

Kontrollanalyse „revisited“ Funktionen, Ziele und Methoden in der Integrativen Therapie

Peter Osten

Zusammenfassung: Kontrollanalyse „revisited“. Funktionen, Ziele und Methoden in der Integrativen Therapie

Die Geschichte der Kontrollanalyse wird dargestellt, und die Unterschiede zur Supervision werden herausgearbeitet. Dabei wird festgehalten, dass die Supervision - solange der Supervisor nicht auch eine therapeutische Ausbildung und Praxis hat oder ein/e Lehrtherapeut/in ist - ein für Psychotherapeuten ungeeignetes Instrument der Selbstreflexion darstellt. Bereicherungen und Risiken des Psychotherapeutenberufes weisen auf die Notwendigkeit der Kontrollanalyse als wirksame Methode der professionellen Reflexion und patientenorientierten Selbsterfahrung. Funktionen, Ziele und Methoden der Integrativen Kontrollanalyse werden besprochen. Dabei wird auch auf tabuisierte Machtdynamiken fokussiert. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Kontrollanalyse nach der Ausbildung zum Psychotherapeuten gelegt. Die Kontrollanalysegruppe wird hierbei als das effektivste Instrument professioneller Selbsterfahrung und Entwicklung herausgestellt.

Schlüsselwörter: Kontrollanalyse, psychotherapeutische Supervision, Integrative Therapie

Summary: Control Analysis „revisited“. Functions, Objectives, and Methods in the Integrative Therapy

The history of control analysis is presented and the differences from the Supervision are worked out. It is noted that the supervision, as long as the supervisor does not have a therapeutic education and practice, represents for psychotherapists an inappropriate instrument of self-reflection. Enrichments and risks of psychotherapist profession have the need to control analysis, oriented as an effective method of professional reflection and patient orientated self-experience. Functions, objects, and methods of integrative control analysis are discussed. It is focused on taboo power dynamics. Particular attention is paid to the control analysis after training as a psychotherapist. The group control analysis is hereby found to be the most effective instrument of professional self-experience and development.

Keywords: control analysis, psychotherapeutic supervision, integrative therapy

Geschichte der Kontrollanalyse

Begriff und Konzept der Kontrollanalyse entstammen ursprünglich der Psychoanalyse. Sie wurden um 1920 von Sigmund Freud selbst eingeführt, der damals noch der einzige Lehr- und Kontrolltherapeut war (Roudinesco & Plon, 2004). Vermutlich war die Idee hierzu in der „Psychologischen Mittwochsgesellschaft“ entstanden, die Freud 1902, zusammen mit den Analytikern der ersten Generation (Stekel, Adler, Rank, Federn, Nunberg u. a.), in Wien ins Leben gerufen hatte. In der psychoanalytischen Literatur gibt es wenige Arbeiten, die explizit diesem Thema gewidmet wurden; auch Freud selbst hat nichts darüber niedergeschrieben (Weigert, 1957). In Ausbildungskomitees dagegen wurde darüber viel gesprochen, und Freud scheint diese Bewegung an sich und auch inhaltlich vollumfänglich akzeptiert zu haben. Die unterschiedlichen Diskussionen, über die später vereinzelt berichtet wurde (Alexander, 1951; Balint, 1948; Bibring, 1937; Eitington, 1937; Gitelson, 1948), führten jedoch inhaltlich nicht zu endgültigen Übereinstimmungen.

*„... die Stimme des Intellekts ist leise, aber sie ruht nicht, ehe sie sich Gehör verschafft hat.“
(„Die Zukunft einer Illusion“, Sigmund Freud, 1927, S. 349)*

Ferenczi und Rank stellten bereits 1924 fest, dass die Lehranalyse alleine nicht ausreichte, um die angehenden Psychoanalytiker auf ihren Beruf vorzubereiten (Kutter, 1994). Sie registrierten schon sehr früh, dass bestimmte Lebensthemen, Konflikte und Traumata der Ausbildungskandidatinnen sich erst zeigten, wenn diese durch die Themen ihrer Patienten aktualisiert wurden. Kovács (1935) machte diesbezüglich als erste auf die Probleme der Übertragungsdynamik vom Analytiker selbst aufmerksam und forderte verstärkte Bemühungen in Richtung auf die Ausbildung von Fähigkeiten zur Selbstanalyse bzw. Gegenübertragungsanalyse. Dies wurde später vor allem von Balint (1965) unterstützt und weiterentwickelt.

Bibring (1937) plädierte dafür, dass die Kontrollanalyse auch die nachträgliche Behebung von Wissenslücken sowie technische Fragen beinhalten sollte. Um diesen Problemen gezielt nachgehen zu können, sollten Ausbildungskandidaten regelmäßige Treffen mit ihren Kontrollanalytikern vereinbaren (Blitzstein & Fleming, 1953). Grotjahn (1966) schlug, unter Bezugnahme auf Landauer (1961), sogar schon vor, dass Kontrollanalytiker an den Sitzungen ihrer Kontrollanalysanden mit deren Patienten teilhaben sollten, um interpersonelle Wechselwirkungen besser einschätzen zu können.

Es waren Landauer und Bibring (1968), die sich für weitergehende Konzepte aussprachen, in denen der Kontrollanalytiker seine Ausbildungskandidaten nicht nur lehren und begleiten, sondern auch deren Fähigkeiten und Beschränkungen einschätzen sollte. Auch Fleming und Benedek (1966) waren Anhänger dieser Idee. In diesem Punkt liegt wahrscheinlich die ganze Ambivalenz des Konzeptes „Kontrollanalyse“ geborgen, denn mit diesem Schritt fanden nun auch interne Machtdynamiken der Ausbildungsinstitute Zutritt in die Intimsphäre der analytischen Situation.

Ekstein und Wallerstein (1972) sowie Wallerstein (1995) wollten diese Funktionen in eine einheitliche Technik integriert wissen und bestimmten wünschenswerte Fähigkeiten des angehenden Psychoanalytikers. Bei allen inhaltlichen Differenzen, vor allem in Hinsicht auf subtile Machtfragen und institutionelle Übertragungsdynamiken, gab es doch den Minimalkonsens, dass die Fokussierung auf die Thematik der Gegenübertragungsanalyse im Behandlungsverlauf der Kernpunkt der Kontrollanalyse sein sollte (Balint, 1965; Gruhle, 1961).

Ich möchte in dieser kleinen Arbeit an die Überlegungen der Psychoanalyse anschließen und die Kontrollanalyse für den Bereich der Integrativen Therapie weiterentwickeln (siehe Leitner & Petzold 2008; Petzold, 1994). Dabei ist hervorzuheben, dass in Österreich hinsichtlich des Begriffes „Kontrollanalyse“ andere Bestimmungen vorherrschen als in Deutschland, wo Begriff und Konzept seit Anbeginn der „Integrativen Therapie“ in den 1960er Jahren in Ausbildung und Praxis zur Anwendung kommen.

Schon während der Ausbildung ermöglicht die Kontrollanalyse Prozesse, die über die Möglichkeiten von Supervision (im engeren Sinn) hinausreichen. Im Sinne einer an Patientenprozessen orientierten Selbsterfahrung steuert sie bei der angehenden Therapeutin tief greifende Reflexivität in Bezug auf die eigene Biographie und Persönlichkeitsdynamik Gegenübertragungsdynamiken an. Im Besonderen aber stellt sie einen wesentlichen Ort dar, an den sich ausgebildete Psychotherapeuten im gesamten Berufsleben immer wieder rückerbinden können - sei es hinsichtlich schwieriger Prozesse mit ihren Patienten, sei es im Hinblick auf Fortbildungswünsche in Sachen Theorie und Methodik oder auch im Rahmen persönlicher Krisen und Entwicklungswünsche.

Je mehr der Therapeut in der Lage ist, aus seinen ganz persönlichen Resonanzräumen heraus auf die Geschichte seines Patienten eingehen zu können, um die schmerzvollen Lebensthemen aus der eigenen Emotionalität und Lebensdynamik heraus zu verstehen, umso mehr wird er in diesem Prozess des Sich-einlassens unweigerlich immer wieder mit seinen eigenen, vielleicht auch noch nicht aufgelösten Lebensthemen in Berührung kommen. Das kann verunsichernd, schmerz- und konflikthaft sein und ihn manchmal in seinem flüssigen Eingehen auf das Material seiner Patienten blockieren. Kann er sich aber aufgrund eigener Verunsicherung nicht auf die Verletzungen seines Patienten einlassen, vermindert das die interventive Qualität seiner Arbeit. Denn an dieser Stelle bleibt sein Patient wiederum ohne emotionell resonierendes, nährendes Verstehen zurück. Daher gilt als Kernstück kontrollanalytischen Arbeitens, die eigenen Narrative bei sich zu erkennen und sukzessive an ihnen weiterzuarbeiten. Erst so kommt der Psychotherapeut in die Lage, seine Resonanzräume für die Themen und Prozesse seiner Patienten vollauf angstfrei öffnen zu können. Aus der Berührtheit der eigenen Resonanz heraus können Interventionen erst liebevollere - und damit tiefenwirksamere - Qualität erlangen (Osten, 2017).

Kontrollanalyse wird somit als ein Instrument dargestellt, das Psychotherapeutinnen helfen kann, durch professionelle Selbsterfahrung ihre therapeutische Kompetenz zu verfeinern. Weil in dieser Arbeit immer die ganze Person angesprochen ist, wird durch die kontrollanalytische Arbeit aber immer auch ein selbstfürsorglicher Umgang mit den größten Ressourcen von Psychotherapeutinnen angestrebt - ihrer Kreativität und ihrer universellen Liebesfähigkeit (Osten, 2010a, 2017). Aufbau, Nachsozialisation und Erhalt einer universellen Bindungs- und Liebesfähigkeit erhellen die Qualität der therapeutischen Beziehung, das Engagement und die Begeisterung an der therapeutischen Arbeit (Hermer & Röhrle, 2008; Thomä, 2007). Und sie verbessern damit die therapeutischen Resultate.

Das Manko der Supervision

Nahezu alle Institute im deutschsprachigen Raum arbeiten im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildungsgänge mit Supervision. Obwohl dies gesetzlich so verankert ist, sollte man diese Festschreibung kritisch untersuchen. Supervision im engeren Sinn gilt als Beratungsansatz (Belardi, 2002; Fatzer & Schein, 2003; Schreyögg, 2010). Dasselbe gilt für das Coaching (Migge, 2011; Rauen, 2005; Schreyögg & Schmidt-Lellek 2010), was ich hier aber vernachlässigen will.

Die Geschichte der Supervision reicht zurück in die Vereinigten Staaten, wo sie als Aufsicht und Anleitung von (meistens freiwilligen) Helfern eine Kontrollfunktion hatte. Obwohl die Supervision in den letzten beiden Jahrzehnten eine deutliche inhaltliche Veränderung und Aufwertung durch (sozial-)psychologische, soziologische, organisationstheoretische und sogar kulturtheoretische Ansätze erfuhr (Petzold, 2008), legen Multicenterstudien nahe, dass sie eine eher dürftige Wirkung hinsichtlich ihrer selbst definierten Ziele hat; 14 % der Klientel fühlt sich sogar durch sie beschädigt (Petzold, Oeltze & Ebert, 2011). Die Ausbildung zum Supervisor kann man heute berufsbegleitend schon mit zwei Jahren abschließen, ohne eine einzige psychotherapierrelevante Vorlesung gehört zu haben oder auch nur eine einzige psychotherapeutische Einzelsitzung absolviert zu haben - je nach Anbieter. Wie sollen Supervisoren mit einer derart „schmalen“ Vorbereitung Psychotherapeutinnen in ihren zum Teil jahrelangen Therapieprozessen mit ihren Patienten evident beraten und begleiten können?

Supervision im engeren Sinn beschränkt ihr Angebot auf kognitiv und emotionell reflexive Prozesse und interveniert tendenziell pädagogisch. In den meisten Definitionen von Supervision (Internet-Recherche vom 02.- 04.08.2016) werden Abtiefungen in persönliche biographische Themen und der Aufbau von Übertragungsbeziehungen *explizit ausgeschlossen*. Das bedeutet, dass Supervisoren, wenn sie nicht zusätzlich eine eigene Psychotherapieausbildung im Hintergrund haben oder LehrtherapeutInnen in einem Verfahren sind - das heißt also, auch nicht

psychotherapeutisch praktizieren - nicht in der Lage sein werden, einen Patientenprozess zusammen mit ihren Supervisanden auf der Ebene von Gegenübertragungsdynamiken analysieren zu können. Vonseiten der Durcharbeitung ihrer Lebensgeschichten und der Reflexivität hinsichtlich ihrer Übertragungsbereitschaften dürften daher die meisten Psychotherapeutinnen schon zum Ende ihrer Ausbildung hin ihren Supervisoren überlegen sein.

Zumindest für diejenigen psychotherapeutischen Verfahren, die biographisch aufdeckend an den kausalen Strukturen von Krisen und Störungen arbeiten, gilt, dass es keinen Erkenntnisprozess fremder Erfahrung geben kann, ohne dass die Erkenntnisprozesse der eigenen Erfahrung mit einbezogen werden (Erdheim, 1984). Würde eine Psychotherapeutin versuchen, das Unbewusste ihrer Patienten zu erforschen, ohne dabei sich selbst erforschen zu wollen, könnte eine wie auch immer geartete Erkenntnis niemals etwas Verbindendes, geschweige denn etwas Verbindliches ausweisen - sie wäre aus dem intersubjektiven Erkenntnisprozess entkoppelt (Petzold & Schuch, 1992) und entfremdet (Scheler, 1955). Ganz im Sinne der ursprünglichen Konzepte der Kontrollanalyse bedeutet dies, dass die Reflexion von Beziehung, Übertragung, Gegenübertragung (König, 2010) sowie das Wechselspiel von Affiliation und Reaktanz („Widerstand“) in der therapeutischen Beziehung das Kernstück der psychotherapeutischen Behandlung darstellt (Petzold, 2004) - und somit auch das Kernstück von Supervision sein müsste. Supervisoren ohne psychotherapeutische oder lehrtherapeutische Ausbildung und Praxis sind hierzu nicht in der Lage. Und Supervision als Methode verneint konzeptuell genau diese persönlichen Tiefungsprozesse.

Psychotherapeutinnen aber wollen in den meisten Fällen genau nicht *beraten* werden. Sie wissen, dass Prozesse mit ihren Patienten stagnieren, wenn sie selbst nicht in der Lage sind, sich in die Themen oder Tiefungen hineinzuwagen, in die auch ihre Patienten hineingehen sollten. Sie möchten mit ihren Supervisoren diesen Schritt der Öffnung ihrer Resonanzräume bewerkstelligen können, dazu ermutigt und darin fachkompetent begleitet werden. Mehr noch: Sie wünschen sich, dass ihre Supervisoren ihnen in ihrem gesamten interventiven Habitus, in ihrer therapeutischen Haltung *zum Modell* werden, das sie später selbst in ihren eigenen Stil adaptieren können. Wie soll das funktionieren, wenn die Supervisorin keine (Lehr-)Therapeutin ist und sich an die eingeschränkten beraterischen Vorgaben hält? Wie soll das funktionieren, wenn der Supervisor selbst noch Angst vor dem Öffnen seiner Resonanzräume hat?

Psychotherapeutinnen sind in der Regel engagierte Menschen, die auf den verschiedensten Ebenen eine enorme „Wachstumslust“ in ihre Arbeit mitbringen. Die meisten wissen, dass sie sich in ihrem Beruf lebenslang weiterentwickeln werden. Sie wollen in ihren Supervisorinnen in Theorie und Methodik sattelfeste und therapeutisch kreative Menschen antreffen, die ihnen auch auf diesen Ebenen helfen, ihre Lücken zu schließen und somit ihr persönliches/fachliches Repertoire zu erweitern.

Dies sind nur einige, wenige Punkte, die das Manko der Supervision für den Psychotherapeutenberuf (nur für diesen) anreißen sollen. Freilich arbeiten die meisten Institute im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Ausbildungen, was die Supervision angeht, mit ihren eigenen Lehrtherapeutinnen, wodurch es hinsichtlich der Inhalte und Qualität sicherlich zu Akzentverschiebungen in Richtung auf das zu lehrende Verfahren kommt (Ehrhardt & Petzold, 2011; Petzold, Oeltze & Ebert, 2011). Methodenspezifische Supervision unter Anleitung erfahrender Lehrtherapeuten dürfte freilich den Anforderungen genügen. Dann aber muss man sich fragen: Weshalb unter diesem Begriff, der im breiten Kontext des Supervisionsangebotes auf dem Markt überall anders definiert wird? Und genau das wesentliche Kernstück nicht bieten kann?

Bereicherungen und Risiken des Psychotherapieberufes

Sehen wir uns nun einige äußerst positive und einige sehr kritische Punkte des Psychotherapieberufes an, um nur vonseiten des Berufsbildes her Probleme eingrenzen zu können, die am besten im Rahmen einer Kontrollanalyse bearbeitet werden können.

Psychotherapeutinnen sind höchst idealistische und altruistisch eingestellte Menschen. Sie werden durch den Wunsch motiviert, Menschen zu helfen, der Gesellschaft zu dienen und die Lebensqualität für Leidende zu verbessern. Der wichtigste Grund, den Psychotherapeuten als Motiv für ihre Berufswahl und praktische Arbeit angeben, ist das Hochgefühl, dauerhafte positive Veränderungen zusammen mit ihren Klienten zustande zu bringen, persönliches Wachstum fördern oder zumindest Erleichterung bei Belastungen bewirken zu können (Guy, Poelstra & Stark, 1988).

Psychotherapeuten sind in den meisten Fällen Freidenker, die ihre intellektuelle Unabhängigkeit schätzen und nur vor sich selbst Rechenschaft ablegen wollen (Pauen & Welzer, 2015). Nichtsdestotrotz schätzen sie es sehr, wenn andere sie emotionell an ihrem Leben teilhaben lassen. Sie lieben die intellektuelle Herausforderung - im besten Falle besitzen sie die Mentalität von „Rätselratern“- und sie schätzen die Vielfalt menschlicher Erfahrungen, die den Prozess der Selbsterkenntnis bei beiden, ihren Klienten und ihnen selbst, antreibt und fördert. Sie sind „Beziehungsmenschen“, die gerne zuhören, in emotionelle Auseinandersetzungen gehen und die Bedeutungen menschlichen Erlebens verstehen wollen. Sie besitzen in der Regel die Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten und lieben die Ironie und die Paradoxien des Lebens (Norcross & Guy, 2010).

Wie alle anderen Menschen, erleben natürlich auch Psychotherapeuten ihre Schiffbrüche. Obwohl sie dabei sogar mehr Ängste, Depressionen und emotionale Erschöpfung erleben als andere Menschen, sind sie zufriedener mit ihrem Leben und behaupten, dass ihre Arbeit sie

bewusster und weiser gemacht, ihr Wertesystem und ihre Fähigkeit, das Leben zu genießen, gestärkt hat. Selten bekommt man die Klage zu hören, dass ihrem Leben der Sinn fehlt, und auch im öffentlichen Leben fühlen sie sich mit ihrer beruflichen Identität wohl (Norcross & Guy, 2010).

Diesen erfreulichen Ressourcen steht eine ganze Liste von Belastungsfaktoren und Risiken gegenüber. Die Durchführung von Psychotherapien ist ein schwieriges und manchmal zermürbendes Unterfangen. Freud selbst bezeichnete seine Arbeit zu Recht als den „unmöglichen Beruf“. Psychotherapeuten sind Zeugen und emotionelles Gegenüber für oft überwältigende Gefühle von Schmerz, Angst, Wut und alle anderen Formen menschlichen Leidens. Diese ereignen sich in der therapeutischen Beziehung als einer Situation sozialer Isolation, die an sich, konzeptuell, als wesentliche Grundbedingung für das Eingreifen in tiefere Schichten des Bewusstseins angesehen wird. Ethisch sind Psychotherapeutinnen zur Geheimhaltung der beunruhigendsten Geständnisse verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflicht steht im Widerspruch zu dem natürlichen Bedürfnis nach offener Kommunikation, z. B. mit Freunden oder Familienangehörigen. So entsteht häufig eine Situation emotionaler und sozialer Umwelt-Deprivation (Norcross & Guy, 2010).

Psychotherapeuten arbeiten in asymmetrisch konzipierten Beziehungen mit ihren Patienten, wodurch das gewöhnlicherweise nährend Element sozialer Bindungen nur eingeschränkt wirkt. Diese „Einbahn-Vertrautheit“ wird vonseiten der Patienten her oft durch hohe Erwartungshaltungen, Beziehungsstörungen und negativ getönte Übertragungstätigkeiten verschärft - Angst, Wut, Apathie, Misstrauen. Höchster emotionaler Druck paart sich in der therapeutischen Arbeit mit dem Gefühl höchster Sensibilität (Aron, 2005) und Verantwortlichkeit (siehe Heidbrink, 2003). Psychotherapeutinnen können auch nicht selbstverständlich mit der Dankbarkeit ihrer Patienten rechnen. Dies führt oft dazu, dass sie sich ausgenutzt, gedemütigt oder abgelehnt fühlen. Und dies wiederum mündet häufig in Mitgefühlerschöpfung, in indirekten traumatoformen Störungen oder Burnout (Lemke, 2006), umso mehr, wenn durch die Arbeit mit ihren Patienten in der Therapeutin prävalente Konflikte und abgeblendete Lebensthemen reaktualisiert werden (Gussone & Schiepek, 2000; Nijenhuis, 2016; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 2000).

Wenn es in der Therapie um allgemein menschliche Themen geht - Krankheit, Gewalt, Suizid, Terror und Tod - sitzen Therapeutinnen mit ihren Klientinnen „auf derselben Ruderbank“, können sich unter Umständen nur schwer distanzieren, müssen unter Druck und in „Windeseile“ die Fragen und Nöte ihrer Patienten „durcharbeiten“, um rasch einen Schritt voraus zu sein. In dieser Situation sind sie ganz auf sich gestellt, die nächste Kollegin, die einen stützen könnte, ist dann oft erst mal weit weg. Dieser Druck verringert sich für Psychotherapeuten, die in Einrichtungen bzw. Teams arbeiten, ist aber für Freiberufler enorm hoch. Einen Tag wegen eines Unwohlseins auszusetzen bedeutet häufig, sich vor sechs bis acht Patientinnen erklären oder Konflikte in Kauf nehmen zu müssen. Da überlegt man sich, welche Belastung die größere ist.

Hinzu kommen Niederlagen, die aufgrund der meist hohen Verantwortungsgefühle und Funktionsansprüche der Therapeutinnen sich selbst gegenüber oft schuldhaft oder sogar selbstentwertend verarbeitet werden (Engel & Ferguson, 1992) - *obwohl* ganz klar war, dass das Sich-einlassen auf Menschen mit schweren Beziehungsstörungen mit natürlichen Risiken verbunden ist. Schleppende Prozesse, Misserfolge und Therapieabbrüche (eine Metaanalyse von 125 Studien, Wierzbicki & Pekarik, 1993, ergab eine Abbruchrate von satten 47 % in Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung) wirken desillusionierend, ebenso wie die entgrenzten Funktionserwartungen der Managed-Care- oder der Evidence-Based-Psychotherapy-Bewegung, die das menschliche, das heilende (!), Element der Psychotherapie zu einem „Social Engineering“ degradieren wollen (Petzold, 2003a; Petzold & Sieper, 2011; Sedmak, 2013).

All diese Herausforderungen verlangen danach, mit offenem Blick betrachtet zu werden - die einzige Möglichkeit, sie in ihrer negativen Wirkmacht einzugrenzen und dabei unter Umständen sogar noch an ihnen zu wachsen. Sie sind ernst zu nehmen, wenn man den Studien von Barry Farber und John Norcross mit ihren Mitarbeitern folgt (Farber, 1990; Farber & Heifetz, 1981, 1982; Norcross, Karpiak & Santoro, 2005). Die erste Abwanderung von Psychotherapeutinnen aus ihrem Beruf nach Abschluss ihrer Ausbildung tritt nach circa drei bis vier Jahren ein (etwa 22 %; Gründe sind diversifiziert, zum Teil Überforderung, Erkenntnis der „falschen Berufswahl“, aber etwa auch Familiengründung usw.), die zweite Welle kommt nach etwa zehn Jahren - hier sind es noch einmal 20 %, und die Gründe gehen hier deutlicher in Richtung auf Unzufriedenheit mit dem Beruf, Burnout und Boreout. Somit bleiben von den ausgebildeten Psychotherapeutinnen am Ende weniger als 60 % in ihrem Beruf aktiv. Die größte Zufriedenheit liegt bei denjenigen, die mehr als zehn Jahre praktizieren und beschließen, im Beruf zu bleiben. Von diesen Verbleibenden geben immerhin 88 % an, dass sie (im oben angegebenen Sinne) hoch zufrieden sind und denken, dass sie ihren Beruf bis weit in ihre 70er Jahre weiter praktizieren wollen.

Kontrollanalyse im Rahmen der Ausbildung

Historisch gesehen sollte der Ausbildungskandidat in der psychoanalytischen Kontrollanalyse vor allem darin unterstützt werden, ein Gefühl für den richtigen Zeitpunkt der Deutung zu entwickeln und diese geschickt zu formulieren. Dafür notwendiges und zentrales Agens war die Gegenübertragungsanalyse und die Entwicklung von Taktgefühl in der verbalen Äußerung. Theorie- und Methodenvermittlung waren weitere Inhalte. Die Kontrollfunktion der Ausbildungsinstitute (Einschätzung der persönlichen und fachlichen Fähigkeiten, Zulassung zur Behandlungsstufe etc.) war ein eher tabuisiertes und wenig offen diskutiertes Thema. Hier müssen für den Bereich der Integrativen Therapie nun Modifikationen vorgenommen werden.

Zentrale Differenzen ergeben sich durch die Unterschiedlichkeit des therapeutischen Ansatzes. Deutungen spielen in der Integrativen Therapie als einem sozialkonstruktivistischen Ansatz nur eine marginale Rolle. Hier einige wesentliche Punkte: In das Gegenübertragungskonzept der Integrativen Therapie wurden die rollenkonfigurativen Modelle des Psychodramas (Moreno, 1989), das Begegnungsmodell von Rogers (1983), sozialpsychologische Kommunikationsmodelle (Bierhoff & Frey, 2011) und Modelle der symbolischen Interaktion (Mead, 1973) mit aufgenommen. Der psychoanalytischen Abstinenz entsprechen im Integrativen Ansatz die kognitive und emotionale Präsenz der Therapeutin (Orientierung des Klienten durch Blickkontakt, Gestik, Mimik und Gebärden der Therapeutin), mithin die Klarheit des Ausdrucks in Rede *und* Leiblichkeit, das Changieren zwischen Grenzsetzungen, selektiver Offenheit und partiellem Engagement in der therapeutischen Beziehung, die zusammen nicht allein als Übertragungsgeschehen betrachtet werden.

Vor dem Hintergrund leibphilosophischer Überlegungen wird die Bezogenheit zwischen Patientin und Therapeutin als „Zwischenleiblichkeit“ (Schmitz, 1989, 1992) verstanden. Diese Vorstellung der therapeutischen Beziehung impliziert, mit der Sicht auf anthropologische Krankheitstheorien (Petzold & Schuch, 1992) und gesicherte Ergebnisse der Psychotherapieforschung (Orlinsky & Howard, 1988), bereits unspezifische heilende Intentionen, weil sie multiplen Entfremdungsprozessen entgegenwirkt.

Insofern entspricht der psychoanalytischen Deutung in der Integrativen Therapie ein „ko-respondierender“ (Petzold, 2003b), intersubjektiver Suchprozess einerseits nach den Ursachen von Störungen, andererseits nach therapeutisch wirksamen Entwürfen in „doppelter Expertenschaft“: Die Patientin ist Expertin für ihr geistiges und seelisches Innenleben, die Therapeutin Expertin hinsichtlich ihrer fachlich fundierten Menschlichkeit. Auch hier findet das konstruktivistische Denken konsequent seinen Ausdruck: Erkenntnisprozesse in Bezug auf die Kausalität von Störungen oder von möglichen Heilungswegen können nur experimentell erforscht werden, sie werden - auf instinktiver, emotioneller, kognitiver und behavioraler Ebene - ko-respondierend „durchgespielt“ und intersubjektiv validiert. Erweisen sie sich nicht als stimmig und evident, werden sie (gemeinsam) verworfen und die Suchbewegung geht weiter, Schritt für Schritt: „Finden, was wirkt“ ist das zentrale Motto.

Die Gegenübertragungsanalyse spielt auch hier eine zentrale Rolle, mündet aber nicht in einer zuschreibenden Deutung, sondern in einen intersubjektiven Prozess, der die therapeutische Beziehung sowie das Bewusstsein für die Bedeutung von Teilhabe und Bezogenheit stärkt. Dieses „Für-voll-genommen-Werden“ in der Partizipativität gemeinsamer Erkundungen des Unbewussten - bei denen die Therapeutin niemals außen vor bleibt -, wird an sich schon als Entfremdungsprozesse heilendes Element betrachtet. Kontrollanalytisches Vorgehen in der Integrativen Therapie muss diesen Denkfiguren folgen können. Es geht dabei also nicht nur um evidente

Übertragungsanalyse, sondern auch um Formen intersubjektiver Beziehungsgestaltung in der Therapie. Hierin unterscheidet sich die Integrative von der psychoanalytischen Kontrollanalyse.

Obwohl die interventiven Einflussmöglichkeiten des Psychotherapeuten natürlich begrenzt sind - im Falle heftiger Reaktanzen oder negativer Übertragungen seitens des Patienten oder auch massiv fordernder Übertragungsliebe -, geht man im technischen Denken der Integrativen Kontrollanalyse zunächst davon aus, dass jedem stagnierenden oder konflikthaft verlaufenden Prozess in der Psychotherapie die Angst und die Abwehr der Therapeutin zugrunde liegen - verschlossene Resonanzräume. Angst und Abwehr des Therapeuten bewirken zunächst Erstarungen hinsichtlich seiner Kreativität und universellen Liebesfähigkeit - kognitive, emotionelle, volitive und behaviorale Blockaden. In der Kontrollanalyse geht es somit nicht bloß darum, eine „geschickte nächste Intervention“ zu erfinden - sozusagen „um die Abwehr herum“, das wäre typisch für die allein an technischer Funktion orientierten Supervision -, sondern darum, diese Wellen der Angst und Abwehr wieder zu verflüssigen, die Analysandin zu ermutigen und sie darin zu begleiten, durch ihren Prozess der Abwehr hindurchzugehen. Dies schließt Prozesse der fokalthérapeutischen Abtiefung und Regression mit ein. Das zentrale Anliegen der Kontrollanalyse ist daher, durch die Exploration der eigenen Themen beim Therapeuten - auf emotionaler Ebene - die Angst wieder zu verringern, - auf kognitiver Ebene - Differenzierung und Identitätsdistanz wiederherzustellen und - auf behavioraler Ebene - die Funktion professionellen Handelns wiederherzustellen.

Nur so hat man die Gewähr, dass die Kontrollanalysandin zur eigenen Einsicht in die Kernaspekte der vorgetragenen Problematik gelangt und dass die Verflüssigung auch in der Therapie mit ihrer Patientin „aus dem Prozess ihres eigenen Unbewussten“ wieder gelingt. Jede andere Form, auf intellektueller Ebene eine vernunftbetonte Intervention zu suchen, müsste dieser Prozesshaftigkeit entbehren. Wir dürfen hier nicht vergessen, dass unsere Patienten mit ihrem Unbewussten instinktiv das Unbewusste des Therapeuten suchen (in Form von Nähe, Berührtsein und existenziellem Verstanden-werden) - und Beruhigung sich erst einstellt, wenn sich dies, wenn auch „nur“ in aller Subtilität, als existenzielles Geschehen in der Therapie einstellen konnte.

Sich-einlassen auf Angst und Abwehr, „Geschehen und Wirken lassen“ sind somit die wichtigsten kontrollanalytischen Instrumente. Der Kontrollanalysand macht im Loslassen seiner Angst „seinen eigenen Prozess“ - freilich unter Anleitung und Begleitung, nicht in einer Atmosphäre unterkühlter Abstinenz - und findet die „Lösung“ im leiblichen Vollsinn des Wortes aus den Bewegungen des eigenen Unbewussten heraus. Man muss dem Wasser kein Bett graben, damit es den Hang hinunterläuft - es findet seinen eigenen Weg. Und der ist meist nicht nur stimmiger, sondern auch schöner ...

Idealerweise führen solche intersubjektiven kontrollanalytischen Explorationen zu natürlichen Evidenzerfahrungen mit hoher motivationaler Kraft. Sie drücken ihre Evidenz nicht nur im Sinne dieses einen Patientenprozesses aus, der da eben gerade behandelt wurde, sondern sie entfalten eine „Breitbandwirkung“, die in fachlicher Hinsicht auch Prozesse von anderen Patienten und in persönlicher Hinsicht eigenes Wachstum einschließt. Weil durch eine so konzipierte kontrollanalytische Arbeit die Empfindung entsteht, etwas ganz Grundlegendes - nicht nur „für die Arbeit“ sondern auch „für sich persönlich“ - durchgearbeitet zu haben, ist das Ergebnis in der Regel höchste Zufriedenheit. Die Praxis zeigt dies überdeutlich (siehe Mayer & Wydler, 1986).

In diesem Geschehen interveniert der Kontrolltherapeut also im Sinne einer therapeutischen Mäeutik (Petzold, 2003b). Sein ganzes therapeutisches Inventar, sein praktisches Geschick, seine theoretische Fundierung, seine Erfahrungen in der Methodik kommen - in der Regel eher unbemerkt - zum Einsatz. Das kann bedeuten, dass er im (katathymen, hypnotherapeutischen Sinn) Geschichten erzählt, die Aspekte der Problematik aufgreifen, es kann sein, dass er die theoretischen Hintergründe seines Verfahrens zum aktuellen Problem (als Intervention) darlegt, es kann sein, dass er szenische Mittel der Darstellung anbietet oder zum Ausdruck abgedrängter Gefühle durch kreative Medien anregt.

In dieser Weise können methodisch alle Instrumente des Verfahrens zum Einsatz kommen, und der Kontrollanalysand erhält, in engster Praxisorientierung, Anregungen zur Theorie und Methodik seiner Therapierichtung. Spätestens hier wird deutlich, weshalb Supervision für die angehenden Therapeutinnen an diese Feinabstimmungen nicht heranreichen kann, als Instrument für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen zu kurz greift. Hier geht es eben genau nicht nur um die Reflexion von Patientenprozessen, auch nicht nur um die Kontrolle wechselseitiger Übertragungsprozesse, sondern um die Differenzierung einer therapeutischen Haltung und in verfeinerter Form auch um die klinische Vermittlung von Theorie, Methoden und Indikationen im direkten Zusammenhang mit der praktischen Arbeit.

Somit wird deutlich, dass Kontrollanalysen immer auch eine therapeutische Dimension ausweisen. Aus diesem Grund beginnen sie im Rahmen der Ausbildung in Integrativer Therapie immer mit der Reflexion des bisherigen Ausbildungsprozesses: was war hier hilfreich, fördernd, behindernd, schädigend? (Petzold, 1994). Aus solchen Bilanzen, Einschätzungen und Bewertungen, die bei weitem nicht immer nur positiv ausfallen, werden reflexiv die ersten Ansätze des eigenen Stils extrahiert. Man lernt nicht nur aus dem, was positiv war, sondern auch aus den Fehlern seiner Lehrtherapeuten (und der anderer Studentinnen) und den Herausforderungen, die sich einem daraus stellen.

Somit gerät kontrollanalytisches Vorgehen nicht in die Gefahr, zu einem erneuten Entfremdungsprozess im industrialisierten Gesundheitswesen zu werden, nach dem Motto: Therapeuten

müssen ihre Patienten wieder zum Funktionieren bringen, „zurück in die Schlacht ihres Alltags“, und Supervisoren müssen ihre Therapeuten wieder „auf die Bahn führen“. Was dabei mit der Würde von Leben und Person der Patienten und Therapeuten geschieht, ist weniger wichtig als die Obliegenheit ...

Macht, Autorität und Vertrauen

Es gehören Vertrauen vonseiten des Analysanden, ein bewusster und klar kommunizierter Umgang mit der (vom Kontrollanalysanden zugesprochenen) Macht und Integrität vonseiten des Kontrolltherapeuten dazu, wenn es gelingen soll, Bereiche von Angst und abwehrender Gegenübertragung aufzudecken, zu berühren, in positive Entwicklungen zu überführen (Weigert, 1957).

Schon die Arbeit in der Rolle des Psychotherapeuten setzt beinahe zwingend die intensive Auseinandersetzung mit den ambivalenten Themen von Macht und Autorität voraus. Dies gilt umso mehr für die Rolle des Kontrolltherapeuten. Intuitiv reagieren wohl die meisten Menschen auf die Begriffe Macht und Autorität mit ihren negativen Narrativen. So entsteht ein Bild, als ob Macht und Autorität *per se* verletzende oder beschädigende Auswirkungen hätten. Desgleichen aber suchen die meisten Menschen - ebenso intuitiv - Aspekte positiver Autorität, in der Arbeitswelt genauso wie im Fachbereich der Psychotherapie (Han, 2005).

Negative Autoritäten sind hochmütig, herabsetzend und entwertend. Da sie selbstbezogen denken und handeln, können sie ihr Gegenüber schlecht einfühlen und verhalten sich verbal, atmosphärisch oder im Handeln offen und verdeckt grenzverletzend. Sie fürchten um ihre Autorität und agieren daher rivalisierend, sie können durch ihre emotionale Unzuverlässigkeit nicht zu Vorbildern werden. Positive Autoritäten dagegen stützen und strukturieren, sie handeln wertschätzend und bieten als Interaktionspartner Zuverlässigkeit und emotionelle Stabilität, sie sind fördernd und maßvoll fordernd und haben ihr Gegenüber in menschlicher Weise „auf dem Schirm“. Ihre Werthaltung ist grundlegend pluralistisch, so dass sie sich souverän, kritikannahmefähig und in jedem Sinne uneitel verhalten können.

Im kontrollanalytischen Ansatz der Integrativen Therapie gehen wir von diesen - hier nur skizzenartig dargestellten - positiven Rollenmustern von Macht und Autorität aus. Desgleichen von einem Verständnis, dass hier nicht eine Autorität, etwa auch noch mit verdeckten Kriterien, auf dominante Weise (unsinnig) „kontrolliert“. Vielmehr sind es die grundlegenden Aspekte der Fehlbarkeit, Verwundbarkeit und Angewiesenheit (Ricoeur, 1970) menschlicher Wahrnehmung, die den Kontrollanalysanden dazu bewegen, sich flankierend zur eigenen Einschätzung von Patientenprozessen eine Außensicht durch jemanden hinzuzuziehen, dem er vertraut. Erst auf diese

Weise erhält der Kontrolltherapeut Autorität und Macht, die er nun im Sinne der persönlichen und fachlichen Förderung seines Kontrollanalysanden zum Einsatz bringen muss.

Psychotherapeutische und erst recht kontrolltherapeutische Prozesse sind multipel durch Machtdynamiken bestimmt. Da ist nicht nur ein Therapeut, der Macht *besitzt*, da ist auch ein Patient, der durch seine Übertragungsbereitschaften Machtdynamiken projiziert und in der therapeutischen Beziehung (re-)inszeniert. In der psychotherapeutischen Situation wird außerdem von destruktiven, entfremdenden Machterfahrungen berichtet, unter welchen psychische Störungen erst entstehen.

Depressive Patienten entwickeln häufig eine Übertragung anklammernder Abhängigkeit, es kommt zu scheinbaren Unterwerfungen, die Therapeutin fühlt sich ausgelaugt von unersättlicher Bedürftigkeit oder wird wütend unter diesem Einfluss. Histrionische Patienten entwickeln oft ein Muster verführerischer Idealisierung, und die Therapeutin fühlt sich bedroht von anspruchsvollen Forderungen nach Liebe und Zuwendung. Zwanghafte Menschen begegnen ihren Therapeuten fortwährend mit Angst und Misstrauen, man verstrickt sich schnell in Dynamiken der Rechtfertigung. Paranoide Patienten konfrontieren uns mit Argwohn und provozierender Feindseligkeit, der Therapeut fühlt sich hilflos, unbrauchbar oder versucht, den Patienten einzuschüchtern oder ihn mit glänzenden Interpretationen in Schach zu halten. Den höchsten Grad von Unsicherheit im Therapeuten lösen möglicherweise schizoide und narzisstische Menschen aus. Während die einen die Bindung offenkundig vermeiden und „nichts von uns brauchen“, wehren die anderen ihre Bedürfnisse unbewusst ab, in dem sie uns zeigen, wie großartig sie sind. In beiden Fällen ist das Verhältnis von Bedürftigkeit und Abwehr bis zum Zerreißen gespannt, so dass die Therapeutin, selbst wenn sie sehr taktvoll vorgeht, immerzu das Gefühl hat „mehr falsch als richtig“ machen zu können.

Entweder man geht auf die Übertragungsforderungen der Patienten ein, oder man zieht sich in eine abwehrende Unerreichbarkeit zurück - beides kann den Therapieprozess ins Stocken bringen. Je mehr der Therapeutin ihre zunehmenden Ängste und Abwehrreaktionen verborgen bleiben, umso enger wird ihr Resonanzraum und umso höher steigt die Spannung des frustrierten Wettbewerbs.

Dies sind nur einige wenige Beispiele möglicher Übertragungen von Patienten und möglicher Resonanzen und Gegenübertragungsreaktionen aufseiten der Therapeuten, die aber gleichsam deutlich machen, dass die kontrollanalytische Situation mehrfach durch derartige Machtdynamiken überlagert ist und wie sehr sie von daher höchste Wachheit für die verletzende und manipulative Wirkung negativer Autoritätsausübung braucht. Für diesen Prozess des Sich-einlassens ist Vertrauen zur Kontrolltherapeutin nötig. Es entsteht durch beides, die Integrität der Kontrolltherapeutin einerseits und die Übertragung positiver Autoritätsaspekte durch die Kontrollanalysandin andererseits.

Es steht außer Frage, dass Ausbildungsinstitute ein Interesse an der Kontrolle des Fortgangs der Ausbildung ihrer Kandidatinnen haben. Das ist einerseits nachvollziehbar, weil verantwortungsvoll, den künftigen Patienten gegenüber. Institute haben außerdem ein protektives Bedürfnis, Rufschädigungen nach außen hin, durch Kandidaten mit schweren Störungen oder amorphen Therapiemotivationen, zu entgehen.

Andererseits ist diese Kontrolle ambivalent und sorgt, im Grunde nicht erst in der Phase von Supervision und Kontrollanalyse, sondern schon im Selbsterfahrungsteil von Ausbildungsgängen - egal, ob im Einzel- oder Gruppensetting - für Artefakte (Cremerius, 1995). Von daher erscheint es sinnvoll, dass Kontrolltherapeuten kein Stimmrecht über die Zulassung von Ausbildungskandidaten haben sollten - außer vielleicht in den Extremfällen von Selbst- und Fremdgefährdung. Die Funktion der Zulassung zur Behandlungsstufe sollte daher auf mehrere Schultern und Stimmen verteilt werden (Gruppenleiter, Einzellehrtherapeuten, (Gruppen-)Supervisoren, Theorieprüfer usw.). Ansonsten sind Artefaktbildungen in kontrollanalytischen Prozessen, Loyalitätskonflikte und Gefahren der Verstrickung vorprogrammiert (Petzold, 1994).

Desiderat jeder Ausbildung in aufdeckenden Psychotherapieverfahren ist, dass die Kandidatinnen sich möglichst vollständig auf die Selbsterfahrung einlassen, sich in regressiv-heilende Prozesse begeben und so den größten Anteil an Konflikten, Krisen, Störungen und Traumata schon in diesem Teil der Ausbildung intensiv bearbeiten. Die hier genannte - nicht zu umgehende - Machtambivalenz sorgt aber im Gegenteil, je nach Möglichkeiten der Teilnehmer, dafür, dass Ängste vor Leistungsbeurteilungen entstehen und neurotische Abwehrmuster, oft länger als nötig und gut wäre, aufrechterhalten, manchmal sogar verstärkt werden.

Dasselbe gilt auch für die späteren Phasen der Ausbildung - Supervision oder Kontrollanalyse -, wobei letztere immerhin konzeptuell noch die Möglichkeit bietet, auch biographische Themen aufzuarbeiten. Auch hier wieder ein Argument für kontrollanalytisches Vorgehen. Allzu leicht bietet die Supervision mit ihren konzeptuellen Implikaten (Beratung von „Professionellen“, Vermeidung von Tiefung, Übertragung, regressiven Prozessen etc.) einen passenden Rahmen für notorische Abwehrstrukturen. Somit bleiben ironischerweise oft die schwerwiegendsten Themen und Narrative unbearbeitet und im Verborgenen, bis sie später in der praktischen Arbeit durch Patientenprozesse wieder aktualisiert werden und unter Umständen für Schäden sorgen.

Verständlich, dass der Begriff der Kontrollanalyse unter solchen Voraussetzungen eher gemieden und auf die „softe“ Version von Supervision zurückgegriffen wurde. Indes, ein neues *wording* schafft die Probleme noch nicht aus der Welt. Nachdem es ganz offenkundig keine pragmatische Lösung für dieses Problem gibt, ist die Vermeidung der Bewusstwerdung von Machtdynamiken eher der schlechtere Weg des Umgangs. Zunächst einmal sollte dieses Problem daher offengelegt und in die Diskurse von Supervision und Kontrollanalyse mit einfließen können - zwischen

Ausbildungskandidatin und Kontrolltherapeutin -, nicht nur abstrakt im Fachdiskurs, sondern in der konkreten Praxis! Die Integrität des Kontrolltherapeuten muss sich hier unter Beweis bringen, indem die Macht, die ihm durch das Institut und - mehr oder weniger bewusst - auch durch das Vertrauen seiner Kandidaten zugeschrieben wurde, einzig zu Wohl und Nutzen seiner Person und seiner Klienten zum Einsatz kommt.

Das muss nicht notwendigerweise in einen „Streichelzoo“ münden. Kompetenz- und Performanzförderung ist wichtig, reicht hier aber nicht aus. Es geht um beides: Sicherheiten müssen gegeben werden, Sicherheiten müssen erschüttert werden (Petzold, 1994). Von Beginn der Kontrollanalyse an sollte klar sein - und klar gemacht werden (*patient dignity, informed consent, intersubjective decisionmaking* sind die Stichworte hierzu im integrativen Kontext, siehe Leitner, 2010; Petzold, 2003b) -, dass der motivationale Schwerpunkt des „Kontrollierens“ nicht im Bedürfnis des Institutes oder - schlimmer noch - in der Person des Kontrolltherapeuten festgemacht werden darf, sondern in einem ganz besonderen Ausmaß und emanzipatorischen Sinn beim Ausbildungskandidaten selbst. Wie bereits erwähnt, gibt es keine Erkenntnis des Unbewussten eines Anderen ohne den Einbezug des Unbewussten bei sich selbst. Schon Sigmund Freud sah hier die *correctura alterna* - das Wahrnehmungskorrektiv durch den Anderen - in der psychotherapeutischen Arbeit für unabdingbar. Die emanzipatorische Entscheidung der Ausbildungskandidatin liegt also darin, dass sie in der Kontrollanalyse *sich selbst* und *ihre Wahrnehmungen* einer „Wahrnehmung durch den Anderen“ unterzieht, wissend, dass hierin konsistente Erweiterungen, Entwicklungen und Veränderungen möglich werden.

Kritische und herausfordernde Rückmeldungen und Diskurs müssen daher von Beginn an mit in das kontrollanalytische Procedere aufgenommen werden. Wem wäre sonst geholfen? Kritik muss drei Anforderungen genügen, um Wachstum fördern zu können: sie muss erbeten sein, sie muss wertschätzend sein, sie muss weiterführend sein. Das kann sehr fruchtbar sein, dann nämlich, wenn der Kontrolltherapeut mit seinem Schatz an beruflicher Erfahrung und dem Wissen um die Fehlbarkeit, Verwundbarkeit und Angewiesenheit des Menschen (Ricoeur, 1970) in diese Prozesse hineingeht. Er weiß, dass ohne das Eingeständnis der typischen Fehler und Irrtümer - Leistungsdruck, Hochmut, Illusionen der Machbarkeit, Ungeduld, Ignoranz und Trägheit - in diesem Beruf „kein Pott zu gewinnen ist“, und er spielt mit der Ironie und den Paradoxien des Lebens, um seine Kontrollanalysanden „bei Laune zu halten“, wenn es einmal schwierig wird. In selektiver Offenheit zeigt er, dass er genau dieselben Prozesse durchgemacht hat wie sein Ausbildungskandidat - und setzt sich somit „auf die gleiche Ruderbank“: Teilhabe ist das Prinzip, nicht Machtausübung.

In über zwanzig Jahren, in denen ich selbst kontrolltherapeutisch tätig bin, habe ich es noch nie erlebt, dass ich Ausbildungskandidaten „in die Lehrtherapie zurückschicken“ musste. Der Vollständigkeit halber muss hier aber ein wichtiges Schwellenkriterium benannt werden. Wenn

die *fokalthérapeutische* Behandlung eines Narrativs - das durch einen Patientenprozess aktualisiert wurde und zur Blockierung im Therapieprozess wurde - durch die kontrollanalytische Behandlung nicht aufzulösen ist, muss an diesen Weg gedacht werden. Dies gilt freilich auch im Rahmen schwerer Krisen, Krankheiten oder Suchtstörungen. Aber selbst hier, wo Kränkungspotentiale vielleicht am größten sind, können kritische Rückmeldungen so beschaffen sein, dass klar wird: es geht um die eigene Unversehrtheit in diesem belastenden Beruf und nicht um eine blande Leistungsbeurteilung.

Beyond education

Mit der erdrückenden Evidenz 20jähriger empirischer Arbeit mit Psychotherapeuten in Selbstfürsorgeprogrammen, stellen die Longitudinalforscher John Norcross und James Guy (2010; siehe Norcross, Karpiak & Santoro, 2005) fest, dass die persönliche Therapie für professionell arbeitende Psychotherapeuten nicht nur eine beachtliche Verbesserung der Qualität therapeutischer Arbeit hervorbringt, sondern auch eine Steigerung der insgesamten Lebenszufriedenheit - und damit natürlich auch eine Burnout-Prophylaxe der ersten Güte darstellt. Weit dahinter zurück bleibt hier die Effektivität der *reported supervision* (Ehrhardt & Petzold, 2014; Nodop, Thiel & Strauß, 2010; Schigl, 2016).

Obwohl der unglückliche Mythos, dass die meisten der im Bereich der Gesundheitsvorsorge Tätigen nach ihrer Ausbildung keine persönliche Therapie mehr brauchen, sich hartnäckig hält, verhalten sich drei Viertel der von Norcross, Karpiak und Santoro (2005) in einer großen Studie untersuchten Kollegen doch so, dass sie auch persönlich in Anspruch nehmen, was sie selbst auch „verkaufen“: 32 % der befragten Psychologen suchten einmal nach der Ausbildung eine persönliche Therapie auf, weitere 32 % zweimal und 14 % sogar viermal und öfter.

Das ist eine gute Nachricht, und dies, obwohl die Widerstände nicht eben gering ausfallen. Arthur Burton untersuchte mit seinen Kollegen 1972 zwölf Psychotherapeuten nach ihrem Lebensstil und wie sie sich regulierten. Eine der Kernaussagen in seinen Befunden war, dass Psychotherapeuten eigentlich immer Angst vor persönlichen Regressionen haben, und davor, die Macht über ihre Emotionen und Gedanken an andere abzugeben. Der zweitwichtigste Faktor war die Scham, zu dem gleichen Leidenden zu werden, den sie normalerweise behandeln. Weitere Gründe wurden in einer neueren, größeren Studie von Norcross und Connor (2005) gefunden. Diese betrafen Zweifel an der Fachlichkeit und Vertraulichkeit anderer Therapeuten, Angst vor Bloßstellung und Funktionsverlust, finanzielle und zeitliche Einschränkungen und Schwierigkeiten, in Krisen Kollegen außerhalb des eigenen beruflichen Wirkungsraums zu finden, die fachlich auch gut genug sind.

Die Probleme von Supervision für praktizierende Psychotherapeuten, wie ich sie oben kurz skizziert habe, bleiben selbstredend auch für die Zeit nach der Ausbildung in vollem Umfang bestehen. Im Grunde verschärfen sie sich noch dadurch, dass die Professionalität bei Psychotherapeuten in der eigenen Disziplin ja weiter ansteigt. Einschränkend hierzu muss man mit Kelly (2008) annehmen, dass Psychotherapeuten ihre Theorien nicht unbedingt reflexiv anwenden; das heißt, im Rahmen ihres persönlichen Handelns kommt ihr Wissen nicht in derselben Weise zum Tragen, wie es das für das Verständnis und die Behandlung ihrer Patienten der Fall ist. Geraten sie in ihren Therapien in schwierige Übertragungskonstellationen, bedürfen sie der Reflexivität und „Korrektur durch eine Fremdwahrnehmung“. Und kommen sie in eigene Lebens- oder Partnerschaftskrisen, stehen sie oft genauso begossen da, wie ihre Patienten. (Das gilt auch für die Kontrolltherapeuten!) Diese Situation verlangt nach einer Lösung, die in der Kontrollanalyse leicht zu finden ist.

Viele der Funktionen und Ziele der Kontrollanalyse im Rahmen der Ausbildung treffen auch auf die Kontrollanalyse über die Ausbildung hinaus weiterhin zu. Ganz besonders gilt das für die zentrale Aufgabe der Gegenübertragungsanalyse, die das Kernstück jeder biographisch aufdeckenden Psychotherapie darstellt. Zu Beginn ihrer praktischen Tätigkeit benötigen die meisten Therapeuten Unterstützung in vielerlei Hinsicht: Akquise von Patienten, Gestaltung der initialen Phase der Therapie (Beziehungsaufbau, klinische Diagnostik, Gegenübertragungsanalysen, Aufbau ätiologischer Hypothesen, Behandlungsplanung etc., Osten, 2000, 2008, 2010b, 2014). Des Weiteren müssen oft Lücken in Theorie und Methodik geschlossen werden, was sich hier durch die Verschränkung mit der Praxis als besonders effektive Arbeit zeigt. Auch die Praxislogistik ist oft ein Thema.

Mit den ersten Patienten begegnen angehende Therapeuten sehr oft ihren schon durchgearbeitet geglaubten Narrativen (Konflikten, Defiziten, Traumata). Nun kommt die Zeit der Bewährung, für die oftmals viel Geduld erforderlich ist. Illusionen von „therapeutischer Machbarkeit“ zerbröckeln hier und weichen besser angepassten Vorstellungen von Veränderungsprozessen beim Menschen (Strunk & Schiepek, 2014). Dies alles läuft auf eine Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit in Richtung auf immer größere Resonanzfähigkeit, Befreiung von Angst vor neuen Themen und universeller Liebesfähigkeit hinaus (Osten, 2010a, 2017). Und natürlich auf die Entwicklung eines eigenen therapeutischen Stils, in dem sich die junge Therapeutin immer weiter von althergebrachten Meinungen wegzubewegen wagt.

Hier tritt ein Spannungsverhältnis von Rivalität und Diskretion auf den Plan: Unterschiedliche therapeutische Haltungen und Stile müssen respektiert werden können, denn jetzt ist der Analytand kein Schüler mehr. Macht- und Kontrollinteressen der Ausbildungsinstitute müssen in den Hintergrund treten können. Ein großer Vorteil ist, dass sich größere Freiräume für die Intimität der kontrollanalytischen Situation öffnen. Gleichzeitig aber muss damit gerechnet werden, dass

die Analysandin nicht nur lernen will, sondern hier ebenso eine Beziehung mit Übertragungsanteilen aufbaut, in der sie auch angenommen werden möchte. Ohne diese verbleibt auch der kontrollanalytische Prozess nur in den Bahnen oberflächlicher Konformität.

Hier spielt die therapeutische Haltung des Kontrolltherapeuten eine große Rolle (Osten, 2010a, 2017). Muss er im Kontext der Ausbildung immer wieder auf die Denkfiguren des Verfahrens hinweisen, kann er nun sehr frei die Entwicklung seines Kontrollanalysanden begleiten und das Heranreifen eigener Haltungen fördern. Das Vertrauen, das ihm geschenkt wird, darf er nicht methodenspezifisch und schon gar nicht in persönlicher Hinsicht - etwa in Dominanz oder Rivalitäten - missbrauchen. Er muss jetzt offen und tolerant betrachten können, wohin die Reise für seine professionellen Klienten geht. Das ist eine ganz wunderbare Aufgabe!

Interessanterweise wählen Psychotherapeuten für ihre eigene, persönliche Therapie meistens ein anderes Verfahren als das, das sie selbst erlernt haben. Dies gilt besonders für Verhaltenstherapeuten (Geller, Norcross & Orlinsky, 2005). Nach der Ausbildung ist es möglich und auch ratsam, sich immer wieder mal eine Kollegin aus anderen Verfahren für die kontrollanalytische Arbeit zu suchen. Dieselben Probleme von einer anderen Seite beleuchtet zu sehen, kann sehr bereichernd sein - vorausgesetzt man kennt die Gefahren von Artefaktbildungen durch reinen therapeutischen Eklektizismus (Norcross, Karpiak & Lister, 2005). Neue Methoden müssen auf ihre Kompatibilität mit dem eigenen Ansatz hin überprüft werden.

Durch das gesamte Berufsleben hindurch brauchen wir Psychotherapeuten immer wieder Anregung und Herausforderung. Weiterbildungen und gute Lektüre sind in dieser Hinsicht immer ein gutes Format. Aber sie decken nicht das ganze Spektrum der Bedürfnisse ab. Die kontrollanalytische Begegnung mit einem erfahrenen Kollegen und Lehrtherapeuten kann, wenn sie intermittierend über längere Zeit aufrechterhalten wird, tiefgreifende nachsozialisative Erfahrungen einschließen. Diese Übertragungsprozesse müssen in der kontrollanalytischen Arbeit nicht notwendig immerzu aufgelöst werden, sondern sie dürfen hier auch ihre wohltuende Wirkung entfalten. Dies ermöglicht in vielen Prozessen ein langsames, tiefgreifendes Vertrautwerden mit den eigenen Verletzungen und fördert die Entwicklung der Resonanzfähigkeit der Therapeutin.

In einer letzten Wende zu diesem Thema möchte ich noch einmal auf die Krisen des Therapeuten zurückkommen. Wie schon erwähnt, erleben Psychotherapeutinnen einerseits durch ihre Sensibilität, andererseits durch ihre hohen Ansprüche an sich selbst eigene Belastungen sehr intensiv (Aron, 2005). Ermüdung und Erschöpfungszustände machen ihnen oft zu schaffen, Misserfolge im Beruf, aber auch partnerschaftliche, familiäre und sexuelle Probleme kommen sehr häufig vor. Völlig unverschont bleiben wir Therapeuten im Falle von Krankheiten und Verlust naher Menschen aus unseren Umfeldern.

Aus eigener langjähriger Erfahrung als Lehr- und Kontrolltherapeut kann ich berichten, dass die meisten Kolleginnen und Kollegen in Lebenskrisen lieber einen erfahrenen therapeutischen Kollegen aufsuchen, der sie möglicherweise auch schon lange kennt und mit dem sie bereits aus vielen Bearbeitungskontexten heraus vertraut sind. Er oder sie kennt ihre Verarbeitungsmuster und ihren lebensbiographischen Hintergrund und kann in den meisten Fällen schnell und unkompliziert helfen. Abgesehen davon, dass man bei einem niedergelassenen Kollegen „wieder von vorne“ anfangen müsste, sind auch die Fähigkeiten nicht bekannt, man müsste sich eine Diagnose geben lassen, um Kassenleistungen zu erhalten, und das würde auch die Visibilität in den Institutionen des Gesundheitswesens erhöhen. Die meisten Kollegen würden das nur im Falle schwerwiegender Krankheiten und echter finanzieller Not tun.

Jede Arbeit im kontrollanalytischen Setting fördert entweder die professionelle Qualität der Arbeit oder sie verbessert Aspekte der Selbstfürsorge. Beide Aspekte greifen derart eng ineinander, dass ihre Effekte im Grunde gar nicht zu trennen sind. Dasselbe gilt für die Erkenntnisse in dieser Arbeit: sie wirken nicht nur in dem einen, sondern in alle Patientenprozesse mit ähnlicher Lagerung hinein - und sie haben Einfluss auf den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, die Entwicklung der Resonanzfähigkeit und das persönliche Wohlbefinden. Selbst wenn man in einer Sitzung „nur“ ein theoretisches Problem erörtert - z. B. störungsspezifische Themen, Diagnostik usw. -, mal einen Traum von sich erzählt oder ein philosophisches oder Sinn-Thema bearbeitet: Die Kontrollanalyse ist ein einziger, universeller Rückzugsort für alle diese Fragestellungen und Probleme.

Kontrollanalyse in der Gruppe

Ein ganz besonderer Effekt der Arbeit, wie sie hier beschrieben wurde, kommt zustande, wenn die Kontrollanalyse in einer Gruppe mit Teilnehmern von ähnlichem beruflichem Niveau durchgeführt wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Kontrollanalysegruppe homogen mit Ausbildungskandidaten, Kolleginnen kurz nach der Ausbildung oder mit hoch Erfahrenen besetzt wird - einmal vorausgesetzt, dass prinzipiell Gruppenfähigkeit besteht.

Abgesehen von allen Vorteilen, die eine Gruppe auch gemeinhin für das therapeutische Geschehen mit sich bringt, erreicht das kontrollanalytische Arbeiten in der Gruppe zuallererst einen enormen Erkenntnis- und Wachstumsschub in Richtung auf die Resonanz- und Gegenübertragungsanalyse.

Edith Weigert schrieb schon 1957: „Man muss sich gut kennen, wenn man die Übertragungen seiner Patienten richtig einschätzen will“. Das Problem ist: so gut kennen wir uns selbst alle nicht, als dass wir auf die Einschätzungen und Resonanzen von Anderen nicht mehr angewiesen

wären. Keiner Psychotherapie, keiner Lehrtherapie, keiner Supervision und auch keiner Kontrollanalyse gelingt eine vollständige vorbereitende Durchforschung der eigenen Persönlichkeit.

Egal, ob in einer kontrollanalytischen Gruppe ein Patientenprozess oder ein persönliches Problem dargestellt und zur Bearbeitung dargeboten wird: durch die hohe Sensibilität und Reflexivität der erfahrenen Kollegen wird das vorgetragene Material durch so viele unterschiedliche Sichtweisen resoniert, dass dabei ein *prismatischer Effekt* (Drees & Drees, 1997) auftritt, der um vieles breiter ausfällt als im Einzelsetting. In einer Gruppe mit acht bis zehn Teilnehmerinnen ist es fast unmöglich, dass nicht wenigstens eine auf die unbewusste Thematik - im Sinn der szenisch-atmosphärischen Evokation - hin reagiert. Diese Variabilität und Bandbreite sind im Einzelsetting nicht zu erreichen.

Als Kontrolltherapeut moderiert man diese Prozesse eher, als dass man aktiv in das laufende Geschehen eingreift: „Geschehen und wirken lassen“ und die „Wachheit fördern“ sind hier wieder die Hauptstützpfiler der Arbeit. Aus der engagierten Reflexivität der Teilnehmer schälen sich die unbewussten Prozesse der Protagonistin heraus. Es sind diese Synergieeffekte, die die kontrollanalytische Arbeit immer wieder in hoch lichte Momente und Atmosphären erheben und die Gruppe für Augenblicke zu einer enorm kompetenten Einheit synergetisieren lassen, in der die Teilnehmer überdies die Empfindung eines unbedingten Sich-aufgehoben-Fühlens erleben.

Neben diesem Haupteffekt hat die kontrollanalytische Gruppe noch viele weitere positive Begleiterscheinungen. Jeder eingebrachte Patientenprozess ermöglicht vikarielle Lernerfahrungen für alle Teilnehmerinnen. Im Falle schwerwiegender Prozesse besteht die Teilhabe von vielen, die miterleben, trösten, Versicherung geben. Es entsteht dadurch ein „Zeugenbewusstsein“ für lebendige Prozesse zwischen höchstem Glück und tiefstem Leiden. Darüber hinaus können soziologische und gesellschaftliche Einbettungen der Psychotherapie und ihrer Klienten zum Thema gemacht werden. Manche Themen betreffen uns alle! Hier hebt kollegiale Einbettung die berufliche Isolation auf und sorgt auch im Raum zwischen den Gruppensitzungen für Vernetzung. Beste Erfahrungen seit vielen Jahren habe ich mit Gruppen von acht bis zehn Teilnehmerinnen, die sich etwa fünf- bis sechsmal im Jahr für je acht Arbeitseinheiten treffen. Über die Arbeit an einem ganzen Tag hin kann sich diese Atmosphäre von dichtem Vertrauen und Getragensein aufbauen, und ihre positive Wirkung kommt voll zur Entfaltung.

Ausblick

Es ist unschwer zu erkennen, dass diese kleine Arbeit ein Plädoyer für die Revision des Begriffes und die Wiedereinführung der Kontrollanalyse selbst in der Integrativen Therapie in Österreich darstellt - *in* der Ausbildung und *nach* der Ausbildung. Dieser zweite Aspekt stellt eine

Erweiterung dar, die in der Fachliteratur noch wenig diskutiert wurde. Ebenso unschwer ist erkennbar geworden, dass Supervision, sofern sie nicht von erfahrenen Kollegen mit (lehr-)therapeutischem Hintergrund und Praxiserfahrung durchgeführt wird, jedenfalls für Psychotherapeutinnen ungeeignet ist - Begriff und Konzept erzeugen „Störfelder“ hinsichtlich der Bedürfnisse von Psychotherapeutinnen. Supervision hat ihre Stellung im ungeheuer breit aufgefächerten Gesundheitswesen, dort vor allem für Teams und deren Dynamiken. Coaching ist das Beratungsformat für Führungsaufgaben.

Psychotherapeutinnen brauchen einen Rückzugsort, an dem sie „alles unter einen Hut“ bekommen können: die beruflichen Probleme, Theorie-, Diagnostik- und Methodikfragen, die persönlichen Krisen, und auch „Luxusprobleme“ wie die geisteswissenschaftlichen Auseinandersetzungen und Sinnfragen ihres Daseins - Macht, Schuld, Liebe, Freiheit, Verantwortung. Alles zusammen wirkt in zweierlei Weisen, auf die Qualität der beruflichen Arbeit und die Lebensqualität. Abhängig von einer guten Reflexivität und Selbstregulation steht und fällt der berufliche Erfolg. Abhängig von unserer Kreativität, universellen Liebesfähigkeit und Selbstfürsorge stehen und fallen unsere leibliche und psychische Gesundheit. Aber in der Kontrollanalyse geht es nicht nur um „Burnout-Prophylaxe“. Weit bevor dieses Problem in Erscheinung tritt, geht es um Struktur und Maß von Sinnerfahrung und Kohärenz, die die berufliche Motivation und die Zufriedenheit der Psychotherapeutin mit ihrem Beruf erhalten.

Niemand will gerne kontrolliert werden. Mit der Kontrollanalyse aber entscheiden wir uns aus Gründen höchster Vernunft für die „freiwillige Selbstkontrolle“, für die „Korrektur durch die Wahrnehmung eines anderen“.

Literatur

- Alexander, F. (1951). *Psychoanalytic Training in the Past, the Present and the Future. Adress to the Association of Candidates of the Chicago Institute of Psychoanalysis.*
- Aron, E.N. (2005). *Sind Sie hochsensibel? Wie Sie Ihre Empfindsamkeit erkennen, verstehen und nutzen.* München: mvg.
- Balint, M. (1948). On the Psychoanalytic Training System. *Int. J. Psychoanal.*, 29, 163-173.
- Balint, M. (1965). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* Stuttgart: Klett.
- Belardi, N. (2002). *Supervision. Grundlagen, Techniken, Perspektiven.* München: Beck.
- Bibring, G.L. (1937). Report of Four Countries Conference. International Training Commission, Methods and Technique of Control Analysis. *Int. J. Psychoanal.*, 24, 369-371.
- Bibring, G.L. (1968). *The Teaching of Dynamic Psychiatry: A Reappraisal of the Goals and Techniques in the teaching of Psychoanalytic Psychiatry.* New York: International Universities Press.
- Bierhoff, H.-W. & Frey, D. (2011). *Sozialpsychologie* (Band I: Individuum und Soziale Welt). Göttingen: Hogrefe.
- Blitzstein, L. & Fleming, J. (1953). What is Supervisory Analysis? *Menninger Bulletin Clin.*, 17, 117-129.
- Burton, A. (1972). *Twelve Therapists. How they Live and Actualize Themselves.* San Francisco: Jossey-Bass.
- Cremerius, J., (1995). Lehranalyse und Macht. Die Umfunktionierung einer Lehr-Lern-Methode zum Machtinstrument der Psychoanalyse. In C. Schmidt-Lellek & B. Heimannsberg (Hrsg.), *Macht und Machtmissbrauch in der Psychotherapie.* (S. 99-122). Köln: EHP.
- Drees, A., & Drees, H. (1997). Prismatische Balintgruppen. Ein methodischer Ansatz für Beratung, Therapie, Supervision und Unterricht. *Integrative Therapie*, 23(1-2), 60-84.
- Ehrhardt, J. & Petzold, H.G. (2014). Wenn Supervisionen schaden. Explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter Supervision“. Zugriff am 15.04.2017. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhhardt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>
- Eitington, M. (1937). Reports of the International Training Commission. *Int. J. Psychoanal.*, 18, 350-358.
- Ekstein, R. & Wallerstein, R.S. (1972). *The Teaching and Learning of Psychotherapy.* New York: International Universities Press.
- Engel, L. & Ferguson, T. (1992). *Unbewusste Schuldgefühle.* Zürich: Kreuz.

- Erdheim, M. (1984). *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozess*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Farber, B.A. (1990). Burnout in Psychotherapists: Incidence, Types, and Trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 35-44.
- Farber, B.A. & Heifetz, L.J. (1981). The Satisfactions and Stresses of Psychotherapeutic Work. A Factor Analytic Study. *Professional Psychology*, 12(5), 621-630.
- Farber, B.A. & Heifetz, L.J. (1982). The Process and Dimensions of Burnout in Psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301.
- Fatzer, G. & Schein, E.H. (2003). *Supervision und Beratung*. Köln: EHP.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924). *Die Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Wechselbeziehung von Theorie und Praxis*. Leipzig: Int. Psychoanalyt. Verlag.
- Fleming, J. & Benedek, T.F. (1966). *Psychoanalytic Supervision. A Method of Clinical Teaching*. New York: Grune & Stratton.
- Freud, S. (1927). *Die Zukunft einer Illusion*. GW, Bd. XIV., Frankfurt a. M.: Fischer, 325-380.
- Geller, J.D., Norcross, J.C. & Orlinsky, D.E. (2005). *The Psychotherapist's own Psychotherapy. Patient and Clinical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Gitelson, M. (1948). Problems of Psychoanalytic Training. *Psy. Quart.*, 17, 198-211.
- Grotjahn, M. (1966). *Psychoanalytic Pioneers*. New York: Basic Books.
- Gruhle, H.W. (1961). *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis* (Band 3: Soziale und angewandte Psychiatrie). Berlin: Springer.
- Gussone, B. & Schiepek, G. (2000). *Die Sorge um sich. Burnoutprävention und Lebenskunst in helfenden Berufen*. Göttingen: dgvt.
- Guy, J.D., Poelstra, P.L. & Stark, M.J. (1988). Personal Therapy for Psychotherapists before and after Entering Professional Practice. A National Survey of Factors related to its Utilization. *Professional Psychol.*, 20, 48-50.
- Han, B.-Ch. (2005). *Was ist Macht?* Stuttgart: reclam.
- Heidbrink, L. (2003). *Kritik der Verantwortung. Zu den Grenzen verantwortlichen Handelns in komplexen Kontexten*. Göttingen: Velbrück.

- Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bände I und II). Göttingen: Hogrefe.
- Kelly, G. (2008). *The Psychology of Personal Constructs*. Basingstoke: Palgrave-Mac Millan.
- König, K. (2010). *Gegenübertragung und die Persönlichkeit des Psychotherapeuten*. Frankfurt a. M.: Brandes & Aspel.
- Kovács, V. (1935). Lehranalyse und Kontrollanalyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 21, 517-524.
- Kutter, P. (1994). Zur Theorie und Methode von Kontrollanalysen. In R. Frühmann & H.G. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 461-478). Paderborn: Junfermann.
- Landauer, K. (1961). *Theorie der Affekte und andere Schriften zur Ich-Organisation*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Leitner, A. (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Leitner, A. & Petzold, H.G. (2008). *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen*. Wien: Krammer.
- Lemke, J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung*. Heidelberg: Asanger.
- Mayer, W. & Wydler, G. (1986). *Anja. Abenteuer einer Kindertherapie und deren Kontrollanalyse*. Olten: Walter.
- Mead, G.H. (1973). *Geist, Identität und Gesellschaft aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Migge, B. (2011). *Handbuch Business Coaching*. Weinheim: Beltz.
- Moreno, J.L. (1989). *Psychodrama und Soziometrie*. Köln: EHP.
- Nijenhuis, E. (2016). *Trauma-Trinität. Ignoranz - Fragilität - Kontrolle. Die Entwicklung des Traumabegriffs*. Göttingen: V & R.
- Nodop, S., Thiel, K. & Strauß, B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland. Quantitative und qualitative Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 55(6), 485-495.
- Norcross, J.C. & Connor, K.A. (2005). Psychotherapists Entering Personal Therapy: Their primary Reasons and Presenting Problems. In J.D. Geller, J.C. Norcross & D.E. Orlinsky (Ed.), *The Psychotherapist's own Psychotherapy. Patient and Clinical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press,
- Norcross, J.C. & Guy, J.D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich sorgen können*. Bern: Huber.

- Norcross, J.C., Karpiak, C.P. & Lister, K.M. (2005). What is an Integrationist? A Study of Self-Identified Integrative and (Occasionally) Eclectic Psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1587-1594.
- Norcross, J.C., Karpiak, C.P. & Santoro, S.O. (2005). Clinical Psychologists Across the Years. The Division of Clinical Psychology from 1960-2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1467-1483.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 14(4), 281-308.
- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: Reinhardt.
- Osten, P. (2008). Integrative Psychotherapeutische Diagnostik bei Traumatisierungen und PTBS. In G. Fischer & P. Schay (Hrsg.), *Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie* (S. 39-76). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Osten, P. (2010a). *Der Therapeut als „mitfühlender Freund“? Eine Bewusstseinsethik für die helfende Beziehung*. Caritas Publikationen. Zugriff am 15.04.2017. Verfügbar unter [file:///C:/Dokumente%20und%20Einstellungen/Administrator/Eigene%20Dateien/Downloads/Vortrag_Osten%20\(1\).pdf](file:///C:/Dokumente%20und%20Einstellungen/Administrator/Eigene%20Dateien/Downloads/Vortrag_Osten%20(1).pdf)
- Osten, P. (2010b). *Integrative Psychotherapeutische Diagnostik*. Zugriff am 15.04.2017. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2011-osten-peter-integrative-psychotherapeutische-diagnostik.html>
- Osten, P. (2014). *Entwicklungs- und Prozessorientierung in der Psychotherapeutischen Diagnostik - eine Integrative Betrachtungsweise*. Zugriff am 15.04.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/334>
- Osten, P. (2017). Die Liebe in der Psychotherapie. Vortrag an den ÖAGG-Gestalt-tagen, 21.-22. Januar 2017 in Salzburg: „Lieben ist Alles. Variationen über ein unendliches Thema“. *Int. Z. f. Philosophie und Psychosomatik (IZPP)*, 9(2). Zugriff am 26.06.2017. Verfügbar unter http://www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe-1-2017/009Osten1_2017.pdf
- Pauen, M. & Welzer, H. (2015). *Autonomie. Eine Verteidigung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Petzold, H.G. (1994). „Kontrollanalyse“ und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In R. Frühmann & H.G. Petzold (Hrsg.), *Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigen-therapie in den psychotherapeutischen Schulen* (S. 479-616). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003a). Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik. Prinzipien, Methoden, Techniken. In H.G. Petzold, *Integrative Therapie* (Bände I-III, S. 985-1049). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2003b). Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In H.G. Petzold, *Integrative Therapie* (Bände I-III, S. 19-90). Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (2004). Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil I): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. *Integrative Therapie*, 30(4), 395-422.
- Petzold, H.G. (2008). *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Arbeit*. Wiesbaden: VS.
- Petzold, H.G. & Schuch, H.W. (1992). Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie. In A. Pritz & H.G. Petzold (Hrsg.), *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie* (S. 371-486). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Sieper, J. (2011). *Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie*. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Oeltze, J. & Ebert, W. (2011). Mythos „Gütesiegel“ - „Supervision“ - ein Markenzeichen ohne Standards? Qualitätssicherung und die Weiterbildungspläne der DGSv 2001- Probleme, Befunde aus der Forschung und ExpertInnenmeinungen von der Basis [2002]. Zur evidenzbasierten Supervision und mehrbenenorientierten Qualitätssicherung wieder angeschaut 2011. Zugriff am 01.04.2017. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/19-2011-petzold-h-g-oltze-j-ebert-w-mythos-guetesiegel-supervision-ein-marken.html>
- Rauen, C. (2005). *Handbuch Coaching*. Göttingen: Hogrefe.
- Ricœur, P. (1970). *Die Fehlbarkeit des Menschen. Phänomenologie der Schuld* (Band I). Freiburg i. Br.: Alber.
- Rogers, C.R. (1983). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (2004). *Wörterbuch der Psychoanalyse*. Wien: Springer.
- Scheler, M. (1955). *Liebe und Erkenntnis*. Bonn: Lehnen.
- Schigl, B. (2016). *Wie gefährlich kann Supervision sein? Perspektiven in ein Dunkelfeld*. Zugriff am 15.04.2017. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2016-schigl-brigitte-wie-gefaehrlich-kann-supervision-sein-perspektiven-in-ein-dunkelfeld.html>
- Schmitz, H. (1989). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Schmitz, H. (1992). Psychotherapie als leibliche Kommunikation. *Integrative Therapie*, 18(3), 292-313.
- Schreyögg, A. (2010). *Supervision. Ein integratives Modell* (5. Auflage). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Schreyögg, A. & Schmidt-Lellek, C. (2010). *Konzepte des Coaching*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Sedmak, C. (2013). *Innerlichkeit und Kraft. Studien über epistemische Resilienz*. Freiburg i. Br.: Herder.

Strunk, G. & Schiepek, G. (2008). *Therapeutisches Chaos. Einführung in die Welt der Chaostheorie und der Komplexitätswissenschaften*. Göttingen: Hogrefe.

Thomä, D. (2007). *Erzähle Dich selbst. Lebensgeschichte als philosophisches Problem*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

van der Kolk, B., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (2000). *Traumatic Stress*. Paderborn: Junfermann.

Wallerstein, R.S. (1995). *The Talking Cures. The Psychoanalysis and the Psychotherapies*. New Haven: Yale University Press.

Weigert, E. (1957). Kontrollanalyse und die Gegenübertragung des Ausbildungskandidaten auf seine Patienten. *Psyche*, 11(6), 345-352.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

Angaben zu dem Autor

Peter Osten, MSc, Praxis für Integrative Psychotherapie, Paartherapie und Coaching. Lehrtherapeut und Lehrsupervisor für Integrative Therapie an der Donau-Universität Krems (Österreich), Lehr- und Kontrolltherapeut am Fritz Perls Institut, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit (FPI/EAG), (Deutschland) sowie Lehrtherapeut an der Stiftung Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie (SEAG), (Schweiz).

Kontakt: mail@PeterOsten.de

Korrespondenzadresse:

Peter Osten, MSc
Winthirstraße 21
80639 München
Deutschland

Zitationsempfehlung

Osten, P. (2017). Kontrollanalyse „revisited“. Funktionen, Ziele und Methoden in der Integrativen Therapie. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 5(1), S. 29-55. Zugriff am 15.05.2017. Verfügbar unter <http://www.resonanzenjournal.org>