

Psychotherapeutische Schulen und Richtungen und die Hoffnung auf Integration/Inklusion

Ein Beitrag der Paradigmenforschung zur Entwicklung der
Psychotherapie(wissenschaft)

Teil 1: Kern-Paradigmen und das SIC-Paradigma

Psychotherapeutic schools and directions and the hope for integration/inclusion

A contribution of paradigm research to the development of
psychotherapy(science)

Part 1: Core paradigms and the SIC paradigm

Thomas Stephenson

1. Kurzzusammenfassung

Am Beginn der Psychotherapie gab es eine einzige „Therapieschule“ – die Psychoanalyse Sigmund Freuds. 2022 gibt es 23 anerkannte therapeutische Schulen in Österreich – und eine noch viel größere Zahl von „Therapieformen“. Die gesamte mehr als hundertjährige Geschichte der Psychotherapie ist von zunehmender Diversifizierung, aber auch von Konkurrenz und Territoriumskämpfen gekennzeichnet. Dementsprechend gibt es sowohl Stimmen, die eine Einheitstherapie fordern, die alle

einzelnen Schulen ersetzen soll, als auch Stimmen, die entweder für eine Weiterführung der parallel bestehenden Schulen ohne Hybridformen und Integrationsattitüden plädieren – oder für ein „Brückenwissen“, das als gemeinsame Basis dienen könnte und die Identität der verschiedenen Schulen unangetastet lässt. In diesem Artikel werden an drei fiktiven Fällen Kern-Paradigmen als leitende Grundannahmen der vier psychotherapeutischen Richtungen und das SIC-Paradigma als „Brückenelement“ zwischen diesen vier Kernparadigmen entfaltet. Drei Musterbeispiele für Borderline, Zwang und Phobie dienen als konkretisierende Anwendungsfälle und als Illustration der auf höchsten Abstraktionsebenen angesiedelten theoretischen Grundannahmen, die sowohl auf alle Diagnosen, aber auch auf das Verständnis aller nichtpathologischen individuellen und gesellschaftlichen Phänomene angewendet werden und andererseits potenziell mit allen schulenspezifischen Theoriegebäuden kompatibel sein könnten.

Schlüsselwörter

Psychotherapeutische Schulen, Paradigmenforschung, Paradigmen der Psychotherapie, Entwicklung der Psychotherapie(wissenschaft), Brückenwissen, SIC-Paradigma

2. Abstract

At the beginning of psychotherapy there was one single "school of therapy" - Sigmund Freud's psychoanalysis. In 2022 there are 23 accredited therapeutic schools in Austria - and a much larger number of "forms of therapy". The entire history of psychotherapy, which spans more than a hundred years, is characterised by increasing diversification, but also by competition and territorial struggles. Accordingly, there are voices calling for a one-size-fits-all therapy to replace all the individual schools, as well as voices arguing either for a continuation of the parallel existing schools without hybrid forms and integration attitudes - or for a "bridging knowledge" that could serve as a common basis and leave the identity of the different schools untouched. In this article, core paradigms as guiding basic assumptions of the four psychotherapeutic directions and the SIC paradigm as a "bridge element" between these four core paradigms are unfolded using three fictitious cases. The sample cases of borderline, compulsion and phobia served as concretising application cases and as illustrations of the basic theoretical assumptions located at the highest levels of abstraction, which could be applied to all diagnoses, but also to the understanding of all non-pathological individual and social phenomena and, on the other hand, potentially be compatible with all school-specific theoretical buildings.

keywords

therapeutic Schools, paradigm research, paradigms of psychotherapie, development of psychotherapy(science), bridging knowledge, SIC-paradigm

3. Einleitung

Gegenüber der Abgrenzung von Verfahren gibt es seit jeher [...] [die] Forderung nach einer integrativen Psychotherapie. [...] Befürworter einer integrativen Psychotherapie [...] fordern eine Einigung auf ein „Kernwissen“ oder „Kernverständnis“, das gewissermaßen sprachübergreifend die Weiterentwicklung von Psychotherapie befördern könnte [...] Der Forderung nach „der einen Psychotherapie“ ist entgegenzuhalten, dass die [...] „großen“ Psychotherapieverfahren differenzierte und sich auch ergänzende theoretische Rahmenkonzepte darstellen. (Strauß, Galliker, Linden, & Schweitzer, 2021, S. 14)

Darstellungen „psychotherapeutischer Verfahren“ haben eine lange Tradition. Zur Etablierung jeder Scientific Community, aber eben auch jeder „professional community“ wie jene der Psychotherapeut*innen gehört u.a. die Verfassung und Verbreitung von Lehrbüchern, Handbüchern, Wörterbüchern, Personenlexika etc., die das im Eingang erwähnte „Kernwissen“, die Grundbegriffe und die wichtigsten Gründer*innen und Repräsentant*innen - in unserem Fall jene der anerkannten psychotherapeutischen Schulen und Richtungen - nach außen hin als originären und einheitlichen Korpus von Theorie- und Praxisdarstellungen transportiert und diesen für Ausbildung und Studium als verbindlich kennzeichnet.

Auch überblicksartige Darstellungen des immer noch größer werdenden Spektrums an Richtungen und Schulen der Psychotherapie und der jeweiligen Grundbausteine ihrer Theorie- und Praxisgebäude finden sich in großer Zahl (s.u.a. Stumm 2013, Stumm & Pritz 2007, Stumm u.a. 2005, Kriz 2014).

Schon seit mehreren Jahrzehnten entstehen im Bereich der Psychotherapie aber auch „hybride“ Verfahren, die explizit Theorieteile verschiedener Schulen verbinden. Paradoxerweise finden wir im Rahmen der von Hilarion Petzold begründeten „Integrativen Therapie“ (Petzold 1994) in einem der oben genannten „Grundlagenwerke“, die wie gesagt die Etablierung des eigenen Theorie- und Praxisystems als unverwechselbare und eigenständige psychotherapeutische Schule implementieren sollen, folgenden einleitenden Satz: „Die Zeit der vielen einzelnen Psychotherapieschulen ist vorbei.“ (Leitner und Höfner 2021, VII). Treppenwitz der Psychotherapiegeschichte: Die Integrative Therapie, die das Ende der vielen einzelnen Psychotherapieschulen postuliert, eignete sich im Aufbau ihres Theorie- und Praxisgebäudes u.a. Bausteine aus der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie und einigen anderen psychotherapeutischen Schulen an und hat sich mit diesem Konglomerat als eine der „vielen“ (nämlich 23) „einzelnen psychotherapeutischen Schulen“ in Österreich akkreditieren lassen.

Das Eingangszitat eröffnet jedenfalls dem ordnenden Blick zumindest drei Interpretationsmöglichkeiten. Die Rede kann also sein

1. von der Etablierung einer „Einheitstherapie“, die alle „einzelnen therapeutischen Schulen“ ersetzt oder verdrängt und damit alternativenlos wird, oder
2. von der Etablierung eines „Brückenwissens“, das als gemeinsam geteiltes „Grundwissen“ eine Basis für Interdisziplinarität auf dem Sektor der Psychotherapie(schulen) wäre und die Diversität erhalten würde, oder

3. von der getrennten Weiterführung der einzelnen Verfahren, die parallel ihre verschiedenen Perspektiven einnehmen und keine „Hybride“, aber auch keinen integrierungsfördernden Dialog zulassen.

In diesem Artikel wird ein Ansatz für Interpretation 2 vorgestellt und explizit als „Hoffnung auf Integration/Inklusion“ bezeichnet. Ich teile mit einigen anderen Mitgliedern der Scientific Community der Sigmund Freud PrivatUniversität (s.z.B. Greiner 2012) eine grundlegende Skepsis bezüglich der Sinnhaftigkeit der in Interpretation 1 genannten Variante - aber auch bezüglich Interpretation 3. Beide scheinen mir in Zeiten, in denen die Bedeutung von Diversität und Kooperation zunehmend weltweit (an)erkannt wird, keine Optionen für eine fruchtbare Weiterentwicklung der Psychotherapie und ihrer Wissenschaft zu sein.

Die Spezifizierung und die Begründung eines speziellen schulenübergreifenden „Kernwissens“ werden in diesem Artikel aus speziellen Perspektiven der Paradigmenforschung (Stephenson 2003) geführt. Im vorliegenden ersten Teil meiner Ausführungen (der zweite Teil erscheint in der nächsten Auflage dieser Zeitschrift) skizziere ich einerseits bestimmte „Kern-Paradigmen“ und andererseits das „SIC-Paradigma“ als eine Möglichkeit für die Etablierung eines in Variante 2 genannten „Brückenwissens“. Beide werden an drei fiktiven Fällen entfaltet und illustriert.

*1. Drei fiktive Fälle und ein*e fiktive*r Therapeut*in als Ausgangspunkt*

Fall 1: Klient*in A¹ muss jedes Mal, wenn A aus dem Haus geht, mehrere Male wieder zurückgehen und nachprüfen, ob die Wohnungstüre auch wirklich versperrt ist. Wenn A überprüft hat, dass die Tür auch wirklich versperrt ist, kann A wieder losgehen, muss aber nach kurzer Zeit wieder zurückgehen und die Überprüfung wieder durchführen. Aufgrund dieses Verhaltens kommt A immer wieder verspätet in die Therapiestunde.

Fall 2: Klient*in B wechselt in der Therapie immer wieder zwischen Haltung 1, in der Therapeut*in X für B Gött*innenstatus hat, B Therapeut*in X anbetet und verherrlicht, sich von X wundergleiche Heilung erwartet - und einer Haltung 2, in der Therapeut*in X für Klient*in B der Teufel ist, der sie verderben und vernichten will. Dieser Wechsel findet manchmal von einer Stunde zur nächsten statt, manchmal auch innerhalb einer Stunde.

Fall 3: Klient*in C hat Angst vor Spinnen. C muss in jedem Raum, in dem C sich aufhält, ängstlich danach Ausschau halten, ob in irgendeiner Ecke eine Spinne lauert. C kann sich deswegen auch sehr schlecht auf die Inhalte der Therapiesprache konzentrieren.

Therapeut*in X hat eine therapeutische Ausbildung Y aus einer der vier Richtungen (Tiefenpsychologisch/psychodynamisch orientierte, systemorientierte, verhaltensorientierte, humanistisch-existenziell orientierte Verfahren) und im Laufe der Therapeut*innenlaufbahn weitere Aus- und Weiterbildungen in den jeweils anderen drei Richtungen absolviert. Im Zuge dessen hat X für

¹ Um zu zeigen, dass in den hier hergestellten Kontexten und Zusammenhängen die Genderidentität auf beiden Seiten keine Rolle spielt, erhalten die beiden Beteiligten auch keine solchen Zuordnungen.

sich ein therapeutisches Wahrnehmungs- und Handlungssystem entwickelt, das X als „relational-inklusive Therapie“ im Sinne einer schulenübergreifenden Form von Psychotherapie, die mit der Grundausbildung von X kompatibel ist, versteht. Für Therapeut*in X wird diese Version von Psychotherapie durch etwas geleitet, das X das „SIC-Paradigma“ nennt.

Klient*in A, Klient*in B und Klient*in C sind bei Therapeut*in X in Behandlung.

2. (Kern-)Paradigmen als leitende Grundannahmen von Therapieschulen aller vier Richtungen

Die Geschichte der Psychotherapie in ihrer Diversifizierung psychotherapeutischer Richtungen und Schulen hat in Bezug auf die leitenden Grundannahmen der jeweiligen Richtungen und Schulen klare Differenzierungen und ein „Sortieren“ immer schwerer werden lassen. Das wurde vor allem durch die sogenannten „Wenden“ oder „turns“ der Richtungen bewirkt, die von Zeit zu Zeit postuliert wurden. Das wesentlichste Merkmal dieser jeweiligen „revolutionären“ Entwicklungen und Akkommodationen scheint mir das Phänomen zu sein, dass jede Richtung im Laufe ihrer Entwicklung und im Zuge ihrer Reifung Paradigmen anderer Richtungen (explizit oder implizit, direkt oder indirekt) zu integrieren begonnen hat. Die darauf erfolgende „Gemengelage“ und die dadurch entstehende Orientierungsproblematik lässt es sinnvoll erscheinen, zunächst nach „Kern-Paradigmen“ zu suchen, also jenen Paradigmen, die der ursprünglichen Kuhnschen Definition entsprechen, nämlich jener, in der „ein Paradigma [...] an zentralen Stellen wissenschaftlicher Aussagensysteme Elemente [setzt], die in anderen Paradigmen nicht enthalten sind“ (Stephenson, 2003, S.337) und sich an den ersten Grundgedanken, die am Beginn der Entwicklung der vier Richtungen gestanden sind, zu orientieren. Diese bezeichne ich in der Folge als „Kern-Paradigmen“ und benenne diese für die tiefenpsychologisch-psychodynamische Richtung als „Tiefenparadigma“, für die verhaltensorientierte Richtung als „Reiz-Reaktions-Konditionierungsparadigma“, für die systemorientierte Richtung als „System-Umwelt-Koppelungsparadigma“ und für die humanistisch orientierte Richtung als „(Mit-)Menschlichkeitsparadigma“.

3. Paradigmenordnungen und Paradigmenebenen

Die im Zuge einer dekonstruierenden Durchleuchtung der bei Kuhn vieldeutigen Begriffsbestimmungen von „Paradigma“ (Stephenson 2003) entstandenen systematischen Rekonstruktionen sind auch die erste Grundlage für die im Folgenden entfaltenen Kategorisierungen.

Die dort zur Systematisierung eingeführten Kategorisierungen der verschiedenen Arten von Paradigmen unterscheiden Paradigmen 1., 2., 3. und 4. Ordnung und verschiedene Paradigma-Ebenen.

Für die Bearbeitung der drei Musterbeispielfälle dieses Artikels sind unmittelbar relevant die Ebenen der „Krankheitslehre“ und der „Behandlungslehre“².

Festzuhalten ist dabei, dass auf jeder Ebene Paradigmen 1.-4.Ordnung bestimmt werden können.

Für die anfangs als Musterbeispiele angeführten Fälle bedeutet das Folgendes: Um bestimmen zu können, welche Paradigmen in allen diesen Fällen wirksam werden können, müssen wir Antworten auf folgende Fragen geben:

- Was sind in allen vier Fällen (wie auch in allen anderen denkbaren Fällen), die immer konstitutiven, also für uns wesentlichen Merkmale der (direkt oder indirekt) beobachteten Phänomene, die uns berechtigen jeweils von „Krankheit“ zu sprechen? (= Paradigma 1.Ordnung – Phänomenalisierungsparadigmen, „Beschreibungen“)
- Wodurch ist jede dieser vier Krankheiten (wie auch alle anderen denkbaren Krankheiten) immer bewirkt worden und was bewirken sie alle immer? (= Paradigma 2.Ordnung – Kausalisierungsparadigmen, „Erklärungen“)
- Welche prinzipiellen Ziele setzen wir uns immer für alle vier Krankheiten (wie auch für alle anderen denkbaren Krankheiten)? (= Paradigma 3.Ordnung – Finalisierungsparadigmen, „Ziele“)
- Welche prinzipiellen Mittel setzen wir immer für die Erreichung dieser Ziele bei allen vier Krankheiten (wie auch bei allen anderen denkbaren Krankheiten) ein? (= Paradigma 4.Ordnung – Medialisierungsparadigmen, „Mittel“)

Die Antworten auf diese Fragen sind nun Voraussetzung und Ausgangsbasis für die Bestimmung der Paradigmen für die nächste Ebene, also in diesem Fall jene der „Behandlungslehre“, speziell die Paradigmen 3. und 4. Ordnung. Denn die grundsätzlichen Ziele und Mittel, die wir auf alle Krankheiten anwenden, führen unmittelbar zu Antworten auf die weiterführenden Fragen auf der Ebene der Behandlungslehre:

- Was sind in allen vier Fällen (wie auch in allen anderen denkbaren Fällen), die konstitutiven, also für uns wesentlichen Merkmale der (direkt oder indirekt) beobachteten Phänomene, die uns berechtigen jeweils von „Behandlung“ zu sprechen? (= Paradigma 1.Ordnung – Phänomenalisierungsparadigmen, „Beschreibungen“)
- Wodurch ist in allen Fällen Behandlung bewirkt worden und was bewirkt sie? (= Paradigma 2.Ordnung – Kausalisierungsparadigmen, „Erklärungen“)

² Mittlerweile bietet das in der Fakultät Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud PrivatUniversität gültige Curriculum der Psychotherapiewissenschaft zusätzliche Möglichkeiten den Paradigmenbegriff systematisch weiter zu entwickeln (s. Stephenson 2020). Dieses Curriculum ist auf der Basis des Psychotherapiegesetzes in Österreich und den Richtlinien für die Akkreditierung von Fachspezifika erstellt worden. Die in den verschiedenen Modulen enthaltenen Themen konkreter Lehrveranstaltungen lassen sich in eine paradigmensorientierte Hierarchie bringen, die man auch als eine kleinere oder größere Anzahl von Paradigmen-Ebenen darstellen kann. Für die hier angezogenen Überlegungen ist es aber zunächst ausreichend, das Prinzip der Ebenen am Beispiel der hier unmittelbar relevanten zwei Ebenen der „Krankheitstheorien“ und der „Behandlungstheorien“ zu illustrieren.

- Welche prinzipiellen Ziele setzen wir uns für alle vier Behandlungen (wie auch für alle anderen Behandlungen)? (= Paradigma 3.Ordnung – Finalisierungsparadigmen, „Ziele“)
- Welche prinzipiellen Mittel setzen wir für alle vier Behandlungen (wie auch für alle anderen Behandlungen) ein? (= Paradigma 4.Ordnung – Medialisierungsparadigmen, „Mittel“)

Daraus folgt zusammenfassend für die Erörterung unserer vier Beispielfälle:

- Auf beiden Ebenen gilt das Prinzip: die hier verortbaren Aussagen stellen nur dann Paradigmen dar, wenn sie immer und für alle Fälle von „Krankheit“ bzw. von „Behandlung“ gelten. Wenn also eine Aussage für Diagnose und Therapie von Borderline-Störungen gilt, aber nicht für Zwangsstörungen, dann hilft diese u.U. das diagnostisch und therapeutisch Besondere von „Borderline-Störungen“ zu charakterisieren, hat aber auf der Ebene „Krankheitslehre“ keinen Paradigmencharakter. Umgekehrt hat eine Aussage Paradigmencharakter, wenn sie sowohl für Borderline-Störungen, als auch für Zwangsstörungen und alle anderen Kategorien von Krankheiten gilt.
- Als Ebenen betrachtet unterscheiden sich „Krankheitslehre“ und „Behandlungslehre“ durch ihr Verhältnis zueinander: um entscheiden zu können, was für alle Behandlungen gilt, muss ich zuerst entscheiden, was für alle Krankheiten, die ich behandeln will, Gültigkeit haben soll. Die Entscheidungen auf der Ebene Krankheitslehre sind also Voraussetzung und Grundlage für die Entscheidungen auf der Ebene Behandlungslehre.

4. Das SIC-Paradigma erster bis vierter Ordnung auf der Ebene der Krankheitslehren und der Behandlungslehren

In einer parallel erscheinenden Publikation (Stephenson, Thomas, 2022) habe ich ein „SIC-Paradigma“ (bzw. die Paradigmenkonstellation S-I-C) beschrieben und anhand prinzipieller Überlegungen zu Traumatheorien/Traumatherapien und „Teilearbeit“ erläutert.

Das „S“ steht für den Ausdruck „separate psychische Gruppen“, den bereits Freud 1985 eingeführt hatte (Freud, Sigmund, 1895), der aber dann in Vergessenheit geriet, obwohl er bereits die Vorlage für die „Teile“ in der traumatherapeutischen „Teilearbeit“ darstellt.

„I“ bezeichnet „Integration/Inklusion (vs. „Desintegration(Dissoziation)/Exklusion) und „C“ steht für das von Bion bereits 1962 eingeführte container/contained-Konzept (Bion 1962), das zumeist salopper in der Bezeichnung „(Selbst- und Fremd-)Container“ verwendet wird.

Ich führe hier nur mehr die auch im parallel erscheinenden Artikel zu lesende Ausformulierung dieser zusammen als „SIC-Paradigma“ bezeichneten Konstellation S-I-C in einem Fließtext an, der für unseren Kontext ausreichend bzw. sowohl entscheidend als auch illustrativ ist:

1. Wir Menschen können ein inklusives Bewusstsein aller in unserer Person sich ereignenden Zustände (im Sinne der separaten psychischen Gruppen) nur bis zu einem gewissen Grad (aus)halten (im Sinne des Containments).
 - 1.1. Wenn diese Zustände diese unsere Fähigkeit überlasten, neigen wir dazu, ein solches inklusives Bewusstsein zu unterbrechen oder zu verhindern (im Sinne der Desintegration/Dissoziation).
 - 1.2. Wenn dies dazu führt, dass diese Zustände nicht mehr voneinander wissen, können sie sich nicht mehr untereinander verständigen, nicht mehr zusammenarbeiten, damit auch nicht mehr gemeinsame Ziele formulieren und verfolgen.
 - 1.3. Wenn das der Fall ist, kann ein Zustand immer wieder bzw. über längere Zeit alle anderen verdrängen (Exklusion) bzw. dominieren.
 - 1.4. Die Gesamtpersönlichkeit kann damit das Gesamt ihrer Möglichkeiten und Fähigkeiten weder nutzen noch weiterentwickeln.
2. Alle „gesunden“ Zustände ebenso wie alle „Diagnosen“, egal ob sie schulenspezifisch oder schulenunspezifisch formuliert sind, lassen sich als Folgen des mehr oder weniger ausgeprägten Aushalten-Könnens eines inklusiven Bewusstseins aller in unserer Person sich ereignenden Zustände formulieren.
 - 2.1. „Traumabezogene psychische Störungen“ stellen lediglich einen Spezialfall von Desintegration/Exklusion dar, der vor allem dadurch charakterisiert ist, dass Desintegration/Exklusion das Ausmaß von Dissoziation annimmt.

Für die Erörterung unserer drei Musterbeispielfälle bedeutet das Folgendes:

Therapeut*in X nimmt – denn sie wird wie bereits anfangs erwähnt „durch etwas geleitet, dass X das „SIC-Paradigma“ nennt“ – immer einen zwar individuell unterschiedlich ausgeprägten aber prinzipiell immer vorhandenen Spannungszustand in der Psyche/Persönlichkeit aller drei Klient*innen an, der durch das Verhältnis der SPG zueinander bzw. die Reaktionen der SPG aufeinander entsteht. Das bedeutet gleichzeitig, dass Therapeut*in X auch immer und prinzipiell das Vorhandensein von „Separaten Psychischen Gruppen“ (SPG) im Sinne von Anteilen der Persönlichkeiten sowohl bei A, als auch bei B und bei C (und bei allen anderen Personen, daher auch bei sich selbst!) annimmt. Ebenso nimmt sie an, dass bei allen ein bestimmter Grad der Fähigkeit Spannung auszuhalten („Container-Qualität“) vorhanden ist. Und drittens setzt sie das Vorhandensein eines bestimmten Grades an Integration/Inklusion bzw. Desintegration(Dissoziation)/Exklusion zwischen den SPG voraus, der das Verhältnis der SPG zueinander kennzeichnet. Für X ist Desintegration(Dissoziation)/Exklusion dadurch gekennzeichnet, dass die SPG einander ignorieren bzw. nicht akzeptieren und nicht miteinander sondern gegeneinander agieren.

Zusätzlich zu diesen generellen als Vorannahmen wirksamen Paradigmen nutzt Therapeut*in X eine nächste Differenzierungsstufe innerhalb des Paradigmenteils „Separate psychische Gruppen“ (SPG), der noch immer Paradigmencharakter hat und im nächsten Kapitel erläutert wird.

5. „Alltagsorganisierende“, „fixierte“ und „kontrollierende“ SPG³

In der Betrachtung dieses interaktiven innerpsychischen Feldes, in dem das Vorhandensein unterschiedlicher SPG Spannung erzeugt und diese Spannung der Person mehr oder weniger aushaltbar erscheint, kann es sinnvoll sein, in einem ersten verstehenden Zugang zwischen drei Typen von SPG zu unterscheiden, die in jedem Fall „Teil des Problems“ und „Teil der Lösung“ zugleich sind: zum einen gibt es separate psychische Gruppen, die für die Bewältigung des Alltags zuständig sind und hier viel Arbeit leisten müssen (= „alltagsorganisierende SPG“). Zum anderen gibt es immer auch SPG, die in Situationen entstanden sind, die starke Affekte ausgelöst haben und die für die Person, die alle diese SPG beherbergt (noch) unlösbar erschienen sind. Diese SPG sind in der Erinnerung an diese Situationen gewissermaßen „stecken geblieben“ und drängen auf Lösung (= „fixierte SPG“). Und zum dritten entstehen SPG, die diese auf die Problemsituation fixierten SPG in Schach halten wollen (= „kontrollierende SPG“). Alle drei Arten von SPG erzeugen für sich und vor allem durch ihr gleichzeitiges Existieren mehr oder weniger Spannung in der Person. Dieser Spannung in der Person steht ihre Fähigkeit gegenüber, Spannung auszuhalten. Wenn die Spannung größer wird als die Fähigkeit, Spannung auszuhalten, neigt der Mensch dazu, die gleichzeitige Existenz aller seiner SPG als das eigentliche Problem zu sehen und dieses Problem dadurch lösen zu wollen, dass er die Spannung erzeugenden SPG aus dem Kontakt bringt, sie voneinander in einem bestimmten Ausmaß entfernt. In extremen Fällen, in denen die von den SPG erzeugte Spannung sehr hoch und die Fähigkeit, Spannung auszuhalten sehr niedrig ist, kommt es zu einem Phänomen, das wir „Dissoziation“ nennen. Unabhängig von der Ausprägung der Desintegration bzw. Dissoziation drängen vor allem die auf die Problemsituation fixierten SPG darauf, gehört zu werden, während die alltagsorganisierenden und die kontrollierenden SPG eher daran interessiert sind, jene SPG, die auf die Problemsituation fixiert sind und nach Lösung schreien, zum Schweigen zu bringen. Dadurch, dass die „fixierten“ SPG nicht lockerlassen (können), betreiben sie am meisten die Auslösung von Spannungszuständen und fungieren daher in diesem Zusammenhang gewissermaßen als die „überlastenden“ SPG.

Wenn die kontrollierenden SPG die fixierten SPG dauerhaft unterdrücken und die alltagsorganisierenden SPG dies zulassen, können sich die überlastenden SPG nur mehr indirekt Gehör verschaffen - und zwar indem sie das erzeugen, was wir „Symptome“ nennen.

³ Diese Unterscheidung folgt teilweise den Erörterungen Ellert Nijenhuis zu seiner „Traumatrität“ Ignoranz-Fragilität-Kontrolle (Nijenhuis 2016, 2018), im SIC-Paradigma werden aber zum Teil andere Akzente gesetzt und v.a. wird der Kontext der Therapie dissoziativer Identitätsstörungen und schwerer und komplexer Traumfolgenstörungen überstiegen, was vor allem durch den Brückenbegriff „SPG“ ermöglicht wird, der eben auch markiert, dass es sich hier um einen Ansatz handelt, der über die Traumatherapie hinaus für das gesamte Spektrum der Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung eingesetzt werden kann.

6. Die Kern-Paradigmen der vier Richtungen als Aspekte des SIC-Paradigmas

Die Orientierung am Kern-Paradigma der tiefenorientierten Richtung (Bewusst↔Unbewusst) lässt Therapeut*in X immer wieder darauf achten, welche SPG gerade im Vordergrund zu sehen (und damit „bewusst“) sind und inwiefern und warum diese das Sichtbarwerden der jeweils anderen SPG verhindern (und sie damit „unbewusst“ werden lassen). Ihr Ziel ist es diesbezüglich, so viele SPG wie möglich „ins Gespräch zu bringen“ und damit „bewusst“ werden zu lassen. Wie sie das im Einzelfall und im Detail in welche einzelnen Handlungen umsetzt, hängt von den entsprechenden Interventionsstrategien der jeweiligen Schule ab, in der sie ausgebildet ist.

Die Orientierung am Kern-Paradigma der verhaltensorientierten Richtung (Klassische/operante Konditionierung) lässt Therapeut*in X immer wieder darauf achten, welche Aktivitäten welcher SPG durch welche Auslösereize in Gang gesetzt werden (klassische Konditionierung) und welche Reaktionen darauf diese Aktivitäten verstärken oder abschwächen (operante Konditionierung). Ihr Ziel ist es diesbezüglich, sowohl Auslösereize als auch verstärkende oder abschwächende Interventionen nur zur Erhöhung der Integration aller SPG einzusetzen. Wie sie das im Einzelfall und im Detail in welche einzelnen Handlungen umsetzt, hängt von den entsprechenden Interventionsstrategien der jeweiligen Schule ab, in der sie ausgebildet ist.

Die Orientierung am Kern-Paradigma der systemorientierten Richtung (System-Umwelt-Koppelungen) lässt Therapeut*in X immer wieder darauf achten, dass ihre Klient*innen und sie selbst sich als selbstorganisierende und selbsterhaltende Systeme lediglich aneinander koppeln können und im Zuge dessen Irritationen setzen, die das jeweilige andere System zu einer „Rekalibrierung“ bringen, wodurch es selbst Entwicklungsschritte in Richtung Integration setzen kann. Ebenso weiß Therapeut*in X, dass es sinnvoll ist, auch die SPG untereinander als (Sub-)Systeme zu verstehen, die bei Dissoziation entkoppelt und bei Desintegration fragil gekoppelt sind. Ihr Ziel ist es diesbezüglich, eine Koppelung der dissoziierten Subsysteme anzuregen und im Zuge der Koppelung die Kommunikation so zu begleiten, dass die im Zuge der gegenseitigen Information der SPG entstehende Spannung gehalten werden kann, bis es zu einem gegenseitigen Verständnis, einer gegenseitigen Akzeptanz und im Zuge dessen zu einer kooperativen Lösung zwischen den SPG kommt. Wie sie das im Einzelfall und im Detail in welche einzelnen Handlungen umsetzt, hängt von den entsprechenden Interventionsstrategien der jeweiligen Schule ab, in der sie ausgebildet ist.

Die Orientierung am Kern-Paradigma der humanistisch orientierten Richtung ((Mit-)menschliche Existenz) lässt Therapeut*in X immer wieder darauf achten, ihren Klient*innen und den in ihr existierenden SPG mit Respekt, Verständnis und Wertschätzung und einer Haltung der Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung zu begegnen. Ihr Ziel ist es diesbezüglich, auch die SPG zu einem solchen Umgang miteinander zu bringen. Wie sie das im Einzelfall und im Detail in welche einzelnen Handlungen umsetzt, hängt von den entsprechenden Interventionsstrategien der jeweiligen Schule ab, in der sie ausgebildet ist.

7. Zwang, Borderline und Phobie aus der Perspektive des SIC-Paradigmas

Wenden wir uns auf der Basis des bisher gesagten nun wieder Therapeut*in X und ihren drei Fällen zu:

Fall 1: Klient*in A muss jedes Mal, wenn A aus dem Haus geht, mehrere Male wieder zurückgehen und nachprüfen, ob die Wohnungstüre auch wirklich versperrt ist. Wenn A überprüft hat, dass die Tür auch wirklich versperrt ist, kann A wieder losgehen, muss aber nach kurzer Zeit wieder zurückgehen und die Überprüfung wieder durchführen. Aufgrund dieses Verhaltens kommt A immer wieder verspätet in die Therapiestunde.

Therapeut*in X interpretiert das zwanghafte Überprüfenmüssen der Türversperrung und das damit verbundene Zuspätkommen als „Symptom“. Das heißt aus der Sicht des SIC-Paradigmas, dass Therapeut*in vermutet, dass das alltagsorganisierende SPG in Klient*in A, das ein rechtzeitiges Erscheinen in der Therapie intendiert und zu organisieren versucht, durch den Kampf zwischen einem fixierten und einem kontrollierenden SPG an seiner Organisationstätigkeit gestört bzw. behindert wird. Das fixierte SPG versucht auf sich bzw. auf das es „besetzende“ Problem aufmerksam zu machen. Das alltagsorganisierende SPG versucht das zu ignorieren und geht weiter. Das kontrollierende SPG versucht das fixierte SPG unter Kontrolle zu bringen, indem es Klient*in A zurückgehen lässt und das Versperrtsein der Tür als Argument für die Unbegründetheit des Appells des fixierten SPG einsetzt. Dadurch, dass das fixierte SPG tatsächlich für kurze Zeit zum Schweigen gebracht wurde, kann das alltagsorganisierende SPG wieder seine Tätigkeit fortsetzen. Nach kurzem erwacht aber das fixierte SPG wieder, weil ihm ja nicht ermöglicht wurde, zu erzählen, „was damals in der Wohnung wirklich passiert ist“ - und der Vorgang wiederholt sich.

Therapeut*in X versucht nun, sowohl mit dem alltagsorganisierenden als auch dem kontrollierenden SPG in Klient*in A in Kontakt zu kommen und ein Verständnis der beiden für das fixierte SPG und in Folge eine Kooperation aller SPG zu erreichen. Welche „Instrumente“ sie dabei einsetzt, hängt von den Möglichkeiten der mit ihrer Therapieform kompatiblen und in ihr integrierten „Techniken“ ab.

Fall 2: Klient*in B wechselt in der Therapie immer wieder zwischen Haltung 1, in der Therapeut*in X für B eine Gottheit ist, die B anbetet und verherrlicht und von der B sich Heilung verspricht und einer Haltung 2, in der Therapeut*in X für B der Teufel ist, der B verderben und vernichten will. Dieser Wechsel findet manchmal von einer Stunde zur nächsten statt, manchmal auch innerhalb einer Stunde.

Therapeut*in X interpretiert das „Entweder-Oder“ dieses „Schwarz-Weiß-Denkens“ als „Symptom“. Das heißt aus der Sicht des SIC-Paradigmas, dass Therapeut*in vermutet, dass das alltagsorganisierende SPG in Klient*in B, das eine Durchführung der Therapie intendiert und zu organisieren versucht, durch den Kampf zwischen einem fixierten und einem kontrollierenden SPG an seiner Organisationstätigkeit gestört bzw. behindert wird. Wenn das fixierte SPG „am Ruder“ ist, wird Therapeut*in X zum alles vernichtenden Teufel, wenn das kontrollierende SPG dominiert, versucht Klient*in B nur das Gute in Therapeut*in X zu sehen und überhöht „zur Sicherheit“ diese Sicht extrem. Das fixierte SPG versucht in seiner „Verteufelung“ auf sich bzw. auf das es „besetzende“ Problem aufmerksam zu machen. Dadurch, dass das kontrollierende SPG aber nicht darauf eingeht, sondern sich in den Vordergrund drängt und dem fixierten SPG zu zeigen versucht, dass ja das Gegenteil der

Fall ist, kann das fixierte SPG nie erzählen, „wer der Teufel wirklich ist“. Das alltagsorganisierende SPG ist in diesem Fall immer wieder nahezu handlungsunfähig bzw. wird in seinen Handlungen abwechselnd von dem fixierten und dem kontrollierenden SPG vollständig beherrscht.

Therapeut*in X versucht nun, sowohl mit dem alltagsorganisierenden als auch dem kontrollierenden SPG in Klient*in B in Kontakt zu kommen und ein Verständnis der beiden für das fixierte SPG und in Folge eine Kooperation aller die zu erreichen. Welche „Instrumente“ sie dabei einsetzt, hängt von den Möglichkeiten der mit ihrer Therapieform kompatiblen und in ihr integrierten „Techniken“ ab.

Fall 3: Klient*in C hat Angst vor Spinnen. C muss in jedem Raum, in dem C sich aufhält, ängstlich danach Ausschau halten, ob in irgendeiner Ecke eine Spinne lauert. C kann sich deswegen auch sehr schlecht auf die Inhalte der Therapiesprache konzentrieren.

Therapeut*in X interpretiert das Ausschauhalten nach Spinnen und die dadurch ausgelöste Beeinträchtigung der Beschäftigung mit den Therapieinhalten als „Symptom“. Das heißt aus der Sicht des SIC-Paradigmas, dass Therapeut*in X vermutet, dass das alltagsorganisierende SPG in Klient*in C, das ein Mitarbeiten in der Therapie intendiert und zu organisieren versucht, durch den Kampf zwischen einem fixierten und einem kontrollierenden SPG an seiner Organisationstätigkeit gestört bzw. behindert wird. Das fixierte SPG versucht auf sich bzw. auf das es „besetzende“ Problem aufmerksam zu machen. Das kontrollierende SPG versucht das fixierte SPG unter Kontrolle zu bringen, indem es Klient*in C nach Spinnen Ausschau halten lässt und in der sauberen Praxis von Therapeut*in X dem fixierten SPG immer wieder zeigt, dass „kein Anlass zur Sorge“ ist. Dadurch, dass das fixierte SPG tatsächlich für kurze Zeit zum Schweigen gebracht wird, kann das alltagsorganisierende SPG für eine bestimmte Zeit wieder seine Tätigkeit fortsetzen. Nach kurzem erwacht aber das fixierte SGP wieder, weil ihm ja nicht ermöglicht wurde, zu erzählen, „wer die Spinne wirklich ist“ - und der Vorgang wiederholt sich.

Therapeut*in X versucht nun, sowohl mit dem alltagsorganisierenden als auch dem kontrollierenden SPG in Klient*in C in Kontakt zu kommen und ein Verständnis der beiden für das fixierte SPG und in Folge eine Kooperation aller zu erreichen. Welche „Instrumente“ sie dabei einsetzt, hängt von den Möglichkeiten der mit ihrer Therapieform kompatiblen und in ihr integrierten „Techniken“ ab.

Zusammenfassung und Ausblick

An drei fiktiven Fällen wurden in diesem ersten Teil Kern-Paradigmen als leitende Grundannahmen der vier psychotherapeutischen Richtungen und das SIC-Paradigma als „Brückenelement“ zwischen diesen vier Kernparadigmen entfaltet. Die Musterbeispiele für Borderline, Zwang und Phobie dienen als konkretisierende Anwendungsfälle und als Illustration der auf höchsten Abstraktionsebenen angesiedelten theoretischen Grundannahmen, die sowohl auf alle Diagnosen, aber auch auf das Verständnis aller nichtpathologischen individuellen und gesellschaftlichen Phänomene angewendet werden als auch potenziell mit allen schulenspezifischen Theoriegebäuden kompatibel sein könnten.

Im zweiten Teil werden neben der Erweiterung der Anwendung auf andere Sektoren des Spektrums von Diagnosen auch die Verbindungsmöglichkeiten mit einigen schulenspezifischen Theorie- und Praxissystemen vorgestellt und diskutiert und mögliche Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Psychotherapiewissenschaft angedacht.

Literatur

- Bion, W. R. (1962). Eine Theorie des Denkens. In Bott Spillius, Elizabeth (Hrsg.) (1988). *Melanie Klein heute. Bd. 1*, München, Wien: Verlag Internationales Psychoanalyse 1990.
- Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie*. GW I, 81-251: Frankfurt am Main: Fischer 1999.
- Greiner, K. (2012). *Standardisierter Therapieschulendialog (TSD). Therapieschulen-interdisziplinäre Grundlagenforschung an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien/Paris (SFU)*. Wien: Sigmund-Freud-Privatuniversitäts-Verlag.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Leitner, A., & Höfner, C. (2020). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Berlin: Springer.
- Nijenhuis, E. (2016). *Die Trauma-Trinität. Ignoranz-Fragilität-Kontrolle. Die Entwicklung des Traumbegriffs/Traumabedingte Dissoziation: Konzept und Fakten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E. (2018). *Die Traumatrinität: Ignoranz-Fragilität-Kontrolle. Enaktive Traumatherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Stephenson, T. (2003). *Paradigma und Pädagogik*. Wien: Empirie-Verlag.
- Stephenson, T. (2020). Heilsame Kompetenzen aufbauen: Warum eine universitäre Psychotherapieausbildung eine psychotherapeutische Hochschuldidaktik benötigt. In Pritz, Alfred, Fiegl, Jutta, & Rieken, Bernd, *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (S. 207–241). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stephenson, T. (2022). Die (traumatisierte) Innere Gemeinschaft. Grundzüge einer spezifisch individualpsychologischen Traumatheorie/Traumatherapie auf der Basis der S-I-C-Paradigmenkonstellation. Teil 1: Die S-I-C-Paradigmenkonstellation. *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie* 10(2), S. 1–21.
- Strauß, B., Galliker, M., Linden, M., & Schweitzer, J. (2021). *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren: Theorien, Konzepte, Methoden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stumm, G. (2011). *Psychotherapie: Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Wien: Falter.
- Stumm, G., & Pritz, A. (2007). *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P., Nemeskeri, N., & Voracek, M. (2005). *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien; New York: Springer.

Angaben zum Autor

Univ.-Prof. Dr. Thomas Stephenson

Adresse: Georg Hönggasse 14; 2381 Laab im Walde

Tel.: +43 (0) 660 31 55 383

E-Mail: thomas.stephenson@sfu.ac.at

Thomas Stephenson ist Universitätsprofessor für Psychotherapiewissenschaft und Leiter des Departments Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Linz. Er ist an der Uni Wien habilitierter Bildungswissenschaftler, Klinischer Psychologe, Lehranalytiker im Fachspezifikum Individualpsychologie und ist seit 40 Jahren als Psychotherapeut tätig. Seine Forschungsschwerpunkte liegen v.a. im Bereich Psychotherapie und Pädagogik und in der schulenspezifischen und schulenübergreifenden Theorieentwicklung.