

Ben - Alexander Bohnke

Köln, im April/Mai 1983

DER PATIENT: TÄTER ODER OPFER ?

DAS PROBLEM DER (SELBST-)VERANTWORTUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Inhalt:

(Einleitung)

1. Wissenschaftstheoretische und philosophische Implikationen der Täter-Opfer-Fragestellung
2. Täter-Theorie vs. Opfer-Theorie
3. Weltanschauliche Hintergründe der Täter-Theorie
4. Psychologische Hintergründe der Täter-Theorie
5. Kritik der täter-theoretischen Auffassung von der Verantwortlichkeit des Patienten
6. Kritik der täter-theoretischen Auffassung von der Nicht-Verantwortlichkeit des Therapeuten
7. Integration von Täter-Theorie und Opfer-Theorie

Literatur-Auswahl

Es sollen in diesem Aufsatz zwei Fragen untersucht werden:

- 1) Inwieweit ist ein Mensch für seine psychischen Störungen und Symptome selbst verantwortlich ?
- 2) Inwieweit ist er -als Patient in einer Psychotherapie- für den Erfolg der Therapie verantwortlich ?

Diese Fragen sind von erheblicher Bedeutung, nicht nur für die Theorie, sondern auch für die Praxis der Psychotherapie.

Und verschiedene Therapien lassen sich wesentlich dadurch charakterisieren, welchen Standpunkt sie gegenüber den beiden Fragestellungen einnehmen.

Grundsätzlich lassen sich diesbezüglich zwei unterschiedliche Richtungen der Psychologie und Psychotherapie unterscheiden, die -vereinfachend- "Täter-Theorie" und "Opfer-Theorie" genannt werden sollen.

Die Täter-Theorie geht davon aus, daß jeder Mensch in jeder Hinsicht voll für sich selbst verantwortlich ist, somit auch ein Patient die Verantwortung für seine psychischen Symptome trägt; er gilt gewissermaßen als der 'Täter' seiner Störungen und Symptome, die er sich nämlich selbst erschaffe.

Entsprechend wird ein Mißerfolg in der Therapie klar dem Patienten zugeschrieben, da er nicht bereit sei, seine Symptome aufzugeben, eben gar nicht wirklich gesunden wolle.

Obwohl man ganz neutral nur von Symptom-Verantwortung sprechen kann, wird doch meistens -bewußt oder unbewußt, eingestanden oder verschwiegen- damit auch eine moralische Beurteilung bzw. Verurteilung des Patienten vorgenommen; seine Störungen werden als 'Fehlverhalten' bewertet, für das er nicht nur verantwortlich, sondern an dem er selbst schuld sei.

Umgekehrt die Opfer-Theorie: Sie sieht den Patienten als 'Opfer' bestimmter ungünstiger (pathogener) Verhältnisse, die ihn geschädigt haben und dadurch die Symptome hervorriefen; der Patient wird vergleichbar einem körperlich Kranken behandelt, von dem normalerweise auch nicht erwartet wird, daß er seine Erkrankung willentlich aufgeben könne.

Nach dieser Auffassung trägt keineswegs (allein) der Patient die Verantwortung für einen Therapie-Mißerfolg; sondern man wird in erster Linie an eine ungeeignete Therapie oder aber Fehler des Therapeuten denken, u.U. auch den Patienten -auf Grund schwerer Störungen- für nur bedingt oder gar nicht therapierbar halten.

Eine Psychotherapie, die auf der Täter-Theorie basiert, soll verkürzend einfach "Täter-Therapie" genannt werden, entsprechend einer auf der Opfer-Theorie gründende Psychotherapie "Opfer-Therapie".

Will man Beispiele für Täter-Therapie und Opfer-Therapie angeben, so zeigt sich allerdings, daß diesen -eher idealtypisch gefaßten Therapieformen- empirisch 'Mischtypen' gegenüberstehen, jedoch mit signifikanter Betonung des Täter- oder Opfer-Aspektes.

Deutlich opfer-theoretisch orientiert sind (so unterschiedliche Therapien wie) die (non-direktive) Gesprächstherapie nach ROGERS, die Primärtherapie ARTHUR JANOV'S (jedenfalls in ihrer heutigen Form), aber auch traditionelle psychiatrische Therapien.

Eine mittlere Position nimmt wohl die FREUD'SCHE Psychoanalyse ein.

Stark täter-theoretisch ausgerichtet ist die Transaktionsanalyse von ERIC BERNE sowie deren Weiterentwicklungen, insbesondere die Neuentscheidungstherapie der GOULDINGS. Ebenso etwa manche verhaltenstherapeutischen Ansätze und vor allem sog. Psycho-Trainings (z.B. Sensitivity-Gruppen oder EST-Training nach WERNER ERHARD).

Generell ist die Täter-Theorie primär in der Humanistischen und Transpersonalen Psychologie und Psychotherapie beheimatet.

Und mit der gegenwärtigen Ausweitung dieser Schulen oder Bewegungen ist auch ein ständiger Vormarsch dieser Theorie verbunden. Deswegen soll in dieser Arbeit das Hauptaugenmerk auf die Täter-Theorie (bzw. Täter-Therapien) gerichtet und diese kritisch untersucht werden, einmal hinsichtlich ihrer weltanschaulichen und psychologischen Hintergründe sowie zum andern hinsichtlich ihrer Sachproblematik.

Zunächst muß aber -zur Vorklärung- auf einige wissenschaftstheoretisch-philosophische Implikationen des Themas eingegangen werden.

1. WISSENSCHAFTSTHEORETISCHE UND PHILOSOPHISCHE IMPLIKATIONEN DER TÄTER-OPFER-FRAGESTELLUNG

Es können hier nur einige Grundprobleme kurz angesprochen werden. Als erstes sei die Frage nach der Willensfreiheit aufgegriffen: Selbstverantwortung ist ja nur dann möglich oder jedenfalls sinnvoll anzunehmen, wenn ein freier Wille und damit auch eine Freiheit des Handelns gegeben ist. Wären alle Handlungen und Verhaltensweisen vorherbestimmt, eindeutig determiniert, hätte man keine Handlungsspielraum, so ließe sich auch nicht von menschlicher Selbstverantwortung sprechen.

Es ist kein Geheimnis, daß das Problem der Willensfreiheit eines der altehrwürdigsten und schwierigsten ist, und bis heute noch keine allgemein anerkannte Lösung gefunden hat.

Dieses Problem soll hier auch nicht näher diskutiert werden (das wäre ein eigenes Thema). Aber es muß für unsere Fragestellung festgehalten werden: Nur unter der Annahme, daß der Mensch zumindestens einen gewissen Handlungsfreiraum besitzt, kann ihm prinzipiell für seine Symptome sowie für Erfolg (oder Mißerfolg) der Therapie die Verantwortung zugewiesen werden; allein unter dieser Voraussetzung ist eine Täter-Theorie überhaupt begründbar, andernfalls wäre der Mensch zwangsläufig Opfer von äußeren Verhältnissen, die ihn schädigten.

Wie das Problem der Willensfreiheit, so soll auch das wichtige -moralische bzw. ethische- Problem der Schuld hier nahezu ausgeklammert werden (auch dies würde den Rahmen des Aufsatzes sprengen). Sondern die Untersuchung wird sich beschränken auf die -jedenfalls grundsätzlich- wertfreie Verantwortungs-Problematik; ohnehin hat die Frage nach der Verantwortung der Frage nach der Schuld vorauszugehen, denn nur wenn man für etwas verantwortlich ist, kann man dafür auch schuldig sein, d.h. Verantwortung ist notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für Schuld.

Die Frage nach der Verantwortung sei für unser Thema der psychischen Symptomatik bzw. Therapie folgendermaßen expliziert:

a) Wer (oder was) hat ein Symptom bzw. eine Störung ursprünglich verursacht (oder auch nicht verhindert)?

Diese Frage zielt also auf die Entstehung der Symptomatik.

b) Wer (oder was) hält das Symptom aufrecht bzw. beseitigt es nicht?

Die Frage b) nach den Gründen der Symptompersistenz betrifft natürlich auch den Therapieverlauf, da durch ein Bestehenbleiben von Symptomen ja gerade ein Therapieerfolg ausgeschlossen ist.

c) Wer ist zuständig für die Symptombeseitigung?

Diese Frage hat einen etwas anderen Stellenwert als die Fragen a) und b); es geht in ihr nicht einfach um Verursachung oder Unterlassung, sondern um darauf bezogene gesellschaftliche Festlegungen und Regeln, speziell betreffend Aufgabe und Tätigkeit eines Psychotherapeuten.

Der genauere Sinn der Fragen a), b) und c) wird im weiteren Verlauf des Artikels noch verdeutlicht werden.

Anders als bei der Problematik von Willensfreiheit und von Schuld ist es für unser Thema unerlässlich, des näheren auf die Unterscheidung von kausaler, funktionaler und teleonomer Genese bzw. Erklärung von Symptomen einzugehen.

Bei der kausalen Betrachtung wird ein Symptom als Wirkung einer ursächlichen Traumatisierung (oder auch eines pathogenen Lernprozesses) verstanden.

Z.B. wird die Depression eines Patienten als eine -unter bestimmten Randbedingungen- zwangsläufige Folge von seelischen Verletzungen des Patienten begriffen.

Man mag darüber diskutieren, ob die Traumatisierung direkt das Symptom Depression erzeugt, oder indirekt den Patienten 'zwingt', eine Depression zu entwickeln; in jedem Fall erfolgt die Symptombildung nach kausaler Auffassung fremdbestimmt, womit dennoch nicht jegliche Willensfreiheit automatisch negiert wird.

Unter funktionaler Sicht wird ein Symptom durch seine Funktion erklärt, d.h. durch den Nutzen, den es einbringt. Dabei konzentriert sich die funktionale Symptomanalyse i. allg. auf die Auf-

rechterhaltung des (seelischen) Gleichgewichts bzw. das (seelische) Überleben; ein Symptom wird somit durch seinen Beitrag zur Gleichgewichtserhaltung bzw. Überlebenssicherung erklärt.

Z.B. kann die Depression eines Patienten funktional so verstanden werden, daß sie bedrohliche Gefühle (etwa Angst oder Schmerz) abdämpft und ihn auf diese Weise psychisch stabilisiert.

Wichtig ist: Die funktionale Erklärung behauptet nicht, der Patient würde depressiv, um damit sein Gleichgewicht zu erhalten, sie verweist nur auf den Stabilisierungs-Effekt des Symptoms.

Dennoch gilt hier -anders als bei der Kausal-Betrachtung- die Symptombildung nicht notwendig als völlig determiniert; und sei es auch nur insofern, daß der Patient auch mit einem anderen Symptom -mit entsprechender Funktion- reagieren könnte.

Nach teleonomer Auffassung sind Symptome zielgerichtet oder sogar zielbewußt; sei zunächst auf Zielgerichtetheit eingegangen.

Dergemäß wird ein Symptom dadurch erklärt, daß es auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet ist, wobei dieses Ziel bzw. die Zielgerichtetheit selbst dem Patienten aber nicht bewußt ist; es muß also ein Unbewußtes angenommen werden, das eigenständig Ziele verfolgt. Als Ziel wird -wie bei der funktionalen Erklärung- die Gleichgewichts- oder Selbsterhaltung angesehen; man kann aber auch von Lustgewinn bzw. Unlustvermeidung als Grundziel ausgehen oder ggfs. speziellere Ziele und Wünsche heranziehen.

Z.B. wird die Depression des Patienten aufgefaßt als gerichtet auf das Ziel, Schmerz zu vermeiden, oder aber auch Befriedigung zu erlangen, etwa durch besondere Zuwendung.

Hier gilt also die Symptombildung als aktive und gezielte -wenn auch un(ter)bewußte- 'Leistung' des Patienten.

Bleibt noch die Möglichkeit, daß man Symptome als zielbewußt interpretiert, d.h. daß der Patient mit der Symptombildung ganz bewußt bestimmte Zwecke und Absichten verfolgt, sei es Selbsterhaltung, sei es Befriedigung von Bedürfnissen o.ä.

Z.B. versetzt sich ein Patient bewußt in eine depressive Stimmung, weil er weiß, daß er dann weniger leidet oder mehr Anteil-

nahme und Beachtung erfährt. Bei anderen Symptomen, etwa Alkohol trinken, um sich zu betäuben, oder gezielt eingesetztem Wein, um Mitleid und Trost zu erhalten, mag die Deutung von Symptomen als zielbewußt plausibler klingen als gerade beim Depressionsbeispiel.

Betrachtet man Symptome als zielbewußt, so bedeutet dies den Höhepunkt der Beteiligung des Patienten an der Symptombildung; in diesem Falle gilt der Patient als der eigentliche Schöpfer bzw. Beherrscher des Symptoms.

Die verschiedenen Sichtweisen der Symptombildung lassen sich einmal als gegensätzliche und rivalisierende Erklärungsansätze verstehen. Zum andern können sie aber auch miteinander kombiniert werden: Erstens in der Form, daß man manche Symptome als kausal bedingt auffaßt, andere als zielgerichtet usw. Oder zweitens, daß man bei einem Symptom verschiedene, kausale, funktionale und teleonome Komponenten unterscheidet; überhaupt muß festgehalten werden, daß jede Symptombildung -als pathologischer Prozeß- letztlich auf eine Traumatisierung (als kausale Ursache) zurückgeht, auch wenn man das Symptom als -von dem Trauma- wenig determiniert begreift.

Die Unterscheidung zwischen kausaler, funktionaler, zielgerichteter und zielbewußter Symptomatik ist deshalb für die Frage nach der Verantwortung so wesentlich, weil sich -streng genommen- nur bei einer Bestimmung der Symptomatik als zielbewußt die Täter-Theorie sinnvoll vertreten läßt.

Denn nur unter der Annahme, daß der Patient seine Symptome bewußt und willentlich erzeugt, um damit bestimmte Ziele zu erreichen, kann man ihm prinzipiell eine Selbstverantwortung dafür zuschreiben.

Diese Problematik wird im weiteren Text noch ausführlich diskutiert werden.

2. TÄTER-THEORIE VS. OPFER-THEORIE

Heute die Täter-Theorie kritisch hinterfragt werden soll, sei sie zunächst näher beschrieben, in Abgrenzung von der Opfer-Theorie.

Die Täter-Theorie geht wie gesagt davon aus, daß ein Patient für seine Symptome selbst verantwortlich ist und im wesentlichen auch für den Erfolg oder Mißerfolg einer Psychotherapie.

Entsprechend den vorausgegangenen Ausführungen müßte die Täter-Theorie dann im Grunde alle Störungen und Symptome als zielbewußt auffassen; denn nur in diesem Fall kann der Patient streng genommen überhaupt verantwortlich sein, nur dann läßt sich argumentieren, daß der Patient seine Symptome ja selbst wolle.

Nun sieht offensichtlich auch die Täter-Theorie ein, daß manche Symptome, etwa psychosomatischer Art, kaum als zielbewußt verstanden werden können.

Solche Symptome betrachtet die Täter-Theorie als zielgerichtet (ohne daß dies i. allg. in dieser Weise reflektiert und expliziert wird), und sie macht den Patienten auch für derartige unbewußt gezielte Symptombildungen verantwortlich.

Man könnte das so erklären, daß ein Patient eben für die Unbewußtheit seiner Symptomziele verantwortlich sein soll, daß er die Verantwortung für seine Verdrängung zu tragen habe.

Außerdem konfrontiert man den Patienten in der Therapie mit seinen (tatsächlichen oder vermeintlichen) Symptomzielen, und indem diese ihm bewußt gemacht werden, gilt er dann jedenfalls als voll verantwortlich.

Es gibt eine Variante der Täter-Theorie, die sogar auf Zielgerichtetheit verzichten kann, und dennoch den Patienten symptomverantwortlich spricht. Und zwar geht es dabei um eine Reinkarnations- und Karmatheorie (im Grunde ein Bündel unterschiedlicher Theorien), die Symptome in diesem Leben quasi als Bestrafungen für Verfehlungen in früheren Leben begreift; nach dieser (esoterischen) Sicht lassen sich Symptome durchaus kausal erklären, und trotzdem bleibt der Patient verantwortlich (weil er selbst durch sein Fehlverhalten in früheren Leben die Ursache seiner

Symptome ist). Allerdings kann in diesem Fall der Patient nur für die Entstehung seiner Symptomatik verantwortlich gemacht werden, nicht für ein Therapie-Versagen; denn wenn sich eine Karmeschuld überhaupt in diesem Leben noch abtragen lässt, dann nur durch Schuldeinsicht und gute Taten, aber kaum durch Therapie.

Im Gegensatz zur Täter-Theorie betrachtet die Opfer-Theorie den Patienten nicht als (voll) verantwortlich und schon gar nicht als schuldig für seine Symptome (jedenfalls normalerweise); und sie lastet ihm auch einen Therapie-Mißerfolg nicht automatisch an.

Entsprechend erklärt die Opfer-Theorie Symptome -zumindestens manche und zumindestens partiell- kausal, d.h. als Auswirkungen von Traumata, die der Patient erlitten hat; sie unterstellt nicht, daß jedes Symptom eine Funktion erfülle oder ein Ziel verfolge, genauso wenig, wie im medizinischen Bereich jedes Symptom, z.B. ein Knochenbruch, funktional oder teleonom zu verstehen sei.

Besonders betreffend die Entstehung psychischer Störungen in frühester Kindheit betont die Opfer-Theorie den kausalen Faktor, jedenfalls zielbewußte Symptombildungen sind ja in einem Alter auch gar nicht möglich, in dem sich noch kein wirkliches Bewußtsein herausgebildet hat.

Aber auch eine Opfer-Theorie schließt eine (teilweise) funktionale oder teleonome Sicht von Symptomen keineswegs aus; dabei ergeben sich allerdings typische Unterschiede zur Täter-Theorie.

Die Täter-Theorie sieht Symptomziele vor allem unter zwei Aspekten:

Erstens: Der Patient will durch das Symptom Unlust vermeiden, z.B. will er sich schmerzhaften Erinnerungen oder bedrohlichen Ängsten nicht stellen. Er ist nicht bereit, der Wahrheit ins Gesicht zu sehen, weicht einer -vielleicht kränkenden- Konfrontation mit sich selbst immer wieder aus. Oder er versucht, sich den Anstrengungen einer Verhaltensänderung zu entziehen.

Jedenfalls praktiziert er ein Vermeidungs- oder Flucht-Verhalten.

Zweitens: Der Patient will aus seinem Symptom Befriedigung zie-

hen; er profitiert von seiner Symptomatik, sie verschafft ihm 'Krankheitsgewinn'.

Z.B. mag der Patient durch seine Störungen Beachtung, Rücksicht und Anteilnahme erhalten, aber auch Macht über andere (indem er sie mit seinen Symptomen unter Druck setzt); er kann vielleicht für längere Zeit 'krankfeiern' usw.

Nach FREUD unterscheidet man zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn; der primäre Krankheitsgewinn ist für die eigentliche Motivation zur Symptombildung von Bedeutung, der sekundäre Krankheitsgewinn meint das, was man gewissermaßen 'mitnimmt', die Vorteile, die nachträglich und zusätzlich aus der Symptomatik gewonnen werden.

Zum psychoanalytischen Begriff des Krankheitsgewinns gibt es einen in etwa vergleichbaren Begriff in der Transaktionsanalyse, nämlich 'Spielgewinn' (BERNE).

Allerdings wird hier mehr auf destruktive Ziele abgestellt: Ein 'Spiel' lässt sich (vereinfachend) bestimmen als ein destruktives Verhaltensmuster, bei dem es darum geht, aus negativen Gefühlen eines anderen ('Spielpartner!') oder aber eigenen negativen Gefühlen Befriedigung zu erzielen, indem man den anderen bestraft (ärgert, verletzt, ängstigt) oder sich selbst bestraft; diese -gleichsam sadistische oder masochistische- Befriedigung gilt dann als Spielgewinn.

Als gemeinsamen Nenner der täter-theoretischen Auffassung von Symptomzielen kann man festhalten: Symptomziele sind nutzlos bis schädlich, und entsprechend auch die Symptome selbst; und wenn ein Symptomziel doch zu bejahen ist -z.B. die Absicht, Zuwendung zu erhalten-, dann ist die Symptombildung jedenfalls ein falscher Weg zur Erfüllung der Absicht.

Pointiert gesprochen ist für die Täter-Theorie der zentrale Zweck der Symptombildung gerade, sich der Eigenverantwortung für sein Leben zu entziehen; um so mehr beharrt die Täter-Theorie dann darauf, den Patienten für seine (selbstgewollten) Symptome verantwortlich zu machen.

Auf Grund der weitgehenden Ignorierung von kausalen Symptomursachen (von denen die Symptome selbst dann nur Ausdruck wären) neigt die Täter-Theorie dazu, die Krankheit mit der Symptomatik zu identifizieren; bzw. besteht die Tendenz, ganz auf den Krankheitsbegriff zu verzichten und die Störungen des Patienten als Fehlverhalten, Fehleinstellungen, Fehlentscheidungen u.ä. zu interpretieren.

Die Opfer-Theorie sieht dagegen als mögliche Symptomziele oder Symptomfunktionen in erster Linie Gleichgewichtserhaltung oder Selbsterhaltung; sie rekurreert auf die Schutzwirkung des Symptoms.

Nach dieser Auffassung haben sich Symptome (soweit nicht rein kausal bedingt) mit der Funktion oder dem Ziel herausgebildet, den Menschen (insbesondere in der Kindheit) bei der Bewältigung schwerer Traumata bzw. traumatischer Schmerzen zu helfen.

Insofern sieht die Opfer-Theorie die Symptomziele als sinnvoll an, eingebettet in einen elementaren -biologisch begründeten- Überlebenstrieb des Organismus.

Aber auch die Symptomatik selbst kann als funktional beurteilt werden; die Symptombildung bedeutet zwar eine gestörte Anpassung, aber eben doch eine Anpassung, ein krankhaftes Gleichgewicht, aber eben doch ein Gleichgewicht.

Ein opfer-theoretisch orientierter Therapeut wird deshalb kaum seinem Patienten die volle Symptomverantwortung aufhalsen; sogar wenn der Patient zielbewußt ein Symptom produziert, wird der Therapeut berücksichtigen, daß dies für den Patienten möglicherweise (z.Z.) notwendig ist oder jedenfalls notwendig war.

Der "Täter-Therapeut" (wie ein Therapeut, der die Täter-Theorie vertritt, abkürzend genannt werden soll), geht davon aus, der Patient könne seine Symptomatik normalerweise willentlich aufgeben, auch wenn dieser es bestreitet.

Ein typischer Satz des Täter-Therapeuten (in einer solchen Situation) ist: "Du kannst nicht, heißt du willst nicht!" Oder: "Du kannst schon, wenn du nur willst!"

Ein Patient, der sich dennoch nicht ohne weiteres verändert, der ausweicht oder keine Einsicht zeigt, wird oft (und sei es auch nur unterschwellig) in einer Weise beurteilt, die kaum wertneutral genannt werden kann.

Er gilt als zu bequem oder gar faul, als ängstlich, ja feige, als unoffen und unehrlich; leicht verdächtigt man ihn, zu anspruchsvoll und verwöhnt zu sein, voller Selbstmitleid und mit zu geringer Frustrationstoleranz; schlimmstenfalls wirft man ihm vor, gemein oder bösartig den Therapeuten zu manipulieren.

Auf jeden Fall zieht der Therapeut den Schluß: Es geht dem Patienten einfach (noch) nicht schlecht genug, sein Leidensdruck ist zu gering, er profitiert zu sehr von seiner Symptomatik.

Anders der "Opfer-Therapeut", der Therapeut, welcher die Opfer-Theorie verficht.

Er sieht im Patienten vor allem den leidenden Menschen; auch wenn sich der Patient destruktiv verhält, erkennt der Opfer-Therapeut doch den dahinter verborgenen Leidensdruck.

Die Symptom-Resistenz eines Patienten erklärt er eher gerade damit, daß es dem Patienten zu schlecht geht, um zu wagen, das Symptom aufzugeben und etwas Neues zu entwickeln.

Ein Vertreter der Opfer-Therapie akzeptiert auch, wenn ein Patient angibt, er könne etwas nicht (und sogar, wenn er sagt, "er wolle etwas nicht"). Der Therapeut wird ihn vielleicht erst recht ermuntern, aufzuhören, gegen das Symptom anzukämpfen; sich vielmehr ganz dem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit zu überlassen, die Erfahrung eines 'surrender' zu machen.

Zwar legen auch manche Täter-Therapeuten Wert auf ein surrend, aber gewissermaßen ein surrend, ihnen selbst gegenüber. Der Patient soll eingestehen, daß er es alleine nicht schafft und so die Hilfe des Therapeuten braucht; es wird von ihm dann aber -als Gegenleistung- erwartet, diese Hilfeleistungen ohne Widerstreben ganz anzunehmen und die Anweisungen des Therapeuten ohne 'wenn und aber' zu befolgen.

In der Täter-Therapie neigt man dazu, den Patienten zu konfrontieren. Vor allem in bestimmten Gruppen-Verfahren ist es gang und gäbe, den Patienten regelrecht 'fertigzumachen', ihn 'auseinanderzunehmen', um ihn so zu zwingen, sein 'wahres Gesicht' zu zeigen oder auch sein Verhalten zu ändern.

Der Täter-Therapeut befürchtet, daß wenn er dem Patienten sehr akzeptierend und freundlich begegnet, er dessen Symptome verstärkt, indem er ihn quasi für seine Symptomatik belohnt; auch will er vermeiden, vom Patienten ausgenutzt und in ein destruktives 'Spiel' verwickelt zu werden.

So fordert er den Patienten immer wieder auf, seine Symptome aufzugeben, sich einfach gegen sie zu entscheiden und neue Verhaltensweisen auszuprobieren bzw. einzuüben.

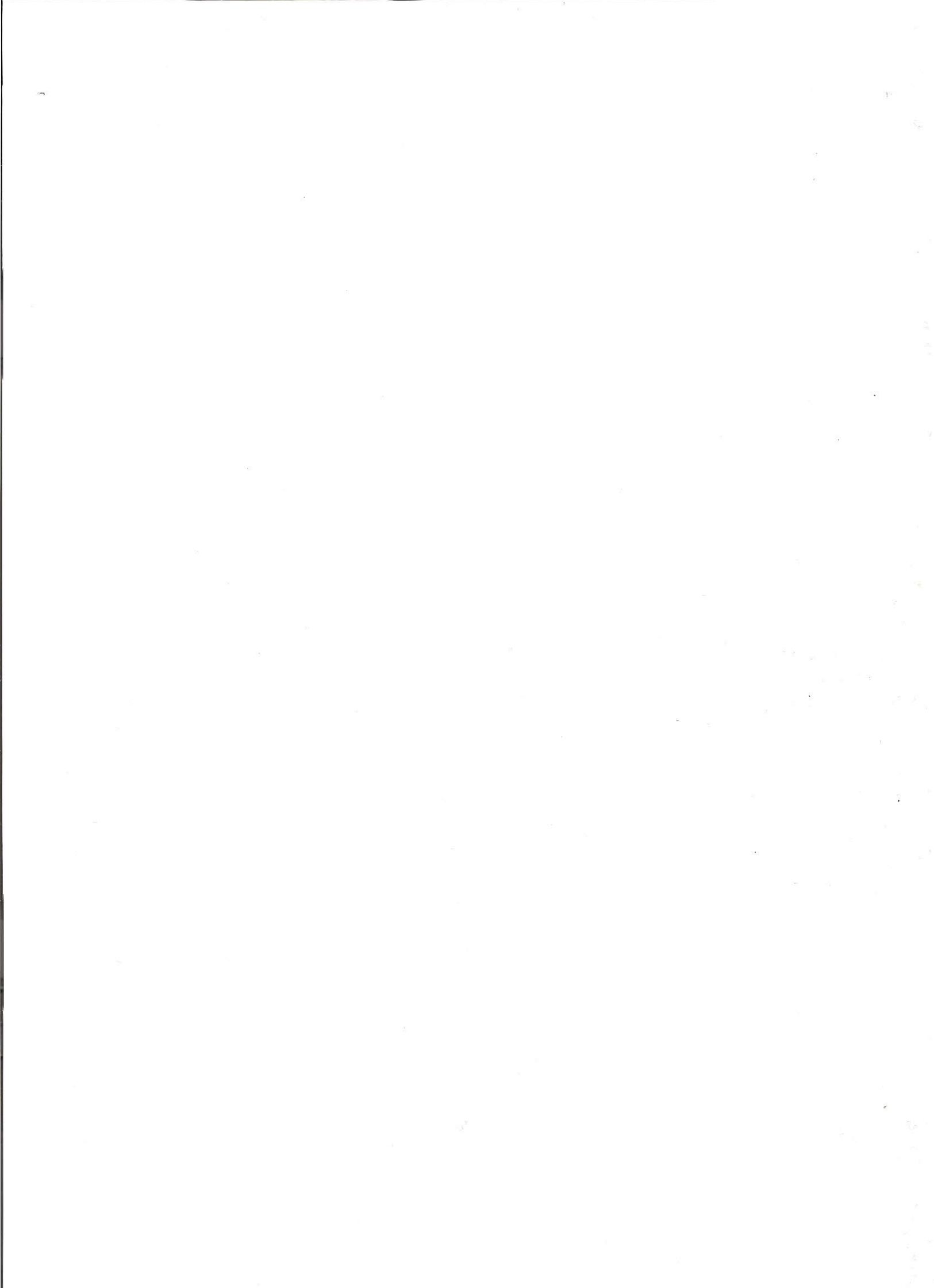
Bei mangelndem Erfolg wird er dem Patienten u.U. mit Therapie-Abbruch drohen und diesen auch vollziehen.

Der Opfer-Therapeut verzichtet i. allg. auf Konfrontation (es sei denn, er spielt bewußt z.B. eine Eltern-Rolle, um einen sonst nicht ansprechbaren Patienten zu provozieren); bzw. 'konfrontiert' er den Patienten eher mit Zuwendung, da dies nach seiner Auffassung den Patienten viel leichter zur 'Öffnung' bringt.

Auch drängt er den Patienten nicht zur Symptomaufgabe; denn er hält es nicht für möglich, seine Symptome einfach 'wegzuentscheiden' bzw. sich für neue Verhaltensweisen zu entscheiden, solange nicht die kausalen Symptomursachen aufgearbeitet sind und die Gleichgewichtserhaltung -auch ohne Symptome- gewährleistet ist. Stattdessen setzt der Oper-Therapeut darauf, Schritt für Schritt die Symptome abzubauen, in dem Maße, wie die Traumatisierungen Stück für Stück aufgearbeitet und integriert werden.

Allgemein lässt sich festhalten: Der Opfer-Therapeut gibt dem Patienten eine gewisse Sicherheit, ja Geborgenheit, in deren Schutz dieser eine Symptomaufgabe und Entwicklung wagt; dabei arbeitet der Opfer-Therapie meistens 'aufdeckend', d.h. der Patient überwindet seine Traumata durch Bewußtwerdung bzw. Wiedererleben.

Dagegen setzt der Täter-Therapeut eher auf eine Verunsicherung des Patienten, und seine Methoden zielen mehr auf eine willentliche Veränderung im 'Hier-und-Jetzt'.



3. WELTANSCHAULICHE HINTERGRÜNDE DER TÄTER-THEORIE

Es lassen sich verschiedene weltanschauliche -um nicht zu sagen ideologische- Hintergründe der Täter-Theorie aufzeigen, die den Täter-Therapeuten selbst -jedenfalls teilweise- wohl gar nicht bewußt sind; allerdings können hier nur kurze Hinweise auf entsprechende Denk- und Glaubenssysteme gegeben werden, ohne zu beanspruchen, diese vollständig und mit ihren vielen (z.T. gegensätzlichen) Aspekten zu erfassen.

Zunächst soll auf religiöse Hintergründe der Täter-Theorie eingegangen werden.

Dabei ist einmal das Christentum von Bedeutung. Der Mensch des Christentums gilt als Sünder, als Schuldiger vor Gott; von daher liegt es dann nahe, Symptome als göttliche Bestrafungen oder wenigstens Prüfungen anzusehen. Der Mensch ist also jedenfalls indirekt für die Entstehung seiner Symptome verantwortlich, vermag aber nur bedingt etwas für ihre Aufhebung unternehmen. Zwar kann er Buße tun, ein gottgefälliges Leben führen und Gott im gläubigen Gebet um Vergebung bitten, aber die Gnade einer Heilung läßt sich nicht erzwingen.

Beim Exorzismus werden die Symptome so interpretiert, daß der Kranke vom Teufel besessen ist und dieser somit ausgetrieben werden muß; dabei gilt der Kranke zumindestens als mitverantwortlich (der Teufel hätte sich ja auch jemand anders auswählen können). Solche Auffassungen mögen von der modernen Theologie relativiert sein, unterschwellig sind sie aber sicherlich noch vorhanden.

Beim Calvinismus, der in Amerika (von wo ja viele neuere Therapien herkommen) -besonders als Puritanismus- weite Verbreitung fand, ist die Anschauung stark ausgeprägt, daß man durch Selbstdisziplin, Selbstzucht u.ä. Probleme (und auch Symptome) überwinden und Erfolge erringen kann, die dann als Beweis für ein gottgefälliges Leben (als göttliche Belohnung) angesehen werden. Auf das Verhältnis zu den Eltern im Christentum -entsprechend dem sechsten Gebot- wird später noch eingegangen.

Während das christliche Gedankengut sich wohl eher unbemerkt in

die Täter-Theorie eingeschlichen hat, haben sich in letzter Zeit viele Therapeuten -auf der Basis der Renaissance östlicher Ideen- ganz bewußt hinduistischen und buddhistischen Gedanken verschrieben. Dabei ist für unser Thema insbesondere die Karma-Lehre von Relevanz, nach der das jetzige Leben -einschließlich Krankheiten und Symptome- durch gute oder schlechte Taten in früheren Leben bestimmt sein soll (worauf ja schon kurz eingegangen wurde). Dementsprechend gilt der Mensch als allemal selbstverantwortlich für seine psychischen oder körperlichen Störungen.

Nicht von ungefähr besteht eine Verwandschaft zwischen Priestern bzw. Pfarrern ('Seel-Sorgern') und Therapeuten, in mancher Hinsicht haben die Therapeuten die Nachfolgeschaft der Geistlichen angetreten.

Täter-theoretisch orientierte Therapeuten neigen nun dazu, auch die moralische Autorität eines Kirchenlehrers zu beanspruchen: Sie geraten leicht ins 'Predigen', erwarten von ihren Patienten gewissermaßen ein Schuldbekenntnis, eine Beichte, nach der sie dann 'Absolution' erteilen (oder auch nicht).

Philosophisch kann man zunächst -in Übereinstimmung mit den genannten religiösen Auffassungen- von einer negativen Anthropologie sprechen; denn der Täter-Therapeut besitzt ein im Grunde pessimistisches Menschenbild: Er geht davon aus, daß ein Mensch sich vor seiner Eigenverantwortung zu drücken versucht, sei es aus mangelndem Mut, Bequemlichkeit o.a. Und hält es daher für seine Aufgabe, den Menschen (als Patienten) -ggfs. durch harte Konfrontation- dazu zu bringen, sich der Verantwortung für sein Leben zu stellen.

Man mag fragen, wie diese Negativ-Anthropologie sich damit verträgt, daß sich viele Täter-Therapien -im Rahmen der sog. Humanistischen Psychologie- auf Gedanken des Humanismus beziehen, der sicherlich ein positives Menschenbild impliziert.

Es liegt hier wohl eine Art 'Zwitter-Humanismus' vor: Einerseits wird die menschliche Freiheit -als Grundidee des Humanismus- herausgestellt. Andererseits wird aber auch keine "Furcht vor

der Freiheit" (FROMM) geduldet; und indem man den Menschen als frei erklärt, macht man ihn gleichzeitig für alles und jedes verantwortlich und verurteilt ihn -in sehr inhumane Weise- für seine Störungen und Symptome (er wird so quasi zum 'Freiwild').

Deutlich ist die Täter-Theorie auch bestimmt durch Auffassungen des Existenzialismus. Wenn SARTRE sagt, "der Mensch ist, wozu er sich macht", dann trifft dies genau den Kern mancher Täter-Anschauung. Für den Existenzialisten zählt nur das Tun, aus freier Entscheidung und in voller Selbstverantwortlichkeit; auch Symptome werden als selbstgewählt angesehen, als Lebensentscheidungen, für die ein Patient keinen anderen verantwortlich sprechen kann.

Hier ergibt sich ein Übergang zum Subjektivismus, dem viele Täter-Therapeuten zuneigen. Einige gehen soweit, daß sie jede Erfahrung, die ein Mensch macht, als von ihm -als Subjekt- so gewollt und bestimmt ansehen. So wird ein Mensch etwa für jeden Unfall, der ihm zustößt, als verantwortlich erklärt, auch wenn ihm ein Stein vom Dach auf den Kopf fällt; seine Störungen und Symptome hat er nach dieser Auffassung natürlich erst recht zu verantworten.

Dieser Subjektivismus impliziert notwendig einen Idealismus, denn nur unter der Annahme, daß der 'Geist' (Gedanken, Wünsche u.a.) die 'Materie' (Welt der Dinge) zu beherrschen vermag, ist eine solche Sichtweise ja überhaupt möglich.

Im folgenden werden Gedanken- und Glaubenssysteme behandelt, die man als Alltags- oder Lebensphilosophien, Erfolgsphilosophie oder Philosophie des 'gesunden Menschenverstandes' bezeichnen kann, ohne daß sie eindeutig von den bisher beschriebenen Anschauungen abzugrenzen wären.

Die Grundüberzeugung dieser Auffassungen lautet: "Alles ist erreichbar" (so auch der Titel eines Buches von RAYMOND HULL). Somit erscheinen auch alle Krankheiten, Symptome und Probleme als überwindbar, wenn man sich nur genügend darum bemüht.

Es wird davon ausgegangen, daß man durch Gedanken-, Wunsch- oder

Willenskraft auf sich selbst, andere Menschen, aber auch die physische Welt in einer Weise einwirken kann, die -rational betrachtet- fragwürdig bis unglaublich ist, im Extrem eindeutig heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen widerspricht; man muß hier von einem vorrationalen bzw. irrational-magischem Denken sprechen, das in enger Verwandschaft zum oben beschriebenen Subjektivismus steht.

Solche Auffassungen sind in viele Täter-Therapien eingegangen, sei es deren Vertretern bewußt oder auch nicht, und im Sog der gegenwärtigen Strömung der Transpersonalen Psychologie -die ja deutlich arational orientiert ist- erfahren sie weiteren Auftrieb.

Am ehesten rational begründbar ist wohl noch die (Über-)Betonung der Willenskraft, wie sie für bestimmte Pionier- und 'Zupack'-Ideologien, für Männlichkeits- und (Einzel-)Kämpfer-Vorstellungen typisch ist, denn eine gewisse Willensstärke ist bei jeder Therapie von Bedeutung.

Nur hier wird die Willenskraft weit überschätzt. Man meint, jemand muß sich nur wirklich 'zusammenreißen', um etwa Symptome (wie Angst) in den Griff zu bekommen; Sprüche wie "wo ein Wille ist, ist auch ein Weg", stehen für diese Auffassung.

Dabei wird übersehen, daß etliche Symptome willentlich nicht aufzulösen, sondern allenfalls überdeckbar sind.

Deutlich magische Züge weist der Glauben an die Wunschkraft auf. Z.B. beschreibt ANDREW OSBORNE in dem Büchlein "Wie man sich heranzieht, was man sich wünscht", daß Menschen durch inniges Wünschen fast automatisch zu Gesundheit, Erfolg und Reichtum gelangen.

Noch mehr Menschen setzen auf die 'Macht des Unterbewußtseins', oder auf die "Kraft positiven Denkens" (PEALE). Sicherlich lassen sich durch derartige (auto)suggestive bzw. (auto)hypnotische Methoden therapeutische Wirkungen erzielen (wenn auch i. allg. wohl nur eine Symptomzudeckung); aber von einer Allmacht der Gedanken (HULL) auszugehen, zeigt doch ein höchst irrationales Weltbild.

All diese Richtungen sind -obwohl nicht unbedingt in USA entstanden- heute doch vor allem in der (stark calvinistisch geprägten) amerikanischen 'Erfolgspsychologie' beheimatet und haben deutlich amerikanische Therapieformen beeinflußt (die dann zu uns kamen).

4. PSYCHOLOGISCHE HINTERGRÜNDE DER TÄTER-THEORIE

Bedenklicher noch als die stark weltanschauliche Bindung der Täter-Theorie -einschließlich ihrer teilweise irrational-ideologischen Komponenten bzw. Herkünfte- muß aber stimmen, daß hinter einer (ausgeprägten) 'Täter-Einstellung'- ungelöste eigene psychische Konflikte bzw. Traumata des Therapeuten stehen dürfen, diesem die Täter-Theorie somit zur Abwehr (Rationalisierung) unverarbeiteter alter Gefühle dient, welche er dafür an seinen Patienten ausagiert.

Allerdings beruht wohl die (bewußte oder unbewußte) Wahl einer mit der Täter-Theorie verbundenen Weltanschauung auf entsprechenden Abwehrprozessen bzw. -strukturen.

Im folgenden sollen einige zentrale Aspekte der Psychodynamik täter-therapeutischen Verhaltens analysiert werden, was indirekt auch eine Analyse der damit zusammenhängenden weltanschaulichen Vorstellungen impliziert.

Der Glaube, im Grunde sei alles durch eigenes Wollen erreichbar, deshalb auch psychische Störungen und Symptome willentlich überwindbar, verweist auf narzißtische Größenphantasien, wie sie in der frühen Kindheit auftreten.

Der Säugling -noch mehr aber der Fetus- erlebt sich in der Symbiose mit der Mutter als omnipotent, da seine Bedürfnisse i. allg. automatisch befriedigt werden (vgl. die Narzißmus-Theorie KOHUTS).

Schon bald kommt es jedoch -gerade bei einer autoritären pathogenen Erziehung- zu Störungen der vollkommenen Befriedigung und damit auch des Allmachtsgefühls; im Gegenteil hat das Kind meistens quälende Ohnmachtserfahrungen zu erleiden (z.B. wenn es 'nach der Uhr' gefüttert wird).

Darauf reagiert es kompensatorisch mit der Phantasie eines eigenen 'Größen-Selbstes' (oder auch mit der Idealisierung von 'Eltern-Objekten').

Der Höhepunkt dieser Entwicklung liegt in der analen Phase (etwa 1. bis 2. Jahr), in der das Kind vor allem durch Zurückhaltung

des Stuhlgangs ein Machtgefühl (gegenüber den Eltern) erfährt. Und gerade diese Phase ist nach der psychoanalytischen Entwicklungstheorie typisch für eine magische Weltauffassung (der Allmacht von Wünschen und Gedanken), wie sie als eine -mit der Täter-Theorie verwandte- irrationale Alltagsphilosophie beschrieben wurde (vgl. z.B. MERTENS).

Dem Omnipotenz-Glauben des Kindes entspricht sein Egozentrismus (PIAGET), d.h. es begreift sich als Mittelpunkt der Welt; diese kindliche Ich-Bezogenheit ist sicherlich in die als Subjektivismus gekennzeichnete täter-theoretische Weltanschauung eingegangen.

Bei normaler Entwicklung wird die Selbstüberschätzung des Kindes (sog. primärer Narzißmus) allmählich zugunsten eines realistischen Selbstbildes abgebaut.

Bei Störung der kindlichen Entwicklungsprozesse kann es aber zu einem sog. sekundären Narzißmus kommen: Dabei wird an der Vorstellung eines 'grandiosen Selbst' festgehalten und dadurch narzistische Kränkungen sowie Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit abgewehrt.

ADLER sprach in diesem Zusammenhang vom kindlichen Minderwertigkeitsgefühl, welches durch ein Machtstreben (über)kompensiert wird.

Man kann annehmen, daß Therapeuten, die sich zur Täter-Theorie bekennen, überdurchschnittlich (häufig bzw. stark) narzistisch gestört sind.

Sie können kaum akzeptieren, daß ein Patient sich seinen Symptomen gegenüber machtlos fühlt und verhält, weil dies an ihre eigenen (verdrängten) Ängste vor Schwäche, vor Unterlegenheit u.ä. führt; deshalb drängen sie den Patienten zur aktiven Bekämpfung der Symptome.

Die Hilflosigkeit eines Patienten gegenüber seinen Symptomen ängstigt den Täter-Therapeuten aber auch noch in anderer Hinsicht: Er befürchtet, mit dem Patienten keinen Erfolg zu haben, zu 'versagen'; oder gar, daß der Patient in einen bedrohlichen Zustand abrutschen könnte (etwa suizidaler oder psychotischer Ge-

fährdung).

Der narzisstische Therapeut ist ja -auch wenn er betont dominant auftritt- im Grunde selbstunsicher.

Von daher tendiert er dazu, sich aus seiner therapeutischen Verantwortung zu schleichen und dem Patienten alle Verantwortung für den Therapieverlauf aufzuhalten.

Manche Therapeuten lassen sich sogar vor Therapiebeginn unterschreiben, daß der Patient die Selbstverantwortung für jegliche Therapieentwicklung übernimmt.

Allerdings, verläuft die Therapie erfolgreich, wird der Täter-Therapeut nicht hintenanstehen, dies -jedenfalls zum großen Teil- als seine Leistung anzusehen und daraus narzisstische Bestätigung (was für ein guter Therapeut er doch ist) zu beziehen.

Ein mangelnder Fortschritt des Patienten, ein Persistieren seiner Symptome, mag den Therapeuten aber nicht nur zu ängstigen, sondern kann ihn auch verärgern, ist nämlich eine narzisstische Kränkung für ihn, der sich gerne als erfolgreicher 'Macher' sieht. Der Patient widersetzt sich anscheinend seinen Bemühungen, er funktioniert nicht so, wie der Therapeut das erwünscht und erwartet, 'verweigert' ihm damit ein Erfolgserlebnis.

Der narzisstische Therapeut hilft zwar einerseits gerne dem Patienten, neigt sogar zu übertriebener Hilfe in Form einer "Retter-Rolle" (BERNE), da er sich dabei überlegen und wichtig fühlt. Schlägt die Hilfe aber nicht an oder wird nicht angenommen, so wandelt sich der 'Retter' sehr schnell in einen 'Verfolger' (BERNE), der den Patienten attackiert oder kühl ignoriert.

Erst recht wird die narzisstische Wut des Therapeuten hervorgerufen, wenn der Patient Forderungen an ihn stellt, ihn kritisiert oder ihm gar die Verantwortung für den ausbleibenden Erfolg anlastet.

Um so mehr beharrt der Therapeut dann darauf, daß der Patient allein für für die Stagnation verantwortlich sei, daß er eben im Grunde gar nicht gesund werden wolle etc.

Ein anderer wichtiger Punkt -betreffend die Verantwortung für die Symptomentstehung- ist das Prinzip der Elternschonung. Vor allem ALICE MILLER hat (in ihrem Buch "Du sollst nicht merken") deutlich gemacht, welche Generalität dieses Prinzip besitzt, wie stark es auch bei Therapeuten (Psychoanalytikern) unbewußt wirksam sein kann.

Fast allen Kindern wird (oder wurde jedenfalls früher) per Erziehung die Einstellung eingetrichtert, die Eltern machten alles richtig; folglich muß es an einem selbst liegen, muß man selbst daran schuld sein, wenn es einem schlecht geht.

Ein Patient, der nicht (mehr) bereit ist, sich selber für seine Störungen verantwortlich zu fühlen, sondern unverblümt seine Eltern anklagt, röhrt an einem Tabu und kann so den Therapeuten zu Gegenreaktionen aufrufen; sei es, daß dieser-in einer Übertragungssituation- sich von den Vorwürfen angesprochen fühlt, sei es, daß er es auch noch nicht gewagt hat, seine Eltern (und wie sie ihn behandelten) ohne jede Beschönigung zu sehen, das Tabu zu brechen.

Damit hängt ein weiterer Punkt zusammen: Es tut zwar weh, sich selbst als schuldig (oder gar schlecht) zu empfinden. Aber dies ist dennoch wohl leichter auszuhalten als die Erkenntnis, daß man als ganz unschuldiges Kind -voller berechtigter Hoffnungen und Erwartungen- ins Leben trat und höchst ungerechterweise, höchst unfairerweise nicht so behandelt wurde, wie man es gebraucht hätte; daß dieses Leid absolut sinnlos war, man es nicht verdient hatte, gerade nichts dafür konnte.

Ehe der Mensch diese chaotische, absurde Wahrheit hinnimmt, ehe er akzeptiert, daß sich seine Symptome ganz einfach auf Grund einer neurotisieren Erziehung (fast ohne sein Zutun) herausgebildet haben, entwickelt er lieber (meistens schon als Kind und oft nur unbewußt oder vorbewußt) die Einstellung, er sei 'nicht o.k.' (BERNE), sei schuldig, und von daher erscheint dann die elterliche Erziehung bzw. die Symptomentstehung als gerecht und sinnvoll. Ein derartige (internalisierte) Einstellung leitet sicher viele Täter+Therapeuten und entsprechend Patienten von diesen.

5. KRITIK DER TÄTER-THEORETISCHEN AUFFASSUNG VON DER VERANTWORTLICHKEIT DES PATIENTEN

Unabhängig davon, daß die Täter-Theorie deutlich weltanschaulich oder ideologisch gebunden ist und teilweise als therapeutisches Abwehrsystem verstanden werden muß, lassen sich verschiedene Sachargumente gegen sie anführen.

Es sei zunächst auf die Entstehung von Symptomen in der Kindheit eingegangen. Zwar mag es noch in etwa plausibel klingen, einen erwachsenen Patienten für die Aufrechterhaltung seiner Symptomatik verantwortlich zu machen. Aber wie kann man ein neugeborenes Baby dafür verantwortlich sprechen, daß es von seinen Eltern durch Alleingelassenwerden, mangelnden Körperkontakt oder gar Mißhandlungen traumatisiert wird und so (direkt oder aber erst später) psychische Störungen entwickelt?

Doch Anhänger einer Täter-Theorie, die sich auf die Reinkarnation- und Karmalehre stützen (z.B. DETHLEFSEN), behaupten, das Neugeborene habe sich seine Eltern selbst ausgesucht und trage deshalb auch schon die Verantwortung für seinen Lebensbeginn. Die Karmalehre -mit ihren vielen Ungereimtheiten- kann hier nicht näher analysiert werden, es sei nur auf ein logisches Grundproblem von ihr aufmerksam gemacht.

Wenn jeder Mensch vollständig für sein Leben verantwortlich sein soll, wie ist dies möglich bei einem Ereignis, an dem mehrere Menschen beteiligt sind? Das Kind muß allein dafür verantwortlich sein, daß seine Eltern es traumatisieren, und die Eltern dafür, daß sie ihr Kind traumatisieren. Es können aber doch nicht beide im Sinne totaler verursachender Verantwortlichkeit betroffen sein.

Neue Argumentationshilfe für Täter-Therapeuten bietet das Buch "Kindheit als Schicksal?" von HEMMINGER, der darin bestreitet, daß ein eindeutiger und beweisbarer Zusammenhang zwischen seelischen Verletzungen in der Kindheit und der (späteren) Entwicklung von Symptomen besteht.

Allerdings ist HEMMINGER anscheinend so darauf fixiert, den Zusammenhang von Kindheitstraumata und psychischer Symptomatik in Frage zu stellen, daß er viele widersprechende Arbeiten ignoriert.

Im folgenden geht es in erster Linie um die Verantwortung für die Aufrechterhaltung von Symptomen (in der Therapie).

Zunächst sei auf die Unterscheidung von kausaler, funktionaler und teleonomer Symptomerkklärung zurückgekommen: Die Täter-Theorie interpretiert Symptome ~~in~~ Vernachlässigung deren kausaler Ursachen- in übertriebener Weise als zielbewußt/-gerichtet, wobei sie auch noch die Symptomziele als destruktiv verkennt, anstatt zu sehen, daß Symptome primär auf Selbsterhaltung gerichtet sind. Deswegen überschätzt sie die Möglichkeiten einer generellen willentlichen Systemkontrolle erheblich.

Realistisch ist es stattdessen, verschiedene Arten von Symptomen nach ihrer Beeinflußbarkeit zu unterscheiden, vor allem eben danach, wie weit sie kausal, funktional oder teleonom bestimmt sind. So dürften Handlungs- oder Verhaltens-Symptome (z.B. Nägelkauen) am ehesten willentlich steuerbar sein; schwieriger sieht es schon mit Einstellungs-Symptomen aus (z.B. Negativismus). Gefühls-Symptome (jedenfalls bestimmte wie z.B. Angstanfälle) lassen sich nur höchst begrenzt vom Willen regeln und Körper-Symptome (z.B. Kopfschmerzen) im Grunde gar nicht.

(Neuro-)Physiologisch kann man definieren: Symptome, die vom Zentralnervensystem gesteuert werden, sind eher willentlich kontrollierbar als solche, für die das vegetative Nervensystem zuständig ist (dieses heißt ja nicht umsonst auch autonomes Nervensystem, gerade weil es in Autonomie vom Willen und auch weitgehend vom Bewußtsein arbeitet).

Wenn jemand versucht, ein vegetatives Symptom, z.B. Erröten, durch Willenskraft abzustellen, tritt gar kein Erfolg oder aber sogar ein verstärktes Erröten auf. Dieser Sachverhalt ist insbesondere von Suggestions-Therapeuten untersucht worden, die das so erklären, daß eine Erwartung (zu erröten) einen widerstrebenden Willen (nicht zu erröten) dominiert. In der Logotherapie nach FRANKL nutzt man die Symptomverstärkung durch Willensanstrengung aus, indem man den Patienten gerade das Gegenteil (zu erröten) anzeigen läßt ("paradoxe Intention"). Deutlich kontrollierbar (bzw. unterdrückbar) sind vegetative Symptome aber nur durch Suggestion, Hypnose oder Bio-Feedback.

Unabhängig von der mangelnden willentlichen Steuerbarkeit bestimmter Symptomformen gilt, daß bei psychischen Störungen generell die Willens- und Handlungsfreiheit eingeschränkt ist (was eben gerade einen Teil der Krankheit ausmacht).

Allgemein gibt es bei neurotischen Störungen einen 'Wiederholungszwang', d.h. der Patient wiederholt immer wieder symptomhafte Verhaltensweisen, da er immer wieder neu traumatische Situationen und Konstellationen seiner Kindheit symbolisch inszeniert; diese Kindheitsinszenierungen lassen sich in unterschiedlicher Weise interpretieren, als eine Form von Abwehr, aber ebenfalls als -allerdings erfolgloser- ständiger Selbstheilungsversuch.

Auch kann man einen Neurotiker so charakterisieren, als ob er gleichsam hypnotisiert und damit sein Eigenwille ausgeschaltet (oder reduziert) sei, als ob er unter posthypnotischem Zwang, in posthypnotischem Auftrage handele.

Hier ist vor allem an destruktive elterliche 'Botschaften' oder Befehle (Gebote/Verbote) zu denken, denen der Patient -ohne sich dessen bewußt zu sein- auch als Erwachsener noch immer folgt.

Das Gesamtsystem kognitiver und normativer elterlicher Einflüsse (die das Kind übernimmt) wird in der Transaktionsanalyse "Skript" (oder 'unbewußter Lebensplan') genannt.

Z.B. können die Eltern dem Kind (auch selbst unbewußt) eingeimpft haben, es werde im Leben nie Erfolg haben, und das geschähe ihm ganz recht, weil es schlecht (''nicht o.k.'') sei.

Ein solches destruktives Lebensskript verbietet dem Patienten auch, seine Therapie erfolgreich abzuschließen, und er wird wahrscheinlich -ohne es zu wissen und zu wollen- dagegen intervenieren.

Dies alles dürfte deutlich machen, daß es doch recht naiv ist, wenn etwa MARY und ROBERT GOULDING -als Vertreter der "Neuent-scheidungstherapie"- ihre Patienten auffordern, sich einfach dafür zu entscheiden, keine Symptome (mehr) zu haben.

Da dürfte z.B. JANOV eher recht haben, der betont, daß neurotische Störungen -gerade auf Grund ihrer Verwandschaft mit Hypnotisierungen- nur durch Aufdeckung und Bewußtmachung therapierbar sind.

Je nach Symptom-Typ hat ein Patient besondere Einschränkungen der Willensfreiheit.

So ist ein Zwangsneurotiker -schon per definitionem- kaum oder gar nicht in der Lage, seine Zwangssymptome abzustellen (solange deren Ursachen nicht aufgearbeitet wurden).

Auch Suchtkranke können niemals nur durch Willenskraft ihr Suchtverhalten aufgeben (wenn auch sicherlich eine gewisse Willensstärke der Therapie förderlich ist).

Geht man primär vom vegetativen Nervensystem aus (bei dem man zwischem dem auf Verbrauch ausgerichteten Sympathikus-Nervenstrang und dem auf Erholung und Aufbau ausgerichteten Parasympathikus-Nervenstrang unterscheiden kann), so läßt sich bestimmen: Patienten mit gesteigerter Sympathikus-Wirkung, die zu aktiven Konfliktreaktionen, zu Kampf- und Fluchtverhalten neigen, können eher willentlich gegen ihre Symptome vorgehen als Patienten, bei denen der Parasympathikus dominiert, und die entsprechend mit Passivität, Depression, Schock, Erstarrung u.ä. auf Traumata und Konflikte reagieren (vgl. zu diesen 'vegetativen Typen ALEXANDER').

Erst recht bei psychotischen Patienten ist die Einschränkung der Willensfreiheit besonders stark. Es wäre völlig unrealistisch, etwa von einem Schizophrenen zu verlangen, er solle willentlich seine Halluzinationen abstellen, oder von einem Paranoiker, er möge sich doch gegen seine Verfolgungsideen entscheiden.

Man kann zwar verschiedener Auffassung darüber sein, ob Psychosen letzte verzweifelte, dennoch zielgerichtete Abwehrmaßnahmen sind oder kausal gerade durch eine Überlastung bzw. einen Zusammenbruch der Abwehr verursacht werden. Jedenfalls sind Psychosen keine zielbewußten, per Willen kontrollierbaren Symptombildungen.

Dies wird i. allg. heute auch akzeptiert, (wobei zu fragen ist, inwieweit man diesbezüglich eine Grenze zwischen Psychotikern und Neurotikern ziehen darf, wie das häufig geschieht).

Um so mehr muß irritieren, wenn in der Transaktionsanalyse Psychosen als 'Spiele dritten Grades' diskriminiert werden, für die der Psychotiker dann volle Verantwortung zu tragen hat; eine solche Haltung muß wohl zynisch genannt werden, ohne Sensibilität für das tiefe Leiden eines Psychotikers.

6. KRITIK DER TÄTER-THEORETISCHEN AUFFASSUNG VON DER NICHT-VERANTWORTLICHKEIT DES THERAPEUTEN

Bisher wurde kritisiert, daß die Täter-Theorie den Patienten für Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Symptomatik (allein) verantwortlich macht, daß sie zu Unrecht behauptet, der Patient erzeuge seine Symptome (rein) willentlich und könne sie somit auch per Willensentscheidung wieder aufgeben.

Damit sind zwei -Entstehung, Aufrechterhaltung- der drei anfangs genannten Kriterien für Symptom-Verantwortung untersucht. Es bleibt die Frage nach der -gemäß sozialen und rechtlichen Regeln bestimmten- Zuständigkeit für die Symptom-Entwicklung in der Psychotherapie: Soll der Patient für den Therapie-Erfolg zuständig sein (obwohl er -wie oben aufgezeigt- seine Symptome kaum willentlich abstellen kann)? Oder ist dies die Zuständigkeit des Therapeuten?

Hier sei ganz klar dafür plädiert, daß in erster Linie der Therapeut dafür zuständig ist, die Symptomatik des Patienten zum Schwinden zu bringen. Denn genau das ist sein Beruf. Der Therapeut ist gewissermaßen Fachmann für die Beseitigung psychischer Störungen, und der Patient kann von ihm -erst recht bei den hohen Honoraren, die der Therapeut i. allg. verlangt- fachmännische Arbeit fordern. Allgemein wird man die Qualität eines Therapeuten danach beurteilen, inwieweit seine Patienten Besserungen erreichen. Dieser Berufs-Verantwortung darf sich der Therapeut nicht entziehen, wie es offensichtlich durch die Täter-Theorie versucht wird.

Der Therapeuten-Beruf ist sogar ein besonders verantwortlicher, da er es mit Gesundheit und Krankheit von Menschen zu tun hat. Er ist insofern eigentlich nur mit dem Beruf des Arztes zu vergleichen (wie ja ohnehin eine 'Ganzheitstherapie' zugleich Psycho- und Somatotherapie umfaßt).

Beim Arzt ist es fraglos anerkannt, daß er für die medizinische Therapie verantwortlich ist, und man kann ihn ggfs. -bei einem regelrechten 'Kunstfehler'-gerichtlich belangen. Entsprechend ist der Psychotherapeut verantwortlich, zumindestens muß erwartet werden, daß er den Patienten nicht (zusätzlich) schädigt.

Das ist aber bei täter-therapeutischem Vorgehen nicht gesichert. Den Patienten aufzufordern oder gar zu drängen, willentlich gegen seine Symptome vorzugehen, bleibt oft - eben auf Grund des verkannten Mangels an Willens-Beeinflußbarkeit - einfach wirkungslos. Es kann den Patienten aber auch schädigen und seinen Zustand verschlechtern.

Zwar mag es sein, daß der Patient sich daraufhin symptomärmer verhält und sich sogar auch selbst besser fühlt, selbst von der Therapie überzeugt ist.

Häufig werden dabei aber die Symptome nur überdeckt, die Abwehr wird verstärkt und abgedichtet, der Patient ist jetzt gewissermaßen ein 'eingebildeter Gesunder', und damit weiter von seiner psychischen Realität entfernt als zuvor.

Insbesondere JANOV hat darauf hingewiesen, daß sich Patienten ganz entspannt fühlen können, gerade weil sie total abgewehrt sind, während (neuro)physiologische Untersuchungen (von Blutdruck, Gehirnströmen usw.) einen hohen Spannungszustand von Körper und Gehirn nachweisen.

Hier besteht dann immer die Gefahr einer Symptomverschiebung, d.h. daß ein neues (meistens schwereres) Symptom auftritt. Die Symptomverschiebung wird zwar von vielen (Täter-)Therapeuten bezweifelt; sie berücksichtigen dabei aber meistens nicht, daß ein neues Symptom sich zunächst 'unsichtbar' entwickeln kann oder überhaupt - etwa bei einer Somatisierung - gar nicht als 'psychisches' Symptom erkannt wird.

Jedenfalls wenn man davon ausgeht, daß durch eine Symptomunterdrückung der Neurose ein (Spannungs-)Ventil entzogen wird, muß man erwarten, daß sich der Druck (der verdrängten Gefühle) ein neues Ventil schaffen wird.

Insbesondere für Patienten, die schon immer mit Willenskraft (vergeblich) gegen ihre Symptome ankämpften, ist eine Fortsetzung dieses Weges genau falsch. Sie brauchen gerade eine Willensaufgabe, ein 'surrender', müssen lernen, ihre Symptome zunächst einmal anzunehmen, um sie dann allmählich Stück für Stück aufzuarbeiten und so zu überwinden.

Erst recht ist es problematisch, wenn der Therapeut versucht, Patienten durch harte Konfrontation zur Symptomaufgabe zu bewegen.

Zwar kann es sein, daß so Abwehrmechanismen durchbrochen werden und dem Patienten bisher verdrängte Gefühle und damit neue Verhaltensweisen verfügbar werden. Aber kaum auf Dauer. Denn der Patient reagiert ja gezwungen, er hat sich nicht wirklich freiwillig dafür entschieden und übernimmt deshalb auch gerade nicht die Eigenverantwortung für dieses Verhalten.

Wahrscheinlich wird es nach kurzem wieder abgewehrt, ganz anders, als wenn er es sich -in einem selbstregulativen Prozeß- eigenständig erarbeitet hätte.

Außerdem besteht die Gefahr, daß der Patient das Vertrauen zum Therapeuten verliert und einen Widerstand gegen ihn aufbaut. Und das zurecht. Die meisten Patienten haben ja gerade Probleme, weil sie als Kinder ständig kommandiert, kritisiert, attackiert u.ä. wurden. Wie soll ihnen da eine Fortsetzung dieser Prozeduren etwas helfen?

So protestieren sie wütend, ziehen sich enttäuscht zurück, oder allerdings -im schlimmsten Falle- passen sie sich aus Angst den Erwartungen des Therapeuten an. (was dann als Erfolg mißdeutet werden mag). Jedenfalls sind sie nun auch therapie-geschädigt.

Vor allem ist es zu kritisieren, wenn ein Therapeut mit stark konfrontativ-manipulativen Techniken einen Patienten aus dem Gleichgewicht bringt, und diesen dann für seinen (u.U. desolaten) Zustand selbst verantwortlich macht.

Am schlimmsten sind manche 'Reisende in Sachen Therapie', oft gerade mit Star- und Guru-Image, die die Patienten an einem 'weekend' aufreißen, und sie sie dann sich selbst überlassen.

Aber auch sonst gibt es leider auf dem Psychomarkt genügend 'Therapeuten', die -unzureichend ausgebildet und voll eigener unaufgearbeiteter Konflikte- zuvorderst am Patienten -als Prügelknaben- ihre alten Gefühle abreagieren. Und diesen mit fehlerhaften, ideo-logischen, rationalisierenden Ideen indoktrinieren, ihm ihr eigenes 'falsches Bewußtsein' einzupfen versuchen.

Generell lässt sich konstatieren: Der Therapeut ist in hohem (wenn auch nicht ausschließlich) Maße für den Therapie-Erfolg verantwortlich, denn es ist seine Aufgabe und Funktion, den Patienten zu therapieren. Sonst könnte dieser das ja gleich selbst tun. Viele Täter-Therapeuten versuchen diese Berufs-Verantwortung zu umgehen, indem sie sich nicht als Therapeuten ausgeben (sondern als 'Berater', 'Begleiter', 'Trainer' u.ä.) und entsprechend den Patienten als 'Klienten', als 'Mensch mit Problemen' bestimmen. Zwar gibt es auch berechtigte Argumente für eine Relativierung des Krankheitsbegriffes (in der Psychotherapie), zwar bieten manche Therapeuten ausdrücklich nur 'Therapie für Gesunde' (im Sinne von Psycho-Trainings) an, aber oft ist dies nur ein Trick, der Verantwortung auszuweichen.

Insbesondere, wenn Therapeuten trotz deutlicher Therapie-Fehler auf ihre Nicht-Verantwortlichkeit pochen, ist das eine Verantwortungslosigkeit. Ein Therapeut bedarf eines ernsthaften Berufs-Ethos, was die Verantwortungs-Bereitschaft miteinschließt. Er kann nicht einfach -in narzißtischer Selbstgerechtigkeit und Egozentrik- davon ausgehen, der Patient sei eben 'an allem schuld'; das wäre narzißtischer Mißbrauch des Patienten. Die Täter-Theorie dreht die Problematik genau um: Denn das Hauptproblem ist nicht, daß der Patient sich der Verantwortung entzieht, sondern daß gerade der Therapeut das tut.

Pointiert formuliert: Wenn die Therapie dazu führt, daß sich der Patient (allein) verantwortlich (oder gar schuldig) für seine Symptome fühlt, ist sie gescheitert. Sie war dann nichts anderes als die Fortsetzung einer krankmachenden Erziehung mit anderen Mitteln. Der Patient hat jetzt endgültig eine negatives Selbstbild verinnerlicht, er konnte sich gerade nicht -wie es eine echte Therapie leisten müßte- von ungerechtfertigten elterlichen Beschuldigungen und Verurteilungen befreien (vgl. ALICE MILLER). Insofern ist er auch nur zu einer Pseudo-Selbstverantwortung gelangt, denn eine wirkliche, reife Selbstverantwortung ist erst auf der Basis von Loslösung von den Eltern, innerer Unabhängigkeit und positivem Selbstgefühl möglich.

7. INTEGRATION VON TÄTER-THEORIE UND OPFER-THEORIE

Die Kritik an der Täter-Theorie ist nicht so zu verstehen, als solle hier einer totalen Opfer-Theorie das Wort geredet werden. Eine ausgeglichene Therapie muß Opfer- und Täter-Aspekte berücksichtigen, sie beinhaltet idealerweise eine Integration von Opfer- und Täter-Theorie.

Nur scheint (derzeit) die Gefahr einer Überbetonung der Täter-Auffassung zu überwiegen, und auf diese konzentrierte sich deshalb die kritische Analyse.

Damit sollen Probleme einer reinen Opfer-Therapie aber nicht übergangen werden.

So gibt es in der Tat Patienten, die soviel Gewinn aus ihrer Symptomatik ziehen, daß sie nicht ehrlich bereit sind, sich auf das mühsame und schmerzhafte 'Geschäft' einer Therapie einzulassen.

Manche mißbrauchen die Therapie wirklich als 'neurotisches Spiel', finden z.B. Befriedigung darin, den Therapeuten immer wieder 'abblitzen' zu lassen, rächen sich an ihm für die Ablehnung, die sie selbst in der Kindheit erleiden mußten; etwa der Typ des Patienten, der immer wieder sein Leid klagt und um Hilfe oder Ratschläge bittet, die aber grundsätzlich niemals annimmt. In solchen Fällen mag auch der beste Therapeut mal keinen Erfolg erzielen können, und es wäre völlig verfehlt, ihm dafür die ganze Verantwortung zuzuschieben.

Andere Patienten zeigen einen weniger aggressiven, dennoch nicht leichter aufzulösenden Widerstand.

So erwarten manche vom Therapeuten Wunder, sie wollen von ihm ohne jede eigene Anstrengung geheilt werden. Dabei verstehen sie unter Heilung, daß sie einfach ihre Symptome loswerden, ohne sich selbst verändern zu müssen; sie möchten im Grunde nur ihr Abwehrsystem gestopft bekommen.

Oder Patienten wollen vom Therapeuten ständig bemitleidet und benutzt werden, was zwar ein legitimes Bedürfnis ist, sie aber möglicherweise an ihren Symptomen festhalten läßt.

Bei solchen Patienten ist der Therapeut gut beraten, -nach täter-therapeutischer Manier- vorsichtig mit Zuwendung umzugehen.

Denn hier droht tatsächlich die Gefahr einer Symptom-Verstärkung durch Symptom-'Belohnung'.

Außerdem muß der Therapeut falschen Trost vermeiden, Schmerz und Angst des Patienten dürfen nicht weggetrostet werden, anstatt daß dieser sie fühlend aufarbeitet.

Auch ist es ggfs. berechtigt, den Patienten zu Verhaltensänderungen aufzufordern. Allerdings weniger mit der Intention, dadurch anhaltende Verhaltenskorrekturen zu erreichen, sondern mehr, um beim Patienten -durch ein solches 'Als-ob-Verhalten'- Gefühle frei zusetzen, die vorher durch das Verhaltens-Symptom gebunden waren.

Generell gilt: Der Patient muß sich entscheiden, ob er seinen Krankheitsgewinn behalten oder seine Symptome loswerden will; er kann nicht beides haben ('man kann den Kuchen nicht aufheben und essen').

Und er muß bereit sein, sich in der Therapie einzusetzen.

Obwohl er kaum für seine Symptome verantwortlich ist, obwohl er letztlich das Opfer seiner Eltern war (die ihrerseits allerdings auch Opfer waren), darf er sich nicht darauf ausruhen; es nützt ihm nichts, daß er nicht schuldig ist, er hat sich dennoch mit voller Kraft für seine 'Befreiung' zu engagieren.

Diese Haltung bedeutet echte Selbstverantwortung; ansonsten bleibt ihm nur die Unmündigkeit einer ewigen 'Revolte' oder Anpassung.

Patienten, die ihre Therapie regelrecht sabotieren, die man -wenn auch mit Einschränkung- wirklich als 'Täter' ihrer Symptomatik bezeichnen könnte, stellen sicher eine Minderheit dar.

Zwar gibt es außerhalb von Therapien wohl viele Menschen, die ihre Symptome vorwiegend mit Lustgewinn verwerten (z.B. in Form von 'Spielchen-betreiben') und die nicht genügend Motivation, Mut und Ehrlichkeit besitzen, um sich von ihren Symptomen zu lösen. Aber wer als Patient eine Therapie aufsucht, steht normalerweise unter einem solchen Leidensdruck, daß er durchaus willens ist, an sich zu arbeiten, und ohne Erfolgsgarantie.

Doch auch Patienten, die sich renitent und destruktiv verhalten, sollte der Therapeut nicht einfach verurteilen.

Denn hinter einer solchen Haltung steht ja letztlich ein Leiden; mancher hat vielleicht zu furchtbarem mitgemacht, um bereit zu sein, sich ihm zu stellen.

Jeder Patient hat das Recht, nicht an sich zu arbeiten (wenn dann -auf Dauer- die Therapie allerdings sinnlos wird).

Aber der Therapeut sollte keineswegs vorschnell einen Patienten wegen 'Uneinsichtigkeit' abschreiben.

Ein Therapeut ist ja nicht allwissend, er kann sich irren; seine 'Einsicht' (die ja immer eine nur vermutende Interpretation bleibt) mag auf den Patienten nicht zutreffen und von diesem zu- rech zurückgewiesen werden. Vielleicht kann er sich gar nicht wirklich in den Patienten hineinversetzen.

Ein Patient (jedenfalls ein fortgeschrittener) weiß oft selbst am besten, was für ihn richtig ist und stimmt.

Ganz abgesehen davon, daß sich Störungen und Symptome eben nicht automatisch Einsichten beugen und sofort auflösen.

Vor allem ist aber doch folgendes zu bedenken: Eine Therapie soll dazu führen, daß der Patient gebessert oder geheilt wird.

Was ist denn dann eigentlich damit gewonnen, wenn der Therapeut nach einer erfolglosen Therapie 'seine Hände in Unschuld wäscht' und verkündet, 'der Patient wollte eben nicht gesund werden? Doch gar nichts. Das Therapieziel ist nicht erreicht.'

Kann die Erklärung dafür wirklich in einer Verurteilung des Pa- tienten bestehen? Das allein wäre doch zu einfach und oberfläch- lich.

Selbst angenommen, der Patient wollte sich tatsächlich nicht ändern. Warum wollte er das nicht? Macht das nicht vielleicht gerade seine Gestörtheit aus? Wollte er nicht, weil er nicht konnte (und nicht -wie ein Täter-Therapeut sagt-: Konnte er nicht, weil er nicht wollte.)?

Und hätte sich der Patient -wäre man besser auf ihn eingegangen- nicht doch verändern können und wollen?

Die täter-therapeutische Verurteilung von Patienten birgt die Gefahr eines großen Rückschritts in sich. In Zeiten, in denen Menschen mit psychischen Störungen kriminalisiert und verfeindet wurden, man sie als bösartig und sündig anprangerte und mit rigorosen 'Therapie'-Methoden zu 'bessern' suchte.

Das kann doch nicht das Ziel von Therapien sein, die sich größtenteils auf die Humanistische Psychologie beziehen. So wird die humanistische Idee von der menschlichen Freiheit doch -als Verfolger-Strategie- pervertiert.

Und der vermeintliche Fortschritt, Patienten nicht mehr als Kranke angeblich zu bevormunden, sondern ihnen als 'mündigen' Menschen Selbstverantwortung zuzugestehen, erweist sich als Bumerang.

Es ist Zeit -für die Humanistische Psychologie und verwandte Schulen- mit einem neuen Dogma aufzuräumen: Dem Dogma, daß der Patient -wie ein Täter- für seine psychischen Störungen und Symptome sowie den Therapie-Verlauf voll verantwortlich sei, dagegen der Therapeut keine Verantwortung trage.

Die Täter-Therapeuten sollten aufhören, auf die Patienten zu projizieren, diese wollten sich ihrer Verantwortung entziehen, während in Wirklichkeit sie das meistens gerade selbst tun.

Therapeuten sind keine Supermenschen, der Patient kann von ihnen keine Wunder und keine Fehlerlosigkeit verlangen.

Aber kann erwarten, daß sich der Therapeut seiner Berufs-Verantwortung stellt und berechtigten Ansprüchen auf seine fachliche Qualifikation und Leistung nicht ausweicht.

LITERATUR-AUSWAHL

- ALEXANDER, F.
- BERNE, E.
- BÜHLER, C./
ALLEN, M.
- DETHLEFSEN, T.
- FREUD, S.
- FROMM, E.
- GOULDING, M./R.
- HEMMINGER, H.
- HULL, R.
- JANOV, A./
HOLDEN, E. M.
- KOHUT, H.
- MERTENS, W.
- MILLER, A.
- PEALE, N. V.
- PIAGET, J.
- SARTRE, J.-P.
- SCHEIDT, J. v.
- STEGMÜLLER, W.
- STÖRIG, H. J.
- Psychosomatische Medizin. Berlin 1951.
 - Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen. Reinbek bei Hamburg 1970.
 - Einführung in die humanistische Psychologie. Stuttgart 1974.
 - Schicksal als Chance. München 1979.
 - Gesammelte Werke. U.a.: Hemmung, Symptom und Angst. 1926. G.W. XIV.
 - Die Furcht vor der Freiheit. 3. A., Frankfurt 1970.
 - Neuentscheidungstherapie. Stuttgart 1981.
 - Kindheit als Schicksal? Die Frage nach den Langzeitfolgen frühkindlicher seelischer Verletzungen. Reinbek bei Hamburg 1982.
 - Alles ist erreichbar. Die persönliche Erfolgsschule. München 1970.
 - Das neue Bewußtsein. Frankfurt (Main) 1977.
 - Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt (Main) 1973.
 - Psychoanalyse. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981.
 - Du sollst nicht merken. Variationen über das Paradies-Thema. Frankfurt (Main) 1981.
 - Die Kraft positiven Denkens. Thalwil-Zürich (ohne Jahresangabe)
 - Das Weltbild des Kindes. Stuttgart 1978.
 - Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie, Hamburg 1962 (erste vollständige dtsc. Ausgabe)
 - Wiedergeburt. Geheimnis der Jahrtausende. München 1982.
 - Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. Bd. I: Wissenschaftliche Erklärung und Begründung. Berlin, Heidelberg, New York 1969.
 - Kleine Weltgeschichte der Philosophie. Bd. I, II. Frankfurt (Main) 1969.