

# Therapeutische Identität: Der Beitrag der Lindauer Psychotherapiewochen

**Prof.Dr. Gerd Rudolf**

Vortrag am 23. April im Rahmen der  
60. Lindauer Psychotherapiewochen 2010 (www.Lptw.de)

## 1. Einleitung

Dies ist heute der fünfte Versuch, sich dem Thema Identität anzunähern. Nach den gesellschaftlichen, entwicklungspsychologischen, körperlichen, psychischen und sexuellen Aspekten werden wir heute die therapeutische Identität diskutieren. Ähnlich wie die Vorrednerinnen und Vorredner werde ich zunächst einige allgemeine Bemerkungen zu dem Identitätsbegriff machen, ehe ich mich dem speziellen Thema der therapeutischen Identität zuwende. Im zweiten Teil des Vortrags werde ich mich damit beschäftigen, was die Lindauer Psychotherapie Wochen in den zurückliegenden 60 Jahren ihres Bestehens zur Entwicklung einer therapeutischen Identität beigetragen haben.

Der Begriff Identität hat im Laufe seiner Geschichte verschiedene inhaltliche Bestimmungen und unterschiedliche Akzeptanz erfahren, so wie das bei vielen psychoanalytischen Begriffen der Fall ist. Genau besehen, lassen sich solche Entwicklungen bei vielen sprachlichen Formulierungen

beobachten, die ja über die Zeit hinweg ihre Bedeutung verändern: Anfangs erscheint ein solcher Begriff präzise und eindeutig. Danach fasziniert er möglicherweise durch seine breite Verwendbarkeit. Darin liegt aber bereits das Risiko zunehmender Unschärfe und Verflachung, so dass es schließlich geschehen kann, dass er ganz aufgegeben und durch neue, nun wieder präzisere Begriffe ersetzt wird. Möglicherweise bleibt er aber im unverbindlichen Sprachjargon erhalten, bis er schließlich irgendwann in einer neuen Bedeutungsnuance eine Wiederbelebung erfährt.

Der Begriff Identität hat alles das schon durchgemacht und ist immer noch, oder schon wieder, lebendig. Seine beste Zeit hatte er in den 60er Jahren unter dem Einfluss der Arbeiten von Erikson, der ein psychoanalytisch-intrapsychisches und zugleich sozialpsychologisches Verständnis des Identitätsbegriffs entworfen hatte. Später wurde dieses Konzept von psychoanalytischer Seite kritisiert, weil es dem sozialen Außen zuviel Gewicht gab. Umgekehrt wurde der Identitätsbegriff in der Gender-Debatte bezogen auf die Geschlechtsidentität infrage gestellt, weil er den sozialen Einflüssen zu wenig Bedeutung zugemessen hatte. In den 90er Jahren war er psychoanalytisch nahezu ganz aufgegeben, weil der zunehmend populäre Begriff des Selbst ihn inhaltlich überflüssig zu machen schien. Die OPD Struktur hat den Identitätsbegriff wieder aufgegriffen (Identitätserleben als Ergebnis von Selbstreflexion) und neuerdings taucht er auch in den Planungen zu DSM-V auf, wo er als self identity ein Kriterium der personality integration sein soll.

## **2. Persönliche Identität**

Identität ist das sich selbst gleich Seiende. A ist gleich A, lautet der Satz der Identität in der griechischen Philosophie und Heidegger betont ihn so: „A IST A“. Er findet darin das Sein des Seienden A ausgedrückt, gelangt also zu einer ontologischen Aussage. Aus der psychologischen Sicht eines menschlichen Subjekts ist Identität die „als Selbst erlebte innere Einheit der Person“ (lt. Duden). „Ich habe ein Gefühl von Identität“ heißt „ich bin ich selbst, ganzheitlich, zugleich psychisch, körperlich und sozial, und ich bin über die Zeit hinweg ich selbst“.

In dem vorigen Vortrag (Pfäfflin) wurde die Vermutung geäußert, dass das Reden von Identität auf einen Zweifel hinweist. Es gibt Menschen, die glauben an eine unverbrüchliche Identität, und es gibt andere, die daran zweifeln. Heinrich von Kleist ist einer, der seine Leser und Zuschauer zweifeln macht: War es der Gatte Amphytrion, mit dem Alkmene ein Beilager hielt, oder war es ein verkleideter Gott? Ist Adam im zerbrochenen Krug der Richter oder der Angeklagte der Gerichtsverhandlung? Ist die Marquise von O ein unschuldiges, junges Mädchen oder eine schwangere Frau? Ist Käthchen von Heilbronn ein unglückliches Kind, das sich aus

Liebesenttäuschung in den Tod stürzt und in diesem Augenblick ihre Sehnsuchtsphantasien durchlebt, oder ist sie triumphierende Kaisertochter, die sich ihren Mann selbst auswählt? Indem Kleist das jeweils kunstvoll offen lässt, deutet er an, dass Identität nicht so leicht zu haben ist. Unter Umständen sind ihre Teilaspekte so widersprüchlich, dass die Handlungen der Novellen oder Stücke zwischen Realität und Traum angesiedelt scheinen. Identität ist ein beunruhigendes Thema, etwas, das man unter Umständen sucht, ohne es zu finden; etwas, das man hat und wieder verlieren kann, so dass die Hoffnung auf Kohärenz, Kontinuität und Eindeutigkeit irritiert wird, bis zu der furchterlichen Angst, seine Identität, sein eigenes Selbst zu verlieren. Diese klinischen Aspekte wurden von Herrn Ermann schon angesprochen.

Wir sprechen hier von der Ich-Identität oder besser Selbst-Identität, d.h. von der ganz und gar individuellen Verfassung, in der sich der Einzelne von allen anderen unterscheidet. Zum Beweis dafür, dass der Einzelne der ist, der er zu sein vorgibt, bekommt er vom Staat einen Personalausweis, vom französischen Staat „une carte d'identité“, sie enthält soziale und biologische Daten (wie z.B. Fingerabdrücke) und eine offizielle Nummer, die nur dieses Individuum besitzt. Vor Beginn einer Prüfung, so heißt es in der Prüfungsverordnung, muss der Prüfling seine Identität anhand eines Personalausweises nachweisen. Wer eine solche ordentliche Identität nicht nachweisen kann, ist für den Staat nicht sicher existent. Darin spiegelt sich allerdings auch schon die andere Seite, das Kontrollbedürfnis des Staates, der über die Identität seiner Bürger wacht. Sie kennen die Debatte über die erweiterte Identitätskontrolle, die jeder von uns erleidet, indem alle seine Kartenzahlungen, Kontenbewegungen, Handy-Telefonate, Internet-Kontakte gespeichert und zu seiner Identifizierung verwendet werden. Identität hat also mit Vergewisserung zu tun, einem Bedürfnis nach Gewissheit und Eindeutigkeit, das in jedem Einzelnen, aber auch als Kontrollbedürfnis in der Gesellschaft lebendig ist.

Bleiben wir zunächst bei der persönlichen Identität und suchen ein psychodynamisches Verständnis für sie, so finden wir es, wie so oft, in der Persönlichkeitsentwicklung. Frau Seiffge-Krenke hat das Thema ausgeführt.

Erikson beschreibt entwicklungspsychologisch in den Konzepten seiner Zeit, wie sich das Durchlaufen der Reifungsstufen von früher Kindheit über Adoleszenz bis ins Erwachsenenleben auf die Entfaltung der Ich-Identität auswirkt. Er macht deutlich, wie eine Stufe stets auf die vorangegangene aufbaut, so dass ein lebenslanger Entwicklungsprozess stattfindet. Sie erinnern sich der Erikson'schen Stichworte „Urvertrauen gegen Misstrauen“, „Autonomie gegen Scham und Zweifel“, „Initiative gegen Schuldgefühl“, „Leistung gegen Minderwertigkeitsgefühl“, „Identität gegen Rollenkonfusion“, „Intimität gegen Isolierung“ usw. In meinem Verständnis der

Grundkonzepte ist der Grundkonflikt der Identität geknüpft an die Reifung der cortikalen Struktur, die etwa ab dem 4. Lebensjahr die Selbstwahrnehmung der psychosexuellen Eindeutigkeit möglich macht, so dass das Kind in diesem Alter eine Überzeugung und ein sprachliches Verständnis seiner psychosexuellen Identität entwickeln kann. OPD beschreibt Identität als die strukturelle Fähigkeit, sich selbstreflexiv zu erfahren und dabei ein konsistentes Selbstbild zu erlangen. Je ausgeprägter frühe Beziehungsstörungen vorliegen, desto fragiler, inkohärenter und diffuser ist die individuelle Identität, desto größer ist die Angst vor Zusammenbruch und Verlust des persönlichen Identitätsgefühls. Je höher das Strukturniveau, d.h. je mehr Förderung das Kind in den frühen Entwicklungsabschnitten erfahren hat, desto besser gelingt es ihm, ein Gefühl von Identität herzustellen und aufrecht zu erhalten. Freilich erarbeitet oder erkämpft werden muss es auch hier. Zweifel, Einbrüche und Krisen bleiben auch gut strukturierten Menschen in kritischen Entwicklungsabschnitten ihres Lebens nicht erspart. Jeder Schritt in einen neuen Lebensabschnitt stellt die bisherige Identität in Frage und erfordert das Hereinnehmen neuer Aspekte in den eigenen Selbstentwurf (Keupp sprach von Identitäts-Arbeit). Je stärker konfliktneurotische Themen das Leben eines Menschen bestimmen, desto eher finden sich auch konflikthafte Widersprüche in der Identität (Identitätskonflikt im Sinne der OPD). Je beeinträchtigt die strukturelle Entwicklung eines Menschen ist, desto fragiler und vulnerabler bleibt der Aufbau von Identität generell. Die OPD-Logik unterscheidet somit konfliktbedingte und strukturbedingte Störungen von Identität, was klinisch und therapeutisch bedeutsam ist.

### **3. Gruppenidentität**

Bisher war von der ganz persönlichen, individuellen Identität die Rede. Es gibt aber einen zweiten bedeutsamen Aspekt, den der Gruppenidentität, d.h. die Teilhabe an gruppentypischen Merkmalen. Um bei unseren französischen Nachbarn zu bleiben, die wir mit der „Carte d'Identité“ schon erwähnt haben, erfahren wir, dass sie sich auch um etwas bemühen, das sie „Identité nationale“ nennen, sie haben dafür sogar ein eigenes Ministerium. Dieses betont, dass alle Franzosen, ob christlich-abendländischer Prägung oder nordafrikanisch-muselmanischer Herkunft, eines demokratischen Sinnes sind, bzw. sein sollten – eine politisch erwünschte Wertegemeinschaft aller Bürger eines Landes. Auch hier kann man sehen, dass Identität nicht nur von innen her durch die Individuen errichtet, sondern auch von außen her eingefordert werden kann. Bei der Untersuchung von Gruppenidentitäten (nationale, weibliche, männliche, therapeutische Identität) ist also stets zu bedenken, was sie überwiegend vertreten, das Interesse der Individuen oder das von gesellschaftlichen Gruppen.

In seinem wahrscheinlich bekanntesten Buch „Kindheit und Gesellschaft“ beschreibt Erikson den Einfluss der jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten auf die Entwicklung von Gruppenidentität. Er untersucht Indianer, farbige und weiße Amerikaner, und macht deutlich, wie ihre konkreten Lebensbedingungen und ihre Kultur sich in ihrer jeweiligen Gruppenidentität widerspiegeln. Das Individuum identifiziert sich aktiv, wenn auch größten Teils unbewusst mit den Gegebenheiten seiner Primärfamilie und seiner sozialen Gruppe, später kann es in deren Ablehnung auch aktive Gegenidentifikationen bilden. Darüber hinaus wird der Einzelne durch seine Familie und Soziokultur definiert, „Du bist einer von uns“ oder „Du bist einer von denen“ und es drohen ihm Sanktionen, wenn er davon abweicht.

Erikson beschreibt den „normalen Amerikaner als Erbe einer Geschichte von übergangslosen Wechselfällen, der seine Identität auf die Kombination von Polaritäten gründet, etwa denen, zugleich sesshaft und nomadisierend, Individualist und Standardtyp, scharfer Konkurrent und hilfsbereit, gläubig und freidenkend, verantwortungsbewusst und zynisch zu sein“. Geschichten und vor allem Filme lassen am Beispiel des Cowboys als Prototyp des amerikanischen Mannes erkennen, wie Identität auch als Mythos oder als Klischee gehandelt werden kann.

Für Gruppenidentität gilt ferner, dass es zentrale „identitätsstiftende“ Merkmale gibt. In seiner Studie „Das kulturelle Gedächtnis“ vergleicht Jan Assmann die Mittelmeerkulturen Ägypten, Israel und Griechenland bezogen auf die Bedeutung der Schrift für die Entwicklung ihrer politischen Identität. Er zeigt dabei, dass die jüdische Identität sich um die Heilige Schrift rankt. Sie wird verstanden als ein Vertrag zwischen Gott und seinem auserwählten Volk, so dass dieser Text unverändert bewahrt und geachtet werden muss. Für ein Volk mit verschiedenen Phasen der Emigration bedeutet diese mitgeführte Schrift das kulturelle Gedächtnis und der Kern der kollektiven Identität. Gruppenidentität bezieht sich also auf wertbesetzte Kernüberzeugungen, die von allen Gruppenmitgliedern geteilt werden (oder geteilt werden sollten). Das gilt z.B. auch für therapeutische Identität.

#### **4. Therapeutische Identität**

Aus dem vorher Gesagten können wir für das Verständnis therapeutischer Identität eine Reihe von Frage ableiten:

- Was macht therapeutische Identität inhaltlich aus?
- Was kennzeichnet die zugehörigen Individuen?
- Mit welchen zentralen Inhalten und Wertüberzeugungen identifizieren sie sich?
- Von welchen gesellschaftlichen Gegebenheiten werden sie beeinflusst?

- Wie einheitlich oder uneinheitlich kann therapeutische Identität sein?
- Gibt es unter Umständen Störungen der therapeutischen Identität im Sinne von Identitätskonflikten oder struktureller Identitätsunsicherheit?

Viele Therapeuten kennen die Probleme ihrer Patienten aus persönlichem Erleben. 64% von tiefenpsychologischen/analytischen Weiterbildungsteilnehmern haben zurückliegend therapeutische Erfahrungen im eigenen Verfahren absolviert (VT 27%, Barthel et al. 2010). Das ist nicht ehrenrührig. Therapeuten sind häufig ehemalige Patienten, die die Erfahrung gemacht haben, dass sich ihr Problem verstehen, vielleicht sogar lösen lässt, so dass es wünschenswert erscheint, diese Erfahrungen an andere weiterzugeben. (Bekanntlich ist Berufswahl häufig in dieser Art determiniert.) Hier liegen Chancen und Risiken nah beieinander. Günstigenfalls handelt es sich um identifikatorische Übernahme einer bewährten Problemlösung („Therapie hat mir geholfen, also helfe ich anderen durch Therapie“), schlimmstenfalls ist es ein Hängenbleiben in ungelösten Problemen oder in bewundernder Abhängigkeit von den eigenen großartigen Therapeuten, denen man nun als Kollegin oder Kollege lebenslang nahe bleiben darf und deren Credo man übernimmt. Hier deuten sich mögliche Identitätskonflikte an, aufgrund von persistierender, idealisierender Abhängigkeit, aufgeschobener Verselbständigung und latenten Gegenidentifikation. Kernberg hat diese Probleme am Beispiel psychoanalytischer Institute beschrieben. So etwas gibt es auch in anderen Berufen, z.B. in der Schule, wo manch eine so begeistert Schülerin war, dass sie lebenslang in der Schule bleiben möchte, aber nunmehr als Lehrerin.

Zurück zur Identifikation der Therapeuten: Sie lernen von ihren Lehrern, z.B. Lehrtherapeuten und Supervisoren, sie übernehmen fürs Erste bewusst und unbewusst deren Haltungen, ihre emotionalen Reaktionen und therapeutischen Überzeugungen und machen damit eigene therapeutische Erfahrungen, erleben auch die Begrenztheit eigener therapeutischer Bemühungen. Das scheint mir ein wichtiger Punkt für die Motivation, sich nach Lindau oder zu ähnlichen Veranstaltungen zu wenden mit der Frage: „Geht es anderen auch so, wie bewältigen sie schwierige therapeutische Situationen, wie halten die anderen sich auf Dauer stabil, gibt es kompetente Persönlichkeiten, die mir schwierige Dinge erklären können, oder Techniken zeigen, die ich übernehmen kann?“ Unabhängig davon, dass Therapeuten gedrängt werden, Fortbildungspunkte zu sammeln, haben sie, nach meiner Wahrnehmung, lebenslang den Wunsch nach derartigen Identifizierungen, d.h. nach Begegnungen und Informationen, die ggf. in die eigene therapeutische Identität hineingenommen werden können. Dadurch wird diese nicht nur gefestigt, sondern gewissermaßen ständig auf den neuesten Stand gebracht.

Therapeutische Identität ist somit etwas, das sich fortwährend im Einzelnen entwickelt und in Gruppen gepflegt wird, d.h. etwas das sich ständig in einem sehr langsam verlaufenden Umschmelzungsprozess befindet, auch wenn es im Augenblick statisch erscheint.

Ich fasse einige wichtige inhaltliche Aspekte der therapeutischen Identität zusammen:

- Die individuelle Überzeugung von bestimmten theoretischen und therapeutischen Konzepten („Ich als psychodynamischer Therapeut“)
- Die mit anderen Gleichartigen geteilten Überzeugungen („Wir ärztliche Psychotherapeuten“)
- Die identifikatorische Haltung auf bestimmte Vorbilder bezogen („Ich bzw. wir als jungianische Therapeuten“)
- Die Identifikation mit normativen Forderungen einer bestimmten Gemeinschaft („Ich als IPA-Mitglied“)

Alle diese Aspekte sind zum einen erfahrungsgesättigt („So hat sich das nach meiner Erfahrung bewährt“) und wertbesetzt („Das ist so gut und richtig für mich, für meine Patienten, für meine Bezugsgruppe, für die Gesellschaft als Ganzes“). Der letztgenannte Punkt, die Wertüberzeugung, ist wahrscheinlich auch an mehr oder weniger unbewusste Anthropologien geknüpft, d.h. an philosophisch-religiöse Grundüberzeugungen, die selten bewusst reflektiert werden und die sich mit dem Zeitgeist verändern.

Das sind Identitätsaspekte aus der Perspektive des Therapeuten. Es gibt ebenso Zuschreibungen der Gesellschaft oder von gesellschaftlichen Gruppierungen. Sie fördern oder fordern bestimmte Identitätsaspekte. Die LPW ist eine solche gesellschaftliche Gruppierung, die den Therapeuten Angebote macht für ihre therapeutische Identität. Das tut sie nun schon seit 60 Jahren, so dass es interessant sein kann, einen Blick auf dieses Angebot zu werfen.

## **5. Der Beitrag der LPW zur Entwicklung der therapeutischen Identität**

In diesem zweiten Teil des Vortrags will ich speziell der Frage nachgehen, was die Lindauer Psychotherapiewochen der zurückliegenden sechzig Jahre, zwischen 1950 und 2010 inhaltlich als Identifizierungsangebote für die therapeutische Identität an die Teilnehmer der Tagungen herangetragen haben.

Das ist eine scheinbar leichte Aufgabe für ein qualitativ-textanalytisches Vorgehen, das sechzig Tagungsprogramme auswertet: Die Themen inhaltlich sortieren, Kategorien bilden, Typen herausarbeiten, Zusammenhangshypothesen prüfen, fertig. Jeder, der schon einmal eine qualitative Forschungsarbeit unternommen hat, weiß, dass das ein Lebenswerk bedeutet, wenn man den Anspruch nicht sehr bescheiden relativiert. Aber auch dann gibt es noch Stolpersteine. Einer liegt in der Person des Untersuchers, in diesem Falle in mir, der ich keine historische Distanz zum Thema habe, sondern in dem Programmmaterial sechzig Jahren meines 71-jährigen Lebens begegne, also in bedeutsamen eigenen Erfahrungen und Wertungen berührt werde. Ich will versuchen, Ihnen die Daten so deutlich wie möglich vorzulegen, damit Sie sich selbst ein Bild jenseits meiner subjektiven Sichtweise machen können.

Das Programmmaterial habe ich in fünf Zeitabschnitte gegliedert: I. 1950 bis 1965, II. 1966 bis 1980, III. 1981 bis 1990, IV. 1991 bis 2000 und V. 2001 bis heute. In den Tagungs- und Vortragsthemen lassen sich vier Themengruppen unterschreiben.

Abb. 1 Schwerpunkte der Tagungs- und Vortragsthemen

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Allgemeine, konzeptuelle Themen</li><li>2. Spezielle klinische Problemfelder</li><li>3. Psychotherapie</li><li>4. praktische Übungen, Seminare</li></ol> |
|---|

Ich beginne mit dem ältesten Abschnitt der Jahre 1950 bis 1965.

Abb. 2

- |   |
|---|
| <p><u>1950 bis 1965</u></p> <p><u>1. Allgemeine, konzeptuelle Themen</u><br/>Der Mensch zwischen Krankheit und Gesundheit<br/>Der Kranke als Subjekt<br/>Leiblichkeit, Körpersymptomatik<br/>Soziale Faktoren des Krankseins<br/>Anthropologische Aspekte</p> |
|---|

Wir sehen hier viele allgemeine, anthropologisch-philosophische Themen. Es sei daran erinnert, dass die Zeitschrift Psyche zu jener Zeit den Untertitel trug „Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde“. Darin ist vergleichsweise wenig von Psychoanalyse die Rede, viel von „Tiefenpsychologie und ihrer praktischen Anwendung in der Psychotherapie“. Es finden sich zahlreiche psychiatrische Themen, z.B. zur Psychosenbehandlung, ferner anthropologische Themen – Stichwort: Sigmund Freud, ein Daseins-Analytiker? (Thomä);

Seite -8-

Psychotherapie in anthropologischer Sicht (Bräutigam). Das Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie wurde herausgegeben von Frankl, Gebattel und I.H. Schultz.

Die Problemfelder verweisen auf durchaus innovative Themen der Nachkriegszeit:

Abb. 3

<p><u>1950 bis 1965</u></p> <p><u>2. Spezielle klinische Problemfelder</u></p> <p>Psychologie der Frau</p> <p>Probleme der Sexualität</p> <p>Schmerz</p> <p>Sucht</p> <p>Kriminalpsychologie</p>
--

Zu jener Zeit war Psychotherapie noch nicht sehr konkret, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist bereits vertreten, ebenso Gruppentherapie, erste Ansätze der Kurztherapie:

Abb. 4

<p><u>1950 bis 1965</u></p> <p><u>3. Psychotherapie</u></p> <p>Psychotherapie in medizinischen Institutionen</p> <p>Grundregeln für die therapeutische Praxis</p> <p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</p> <p>Gruppentherapie</p> <p>Tiefenpsychologische Kurztherapie</p> <p>Therapieschäden</p>
--

Besonders interessant ist ein Blick auf die Übungen und Seminare: Hier herrschen ausschließlich körpernahe und übende Methoden vor:

Abb. 5

<p><u>1950 bis 1965</u></p> <p><u>4. Übungen und Seminare</u></p> <p>Autogenes Training</p> <p>Hypnose</p> <p>Atemtherapie</p> <p>Bewegungstherapie</p> <p>Scenotest</p> <p>Bindegewebsmassage</p>
--

Wir bleiben hier bei der oberflächlichen Betrachtung der Themen, ohne auf die zugehörigen Personen einzugehen, wie das in dem aktuellen Bericht von Mettauer („Vergessen und Erinnern. Die Lindauer Psychotherapie Wochen aus historischer Perspektive“) geschieht.

Beim Wechsel zu der nächsten Epoche, 1966 bis 1980, wird ein großer Entwicklungssprung erkennbar, von den allgemeinen medizinisch-anthropologischen Themen der vorigen Epoche hin zu klinischen und therapeutischen Differenzierungen, z.B. in den klinischen Problemfeldern, wo jetzt die wichtigsten Krankheitsbilder diskutiert werden:

Abb. 6

<p><u>1966 bis 1980</u></p> <p><u>2. Spezielle klinische Problemfelder</u></p> <p>Suizidalität</p> <p>Zwang</p> <p>Hysterie</p> <p>Depression</p> <p>Frühe Beziehungsstörungen</p> <p>Borderline</p> <p>Psychosoziale Felder</p>
--

In der Psychotherapie werden zahlreiche Methoden und Behandlungsformen sowie Settingvarianten erörtert. Therapie wird bezogen auf Ziele und Zielerreichung diskutiert und im Zusammenhang mit dem Stichwort Erfolgskontrolle tauchen Themen der Psychotherapieforschung auf. (Es ist die Zeit der vergleichenden Therapieforschung):

Abb. 7

<p><u>1966 bis 1980</u></p> <p><u>3. Psychotherapie</u></p> <p>Medikamentöse, physikalische Behandlung</p> <p>Ehe-, Familientherapie</p> <p>Mutter-Kind-Therapie</p> <p>Dynamische Therapie</p> <p>Psychotherapeutische Methoden</p> <p>Therapieziele</p> <p>Therapieforschung, Erfolgskontrolle</p>
--

Der analytische Akzent wird tritt deutlicher hervor. Es ist die Epoche, in der die o.g. Zeitschriften ihre Untertitel ändern: die Psyche heißt jetzt „Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen“, die Zeitschrift für psychosomatische Medizin fügt hinzu „... und Psychoanalyse“ (ab 1999 heißt sie „... und Psychotherapie“).

Für die therapeutische Identität bedeutet das, dass theoretische Detailkenntnisse und konkrete praktische Erfahrungen in den Vordergrund treten. In den Übungen finden sich viele Arten von Selbsterfahrung, von Fallseminare bis hin zu „individueller Behandlungsberatung“ und Angeboten in vielen unterschiedlichen Therapiemethoden:

Abb. 8

<p><u>1966 bis 1980</u></p> <p><u>4. Praktische Übungen, Seminare</u></p> <p>Selbsterfahrungsgruppen</p> <p>Supervision</p> <p>Individuelle Behandlungsberatung</p> <p>Fallseminare</p> <p>Gruppentherapie</p> <p>Kurztherapie</p> <p>Jungianische Therapie</p> <p>Psychodrama</p> <p>KBT</p> <p>Katathymes Bilderleben</p> <p>VT</p>
---

Wenn 1966 bis 1980 die theoretischen und klinischen Grundlagen vermittelt wurden, lässt sich in dem folgenden Abschnitt, 1981 bis 1990, eine weitere psychodynamisch akzentuierte Differenzierung beobachten. In der Theorie werden Konzepte von Ich, Selbst und Affekt diskutiert:

Abb. 9

<p><u>1981 – 1990</u></p> <p><u>1. Allgemeine, konzeptuelle Grundlagen</u></p> <p>Ich-Psychologie</p> <p>Selbst</p> <p>Trieb, Affekt</p> <p>Schlaf, Traum</p> <p>Leben, Alter</p> <p>Psychosomatik</p> <p>Sexualität</p>
--

Psychoanalytische Autoren wie Kernberg und Wurmser beschreiben ihre Konzepte in der Behandlung schwerer und schwerster Störungen, wobei Aspekte des Narzissmus und des Destruktiven eine große Rolle spielen:

<p><u>1981 bis 1990</u></p> <p><u>2. Spezielle klinische Problemfelder</u></p> <p>Angst</p> <p>Schwere Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Aggression, Destruktivität</p> <p>Narzissmus</p>
---

In der Psychotherapie wird die Bandbreite des Vorgehens deutlich und in den Seminaren geübt. Zum Stichwort Bandbreite wäre auch eine spirituelle Dimension zu erwähnen, die zu jener Zeit durch Vertreter christlicher und anderer Lehren vertreten war (z.B. Drewermann).

<p><u>1981 bis 1990</u></p> <p><u>3. Psychotherapie</u></p> <p>Diagnostik</p> <p>Psychotherapeutische Beziehung</p> <p>Stützende Psychotherapie</p> <p>Tiefenpsychologische Psychotherapie</p> <p>Fokaltherapie</p> <p>Familientherapie</p> <p>Systemische Therapie</p> <p>Therapeutische Wirkfaktoren</p> <p>Psychosomatische Grundversorgung</p> <p>Antragstellung</p>
--

Der große Entwicklungssprung zwischen dem Abschnitt 1950 bis 1965 und 1966 bis 1980 lässt sich als Antwort auf die berufspolitische Situation verstehen. Einführung der Richtlinienpsychotherapie, Zusatztitel, Facharztregelung schaffen einen rechtlich geregelten Rahmen für den psychotherapeutischen Beruf und Lindau hilft, ihn inhaltlich zu füllen und fachlich zu strukturieren. 1980 bis 1990 differenzieren sich innerhalb der kassenzugelassenen Verfahren tiefenpsychologische und analytische, kurze und lange Therapien, Gruppen- und Einzelbehandlungen. Kenntnisse in Diagnostik, Indikation und Prozess, Arbeitsbeziehung und Outcome gehören nunmehr selbstverständlich zur therapeutischen Identität sowie zusätzlich zur Neurosenbehandlung beschriebenen Vorgehensweisen bei frühen und schweren Störungen. Das ist, bezogen auf die Ausgangssituation der 50er Jahre, ein gewaltige Entwicklung: Ein Berufsstand ist etabliert, mit einer klinischen Praxis, einer konzeptuellen Grundlage und dem Anspruch auf wissenschaftliche Fundierung. Die therapeutische Identität ist klar umrissen.

Was aber bis 1990 weitgehend undiskutiert geblieben ist, sind die Folgen jener gesellschaftlichen Umwälzung, die mit dem Stichwort der 68er-Bewegung verknüpft ist. Diese beinhaltet bekanntlich einen ungeheuren Stilwandel in privaten Beziehungen und im öffentlichen Verhalten, eine ironische bis aggressive Infragestellung alles Bestehenden, die von den Bewahrern als Aufruhr, Verunglimpfung, Gotteslästerung, Pornographie, Revolution erlebt wurde. Darüber hinaus erfolgt die Beschäftigung mit ökologischen Themen, mit der atomaren Bedrohung des Kalten Krieges, mit Tschernobyl, dem Beginn der Weltraumfahrt, dem Vietnamkrieg. Herausragend ist die Infragestellung der bisherigen Wertvorstellungen, die spaßhaften Gewaltaufrufe und bitter ernstesten Gewaltanwendungen der RAF, die Infragestellung der bisherigen Wertvorstellungen: Familie und Ehe, bisher als Hort des liebevoll Bewahrenden idealisiert, gelten nun als Brutstätten neurotischer Entwicklung. Das Bild von Frauen und Männern ändert sich. Unter dem Schutz der neu erfundenen Anti-Baby-Pille verändert sich die Einstellung zur Sexualität. Alles das beeinflusst das Alltagsleben der Menschen, auch der Patienten und Therapeuten. Dort, wo zuvor über den Daseinsgrund des Psychischen philosophiert wurde, werden jetzt Psychiatriepatienten als sozialistische Kollektive organisiert. Die Patienten, die man damals psychotherapeutisch behandelt hat (zumindest in Berlin), waren nicht mehr die ängstlich-neurotisch-depressiven Patienten, sie waren randvoll mit Gesellschaftstheorien und als Studenten z.B. überzeugt, dass gemeinsame Marx-Lektüre mehr Bildung vermittelte als jede Vorlesung.

Keiner der damaligen Therapeuten konnte diese Themen überhören oder übersehen, zumal die Psychoanalyse neben dem Marxismus-Leninismus als die zweite heilsversprechende Gesellschaftstheorie idealisiert wurde. Die Lindauer Leitthemen der 70er bis 90er Jahre und die zugehörigen Seminare enthalten jedoch wenig explizite Hinweise auf die Veränderung des gesellschaftlichen Hintergrundes.

Erst im Programm von 1993 heißt es, zum ersten Mal deutlich erkennbar: „Psychotherapeuten müssen sich heute (!) mit neuen Lebensformen der Gesellschaft auseinandersetzen“.

<p><u>1991 – 2000</u></p> <p><u>1. Allgemeine, konzeptuelle Themen</u></p> <p>Neue Lebensformen</p> <p>Beziehung</p> <p>Liebe</p> <p>Körper</p> <p>Sexualität</p> <p>Der politische Mensch</p> <p>Spiel, Zusammenspiel</p> <p>Erinnern, Entwerfen</p> <p>Sexualität</p> <p>Bindung</p> <p>Macht, Abhängigkeit</p>
---

Diese neuen Lebensformen, z.B. als gleichgeschlechtliche Beziehungen, werden nicht klinisch unter dem Stichwort Homosexualität diskutiert, sondern als männlich-gleichgeschlechtliche Liebe oder als Frauenfreundschaft benannt. Körper, Sexualität, Liebe treten jetzt als relevante Themen hervor, aber auch die Frage „Was ist Wirklichkeit?“ (zwischen innerer und äußerer Wirklichkeit, zwischen erinnerter und narrativ-rekonstruierter Wirklichkeit). Der politische Mensch wird entdeckt und die Situation des Fremden, des Migranten erörtert. Als klinische Themen werden u.a. „Zeiterkrankungen“ benannt, Persönlichkeitsstörungen und Trauma gewinnen an Bedeutung.

Deutliche Veränderungen sehen wir auch im Umgang mit dem Thema Psychotherapie:

<p><u>1991 – 2000</u></p> <p><u>3. Psychotherapie</u></p> <p>Therapie im Wandel</p> <p>Therapeutische Beziehung</p> <p>Setting, Raum</p> <p>Psychoanalytische Konzepte</p> <p>Spielregeln der Psychotherapie</p> <p>Das generische Modell</p> <p>Psychotherapie als Beruf</p> <p>Narrative</p> <p>Ressourcen</p>
--

Die „Psychotherapie im Wandel“ wird diskutiert unter Aspekten von Spiel, Zusammenspiel, Spielregeln. Im Kontrast zu diesem scheinbar spielerischen Beziehungsgeschehen tauchen

ebenso normative Themen auf, wie Qualitätssicherung, Weiterbildungsforschung, OPD als diagnostisches Instrument.

Wenn diese Beobachtung zutreffend ist, bedeutet es, dass eine umwälzende gesellschaftliche Entwicklung frühestens zwanzig Jahre nach ihren Anfängen in der Reflexion der Therapeuten ankommt. Das würde bedeuten, dass wir die heutigen Themen der Globalisierung und Ökonomisierung der Welt etwa ab 2020 diskutieren werden. Dazu passt, dass wir auch heute erst die Folgen des sexuellen Missbrauchs aus den 70er und 80er Jahren bewusst wahrnehmen. Vielleicht geschieht das alles nicht, weil wir so schwer von Begriff sind, sondern weil es so lange dauert, bis die Folgen einer Entwicklung psychotherapeutisch so relevant werden, dass sie alles durchtränken, auch die Familien, die Erziehung und damit die Persönlichkeitsentwicklung und psychische Störung, das gesellschaftliche Zusammenleben.

Möglicherweise verstehen wir die eigene Zeit nicht, einmal, weil der Zeitgeist Teil unserer Identität wird (auch die Irrungen des Zeitgeistes) und zum anderen, weil wir stolz und begeistert mit den Idealen unserer Zeit identifiziert sind; wir leben in der Überzeugung, dort wo wir sind, sei das Richtige und Gute. Dann kann es auch einmal sechzig Jahre dauern, bis das Problematische an den Unsrigen (z.B. Speer, Heyer, I.H. Schultz) gesehen werden kann. Wir reagieren dann irgendwie vorwurfsvoll und enttäuscht, wie immer, wenn uns eine Illusion zerbricht. Wahrscheinlich sollten wir eher heute in aller Bescheidenheit überlegen, was uns ab 2020 vorgeworfen werden kann.

Ich fasse die bisher gesehenen Epochen nochmals in vier Stichworten zusammen und komme zur Gegenwart des letzten Jahrzehnts.

Abb. 14

<u>1950 bis 1965</u>	Medizinische Anthropologie
<u>1966 bis 1980</u>	Klinische und therapeutische Grundlagen
<u>1980 bis 1990</u>	Psychodynamische Differenzierungen
<u>1991 bis 2000</u>	Reflexion der therapeutischen und gesellschaftlichen Situation
<u>2000 bis 2010</u>	Störungsbezogene Spezialisierungen

Abschließend einige Worte zum letzten Jahrzehnt. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass in den vorausgegangenen fünfzig Jahren die theoretischen Grundlagen gelegt wurden und der Rahmen des praktischen Handelns abgesteckt ist und dass nun nicht jedes Jahr neue therapeutische Welten eröffnet werden. Es gilt jetzt, im Rahmen der ungeheuer zahlreichen

Übungen und Seminare für Anfänger einen Zugang zu den Themen zu bekommen und für Fortgeschrittene, sie in der Anwendung zu reflektieren.

Die Leitthemen 2001 bis heute sind nicht mehr so leicht zu ordnen, sie erscheinen vieldeutiger: Auge und Herz, Lernen und Träumen, Berühren und Bewegen, Lachen und Weinen. Als relevante konzeptuelle Themen werden genannt: Beziehungssysteme, Gehirn, Kindheit, Identität, Scham, Neid; unter den klinischen Bildern das Trauma. Das Angebot der Module unterstreicht dabei ein störungsbezogenes Krankheitsverständnis und seine therapeutischen Konsequenzen.

Aber auch jetzt gibt es interessante Entwicklungen, die für das Thema der therapeutischen Identität bedeutsam sind. Eine solche Entwicklung betrifft die **Beziehung zu den Grundlagenwissenschaften** oder Nachbarwissenschaften, unter denen ich die Entwicklungspsychologie und die Neurobiologie hervorheben möchte. Kaum etwas hat nach meiner Wahrnehmung die Therapeuten so begeistert, wie die Ausführungen über das menschliche Gehirn und das biologische Verständnis psychischer Funktionen. Für die Identität und das Selbstverständnis von uns Therapeuten bedeutet das offenbar, dass auch wir uns mit real vorhandenen, bedeutsamen Dingen beschäftigen. In meinen Jugendjahren wurde der psychotherapeutische Konsiliararzt noch spöttisch als der „Meisenkaiser“ tituliert. Dem lässt sich heute entgegenhalten, dass wir nicht mehr an den Meisen eines Menschen herumdoktern, sondern ganz solide die Funktionen des orbitofrontalen Cortex stärken und die tiefen emotionalen Zentren beruhigen (oder es zumindest versuchen). Grundlagenforschung vom Typ Neurobiologie unterstützt das Ernstgenommenwerden und damit auch das Identitätsgefühl in einer scheinbar erst jetzt wissenschaftlich fundierten Disziplin.

Ein zweites Thema, das im letzten Jahrzehnt die Therapeuten fasziniert hat und von vielen unmittelbar in ihr Identitätsverständnis aufgenommen wurde, betrifft **die Traumathematik**. Die Entdeckung der Traumaätiologie und der Traumafolgestörungen, mit dem speziellen Krankheitsbild der posttraumatischen Belastungsstörung hat zu einer erstaunlichen Ausweitung des Konzepts geführt. Viele Therapeuten registrieren bei ihren Patienten Traumatisierungen als krankmachendes Ereignis, nun aber nicht mehr als definitionsgemäß lebensbedrohliches, emotional überwältigendes Geschehen, sondern im Zusammenhang mit allem, was das Leben belasten kann. Aus Therapieanträgen, die ich als Gutachter zu lesen bekommen, habe ich folgende Ereignisse entnommen, die als Traumata bewertet werden:

Der Patient ist traumatisiert durch:

- Adoption als Säugling
- Krankenhausaufenthalt als Kind
- Im Jugendalter verwehrt Zugang zum Studium
- Tod der geliebten Großmutter
- Trennung von der Freundin, Ehescheidung
- Frühgeburt eines Kindes
- Krankenhausaufenthalt mit Operation
- Karzinom-Diagnose bei einem 68-Jährigen
- Vorausgegangene Suchterfahrung des Patienten

Kaum eines dieser Ereignisse erfüllt die Kriterien der Traumadefinition, selten besteht eine eindeutig posttraumatische Symptomatik (bei 25% der Anträge). Wenn nun aber alle Lebensbelastungen Trauma genannt werden können, müssen für wirklich schwere Ereignisse neue Formulierungen gefunden werden. Dann ist die Rede von „sehr ausgeprägter Traumatisierung, im Sinne von kumulativen Beziehungstraumen mit Introjekt eines Muttertraumas und Vatertraumas“ oder von „multiplen sequentiellen traumatischen Erfahrungen“. Dass ein belasteter Mensch, z.B. ein misshandeltes Entführungsoffer von sich selbst öffentlich sagt, „er fühle sich nicht traumatisiert“, erscheint den Traumaüberzeugten unvorstellbar. „Vielleicht haben Sie das nur verdrängt“, wird ihm in der Diskussion entgegengehalten.

Ich sehe diese Entwicklung kritisch, weil sich hier ähnliche Therapieschwierigkeiten wie in der analytischen Langzeittherapie abzeichnen. Der therapeutische Akzent wird darauf gelegt, die Bedeutung des traumatisierenden Ereignisses zu verstehen und durchzuarbeiten, weniger die Folgen zu bewältigen, oder eine Neuorientierung zu fördern, so dass Therapeuten, die diese beiden Identitätsaspekte, traumatherapeutische oder psychoanalytische, stark hervorheben, das Risiko tragen, nach ihrem Verständnis kunstgerechte Therapien durchzuführen, aber wenn diese im verfügbaren Therapiezeitraum wenig effektiv sind, die ungerechte und lieblose Gesellschaft anzuklagen, die sich nicht genug um ihre Opfer kümmert. Gutachterliche Nicht-Befürwortung solcher Therapie führen unter Umständen sehr heftigen Reaktionen („Re-Traumatisierung durch den Gutachter“).

Wir können uns freilich fragen, wieso wir dieses Verständnis gerade heute entwickelt haben, nach einer Epoche von fünfundsechzig Jahren ohne Krieg und beispiellosem Wohlstand (der jetzt freilich zuende geht). Es ist mir noch nicht gut verständlich, welche Bedeutung diese

Facette therapeutischer Identität hat und woraus sie resultiert. Eine Äußerung, die ich kürzlich in einer Fernsehdiskussion hörte, lautete: „Wir sind ja alle irgendwie Opfer.“ Aktuell richtet sich das Interesse auf die Opfer sexuellen Missbrauchs, vor zwei Jahren beschäftigten uns die familiär vernachlässigten Säuglinge. Meine vorläufige Hypothese ist, dass Psychotherapie das Risiko trägt, anzunehmen, bei konsequenter Anwendung psychotherapeutischer Theorien könnten wir ein Paradies auf Erden haben, z.B. durch psychoanalytische Beziehungsgestaltung und Erziehung in Familie und Schulen. Das ist offenbar eine Illusion. Da war die ursprüngliche Psychoanalyse realistischer, wenn sie das Triebhafte, Animalische, Destruktive in der menschlichen Natur als ein ständiges Risiko und eine für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft immer wieder neu zu bewältigende Aufgabe ansah und antizipierte, dass Therapien sich damit beschäftigen müssen.

Diese Ausrichtung auf Opfer und Täter in der Gesellschaft kennzeichnet einen neuen Typus von therapeutischer Identität, den ich vor einigen Jahren noch nicht sah, als ich versuchte, die häufigsten Einstellungen zu typisieren (Rudolf 2008). Damals konnte ich vier Typen unterscheiden, heute kommt ein Fünfter hinzu.

Abb. 16 Psychotherapeutische Wertüberzeugungen

1. Psychotherapie zur Verbesserung der Funktionen
2. Psychotherapie als Sachwalter des Humanen
3. Psychotherapie als revolutionäre Geste
4. Psychotherapie zur Errichtung von Gegenwelten
5. Psychotherapeutisches Engagement für die Opfer der Gesellschaft

#### 1. Psychotherapie zur Verbesserung der Funktionen

Diese Therapie ist gesellschaftskonform. Die Gesellschaft stellt die Aufgabe, die Psychotherapie trägt bei, sie zu lösen. Therapie muss den Einzelnen soweit stützen, trainieren oder verbessern, dass er effizienter wird und sich wohler fühlt. Dieser Ansatz hat den Vorzug des pragmatischen Handelns und den Nachteil der Kritiklosigkeit bezogen auf das Ziel, dass alles verbessert und gesteigert werden kann.

#### 2. Psychotherapie als Sachwalter des Humanen

Dieser Therapietypus beruft sich auf die Konflikthaftigkeit des menschlichen Lebens, die sich bis ins Schicksalhafte und Tragische steigern kann und den Patient darin unterstützt, sich mit diesen Bedingungen auseinanderzusetzen und daran zu reifen. Die Chance ist die

Möglichkeit zu Wachstum und Begegnung, das Risiko ist eine rückwärts gewandte Innerlichkeit, die im ungünstigen Falle das Leben psychologisiert, statt es zu leben.

### 3. Psychotherapie als revolutionäre Geste

Sie beruft sich auf das aufklärerische Moment der Psychotherapie. Ihr Ziel ist die Befreiung von kulturspezifisch krankmachenden verinnerlichten Zwängen und der Durchbruch zur Ehrlichkeit. Das Risiko liegt, wie in jeder aufklärerischen Bewegung darin, dass mit der angestrebten Wahrheit eine neue grausame Göttin auf jenen Altar gehoben wird, von dem die alten Götter herabgestürzt wurden.

### 4. Psychotherapie zur Errichtung von Gegenwelten

Wenn die erstgenannte Position sich mit den Zielen der Gesellschaft identifiziert, die zweite sich von ihr vorsichtig distanziert und die dritte nach gesellschaftlicher Veränderung trachtet, dann ist die vierte Gruppe scheinbar unpolitisch. Das Eintauchen in alternative Welten von Traum, Trance, Ekstase, Imaginationen, Erfahrungen anderer Kulturen hat die Chance zu vitalisieren und Inhalte zu geben, aber auch das Risiko, sich in Scheinwelten des Religionsersatzes zurückzuziehen.

### 5. Psychotherapeutisches Engagement für die Opfer der Gesellschaft

Der fünfte Typus passt z.T. zu dem Typus „Kampf um eine bessere Welt“, berührt aber auch alle anderen. Vielleicht überlassen wir die Klärung der Diskussion.

Nach der kurzen Erwähnung der Wertorientierung in der therapeutischen Identität möchte ich nochmals zurückkehren zu den therapeutischen Sachinhalten, die in Lindau in großer Vielfalt angeboten werden. Während die psychoanalytisch ausgerichteten Therapeuten von ihren Instituten relativ strikte Anleitungen und Identitätsangebote erfahren, stehen die Fachärzte und tiefenpsychologischen Psychotherapeuten vor der schwierigen Aufgabe, sich aus vielen Angeboten ein Identitätsprofil zu bilden.

Ich könnte mir vorstellen, dass das leichter gelingen würde, wenn klar wäre, dass therapeutische Identität gestuft vermittelt werden muss (Rudolf 2010).

1. Die Basis der psychotherapeutischen Identität sollte ein Grundkonzept bilden, das ein theoretisches Modell der menschlichen Persönlichkeit und Krankheit beinhaltet. (Hierzu gehört z.B. auch die Diskussion der erwähnten Frage, welche Ereignisse des Lebens welche Auswirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung haben und was im engeren Sinne Konflikte, strukturelle Defizite oder Traumafolgen hinterlässt). Zu diesem Identitätsaspekt

gehört auch eine solide Kompetenz der psychodynamischen Diagnostik und nicht zuletzt der Erwerb persönlicher Kompetenz durch Selbsterfahrung.

2. Der zweite Identitätsaspekt betrifft die Prinzipien des gewählten therapeutischen Verfahrens, z.B. der Psychodynamischen Psychotherapie. Hierzu gehören die Therapieplanung und therapeutische Zielsetzung auf der Grundlage solider Diagnostik, die Entscheidung für ein Setting und die Durchführung einer Psychodynamischen Psychotherapie nach den Regeln des Verfahrens.
3. Der dritte Identitätsaspekt betrifft die störungsbezogenen Modifikation des Verfahrens, d.h. die Anwendung verschiedener therapeutischer Methoden und speziell therapeutischer Haltungen. Chronische Depression braucht andere therapeutische Maßnahmen als bulimische Essstörung oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Kurztherapien erfordern andere Prozesssteuerungen als Langzeitbehandlungen etc.
4. Den vierten Aspekt bildet die für Lindau wichtige Beschäftigung mit kulturellen Aspekten der Psychotherapie, d.h. mit Kunst, Literatur, Philosophie usw.

Ich komme zum Schluss: Wo wir heute in Lindau angekommen sind, wird am deutlichsten, wenn wir einen Blick auf die älteste, mir verfügbare Anmeldungskarte von 1959 werfen. Das Angebot der sogenannten „Übungswoche“ enthielt vier Übungen, ferner vier Kurse (Abb. 17).

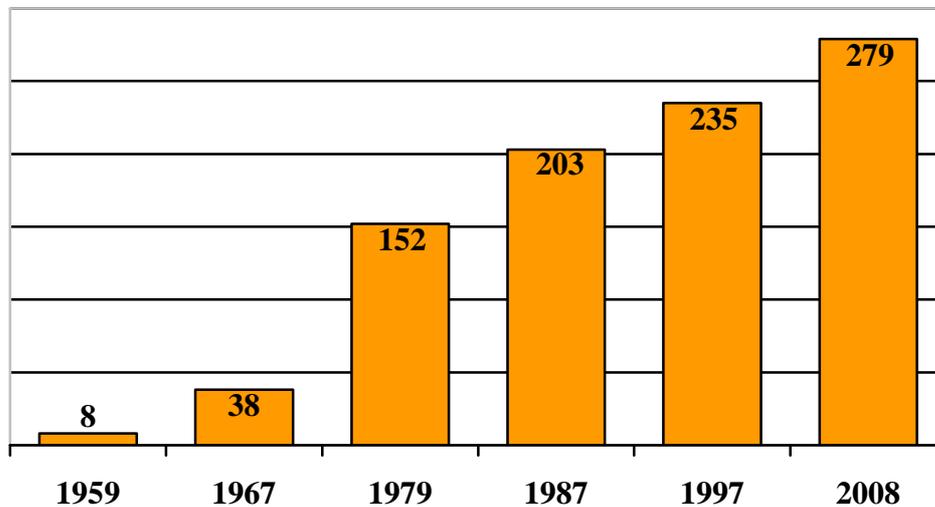
Abb. 17

<u>Übungswoche 1959</u>	
1.	I.H. Schultz: Autogenes Training
2.	Altmann: Hypnose
3.	Fuchs: Atemtherapie
4.	Heller/Stolze: Bewegungstherapie

Interessant ist auch das Angebot zur Quartierbestellung: Es nennt einen Übernachtungspreis im Hotel von 8 bis 23 DM, in den Gasthöfen von 6 bis 14 DM, in den Privatquartieren von 4,50 DM bis 5,50 DM. In diesem Jahr 2010 hat mir ein Hotel, in dem ich anfragte, ein Doppelzimmer für 254 Eu/Nacht angeboten, das entspricht, verglichen mit 1959, einer Preissteigerung von 2000%. Dafür wird aber auch mehr geboten, vielleicht manches im Hotel, sicher aber vieles im Programm (Abb. 18): Anstelle der vier Übungen oder vier Nachmittagskurse, werden heute 279 Seminare angeboten, aus denen sich jeder das Seinige aussuchen kann, vom Atmen über das Träumen zum Trommeln, vom Coupling zum Stalking, vom Anträge schreiben zum Weinen der

Wüstenväter. Für jeden etwas. Der Umfang der Übungsangebote ist somit um 3000% gestiegen, da erscheint der Preisanstieg im Hotel geradezu bescheiden.

Abb. 18 Anzahl der Übungen/Seminare



Die Bausteine zur psychotherapeutischen Identität, die Lindau anbietet, wurden in den sechzig Jahren ungemein verbreitert, differenziert und konkretisiert. Allerdings ist hier noch ein weiterer Wirkfaktor zu erwähnen: Das inhaltliche Angebot ist seit sechzig Jahren eingebettet in die sehr spezifische klimatische und atmosphärische Situation der Insel. Jedes Jahr stolpert man etwas hirnerhängen durch das ungewohnte Föhnklima und über das Kopfsteinpflaster und wird zugleich, Schritt für Schritt und Tag für Tag überwältigt durch die Erfahrung, dass es trotz allem wieder Frühling werden will und dass dies auf eine besonders eindrucksvolle Weise geschieht. Das ist wie eine Inszenierung der Hoffnung auf den Fortgang des Lebens, die ihre psychotherapeutische Wirkung auf die anwesenden Therapeutinnen und Therapeuten nie verfehlt.

Offenbar sind die Interessenten mit den Angeboten zufrieden, sonst kämen sie nicht Jahr für Jahr in so großer Zahl hierher. Auch die Organisatoren der Psychotherapiewochen und die Hotels dürfen zufrieden sein und die Anbieter der Konzepte und therapeutischen Techniken scheinen von der Zweckmäßigkeit ihres Tuns überzeugt. Ich möchte daher anlässlich des Jubiläums allen Beteiligten und vor allem den Verantwortlichen herzlich gratulieren und Ihnen danken für ihr Engagement im Interesse der Psychotherapie. Sie haben zur Gestaltung psychotherapeutischer Identität vieles beigetragen. Ich wünsche ihnen, dass sie das noch viele weitere Jahre fortsetzen werden.

## **Literatur**

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik - OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Assmann J. (2007): Das kulturelle Gedächtnis. Schrift Erinnerung und politische Identität in frühen Hochkulturen. München: H.C. Beck, 6. Aufl.
- Barthel Y., Lebigier-Vogel J., Beutel M., Leuzinger-Bohleber M., Rudolf G., Zwerenz R. (2010): Kandidaten in der psychotherapeutischen Ausbildung – Zugang und Zufriedenheit. Forum der Psychoanalyse. Im Druck.
- Buchheim P., Cierpka M., Seifert Th. (Hg.) (1992-2000) Lindauer Texte. Berlin: Springer.
- Erikson E.H. (1968): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett, 3. Aufl. 1968 (engl. 1950).
- Erikson E.H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp (engl. 1959).
- Mettauer P. (2010): Vergessen und Erinnern. Die Lindauer Psychotherapie Wochen aus historischer Perspektive. Lindauer Psychotherapie Wochen 2010.
- Rudolf G. (2008): Der Grundkonflikt der Identität. In: Rudolf, Henningsen (Hg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme, 6. Aufl. S. 189-193.
- Rudolf G. (2008): Psychotherapeutische Wertvorstellungen. In: Rudolf, Henningsen (Hg.) Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme, 6. Aufl. S. 321-323.
- Rudolf G. (2010): Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Stuttgart: Schattauer.
- 

## **Kontakt:**

Prof.emer.Dr.med. Gerd Rudolf  
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine  
Klinische Medizin der Universität Heidelberg  
Thibautstr. 2  
69115 Heidelberg