlagen keine Zukunft. Wenn z.B. auf die Frage: „Welche Krankheitsbilder kann die Intensivberatung behandeln?“ die Antwort kommt: „Für uns sind das keine Krankheitsbilder!“, dann verkehrt die Intensivberatung ihr Wirken ins Gegenteil. Sie erfüllt sich sonst als Selbstzweck. ●

Literatur

- ¹ RASCHER, G. (1990): Einschätzungskriterien in der Intensivberatung. ZWISCHENSCHRITTE 1
- ² AHREN, Y., WAGNER, W. (Hg.) (1984): Analytische Intensivberatung. Köln
- ³ BLOTHNER, D. (1986): Psychoanalyse und Intensivberatung. Ein Vergleich. ZWISCHENSCHRITTE 1
- ⁴ SALBER, W., RASCHER, G. (1986): Märchen im Alltag. ZWISCHENSCHRITTE Sonderband. Köln
- ⁵ SALBER, W. (1984): Struktur in Entwicklung. In: AHREN, Y., WAGNER, W. (Hg.): Analytische Intensivberatung. Köln. S.99

Hubert Lieverscheidt

Den Alltag in kleinen Streifen zerkauen: Das Kaugummi als materiale Bearbeitungsform

Befriedigung im Nebenher

Kultur- und Gesellschaftskritiker fragen sich – vom Zeitgeist mal mehr, mal weniger getrieben – immer wieder, warum die menschliche Spezies phasenweise, insbesondere in der Pubertät, sich in ihrer Verhaltensweise tendenziell den Wiederkäuern anzunähern scheint, kurz: was in aller Welt Sinn und Zweck des Kaugummi-Kauens sein soll.

Die (Vor-)Urteile zumindest sind zahllos: Unästhetisch und ungebildet sei es, es ruiniere die Zähne (da gibt es dann auch die umgekehrte Meinung), es sei provozierend bis mokant, zeige einen unreifen Charakter an, und vor allem sei es ohne jeden Sinn und Zweck.

Spätestens hier wird der Psychologe aufmerksam: Massenhaft in Erscheinung tretende Verhaltensweisen die –nebenbei bemerkt– für viele als ein Charakteristikum des amerikanischen Menschen gelten, sollen völlig sinnfrei auftreten? Verdachtschöpferisch bemerkt man im analytischen Gespräch mit Kaugummi-Kauern schnell, als wie befriedigend das Kauen erlebt werden kann.¹ Wesentliche Kennzeichen der erlebten Befriedigung sind jedoch a) das *Verleugnen* ihrer Bedeutung („ist nicht so wichtig“) und b) ihre *Dezentralität* im Verhaltensverlauf („nur so nebenbei“).

Kaugummis-Kauen als intentionaler Gestus kommt nur in bestimmten Situationen und meist auch nur in einer ganz bestimmten Lebensphase vor und bezieht seinen Reiz dann aus der Revolte, d.h. dem komplementär Gemeinten (s.u.). Im allgemeinen ist Kaugummi-Kauen jedoch eine Befriedigung im Nebenher (beim Warten an der Haltestelle, beim Fernsehen, Lesen oder Autofahren usw.)