

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 11/2002

Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Hückeswagen **

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Der Beitrag hat die Sigle 2002a. Erschienen als „Einführung“ in Petzold 2003a: *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-85.

Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum (2002a)

„Es gibt nur eine übergreifende, universale Kultur:
das wertschätzende Miteinander aller Kulturen“
(Petzold 1999r)

Einführung zur zweiten Auflage

Die Einführung für eine Neuauflage sollte in einer Bewußtheit für das *Kontinuum* gründen, in dem Entwicklungen stattfanden, sich vollziehen und weitergehen. Es wird also *retrospektiv* ein Blick in die Vergangenheit nötig, *aspektive* eine auf den gegenwärtigen *Kontext* fokussierende Betrachtung vorzunehmen sein, und *prospektiv* wären Ausblicke auf neue Orientierungen (zu diesen vgl. 1999p) zu geben. Dies soll in kompakter Weise geschehen, dokumentiert durch vertiefende Ausführungen in den Anmerkungen, die für diesen Text wesentlich sind (z.B. Anmerk. 32, 40, 45). Dabei muß zunächst einmal das Therapieverständnis des „**Integrativen Ansatzes**“ umrissen werden, der seit seinen Anfängen aufgrund der vielfältigen transversalen Diskurse, in denen er stand, auf dem Boden der Basiskonzepte des „**Informierten Leibes**“ und der „Intersubjektivität“ (S. 781ff, 1662ff) einen „*erweiterten Therapiebegriff*“ und eine „*übergreifende therapeutische Kultur*“ vertreten und entwickelt hat sowie eine **Grundregel** für die Arbeit in der Praxis (dieses Buch, S. 1150, idem 2000a). Viele ihrer Orientierungen verbreiten sich inzwischen zunehmend im psychotherapeutischen Feld.

Transversale Diskurse durchqueren Wissensfelder. Sie *konnektivieren* disziplinübergreifend Wissensbestände zu spezifischen Themen – z.B. den Themen „Mensch“, „Persönlichkeit“, „Entwicklung“, „Beziehung“: biologische, philosophische, anthropologische, psychologische usw. Perspektiven (vgl. Abb. 3), so daß aus *interdisziplinärem* Austausch *transdisziplinäre* Erkenntnisse hervorgehen können und diese „Transqualitäten“ (1998a) auch für die Praxis der Therapie fruchtbar werden. Transversale Diskurse bringen aber nicht nur Vertreter der verschiedenen Wissenschaften ins Gespräch, sie ermöglichen TherapeutInnen, in unterschiedlichen Diskursen denken zu lernen, mehrperspektivisch zu sehen, vielfältige Optiken (S. 966) einzusetzen. Transversale Querungen der Wissensstände der Psychotherapie und ihrer Referenzwissenschaften haben mich zu einem Therapieverständnis in der Integrativen Therapie geführt, das vier Dimensionen hat:

1. Therapie hat eine **klinische**, d.h. kurative und palliative Dimension. Deren Ziel ist es, Pathologie zu beseitigen oder zu mindern im Sinne des medizinischen Modells, wobei man in zentraler Weise die *Frage nach Hilfe*, das *Unterstützungsbegehren* der PatientInnen, berücksichtigen sollte;

2. Therapie hat eine **salutogene**⁹, d.h. gesundheitsfördernde¹⁰ und -erhaltende Dimension. Ziel ist es, einen gesundheitsbewußten und -aktiven Lebensstil zu fördern im Sinne des (gesundheits)psychologi-

schen Modells¹¹, das die *Fragen der KlientInnen* und ggf. *KundInnen* nach Gesundheit (*health*), Leistungsfähigkeit (*fitness*), Wohlbefinden (*wellness*) und guten sozialen Beziehungen (*connectedness*)¹² in Form von Aktivitäts-, Gesprächs- und Erzählgemeinschaften¹³ berücksichtigt;

3. Therapie hat eine **persönlichkeitsentwickelnde**¹⁴, d.h. die persönliche *Souveränität*¹⁵, die *Ressourcen* und *Potentiale* des Subjekts¹⁶, seine personalen und sozialen Kompetenzen und Performanzen fördernde Dimension, in der die *Entwicklungsaufgaben*¹⁷ des Menschen, seine *Fragen nach Persönlichkeitsbildung*, *Selbsterfahrung*, *Selbsterkenntnis*, *Selbstverwirklichung*¹⁸, seine **Lebenskunst**¹⁹ als Fähigkeit der „Sorge um sich“²⁰ und um Andere²¹ in persönlich gelebter Ethik²² praktizierter Verantwortung²³ für die gemeinsame Lebenswelt berücksichtigt werden;

4. Therapie hat eine **kulturschaffende und kulturkritische** Dimension, ist **Kulturarbeit**²⁴ im Sinne des soziokulturellen Modells. Sie fördert nicht nur die *Exzentrizität* mit Blick auf persönliche, sondern auch auf die gesellschaftliche Situation und die Kraft und den Mut zur Offenheit, Klarheit und freimütigen Rede, d.h. zur **Parrhesie**²⁵, die *Devolution*²⁶ und *Entfremdung*²⁷ entgegentritt und für ein „gutes Leben“²⁸ in kultureller Vielfalt und Freiheit²⁹ eintritt. Sie ermutigt und berücksichtigt die *Fragen des Mitbürgers nach den Möglichkeiten, sich in der Gesellschaft, einer civic society*³⁰, zu engagieren und sie aktiv mitzugestalten (in Bürgerinitiativen, kulturellen, humanitären, ökologischen, politischen Projekten etc.). Nicht nur Menschen im Klientenstatus³¹, auch Patienten können von einer bewußten Teilnahme an solcher Gesellschafts- und Kulturarbeit für ihre Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung profitieren.

Transversale Diskurse konnektivieren diese vier Dimensionen und sie gewährleisten, daß sie über alle Ebenen der Wissensstruktur der Integrativen Therapie (Tree of Science – S. 65) zum Tragen kommen, von der Ebene der **Metatheorie** bis zu der der **Praxis** (Konzepte wie das der *Ko-respondenz* finden sich in spezifischer Modifikation ebenenüberschreitend). Sie sind dabei weder von einem anthropologischen Pessimismus, wie ihn *Freud* mit seiner Psychoanalyse vertritt, geprägt noch von einer anthropologischen Idealisierung, wie wir sie bei *Carl Rogers* finden. Der Integrative Ansatz vertritt eine „desillusionierte Anthropologie“ (1986h, 1996k) und meint mit *Pittakos von Mytilene*, einem der „Sieben Weisen von Athen“: „Schwer ist es, gut zu sein!“ Aber es geht, kostet indes Arbeit, den *Willen zum Guten* (2001k), zu Vernunft, Besonnenheit, Einsatz und Engagement! Das alles vermögen Menschen – ob sie es tun, ist eine andere, eine *offene Sache!* **Hominität** zu realisieren, sein Menschenwesen als ein *humanes* auszugestalten, stellt sich dem Menschen als Aufgabe. Der *Freudsche* Mythos vom Unbewußten als einem von aggressiven und destruktiven Triebimpulsen und vom Begehren bestimmten, ist dabei in seiner überwiegend negativen Konnotation wenig hilfreich. Wir ziehen heute in der Integrativen Therapie neurowissenschaftliche Modelle vor, sehen mit *Moreno* Unbewußtes stärker als kreatives Potential, ohne seine destruktiven Möglichkeiten zu leugnen. Der psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische **Diskurs** der Verdüsterung des Menschen in seiner geradezu Augustinischen Qualität mit einer einseitig pathomorphen Betrachtung, imprägniert vom Mythos des Todestriebes und gesättigt von *Inkompetenzattributionen* – vom Mythos des „inkompetenten“, triebgeschüttelten Säuglings bis zum Ideologem der „hilflosen Helfer“ – führt für Patienten und für Helfer, eigentlich für jedermann/frau zu einer „*disenabling strategy*“, in der nur der deutungsmächtige Analytiker Durchblick und Macht hat und behält. Diese kultivierte Kultur der Inkompetenzzuweisungen an „die Welt“ (vgl. *Freud* 1910/1969, 123), dieser **Diskurs** muß dekonstruiert werden. Ich weiß, ich begehe ein Sakrileg, aber: das *Freudsche* Unbewußte, einstmals ein faszinierendes Theorem (von *Nietzsche*, *Schelling*, *Schopenhauer*, *Janet* u.a. entlehnt und inspiriert), hat sich im Lichte der Neuro- und Biowissenschaften und der kulturkritischen Arbeit von *Foucault* oder *Derrida* heute, nach mehr als hundert Jahren, *banalisiert* und sollte nicht mehr monopolistisch im Expertenanspruch einer „community“ stehen. Es muß überdies weitgehend neu bestimmt werden (*Met-*

zinger 1995; Edelman, Tononi 2001a, b), gereinigt vom Mythos der Erbsünde, der Unvernunft und Blindheit des Menschen, „der im Finsternen wandelt“, von all den kryptoreligiösen Diskursen, die Freud und Nietzsche in die Bewußtseinstheorie hineingetragen haben, und deren Spuren sich im gesamten psychotherapeutischen Feld finden – auch in Aspekten meiner Bewußtseinstheorie (S. 181ff) durch die Einflüsse meiner Psychoanalyse.

Die „**Integrative Therapie**“ mit ihrer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold 1993) setzt im Unterschied zum anthropologischen Pessimismus von Freud auf die Ressourcen und Potentiale der Menschen, der Menschheit (was bleibt anderes übrig?), wohl bewußt ihrer immensen destruktiven Fähigkeiten und ihrer Tendenzen zum Widersinn und Wahnsinn (2001k). Im Lichte moderner philosophischer und biowissenschaftlicher Anthropologie, werden Grundkonzepte der Psychotherapie, der psychoanalytischen sowie der behavioralen, neu zu überdenken und zu denken sein – die integrativen sind davon nicht ausgenommen.

Ein solcher breiter Ansatz ist erforderlich, wenn man sich entschieden hat, mit dem Blick auf den „ganzen Menschen in seiner Lebens- und Sozialwelt“ und ausgerichtet an einer komplexen anthropologischen Position, die körperliche, geistige, seelische, soziale und ökologische Aspekte des Menschen in Kontext/Kontinuum berücksichtigt (vgl. Abb. 1), ein Konzept von Therapie zu vertreten, das dezidiert von reduktionistischen Positionen Abstand nimmt und das *psychologische* Modell mit dem *soziokulturellen* und dem *medizinischen* zu verbinden bestrebt ist.

Durch seine Leiblichkeit und seine soziale Identität verfügt der Mensch *zugleich* über eine Einzigartigkeit/**Unizität**, aber auch über eine Vielfalt, ja Vielheit/**Plurizität** – er partizipiert an Vielem, hat viele Menschen verinnerlicht (2001b, 2002c).

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, IDR Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Willenskraft, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionaler Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST- WESEN (= Leib-Subjekt) im	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Abb. 1: Das komplexe anthropologische Modell der Integrativen Therapie und seine Praxeologie (aus Petzold 1974j)

In diesem Modell wird eine medizinische Sicht herangezogen, die die Förderung von psychosomatischer und sozialer Gesundheit neben der Behandlung von Pathologie zu ihrem Anliegen macht und eine psychologische Sicht, die mit Entwicklungs- und Sozialpsychologie die klinisch-psychologischen Perspektiven ergänzt. Sieht man Psychologie und Medizin weiterhin unter einer kulturalistischen Perspektive (Janich 1996) als Kulturwissenschaften – und beide Disziplinen tragen zu unserer Kultur, ihrem Bild vom Menschen, ihren Stilen und Trends der Lebensführung maßgeblich bei, genauso wie sie von kulturellen Strömungen ihrerseits bestimmt und beeinflusst werden –, dann kann man Psychotherapie nicht nur als klinische Disziplin sehen, selbst wenn man hier, wie es durchaus sinnvoll ist und wie es auch der Integrative Ansatz tut (2001a), einen Schwerpunkt setzt. Die Reduktionismusgefahr, die letztlich immer auf Kosten der PatientInnen geht, wird durch eine solche breite Herangehensweise maßgeblich gemindert. PsychotherapeutInnen müssen sich darüber klar sein, daß reduktionistische Ansätze in Psychotherapie und psychosozialer Versorgung nicht nur eine *Reduktion von Humanität* für Menschen in Krankheit, Leid und Problemlagen zur Folge haben, sondern auch für die „Menschenarbeiter“, die sozialen und medizinischen Berufe, die für diese Menschen Hilfeleistungen erbringen und mit ihnen beruflich zu tun haben. *TherapeutInnen und PatientInnen sind ein System. Geht es den PatientInnen schlecht, werden ihre Behandlungsmöglichkeiten und Gesundungschancen eingeschränkt, kann es den TherapeutInnen nicht gut gehen.* Es darf nicht sein, daß Politiker, Kostenträger, Krankenkassen, Behörden *dominierend* – und dagegen muß man sich wenden – bestimmen, wie dies derzeit geschieht, was und wieviel unsere Patienten an Behandlungsmaßnahmen notwendig haben und erhalten dürfen. Psychotherapeuten werden damit in ihrer Expertise nicht ernst genommen, ja abqualifiziert und das wird noch durch das unsägliche „Antrags- und Gutachterverfahren“ in seiner gegenwärtigen Praxis (vgl. Anmerk. 32) aus den „eigenen Reihen“ unterstützt. Hier geht es mir in keiner Weise darum, gegen eine wirtschaftliche, kostenbewußte Praxis zu sprechen: im Gegenteil, ich halte sie für sehr wichtig, aber eine solche Praxis braucht rationale und forschungsbegründete Fundamente. Man muß vor allen Dingen Sicherheit, Wohlergehen und „best practice“ für die PatientInnen im Auge haben und ihre Wünsche und Aufträge berücksichtigen. Daß dies häufig *nicht* geschieht, wird von PatientInnen immer wieder schmerzlich erfahren und wurde von PsychotherapeutInnen – ärztlichen wie psychologischen – in unzureichender Weise realisiert, ja wird z.T. immer noch nicht ausreichend wahrgenommen. Sonst hätten TherapeutInnen viele berufspolitischen und gesundheitspolitischen Ausrichtungen, Strategien und Aktionen ihrer Funktionäre nicht akzeptiert oder durch Passivität unterstützt. Zu tun hat dies nicht zuletzt mit den *Unmündigkeitsattributionen*, die PsychotherapeutInnen ihren PatientInnen gegenüber immer noch haben, in ihrer Praxis aktualisieren, zementiert durch die Regelungen der Richtlinien³², die wiederum im gesamtgesellschaftlichen verdeckten und offenen **Diskurs** der Ablehnung und Stigmatisierung von psychisch Kranken wurzeln. Das, was sich in den sogenannten „Richtlinienverfahren“ herausgebildet hat, was im Rahmen des deutschen Psychotherapiegesetzes geschehen ist, ist für den Zustand und die Entwicklung der deutschsprachigen Psychotherapie (und als Ausdruck dahinterstehender kultureller **Diskurse**) in höchstem Maße bedeutsam und muß wieder und wieder auf verschiedenen Ebenen thematisiert, reflektiert und in parrhesiastischer Offenheit diskutiert werden. In diesem Text komme ich deswegen immer wieder auf dieses Thema zurück, bietet es doch einen Explikationsrahmen für viele Phänomene, etwa auch dafür, daß Ansätze zu Formen der *kooperativen Partnerschaft* sich im Felde kaum finden, weder zwischen den Therapie-

tInnen verschiedener Schulen, noch von Seiten der TherapeutInnen zu den PatientInnen hin. Stattdessen setzt man mit dem medizinisierten **Diskurs** auf „*compliance*“ – eine „doppelte compliance“: bei den TherapeutInnen, daß sie sich richtlinienkonform verhalten, bei den PatientInnen, daß sie sich richtliniennormiert behandeln lassen. Die Reflexionen der Machtproblematik auf der Therapeut-Patienten-Ebene (Märtens, Petzold 2002; Petzold, Orth 1999) kann nicht abgekoppelt werden von den „Machtspielen“ (Foucault 1998), die auf der institutionellen, berufs- und standespolitischen Ebene laufen. *Compliance*, der Begriff ist denunzierend: er bedeutet „Willfährigkeit, Botmäßigkeit“. „You must comply *with* (obey) the rules“, „to act in accordance (*with* a request, command, sb. 's wishes etc.“ belehrt uns das *Oxford Dictionary*. Compliance = „tendency to give way to others, unworthy submission“³³. Wenn man „die Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft“ (Foucault 1969) zur Kenntnis und *ernst nimmt* – und das ist offenbar immer noch nicht im Feld der Psychotherapie geschehen –, dann kann ein „obey to the rules“, den „Richtlinien gehorchen“, keine akzeptable Strategie für eine emanzipatorische Psychotherapie sein, für eine klinische Psychotherapie nicht minder, die darum weiß, daß das „Erleben der eigenen Wirksamkeit“ (Flammer 1990), das Verfügen über den „locus of control“ mit Gesundheit und Wohlbefinden korreliert. Die Hintergründe, warum die moderne Psychotherapie immer noch in weiten Bereichen von einem *Submissionsmodell* der Patienten ausgeht, das sich bei genauer Betrachtung in subtiler Weise auch als ein *Subordinationsmodell* der Psychotherapeuten reproduziert, gilt es nicht nur auszuleuchten, sondern es gilt diesen *Tendenzen zum Reduktionismus* in klinischer Praxis und Forschung, in Theorienbildung und gesundheitspolitischer Positionierung aktiv entgegenzutreten. Einer solchen Sicht ist dieses Werk, diese Orientierung von Integrativer Therapie, ist meine Arbeit, *mein Werk* verpflichtet. Diese Einführung soll dies verdeutlichen.

1. Ein Blick „durch“ die Vergangenheit auf das „Feld“ der Psychotherapie – metahermeneutische Mehrebenen-reflexion

Will man Gegenwart verstehen oder gar zukünftige Entwicklungen abschätzen, so ist es unerlässlich, in die Geschichte zu blicken, um durch sie hindurch auf den gegenwärtigen Kontext zu schauen. Das gilt für die Gegenwartslage eines Individuums genauso wie für die von Kollektiven – Gruppen, Organisationen, Institutionen, Feldern (1998a). Weil die Psychotherapie ein „soziales Feld“ ist, muß man das gesamte Feld in den Blick nehmen, und auch „genealogisch“ in seinen Untergründen graben (Nietzsche), „Archäologie“ (Foucault) betreiben.

„Ein *soziales Feld* ist als ein von Individuen und Kollektiven erlebter Bereich sich wechselseitig beeinflussender ‚sozialer Tatsachen‘ zu sehen, ein durch kollektive *Kognitionen, Emotionen, Volitionen* (auch Gruppen, ja Völker können wollen) und *Symbolsysteme*, durch Ökonomie, Macht und Interessen bestimmter ‚sozialer Raum‘ mit sich verstärkenden oder begrenzenden, zuweilen konflikthaften ‚sozialen Kräften‘ (Bourdieu 1980) – z.B. zwischen Gruppen, Schichten, Werte- und Glaubensgemeinschaften, Minoritäten (Moscovici 1979), Berufsgruppen, Therapie- oder Supervisionsschulen, Fachverbänden etc.. Diese konstituieren eine *Felddynamik*, die Geschichte hat, in der ggf. ‚alte Rechte und Privilegien‘, ‚alte Vorurteile, Konflikte und Feindschaften‘, ‚alte Vassallenschaften und Loyalitäten‘, alte Denksysteme, Weltanschauungen, Ideologien zum Tragen kommen“ (Petzold 1999).

Das Erleben von Individuen und Kollektiven ist nicht voraussetzungslos. Das eigene Erleben ist nicht voraussetzungslos. In ihm kommen die Bedingungen der eigenen Biographie und der historischen Situationen zum Tragen, in denen ein Lebenslauf, ein „persönliches Schicksal“ sich vollzogen hat. Ein individualisierender Blick, der *Zeitgeist* (1989f), kultur- und sozialgeschichtliche Lagen (2000h; *Berlin* 1998) außer acht läßt, wie dies in der Mehrzahl der Psychotherapien geschieht, greift für das Verstehen einer persönlichen Geschichte zu kurz und natürlich auch für das Verstehen von sozialen Bewegungen, z. B. psychotherapeutischen „Schulen“. Als Psychotherapeut kommt man deshalb nicht darum herum, die eigene Geschichte, auch die seiner professionellen Position und damit auch die Geschichte seines Verfahrens, ja seiner Disziplin, der *Psychotherapie* insgesamt, in den Blick zu nehmen, um Mythen- und Legendenbildungen, die Hagiographien von Schulengründern (zu *Freud* vgl. z. B. *Gay* 1989), bestimmende kulturgeschichtliche Einflüsse (zu *Perls, Goodman* und die Gestalttherapie vgl. 2001d) zu erfassen und zu verstehen, damit man die Chance erhält, „sich selbst im Lebensganzen zu verstehen“ (2000b), seinen Kontext in dem und mit dem zugehörigen Kontinuum begreifen und hinlänglich erklären zu können. Wer einen Beitrag zu einer Disziplin leistet, wie ich das zu meiner Disziplin, der Psychotherapie, tun konnte, wird sich und seinen Beitrag in die Geschichte stellen müssen, um das, was er geschaffen hat, gedacht und geschrieben, entwickelt und getan hat (mit und für PatientInnen, KollegInnen, AusbildungskandidatInnen, im theoretischen, methodisch-praktischen, berufs-/gesundheitspolitischen Bereich usw.), *aus der Perspektive auf das Kontinuum* zu verstehen. Allerdings genügt es nicht, dies alleine zu tun. Ich habe solche Reflexionen mit meinen MitarbeiterInnen immer wieder unternommen (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000), aber auch dann bleibt man auf die Perspektiven einer „in group“ begrenzt: Deshalb wurden profilierte *Positionen* in Veröffentlichungen – Publikationen oder Kongreßbeiträge – bewußt und gezielt in den „Diskurs“ der fachlichen „community“ gestellt³⁴. Auf diese Publikationen muß verwiesen werden.

Die Formulierung von *Positionen* (*positions*) als „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (*Derrida* 1986, 184) eröffnet Möglichkeiten zu *spezifischer Unterschiedlichkeit* (*différance*), d. h. *Positionen* stellen durch ihre *temporäre Prägnanz* bei gleichzeitiger Offenheit und struktureller Unfertigkeit eine Differenzen erzeugende Tätigkeit dar – nach innen ins eigene System und nach außen zu umliegenden Systemen hin. Damit einher geht eine Verzögerung abschließender Wertungen, so daß durch diesen *Aufschub* (*ibid.* 154) Verbindungen, „*Konkretisierungen*“ (1994a) möglich werden, die das „*Emergenzpotential*“ (1998a, 312) des Systems, des Feldes (z. B. der Psychotherapie, der Sozialarbeit, der Psychoanalyse, Gestalttherapie, der Integrativen Therapie etc.) steigert, also die Fähigkeit, Neues, Innovation hervorzubringen durch die Vielzahl und Dichte der ermöglichten Vernetzungen. Im Folgenden sollen einige *Positionen*, die ich mit der Integrativen Therapie vertrete, hier exemplarisch angesprochen werden, denn das „*ganzte Weret*“ (S. 371) ist eine „Ausbreitung“ von Ideen, Materialien, Konzepten, die in praktischer Umsetzung zu Szenen und Akten führen.

Mit Blick auf die moderne Psychotherapie, zu der dieses Werk einen Beitrag leisten will, ist meine Position, daß ihre Geschichte im ausgehenden 18., beginnenden 19. Jahrhundert ihren Anfang nimmt und zwar im Kontext und in der Folge der europäischen Aufklärung (*Imhof* 1995; *Möller* 1993; *Pütz* 1991). Die Aufklärung postulierte ein *freies, selbstbestimmtes Subjekt*, die Würde des Menschen, vernunftbestimmte Erkenntnisprozesse und hatte eine Absage

an absolute Wahrheitsansprüche auf ihre Fahnen geschrieben, denn in absolutistischen wie auch in totalitären Systemen ist eine moderne, kritischer Bewußtseinsarbeit und persönlicher Souveränität und Emanzipation verpflichtete Psychotherapie nicht möglich. Gewaltregime setzen allenfalls Psychotechniken für Manipulation und Folter ein. Einer Psychotherapie, die auf die Vermögen des reflexiven Subjektes setzt, die auf die Erkenntnisprozesse sich emanzipierender Persönlichkeiten zentriert, einer solchen aufgeklärten und aufklärerischen Perspektive sehe ich mich mit der von mir vertretenen Orientierung verpflichtet. Dabei muß natürlich die Aufklärung mit ihren Hintergründen und Problemen (z.B. dem Fortschrittsoptimismus, der rationalistischen Vernunftskonzeption, den kryptoreligiösen Elementen des Humanismuskonzeptes etc.) durchaus selbst kritisch-metakritisch – etwa mit *M. J.-F. Lyotard*, *J. Derrida*, *G. Böhme* – in den Blick genommen werden (*Böhme, Böhme* 1983), die „dunkle Seite“ der Aufklärung (*M. Foucault*), in der Identität um den Preis der Kontrolle und Kontrollierbarkeit gewonnen wird, um durch solche Metakritik *zu einer Aufklärung zu kommen, die über sich aufgeklärt ist*. Die „zweite Aufklärung“ der Frankfurter Schule (*Horkheimer, Adorno* 1944/1997) hatte mit diesem Unterfangen begonnen, ist aber in diesem Projekt stagniert. Die Psychotherapie müßte beginnen, sich darum zu bemühen, über sich, ihr Herkommen, ihre Funktionen in der und für die Gesellschaft des vergangenen zwanzigsten Jahrhunderts und in einer radikalisierten Moderne *aufgeklärt* zu sein. Sie ist davon, wieder einmal, weit entfernt, da das, was in ihrer Felddynamik geschieht – etwa in ihrer Verrechtlichung oder im nachkriegsgeschichtlichen bundesdeutschen Phänomen der „Richtlinienpsychotherapie“ und ihrer derzeitigen ökonomisierten Determinierung –, nicht hinreichend metareflektiert wird. Was sich in der Dynamik der übergeordneten gesellschaftlichen Felder zeigt, wird nicht gemeinsam durch alle Beteiligten und Betroffenen diskursiv bearbeitet, so daß keine übergreifenden „starken“ politischen Positionen und Handlungsstrategien entwickelt und umsetzungsorientiert angegangen werden. Man ist eben *nicht* „gemeinsam stark“, weil das Feld der Psychotherapie zersplittert ist – selbst die großen Gruppen, z.B. die Richtlinientherapien werden als solche auf Dauer nicht stark genug sein, um ein gesundheitspolitisches „*momentum*“ zu generieren. Und so findet sich eher eine Passivität mit einer hohen Tendenz zu Konservativität und Toleranz gegenüber restriktiven Entwicklungen, die ihren Trend zu verdinglichender Ökonomisierung statt zu optimierender Ökonomie ungestört verfolgen können. Man setzt auf eine „Moral der Reglemente“ statt auf eine „engagierte Ethik“, favorisiert weiterhin alleinig und einseitig (und nur das ist das Problem!) positivistische Forschung, manualisierte, störungsspezifische Therapien – sie fragmentieren Probleme und Leiden eines „ganzen Menschen“ – unter der Perspektive von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, wobei *patient welfare*, *patient security* und *patient dignity* (*Müller, Petzold* 2002a) keine prioritären Forschungsziele zu sein scheinen. Das alles verweist darauf, daß die „**Diskurse** der Kontrolle“, der Disziplinierung, der Normalisierung, die so verschiedene DenkerInnen wie *Adorno, Foucault, Baudrillard, Berger/Luckmann, Pohlen/Bautz-Holzherr, Bauriedl* u.a. für die Psychotherapie aufgezeigt haben, aus ihren historischen Untergründen wieder auftauchen.

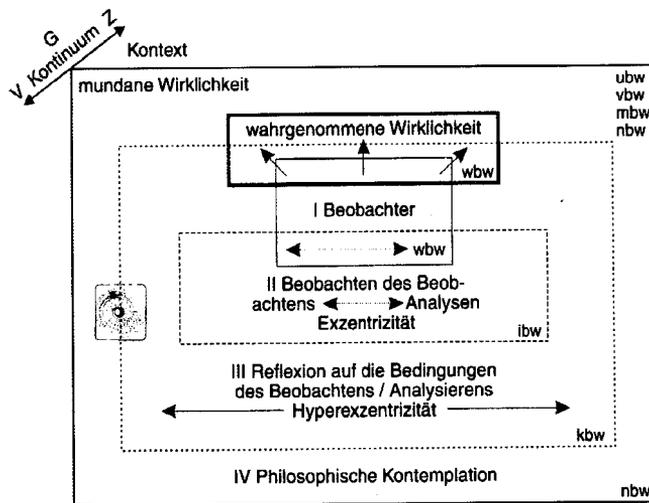
Es gibt natürlich für diese Disziplin der „*wissenschaftlichen Seelenheilkunde*“ Vorläufer. Die angesprochenen Untergründe sind nicht homogen. *Freuds* Argumentationen lassen dies z.B. erkennen, wenn er die Psychoanalyse einerseits in die Tradition der traditionellen Medizin, ihrer Praxis des „*ignis et ferrum*“ stellt³⁵, andererseits die Psychotherapie als „Nachfolgerin der Seelsorge“ sieht und Ähnlichkeiten von Psychoanalyse und Beichtpraxis durchaus zuge-

stand³⁶. Damit steht die Psychoanalyse im **Diskurs** medizinalisierter Kontrollmacht und pastoraler Deutungsmacht, der sich in ihrer Geschichte immer wieder zeigte (*Castel* 1973; *Petzold, Orth* 1999) – etwa im Umgang mit „Dissidenten“ –, ohne daß er jemals in breiter Weise kritisch und metakritisch bearbeitet wurde (vgl. jedoch die Arbeiten von *Pohlen/Bautz-Holzherr*). Aber das Verdrängte kehrt wieder, reproduziert sich, generalisiert zuweilen! Das wissen wir durch *Nietzsche* und *Freud*, und so nimmt es nicht Wunder, daß dieser **Diskurs** wieder virulent wurde und sich mit seiner restriktiven *Macht* (*Foucault* 1976, 1978, 1984) in Deutschland für die gesamte Psychotherapie in den berufspolitischen Ereignissen der vergangenen Jahre (es ist zu hoffen, nur vorübergehend) durchsetzte mit dem Resultat der Unterordnung der Psychotherapie *unter die Medizin* im „Integrationsmodell“ (de facto Subordinations- und Ausgrenzungsmodell) des deutschen Psychotherapeutengesetzes.³⁷ Dieses Resultat ist, daran ist leider nicht zu rütteln, maßgeblich durch die Aktivitäten psychoanalytischer Berufs-/Machtpolitik zustande gekommen – ganz gegen die Intentionen *Freuds* übrigens, der nämlich mit Verve vertreten hatte, „daß die Psychoanalyse kein Spezialfach der Medizin ist. Ich sehe nicht, wie man sich sträuben kann, das zu erkennen. Die Psychoanalyse ist ein Stück Psychologie, auch nicht medizinische Psychologie im alten Sinne ...“ (*S. Freud*, Nachwort zur Frage der Laienanalyse, 1927/1969, S. 342). Die Machtinteressen mächtiger Gruppen haben indes zu anderen Sichtweisen geführt.³⁸

Die Geschichte hinterläßt Spuren. Vorgängiges bleibt nicht folgenlos, wie gerade *Freud* hätte wissen müssen, nicht zuletzt aufgrund der Einflüsse *Nietzsches*, die er –, um die Originalität seiner Gedanken fürchtend³⁹, wie er sich einmal *Lou Andreas-Salomé* gegenüber äußerte – stets heruntergespielt hatte, obwohl er ihnen Wesentliches verdankt. Nun, *Freud* hat die Nachwirkungen vorgängiger **Diskurse** (d.h. im Sinne von *Foucault*³⁹ verdeckte Einflußlinien und Dispositive) in seinem Werk nicht untersucht. So ist ihm die „ekklesiale Organisation und Praxis“ seiner psychoanalytischen Bewegung (Hierarchien: Kandidaten, Analytiker, Lehranalytiker, Kontrollanalytiker ≈ Akolythen, Diakone, Presbyter, Archipresbyter; Sanktionssysteme: Disziplinarmaßnahmen „Dissidenten“ gegenüber, Ausschlüsse/Exkommunikationen, vgl. *Bos* 2000) genausowenig aufgefallen wie die Fortführung ekklesialer und medikaler Arcandisziplin, des Prinzips der Geheimhaltung von Wissen und Praxen, obgleich ihm solche Tendenzen ab und an aufkamen, wenn er sich z.B. dagegen verwahrt, daß die Psychoanalyse ein Geheimbund sei.⁴⁰ Er hatte indes die Charakteristik seines Verfahrens nicht reflektiert, genausowenig wie die Form der Weitergabe: einerseits das Lehren der Psychoanalyse als Verbreitung einer „*arcanen, initiatischen Praxis*“ durch Bevollmächtigte, die über eine „Ermächtigung“ verfügen und den obligatorischen Weg der „Läuterung“ in Lehr- und Kontrollanalyse durchlaufen haben⁴¹, und andererseits als Übermittlung einer autorisierten „*Lehre*“⁴² – ein von ihm und seinen Epigonen, Nachfolgern (Jüngern zuweilen) sehr häufig gebrauchter Terminus, dessen kryptoreligiöse Qualität durch Zufügungen wie „rein“, „wahr“, „unverfälscht“, „Gold“ deutlich wird⁴³. *Freud* hat vor allem nicht seine eigene Position und Rolle in seiner Bewegung *strukturell* reflektiert (*Roazen* 1998), und ein gleiches gilt für all die anderen psychotherapeutischen „Schulengründer“ von *Jung* bis *Frankl*, von *Moreno* bis *Perls*. Sie kamen – völlig verschieden von Leitfiguren in den Naturwissenschaften – in die Position von „Begründern einer Heilslehre“ mit der Fama des Außergewöhnlichen und dem Privileg der „Deutungsmacht“. In der Regel erzeugten sie in den von ihnen inaugurierten Bewegungen Phänomene, die sich ähnlich bei Religionsstiftern oder religiösen bzw. politischen Führern und ih-

rem Gefolge finden lassen. Solche Positionen werden keineswegs immer und von allen Protagonisten in der Psychotherapie angestrebt – von einigen jedoch (*Freud, Jung, Frankl, Lowen, Bandler* u.a.) zielstrebig und „mit Macht“. Solche Positionen werden ihnen aber auch zugeschrieben, angetragen, und das gilt in gleicher Weise für ihre Vasallen, Stellvertreter, Ermächtigten, auch für den „einfachen Psychotherapeuten“ in seiner Praxis, der nur allzuleicht für seine Patientinnen und Patienten in die Position eines „Seelenführers“ oder „Gurus“ kommen kann. Viele Menschen wollen zweifelsohne Führung, Seelenführung!

Gerät man in die Situation, zu einer „Leitfigur der Psychotherapie“ (*Zundel, Zundel* 1987) zu werden – und mir hat man das in „**DIE ZEIT**“ zugeschrieben (*Zundel* 1987), die *Zeit* wird letztlich über die Richtigkeit einer solchen Einschätzung entscheiden –, dann ist es nicht einfach, den evolutionspsychologisch zu begründenden Effekten von Alpha-Positionen, den von der Sozialpsychologie untersuchten „Salienzeffekten“ (*Stroebe* et al. 1992), den idealisierenden oder negativierenden Projektionen, mit denen sich die Psychoanalyse befaßt, zu entgehen. Den Phänomenen unbilliger Idealisierungen (und – polarisierend – den dann häufig auftauchenden Gegnerschaften und ungerichten Negativierungen) muß man dann gegensteuern und auch dem Sog, über die eigenen faktischen, wissenschaftlichen und klinisch-praktischen Leistungen, die durchaus Leitbildfunktion haben können, hinaus die Rolle eines *hegemonialen* „Führers“ einzunehmen. Die eigenen Macht- und Geltungswünsche gilt es anzusehen und ansehen zu lassen, denn sie sind weder aus der „*Felddynamik*“ noch aus der biographischen Bestimmtheit (*Petzold* 2002h) herauszulösen (vgl. Anmerk. 44). *Nietzsches* Mahnung: „*Ich bin ein Geländer am Strom – fasse mich, wer mich fassen kann! Eure Krücke bin ich nicht*“ (Also sprach Zarathustra II, 305) hatte wenig gefruchtet (*Petzold, Orth, Sieper* 2000). Es hat dennoch Nietzscheaner, Freudianer, Jungianer, Perlsianer usw. gegeben – es gibt sie noch! Dem zu begegnen – so man es denn will – macht Beobachtungen, Reflexionen, Analysen, Interpretationen auf *mehreren Ebenen* notwendig, um Phänomene, Strukturen, Dynamiken *wahrzunehmen*, zu *erfassen*, zu *verstehen*, zu *erklären* und, wo erforderlich, zu *verändern* (S. 162ff.). Für ein solches hermeneutisches bzw. metahermeneutisches Vorgehen, wie es in Supervision und Therapie zur Steigerung der **Sinnerfassungs-**, **Sinnverarbeitungs-** und **Sinnschöpfungskapazität** (2002b) unverzichtbar ist, habe ich das folgende Modell entwickelt (1994a, 1998a). Es kann und sollte durchaus der Reflexion des eigenen Tuns dienen:



Legende:

- Mehrperspektivität
- Intrasubjektive Ko-respondenz
- Interdisziplinäre, transversale Ko-respondenz
- Intersubjektive Ko-respondenz

V = Vergangenheit G = Gegenwart Z = Zukunft

ubw = unbewußt, zum Teil nicht bewußtseinsfähig, *areflexiv*
 vbw = vorbewußt, bewußtseinsfähig, *präreflexiv*
 mbw = mitbewußt, *koreflexiv*
 wbw = wachbewußt, *reflexiv*
 ibw = ich-bewußt, *vollreflexiv*
 kbw = klarbewußt, *hyperreflexiv*
 nbw = nichts-bewußt, *transreflexiv* (vgl. Petzold 1988a/1991a, 264f)

„Heraklitische Spirale des Erkenntnisgewinns“ (Petzold, Sieper 1988)
 ohne Anfang, ohne Ende, kontinuierlich – diskontinuierlich (vgl. die wechselnde Dichte der Spirale)
 voranschreitend (vgl. Petzold 1988n, 565)
 Dreiecke in der Spirale als mehrperspektivische Plateaus
 Kern der Spirale („Auge des Zyklons“),
 Ort „philosophischer Kontemplation“

Abb. 2: **Metahermeneutische Mehrebenenreflexion** als Praxis von **Transversalität** für mehrperspektivisch wahrgenommene und ko-respondierend analysierte Arbeit in Therapie und Supervision (aus

Legende und Erläuterungen:

Ich habe dieses Modell in verschiedenen Kontexten eingesetzt: z.B. bei „metahermeneutischen Reflexionen von Ideologemen und Konzepten in der Psychotherapie“ (Petzold, Orth 1999, 110ff), bei der Analyse von Gewalt gegen PatientInnen im Bereich der Gerontologie (Petzold 1994a) oder bei der Untersuchung von destruktiven Identitätsprozessen (1996j). **Hier** soll es anhand einer Skizze zu **meiner eigenen Arbeit** in der und an der *Integrativen Therapie* kurz exemplifiziert werden.

→ **Ebene I:** Es gilt die eigene Position, Rollen und Funktionen anhand der Beobachtung des eigenen Handelns und seiner Wirkungen in den verschiedenen „Arealen“ bzw. „Sektoren“ des Feldes⁴⁴ aufmerksam wahrzunehmen, zu beobachten, zu reflektieren als einen Mikroausschnitt aus der mundanen Wirklichkeit und globalisierten Realität (Wallner 1990), in der mein Leben und Tun sich vollzieht: Ich beobachte mich in einer

Therapie, bei einer Supervision, in einer Ausbildungsgruppe, auf einem Kongreß, *wachbewußt (wbw)*, *reflexiv* vor dem Hintergrund meiner persönlichen Geschichte mit ihren zeitgeschichtlichen Kontexten (2002h; *Petzold, Petzold Heinz* 1985). Ich sehe, wie Menschen auf mich reagieren, und der Wahrheinländer in mir hat dann vielleicht gesagt: „Hilarion, hab ich zu mir gesagt, hab ich gesagt, du kriegst schon 'ne Menge Aufmerksamkeit, kommst auch gut rüber, mach's nicht zu komplex!“ ↔ *intrasubjektive Ko-respondenz*.

→ **Ebene II:** Dann schau ich mir zu, wie ich mir zuschauen⁴⁵, beobachte den Beobachter, das Beobachten *ichbewußt (ibw)*, *vollreflexiv*. Ich analysiere die Situation aus der *Exzentrizität*: „Ich weiß, daß ich hier auf einige Leute bedrohlich wirke. Mein Frageduktus, das Hinterfragen, die Wissensmengen, die ich zur Verfügung habe, das kann erschlagend wirken, arrogant vielleicht. Andere finden das faszinierend, wieder andere ‚kennen sich nicht aus‘. Das alles sehe ich und frage mich: Muß ich alles sagen, was ich weiß und sage? Welche Funktion hat das für mich, welche für die ‚Integrative Therapie‘? Wie übe ich in *Diskursen* Macht durch Wissen aus? Sehe ich genügend von dem, was ich sehen müßte, bedenke ich hinreichend (good enough), was ich bedenken müßte: bei meinen Aktionen, Interaktionen, bei denen der Anderen? Was blende ich aus? Bin ich mutig genug zu sagen, was ich meine sagen zu müssen?“ ↔ *intrasubjektive Ko-respondenz*. Das *punctum caecum* ist bei solchen Fragen nicht zu hintersteigen. Deshalb darf die Reflexion der eigenen *Position* keine einsame sein. Sie bedarf des anderen Blickes, des korrigierenden Feedbacks, der Koreflexion, des *Polylogs* mit anderen ↔ *intersubjektive Ko-respondenz*. Dazu ist es notwendig, die eigenen *Positionen* transparent zu machen. Sie müssen deutlich deklariert werden, um Differenzqualitäten zu ermöglichen: „Ich, *Hilarion G. Petzold*, sehe mich *nicht* als einen *Schulen*(be)gründer in der Psychotherapie.“

Ich habe im Rahmen moderner Psychotherapie und klinischer Psychologie durch meine Lebensarbeit eine *Orientierung* mit angestoßen und mit vorangebracht, die insgesamt als das „**neue Integrationsparadigma**“ (S. 701ff, 1992g) bezeichnet wird – das „alte“ Integrationsparadigma wird z.B. von *Reil, Janet, Iljine, French, Alexander* vertreten. Viele andere moderne Psychotherapeutinnen und Therapeuten arbeiten mit an der Entwicklung dieses neuen „main stream“ als Leitparadigma (klinisches *Makroparadigma*, S. 706). In ihm stellt das von mir und meinen MitarbeiterInnen erarbeitete „Verfahren“ als *Mesoparadigma* (ibid.) eine spezifische Ausprägung dar, die zu vielen ähnlichen Orientierungen und Verfahren hin in unterschiedlichem Grad der *Konnektivierbarkeit* „anschlussfähig“ ist (vgl. S. 769ff, Abb. 1, S. 773). Psychotherapeutische Verfahren *kann man heute seriöser Weise nicht mehr im Alleingang begründen* – man sollte es auch nicht. Die Zeit der „Schulengründer“ sollte vorbei sein. Das ist meine *Position*, die ich aus der Beobachtung und Reflexion meiner Arbeit und der Entwicklungen im psychotherapeutischen Feld sowie aufgrund von Koreflexionen und von kollegialen Feedbacks aus diesem Feld entwickelt habe.

→ **Ebene III:** Kann diese Position gehört werden, will sie gehört werden? Diese Frage stellt sich mir, ich stelle sie vor dem Hintergrund der Beobachtungen des Feldes in Ebene 2, aufgrund von Diskussionen, Ko-respondenzprozessen mit Kolleginnen und Kollegen meiner eigenen Richtung, anderer Richtungen, aus anderen Disziplinen, denn wirklich grundlegende Themen – z.B. das des Friedens, der Gefühle, des Sinnes, der Menschenwürde, der Gerechtigkeit (2003o), Schuldfähigkeit (2003d), Liebe, der Tugend (2000h), des Willens (1986a, 1995g, 2001a) – kann man ohne transversale Diskurse ↔ *interdisziplinäre Ko-respondenz*, nicht hinlänglich substantiell bearbeiten. Vor diesem Hintergrund lege ich mir selbst dann neue Fragen vor: „Warum argumentierst du in dieser Weise, hast immer in dieser Weise argumentiert? Persönlich: Hast du nicht genügend Mut, Selbstvertrauen, Bewußtsein für die eigene Qualität und Leistung, nicht genügend ‚Willen zur Macht‘ oder Chuzpe?“ Und aus mir *spricht es* – in einer *Bakhtinschen* Perspektive (*Holquist* 1990) kollektive Aspekte zu Wort kommen lassend: „Mit meiner intellektuellen Biographie und der meiner Eltern (2002h), mit dem Blick auf die vergangenen beiden Jahrhunderte mit ihren Totalitätsphilosophien bzw. -ideologien, den Weltkatastrophen, die sie ausgelöst haben, ist es mir, ist es uns – Menschen wie mir – nicht mehr möglich, umfassende Geltungsbehauptungen zu ertragen, da wir, *die Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen*‘ abzusehen vermögen.“ Ich weiß – zu einem guten Teil zumindest –, welche ‚Bedingungen des Denkens‘ hier Ausdruck finden, wer hier *aus mir* spricht, welches Denken, welche Vorbilder, welche Autoren, welche ↔ *interdisziplinäre Ko-respondenzen* von Konsens-Dissens-Prozessen hier im Sinne eines „*transversalen Diskurses*“ argumentieren, eines Diskurses also, der die wissenschaftlichen Disziplinen und die kulturellen Felder quert. Ich weiß einigermaßen, welche Seiten von mir in mir im *POLYLOG* (2002c) sprechen – mit *Mikhail Bakhtin*⁴⁶ muß ich mich zudem fragen: „Welche der Persönlichkeiten meines ‚pluralen Selbst‘ sprechen zu wem. Wer sind meine AdressatInnen in mir, wer sind sie in meinem sozialen Feld, in meiner Leserschaft (konsenter, dissenter, hostiler) und in welchem Diskurs, in welchen Formen der Kommunikation (*Kent* 1998) stehe ich mit ihnen?“ – Die richtigen Fragen sind Wege zu möglichen Antworten.

Lyotards (1982) Idee vom Ende der *Metaerzählungen* hatte mich unmittelbar angesprochen. Warum hat er, haben Theodor W. Adorno, Mikhail M. Bakhtin, Jean Baudrillard, Seyla Benhabib, Gilles Deleuze, Jaques Derrida, Michel Foucault, Julia Kristeva so gedacht wie sie dachten? Warum muß man, kann man in unserer Zeit so denken? Und was bedeutet das für die psychotherapeutische Arbeit, die Konzeptentwicklung, für eine moderne Psychotherapie, für meine, unsere Arbeit an einer integrativen Orientierung der Therapie in einer globalisierten Welt, in einer „transversalen Moderne“ (1998a; Welsch 1988, 1996)? Daß man solche Fragen stellen kann, in persönlichen wie in übergeordneten Bereichen, wird möglich aufgrund der Beobachtungen und Reflexionen von Beobachtungen und Reflexionen auf dieser dritten Ebene, durch disziplinübergreifende Diskurse, Ko-responsenzen, durch **POLYLOGE**, durch *Multidisziplinarität*, die sich in *Interdisziplinarität* überschreitet und immer wieder *transdisziplinäre* Qualitäten generiert.

In einer von mir (1988f) entwickelten Systematik für Kulturarbeit, Psychotherapie, Supervision und Metaconsulting (idem 1998a, 27; Petzold, Ebert, Sieper 1999) differenziere ich wie folgt:

- **Monodisziplinarität**, in der die Disziplinen voneinander isoliert ein Problem bearbeiten; sie wird überschritten in
- **Multidisziplinarität**, in welcher die Disziplinen bzw. ihre Vertreter in einfacher Juxtaposition an einem Thema arbeiten und Ergebnisse austauschen;
- **Interdisziplinarität** geht darüber hinaus, wenn die Disziplinen aus ihrem spezifischen Fundus heraus sich im Bezug auf ein Thema koordinieren (round table model), d.h. ihre Möglichkeiten differenziell einsetzen und in *Polylogen* miteinander kooperieren.
- **Transdisziplinarität** indes ermöglicht einen Grad der *Ko-respondenz* der Beteiligten, eine Dichte der *Konkretisierung* (1998a, 131, 176) disziplinspezifischer Erfahrungen, Wissensbeständen und Praxen, eine Bereitschaft, aufeinander zu hören, eigene Positionen zu hinterfragen oder zurückzustellen und voneinander zu lernen, so daß neue, die vorgängigen Eigenheiten der Disziplinen und Positionen der Fachvertreter *transgredierende* Erkenntnisse und Methodologien *emergieren*, denn *E m e r g e n z* wird bei der Vernetzung komplexer Systeme (ibid. 41, 240) durch den Zusammenfluß von Informationen, Kompetenzen und Performanzen, im *K o n f l u x* kokreativer Zusammenarbeit als „Synergieeffekt“ möglich (ibid. 132, 267f, 318).

Die *interdisziplinäre* Zugehensweise ermöglicht dem Psychotherapeuten als Spezialisten für individuelle Schicksale, persönliche Biographien, die Sicht des Historikers als Spezialisten für geschichtliche Bedingungen und Zeitgeisteinflüsse zu nutzen (Schuch 2001). Sie hilft ihm, den Soziologen als Spezialisten für die Einflüsse gesellschaftlicher Organisationsformen und die Probleme und Chancen, die mit ihnen verbunden sind, zu hören, um daraus Konsequenzen für die Einschätzung der Geschichte, Gegenwart und Zukunft eines Patienten oder einer Patientengruppe zu ziehen. Der interdisziplinäre **POLYLOG** ermöglicht es oftmals erst, relevante Fragen zu stellen. Auf diese Fragen gibt es zahllose tentative Antworten und noch mehr neue Fragen. Dieses dreibändige, *interdisziplinär argumentierende* Werk ist ein Bündel von Antworten und es ist voller Fragen.

Eine Konklusion der Reflexionen auf dieser dritten Ebene ist: Wir beginnen gerade einmal zu erfassen, was *Komplexität* ist. Wir beginnen in den Wissenschaften die Bereiche unseres *Nichtwissens*, die mit jeder neuen Erkenntnis exponentiell wachsen, zu kartieren (Ivainer, Lengelet 1996; Granger 1993) und ein wenig zu verstehen, welche Ausmaße die Ozeane unseres Unwissens haben. Um auf ihnen einigermaßen sicher *navigieren* zu können, brauchen wir das Wissen der Anderen, anderes Wissen, andere Kenntnisstände, andere Diskurse, Dialoge, **POLYLOGE**, weil wir jetzt *erahnen* können, was es heißt, „Mensch im Chaos/Kosmos“ (S. 491), im „Chaosmos“ zu sein. Wir stehen an der Schwelle des Begreifens, was es bedeuten könnte – das Genom entschlüsselt – sich selbst zu erschaffen oder Cyborgs oder Androiden (Brooks 2002). „Bladerunner“ (Dick 1982) werden die dabei auftauchenden Probleme für uns nicht lösen!

Die Instrumente unseres Wahrnehmens und Denkens wurden für den *Mesokosmos* entwickelt (Vollmer 1975), den wir immer radikaler überschreiten. Sie wurden nicht für die Welt der Antimaterie, nicht für die Unendlichkeiten des interstellaren oder intergalaktischen Raumes oder für die molekularen, atomaren, subatomaren Mikrobereiche ausgebildet (2002k). Myon- und Tau-Neutrinos werden nie Gegenstände der Wahrnehmung oder des Erlebens werden können, aber sie werden wie viele andere Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu Determinanten unseres Weltbildes, unserer Kosmologie, zu der wir *Positionen* mit erlebnishaften Qualitäten entwickeln können, indem wir uns selbst als Denkende, Nachsinnende erleben. Die Bedingungen unseres Fühlens und Denkens in einer *individuellen Biographie* statten uns mit Erlebnisparametern aus, die durch *Enkulturation* (Fend 1971) und *Sozialisation*⁴⁷, Einflüsse der sozialen Welt geformt wurden: von der materiellen

Lage unseres Elternhauses, Kriegs- oder Friedenszeiten, die Arbeit, die wir zu verrichten hatten, über unsere Lektüre, die Spiele die wir spielten (2002h, *Petzold-Heinz, Petzold* 1985), die Lieder die wir sangen (*Müller, Petzold* 1999), die Gedanken, die wir dachten (*Kühn, Petzold* 1992). Mit diesen Parametern greifen wir in die Geschichte, die Geschichte unseres kulturellen, sozialen, privaten Raumes, um sie zu begreifen – in eurozentrischen Weisen des Denkens, Fühlens, Wollens/Nichtwollens, Handelns oder Nicht-Handelns, *bien sur*, das gilt es metakritisch zu beachten! Aber ein solcher Zugang wird in Prozessen der Globalisierung nicht ausreichend sein. Fragen stehen vor uns: Wie werden uns Überschreitungen gelingen, wenn uns fremde Kulturen nahe kommen, wenn neue Erkenntnisse alte überholen, wenn wir neue Weltbilder schaffen, die neuen Kosmologien uns die fast schon vertrauten Modelle erschüttern, wie das des „Big Bang“? Welche *Transgressionen* (*Petzold, Orth, Sieper* 2000) liegen noch vor uns und wohin führen sie, in welchen Sinn, Hypersinn, in welchen Wahnsinn und Abersinn vielleicht (2001k)?

→ **Ebene IV:** Wenn wir uns mit unseren Seelen in den Cyberspace wagen (müssen) oder der Cyberspace in unsere Seelen hineinfiltriert, kaum merklich noch, was für eine Psychotherapie werden wir brauchen, denn wer werden wir sein? Wenn unser Bewußtsein, „Kaskaden tanzender Informationen“, an die Grenzen dessen kommt, was mit unserer Art des Denkens zu denken ist (*Metzinger* 1995) und mit unseren Weisen des Fühlens gefühlt werden kann, und diese Grenzen sind nahe, wird es uns möglich sein, *uns selbst anders zu denken*, werden wir uns *anders fühlen* können? Wer wollen wir werden, wer will ich sein? Wer will ICH sein, werde ich sein? Über derartige Fragen kann man nicht nur nachdenken, sondern man muß dieses Nachdenken durch *Nachspüren, Nachfühlen, Nachsinnen* anreichern, durch *Vorausdenken, Prévoyance, Visionen, prevision* (of danger auch), so daß es zu einer wechselseitigen Durchdringung dieser Möglichkeiten des Erfahrens kommt. Ich habe von einem „perichoretischen Erfassen“, einer wechselseitigen Durchdringung der Erkenntnisströme, -ebenen und -formen gesprochen (*Petzold* 1981e; *Schuch* 2001) – durch das, was man mit *B. Russell* (1964) als „philosophische Kontemplation“ bezeichnen kann, für die es sich in einer „perspektivischen Lebensform“ (*Tiedemann* 1993) zu öffnen gilt. Ich schlage mich dabei oft mit dem Problem des Mutes herum (und das ist immer mit dem der Angst verbunden), wenn ich mich daran mache, *mich anders zu denken*, die Menschen anders zu denken, die Psychotherapie anders zu denken, anders zu *sehen* ... Visionen, die oft genug *nicht* aus meinem Psychotherapeuten-Selbst kommen – es ist ein hybrider Anspruch, ein zu *dekonstruierender Mythos*, durch die Eigen- bzw. *Lehranalyse* an alle wesentlichen Dinge (die wesentlichsten gar) zu kommen. Die Einsichts- und Übersichtsleistungen der großen Geister aller Zeiten der Menschheitsgeschichte und die doch sehr begrenzten Einsichten der psychotherapeutischen Schulen in den hundert Jahren ihrer Geschichte stehen gegen einen solchen Mythos. Meine Sichtweisen über die Menschen waren von der Kunst, der Literatur, der Philosophie (jeweils der neuen und der alten) mehr bestimmt (1999q, 2002h) als von den Theoremen traditioneller, schulengebundener Psychotherapie. Das zwingt mich, mein Denken in Richtung einer „Humantherapie“ zu öffnen. Meine Gedanken laufen quer zum Denken von zelotischen Schulenmonisten, zu jeder Form von Dogmatik. Meine Visionen von Menschen und Cyborgs, meine Meditationen über diese Welt und ihre Zukunft sind, so glaube ich, weniger für Psychotherapeutenohren aus den traditionellen Mainstreams bestimmt, weniger für Gesprächs- und Erzählgemeinschaften (2003g) mit konservativen Psychoanalytikern und Behavioristen – mit *Donna Haraway* könnte ich mich gut unterhalten, *William Gibson* (1992) und *Stanislaw Lem* kann ich fasziniert zuhören, mit *Sherry Turkle* (1998) kann ich chatten. Die Frage: „Wer würde mir zuhören?“ beginnt für mich zunehmend unwichtiger zu werden und es gewinnen die Fragen an Gewicht: Mit wem kann ich denken, in **POLYLOGE** eintreten, wer hat Bedeutsames zu sagen, mit wem kann ich sprechen, mit wem Visionen teilen, wer kann verstehen, ... welchen *Menschenarbeitern*, die wesentliche Arbeit für Leute machen, die es notwendig brauchen, kann ich mich zugesellen, um in diesem kurzen, langen Leben Sinnvolles zu tun.

„Quid de rerum natura querimus? Illa se benigne gessit. Vita, si uti scias, longa est“ (*Seneca, De brevitate vitae* 2. 1)⁴⁸

Mehrebenenreflexionen werden immer wichtiger werden, um zu lernen, sein Leben in rechter Weise zu gebrauchen, um sich selbst in sich wandelnden Lebenswelten (*Andreas, Scherpe* 1997; *Huyssen, Scherpe* 1986) zu verstehen, um zu wissen, wofür man sich einsetzt – in seiner persönlichen Lebensgestaltung, in seiner professionellen Rolle, im Zusammenleben mit anderen Menschen, in der professionellen Zusammenarbeit, im Versuch, Psychotherapie in der Gesellschaft zu verstehen, Gesellschaft zu verstehen, Menschsein zu verstehen, weiterzukommen als Person. Mehrebenenreflexionen führen in Polyloge, vielfältige Diskurse. Sie zeigen, daß man in Bezügen und Bezogenheiten denkt (*Bakhtin*), daß Andere in mir und mit mir

denken, daß jeder Satz, der hier geschrieben wird, noch ehe er mir zu Bewußtsein kam, fertig war: erarbeitet von meinen Archivaren, Redakteuren, Lektoren in der Wissenschaftsabteilung meiner cerebralen „Mentopolis“ (um diesen Term von *Marvin Minsky* auszuborgen). Das macht klar: Selbst wenn man ein wichtiger, vielleicht bedeutender Ideengeber, ein besonders kreativer Geist ist, entsteht ein psychotherapeutisches Verfahren immer nur durch Zusammenarbeit – mit den PatientInnen, mit KollegInnen, mit ForscherInnen. Was wäre *Freud* ohne die „Anna O.“, den „Wolfsmann“, den „Rattenmann“, ohne *Ferenczi*, ohne *Abraham*, ohne die Prinzessin *Bonaparte*, ohne seine Tochter *Anna*, ohne ...? Ich setze deshalb hinter meine Arbeiten gerne ein „et al.“ (vgl. 2001b „et al.“).

Durch den genialen Ansatz *Nietzsches*, in der Analyse von kulturellen *Phänomenen* der Gegenwart – etwa der Moral – nach *Strukturen*, die in ihnen zum Tragen kommen, zu suchen, indem er eine *genealogische* Betrachtungsweise einführte, eine Untersuchung des Herkommens, der Überlieferungswege, wurde *Michel Foucault* zu seiner Methodik histographischer – oder besser „histodynamischer“ – Untersuchung von Wissensbeständen, von Traditionen des Wissens inspiriert, zu seiner „Archäologie des Wissens“, durch die er verborgene **Diskurse**, d.h. wirkmächtige Dynamiken in Regelsystemen und Praxen von gesellschaftlichen Institutionen aufzufinden und aufzudecken vermochte (*Dauk* 1989; *Petzold, Orth* 1999; *Bublitz* et al. 1999): Dispositive der Macht, Wahrheitsspiele, Bedingungen der Subjektkonstitution (*Foucault* 1978f, 1998). Diese Zugewandene, die wir in seinen Arbeiten und Projekten miterleben durften (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000), haben unseren eigenen Weg, die Geschichte von Subjekten, sozialen Bewegungen zu untersuchen, geprägt: einen diskursanalytischen, dekonstruktivistischen Weg, „**von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen**“ zu kommen durch die Beobachtung und Analyse von Materialien auf mehreren Ebenen, die immer eine historische Betrachtung einschließt (*Petzold, Orth* 1999; *Schuch* 2001). Deshalb ein Blick in die, durch die Geschichte:

Im Altertum und Mittelalter findet sich noch kein moderner, „psychologischer“ Begriff von „Psyche“, der Phänomene des menschlichen Erlebens und Verhaltens (Gefühle – besonders selbstreferentielle –, Willensakte, Motive) umfaßt, die nicht auf materielle Prozesse reduziert werden können, sich aber auch nicht von diesen trennen lassen. Man findet vielmehr religiöse Seelenbegriffe – die Seele als Hauch, als feinstofflicher Äther (*Rhode* 1925), im platonischen Denken und im Christentum als unsterblicher Wesensteil des Menschen (*Jüttemann* 1991). Die damit einhergehende Körper-Seele-Spaltung wird von *Descartes* mit seiner Differenzierung von *res extensa* und *res cogitans* in den Rahmen eines neuzeitlichen rationalen Wissenschaftskonzeptes gestellt (*Röd* 1995). Der platonisch-christliche Dualismus gelangt auf diesem Wege als „verdeckter **Diskurs**“ (*Foucault*) in säkularisierter Form in die moderne *Psychologie* und *Psychotherapie*, die damit ein schwerwichtiges anthropologisches Problem – in der Regel unproblematisiert – mit sich fortträgt. In der asklepiadischen und hippokratischen Medizin hingegen war das *ganze Menschenwesen* Ziel ärztlicher bzw. heilkundlicher Tätigkeit (*Petzold, Sieper* 1990b), ein integrativer Zugang, auf den man sich durchaus zurückbesinnen sollte. Das, was in den antiken und spätantiken Formen der *cura*⁴⁹ der heutigen Psychotherapie wohl noch am nächsten kommt, war die Anleitung der antiken Ärzte zur rechten Lebensführung (*dieta*) und die Unterweisung der Philosophen in der Entwicklung einer „Sorge um sich“ (*Sokrates*) und um das „Gemeinwohl“ (*Demokrit*), die Pflege von Tugenden (*Marc*

Aurel) und einer spezifischen *Lebenskunst*, die die Grundlage von Gesundheit, Wohlbefinden und Glück (*Seneca*) darstellt (*Domanski* 1996; *Hadot* 1969, 1991; *Rabbow* 1954; *Voelke* 1993). Diesen antiken Quellen – es seien neben den genannten Autoren noch *Heraklit*, *Dio- genes von Sinope*, *Epictet*, *Epikur* und *Cicero* genannt – verdank ich auch die Integrative Therapie viel (*Petzold, Wolf* et al. 2000, 446f). Hier liegen die Quellen der Haltung und Praxis, die ich als „*clinical wisdom*“ (S. 339) bezeichnet habe – und das ist keineswegs nur „klinische Erfahrung“. Die antike Seelenführung zentrierte auf das „rechte Maß“, auf Gelassenheit und Heiterkeit des Gemüts, auf die Fähigkeit, sich zu bescheiden, sich um seiner selbst willen wertzuschätzen und *Sinn* für sein Leben zu gewinnen, Leitwerte und Prinzipien, die wir im Integrativen Ansatz im Rahmen der „narrativen Praxis“ mit Gewinn und mit sehr positiver Resonanz von Seiten der PatientInnen einsetzen. Hier liegen ungehobene Schätze! Die „philosophischen Praxen“ (*Achenbach* 1984; *Marinoff* 2001) florieren, Bewegungen wie „Un Café pour Socrate“ haben eine große Resonanz. PsychotherapeutInnen nehmen das nicht zur Kenntnis. Ich selbst habe das Thema „Philosophie und Psychotherapie/Philosophie als Psychotherapie“ stets als sehr bedeutsam eingeschätzt (2002k, *Kühn, Petzold* 1991) und kann aus meiner Erfahrung in Therapien auch mit sehr kranken PatientInnen (schwere Persönlichkeitsstörungen, Belastungsstörungen, PTSD) sagen, daß diese Wege *nootherapeutischer* Arbeit, d.h. berührender, sinnorientierter „narrativer Praxis“ (2001 „et al.“), „sokratischer Sinngespräche“ (2000k, 2001k) und „parrhesiastischer Auseinandersetzung“ (*Petzold, Orth, Sieper* 2000), selbst in reiner Form angewandt, keineswegs weniger wirksam erscheinen, als gestalttherapeutische oder tiefenpsychologische Vorgehensweisen, und daß ich in der *Kombination* dieser nootherapeutischen Wege mit erlebnisaktivierender und übender Therapie ganz ausgezeichnete Erfahrungen mache.

Es ist befremdlich – wenngleich nicht verwunderlich –, aber auch irgendwie bedrückend zu sehen, wie ein Jahrhundert des „orthodoxen“ Mainstream-Freudianismus und technokratischer Verhaltenstherapie als einer Art „behavioral engineering“ jeden Kontakt mit diesen Formen der Menschenführung und Begleitung voller Lebensweisheit verloren haben (taoistisches und konfuzianistisches *säkulares* Lebenswissen bietet einen ähnlichen Fundus). Was stattdessen an Konzepten, Ideologemen und Praxen geboten wird, was an anthropologischen und Orientierung gebenden *Dialog-/Polylogthemen* – und um diese geht es immer wieder – in Therapien offeriert wird, ist doch in der Regel recht dürftig. Klinisch-psychologische Literatur gibt es zu diesen Themen praktisch nicht.

Die **Diskurse**, die dieser Situation zugrunde liegen, sind bislang noch kaum unter einer ideengeschichtlichen Perspektive betrachtet worden (vgl. aber *Yalom*s „Und Nietzsche weinte“). Kurz aufgewiesen ergibt sich folgendes Bild: Der idealistischen Idolatrie des „Bewußtseins“, dem Hohen Lied der aufgeklärten „kritischen Vernunft“, stellt sich die Idolatrie des (romantischen und freudianischen) Unbewußten entgegen (mit Einflüssen von *Schopenhauer* und *Nietzsche*) und das Faszinosum der Irrationalität. Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie sind Facetten dieser Inszenierungen der Kultur im 19. und 20. Jahrhundert. Eine Mittelposition konnte sich im Felde der Psychotherapie nicht wirklich entwickeln. In ihm sind die sogenannten „humanistisch psychologischen Verfahren“ (von *Rogers, Perls* bis *Gendlin*) aufgrund ihrer Defizite an humanistischem und philosophischem Wissensfundus und offenbar auch von Lebenswissen für „ganz normale Leute“ einerseits und psychologischer und sozial-

wissenschaftlicher Fundiertheit und Forschungsarbeit andererseits mit dem Aufbau eines „mittleren Weges“ gescheitert. Die New Age- und Esoterikszene füllt dieses Vakuum, Lebensorientierungen zu geben, mit harmlosen, aber auch sehr problematischen Angeboten. Die Situation ist ziemlich desolat, blickt man darauf, was Menschen in Krankheit, Belastung, Leiden, Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit *brauchen*, um gesund zu werden oder Bewältigungsleistungen erbringen zu können, neue Orientierungen, Sinn- und Zukunftsperspektiven zu finden und was die „Richtlinienverfahren“ und viele Nicht-Richtlinienverfahren hierzu *anbieten*. Eigentlich wären nur „Gesprächspartner“, die für diese Fragen offen sind, erforderlich, aber diese Themen sind für einen Antrag auf Kostenübernahme nicht geeignet. Sie würden keine Gutachter passieren und dabei geht es doch bei Menschen etwa mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen um Sicherheit, Sinn, Trost, Orientierung, das rechte Maß, Lebensbewältigung, Lebenskunst *gegen* Unsicherheit, Sinnlosigkeit/Widersinn, Verzweiflung, Verwirrung, Maßlosigkeit, Scheitern, Chaos!

Das Thema der *Lebenskunst* wäre ein wichtiges Thema für die Psychotherapie mit belasteten und kranken Menschen. Es wurde dort noch kaum gesehen. Über die Geschichte hin, z.B. der „Weimarer Klassik“, war diese Thematik von *Herder*, *Schiller*, *Goethe* in breiter Weise aufgenommen worden (*Borchmeyer* 1998) und wurde in neuerer Zeit von *Michel Foucault* in einer für psychotherapeutische Arbeit höchst relevanten Art und Weise bearbeitet (*Schmid* 1999; *Petzold* 1999q), in der unsere integrativtherapeutische Position bekräftigt wird, daß breit gefaßte Psychotherapie, als Disziplin zumal, sich nicht *nur* auf *klinische Ziele* wie die Beseitigung von Symptomen, Minderung von Störungen, Heilen von Krankheit begrenzen darf, sondern auch die Ziele der „Förderung von Gesundheit“, „Persönlichkeitsentwicklung“, „Souveränität“, von „kritischem Bewußtsein“, „Verantwortungsfähigkeit bzw. -bereitschaft“ zu verfolgen hat.

Die Psychotherapie begann im neuzeitlichen medizinisierten **Diskurs** des anatomischen Erkenntnisweges der Zergliederung in Feinstrukturen (*Attali* 1981) als *klinische Praxeologie* des Umgangs mit psychischen bzw. mentalen Störungen, Geisteszerrüttungen bzw. Geisteskrankheiten. Sie hatte die ganzheitliche Sicht des Menschen, die seit *Alkmaion von Kroton* bis *Galenus* in der antiken Medizin bestimmend war, zu Gunsten der Untersuchung von Mikroprozessen verlassen (*Sigerist* 1963; *Schipperges* 1990; *Flashar* 1971), war auf dem Weg sie zu verlieren, als *Johann Christian Reil* (1759-1813) sein bahnbrechendes Werk „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ (*Reil* 1803, vgl. *Hoffbauer*, *Reil* 1808) abfaßte, in dem noch ein sehr breites Verständnis des menschlichen Wesens zum Tragen kommt. Als *klinische Wissenschaft* wurde sie im Rahmen der Medizin mit dem ersten deutschen Lehrstuhl für „Psychische Heilkunde“ in Leipzig (1811) begründet, den *J.A. Heinroth* (1773-1834) innehatte. Mit Blick auf diese sehr vielfältigen und durchaus fundierten Anfänge der Psychotherapie mit zahlreichen Protagonisten könnte man *Sponzel* (1997, 276) zustimmen, wenn er schreibt: „Die ‚Mächtigen‘ der offiziellen Richtlinien-Psychotherapie haben sich arrangiert und man ist übereingekommen, die Psychotherapie mit *Freud* beginnen zu lassen, was historisch völlig falsch ist und von wirklich grober Unkenntnis der Psychotherapiegeschichte zeugt.“ Aber es ist wohl nicht die Unkenntnis, sondern Ausdruck von **Diskursen**, die auf andere Hintergründe schließen lassen. *Heinroth* (1818) entwickelte ein Modell systematischer *Heuristik* und ein Konzept der Gesundheits-

psychologie, stellte also wie die Integrative Therapie heute (S. 51) auf einen pathogeneseorientierten und salutogeneseorientierten Ansatz ab. Die frühe Psychotherapie war nicht schulenbildend, sondern *prinzipiell integrierend*. Sie trug das gesamte Wissen des medizinischen, psychiatrischen und psychologischen Feldes im europäischen Raum zusammen, wie im Werk von *Reilers* sichtbar, der eine differenzierte, erfahrungsbegründete klinische Pragmatik der psychotherapeutischen Behandlung als integrative Leistung vorlegte, und ihn, der den Begriff „Psychiatrie“ einführte, zum Begründer moderner stationärer *psychiatrischer Psychotherapie* machte, die durchaus in Kooperation mit Vertretern anderer Disziplinen entwickelt wurde, wie mit dem Psychologen *Hoffbauer* (1807; *Hoffbauer, Reil* 1808). Seine Verwendung vielfältiger psychologischer „Heilmittel“, dramatherapeutischer Methoden und verschiedener Materialien in einer Weise, die wir später als „kreative Medien“ bezeichneten (1965; *Petzold, Sieper* 2001b) haben schon früh unsere Aufmerksamkeit gefesselt (1972a, 24f; *Petzold, Sieper* 1990b). Diese Linie *psychiatrisch psychotherapeutischer Praxis* entwickelte sich bis in die Gegenwart weiter in einer Kombination von psychophysiologischen Anwendungen, Medikamenten, psychoedukativen und heuristischen psychotherapeutischen Maßnahmen, die durchaus Elemente der schulenspezifischen Psychotherapie – etwa der Psychoanalyse – übernimmt, ohne indes damit schulenorientiert zu werden. Sie bleibt an einer phänomenologischen Orientierung und an einer klinischen Pragmatik ausgerichtet. Das ist ein nützlicher und durchaus erfolgreicher Weg, wie die Arbeiten von *J.M. Benoit, W. Blankenburg, H. Ey, K. Jaspers, D. Langen, Ch. Scharfetter, W. Schulte, B. Stockvis, H. Tellenbach* zeigen – um nur einige zu nennen – ein Beitrag, der immer eine integrative Orientierung hatte und von den rein *psychologischen Psychotherapien* in der Regel nicht ausreichend gesehen und wertgeschätzt wird, von den Psychiatern selbst aber auch unzureichend repräsentiert wird. Kombinatorische Behandlungen von Medikation und psychologischen Therapiemaßnahmen erweisen sich aber gerade heute bei vielen Erkrankungen – z.B. bei Depressionen und Angststörungen – als ein höchst erfolgversprechender, ja unverzichtbarer Weg. In die Anfangszeiten dieser Bewegung gehören die Arbeiten von *Pierre Janet* (1859-1947), deren Bedeutung gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Zunächst Philosoph, dann Arzt, wurde er der erste „klinische Psychologe“ – *Charcot* richtete ihm [1890] das erste psychologische Laboratorium an einer psychiatrischen Universitätsklinik ein, der Salpêtrière in Paris. *Janets* Forscherleben zentriert auf systematischen Untersuchungen seit 1885, zunächst zu unbewussten Handlungen (*Janet* 1886), dann zu den Auswirkungen traumatischer Erfahrungen (idem 1889) bis hin zu seiner differenzierten, forschungsgegründeten Behandlungsmethodik. Sein Werk „*Les médications psychologiques*“ (3 Bde. 1919) und seine späteren Arbeiten zu einer *klinischen Entwicklungspsychologie* (idem 1928, 1935) – *Piaget* bezeichnete ihn als seinen Lehrer – machten ihn zum Begründer einer als *wissenschaftlich* zu bezeichnenden Psychotherapie, der seine therapeutischen Konzeptionen auf die langjährigen, wohldokumentierten Beobachtungen von hunderten von Patienten und ihre Behandlung stützen konnte. Für die Integrative Therapie war *Janet*, der das Konzept einer „integrativen Psychologie“ entwickelte, und dessen Werk wir in unseren Pariser Studienjahren rezipierten (*Sieper* 2001), durchaus bedeutsam, bot es doch einen Brückenschlag zur allgemeinen Psychologie und wissenschaftlichen Entwicklungspsychologie, wie er sonst in der Psychotherapie nicht üblich ist und damit ein Beispiel für einen breiten Ansatz psychiatrischer und psychologischer Psychotherapie mit einer Fülle von Behandlungsmethoden und -techniken. *Freud* kannte *Janets* Arbeiten seit seinem Aufenthalt bei *Charcot*. Er übernahm zunächst durchaus begriffliche und konzeptuelle Anregungen, aber er

beschritt einen anderen Weg: er entwickelte weitreichende, höchst spekulative Theorien auf der Grundlage nur *relativ weniger* behandelter Patienten, deren Therapien zudem eher literarisch als mit wissenschaftlicher Systematik dokumentiert wurden.⁵⁰ *Freud* ist zu den Gründern der Psychotherapie zu rechnen, indes er ist – hier müssen die gängigen Meinungen revidiert werden – durchaus nicht der solitäre Begründer (*Sponzel* 1997), als der er oft gesehen und dargestellt wird. Er strebte allerdings systematisch und gezielt die Gründung einer „Schule“ an, die mit hohen Geltungsansprüchen auftrat, welche zum Teil aber keinen wissenschaftlichen Bestand hatten (etwa die der Metapsychologie oder der Entwicklungstheorie – auch die Theorie des Bewußten/Unbewußten, das Paradigma seiner Krankheitslehre geraten aufgrund der Forschungslage mehr und mehr unter Druck usw.). Durch die beanspruchte und umgesetzte Deutungsmacht (*Pohlen, Bautz-Holzherr* 1994) und die Strömungen des Zeitgeistes im 20. Jahrhundert konnte *Freud* mit seiner Psychoanalyse eine immense Wirkungsgeschichte entfalten, über deren letztendliche Fruchtbarkeit die Geschichte – jenseits allen „*Freud bashings*“ – entscheiden wird. *Freud* zentrierte auf die Behandlung des Individuums mit der von ihm entwickelten, sehr differenzierten Methodik der „Einzeltherapie“. Damit wurden das *soziale Netzwerk*, die Gruppe, der Familienverbund in ihrer Bedeutung nicht erkannt und ausgeblendet. Genau hier setzt ein anderer früher Pionier der Psychotherapie an: *J.L. Moreno* (1909, 1924) mit seiner aktionalen und auf soziale Realitäten in Gruppen gerichteten Behandlungsmethode, die allerdings für eine dyadische Behandlungsmodalität kaum Konzepte bietet. Auch *Moreno* gründete eine „Schule“ mit durchaus anspruchsvollen Geltungsbehauptungen, aber er war stets – seiner Philosophie getreu – offen für Begegnungen. „*Einladung zu einer Begegnung*“, so das Motto einer seiner frühesten Schriften (*Moreno* 1914) und so das Programm seiner Praxis. In seiner gruppenpsychotherapeutischen Bewegung gab es – anders als in *Freuds* psychoanalytischer Bewegung – keine „Dissidenten“, keine Ausgrenzungen und Ausschlüsse, wie sie *Adler, Rank, Reich* u.a. getroffen haben. Es ist bedenkenswert, was dieser Unterschied mit dem jeweils gewählten Ansatz des Einzel- oder des Gruppensettings zu tun hat, den Leitkonzepten des „Triebdeterminismus“ oder der „Spontaneität/Kreativität“, der praxeologischen Position des deutungsmächtigen Analytikers und der spielmächtigen Gruppe, des Blickes auf den Einzelnen und des Blickes auf die und aus der Gemeinschaft. *Moreno* baute für den Austausch mit anderen Orientierungen der Gruppenpsychotherapie schulübergreifende und methodenplurale internationale Gesellschaften auf, regte schon in den fünfziger Jahren Diskussionen zu spezifischen und wichtigen Fragen (code of ethics, Übertragung/Tele etc.) zwischen führenden Vertretern verschiedener psychotherapeutischer Schulen an, die in seinen Zeitschriften publiziert wurden, und kann damit als ein Pionier des Dialoges zwischen den psychotherapeutischen Schulen gelten. Mit der Polarisierung „*Einzeltherapie*“/„*Gruppentherapie*“, wie sie sowohl von Vertretern der orthodoxen Psychoanalyse als auch von zelotischen *Moreno*-anhängern (weniger von *Moreno* selbst) aufgebaut wurde, entstand ein Graben und eröffnete sich die Notwendigkeit einer Integration. Genau diese Notwendigkeit spürte ich, als ich Mitte der sechziger Jahre eine orthodoxe Couchanalyse durchlief und gleichzeitig in Gruppen mit dem „Psychodrama“ *Morenos* und dem „Therapeutischen Theaters“ *Ilijins* in Kontakt kam. In der Psychoanalyse wurde ich mit Phänomenen unbewußter Dynamik konfrontiert, im Psychodrama kam ich mit den Phänomenen der sozialen Interaktion und des Rollenhandelns in Kontakt und im universitären Studium der Psychologie mit den an offenem Verhalten ausgerichteten Modellen des Behaviorismus und der Verhaltenstherapie. Auch das verlangte Integrationsarbeit – zumindest sah ich das so (vgl. *Sieper* 2001).

In der Psychoanalyse erfuhr ich strikte Abstinenz und Berührungsverbot und in der Leib- und Bewegungstherapie bei *Lily Ehrenfried*, *Laura Sheleen*, *Ola Raknes* erlebte ich die „heilende Kraft der Berührung“. Meine Analyse mit der „aktiven Technik“ bei dem *Ferenczi*-Schüler *Vladimir Iljine* bot hier einen Weg der Integration, und die Gestalttherapie, wie ich sie bei „*Fritz*“ *Perls* und „*Dick*“ *Price* erlebte, schien einen weiteren Weg zu bieten. Aufgrund der verschiedenen, jeweils für mich überzeugenden Erfahrungen, die ich machen konnte, wurde die Integration der unterschiedlichen Wissensbestände und methodischen Wege der „Schulen“ für mich eine persönliche Aufgabe, und Vorbilder einer integrierenden Theorie-Praxis-Arbeit wie *Janet* oder *Iljine* (S. 726ff) waren für mich eine Ermutigung, die Entwicklung eines schulenverbindenden und schulenübergreifenden Modells in Angriff zu nehmen. Die frühen Integrationsbemühungen von *Perls* (S. 728ff) und die der mittleren Schaffensperiode von *Moreno* (S. 730ff), die dennoch wieder zu Schulbildungen führten, waren mir von Anfang an eine Warnung, daß man sich allzu leicht in einem „geschlossenen System“ mit Allgemeingültigkeitsansprüchen fangen kann. Hier hilft nur immer wieder, aus „exzentrischer Position“ die eigene Arbeit anzuschauen und von KollegInnen in einem metahermeneutischen Prozeß betrachten und diskutieren zu lassen, um blinde Flecken, die Sicht eingrenzende Optiken, aber auch überzogene Geltungsansprüche, wie man sie bei den psychoanalytischen Schulen leider gemeinhin findet, zu vermeiden, einer Hermetik des Denkens, „Closed system“-Tendenzen der institutionellen Praxis und Hegemonialstreben des berufspolitischen Agierens zu entgehen. Ich habe mich deshalb um die Zusammenarbeit von psychotherapeutischen Richtungen, um „schulenübergreifende Dialoge“ (*Petzold, Orth* 1998b) bemüht, vier große Verbände bzw. Dachverbände gegründet⁵¹ (S. 708f; *Dudler, Sieper, Zimmermann* 1997). Eine **polylogische Kultur** zwischen den Schulen und Orientierungen ist mir nach wie vor ein Anliegen (*Petzold, Sieper* 2001a, e).

Wir finden seit den Anfängen der modernen Psychotherapie, das dürfte deutlich geworden sein, Ansätze, die einen *integrierenden* Weg der Entwicklung in Theorie und Praxis verfolgten wie die Werke von *Reil* oder *Janet*, und Ansätze, die monomethodische Wege einschlugen wie *Freud* oder *Moreno*, *Reich* oder *Perls* – und beide Wege haben ihre Berechtigung, denn sie bergen ein innovatives Potential, wobei die monomethodischen Ansätze (zu denen wir die neuere Verhaltenstherapie bei ihrer heterogenen Orientierung nicht zählen können, *Sieper* 2001), wie ein Blick in die Psychotherapiegeschichte bislang zeigt, regelhaft einseitig werden und in der Gefahr von Hegemonial- und Hermetiktendenzen stehen. Der „integrierende Weg“ indes bietet die Möglichkeit, von den Erkenntnissen der monomethodischen Entwicklungen zu profitieren. Er sollte und kann deshalb kein Interesse daran haben, die differentiellen Wege zu assimilieren oder zu „überwinden“. Sollte er solche Tendenz entwickeln, hat er sich selbst verfehlt. Wozu er allerdings beitragen möchte und im Interesse der Gesamtdisziplin Psychotherapie und der PatientInnen auch beitragen muß ist, daß die monomethodischen Orientierungen in *intermethodische Diskurse* (vgl. 6) eintreten, ihre Hermetik und ihre Hegemonialpolitik zu Gunsten einer *Kultur der Wertschätzung von Differenz und Andersheit* aufgeben, daß sie durchlässiger werden, weniger dogmatisch – einfach integrativer. Die Zeit ist reif dafür! (*Castonguay, Goldfried* 1997; *Petzold, Orth* 1998b).

2. Ein Blick auf den Kontext – Psychotherapie unter einer „parrhesiastischen“ Perspektive

Es ist sinnvoll, von Zeit zu Zeit zu versuchen, seine eigene Disziplin – hier die Psychotherapie – aus „exzentrischer Position“ zu betrachten, um sie damit und auch sein eigenes Werk besser *wahrzunehmen*, beides im Rahmen einer solchen beobachtenden Sicht (Luhmann 1992) klarer zu *erfassen* und damit auch besser zu *verstehen*. Manches läßt sich dann besser in diesem hermeneutischen Prozeß *erklären* (S. 162ff). Eine solche „Mehrebenenbeobachtung“ kann, wird sie in den Diskurs mit Kolleginnen und Kollegen der eigenen Orientierung und angrenzender Orientierungen gestellt und erhält sie kritische oder bestätigende Rückmeldungen oder ergänzende Perspektiven, eine Reflexion der Reflexion, eine *metahermeneutische Analyse* (S. 391ff, 1998a, 153ff) anregen, die fruchtbaren Erkenntnisgewinn bringen kann. Dabei sind Konfrontationen nicht vermeidbar, die es erforderlich machen, die eigenen Positionen erneut zu überdenken oder Perspektiven zu verändern. Wir haben solche „Blicke aus der Exzentrizität“ verschiedentlich unternommen – z.B. in „Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis“ (Petzold, Orth 1999) oder unlängst in „Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002). Der vorliegende Ansatz entstand vor dreißig Jahren im kritischen Blick auf die Psychotherapie, auf ihre monomethodischen Begrenzungen durch die traditionellen großen „Schulen“, die durchaus Bedeutendes geleistet haben, aber auch groß sind in ihren Einseitigkeiten, zuweilen auch in ihren Irrtümern. Das vorliegende Werk entstand vor zehn Jahren als eine Art „Zwischenreflexion auf dem Weg“ in der metakritischen Auseinandersetzung mit der „disunity“ in der Psychotherapie, ihrer „chaotic diversity“ (vgl. S. 714f), einem „Markt“ der *Psychotherapie*, die in einem *Spektrum* gesehen werden kann: zwischen der prägnanten Orthodoxie klassischer Psychoanalyse und puristischer klassischer Verhaltenstherapie einerseits, weiterhin in der Pluralität zum Teil mäßig elaborierter tiefenpsychologischer und humanistisch-psychologischer Richtungen im Mittelfeld und dem Methodensammelsurium des „Psychobooms“ (Bach, Molter 1976) und der transpersonalen und „New Age“-Therapien andererseits. Meine drei Bände wollten zu einer solchen Polarisierung eine Alternative eröffnen, Möglichkeiten zu übergeordneten, transversalen Betrachtungsweisen, die sowohl psychodynamischem Denken Anknüpfungspunkte bietet als auch behavioralem (Sieper 2001), nicht zu reden von den humanistisch-psychologischen Richtungen (vgl. S. 954, Abb. 1). Da alle Schulen der Psychotherapie – wie der **Integrative Ansatz** – von der Phänomenwahrnehmung bzw. -beobachtung ausgehen, also eine *phänomenologische* Komponente haben, alle auch versuchen, die Phänomene zu verstehen, also eine *hermeneutische* Komponente haben, die meisten auch inzwischen in diese Verstehensprozesse empirisch-positivistisch gewonnene Forschungsergebnisse aus der biologischen, psychologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung sowie aus Psychotherapieforschung (z.B. Effizienz- und Prozeßforschung) einbeziehen, weil schließlich alle auch aus diesen Zugangsweisen „soziale Konstruktionen“ und „Sprachspiele“ erarbeiten, also eine *sozialkonstruktivistische* Komponente haben, war und bin ich der Meinung, daß das hier vorgelegte Integrationsmodell als Modell des *„konnektivierenden Integrierens“* durch In-Kontakt-Bringen und ggf. Verbinden von *Differen-*ten nützliche und in der Gemeinschaft entwicklungsfähige Perspektiven bieten könnte für eine „community of psychotherapists“, die bereit ist, voneinander und miteinander zu lernen

– ohne einen hegemonialen Gestus der Überlegenheit. Selbst wenn man der Auffassung ist, daß man im psychotherapeutischen Feld ein Spektrum zwischen *bereichernder Vielfalt* in einem Möglichkeitsraum und *inflationärer Diversifizierung* mit bedenklichem Jahrmarktscharakter (Goldner 1997) findet, wäre eine Politik diskursiver Differenzierungen, die im Sinne des wissenschaftlichen Pluralitätsprinzips Vielfalt zu erhalten bestrebt ist, nach *common ground* Ausschau hält und gemeinsam Kriterien von Professionalität und Wissenschaftlichkeit zu erarbeiten bemüht ist – wie in der „Schweizer Charta für Psychotherapie“ (Petzold, Sieper 2001d) –, ein besserer Weg als der der Beschneidung von Vielfalt und der machtpolitisch motivierten Restriktion. An der Situation, die ich vor zehn Jahren vorfand, hat sich bis heute prinzipiell nicht viel geändert – außer, daß es in geschickter Nutzung politischer Situationen durch machtbewußte Schulen in Deutschland zu einer gesetzlich basierten Festschreibung auf zwei bzw. drei „wissenschaftlich seriöse“ Verfahren gemäß den „Richtlinien“ gekommen ist, ein Akt, der als Implikat alle anderen Ansätze als „unwissenschaftlich“ (= unseriös) stigmatisiert, *was dann in der Tat unseriös ist*.

In dieser Einleitung mit einem Blick auf *Kontext* und *Kontinuum* fühle ich mich dem – für die Psychotherapie so wesentlichen – Prinzip der **Parrhesie** verpflichtet, der offenen, freimütigen Rede⁵², einem Prinzip, das in den antiken Wahrheitsdiskursen gründet, Dinge ohne Scheu und in verantworteter Wahrheitsverpflichtung zu benennen. In der Psychotherapie und klinischen Psychologie hat dieses Prinzip in moderner Zeit bedeutsame Vertreter mit *J.L. Moreno*, dem Begründer der Soziometrie und des Psychodramas, mit *Michel Foucault*, der – seit 1962 ordentlicher Professor für Psychologie und Psychopathologie an der Universität in Clermont-Ferrand – durch sein Buch „Histoire de la folie à l’âge classique“ [1961 „Wahnsinn und Gesellschaft“] eine neue Ära in der Auseinandersetzung mit der Psychiatrie inaugurierte. In diese Reihe gehören auch *Paul Goodman*, ein Mitbegründer der Gestalttherapie und engagierter Kulturkritiker, der „politische“ *Wilhelm Reich* mit seinen mutigen Faschismusanalysen, *Georges Politzer*, der kritische französische Psychologe, der von den Nazis umgebracht wurde. Die Psychoanalytiker *Horst Eberhard Richter*, *Manfred Pöhler*, *Paul Parin* wären da noch zu nennen – fast jede Richtung oder „Schule“ der Psychotherapie hat kritische Geister hervorgebracht, die der *Parrhesie* verpflichtet waren. Ich vertrete die Position, daß diese Verpflichtung zum Wesen der Psychotherapie gehört, also keineswegs nur die Sache einiger besonders kritischer oder politisch und sozial bewußter Protagonisten dieser Disziplin ist und sein sollte und darf.

„**Wer hat das Recht, die Pflicht und den Mut, die Wahrheit zu sprechen?**“ fragte *Foucault* (1996, 25), denn „Wahrsprechen“, d.h. „*Parrhesia*“, erfordert den Mut, trotz einer gewissen Gefahr die Wahrheit zu sprechen“ (ibid. 15). Das *Recht* hat jede Frau und jeder Mann – natürlich. Die *Pflicht* haben neben anderen „Menschenarbeitern“ – wie ich die Angehörigen psychosozialer, medizinischer und pädagogischer Berufe zu nennen pflege (1970c, 2000h) – in besonderer Weise PsychotherapeutInnen. Ob sie den *Mut* haben? Die Leser mögen dies selbst entscheiden. Warum sie den Mut haben sollten: weil es in ihrem Beruf um die Gesundheit von Menschen in und mit ihren sozialen Netzwerken geht, um die Gesundheit ihrer „Psyche“, ihrer Person als ganzer. Es geht oft genug um ihre Identität und um ihre Entwicklungschancen oder um Risiken, um persönliches Scheitern und um zerbrochene Lebenskarrieren – nicht um die Behandlung von Erkältungskrankheiten. Die Zusammenhänge von sozialen Belastungen, Stress, Erkrankung, die uns die Sozialepidemiologie, Neurobiologie (*Friedmann et*

al. 1995) und die Soziopsychosomatik so deutlich zeigen, erfordern den *Mut*, gesellschaftliche Verursachungen von Leid, Entfremdung, Krankheit, Verelendung zu untersuchen, zu benennen und anzugehen, eben weil wir in einer gut funktionierenden Demokratie das *Recht*, ja die *Pflicht* haben, dies zu tun. Es ist ja *unsere* Gesellschaft: „The society I live in is mine“, wie *Paul Goodman* (1962) ein Buch mit Dokumenten seiner „eingreifenden Praxis“ sozialen Engagements überschreibt. Wir gestalten die Qualität von Sozialität mit – als Bürger und als Professionelle. Psychotherapie ist eingebettet in gesellschaftliche Gemeinwohlorientierung und Fürsorgepflicht und eingebunden in Möglichkeiten *partizipativer Verantwortung* und *kritischer Bewusstseinsbildung*. Nimmt sie diese Möglichkeiten nicht wahr, reflektiert sie nicht ihre eigene Praxis und deren gesellschaftliche Funktion, gerät sie leicht in die von *Berger* und *Luckmann* (1970) klarsichtig analysierte Position einer Anpassungs-, Kontroll- und Disziplinierungsinstanz oder zu einer reparativen Agentur, die Menschen wieder *fit* für Produktion und Konsum macht, nicht aber wirklich produktiv für eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben und nicht sensibel für die Entwicklung einer persönlichen „Lebenskunst“ (1999q; *Schmid* 1999): den achtsamen Umgang mit der eigenen leiblich-biologischen Realität in ihrem (mikro)ökologischen Kontext im Lebensvollzug, das aktive Bemühen um das eigene psychologische und geistige Wachstum und Wohlbefinden, die eigene **Souveränität** (*Petzold, Orth* 1998), die Pflege der eigenen sozialen Beziehungen und Bindungen – das alles zugleich aber verbunden mit dem Bemühen um konviviale Lebens- und Weltverhältnisse, um auch Anderen dieses zu ermöglichen.

Derartige Überlegungen haben uns dazu geführt, die „**Integrative Therapie**“ seit ihren Anfängen als **biopsychosoziales Verfahren (BPS-Modell)** zu konzipieren, in diese Richtung zu entwickeln (1965, 2000h, 2001a, 2002j, dieses Buch, S. 1051ff) und als eine „**engagierte, kulturkritische Humantherapie**“ zu praktizieren. Damit kann als Konsequenz nur eine *parrhesiastische* Praxis, was die Fragen um Krankheit, Gesundheit und Gesellschaft anbelangt, verbunden sein, die die „*Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen*“ (*Petzold* 1994c) unter einer ethischen bzw. metaethischen Perspektive (27ff, 500ff) umsetzungsbezogen thematisiert – wieder und wieder.

Bei *Moreno* – neben *Freud* einer der frühen Pioniere der Psychotherapie und einer der bedeutenden Referenztheoretiker der Integrativen Therapie – finden wir eine solche explizite ethische Grundposition mit einer Praxis des „Wahrsprechens“ (παρρησία) verbunden. Für ihn sind PsychotherapeutInnen/PsychodramatikerInnen „Träger der Wahrheit, *bearer of the truth*“ im Engagement für das Wohl von Patienten und für eine humane Welt, in der sie Humanität und Wahrheit repräsentieren und zur Verwirklichung verhelfen: „Ein wahrhaft therapeutisches Verfahren darf nicht weniger zum Ziel haben als die gesamte Menschheit“ (*Moreno* 1953). Ich sehe dieses Postulat als ein *prinzipielles*, nur so macht es Sinn und ist dann kein überzogener Anspruch, denn die Psychotherapie als Disziplin und Profession hat nur geringe Möglichkeiten und kann nur kleine Beiträge leisten, nicht anders als die anderen humanwissenschaftlichen Disziplinen auch – man sollte sie nicht überschätzen. *Aber jeder hat ein Recht auf seelische Gesundheit*, auf eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung, und dafür gilt es einzutreten, denn das „Elend der Welt“, wie *Bourdieu* (1997) in seinem gleichnamigen Buch beeindruckend zeigte, *geht alle an*. Gegen brennende Not „Gegenfeuer“ zu legen (idem 1998), darum ist es der therapeutischen Ethik von *Moreno* zu tun, der ein *fundamentales „Wir“* mit sei-

nen Konzepten des „sozialen Netzwerkes“ und der „Lage“ in den Raum stellt und affirmiert, daß Probleme nur gemeinsam angegangen und beseitigt werden können, wenn Menschen sich *begegnen* und Verantwortung füreinander und für die Welt übernehmen. In diesen Kontext stellte *Moreno* Wissenschaft, praktizierte er *engagierte und interventionsorientierte Wissenschaft*⁵³. Neben *Bourdieu*s (1980, 1998) Konzepten einer „eingreifenden Wissenschaft“⁵⁴ findet man hier eine Metaposition für eine Praxis der Psychotherapie, die sich nicht auf die Mikroperspektive der Symptombeseitigung oder störungsspezifischen Behandlung – so wichtig diese ist – begrenzt und damit in der Gefahr steht, reduktionistisch zu werden. Mit *Moreno* kann und muß gefragt werden: „*Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?*“ (idem 1923). Diese Frage ist als eine systematische nicht nur für die *Lage* von Patienten zu stellen (2000h), sondern auch für die Lage ihrer Therapeuten, denn sie beide, TherapeutInnen und PatientInnen – das wird immer noch zu wenig gesehen – bilden zusammen *eine „community“*. Die besondere Kondition von Therapie und Therapieforschung, von *therapiebezogener Wissenschaftlichkeit* und therapeutischer *Praxeologie* und *Praxis* besteht darin, daß alles im Dienste *einer community* steht, die die PatientInnen, ihre Angehörigen und Netzwerkmitglieder und ihre TherapeutInnen umfaßt. Ihre gemeinsame Wahrheit, Verantwortung und Aufgabe ist es, Leiden und Krankheit zu überwinden und miteinander an menschenwürdigen Verhältnissen in konkreten Situationen und in der Gesellschaft zu arbeiten, indem sie sich für Gesundheit und Wohlbefinden, aber auch für Gerechtigkeit und Humanität engagieren. Das überschreitet die individualisierenden Perspektiven der traditionellen „Humanistischen Psychologie“ (*Quittmann* 1985) bei weitem, wie ich schon früh herausgestellt hatte (1977q). *Gerechtigkeit* ist auf verschiedenen Ebenen für die Psychotherapie ein Thema von eminenter Bedeutung, nicht zuletzt weil „*just therapy*“⁵⁵ (*Petzold* 2002h) aufgrund der vielfältigen Vorurteilsstrukturen und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie selbst (es seien nur Gender-, Störungs- und Schicht-Biases genannt) erst noch hergestellt werden muß – immer wieder. Mit einer solchen ethischen bzw. metaethischen Position und aus der Analyse der Kontextereignisse im gegenwärtigen psychotherapeutischen Felde unter der *Morenoschen* Frage: „*Was hat uns in diese Lage gebracht?*“ läßt sich Psychotherapie in Theorie und Praxis nicht mehr reduktionistisch auffassen und betreiben.

Das vorliegende Werk kann immer nur *mit seiner Praxis* verstanden werden – meine Bücher sind Dokumente einer *Praxis* von Psycho-, Körper- und Kreativtherapie, von Agogik, Soziotherapie, Selbsthilfearbeit, Supervision, Kulturarbeit.⁵⁶ Und diese Praxis, *meine* Praxis ist durchaus *auch* von Erfahrungen meiner Familie mit Verfolgung und Vertreibung einerseits und dem altruistischen Engagement meines Elternhauses andererseits bestimmt (2002k, *Petzold, Schobert, Schulz* 1991). Wesentlich ist sie noch – über die individuelle Perspektive persönlichen Schicksals hinausgehend – aus permanenten gesellschaftskritischen Analysen menschlicher Lebensbedingungen⁵⁷ entwickelt worden und auf dem Boden umsetzungsbezogener Konzepte altruistischer Philosophie, wie sie *P. Kropotkin, P. Florensky, L. Tolstoy, V.N. Iljine* und natürlich auch *J.L. Moreno, P. Goodman* oder der späte *Foucault* mit z.T. recht verschiedenen Argumentationen vertreten haben, die jede in ihrer Weise von mir als „sinnvoll“, für mich sinnstiftend erlebt wurden (2001k).

„Der Träger der Wahrheit tut, was er tut, aus dem innersten Verlangen, Wahrheit und Gerechtigkeit und Menschenliebe zu verwirklichen ohne Rücksicht auf die Folgen für sich ... Er

tut, was er tut, weil es getan werden muß. Es ist ein *moralischer Imperativ* ... Er interveniert in eine Situation, die eine Korrektur benötigt ... mit seiner eigenen Person ... er hat selbst zu intervenieren, denn es ist seine Verantwortung“ (Moreno 1964, unsere Hervorhebung). In ähnlicher Radikalität haben *Emmanuel Levinas* (1983) mit seinem Konzept grundsätzlicher Verantwortung und bedingungsloser Wertschätzung der „Andersheit des Anderen“ und *Gabriel Marcel* (1949, 1967) mit seiner existentiellen Verortung der „Menschenwürde in der Inter-subjektivität“ (1980g, 1996j), die nicht funktionalisiert werden darf (Marcel 1956, 23), Maßstäbe gesetzt, von denen her Therapie Sinn, Zweckhaftigkeit und *Legitimierung* erhalten kann (2002k).

Die Sorge um die Gewährleistung von Therapie in einer Qualität, die Menschen (und damit der Gesellschaft, meiner, unserer Gesellschaft) zugute kommt und das auf einem Niveau, das Humanität mit seriöser professioneller Fachlichkeit und optimaler Sicherheit verbindet, das ist eine zentrale Zielsetzung für unsere Arbeit in der „Integrativen Therapie“, ja für die Entwicklung und das Lehren dieses Verfahrens selbst und auch eine Position, die sie innerhalb des Gesamtfeldes der Psychotherapie als wünschenswerte Qualität dieses Feldes vertritt. Deshalb – aus prinzipiellen Erwägungen – tritt sie auch restriktiven oder hegemonialen Tendenzen in diesem Feld parrhesiastisch entgegen.

3. Wider eine restriktive Psychotherapie und einen hegemoniemotivierten Schulenstreit

„Offene Sprache (*παρρησία*) ist das Kennzeichen der Freiheit; über das Risiko dabei entscheidet die Bestimmung des richtigen Zeitpunkts.“ *Demokrit* (Fragment 226)

Zu den angesprochenen „anderen Kontexten“ möchte ich noch weitere Anmerkungen machen – parrhesiastische! Durch die rasanten Fortschritte der biologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung, die beachtlichen Entwicklungen der Psychotherapieforschung, weiterhin durch die Entwicklung neuer Medikamente – etwa im Bereich der Depressionsbehandlung – vor allen Dingen aber durch die erfolgten oder auf den Weg gebrachten Psychotherapiegesetze, z.B. in Italien, den Niederlanden, Deutschland, Österreich, hat sich die „Landschaft der Psychotherapie“ (einer meiner inneren Archive reicht mir gerade *Lewins* erste Publikation über „Kriegslandschaft“⁵⁸ von 1917 herüber) ... hat sich also die „Landschaft der Psychotherapie“ am *fin de siècle* gravierend verändert. Weitere Faktoren seien genannt: der ökonomische Druck im Gesundheitswesen, in dem – das ist zu unterstreichen – die Psychotherapie noch die geringsten Kosten verursacht, vielmehr Kosten einspart. Hinzu kommt die nicht zu unterschätzende gegenwärtige, und m.E. durchaus notwendige, kritische Diskussion über die „Psychotherapie und die Psychotherapeuten“ in der Öffentlichkeit, auf die leider von Seiten der „professional community“ mit Nicht-zur-Kenntnisnahme oder defensiv reagiert wird, keineswegs aber mit der Frage: Warum kommt es zu diesem Phänomen und wo hat die Kritik recht! Nicht zuletzt seien auch die z.T. sehr unschönen Polemiken zwischen den psychotherapeutischen Schulen und berufsständischen Richtungen im Rahmen der deutschen Psychotherapiegesetzgebung genannt und – gravierender noch – nach der Verabschiedung des Gesetzes die z.T. entwürdigenden Prozeduren sogenannter Nachqualifizie-

rungen für viele der in der Regel theoretisch wie praktisch sehr qualifizierten TherapeutInnen (vgl. z.B. die Untersuchung *Petzold, Hass* et al. 2000) und die z.T. schikanöse Durchführung der Approbations- und Anerkennungsverfahren für KollegInnen, die einfach die „falsche Konfession“ hatten: GesprächspsychotherapeutInnen, GestalttherapeutInnen, SystemikerInnen, Integrative TherapeutInnen etc. Von kollegialer Solidarität und Integrität war da nicht viel zu spüren, „wissenschaftliche“ Argumentationen wurden ins Feld geführt und berufspolitisch funktionalisiert, deren Geltungsanspruch nicht einzulösen ist. Das war und ist jedem, der mit Psychotherapieforschung etwas vertraut ist, klar. Die Kämpfe gehen im „wissenschaftlichen Beirat“ und den entscheidenden Ausschüssen weiter: die Psychologen (fünf Stimmen) ordnen eine Studie der Gesprächspsychotherapie zu, die Ärzte (sechs Stimmen) halten dagegen, so geschehen im Mai 2001⁵⁹.

Es ist im *Felde* der Psychotherapie, zwischen den psychotherapeutischen Schulen eine bellizöse Situation eskaliert, die schon lange schwelte – seit den frühen Glaubenskämpfen zwischen *Freud, Adler* und *Jung*. *Fronten* sind entstanden, *Gefechtsdinge* („wissenschaftliche Studien“) werden eingesetzt – die Psychotherapeuten sollten hierzu *Lewin* (1917) lesen. So ist im Streit der Richtungen die absurde Situation eingetreten, daß in der Bundesrepublik Deutschland drei (*redlicherweise* eigentlich nur zwei) psychotherapeutische Verfahren als „wissenschaftlich“ anerkannt wurden: Verhaltenstherapie und Psychoanalyse, denn die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ muß doch als eine Variante des psychoanalytischen Paradigmas gesehen werden, die allerdings im Machtspiel berufs- und standespolitischer Strategien, die Position des analytischen Paradigmas verdoppelt. Gleichzeitig wird im psychoanalytischen Diskurs der tiefenpsychologische Ansatz deklassiert als Verfahren von geringerer Güte. Empirische Psychologen monieren, daß für diese Orientierung kaum substantielle Nachweise durch empirische Wirksamkeitsstudien vorliegen, und aus theoriekritischer Sicht muß vermerkt werden, daß keine Darstellung *kohärenter* Theorienbildung als *Grundorientierung* erbracht wurde. Das ursprünglich als eine maßgebliche Grundlage der politischen Entscheidungsfindung erstellte Gutachten von *Meyer* et al. (1991) läßt dies jedenfalls nicht erkennen. Es finden sich unter diesem Label „Tiefenpsychologie“ höchst heterogene Ansätze (*Wyss* 1977), was eigentlich begrüßenswert ist, würde nicht eine Politik der Hermetik betrieben – Gestalttherapeuten oder Neofreudianer und Neoreichianer hätten derzeit keine Chance, unter das „tiefenpsychologische Dach“ zu kommen. Da ist keine „Politik der Freundschaft“ (*Derrida* 2000), keine Wertschätzung der „Andersheit des Anderen“ (*Levinas* 1983), keine experimentierende Offenheit (*Freud, Moreno, Perls*), aus der die Psychotherapie ursprünglich hervorgegangen ist – man stelle sich vor: *Freud, Adler, Jung* oder *Winnicott, Anna Freud, Dolto* oder *Kohut, Kernberg, Parin* unter Bedingungen der „*Richtlinien*“!

Die Verhaltenstherapie steht in einer teilweise ähnlichen und doch recht anderen Situation – sie kann ihre Behandlungen im nomothetischen Paradigma der Psychotherapieforschung dokumentieren – und das ist *ein* unverzichtbarer Weg des Nachweises von Wirkungen und Nebenwirkungen (letztere werden, wie schon gesagt, von allen Richtungen notorisch und in ganz unwissenschaftlicher Weise vernachlässigt, vgl. *Märtens, Petzold* 2002). Unter dem Label Verhaltenstherapie, die zu einem *Synonym für empirisch fundierte, klinisch-psychologisch ausgerichtete Psychotherapien* geworden ist, (*behavioral therapies*, vgl. *behavioral medicine*) sind in Deutschland eigentlich drei – im internationalen Raum durchaus unterschiedliche und un-

verschiedene – Orientierungen als differente Mikroparadigmen zusammengefaßt: die klassische *Verhaltenstherapie*, die z.B. dem Konditionierungs-, Desensibilisierungs-, Expositionsparadigma verpflichtet ist (*H.J. Eysenck, C.M. Franks, F. Kanfer, J. Wolpe*), und die *kognitive Therapie* (*A. Beck, M.J. Mahoney*), wobei die Verbindung dieser beiden Richtungen schon als Integrationsleistung betrachtet wurde (*Meichenbaum 1977*). Als dritte und zunehmend bedeutende Richtung ist die empirisch fundierte, eklektische (*A. Ellis, S.L. Garfield, A.A. Lazarus*) bzw. integrative Richtung (*K. Grawe, J. Norcross, D.E. Orlinsky, H.G. Petzold*) zu sehen. Der „mainstream“ ist also keineswegs als „homogen“ zu betrachten oder auf eine hinlänglich einheitliche Theorie des Lernens und Verhaltens gegründet – *Kanfer* (1989) bezieht in seine Bilanz über dreißig Jahre Verhaltenstherapie auch „systemische“ Ansätze der Konzeptentwicklung ein, aber was besagt das? Auch die Integrative Therapie verfügt über ein deutliches behaviorales Moment und eine differenzierte Konzeption des Lernens (*Sieper 2001, Sieper, Petzold 2002*) sowie eine spezifische systemische Orientierung am „dynamic systems approach“ in sozialökologischer Ausprägung (1974j, 1998a; *Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Ebert 2001*). Berufspolitisch – und damit auch zulassungsrechtlich – ist diese offensichtliche Heterogenität der Verhaltenstherapie aber de facto unerheblich, wenn man in der richtigen „Sukzessionslinie“ steht, der richtigen „Seilschaft“ angehört, denn ansonsten sind Affiliationen schwierig. Nur das Spiel berufs- und verbandspolitischer Macht- und Interessengruppen brachte die absurde Situation zuwege, daß die empirisch gut abgesicherte „wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie“ nach *C. Rogers* und die innovative und von der Forschung her durchaus solide „systemische Therapie“ (*Schiepek 1999*) in Deutschland nicht als *wissenschaftliche* Verfahren der Psychotherapie anerkannt wurden!

Ganz anders sieht die Situation in Österreich aus, wo die wissenschaftliche Expertenkommission aufgrund der Gesetzeslage inzwischen 19 Psychotherapieverfahren anerkannt hat, darunter das Psychodrama (in Deutschland abgelehnt), die „Integrative Gestalttherapie“ (eine Verbindung von klassischer Gestalttherapie und Integrativer Therapie), der Ansatz von *Rogers*, die Systemische Therapie usw. – nicht aber eine besondere Richtung „tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie“. In welchem Lande sind nun die wissenschaftlichen Gutachter wissenschaftlicher? Diese Frage stellt sich oder: Wo spielen welche politischen Kräfte? In den Niederlanden wurden Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, „experientielle Therapie“ (d.h. phänomenologisch-hermeneutische Ansätze wie das Verfahren von *Carl Rogers*) und die systemische Richtung anerkannt. Auch für diese beiden Nachbarländer gilt: es haben sich bei den Anerkennungen als „wissenschaftlich“ begründete Verfahren – und das ist zweifelsohne ein konsensfähiges Leitkriterium, wenn auch ein unterschiedlich interpretiertes – die jeweils etablierten „communities“ durchgesetzt. In der Schweiz ist derzeit noch offen, in welche Richtung die Entwicklungen gehen werden.

Die Fronten der Berufsgruppen und hinter ihnen die der psychotherapeutischen Interessengruppen – die psychoanalytisch/tiefenpsychologischen dominieren bei den Ärzten – treffen also aufeinander. Jeder, der sehen kann und *will, weiß*, daß es nur um Macht- und Einflußsphären bei der nunmehr [2001] fünfmaligen Ablehnung der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie geht. Der *Parrhesiast* muß dies als Absurdität, als unbillige Vorteilsnahme, als unethisch benennen. – Man soll hier nicht, wie dies geschieht, mit dem „Wohl und der Sicherheit der PatientInnen“ argumentieren, die vor möglichen Schäden durch die „nicht genü-

gend wissenschaftliche“ wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie bewahrt werden sollen. Dieses Argument ist heuchlerisch, solange nicht ein solider empirisch-wissenschaftlicher Nachweis über die Freiheit von „Risiken und Nebenwirkungen“ für die bislang anerkannten Verfahren der Richtlinien-therapie erbracht wurde. Ein solcher Nachweis fehlt weitgehend – wie insgesamt bei den psychotherapeutischen Verfahren (Märtens, Petzold 2001z), was eigentlich für den Kontext ärztlicher Heilkunde ein Umding ist. Durch all diese Vorkommnisse hat, das meine ich und ist auch in der Öffentlichkeit zu sehen, die *Integrität der Psychotherapie* als Profession und Disziplin, hat ihre „credibility and trustworthiness“ *auf Jahre Schaden genommen*, auch wenn das nicht erfreulich zu hören ist, nicht zuletzt weil diese Disziplin vom Anspruch her eine intersubjektive oder zumindest doch beziehungsorientierte Grundhaltung gemeinhin zu vertreten vorgibt. Die Dominanz des ökonomisierten *medizinisierten Paradigmas* (ich spreche nicht von einer patientenzentrierten Medizin, die zu schätzen ist und ohne die die Seelenheilkunde nicht denkbar wäre) zu Lasten des *psychologischen* und *soziokulturellen* bzw. sozialwissenschaftlichen Paradigmas ist für die Psychotherapie eine Bürde. Bestimmte Reglementierungen der „Richtlinien“ beeinträchtigen Patientenrechte, etwa das der freien Wahl des Behandlers und des Behandlungsverfahrens. Auch eine optimale Behandlung bestimmter Patientengruppen – besonders benachteiligter – scheint gefährdet. Die Einschränkung der Psychotherapie in Deutschland auf die Richtlinienverfahren *in der derzeitigen Form der Richtlinienverfahren* – denn Verhaltenstherapie und Psychoanalyse sind mehr als das, was die Richtlinien ermöglichen – wiegt schwer. Viele niedergelassene PsychotherapeutInnen klagen über so manche Einschränkung – und keineswegs nur über finanzielle, denn sie sehen für viele PatientInnen eine optimale Behandlung behindert. Weiterhin sehen sie die kreative Entwicklung ihrer Praxeologie beschnitten. Meines Erachtens wird auch die wissenschaftliche Entwicklung der Disziplin „Psychotherapie“ eingeschränkt und das dürfte und müsste nicht sein.

In einer solchen Situation ist die Neuauflage meines Werkes durchaus von Interesse, repräsentiert es doch eine Entwicklung in der Psychotherapie, die die Vielfalt und Verschiedenheit psychotherapeutischer „Mikroparadigmen“ (S. 706) wertschätzt – Wissenschaft braucht Pluralität, sie ist „vielstimmig“ (Derrida 1972, 1982). Sie betont differentielle Vorgehensweisen und Ansätze und affirmiert zugleich doch die Notwendigkeit von *Integrationen* (plur.) – verstanden als „*Konnectivierung von Verschiedenem*“, nicht als Assimilation (2000k, Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001). Ohne Differenziertheit ist keine Integration möglich. *Differentielle Entwicklungen außerhalb der Richtlinienverfahren sind aber praktisch unmöglich gemacht worden.*

Der Weg von der Konzeptidee oder der Entdeckung wirkungsvoller Techniken und Praxisprinzipien, der dann notwendigen Methodenentwicklung und Erprobung, um erste empirische Evaluationen möglich zu machen, dann zur Weiterbildung von FachkollegInnen ist blockiert (kommen die, wenn es sich um ein nicht anerkanntes Verfahren handelt, mit dem man kein Geld verdienen kann, ja das man eigentlich als nicht anerkanntes *kassenfinanziert* gar nicht praktizieren darf? Und wie kommt man – ohne Kassenleistungen – an PatientInnen, um dadurch eine breitere Anwendung zu gewährleisten, damit wiederum die erforderliche breite Palette von Störungsbildern behandelt und beforscht werden kann?). Dieser Weg bis zu dem Punkt, wo man einen Antrag auf Anerkennung einreichen kann, ist praktisch heute in

Deutschland nicht zu realisieren. In der entscheidenden Gutachterkommission sitzen dann Repräsentanten von konkurrierenden Altverfahren und berufsständische Interessenvertreter als „Gutachter“ – von Gutachterneutralität und einem ordentlichen Gutachterverfahren ohne Interessenkollisionen und Befangenheiten kann also keine Rede sein. Eigenständige Entwicklungen, die diesen Weg gehen wollen, werden ihn bei den derzeitigen Regelungen nie mehr gehen können, **nie mehr** an sein Ende kommen. Sollte es ihnen aber doch gelingen, so ist mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, daß sie abgelehnt werden: **closed system!** Das in dieser Regelung und in ihrer praktischen Umsetzung, wie wir sie derzeit miterleben können, zum Ausdruck kommende Wissenschaftsverständnis, Ethik- und Demokratieverständnis spotten jeder Beschreibung. Deshalb müssen neue Wege gefunden werden!

4. Für eine plurale Psychotherapie als engagierte Wissenschaft und altruistische Praxis

In *diesem Kontext* ist die Neuauflage meines Buches auch eine „message“, denn die Integrative Therapie vertritt in der Tat einen anderen Diskurs: eine breite Sicht von Psychotherapie (neben der spezifisch klinischen), welche eine allgemeine Psychohygiene, die seelische Gesundheit der Bevölkerung, die Belastungen in einer hyperflexibilisierten Moderne (Sennett 1998) im Blick hat, die Qualität sozialer Netzwerke, die Entwicklung der Wertewelt in einer „radikalisierten Moderne“ mit in die Betrachtung einbezieht. Von seiner Haltung her fordert der Integrative Ansatz dazu auf, *engagiert* für Intersubjektivität und Humanität Sorge zu tragen, wo auch immer sie bedroht sind.

Ich habe in drei Jahrzehnten mit einem immensen Einsatz eine „Orientierung“ im Bereich der Psychotherapie und klinischen Psychologie aufgebaut, die keine modische Welle einfacher „tools“ und schneller Lösungen bietet, sondern einen *wissenschaftlich breit fundierten*, ersten aber auch kreativen Weg der Auseinandersetzung mit dem Leben und der Lebensgestaltung von PatientInnen, ihren Belastungen, Störungen, Leiden, ihrem Lebensglück und ihren Kompetenzen – und das nicht nur für privilegierte Gruppen. Integrative Therapie ist für die Gewährleistung und Entwicklung von „**Hominität**“ (S. 409, *Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001), d.h. für das Menschenwesen und ein menschliches Leben „auf Menschenweise“ engagiert. Für mich zählt, PatientInnen, die bei PsychotherapeutInnen zu einer Psychotherapie kommen, ein Optimum an Hilfeleistungen und Unterstützung für ihre Gesundheit und persönliche Entwicklung bereitzustellen. *Deshalb* nehme ich mir die Freiheit, das zu sagen, was ich über die Phänomene und Tendenzen im derzeitigem Kontext denke – ganz im Sinne meines Ansatzes einer metahermeneutischen Reflexion der „*Ursachen hinter den Ursachen und der Folgen nach den Folgen*“ (1994c, 2000h). Ich hoffe, daß ich dadurch viele Kolleginnen und Kollegen und viele Patientinnen und Patienten ermutigen kann, sich für ihre eigene Sache zu engagieren, denn das wird dazu beitragen, die eigene „persönliche Souveränität“ (*Petzold, Orth* 1998) – ein Kernkonzept der Integrativen Therapie – zu kräftigen und an einer tragfähigen Solidargemeinschaft mitzuwirken – ein m.E. äußerst gesundheitsförderndes Unterfangen!

Die Zukunft der Psychotherapie hat eine andere Richtung genommen, als manche es sich noch in den achtziger Jahren träumen ließen. Neue Horizonte und Visionen werden deshalb

erforderlich (vgl. 1999p), die sich erst allmählich klarer abzuzeichnen beginnen. Aber alte Probleme scheinen sich fortzuschreiben. So lassen die Regelungen, gerade in den deutschsprachigen Ländern, die nach langjährigen, schwierigen Gesetzgebungsverfahren (in Deutschland mehr als zwanzig Jahre) unter Mobilisierung einer großen Expertise zu extrem verschiedenen Resultaten geführt haben, ein Grunddilemma der Psychotherapie erkennen, nämlich die Schwierigkeit, ihre Wirksamkeit zu beurteilen. Eine andere Schwierigkeit ist offenbar, die in der Entwicklung dieser Disziplin erfolgte Auffächerung in eine Vielzahl von „Schulen“ oder besser „Orientierungen“ angemessen zu werten.

Aber eine Differenzierung macht *Integration* im Sinne „methodenübergreifender“ Konzeptbildung oder „methodenverbindender“ Methodik und Praxeologie überhaupt erst möglich, bietet die Basis für wissenschaftliche *Diskurse*, die in den Konsens-Dissens-Prozessen fachlicher *Ko-respondenz* neue Entwicklungen vorantreiben und letztlich zu einer Wissenschaftlichkeit kommen, in der aus der *Differenz* zu Fortschritt und zu Innovationen gefunden wird, aber auch zu Selektivität, Nachhaltigkeit und – wo erforderlich – verantwortetem Verzicht auf Innovation und auf das Schaffen weiterer Komplexität (von Hentig 1975). Beides, Wissenschaft und Praxeologie müssen an dem Metaziel einer „Humanisierung von Lebenszusammenhängen und -bedingungen“ (S. 936; 1979c, 156f) orientiert sein.

Da die Pluralität von Paradigmen Voraussetzung von wissenschaftlichem und praxeologischem Fortschritt ist, weil diese Erkenntnis u.a. das Recht der „Freiheit von Forschung und Lehre“ begründet, kann für *Integrative* Ansätze der Psychotherapie, die immer auch zugleich *differenzielle* sein müssen, kann für eine differenzierende und integrierende Wissenschaft (und das ist das Wesen von „science“ und „humanities“) die derzeitige Situation der Psychotherapie als wissenschaftlicher Disziplin in Deutschland nur als höchst unbefriedigend betrachtet werden. Es geht ja nicht primär um einen Streit von Fakultäten (Derrida 1982), um strittige wissenschaftliche *Diskurse* (Habermas 1981a), es geht um ekklesiales Gezänk zwischen den „Schulen“, um Geltungsansprüche von Weltanschauungen und Ideologien (Petzold 1995h), um den untergründigen kulturellen **Diskurs** einer Pastoralmacht (sensu Foucault 1982). In diesen Auseinandersetzungen werden m.E. Prinzipien von Wissenschaftlichkeit, werden demokratische Prinzipien und Positionen psychotherapeutischer Ethik verletzt. Das kann bei einer kontextuellen Betrachtung aus der Perspektive des Integrativen Ansatzes nicht unthematisiert bleiben – einerseits aufgrund ihres eigenen metahermeneutischen Wissenschaftsverständnisses (S. 391ff), das sich selbst und seine eigene Situation aus systematischen Gründen immer wieder selbst in den Blick nimmt (vgl. Abb. 2, 2002h), andererseits aufgrund ihres Verständnisses von Psychotherapie, das dieser Disziplin neben ihrer curativen Aufgabe auch eine kulturkritische zuweist (Petzold, Orth 1999) und *last but not least* aufgrund ihres Demokratieverständnisses, das die Freiheit der Meinungsäußerung (damit auch die Freiheit von Forschung und Lehre), den Schutz von Minderheitsrechten (nicht nur in einem formaljuristischen Verständnis), den Schutz von Persönlichkeitsrechten (dazu gehört die freie Wahl des Behandlers und die Mitentscheidung über die Wahl der Behandlungsmethoden) und den Respekt vor den Formen demokratischer Entscheidungsfindung hoch einschätzt. Dies gilt umsomehr, weil moderne Psychotherapie – wie ausgeführt wurde – ein neuzeitliches, emanzipatorisches Phänomen ist. Mir geht es mit dem **Integrativen Ansatz** – *immer wieder neu anset-*

zend – um *diese* Psychotherapie, nicht um eine, die sich auf eine „Technologie der Symptomreduktion“ reduziert, sondern um eine Psychotherapie, die als Grundanliegen die persönliche Emanzipation, die reflexive Persönlichkeitsentwicklung und ein kritisches Bewußtsein mit dem Ziel der Gesundheit verbindet, und das erfordert eine für Menschen engagierte Position.

Die theoretische Auseinandersetzung mit der Psychotherapie als Profession und als Disziplin und die praktische leibtherapeutische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Arbeit⁶⁰ – auch das gehört für mich in einem integrativen Ansatz zusammen – führte mich zu dem Schluß: Ohne *altruistisches Engagement* sollte man diesen Beruf nicht wählen und ausüben, denn er ist in erster Linie *eine Arbeit mit und für Menschen* (Marcel 1956).⁶¹ Ein motivkritisch reflektierter, „kultivierter Altruismus“ (2000h), der sich nicht von dem defizienzorientierten, stigmatisierenden Ideologem des „hilflosen Helfers“ infizieren läßt, hatte für mich auch immer die Konsequenz, in der Psychotherapie eine selbstwirksamkeitsbewußte, *politische Position* zu beziehen. Der mir wichtige, wegen seiner kritischen Positionen und Widerstandsarbeit von den deutschen Besatzern ermordete und in der Psychologie weithin vergessene französische Psychologe *Georges Politzer* hatte das vorgelebt. Es geht um Positionen⁶², wie man sie bei *Derridas* „Politik der Freundschaft“ oder in *Bourdieu*s „Das Elend der Welt“ findet. Auf solchem Boden kann man sich reflexiv fundiert für PatientInnenrechte und für humane Lebensbedingungen in der Gesellschaft einsetzen, „gegen Inhumanität antreten“ (1994c) – ganz gleich, ob es um das „Elend alter Menschen“, die Verelendung von Abhängigen, Situationen inhumanen „klinischen Sterbens“, die Situation Gefolterter oder anderweitig Traumatisierter geht.⁶³ Das Miterleben durch Feldforschung und Supervision im gerontologischen bzw. gerontotherapeutischen Bereich (1985a; *Petzold, Petzold* 1991) von Kontexten schlimmer Verletzungen der Würde von PatientInnen bis hin zu PatientInnentötungen haben mich dazu geführt, das Konzept der „*patient dignity*“ einzuführen und engagiert zu vertreten⁶⁴. Eigene Fehler in der Arbeit mit KlientInnen – wer ist vor ihnen gefeit – haben mich für die Probleme von „*informed consent*“, „*client welfare*“ und „*client security*“ sensibilisiert⁶⁵. Weiterhin haben mir umfangreiche Erfahrungen als Supervisor, Lehrsupervisor und Kontrollanalytiker (1993m, 1998a) die Negativwirkungen von *Deutungsmacht* und dogmatisch vertretenen Psychotherapieideologien gezeigt. Das sind Phänomene, die in unserer Profession viel zu wenig thematisiert werden.⁶⁶ Man kann das gar nicht oft genug benennen, macht sich allerdings damit – wie überhaupt mit psychotherapiekritischen Äußerungen, das ist meine Erfahrung, – keine Freunde.

5. Integrative Therapie – persönliche „Wege des Integrierens“ in der Bewegung des „neuen Integrationsparadigmas“

Integrative Therapie ist ein „**Werk**“ in der Vielsinnigkeit dieses Wortes – *work in progress* natürlich. Das ist eine systematische Aussage! Mit diesen Büchern wird etwas über den Hintergrund *dieses* Werkes (dieser drei Bände), *meines*⁶⁷ Werkes (dieses Therapieverfahrens und seiner klinischen Einrichtungen und Ausbildungsstätten) mitgeteilt, etwas über *unser* Werk (das meiner PatientInnen, meiner MitarbeiterInnen, meiner AusbildungskandidatInnen, Studen-

tInnen, KollegInnen) ausgesagt, etwas über mein *Werkleben* vermittelt, denn ich schreibe ja nicht nur Bücher, bemühe mich nicht nur um Theorienbildung und Forschung, sondern stehe in vielfältigen Feldern der Praxis von Psychotherapie, Soziotherapie, Ausbildungsarbeit, Supervision, Organisationsberatung, Berufspolitik – in *Menschenarbeit* also (Sieper, Petzold 2001c).

Die Texte stehen in einer „Bewegung“, im Strom eines „gemeinsamen Werkes“, der wissenschaftlichen und klinischen Arbeit von Menschen in der „community of psychotherapists“, die sich um theoretische, praxeologische, institutionelle, praktische und empirisch-forschende *Differenzierungsarbeit* und *Integrationsarbeit* bemühen – keine Schulengründer also -, und da wären viele zu nennen: von *P. Janet*, dem ersten klinischen Psychologen, über *S. Ferenczi*, *F. Alexander* zu *J. Frank* oder *A.A. Lazarus* – im deutschsprachigen Bereich seit Mitte der siebziger Jahre *L. Pongratz*, *H. Strotzka*, *D. Wyss*, *R. van Quekelberghe*. Viele Psychologen haben den Integrationsgedanken vorangebracht – *R. Bastine*, *J. Norcross*, *M. Goldfried*, *D. Orlinsky*, *R. Sponkel* u.a. –, weil sie sich als „klinische Psychologen“ verstanden mit der ganzen Breite ihrer Disziplin „Psychologie“ im Hintergrund, wie es *Klaus Grawe* oder *Peter Fiedler* u.a. in ihren neueren Veröffentlichungen zu einer „psychologischen Psychotherapie“ deutlich machen – und hier liegt ein spezifischer Beitrag *psychologischer Psychotherapeuten* zur Psychotherapie, ein Fundus, dessen Fehlen und dessen Vernachlässigung in der (überwiegend aus dem ärztlichen Bereich bestimmten) Psychoanalyse sich für diese äußerst nachteilig bemerkbar macht – etwa in konzeptuellen Einseitigkeiten, Fehlauffassungen und Antiquiertheiten. Aus dem ärztlichen Bereich von den *ärztlichen Psychotherapeuten* kamen und kommen aber andere innovative Impulse mit anderen Schwerpunktbildungen, die zur Psychotherapie unverzichtbare Beiträge leisten. *Theodor Karasu*, *Thure von Uexküll*, *Hans Strotzka*, *Dieter Wyss*, *Manfred Pohlen*, *Edgar Heim*, *Luc Chiompi*, *Jürg Willi* u.a. haben mit psychosomatischen, sozialmedizinischen, psychiatrischen/sozialpsychiatrischen Betrachtungsweisen für die Integrationsbewegung wichtige Impulse gegeben. In Zukunft ist von Seiten der Medizin, in Sonderheit von der Neurophysiologie und den Neurowissenschaften, hier vornehmlich den *cognitive neurosciences*, für integrative Formen der Psycho- und Leibtherapie, ihre Theorienbildung und Praxis, Wesentliches zu erwarten, wie in den vergangenen Jahren besonders für den Bereich der Traumatherapie deutlich wurde (*Yehuda, McFarlane* 1997; *Petzold, Wolf* et al. 2000). Ein integratives Denken in der Psychotherapie kann auf neue Wege der Modellbildung nicht verzichten: etwa zum *Körper-Seele-Problem* einschließlich des Themas „from neuron to cognition“, zum *Bewußtseinskonzept* (S. 214ff) einschließlich der Thematik „**Leibgedächtnis**“ (S. 549ff, 1074f) und *unconscious/automatic and planned behavior*“, zum *Person-Kognition-Umweltverhältnis* mit den Fragen zu *perception-processing-action* (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) oder von *executive control/situated cognition* mit ihren evolutionsbiologischen Hintergründen (*Varela, Bourguine* 1992; *Brooks* 1999), die das Verständnis von Basisprozessen für die Psychotherapie zu erhellen vermögen (*Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001). Die Fragen zum Kognitions-Emotions/Motivations/Volitions-Verhältnis (S. 607ff, 1995g, 2001i) haben für die psychotherapeutische Konzeptbildung noch kaum Relevanz gewonnen. Ansätze wie die von *Damasio* (1995, 2000) oder *Edelman, Tononi* (2001a,b), der „*embodied cognitive science*“ (*Varela* et al. 1992) und der ökologischen Psychologie in der Kombination mit einem „*dynamic systems approach*“⁶⁸ sind noch kaum für therapeutische Praxis fruchtbar gemacht worden (1995a,b). Die Integrative Therapie und die Integrative Supervision gehen in diese Rich-

tung und sehen hier wesentliche Entwicklungspotentiale (Orth, Petzold 1998a; Ebert 2001) mit dem zentralen Begriff des „**informierten Leibes**“ (Petzold 2002j, vgl. den Text Bd. 3).

Die in diesem Werk vorliegenden Texte und das in ihnen vertretene Verfahren stellen den Versuch einer Synergie von drei Strömungen dar: der *psychologischen*, der *biomedizinischen* und der *klinisch-sozialwissenschaftlichen* – letztere *praxeologisch repräsentiert durch die soziotherapeutische Linie meines Werkes* (vgl. 1974b, 1985a, 1997c). Meine Arbeiten stehen im Entwicklungsstrom integrativer Therapiemodelle, die ich unter den Begriff des „**neuen Integrationsparadigmas**“ gestellt habe (S. 701), Modelle, wie sie von *M. Goldfried, K. Grawe, A. Lazarus, J. Norcross, J. Prochaska, P. Wachtel* vorgelegt wurden, und unter denen das von mir entwickelte Modell einer „**Integrativen Therapie in der Lebensspanne als biopsychosoziales Verfahren**“ nicht nur eines der frühesten war, sondern auch das erste in Theorie und Praxis *konsistent* durchkonzeptualisierte Integrationsmodell und Integrationsverfahren. Es entstand in der Pionierphase des „**neuen Integrationsparadigmas**“ (S. 701ff), zu dessen Protagonisten ich zähle (Zundel 1987). Die bisher vorliegenden sechs Bände meiner „ausgewählten Schriften“, dazu mein Band einer *integrativen Gerontotherapie* (1985a), die Psychotherapie, Körpertherapie, Soziotherapie und Agogik verbinden, dokumentieren mein Engagement für die Integrationsbewegung und meine Beiträge zu ihr. Insofern stellt diese Neuauflage mein sehr breit ansetzendes Integrationsmodell, das von der Erkenntnistheorie über eine konsistente anthropologische Position, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie und einer differenzierten Gesundheits-/Krankheitslehre bis in die Praxeologie (Interventionslehre, Theorie der Behandlungstechnik und -methodik) reicht, erneut in den Diskurs der Integrationsdebatte in der Psychotherapie. Für Texte wie die von *Butollo* (et al. 1999), *Fiedler* (2000), *Grawe* (1998)⁶⁹, *Senf, Broda* (2000), die bei ihren integrativen *Positionen* mit Blick auf eigentlich unverzichtbare Referenztheorien (z.B. Erkenntnistheorie, Anthropologie, Entwicklungstheorie usw.) keine deutlichen Positionen ausweisen und die einem übergreifenden therapietheoretischen Rahmen wenig Beachtung geschenkt haben, weil sie andere Schwerpunkte setzen, werden durch das vorliegende Werk ergänzende Konzepte für die Leerstellen bei diesen Autoren geboten.

Vielleicht ist es nützlich, noch etwas auf einige Hintergründe des **Werkes**, meine „persönlichen Wege“ (Petzold 2002h), einzugehen, um seinen Charakter zu verdeutlichen und die Motive des Autors, *meine* Motive, sowie die Situationen, die sie beeinflusst haben, Einflüsse des „kulturellen Klimas“, welche vielleicht für das Verständnis meiner Texte und der in ihnen vertretenen *Positionen* von Interesse sein könnten (vgl. jetzt ausführlich 2002h):

Mitte der sechziger Jahre war ich – in Paris lebend und studierend – durch Lehrveranstaltungen im Psychologiestudium, Eigen- und Lehrtherapie und psychotherapeutische Ausbildungen einer Vielfalt verschiedener, z.T. divergenter psychotherapeutischer Einflüsse ausgesetzt und stand damit in sich befehdenden psychotherapeutischen „communities“ und Feldern: klassische Psychoanalyse, Ferenczi-Tradition (1969b), Psychodrama, Gestalttherapie (1970a, 1973a), Verhaltenstherapie (1969a; *Sieper* 2001), Körpertherapie (1974j). Immer ging es um die „wahre Lehre“, „richtig oder falsch“, ein Drittes war in der Regel nicht möglich. Meistens waren es sehr unschöne Auseinandersetzungen, wie ich sie kaum in einem anderen Feld kennengelernt habe (und ich kenne etliche Felder). Dieser negative Eindruck hatte sich für mich seit Ende der siebziger Jahre durch die „erlebten Qualitäten“ in zwanzig Jahren aktiver berufspolitischer Arbeit in zahlreichen durchaus hochrangigen Gremien in Deutschland,

Österreich, der Schweiz und den Niederlanden zunehmend verstärkt. Die Benennung dieser Fakten dient nicht so sehr der Kritik, ist auch nicht als „TherapeutInnenschelte“ zu werten, sondern verfolgt das Aufweisen einer Notwendigkeit: daß nämlich derartige Phänomene von einer auf Verstehen und Verständigung zentrierten Profession in kritisch-metakritischen *Diskursen* (sensu *Habermas*) systematisch zu reflektieren wären, um ihre eigenen determinierenden Dynamiken, ihre **Diskurse** und Dispositive (sensu *Foucault*) zu erfassen, zu dekonstruieren (*Derrida*), zu verstehen und zu verändern. Ich möchte zugleich aber auch betonen: Ich habe im Bereich der Psychotherapie viele wunderbare Menschen kennengelernt, Kolleginnen und Kollegen, PatientInnen und KlientInnen, von denen ich eine Fülle wichtiger Einsichten und Erkenntnisse erhalten habe.

Die Vielfalt der Eindrücke und Konzepte war besonders in den ersten Jahren meiner Explorationen im „psychotherapeutischen Feld“⁷⁰ zunächst verwirrend, und die in der Regel apodiktischen Geltungsbehauptungen meiner Lehrer bzw. Leitbilder – und das waren bedeutende Protagonisten ihrer Richtung (*S. Lebovici*, *O. Raknes*), z.T. Begründer der jeweiligen „Schule“ (*J.L. Moreno*, *F.S. Perls*) – fand ich oft ärgerlich. Ihre genialen Einsichten haben mich indes häufig fasziniert und zu eigener Suche und Entdeckungsarbeit angeregt. Außerdem habe ich früh erkannt, daß die Psychotherapie (neben der Philosophie und der Arbeit in der Natur, wie ich sie bei meinem Erstberuf als Landwirt erlebte, 2002h) ein hervorragender Weg ist, „*sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen*“ (1981g), daß „Lebensgeschichten zu verstehen, Selbstverstehen bedeutet und Andere verstehen zu lernen“ (2001 „et al.“). Ich habe erfahren, daß Psychotherapie neben dem Gespräch mit Freunden, der engagierten Arbeit mit Menschen, dem künstlerisch-schöpferischen Tun⁷¹ und der Meditation (1983e) bzw. der „philosophischen Kontemplation“ (*Russell* 1964; *Orth* 1993; *Petzold* 1993o, 2001k) eine wichtige Möglichkeit bereitstellt, in Prozesse der „Sinnfindung über die Lebensspanne“ einzutreten, in ein Nachsinnen über „Sinn, Sinnlosigkeit, Widersinn“ (2001k). Es eröffnen sich durch die Anregungen, die man in der Psychotherapie als kreativem Prozeß (*Moreno* 1990) erhalten kann – so meine Erfahrung –, Wege, eine „Lebenskunst“ zu entwickeln, sein „Leben als Kunstwerk“ zu gestalten, in dem „das Selbst Künstler und Kunstwerk“ zugleich ist⁷².

Das ist ein sehr kreativer Zugang zur Psychotherapie, der aus der *Kokreativität*⁷³ mit anderen Menschen, aus der „*Freude am Lebendigen*“ und einem „*Willen zum Wissen*“ seine Faszination gewinnt. Auf diesem Hintergrund habe ich mit meinen WeggefährtenInnen mehr als dreißig Jahre an Fragen der Metatheorie als „klinischer Philosophie“ (Bd. II, 1) gearbeitet, an Problemen der „klinischen Theorienbildung“ (Bd. II, 2) und an der „klinischen Praxeologie“ (Bd. II, 3) in der Behandlung von PatientInnen aller Alterstufen (2000h) mit verschiedenen Erkrankungen von unterschiedlichem Schweregrad. Die Therapie von Kindern⁷⁴, Jugendlichen (vorwiegend Drogenabhängigen)⁷⁵, Erwachsenen⁷⁶ und – in einer besonderen Schwerpunktbildung – von alten Menschen⁷⁷ hat in mir das Interesse an einem „lifespan developmental approach“ geweckt, ein Konzept, das ich in die Psychotherapie einführte (S. 515ff, 1999b). Mit Forschungsbeiträgen zu allen Altersgruppen, von der Säuglingsforschung zu gerontotherapeutischen Untersuchungen⁷⁸, war ich darum bemüht, mich mit der Problematik von PatientInnen in einer ganzheitlichen und differentiellen Weise auseinanderzusetzen. Dabei habe ich ein breites Spektrum von *Störungsbildern*, *Netzwerkproblemen* und *prekären Lebenslagen* – das muß immer zusammen gesehen werden! (2000h; *Hass*, *Petzold* 1999) – bei meinen PatientIn-

nen kennengelernt, fast immer verbunden mit gesunden, kompetenten, kreativen, lebensmutigen und liebenswerten Seiten, und die überwogen zumeist. Die destruktiven oder prekären *Lebenslagen*, von denen wir wissen, daß sie nicht nur in Kindheit und Jugend ein hohes Risikopotential bergen, werden bei alleinig *störungsspezifischer* Betrachtungs- und Behandlungsweise, wie sie derzeit in der „wissenschaftlichen“ Richtlinienpsychotherapie dominiert, vernachlässigt – bei gut situierten Mittelschichtspatienten kann man das vielleicht auch. Die sozial benachteiligten Schichten bleiben bei solchem *Bias* auch in der Psychotherapie „am unteren Ende“. Das gilt gleichermaßen für die Psychotherapieforschung, denn für diese Bevölkerungsgruppen gibt es keine *evidenzbasierte* „best practice“ (Sieper, Petzold 2001d). Wir haben uns in der Integrativen Therapie um Menschen aus benachteiligten Schichten und Gruppen stets besonders bemüht (Heinl, Petzold, Walch 1983) und für sie Methoden der Psychotherapie und Soziotherapie, speziell auch der Netzwerktherapie entwickelt.⁷⁹ In der Integrativen Therapie gibt es kein „reines Gold“ (Freud) des methodischen Vorgehens, und deshalb auch nichts zu „legieren“, sondern wir sind differentiell um die verschiedenen PatientInnengruppen unter zunehmender Berücksichtigung von Genderperspektiven (1998h) bemüht und meinen, daß es auch eine politische Aufgabe der Forschung und der „professional community“ (S. 773f) sein muß, sich Risikogruppen und spezifischen Gruppierungen zuzuwenden.

Dieses Werk ist kein dogmatisches. Dieser „Weg des Integrierens“ erhebt keinen Anspruch auf ewige Wahrheiten, außer der herakliteschen, daß „alles im Fluß“ ist. Es sieht Psychotherapie als Kulturphänomen in historischen Kontexten, aus denen sie vom jeweiligen „Zeitgeist“ (1989f) – und der kann sich schnell wandeln – geprägt wird. Das erfordert einen geschichtsbewußten Blick (Berlin 1998; Bloch 2000; Haffner 2001). Mein Ansatz unternimmt den Versuch, einen dezidiert *nicht-reduktionistischen Entwurf* vorzulegen, bei dem der Entwurfscharakter als eine theoretische Position zu sehen ist, die eine *systematische Unfertigkeit* und eine *strukturelle Offenheit* unterstreicht. Meine Texte laden zu kritischer und metakritischer *Ko-respondenz* (S. 93ff), zu Begegnung und Auseinandersetzung mit den vertretenen Positionen ein, zu *Konsens- und Dissensprozessen* in **POLYLOGEN**.

Man sagt von meinen Texten immer wieder, sie seien schwierig. Das mag wohl sein, aber *Psychotherapie ist kein einfaches Unterfangen*, geht es doch um das Verstehen und Beeinflussen von menschlichem Seelen- und Sozialleben, um Gesundheit, Krankheit, Beziehungen, Leid, Lebensglück und Sinn (2000k, 2001k) in komplexen Lebenslagen und Zusammenhängen. Seit dem Hydraulikmodell des frühen *Freudschen* Diskurses (Russelman 1983), der Reflexologie *Pawlows*, der S-R-Psychologie *Skinner's* bis hin zu den Simpelversionen von Therapie à la *Harris* (1969, „Ich bin OK – Du bist OK“) oder neuerlich von *Lazarus* und *Lazarus* (1999 ... „In 60 Sekunden wieder o.k.“) hat es allzuvielen grobe Vereinfachungen und Einseitigkeiten in der Psychotherapie gegeben. Ich meine, man muß das nicht fortschreiben. Der „Diskurs“ muß anspruchsvoll sein, denn: *Psychotherapie zu machen, ist eine anspruchsvolle Sache*, gerade weil ihre „Praxis“ mit Menschen warmherzig und klar sein sollte, von einer guten Einfachheit, jeweils an der Sprach- und Kommunikationsebene, der vorfindlichen Lebens- und Sozialwelt des konkreten Gegenübers ausgerichtet. Aber gerade diese unverzichtbare Konkretheit erfordert eine besonders elaborierte reflexive Arbeit, eine Metahermeneutik (S. 197ff), für die ich das Modell einer „Mehrebenenreflexion“ (1994a; Petzold, Orth 1999) erarbeitet habe (Abb. 2). Alle *Konzepte* dieses Werkes lassen sich in die Alltagssprache – auch „einfacher Men-

schen“ – übersetzen. Ich tue das wieder und wieder und meine MitarbeiterInnen⁸⁰ und die von mir ausgebildeten Integrativen TherapeutInnen tun dies tagtäglich, wenn wir „Theorie als Intervention“ benutzen (Petzold, Orth 1994). Das geht ohne Schwierigkeiten und ist für die Therapie sehr nützlich. Eine psychotherapeutische Theorie, die sich nicht in einer solchen Art und Weise *transponieren* läßt, daß sie für das Gegenüber „Sinn macht“, ist unbrauchbar, denn sie macht keinen konsensuellen Mitvollzug und damit keine „emanzipierte Reflexion“ für den Partner, die Partnerin in der Therapie möglich – und unsere PatientInnen sind unsere Partner (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Aber das vorliegende Werk hat nicht die Absicht, diese Ebene eines popularisierenden Diskurses, und der ist durchaus wichtig (Jeanmeret 1994), aufzugreifen. Der Diskurs zu Fragen der Psychotherapie muß in *unterschiedlichen Ebenen* und in *verschiedenen Qualitäten* geführt werden. Polarisierungen in einen Diskurs der Praktiker und der Theoretiker sind genauso wenig fruchtbar wie die Antinomisierung von klinischer Arbeit und Forschung.

Die meisten meiner Arbeiten, und zumal die in diesen Bänden zusammengetragenen, wollen *Matrixwissen* bereitstellen, das ein Überdenken der eigenen Positionen möglich macht, um sie zu klären, Konzepte, die herausfordern, um eigene Vorstellungen zu vertiefen oder auch um unsere⁸¹ Positionen gegebenenfalls zurückzuweisen, sie vielleicht zu spezifizieren, zu modifizieren usw.

Ich gehe mit meinen eigenen Texten genau in dieser Weise um, und dadurch werden für mich immer wieder Überschreitungen möglich, *Transgressionen*⁸² in den Text hinein oder über ihn hinaus, ohne daß die Vorlagen unwichtig werden. „Klassische“ Texte von Freud, Adler oder Perls usw. – selbst wo sie als „überholt“ erscheinen oder auch gelten können – zeigen das. Deshalb kann man aus einer geschichtsbewußten Haltung auf die Auseinandersetzung mit ihnen nicht verzichten, denn unaufgearbeitete Irrtümer haben die Tendenz, sich fortzuschreiben.

Grawe (1998) – mit dem ich durchaus viele Positionen teile – stellt in den Schlußausführungen in seinem *magnum opus* zur „psychologischen Psychotherapie“ die traditionellen Psychotherapieverfahren m.E. etwas zu vorschnell aufs Abstellgleis, mit dem Vorschlag, alles grundsätzlich neu zu beginnen. Aber gerade in der Auseinandersetzung mit den traditionellen Positionen werden die Erkenntnisprozesse der Psychotherapie als Disziplin in ihren *Wegen* erfassbar und in ihren *Irrwegen*. Letztere brauchen die weiterführende Kritik, die *Parrhesie*, die wahrhaftige Rede, und – auf allen Seiten – die Bereitschaft, das *bessere Argument* im *Diskurs* (Habermas 1971) gelten zu lassen. *Dissens* in der *Ko-respondenz*⁸³ *respektvoll* wertzuschätzen, verlangt auch die Bereitschaft, Kritik anzunehmen, sich zu korrigieren!

Das alles gilt für jede Position dieses Werkes, weil – wie Mikhail Bakhtin (1981), ein für die Integrative Therapie wesentlicher Denker (2001b), zeigt – Werke in ein kollektives Denken eingebunden sind, in vielfältige Einflüsse des Zeitgeistes (1989f), in vielfache Rede und Gegenrede: „... each kind of utterance is filled with various kinds of responsive reactions to other utterances of the given sphere of speech communication“ (Bakhtin 1986, 96).

Dieses Werk steht mit seiner Neuauflage in anderen Diskursen als zu den Zeitpunkten seiner Abfassung, wird andere Resonanzen auslösen, andere *Polyloge* in Gang setzen, weil es in *anderen Kontexten* steht.

„**Polylog** wird von mir verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm **zur Sprache** kommt, ihn durchfiltert, vielfältigen Sinn konstituiert oder einen hintergründigen oder untergründigen oder übergreifenden **Polylogos** aufscheinen und ‚zur Sprache kommen‘ läßt, so daß die Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität der Polylogisierenden wächst“ (2001k, 2002c). *Polylogik überschreitet Dialogik* (Kühnlein et al. 2003).

6. Die polylogische Qualität des „Integrativen Ansatzes“ forschungsgestützter Therapie als „konnektivierendes“ Integrationsmodell – Metastrukturen und Kernkonzepte

Dieses Werk ist also ein polylogisches. Es konnektiviert in seinen *transversalen* Querungen vielfältige Erfahrungen und Wissensstände (Rahm et al. 1993) und fordert dazu auf, diese mit den eigenen zu verbinden und zu vernetzen oder sie nach erfolgter Reflexion freimütig zu kritisieren und abzuweisen. Es lädt ein zu **Ko-responsenden als Konsens-Dissens-Prozessen** (S. 115ff), zu Differenzierungen und Integrationen, die – wenn sie gelingen – in **Kokreationen** münden und Restriktionen und Barrieren überwinden.

So zeigen trotz der Restriktionen der „Richtlinien“ für die Praxis gerade die jüngsten Entwicklungen – nicht zuletzt auch im Kontext der deutschsprachigen Psychotherapie: Integration ist ein Thema, dessen Wichtigkeit zunehmend erkannt wird und – allen Hegemonialansprüchen der traditionellen Schulen zum Trotz – sich immer mehr durchsetzt. Dabei werden unterschiedliche Formen des Integrierens erkennbar und unterschiedliche Wege der Integration beschrieben, wie ich sie im zweiten Band dieses Werkes (S. 750f) dargestellt habe. Vielfältige *Diskurse* kommen ins Gespräch, *Dialoge* finden statt und zunehmend auch *Polyloge* zwischen den VertreterInnen der verschiedenen Integrationsmodelle und – diskurstheoretisch betrachtet – zwischen den Modellen selbst aufgrund des Faktums ihrer Unterschiedlichkeit, denn da finden sich eklektische (Lazarus 1976, 1995) und additive Modelle (Senf, Broda 2000) oder kombinatorische – z.B. Gestalttherapie und Verhaltenstherapie (Butollo et al. 1999) –, methodenübergreifende Heuristiken (Sponsel 1995) und systematische Heuristiken (Grawe 1998; Wagner, Becker 1999) auf dem Wege zu einer übergreifenden „psychologischen Psychotherapientheorie“. Autoren, die ursprünglich „wider die Methodenintegration“ schrieben, legen beachtliche Arbeiten zur „Integrativen Psychotherapie“ als methodenübergreifender Systematik vor (Fiedler 1980, 2000). Es finden sich transtheoretische Ansätze wie das Modell von Prochaska und DiClemente (1992) oder disziplinübergreifende, *transdisziplinäre* Entwicklungen wie das hier vorgelegte „**biopsychosoziale Modell**“ (BPS) der **Integrativen Therapie** (Petzold 1965, 2001a). Dieses wurde metatheoretisch, theoretisch und praxeologisch konsequent ausgearbeitet, und versteht sich, das sei nochmals betont, als eine „Orientierung“ – nicht als „Schule“ – im Rahmen der modernen Psychologie auf dem Boden der klinischen Psychologie und der klinisch relevanten Bio- und Sozialwissenschaften. Es ist ein Modell beständigen Differenzierens und Integrierens, der systematischen und fortlaufenden „**Konnektivierung**“ von Wissensständen, Forschungsergebnissen, Modell- und Konzeptbildungen, klinischen und praxeologischen Entwicklungen und Erfahrungen⁸⁴. Ein solches polylogisches Integrationsmodell intendiert keinesweges eine „Supertheorie“ oder gar „Super-

therapie“. Es ist trotz seiner recht umfassenden Anlage bescheiden in seinem Anspruch, weil es um die Komplexität der Fragestellungen und Aufgaben von Psychotherapie und von Psychotherapieforschung weiß und um die Notwendigkeit verschiedener Wege und Orientierungen. Ihre Erkenntnisse und Erränge gilt es zu berücksichtigen und zwar primär als **Integration im Sinne einer Konnektivierung** (schwache Integration). Weitaus seltener finden wir **Integration im Sinne einer übergreifenden Modellbildung** (starke Integration, vgl. 2002b). Weiterhin läßt die heraklitsche Orientierung (S. 351ff) der Integrativen Therapie mit ihrer Maxime: alles ist im Fluß, in Weiterentwicklung (durchaus sensu *Darwin* 1859, vgl. *Weber* 2000), den unsicheren Boden „gesicherter Erkenntnisse“ sichtbar werden, was zu einer innovationsfreundlichen Haltung „kultivierter Unsicherheit“ (*Staemmler* 1994) führen könnte. Die postmoderne Einsicht oder besser die „transversale Erkenntnis“ (*Welsch* 1996, *Petzold* 1998a), daß die universalistischen Geltungsansprüche der großen Metaerzählungen (*Lyotard*) nicht mehr aufrecht zu halten sind, lassen jeden Anspruch auf die prinzipielle Richtigkeit einer übergeordneten Theorie als problematisch und als nicht mehr vertretbar erscheinen (S. 397ff). Bei genauerer Betrachtung handelt es sich bei solchen Ansprüchen zumeist um Hegemoniebestrebungen von Interessengruppen, und diese sind stets ausgrenzend, dialogfeindlich und polylogunterdrückend, denn es geht ihnen um **Macht**, die Sicherung von Vorherrschaft und Privilegien, um Einfluß und Geld, nicht aber um den Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnis und um die Bereitstellung altruistischer Hilfeleistung im Dienste von Betroffenen – zumindest sind die Motive höchst gemischt. Oft handelt es sich auch um Fortschreibungen von verdeckten **Diskursen** der Kontrolle, von säkularisierten Geltungs- und Wahrheitsansprüchen einer ekklesialen Deutungs- und Pastormacht⁸⁵ oder um kryptoreligiöse Mythen, die im Gewande therapeutischer Methoden die Sinnsuche und Heilssehnsucht von Menschen exploitierten – wir haben das unlängst kritisch analysiert (*Petzold, Orth* 1999). Schließlich gehen wir – das dürfte inzwischen deutlich geworden sein – von einem „weiten Konzept“ der Psychotherapie aus, das zwar den „klinischen Kern“ zentral stellt, aber dennoch die gesundheitsfördernde, persönlichkeitsentwickelnde und kulturkritische Funktion von Psychotherapie (*Morris* 2000) nicht aus dem Auge verliert.

Ein originelles Moment der „Integrativen Therapie“ in der Ausprägung, wie sie hier dargestellt wird, ist der – so hoffe ich – „hinlänglich konsistente“ Rahmen der *mehrperspektivischen, transversalen Konnektivierung* dieser verschiedenen Wissensstände und Wissensfelder, die selbst in eine **Ko-respondenz**, in einen **Polylog** gebracht werden (*Petzold* 1994a, 1998a, 2001a), auch in einen mit der aktuellen Psychotherapieforschung und ihren relevanten Teilbereichen wie z.B. die so wichtige Forschung und Auseinandersetzung zu „Risiken und Nebenwirkungen“ von Psychotherapie.⁸⁶

Für die theoretische Grundlegung eigener Forschungsprojekte⁸⁷ in meinem Integrativen Ansatz bietet dieses Werk die Basis. Inzwischen sind die Entwicklungen auch nicht stehen geblieben, sondern es wurden die Konzepte weiter ausgearbeitet, vertieft, empirisch beforscht, störungsspezifisch ausdifferenziert, und diese Arbeiten sind noch weiterhin im Gange. Die Präzisierung und Elaboration integrativer Diagnostikmodelle⁸⁸, die Formulierung einer Integrativen Supervisionstheorie (*Petzold* 1990o, 1998a; *Schreyögg* 1991), die weitere Ausarbeitung der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (1969b, *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* 1995, 1996) dokumentieren den Fortgang der Arbeit, die wir für eine Psychotherapie,

welche sich als dynamisches, heraklitisches Modell einer permanenten Entwicklung versteht, als unverzichtbar ansehen. Nur so kann ganzheitliches und differentielles *Wahrnehmen* von PatientInnen in ihrer „Leiblichkeit“ erfolgen, in die die Widerfahrnisse des persönlichen Schicksals ihre Spuren eingeschrieben haben mit jeder Lach- und Gramfalte. Nur so kann ein *Erfassen* ihrer „Lebenslagen“ – ein wesentliches Konzept des Integrativen Ansatzes (Moreno 1923; Petzold 2000h) möglich werden. Nur so kann ein *Verstehen* ihrer „Kultur“ geschehen und damit ein *Erklären* der sozio-kulturellen Bedingungen, die das Leben von Menschen beeinflussen und prägen. Das alles bildet die Grundlage für ein umfassendes Verständnis von Psychotherapie, für eine breite Sicht von Erkrankungen oder Störungen: *körperlichen, seelischen, geistigen* und *sozialen*. Dabei werden die *Soziopathogenese* und „soziale Erkrankungen“, z.B. Gleichgültigkeit, Gewaltbereitschaft, coolness, notorische Rücksichtslosigkeit, Süchtigkeit nicht unter einem Diktat medizinisierter Betrachtungsweise und individualisierend ausgerichteter psychodynamischer Psychopathologie vernachlässigt, denen eine Theorie und Praxis „**sozialen Sinnverstandes**“ und „**sozialer Intuition**“ fehlt (1995a, 2000h). Pathologische soziale Areale, fehlende „Soziotope“, d.h. intakte soziale Lebensfelder, haben für Individuen und familiale, amicale und kollegiale Netzwerke in den modernen, „soziale Kälte“ produzierenden Technologiesellschaften des „Turbokapitalismus“ (Bourdieu 1998) fatale Folgen. Die Ergebnisse der klinisch relevanten Soziologie und Sozialpsychologie, der Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie, der Sozialepidemiologie und Soziopsychosomatik (Thomas 1985) werden übergangen oder nur unzureichend in Theorienbildung, Forschung, Diagnostik und Therapie berücksichtigt. Das führt zu einer Geringschätzung und Vernachlässigung der *Soziotherapie* (927ff, 1997c) als einer wenig prestigieösen Tätigkeit – Sache von Sozialarbeitern, denen man zudem nur mäßigen Status gibt. Dem liegt eine gravierende Fehleinschätzung gesellschaftlicher Entwicklungen zugrunde. Ich meine, daß in Zukunft in Lebenswelten von zunehmender *Prekarität* (Bourdieu 1998), wie sie die großen Metropolen und ihre Faubourgs mit ihren entgleisenden Sozialstrukturen produzieren, Interventionen in soziopathogene Situationen mehr und mehr Bedeutung zukommen wird und es dabei zu einer intensiven Kooperationen von *Psychotherapie* und *Soziotherapie*, ggf. *Agogik* kommen muß. Auch hier liegt eine Integrationsaufgabe, bei der die Verbesserung spezifischer Methoden der Behandlung von Störungen im Sinne einer „best practice“ (Dobson, Craig 1998) von Psychotherapie durch die Verbindung mit Maßnahmen „sozialer Unterstützung“ (Hass, Petzold 1999) und der Förderung von Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung notwendig werden, um hinlänglich gute Behandlungsergebnisse, „decent results“, für *möglichst viele Bevölkerungsgruppen* zu gewährleisten und nicht nur für Angehörige privilegierter Schichten. Die empirische Evaluation solcher *breiter* Maßnahmen steht erst in den Anfängen und „evidenzbasierte Psychotherapie“ (Sieper, Petzold 2001d; Lutz, Grawe 2001) wird bislang eher unter einer *schmalen* Perspektive in Angriff genommen, wobei Gender- und Schichtbiases die Regel, nicht die Ausnahme sind. „Evidenzen“, die in der Psychotherapie mit der oberen Mittelschicht gewonnen wurden, dürfen nicht zum Maßstab der therapeutischen Richtlinien- oder Standardbehandlung werden, zum *mainstream* in der Mainstream-Therapie (Sieper, Petzold 2001d). Morenos engagiertes Eintreten dafür, daß Psychotherapie *allen* zur Verfügung stehen soll, die sie brauchen, und daß sie die dafür erforderlichen komplexen und differentiellen theoretischen Modelle bereit hat, daß sie darüber hinaus auch differentielle Methoden einer forschungsgegründeten „best practice“ zur Verfügung hat, das muß Anliegen aller PsychotherapeutInnen sein. Ein solches Anliegen, und damit nehme ich die eingangs vertretene Position wieder auf, kann meines Er-

achtens nur in einem nicht-reduktionistischen Ansatz ganzheitlicher und differentieller Therapie erreicht werden, in einem Integrationsmodell, das nicht nivelliert, offen ist und dabei eine *hinlängliche Konsistenz* in Metatheorie, Theorie, Praxeologie und Praxis hat. Einige Kernkonzepte des Integrativen Ansatzes sollen nachfolgend noch kurz vorgestellt werden. Das erscheint umso sinnvoller, da die Begriffe „integrativ“, „Integration“ vielfach schon als modische Schlagworte gebraucht werden. Oft findet man geradezu einen inflationären Gebrauch des Integrationslabels, ohne daß eine Integrationstheorie und eine elaborierte integrative Praxis und Methodik erkennbar wird – eine forschungsgegründete zumal. Nicht zuletzt findet man das bei tiefenpsychologischen, z.T. auch bei behavioralen Autoren, die damit aber keine wirkliche *Transgression* in ihrem Paradigma vollziehen (z.B. *Senf, Broda* 1999) – es geht ja gar nicht unbedingt um eine Überschreitung ihres gesamten Paradigmas, sondern um differentielle Transgressionen. Genau darin sehe ich die Bedeutung und Chance des „neuen Integrationsparadigmas“ und seines Beitrags für eine „zukunftsfähige Psychotherapie“ (*Petzold* 1999p).

6.1 Der „Tree of Science“ als Metastruktur eines polyzentrischen Wissensnetzes für ein „biopsychosoziales Modell“ (BPS-Modell)

Integrative Therapie ist ein polyzentrisches Wissensnetz. Die *Psychologie* mit ihren Subdisziplinen wird für die „Integrative Therapie“ als ein Kernstück ihres Fundaments gesehen. Dennoch sprechen wir nicht wie *Grawe* von einer „psychologischen Psychotherapie“, obgleich deren Konzepte und Modelle für uns unverzichtbar sind, denn das könnte die Entwicklungen in den *Bio- und Neurowissenschaften*, aus den psychotherapierelevanten Forschungen in der *Medizin* deklassieren. Diese haben aber einen solchen „impact“ für eine moderne Psychotherapie, daß hierauf ein *expliziter* Bezug genommen werden muß. In gleicher Weise ist der Ertrag *klinisch relevanter Sozialwissenschaften* – etwa der *medizinischen Soziologie*, aber auch der *Sozialphilosophie* und *Ethnologie* – für die Psychotherapie als einer „angewandten Humanwissenschaft“, einer *Praxeologie* für den Umgang mit Menschen, unverzichtbar. Für derartige *Praxeologien* habe ich 1965 ein **biopsychosoziales Modell (BPS-Modell)** entwickelt (*Petzold* 1965, Abb.1/1985a, 13), das ich *multi perspektivisch* durch den Fundus „*naturwissenschaftlicher Anthropologie*“ (mit Bezug auf Biologie, Psychologie, Medizin), „*philosophischer Anthropologie*“ (mit Bezug auf Philosophie, Geschichtswissenschaft, Pädagogik) und „*sozialwissenschaftlicher Anthropologie*“ (mit Bezug auf Soziologie, Ethnologie, Sozialpsychologie)“ (idem 1974j, Diagramm III, 302) abzusichern bemüht war. Ein solches breites Vorgehen in einem „biopsychosozialen Modell“ und die damit notwendige Orientierung an Referenzwissenschaften, *eben weil die Psychotherapie keine „Grundlagenwissenschaft“ ist*, erfordert permanent systematische Differenzierungs- und Integrationsleistungen, um eine hinlängliche Kohärenz und Konsistenz zu gewährleisten.

Das Kernstück dieses Werkes, dem diese Aufgabe zukommt, ist das Modell einer Metastruktur, das sich Ende der sechziger Jahre für mich abzeichnete und unter dem Namen „**Tree of Science**“ ausgearbeitet wurde (S. 383-519). Es wurde in der Feinstruktur verschiedentlich revidiert. Dieses Modell geht von einer **polyzentrischen Wissensstruktur** als einem *Netz von*

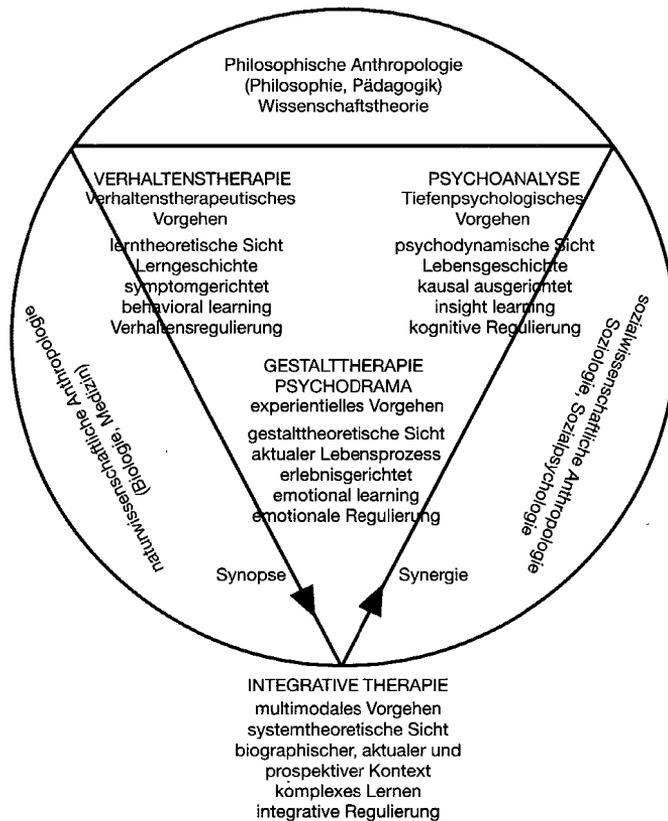


Abb. 3: „Systemverbund durch Synopse und Synergie“ (aus Petzold 1974j, 302, Diagramm III). Zur Gestalttherapie wurde hier das Psychodrama hinzugefügt.

Konzepten und Kernkonzepten aus und nimmt die „neuronalen Netzwerke“ unseres Organismus als „Modellmetapher“ (1994a). Multipel konnektivierte Netzwerke haben die Tendenz, **Emergenzphänomene** hervorzubringen (Krohn, Küppers 1992), die Komplexität durch Reduktionen bzw. Transgressionen ordnen, indem sie Konzepte hervorbringen und zu *Formaten* von unterschiedlicher Komplexität elaborieren und arrangieren. Der **Konzept**-Begriff wird definiert als „ausgearbeiteter Konsens, der von einer Konsensgemeinschaft bis zu seiner Revision oder Aufgabe getragen wird“ (S. 100ff). Es handelt sich um einen antidogmatischen Begriff, der eine gewisse Flüssigkeit (*fluency*) gewährleistet, zugleich aber eine hinlängliche Stabilität für die Theorie- und Praxeologieentwicklung bietet. Er ermöglicht die **Konnektivierung** von Wissensbeständen entlang einer Reihe von Kriterien – ich spreche von „Integratoren“ (Petzold, Sieper 1993, 78ff, 2000h). Im Wissensnetz der „Integrativen Therapie“ haben wir nicht *ein Zentrum* und kommen nicht in die Position, die Rapaport (1960) mit Blick auf die Kernbereiche der Psychoanalyse fragen ließ: „will the center hold“? Unsere Fragen sind vielmehr: Bleibt hinlängliche Kohärenz und Konsistenz gewährleistet? Ist die *Konnektivierung* im „Netz der Konzepte“ dicht genug, daß ein hohes „**Emergenzpotential**“ (1998a) dieses Netzes, d.h. eine kokreative, innovationsstarke Kultur gewährleistet ist?

Ein „Baum“ ist etwas Lebendiges. Deshalb ist er als Metapher für die Metastruktur von Psychotherapie im allgemeinen und von Integrativer Therapie im besonderen sehr geeignet. Der Baum ist gewachsen. Gegenüber dem Modell von 1970c, 1988n und dem von 1992a (siehe S. 396) wurden einige kleine Änderungen vorgenommen. So wurde die Forschung durchgängig in den einzelnen Bereichen gesondert ausgewiesen und in einem Modell konkretisiert (Steffan, Petzold 2001). Weiterhin wurde im Sinne der Konsistenz der **Theorie-Praxis-Verschränkung**, wie sie in allen Modellen des Integrativen Ansatzes vertreten wird (S. 126, 134f), die Praxis explizit benannt, denn **Praxis** ist nicht **Praxeologie**, unter der ich „Wissenschaft von der Praxis (2000h) verstehe“⁸⁹. Nachstehend das ergänzte Modell, das die Version S. 396 komplementiert, nicht revidiert.

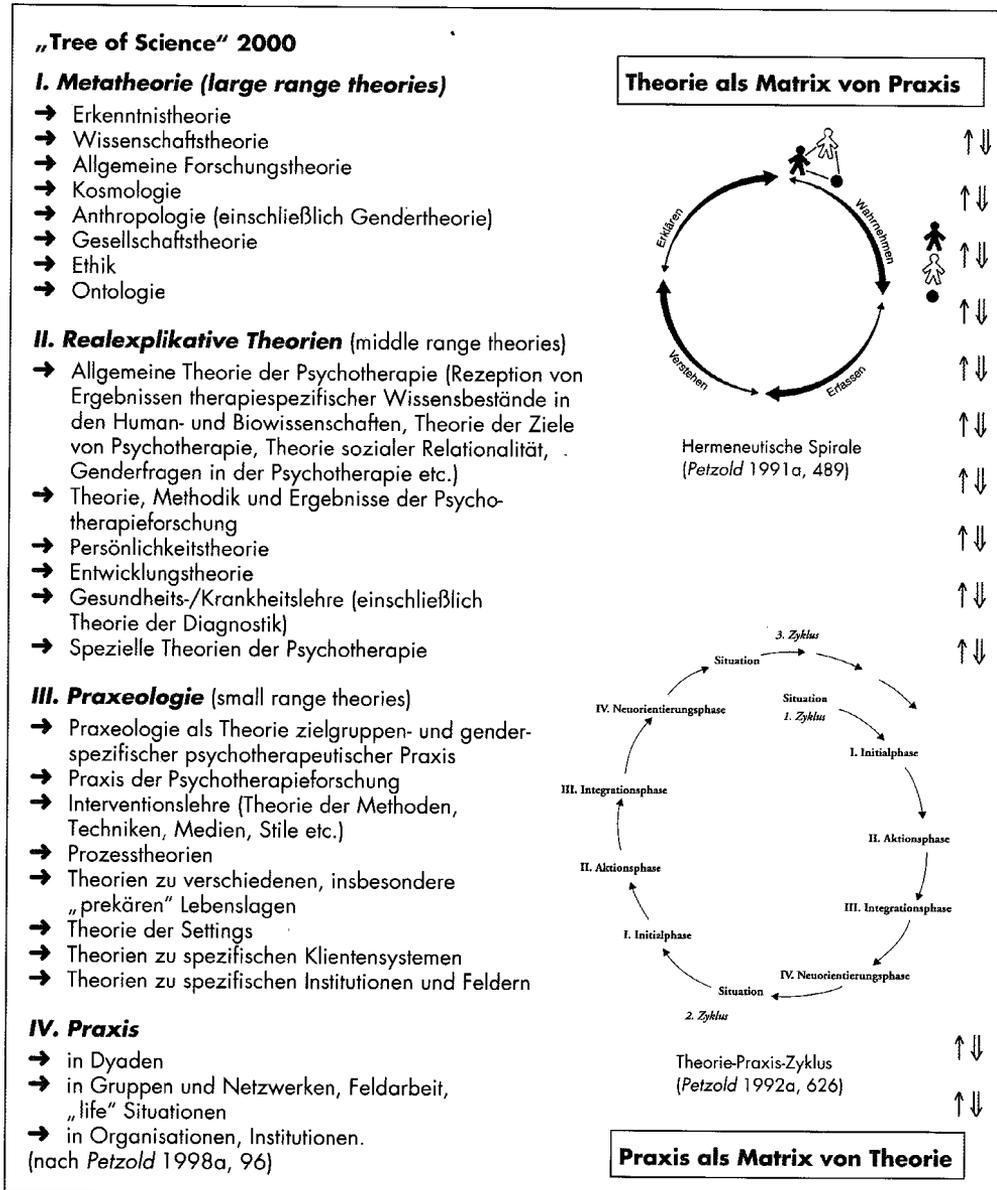


Abb. 4: „Tree of Science 2000“, vgl. S. 396

Die **Differenzierungsprinzipien**, die für die Auswahl der verschiedenen Theorien im Wissensnetzwerk des Integrativen Ansatzes als „biopsychosozialem Modell“ maßgeblich sind, wurden im Rahmen meiner Arbeiten für die Supervisionstheorie in Form von Kriterien zur Beurteilung von Theorien entwickelt (1994a, 1998a):

1. *Traditionskriterium* – Was ist das Herkommen des Ansatzes?
 2. *Epistemologiekriterium* – Was ist die erkenntnistheoretische Zuordnung?
 3. *Kontextkriterium* – Wo liegt der Wirklichkeitsbezug, was ist die ökologische Validität?
 4. *Objektivitätskriterium* – Was ist die Ebene und Form der Gegenstandsbetrachtung und wie wird diese begründet?
 5. *Geltungskriterium* – Was sind der Erklärungsanspruch und die Geltungsbehauptungen?
 6. *Explikationskriterium* – Wie ist die Reichweite der Geltungsbehauptungen und des Erklärungsanspruchs?
 7. *Komplexitätskriterium* – Wie vielschichtig bzw. komplex ist das Verfahren bzw. der Ansatz?
 8. *Elaborationskriterium* – Wie ist der Grad der Ausarbeitung?
 9. *Konnektivierungskriterium* – Wie ist die Verbindung mit und die Anschlußfähigkeit zu anderen Ansätzen und ihren Theorien und Praxen?
 10. *Reputationskriterium* – Wie ist der wissenschaftliche Status in der scientific community?
 11. *Empiriekriterium* – Wie ist es um die Absicherung durch empirische Forschung bestellt?
 12. *Legitimationskriterium* – Wie ist es um die ethiktheoretische Absicherung (und bei Psychotherapien, wo vorhanden und aufgrund der gesetzlichen Lage verlangt, um die rechtliche Approbation) bestellt.
- (Petzold 1994a, /1998a, 106).

Die **Integrationsprinzipien**, an denen sich die Fragen der *Integration* von Konzepten und Methoden orientieren, sind durch die „*Integratoren*“, Leitkonzepte, gewährleistet, die ein Abprüfen auf *konzeptsyntone* oder *konzeptdystone* Parameter ermöglichen (2000h). Es wird geprüft, was „*common concepts*“ oder „*divergent concepts*“ sind, homologe oder similäre Strukturen, funktionale Äquivalente. Das müßte auch im *Diskurs* zwischen „Schulen“ geschehen und hier könnten sich „fruchtbare Ko-respondenzen“ ergeben, wenn sie kontrovers und revisionsbereit geführt werden. Beispielhaft einige ebenenspezifische *Integratoren* für die **Integrative Therapie** (vgl. Petzold 1993n, 78):

I. Integratoren auf der Ebene der Metatheorie

- Orientierung auf Leiblichkeit, die Phänomenologie leiblich-perzeptueller Erfahrung (1985g mit Bezug auf G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Schmitz und – für den disziplinierten, unterworfenen Körper – M. Foucault 1978)
- Orientierung auf Weltbezug, eine evolutionsbiologische/-psychologische Perspektive, einen integrierenden Naturbegriff (mit Bezug auf C. Darwin, A.N. Whitehead, P. Florenskij, I. Prigogine u.a.; Petzold, Orth, Schulz, Steffan 2001)
- Orientierung auf Sozialität und Entfremdungsphänomene (Petzold 1987d, 1994c, 1996j; Coenen 1981; mit Bezug auf L. Vygotsky, T.W. Adorno, H. Arendt, P. Bourdieu, P. Goodman, G.H. Mead, G. Politzer, J. Derrida 2000)
- Orientierung auf Sinn und Bedeutung als persönliche und kulturelle bzw. soziale Konstruktionen, kulturalistische, sozialhermeneutische und sozialkonstruktivistische Perspektive, systemischer Ansatz (1988b, 1998a, 2001k; mit Bezug auf P. Ricoeur, J. Derrida und auf A. Schütz, P. Berger/Th. Luckmann 1970; S. Moscovici 1984; K. Gergen 1994; P. Janich 1996 sowie auf N. Luhmann 1992)
- Orientierung an einer integrativen und diskursiven Ethik der Gewährleistung von Integrität – der eigenen, wie der des Anderen und der Welt des Lebendigen (Petzold 1990n/1992a, 500; Schuch 1988; Krämer 1992; Endreß 1995; mit Bezug auf P. Florenskij, H. Krämer, E. Levinas, Foucault, Mead)
- Orientierung auf Intersubjektivität, Ko-respondenz, Diskurs, Polylog (Petzold 1978c/1991e, mit Bezug auf G. Marcel, E. Levinas, M. Bakhtin, G.H. Mead, J. Habermas)
- Orientierung auf Bewußtseinsprozesse, Exzentrität, Reflexivität und Metareflexivität (Petzold 1988a; Metzinger 1995)

- Orientierung auf unbewusste Prozesse (mit Bezug auf *P. Janet, F. Nietzsche, S. Freud, A.J. Marcel* 1983a, b; *Orth* 1994; *Petzold* 1988a; *Perrig et al.* 1993)
- Orientierung auf Sprache, symbolische Interaktion, Sinnstrukturen (*Petzold* 2001b, k; *Petzold, Orth* 1985, *Orth, Petzold* 2000; mit Bezug auf *Merleau-Ponty, Habermas, Mead, Ricoeur, Derrida, Bakhtin, Vygotsky*)
- Orientierung auf ideologiekritische Metareflexion (*Petzold, Orth* 1999; *Petzold, Sieper, Orth* 1999, 2000; *Schuch* 2001; *Petzold, Ebert, Sieper* 1999; mit Bezug auf *Adorno, Foucault, Bourdieu, Derrida, Deleuze*)
- etc.

II. Integratoren auf der Ebene realexplikativer Theorien (klinische Theorien mittlerer Reichweite)

- Biopsychosoziale Orientierung (*Petzold* 1974j, 2000h, 2001a)
- Orientierung auf Kontext/Kontinuumstruktur, systemisch-ökologische Perspektive und Lebenslageorientierung (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; idem 2000h und 1998a mit Bezug auf *Gibson, Kelso, Luhmann, Thelen*)
- Orientierung auf Temporalisierung – Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsbezug (*Petzold* 1981e, 1991o; mit Bezug auf die Zeittheorien von *Mead, Merleau-Ponty, Ricoeur, M. Halbwachs*)
- Orientierung auf „kollektive mentale Repräsentationen“ (kognitive, emotionale, volitive) bzw. „social worlds“ (*Petzold* 2002g; *Hass, Petzold* 1999 unter Bezug auf *A. Strauss* 1978; *S. Mascovici* 2001)
- Orientierung am Entwicklungsparadigma des „life span developmental approach“ (*Petzold* 1981f, 1999b; *Vygotski, Rutter, P. Baltes* u.a.)
- Orientierung auf Pathogenese und Salutogenese, Heilung und Entwicklung (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; *Petzold, Steffan* 2000)
- Orientierung auf Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP) als Fundierung von Zielparametern (*Petzold* 1997p; *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998)
- Orientierung auf differentielle Selbstprozesse – Selbst, Ich, Identität (*Petzold* 1992a, 527ff, 1999a; *Müller, Petzold* 1999)
- Orientierung auf prozessuale Diagnostik/Theragnostik (*Osten* 2000; *Petzold, Osten* 1998; *Petzold, Wolf et al.* 2000)
- Orientierung auf generalisierte und störungsbildspezifische Behandlungskonzepte (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Heinl* 1997; *Petzold, Wolf et al.* 2000)
- Orientierung auf Netzwerke, Konvois, Social Worlds (1979c, *Petzold, Petzold* 1991; *Hass, Petzold* 1999; *Feuerhorst* 2000)
- etc.

III. Integratoren auf der Ebene der Praxeologie und Praxis

- Orientierung an der Alltagsrealität und Lebenslage – chancenreiche, prekäre, destruktive (*Petzold* 2000h, *Müller, Petzold* 2000a, 2002 unter Bezug auf *Moreno, Lewin, Bourdieu*)
- Orientierung auf Alltagsformen der Relationalität im Netzwerk bzw. Konvoi – Verschmelzung, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit (*Petzold* 1988p, 1991b;)
- Orientierung auf klinische Phänomene der Relationalität – Übertragung [des Patienten und des Therapeuten], Gegenübertragung [des Patienten und des Therapeuten, vgl. idem 1993p, 271], Widerstand, Abwehr (idem 1980g, 1981b) und auf sozial-psychologische z.B. Affiliation, Reaktanz, (*Stroebe et al.* 1997)
- Orientierung auf multiple „Wege der Heilung und Förderung“ und methodenplurale und multimodale Vorgehensweisen (*Petzold* 1988n/1996a, 1993h; *Petzold, Sieper* 1993)
- Prozessorientierung (*Orth, Petzold* 1990; idem 1993a)
- Orientierung an therapeutischen Wirkfaktoren (*Petzold* 1993p; *Märtens, Petzold* 1998; *Petzold, Steffan* 2000)
- Orientierung an Evaluations- und Qualitätssicherungskonzepten (*Petzold, Hass, Märtens et al.* 1995; *Petzold, Hass, Märtens, Steffan* 2000; *Petzold, Orth, Sieper* 1995a; *Steffan, Petzold* 2000; *Märtens et al.* 2002)
- etc.

Auf diesem Hintergrund seien weitere Kernkonzepte des polyzentrischen Wissensnetzwerks der Integrativen Therapie vorgestellt:

Auf einem solchen Boden kann eine „Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks“ in der Therapie fundiert eingesetzt werden (S. 169ff). Erkenntnisprozesse werden damit im Integrativen Ansatz niemals „leibenthaben“ gesehen, *Wahrnehmung* hat Wahrnehmungsorgane, Kognitionen werden immer als „embodied“ und „embeded“ verstanden, Sprache artikuliert sich leibhaftig, Rollen werden verkörpert. Kognitive Therapie, die das nicht berücksichtigt – PET und MRI machen dies sinnfällig – hat ihren Boden verloren, denn Lernen ist durch und durch leibliches Lernen des „informed body“ (1988n; Sieper 2001). Der lebendige, beständig Emergenzprozesse generierende biologische Körper – auch „Organismus“ genannt – ist unabtrennbar auch *Leib*, solange er cerebral funktionsfähig, d.h. kognitiv und emotional responsiv ist, und diese Responsivität ist von verinnerlichten *kollektiven „mentalen Repräsentationen“* (2002g) durchfiltert, ist kulturdurchtränkt. Der Leib kann ohne Körper nicht sein, der Körper indes in Sondersituationen ohne Leib (z.B. bei lebenderhaltenen Hirntoten). Der in Emergenzen vom Körper hervorgebrachte *Körper/Leib* der sich in weiteren, kulturimprägnierten Emergenzen in der Lebensspanne wieder und wieder überschreitet, bildet ein Kernkonzept, weil in ihm und mit dieser spezifischen Sicht des psychophysischen Problems (vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) ein Modell psychosomatischer Realität und die Basis einer ganzheitlichen Therapie gesehen werden kann. Schon seit seinen Anfängen wurde in diesem Ansatz einer „Integrativen Therapie“ – und darin liegt seine Spezifität und Innovation gegenüber anderen Integrationsansätzen – eine kulturtheoretisch reflektierte psychophysiologische, streßtheoretische Ausrichtung in Theorienbildung und Praxis betont (idem 1968b, 1974j, 1988n). Das kommt besonders in unserer kulturspezifischen (gender-, ethnische-, schichtspezifischen) Arbeit mit TraumapatientInnen (*Petzold* 1999i, 2000z) oder in der Schmerz- (*Heinl* 1997) oder Depressionsbehandlung (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997) zum Tragen und führte zur Entwicklung eigenständiger Methoden der „Integrativen Lauftherapie“ (dieselben), der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie und Psychomotorik“ (1974j, 1988n), der „Integrativen und Differentiellen Relaxationstherapie“ (*IDR* 2000g; *Berger* 1971), aber auch der narrativen und philosophischen – also kulturalistischen – Therapie (*Petzold, Josić* 2002).

Perzeptionen, Kognitionen, Volitionen, Emotionen mit ihrer *leiblichen* Basis, sind in ihren neurophysiologischen und immunologischen Prinzipien (*Friedmann et al.* 1995; *Kandel et al.* 1995; *Damasio* 2000) genauso zu verstehen wie auf der Ebene des leibphänomenologischen „eigenleiblichen Spürens“ (*H. Schmitz* 1989), des „leibhermeneutischen Erfassens“ (S. 141ff; *Merleau-Ponty* 1966), das immer seine kulturelle Basis mitreflektieren muß.

Der Leib als lebendiger steht in der Zeit und in Kulturen (1981h, 1989f). Er wächst und nimmt ab, ist sterblich (1999f, l), wird *enkluturiert* (*Fend* 1970), sozialisiert, desozialisiert (*Woll-Schumacher* 1980), ist also in beständiger Entwicklung. Das macht eine entwicklungs-zentrierte und kulturalistische Sicht unabdingbar.

6.3 Entwicklungstherapie in der Lebensspanne (lifespan developmental approach) und Salutogeneseorientierung

Die Integrative Therapie in unserer Orientierung ist eine „entwicklungszentrierte Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentfaltung in der Lebensspanne“ – dies aufgrund der leibtheoretischen Überlegungen einerseits und durch meine praktische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen andererseits. Auf dieser Basis habe ich eine lebenslaufbezogene Perspektive der Entwicklung und des Alterns als „einem hochkomplexen Prozeß der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene“ (idem 1965/1985, 14) erarbeitet – einen „lifespan developmental approach“, wie er inzwischen in der modernen, longitudinal ausgerichteten „klinischen

Entwicklungspsychologie“ (1992d; Oerter et al. 1999) Grundlage der Betrachtung ist. Dabei sind *Risikofaktoren*, *protektive Faktoren* und *Resilienzen* zu beachten und mit der (Entwicklungs)psychologie gesunden Verhaltens Salutogenese und Ressourcenperspektiven (1997p), Ketten positiver, negativer und defizitärer Ereignisse, die uns auf der Lebensstraße widerfahren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2002a, b), uns durch positive Vergangenheitseinflüsse (*Propulsoren*) voranbringen, unterstützende Gegenwartskräfte (*Generatoren*) kräftigen und durch Ziele und positive Zukunftsaussichten (*Attraktoren*) vorwärtsziehen (Petzold, Sieper 1998). In gleicher Weise können Negativeinflüsse zum Tragen kommen. Vor diesem Hintergrund betonen wir neben den klinischen Interventionsstrategien *Heilen/Curing*, *Stützen/Supporting*, *Bewältigen/Coping*, Salutogenese und Potentiale fördernde Strategien wie *Erweiterung/Enlargement*, *Bereicherung/Enrichment*, *Ermächtigung/Empowerment* (Orth, Petzold 1995; Petzold, Orth 1999), wie sie sich aus der Längsschnittforschung ableiten lassen.

Wir waren die ersten, die diese Konzepte longitudinaler Entwicklungsforschung systematisch für die Psychotherapie und ihre Praxis fruchtbar gemacht haben⁹⁰, und wir orientieren uns auch heute an Perspektiven der „health sciences“. Im Unterschied etwa zu den Integrationsmodellen von Grawe, Greenberg oder Norcross, Orlinski oder Prochaska zentrieren wir auf diese dezidiert entwicklungspsychologische bzw. entwicklungstheoretische, sozioökologische und salutogenesebewußte Ausrichtung, für die wir eine elaborierte Praxeologie erarbeitet haben.

6.4 Netzwerktherapie, soziotherapeutische Interventionen in „prekären Lebenslagen“, sozioökologische Modellierungen

Die **Integrative Therapie** umfaßt eine **soziotherapeutische und sozialökologische Praxeologie**. Die soziale Realität, „prekäre Lebenslagen“, belastende Umweltfaktoren als kontextbedingte Probleme machen „Soziotherapie“ und „sozioökologische Interventionen“ (Petzold, Orth 1998b; Saup 1993) in einer effektiven, nicht-reduktionistischen Hilfe für Menschen und für „multimodale“ (1974j, 304) Kombinationsbehandlungen unverzichtbar. Sozialökologische Mikrointerventionen unter Einbeziehung körpersprachlicher Nonverbalität bieten hochwirksame Möglichkeiten der Beeinflussung von Verhalten, wie ich in der Kinder- und Gerontotherapie zeigen konnte (1995a,b; Müller, Petzold 1997, 2002), weil die Verschränkung von „Wahrnehmung-Verarbeitung-Handlung“ gezielt in die Behandlungsmethodik integriert wird (Gibson 1982; Reed 1996; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), indem „*affordances*“ (Heft 2001), Handlungsmöglichkeiten, genutzt, „*constraints*“, Begrenzungen, in ihrer einengenden Qualität verändert werden durch die sozioökologische Modellierung von „*environments*“ (1995a,b; Petzold, Orth 1998a). Neben derartigen Interventionen etwa in der Wohngemeinschaftsarbeit (1969c; Petzold, Vormann 1980) konzipierte ich die erste Soziotherapieausbildung im deutschsprachigen Bereich, die seit 1972 neben der Psychotherapieausbildung an unserer Einrichtung, dem „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“ und der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ (Petzold, Sieper 1993), durchgeführt wird⁹¹ (Petzold 1997c), in deren Rahmen gruppentherapeutische Methoden mit einem

elaborierten Modell der *Gruppenprozessanalyse* (Orth, Petzold 1995, Petzold, Schneewind 1986) entwickelt werden konnten, Selbsthilfegruppenstrategien (exchange learning/exchange helping, Petzold, Schobert 1991) und netzwerktherapeutische Behandlungsverfahren (1979c, Hass, Petzold 1999) ausgearbeitet und beforscht wurden. Diese als „vierter Weg der Heilung und Förderung“ gekennzeichneten Vorgehensweisen tragen der sozialpolitischen Verantwortung Rechnung, die TherapeutInnen unserer Auffassung nach im Rahmen des Gemeinwesens in besonderer Weise wahrnehmen sollten (Schuch 2000; Petzold 1994c), zusammen mit ihren Partnern, den PatientInnen und KlientInnen und – wo erforderlich – für sie.

6.5 Relationalität und Ko-respondenz

Die Integrative Therapie wird als **Ko-respondenzprozeß** begriffen, als **relational ausgerichtete Form der Behandlung** mit Bezug auf die ontologische Prämisse „Sein ist Mitsein“ und das anthropologische Axiom „der Mensch als Mann und Frau gewinnt seine *Hominität*, sein Menschsein, als Mitmensch“. Sie ist auf die zwischenmenschliche Bezogenheit zentriert (S. 1050) und differenziert sprachphänomenologisch die Relationalitätsmodi „Verschmelzung, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit“ (1991b), die in der „intersubjektiven Ko-respondenz“ zum Tragen kommen, in *Dialogen* und *Diskursen*, die von *Polylogen* umgeben bzw. in sie eingebettet sind. Dabei legt sie die „Andersheit des Anderen“ (Levinas) und die Intersubjektivität (Marcel) sowie die radikale Dialogik (Bakhtin) und

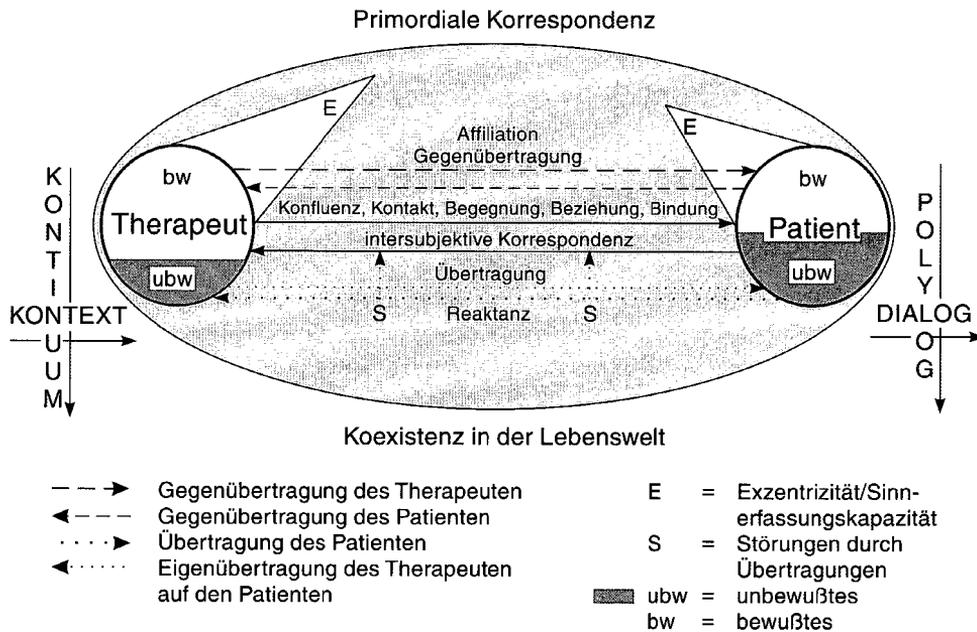


Abb. 6: Dimensionen der Relationalität

Polylogik (*Petzold*) als Leitkonzepte zugrunde. In der therapeutischen Praxis und der Netzwerkarbeit wird auf den differenzierten Umgang mit diesen Modi neben der Handhabung der sozialpsychologischen Phänomene der Affiliation, der Reaktanz, des Rollenhandelns (*Stroebe* et al. 1997), sowie der klinischen Phänomene „Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand“ (*Petzold, Sieper* 1993, 117ff) im Rahmen der „Grundregel“ der Integrativen Therapie (S. 1050) Wert gelegt.

In Prozessen der „Ko-respondenz“, d.h. der „Begegnung und Auseinandersetzung“ in wechselseitiger, responsiver Empathie und die soziale Realität erfassendem „sozialen Sinnverstehen“ (1995a, 242; *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* 1995) wachsen *Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs-,* und *Sinnschöpfungskapazität* (Abb. 6), Bewußtheit (bw), *Exzentrizität/Sinnerfassungskapazität* (E), nimmt Unbewußtheit (ubw) ab und wird *Sinn als Konsens* gewonnen, und sei es der Konsens, daß man *Dissens* hat. Dieser muß respektvoll wertgeschätzt werden, soweit die ethiktheoretischen Leitwerte der Gewährleistung der *Integrität* von Personen, Gruppen, Lebensräumen, von *personaler Souveränität* und der Verwirklichung von *Intersubjektivität* dadurch nicht gefährdet werden (1991e), ansonsten gilt es, engagiert Einzutreten (idem 1996 j, k). Unter dieser Perspektive werden Therapie, Agogik und Wissenschaft als Konsens-/Dissensprozesse der Konzeptbildung und der Begründung von kooperativem Handeln (idem 2000h) gesehen: *Ko-respondenz* ⇒ *Konsens/Dissens* ⇒ *Konzept* ⇒ *Kooperation*.

Dem *Dissens*, der als Ausdruck von *Heterotopien* (*Foucault* 1998) und *différance* (*Derrida* 1967) Vielfalt, Transversalität begründet – auch das *Mitsein* trägt seine Signatur –, wird im Integrativen Ansatz eine eminente Bedeutung beigemessen, denn er ist eine Quelle von Innovation, Kokreativität, Ausdruck der Freiheit und der Wertschätzung von Andersheit.

6.6 Komplexe Identität in prekären Lebenslagen

Integrative Therapie ist eine identitätstheoretisch orientierte Therapie, die die konkrete Lebenslage von Menschen berücksichtigt. Im Modell der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie (S. 430ff) nimmt die Identitätstheorie eine besondere Stellung ein (*Petzold, Mathias* 1982). Entwicklungsgeschehen wird zugleich als Sozialisationsprozeß in komplexen Lebenslagen aufgefaßt, in dem durch *fremdatributive* einerseits und durch *selbstattributive* Prozesse im *autobiographischen Memorieren* (*Conway* 1990; *Granzow* 1994; *Petzold, Orth* 1993a) andererseits, in der koreflexiven und koemotiven Korrespondenz mit Anderen **Identität** entsteht. In einer **Hermeneutik des Subjekts mit Anderen** denkt dieses über sich selbst, sein **Selbst**, über die Anderen und die Welt, über seine Lebenslage nach, denkt mit den Anderen nach, *handelt* mit Anderen *kooperativ* in der Lebenslage, und so werden subjektiver und gemeinschaftlicher **Sinn** (2001k), *persönliche* und *kollektive Identität* (2001p) generiert. Lebensgeschichte entsteht in mitvollzogener, narrativ mitgestalteter und mitreflektierter Zeitgeschichte. Lebensformen entstehen in „sozialen Welten“ als gemeinschaftlichen „mentalen Repräsentationen“ (*Moscovici* 1984; *Moscovici* 2001; *Petzold* 2002g), die ich als „kollektive Kognitionen, Emotionen und Volitionen“ definiere und die sich in „lifestyle communities“ als sozialen Mikrowelten konkretisieren. In ihnen können sich Identität und Identitätsfacetten inszenieren (*Müller, Petzold* 1999).

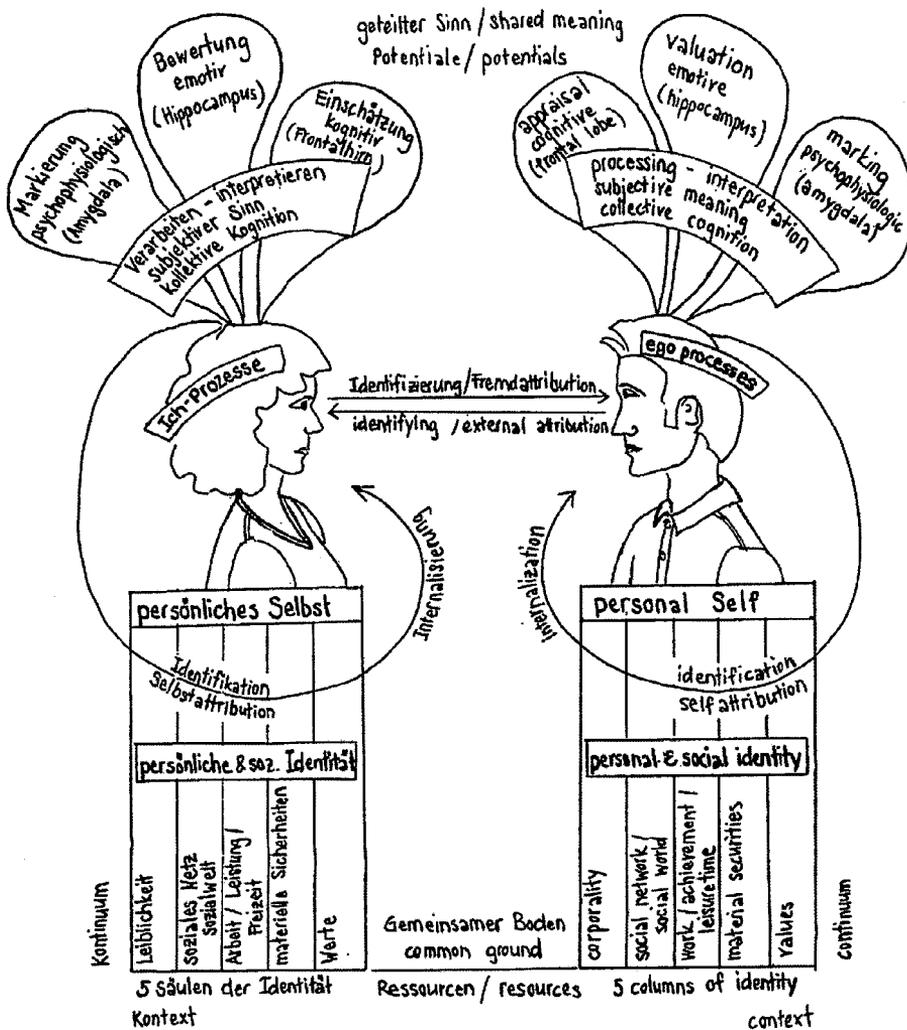


Abb. 7: Das Subjekt als personales System: **Selbst, Ich, und Identität** in KONTEXT/KONTINUUM, in Lebenszeit und Lebensraum, in der „Lebenslage“ – Intersubjektive Ko-respondenz und Identitätsarbeit (aus Petzold 1998a, 371, vgl. zur Theorie Müller, Petzold 1999 und insgesamt jetzt 2001p)

In den Ereignissen des Sozialisationsgeschehens kann das Subjekt durch benigne, identitätsstiftende Lebenslagen oder durch prekäre bzw. destruktive identitätsbeschädigende Einflüsse aus negativen Lebenslagen, die es leibhaftig aufnimmt (vgl. Abb. 5, 7), in seinen **leiblichen** (d.h. seinen körperlichen, seelischen und geistigen) Grundlagen erschüttert oder auch gekräftigt werden. Es muß sich – je nach **Lebenslage**, besonders in einer prekären – in seinem *persönlichen Selbst* (= *Leibselbst*), seinen vielleicht geschädigten, dysregulierten Selbst-, Ich- und Identitätsprozessen konsolidieren.

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der **persönlichen Identität**, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen“ (2000h).

Wenn prekäre Lebenslagen das **Ich** belasten, so daß es vielleicht in seinen primären und sekundären Ich-Prozessen bzw. Ich-Funktionen (1. Fühlen, Denken, Wollen, Memorieren, 2. Synthesieren, Identitätskonstitution, Rollendistanz etc. – Petzold, Orth 1994) gestört und desorientiert wird, muß es psycho-, sozio- und ggf. leibtherapeutisch gestützt und wieder in ein gutes Fungieren gebracht werden. Die **Identität** des Subjekts kann durch die genannten kontextbedingten Beeinträchtigungen von **Selbst** und **Ich** einerseits und durch eine risikoreiche Umwelt, der **Lebenslage**, andererseits gefährdet werden – ein *circulus vitiosus*. Negative *Fremdattributionen* (*Identifizierungen*) haben vielleicht zu negativen *Selbstattributionen* (*Identifikationen*), zu negativen, identitätsbeeinflussenden kognitiven Einschätzungen (*appraisal* im präfrontalen Cortex) oder zu negativen emotionalen Bewertungen (*valuation* im limbischen System) geführt, die z.B. durch kognitive, lernorientierte Therapie, wie sie der Integrative Ansatz schon früh entwickelt hat (Petzold, Osterhues 1972; Sieper 2001), und durch emotionales Modeling (1992b) – ggf. durch psychophysiologische Regulationshilfen (*rebalancing*, vgl. 2000f) – Umwertungen (*revaluation*) und Neueinschätzungen (*reappraisal*) erfahren müssen.

Die tragenden Identitätsbereiche, die sogenannten „Fünf Säulen der Identität“ (1975h, Petzold, Orth 1994) bedürfen, wo sie durch Traumatisierungen und Defizite und deren Aus- und Nachwirkungen beschädigt oder beeinträchtigt sind, der therapeutischen Stütze für den Betroffenen und seinen Konvoi:

Leiblichkeit (I) durch körpertherapeutische Methoden,
Netzwerk (II) durch soziotherapeutische Netzwerkarbeit und lebenslagebezogenen Interventionen,
Arbeit/Leistung/Freizeit (III) durch Beratung bzw. Coaching, Hilfsprogramme,
Materielle Sicherheiten (IV) durch Beratung, Unterstützung, sozialökologische Interventionen,
Werte (V) durch sinnstiftende, nootherapeutische Angebote (z.B. narrative Praxis, kreative Medien, meditative und ästhetische Erfahrungen, vgl. 1999q, 2001k) aus einer Haltung der „clinical wisdom“ (S. 399).

Die Identitätstheorie ist konzeptuell mit der Entwicklungs-, Netzwerk- und Lebenslagetheorie konnektiviert und ist so mit der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft befaßt (Müller, Petzold 1999, 2002a, b), erfordert also beständig kritische und metakritische Reflexion.

6.7 Heraklitesche Orientierung – Transversalität – Transgressionen – Kritische Kulturarbeit und Parrhesie

Integrative Therapie hat sich stets als Ansatz „kritischer Kulturarbeit“ verstanden (vgl. Petzold, Orth, Sieper 2000) – hier ist sie dem Erbe von *Pierre Janet*, *Sigmund Freud*, *Georges Politzer*, *Wilhelm Reich*, *Michel Foucault* und *Paul Goodman* verpflichtet – und das nicht nur auf der Ebene der Theoriarbeiten (idem 1996j), sondern auch auf der Ebene institutioneller Praxis und engagierter Projektarbeit und dem parrhesiastischen Eintreten und Auftreten für gesundheitspolitische Ziele und aktive Friedensarbeit (1986a). Der Aufbau unserer EAG-Weiterbildungsakademie ist für uns ein solches Projekt (Petzold, Sieper 1993) oder die Arbeit in der Traumatherapie (1986b; Petzold, Wolf et al. 2000) oder das Engagement in der Gerontotherapie (1965, 1985a; Müller, Petzold 2002a, b). Sie sieht sich als Beitrag zur Kulturarbeit in einer sich permanent wandelnden Welt, die aufgrund dieses Wandels eine permanente Aufforderung (*affordance*) zur Gestaltung des Lebens und der Lebensverhältnisse gibt. Die *heraklitesche Orientierung* (S. 351ff) der Integrativen Therapie führt zu einer Grundhaltung, die bereit macht, die Vielfalt des Lebens zu durchqueren mit einer Offenheit für Veränderung, mit einer *transversalen Grundhaltung*, die der *Skoteinos von Ephesos* in seinen Flußfragmenten (S. 354) zum Ausdruck gebracht hat. Der Fluß beständiger Veränderung betrifft das individuelle Leben und Schicksal genauso wie soziale Gruppen und Gemeinwesen, Prozesse in der Therapie, wie solche in Wissenschaft und Forschung. Das gilt natürlich auch für die Entwicklung von Therapieverfahren. Durch das heraklitesche Moment des Lebens und alles Lebendigen wird beständig *Vielfalt generiert* – Vielfalt der kulturellen Formen, des Wissens, der Praxen. Diese Realitäten gilt es zu konnektivieren, indem sie beständig transversal durchgemessen werden in einem *kompetenten Navigieren in den Meeren der Weltkomplexität*. Damit betonen wir im Integrativen Ansatz die Möglichkeiten der gestaltenden Einflußnahme, des *Umgangs mit Transversalität*. Wir sind dem herakliteschen Strom nicht gänzlich ausgeliefert, sondern wir haben die Chance, zu steuern. Der Kybernetes segelt vor dem Wind, kann Wirklichkeit in den Horizont hinein überschreiten. *Transgression* ist damit ein zentrales Thema für die Praxis der Therapie im Integrativen Ansatz, für ihre Beiträge zur Kulturarbeit und für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Integrativen Verfahrens als Praxeologie und Disziplin, aber auch für den Beitrag zu ihren Referenzdisziplinen: der klinischen Psychologie und damit zur Psychologie, der klinischen Philosophie (1991a, 2002h) und damit zur Philosophie. Die Entwicklung der Integrativen Therapie ist als Oszillieren zwischen Einheit und Vielfalt (idem 1989a), als Differenzierung, Konnektivierung, Integration, erneute Differenzierung zu sehen und als spiralförmige Überschreitung, als Kreation und Kokreation in die verschiedensten Richtungen orientiert – die heraklitesche Spirale ist nach beiden Seiten offen. Wegen dieser transversalen Vielfalt wurde sie von uns als Leitsymbol der Integrativen Therapie gewählt (Petzold, Sieper 1988b). *Nietzsche* hat diesen herakliteschen Gedanken der **Transgression** in besonderer Weise entwickelt. Meine Vorstellung und Erfahrung mit mir selbst und vielen PatientInnen und LehranalysandInnen ist, daß ein *heraklitescher Mensch* sich selbst *in sich selbst hinein* und *in die Welt hinein* zu den Anderen hin überschreitet. In diesen Bewegungen, die immer in gemeinsame Bewegtheit führen, etwas in Bewegung setzen (S. 977ff), liegt **Kulturarbeit** (2003g, d, e).

7. Integrative und differentielle „Humantherapie“ – ein „biopsychosoziales Modell“ mit seinen „Wegen der Heilung und Förderung“ und „multimodaler“ Praxis

Ein solch breiter Ansatz, der Psychotherapie in die heraklitesche Entwicklungsidee stellt und sie zu einer **Integrativen und differentiellen Humantherapie** überschreitet, die körperliche Dimensionen, emotionale, volitive, kognitive Aspekte einbezieht, Leiblichkeit und Sozialität betont und gesellschafts- und kulturkritische Hintergrunddimensionen systematisch zu reflektieren sucht – also stets *im Meer der Komplexität navigierend*, um metahermeneutische Perspektiven bemüht ist – ein solcher Ansatz muß aus der *Exzentrizität* wieder in die *Zentriertheit* finden. Zentriertheit kann in der Zwischenleiblichkeit, in einer Beziehung liegen, in der Leiblichkeit, im Selbstbezug und vermag sich aus dieser fokussierenden Zentrität wieder in die Exzentrizität zu wenden – ein beständiger Wechsel der Wege, ein permanenter Wandel, wie er Lebens- und Lernprozesse kennzeichnet. Um diese ganzen Zusammenhänge, deren Komplexität man nicht durch Abblendung, Ausblendung, positivistischen Reduktionismus löst, geht es in diesem Werk, und diese Komplexität, für die ich durch mein Elternhaus, das Aufwachsen in unterschiedlichen Kulturen sensibilisiert war (2002h), hat mich zum Konzept einer **„Integrativen und differentiellen Humantherapie als einem biopsychosozialen Modell“** (1965, 1992a, 2001a, 2002j, dieses Buch, S. 1051) geführt. In dieser unterscheiden wir ein *generalistisches* und ein *störungsspezifisches* Vorgehen. Ganz ohne Zweifel gibt es Verfahren wie die wissenschaftliche Gesprächstherapie, die systemische Therapie (Schiepek 1999) oder die Gestalttherapie, letztlich auch die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die eine generalisierte Form der Behandlungsmethodik praktizieren mit ursprünglich nur minimalen behandlungstechnischen Variationen für spezifische Störungsbilder – und sie haben damit empirisch belegte gute Wirkungen (Grawe et al. 1994). Das gilt auch für die Integrative Therapie (Petzold et al. 2000; Märtens et al. 2002). Es gibt also eine *generelle* Wirkung, und ich bin der Auffassung, daß sie auch die Basis für *spezifische* Wirkungen ist. Die Verhaltenstherapie – und zunehmend auch andere der genannten Verfahren – hat störungsspezifische Behandlungen entwickelt mit guten bis sehr guten Ergebnissen. Aber es stellt sich die Frage, wieviel davon auf das Konto allgemeiner bzw. „*unspezifischer*“ Wirkfaktoren geht. Für die verhaltenstherapeutische Depressionstherapie sieht Arkowitz (1992) hier die Hauptwirkung. Sieht man die geringen Unterschiede der Wirksamkeit zwischen spezifischen und unspezifischen Behandlungsansätzen in älteren Studien, könnte man fragen, ob manualisierte *störungsspezifische* Behandlungen des Aufwandes lohnen – oder: bei welchen Störungsbildern? In der Integrativen Therapie haben wir z. B. mit einer *generalistischen* Behandlungsmethodik bei Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsstörungen gute bis sehr gute Effektstärken erzielt (Petzold, Wolf et al. 2000). Wir haben aber auch eine *störungsspezifische* Methodik entwickelt (2000g), die auf die generalisierte „aufgesetzt“ wird und die – wie eine laufende Untersuchung mit jugoslawischen Kriegstraumatisierten erkennen läßt (Josić, Petzold et al. in Vorber.) – noch etwas bessere Ergebnisse bringen wird. So verfolgen wir in der Integrativen Therapie eine kombinatorische Behandlungsstrategie, was *generalistisches* und *störungsspezifisches* Vorgehen angeht. Im generalistischen Vorgehen wird ein **„Integrativer Basisstil“** praktiziert, in dem vier Stilelemente zu einem festen Faden verflochten sind: *perzeptiv-leiborientiertes, narrativ-evidenzorientiertes Vorgehen* (2002b) und es gibt natürlich Differenzierungen wie die vier **„Wege der Heilung und Förderung“** (1988n, 2000h), die abschließend in ihrer derzeitigen Ausformulierung dargestellt seien, wobei aus dem unimodalen Spektrum (1974j, 302) verschiedene *Modalitäten* (z.B. konflikt-

zentriert-aufdeckend, erlebniszentriert-stimulierend, übungszentriert-funktional, medikamentös-stützend, netzwerkorientiert) beispielhaft aufgeführt werden:

1. Weg – Bewußtseinsarbeit, u.a. durch wachsende Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnerschöpfungskapazität:

Ziele sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussetzung auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (S. 338f, 2001k) sowie ein Bewußtwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektkonstitution (Foucault 1985a,b; Petzold, Orth, Sieper 2000). *Bewußtseinsarbeit* erfolgt durch eine intersubjektive und persönliche Hermeneutik und Metahermeneutik des Subjekts (Petzold 1988t, 2000e, 2000b, 2000h) nach dem Modell der „hermeneutischen Spirale“ (S. 162, 177): die von multidimensionalem **Wahrnehmen** im unmittelbaren Erleben ausgeht, Wahrnehmungsstörungen exploriert, um sie zu korrigieren, dann fortschreitet zum **Erfassen** von Bezügen zu Aktuellem, Vergangenen, Prospektivem, was Aufmerksamkeit, Bewußtsein, Kognisieren erfordert, Funktionen die geprüft und ggf. „behandelt“ werden müssen. Dann geht es weiter zum sprachlich begründeten und sozial kontextualisierten **Verstehen** von Auswirkungen und Nachwirkungen, d.h. von wirksamen Strukturen, dann zum **Erklären**-können (seiner Selbst, der Anderen, des Kontextes), welches schließlich in **Verändern** als einer „Neuorientierung“ münden kann (vgl. Abb. 5, Ratey 2001, 414ff). Durch eine solche „persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik des Subjekts“ verbinden sich im Sinne „vitaler Evidenz“ *leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht* auf der Grundlage von konkreter *zwischenmenschlicher Bezogenheit* in „prozessualer Aktivierung“, um in „narrativer Praxis“, in der Gesprächs- und Erzählgemeinschaft der therapeutischen Situation (Petzold, Petzold 1991, idem 1991o, 1999k, 1999o), neue Strukturen zu bilden und Strukturgefüge zu modulieren, neue Lebensnarrationen zu beginnen. Besondere Bedeutung kommt dem Eröffnen einer „Metaperspektive“ auf die Therapie zu, das Aufzeigen der Dependenzstrukturen des therapeutischen Settings selbst und der hier möglichen Machtdiskurse (Petzold, Orth, Sieper 1999), um durch einen *diskursanalytischen und dekonstruktivistischen* Zugang (sensu Foucault und Derrida, vgl. Schuch 2001) eine emanzipatorische *Überschreitung* (Transgression) zu „persönlicher Souveränität“ und zu einer vielfältigen, flexiblen Persönlichkeit zu ermöglichen, die ein zentrales Ziel Integrativer Therapie ist (Petzold, Orth 1998). Durch solche „metahermeneutische Arbeit“ können auch Abhängigkeiten von therapeutischen Ideologien und therapeutischen Lebensstilen aufgelöst werden (Petzold, Orth, Sieper 2000).

Modalität: konfliktzentriert-aufdeckend, ggf. medikamentös-stützend.

Methoden und Techniken: störungsspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

2. Weg – Nach- und Neuzoialisierung, u.a. durch emotionale Differenzierungsarbeit und Förderung der Willensstrebungen (*differentielles Parenting/Reparenting*):

Ziele sind Grundvertrauen bekräftigen, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum zu erweitern und defizitäre Strukturen (z.B. perzeptive emotionale, volitive, kognitive Defizite) durch *korrigierende*, nachsozialisierende Erfahrungen (F. Alexander) oder *alternative, ressourcenaktivierende* Erfahrungen (H. Petzold) – diese beiden Strategien werden differenziert – in einer gewachsenen, tragfähigen therapeutischen Beziehung zu verändern (S. 561, 590, 694; Petzold, Orth 1999a, 200, 214). Differentielle, regressionsorientierte Arbeit im Sinne dieses zweiten Weges ist indiziert, wo nicht Regression eine Form der Abwehr ist, sondern wo *aktivierte* maligne, defizitäre, aber auch benigne *Strukturen* und entsprechende Erinnerungen positiv zum Tragen kommen können. Unter Einbezug zwischen-leiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation wird besonders an dysfunktionalen „emotionalen Stilen“ bzw. Strukturen/Schemata (S. 638 ff.) gearbeitet. Defizite emotionaler und volitiver Sozialisation können durch „emotionale Differenzierungsarbeit“ angegangen werden, negative *Grundstimmungen* werden durch Methoden der „Umstimmung“ beeinflusst (ibid.), schwache Entscheidungskraft und fehlendes Durchhaltevermögen des Willens werden durch volitive Übungssequenzen (2001i) verändert. Führt die Regression in Annäherung an frühe Relikte aus der *Säuglingszeit*, so können die genetisch disponierten, typisierten Muster des „*Intuitiven Parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981) auch in der Arbeit mit Erwachsenen zum Tragen kommen. Parentingmuster für die *Kleinkindzeit* sind nicht mehr typisiert, als „*sensitive caregiving*“ bekannt und werden über die Lebensspanne hin wirksam (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Vyt 1989). Jeder benignen Regression folgen Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug, mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten, z.B. in Self-Parenting, Selbstsorge, der Selbstregulation, Selbstentwicklung, indem man „sich selbst zum Projekt“ macht (S. 430ff; Bermúdez et al. 1995). Außerdem dürfen Parentingstrategien keineswegs nur auf das frühe Milieu begrenzt werden. Auch Adoleszente brauchen Eltern, und Erwachsene sind gut beraten, wenn sie einen väterlichen Freund

oder eine mütterliche Frau bei schwierigen Lebenssituationen konsultieren können. Dabei nimmt der Therapeut unterschiedliche Rollen und Funktionen ein, keineswegs nur elterliche (Petzold, Orth 1999a). Zu meist jedoch verkörpert er kompetente, erwachsene Schutz-, Pflege- und Bezugspersonen in „aktualisierten Situationen“ fehlenden Beistandes oder in der Aktivierung früherer guter Milieus und anderer gegenwärtiger Ressourcen (1997p) sowie in der prospektiven Entfaltung von Potentialen der Person und ihres Konvois (Hass, Petzold 1998).

Modalitäten: konfliktzentriert-aufdeckend oder erlebniszentriert-stimulierend, ggf. medikamentös-stützend.

Methoden und Techniken: Störungsbildspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, u.a. durch multiple Stimulierung:

Ziele sind, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der PatientInnen zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen und Performanzen des Copings und Creatings zu fördern (1997p; Flammer 1990), schließlich neue Strukturbildung anzuregen. Es geht darum, eine Lebenskunst (Schmid 1999) zu bekräftigen, in der das eigene Leben ko-kreativ mit „significant others“ als „Kunstwerk“ gestaltet wird (Foucault 1984d): „das Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (1999q, 2000e, Petzold „et al.“ 2001b).

Durch „multiple Stimulierung“ werden alternative Erfahrungsmöglichkeiten bereitgestellt, z.B. mittels Bewegung, Spiel, kreativen Medien (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993a), Experimenten und Projekten, kommunikativer Förderung. Sie entwickeln die Selbstwahrnehmung aus der Ressourcenperspektive und so wiederum „persönliche Souveränität“, die „Vielfalt der Persönlichkeit“ (Petzold, Orth 1998; Bakhtin 1981, 1986), indem sie das Ressourcenreservoir und die „persönlichen Potentiale“ vergrößern, so daß sich persönliche Narrative bzw. Strukturgefüge erweitern und verändern können und die Biosodie, das „sich erzählende“ Leben, die sich fortschreibende Lebensnarration (McLeod 1997; Petzold, Orth 1993a; Petzold 2000b, e) als lebendiger Prozeß der selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Biographie in ständigen Überschreitungen (transgressions, vgl. Petzold, Sieper, Orth 2000) entwickelt.

Modalitäten: erlebniszentriert-stimulierend oder übungszentriert-funktional.

Methoden und Techniken: Narrative Praxis, Störungsbildspezifisch, zugepaßt auf die Lebenssituation.

4. Weg – Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen u.a. durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment:

Ziele sind, Förderung von exzentrischer Metareflexivität und Selbststimmtheit, d.h. Entwicklung **persönlicher Souveränität**; weiterhin eine „Kultivierung altruistischen Engagements“ (Zahn-Waxler et al. 1991; Monroe 1996; Sober 1998), denn kritisch reflektierter, konkret praktizierter Altruismus hat ein heilendes, gesundheitsförderndes und persönlichkeitsentwickelndes Potential (Hunt 1992). Er wird überdies zu einer immer bedeutsameren Notwendigkeit in modernen Gesellschaften, die auf Dauer nur funktionieren können, wenn ihre Mitglieder „engagierte Verantwortung“ (1978c, 2000h) im Sinne „Integrativer Ethik“ (Krämer 1992; Endreß 1995; Petzold 1990n) übernehmen. Das muß, wo immer möglich, auch in Therapien zu Tragen kommen, damit Patienten, die oft genug „Opfer“ gesellschaftlicher Benachteiligung sind, aus dieser Rolle herauskommen und gesellschaftliche „Selbstwirksamkeit“ gewinnen.

Dieser vierte Weg unterfängt die Arbeit in den übrigen drei Wegen durch die solidarische Haltung des Therapeuten, durch sein engagiertes Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist. Damit dies nicht nur eine sozialpolitische Haltung ist, eine Deklaration gesundheitspolitischen Engagements, auch konkrete alltagspraktische Hilfen gehören hierhin, z.B. initiierte und begleitete soziotherapeutische Maßnahmen bei akuten Belastungen und schwierigen Lebenslagen, die oft prioritär sind, und die Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme (Hass, Petzold 1999). Der Integrative Ansatz hat stets großen Wert auf Soziotherapie (Petzold 1997b), Wohngemeinschafts- und Selbsthilfeprojekte (Petzold, Vormann 1980; Petzold, Schobert 1991) gelegt und Instrumente der Netzwerktherapie, Projektarbeit und des Gesundheitscoachings entwickelt. Grundlegend ist hier der Ansatz des „sozialen Sinnverstehens“ (Petzold, Metzmaker, Zaepfel 1995; Zaepfel, Metzmaker 1996; Petzold 1995b, 171), der „sozialen Empathie“ (ebd., S. 242), ein Erfassen der Situation des Patienten im Netzwerk, der Situation des Netzwerks und seiner Strukturen, der sozioökologischen Gegebenheiten durch Akte „sozialperspektivischer Identifikation“ und des Ermöglichens „wechselseitiger Empathie“. Therapieziele, die aus dieser Matrix erwachsen, kommen unmittelbar im sozialen Raum und in alltagspraktischen Hilfen zum Tragen.

Modalitäten: Konflikt- und erlebniszentriert, netzwerkorientiert.

Methoden und Techniken: Hier wird auf das Instrumentarium sozial-kognitivistischer bzw. behavioristischer Ansätze genauso zurückgegriffen wie auf Strategien aus „social casework“ bzw. „casemanagement“ oder aus der Soziotherapie.

Diese **Wege** müssen gegangen und weitergegangen, diese **Modalitäten** müssen praktiziert werden, weitere können gefunden werden. Sie zielen nicht auf eine *end-gültige* Form ab, sondern sie befinden sich in einem Prozeß permanenter Entwicklung, beständiger Metamorphosen (*Orth, Petzold* 1990). Sie sind in den herakliteischen Strom des Lebens eingebunden.

In diesem **bio-psycho-sozialen** Modell mit seinen Wegen und Modalitäten stellt die *Psychotherapie* die Kernkomponente „**psycho**“, deren cartesianische Dualismen und Individualisierungstendenzen allerdings geklärt werden müssen, um zu gewährleisten, daß die Kernkomponente „**sozio**“ einen angemessenen Platz erhält und *Soziotherapie* und netzwerk- und lagebezogene Sozialinterventionen nicht als nachrangige Stützmethoden klassifiziert werden. Schließlich muß die Kernkomponente „**bio**“ in ihrer Bedeutung gewürdigt werden, damit *Leib- und Bewegungstherapie*, aber auch mikroökologische Interventionen (idem 1995 a,b; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) oder medikamentöse Maßnahmen (*Birchler, Petzold* 2002) ihren angemessenen Ort erhalten (ausführlich 2003e und dieses Buch, S. 1051ff).

Ich hoffe, daß der Integrative Ansatz unserer **O r i e n t i e r u n g** inzwischen mit seiner zunehmenden Internationalisierung und Mitarbeiterschaft einen Grad der Elaboration erreicht hat, der zur Disziplin der klinischen Psychologie, der Psychotherapie und zu den leiborientierten Therapieformen einen substantiellen Beitrag leistet und daß die **Neuaufgabe dieses Werkes** den Kolleginnen und Kollegen aller Richtungen im Felde der Psychotherapie Ideen, Konzepte und Methoden zur Verfügung stellt, die sie ermutigen, eine „**Kultur wertschätzenden Miteinanders**“ zu leben, Grenzen zu erweitern, Einengungen – von „Richtlinien“ oder wovon auch immer – parrhesiastisch zu überschreiten, Ansätze des Denkens und des Handelns, die ihnen in ihrer Praxis als „Menschenarbeiter“ zugute kommen und die ihren PatientInnen helfen, Belastungen zu mindern, Gesundheit wiederzugewinnen, in ihrer Persönlichkeitsentwicklung voranzukommen und ihr kritisches Bewußtsein zu stärken.

Anmerkungen

- 1 Bd. II Teilband II, 1, 1991a; II, 2, 1992a; II, 3, 1993a. Bd. I, Teilbände 1 und 2. Jahreszahlen mit Siglen in runden Klammern ohne Autorenangabe beziehen sich auf meine Veröffentlichungen nach der Aufstellung meines Schriftenverzeichnisses (Bd. II, 3 dieses Werkes), Seitenzahlen in Klammern auf dieses Werk.
- 2 Den Term „transversal“ zur Kennzeichnung einer ultrakomplexen Wirklichkeit, die durchquert, nicht aber *in toto* definiert werden kann, weil sie Einheit in Vielfalt ist, entlehnte ich damals einem Aufsatz von *Guattari* (1964). Heute bietet *Welsch* (1996) eine entwickelte Transversalitätstheorie.
- 3 Der Begründer und die drei zentralen Mitarbeiterinnen bzw. Gründerpersönlichkeiten – *Heinl* (seit 1972), *Orth* (seit 1974), *Sieper* (seit 1965) – erhielten in den vergangenen Jahren für ihre Verdienste um eine innovative Psychotherapie und ihre Arbeit an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ und am „Fritz Perls Institut“, Einrichtungen, die sie mitbegründeten bzw. an denen sie in leitender Funktion tätig waren, das Bundesverdienstkreuz.
- 4 Nach Abschluß meiner OE-Ausbildung bei den National Training Laboratories (NTL) in Bethel, Maine (u.a. bei *K. Benne, L. Bradford, Ch. Seashore*).
- 5 *Petzold, Sieper* 1970, 1972b, 1976, 1977; *Petzold, Sieper, Orth* 1995; *Sieper, Petzold* 1993; *Petzold, Steffan* 1999, 2000b; *Petzold, Hass, Märten* 1998
- 6 Vgl. zu diesem, vom Autor inaugurierten zentralen Konzepten „Kokreativität und Konflux“ in der *Integrativen Therapie* *Petzold* 1971k, 1998a; *Iljine, Petzold, Sieper* 1990.
- 7 *Petzold* 1998a; *Hass, Petzold* 1999 und besonders *Müller, Petzold* 1999
- 8 dieses in Bd. I 1, 2 und *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Petzold, Wolf et al.* 2000
- 9 *Schüffel et al.* 1998
- 10 *Amman, Wiplinger* 1998

- 11 *Becker* 1995; *Traue* 1998
- 12 *Hass, Petzold* 1999; *Josselson* 1995
- 13 *Petzold* „et al.“ 2002; 1991o, 1999k; *McLeod* 1997
- 14 *Petzold, Steffan* 1999b
- 15 *Petzold, Orth* 1999a
- 16 *Petzold* 1997p
- 17 *Havighurst* 1948
- 18 *Laireiter* 1999; *Petzold, Steffan* 1999b
- 19 *Schmid* 1999
- 20 *Foucault* 1986a
- 21 *Petzold, Orth, Sieper* 1999
- 22 *Lévinas* 1983; *Petzold* 1992a, 500ff
- 23 *Petzold* 1991e
- 24 *Petzold* 1987d; *Petzold, Orth* 1999
- 25 *Petzold, Ebert, Sieper* 1999
- 26 *Petzold* 1986h
- 27 *Petzold* 1987d
- 28 *Steinfath* 1998
- 29 *Berdjajew* 1930; *Petzold* 1971 IIa
- 30 *Bukow* 1999; *Nölke* 1997; *Lauth* 1992; *Klein, Schmalz-Bruns* 1997; *Somers* 1998
- 31 Als Klienten werden Menschen gesehen, die sich in Lebensschwierigkeiten befinden und für ihre Probleme Hilfestellung benötigen, als Patienten Menschen, die ohne massive Hilfe nicht auskommen.
- 32 Das durch die „Richtlinien“ praktizierte „Gutachterverfahren“ verdient eine längere Fußnote, die vielleicht sogar im Haupttext stehen müßte, denn dieses Verfahren zeigt etwas über den Zustand der deutschen Psychotherapie. Es zeigt die ganze Abstrusität von Machtdiskursen jenseits wissenschaftlicher und klinischer Rationalität. Wo in der Medizin bzw. in der Psychotherapie sonst auf der Welt gibt es eine solche Praxis? Wo findet sich ein solches System der „Ferndiagnostik“, der Konsiliarität ohne Augenscheinnahme. Nirgendwo wurde die Objektivität und Zuverlässigkeit der Gutachten bzw. des ganzen Procedere empirisch untersucht oder evaluiert. Nirgendwo wurde evaluiert, daß die Gutachterpraxis Qualität gewährleistet oder sichert, noch nicht einmal, daß sie Kosten spart und wie sie das tut (zum Wohle oder zu Lasten der Patienten?). Die Qualität der Begutachtungen ist überdies, wie Auswertungen unlängst ergaben, oft sehr mager, zuweilen grob fehlerhaft (vgl. *PsychotherapeutenFORUM* 5/1999, 2/2000) und wird dennoch von der Mehrheit der „community“ der an die Gutachter ausgelieferten Praktiker (nun, es gibt die Obergutachter, und wer begutachtet die?) zähneknirschend akzeptiert. Widerstand regt sich von Seiten einiger TherapeutInnen erst neuerlich (ibid.). Jeder weiß um die Praxis der Textbausteine oder Services, die die Gutachten „professionell“ schreiben, jeder weiß auch, was gehört werden will und deshalb auch geschrieben wird, welche Formulierungen „durchgehen“. Schon *Freud* hatte alles daran gesetzt, eine „Synchronisierung“ des Blicks (*Bos* 2000), der Sichtweise – man spräche besser von ihrer Einengung – zu erreichen. Die Theorien, die hinter dieser vom psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Paradigma durch das Gutachtersystem eingeforderten Diagnostik, Psychodynamik, Behandlungskonzeptionen stehen, sind oft „outdated“, umstritten und zumeist nicht an den aktuellen Ergebnissen der Therapieforschung des eigenen Paradigmas ausgerichtet. Blickt man auf die Wirkfaktorenmodelle und -forschungen (*Grawe* 1998; *Smith, Grawe* 1999; *Petzold* 1993p; *Märtens, Petzold* 1998b), auf das, was in Therapien wirkt – nämlich wesentlich die „Passung“, die „therapeutische Beziehung“, spezifische Interventionsformen wie „Expositionen“ etc. – kann die Praxis des Gutachterverfahrens nur als absurd bezeichnet werden. Die rechtlichen Probleme, die Fragen des Datenschutzes und des Schutzes von Persönlichkeitsrechten (Weitergabe von Geheimnissen), sowie des Schutzes von PatientInnenrechten anbelangt, sind immens und bei weitem noch nicht erledigt, wie anhängige Beschwerdeverfahren annehmen lassen (*Cullmann* 1997). Und was, wenn der Patient die Gutachten einsehen will? Aus der Supervisionspraxis sehe ich eine starke Tendenz zur Hermetik bei den Gutachtern und zu einer Arkanpraxis bei den TherapeutInnen. Warum keine „Transparenz als Regelfall“ den Patienten/Klienten/Kunden, d.h. erwachsenen und mündigen Bürgern gegenüber, deren Introspektionsfähigkeit in der Regel als so hoch eingeschätzt wird, daß sie in einer deutungs- und einsichtsorientierten Behandlung mitwirken können. Was die TherapeutInnen anbelangt, oft langjährig praktizierende KollegInnen mit zumeist mehr als einer Ausbildung, die *in praxi* – und die Gutachter und Obergutachter wissen dies – ohnehin nach dem Prinzip „alles was ich kann“ verfahren, die Richtlinientherapie also (wahrscheinlich zum Wohle der PatientInnen, denn eklektisches Vorgehen hat gute Wirkungen, *Grawe et al.* 1994) permanent unterlaufen, so werden sie *inkompetent* gemacht und gehalten oder

- mit Unehrlichkeitsunterstellungen belastet, als ob sie nicht in der Lage seien, eine richtige Diagnose und einen angemessenen Behandlungsplan zu erstellen und als ob sie ohne die Kontrolle der Verlängerungsanträge alle „schwarze Schafe“ seien, die die Kassen „übers Ohr hauen“. Was sind das für Implikate, unter denen man heute in Deutschland als PsychotherapeutIn arbeiten muß?! Die ganze Prozedur erscheint unter dem Blick des *commomn senses* befremdlich und unter dem der *Foucaults*chen Diskursanalyse als ein Musterbeispiel für pastorale und medizinisierte Kontrollmacht. Man muß schon ein ausgeprägt paternalistisches Bewußtsein haben und ein ungebrochenes *Freud*vertrauen (man könnte auch von einem „falschen Bewußtsein“ sprechen oder von Dogmengläubigkeit), wenn man in einem solchen System als Gutachter und Obergutachter guten Gewissens mitwirkt – letztlich gegen die Interessen der eigenen Profession, gegen die Standards wissenschaftlich fundierter Praxis, in einem Machtdispositiv, das Artefakte produziert, dysfunktionale Normen reproduziert, konservativ/konservierend wirkt, Abhängigkeitsstrukturen zementiert und Privilegien (die der Gutachter) aufrecht erhält, die dem kritischen Blick, auch dem Blick in den eigenen Spiegel, kaum standhalten dürften.
- 33 The Advanced Learner's Dictionary of Current English, Oxford Univerity Press, London 1972, 193.
- 34 *Petzold* 1999p; *Petzold, Ebert, Sieper* 1999, 2000; *Petzold, Orth* 1999; *Petzold, Sieper* 2001d; *Märtens, Petzold* 2001.
- 35 Es hieße „die Psychoneurosen nach ihrer Herkunft und ihrer praktischen Bedeutung arg unterschätzen, wenn man glaubt, diese Affektionen müßten durch Operationen mit harmlosen Mittelchen zu besiegen sein. Nein, im ärztlichen Handeln wird neben der *medicina* immer ein Raum bleiben für das *ferrum* und für das *ignis*, und so wird auch die kunstgerechte, unabgeschwächte Psychoanalyse nicht zu entbehren sein, die nicht scheut, die gefährlichen seelischen Regungen zu handhaben und zum Wohle des Kranken, zu meistern“ (Bemerkungen über Übertragungsliebe, 1915, StAG, 1969, S. 230).
- 36 *Freud* verweist verschiedentlich auf die Beichtanalogie, wenn er vom Neurotiker verlangt: „volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion. Das macht den Eindruck, als streben wir nur die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist groß, denn wir wollen von ihm nicht nur hören, was er weiß und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiß“ (Die psychoanalytische Technik, 1940, a. a. O., S. 413). Unter diskursanalytischer Betrachtung wird der **Diskurs** der *Pastoralmacht* (*Foucault*), die Unterwerfung des Subjekts, hier noch perfektioniert. Der Patient wird darauf geeicht, seiner Reflexivität zu mißtrauen. „Wir verpflichten ihn auf die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine *Selbstkritik* auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewußte zu *erraten* und *durch unsere Mitteilung* die Kenntnis seines Ich von *seinem* Unbewußten zu erweitern“ (ebenda, S. 413, meine Hervorhebungen). *Freuds* Argumentation ist hier in großen erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten. Der Patient gewinnt Erkenntnisse, die Mutmaßungen seines Analytikers über sein Unbewußtes sind, der Wahrheitsgehalt immer offen bleiben muß und deren Wirkungen in der Tat nur auf die „suggestive Bindung“ an die Person des Analytikers (ebenda, S. 281) zu erklären ist. Was der Patient nicht weiß, bleibt *unbewußt*, was ihm bewußt wird, ist das Resultat der Deutung des Therapeuten, sein *Kerygma*, seine Offenbarung und Verkündigung. Und so bleibt es bei der von *Freud* dem unparteiischen Zuhörer in den Mund gelegten Feststellung: „Das ist ja das Prinzip der Beichte, dessen sich die katholische Kirche seit jeher zur Versicherung ihrer Herrschaft über die Gemüter bedient hat. ‚Ja und nein‘, müssen wir antworten. Die Beichte geht wohl in die Analyse ein, als ihre Einleitung gleichsam. Aber weit davon entfernt, daß sie das Wesen der Analyse träge oder ihre Wirkung erkläre“ (Die Frage der Laienanalyse 1926, a. a. O., S. 280f). Es wird wieder das Argument der Erforschung des Unbewußten gebracht, ohne daß gesehen wird, daß es sich um eine „*Verkopplung*“ der *Beichte* und der durch sie gesicherten *Pastoralmacht* geht; wird im diskursarmen Raum des Beichtstuhls der Poenitent auf *bewußte* Verfehlungen gegen die auferlegten Regeln ekklesialer *Macht* geprüft und mit Buße und Sühneleistungen diszipliniert, so wird durch die noch radikalere Verhinderung des Diskurses in der Psychoanalyse - nur der Analytiker kann ja das Unbewußte erraten und offenlegen - das neue Wissen als die Wertfreiheit der *gesellschaftlichen Macht*, die die Psychoanalyse vertritt (*Dauk* 1999), gleichsam ohne Hinterfragungsmöglichkeiten der kritischen Vernunft dem Bewußtsein implementiert (jedenfalls ist dies durch Verpflichtung zur Abstinenz von Kritik in der *Grundregel* intendiert).
- 37 Ein *partnerschaftlicher* Dialog mit den Psychologen hatte in diesem Prozeß, der schließlich nach zwanzig Jahren zu einem Psychotherapiegesetz führte, nicht stattgefunden und findet bis heute nicht statt. Ja die Ungleichheit im maßgeblichen Gremium mit sechs Sitzen für die Ärzte und fünf für die Psychologen ist strukturell festgeschrieben; siehe Anmerkung 60.
- 38 Die Machtdiskurse und Perspektiven des Ärztestandes, mit dem *Freud* bekanntlich seine Probleme hatte, artikulieren sich derzeit auch über die Psychoanalyse selbst, weil *Freud* und die Psychoanalyse, so kann man es sehen, ein zwiespältiges Verhältnis zur Macht haben (*Parin, Parin-Matthey* 1983), die einmal denunziert, zum

anderen erstrebt wird: „Wir wissen natürlich lange noch nicht alles, was wir zum Verständnis des Unbewußten bei unseren Kranken brauchen. Nun ist es klar, daß jeder Fortschritt unseres Wissens einen *Machtzuwachs für unsere Therapie bedeutet*“ (Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, 1910, a. a. O., S. 123, meine Hervorhebung). Freud erwartete für die Psychoanalyse in der Gesellschaft einen starken Zuwachs an „Autorität“ (ebenda, S. 127). „Die einschneidenden Wahrheiten wurden endlich gehört und anerkannt ... Es ist bisher noch immer so gegangen, und die unerwünschten Wahrheiten, die wir Psychoanalytiker *der Welt* zu sagen haben, werden das selbe Schicksal finden“ (ebenda, S. 129, meine Hervorhebung).

- 39 Der Begriff „Diskurs“ in Normaldruck wird in diesem Text in der gängigen Bedeutung des Fachgesprächs gebraucht, der rational organisierten (in der Regel) wissenschaftlichen Rede und Argumentation. *Diskurs*, *kur-siv* geschrieben, bezeichnet das *Diskurs*konzept sensu *Habermas* (1971), der vernunftgeleiteten diskursiven Auseinandersetzung über Geltungsansprüche in einem kontrafaktischen „herrschaftsfreien Raum“ (den die DiskurspartnerInnen zu gewährleisten sich verpflichten müssen), wobei das bessere Argument zählt und die „vernünftige Rede“ in den Grundstrukturen sprachlichen Handelns angelegt ist. – Wir haben diesem Modell eine Alternative, die den Umgang mit Herrschaftsrealitäten berücksichtigt, an die Seite gestellt: das *Ko-responzenzmodell* (S. 19 ff, *Peizold* 1978c). **Diskurs**, **fett** gesetzt verwende ich im Sinne von *Michel Foucault* als spezifisch geregelte Verknüpfungen oder Formationen von Aussagen/énoncé und – um den **Dispositiv**begriff erweitert – als Fortschreibung von Sinnzuweisungen und Regeln, die – von der **Macht** anonymer Kräfte bestimmt – in institutionellen und alltäglichen Praxen und ihren Diskursen bzw. *Diskursen* zum Tragen kommen, zumeist unbemerkt von den Akteuren, Argumentierenden, durch deren *Diskurse/Diskurse* ein „anderer **Diskurs**“ hindurchklingt und Wirkung entfaltet, so daß unversehens ein „anderer Sinn“ regiert, z. B. eine emanzipatorisch intendierte Argumentation de facto repressiv wird (*Foucault*; vgl. *Bublitz* et al. 1999). Die Wirksamkeit „anonymer Rede“ als determinierenden Mustern und „Dispositiven der Macht“ in Institutionen, ihren Regeln, ihren „Kulturen“, die auch die *Diskurse/Diskurse* ihrer Protagonisten durchfiltern, ist für die Analyse von Theorien und ihrer Traditionen von größter Bedeutung, um verdeckte Genealogien und deren Aus- und Nachwirkungen zu erfassen.
- 40 *Freud* meinte, daß es „überhaupt so schwer ist, dem, der nicht selbst Psychoanalytiker ist, einen Einblick in die Psychoanalyse zu geben. Sie können mir glauben, daß wir nicht gern den Anschein erwecken, als seien wir Geheimbündler und betreiben eine Geheimwissenschaft. Und doch mußten wir erkennen und als unsere Überzeugung verkünden, daß niemand *das Recht hat, in die Psychoanalyse dreinzureden*, wenn er sich nicht bestimmte Erfahrungen erworben hat, die man nur durch eine Analyse an seiner eigenen Person erwerben kann“ (Vorlesungen, Neue Folge 31, Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit, 1933, a. a. O., S. 507).
- 41 Psychoanalyse und viele Formen der Psychotherapie haben in vielen ihrer Annahmen und Praktiken eine höchst problematische (weil von vielen Therapeuten nicht erkannte) Nähe zu religiösen *Läuterungswegen*, wie wir sie bei *Plotin* (vgl. *J. Trouillard*, *La purification plotinienne*, Paris 1995) und in der christlichen Askese finden (*O. Zimmermann*, *Lehrbuch der Asketik*, Freiburg 1932, 75ff.), um zu persönlicher, sittlicher und religiöser Vollendung zu gelangen (vgl. *St. Pfürther*, *Triebleben und sittliche Vollendung*, Fribourg 1958; *A. Saint-Pierre*, *La vertu chrétienne de tempérance dans la vie religieuse*, Montréal 1951). Mit Bezug auf „gewisse mystische Praktiken“ konzipiert *Freud*: „Immerhin wollen wir zugeben, daß die therapeutischen Bemühungen der Psychoanalyse sich einen ähnlichen Angriffspunkt gewählt haben“ (Vorlesungen, Neue Folge, 1933, a. a. O., Studienausgabe Bd. I, 1969, 516). Die „Reinigung“ bzw. „Läuterung“ betrifft nicht nur den Patienten, weil „jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als es seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände gestatten“ (*Freud*, S., Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, 1910, a. a. O., S. 126). Die „Selbstanalyse“ muß „verlangt“ werden (ebenda), und man muß die „Forderung aufstellen, daß er [der Psychoanalytiker s. c.] sich einer *psychoanalytischen Purifizierung* unterzogen habe“ (Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912, a. a. O., S. 176, meine Hervorhebung). Lohn einer solchen Reinigung sind „Selbsterkenntnis und Steigerung der Selbstbeherrschung“ (ebenda, S. 127). Der kryptoreligiöse **Diskurs** ekklesialer Pastoralmacht (*Foucault* 1982) ist hier unüberhörbar. Er wirkt bis heute!
- 42 Bei den „Nachqualifizierungen“, die in der Folge des deutschen Psychotherapiegesetzes für z.T. langjährig erfahrene Diplompsychologen „notwendig“ wurden, weil sie in einem anderen Psychotherapieansatz ausgebildet waren, als in einem Richtlinienverfahren, wurde dieser kryptoreligiöse **Diskurs** einer „Pastoralmacht“ in seiner ganzen Absurdität deutlich. Theorieteil von Vorausbildungen, etwa an Universitäten vermitteltes Wissen über Psychoanalyse, oder an nicht-richtlinien Psychotherapieinstituten durchgeführte Theorieveranstaltungen zu tiefenpsychologischem Wissen wurden, selbst wenn sie von wissenschaftlich ausgewiesenen Universitätsdozenten durchgeführt wurden, nicht angerechnet, Wissen, das man sich als studierter Psychologe auch aus der Originalliteratur mühelos hätte aneignen können, sofern man es noch nicht gehabt hatte. Stattdessen mußten für viel Geld Nachqualifizierungskurse bei „autorisierten“ Dozenten von Richtlinieninstituten belegt werden, die psychoanalytisches Basiswissen vermittelten, Wissen auch, das – wissenschaftlich

gesehen – teilweise veraltet und falsch war (z.B. Konzepte traditioneller Freudianischer Entwicklungstheorie), häufig auf so schwachem Niveau, daß die Eigenlektüre förderlicher gewesen wäre, aber: Die Dozenten hatten die „missio“. Diese und vielfältige andere Phänomene der Zeit vor und nach dem Gesetz bedürfen der Dokumentation und der Analyse, denn sie machen das Weiterwirken „anonymer Diskurse der Pastoralmacht“ in der deutschen Psychoanalyse, ihre ungute Hegemonialpolitik und ihren Verrat an ihrem eigenen kulturkritischen Erbe nur allzu deutlich. Da die ganze „community“ deutscher Psychoanalytiker zu diesen Vorgängen geschwiegen hat, dokumentierte sich hier letztlich ihr Scheitern in ihrem emanzipatorischen Anspruch, weil sie es versäumt hat, „Wühlarbeit unter den eigenen Füßen“ (*Nietzsche*) zu betreiben und über diese *Phänomene* Zugang zu ihren untergründigen Strukturen zu gewinnen.

43 „Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massen Anwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie immer sich auch diese *Psychotherapien fürs Volk* gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind“ (Wege der psychoanalytischen Therapie, a. a. O., S. 249, meine Hervorhebungen). – Tendenzlos? Ist dieser Text tendenzlos?

44 Zur „Integrativen Feldtheorie“, die einen „kampanalen“ Feldbegriff (u.a. *Lewin* und *Bourdieu* verbindend) entwickelt hat vgl. *Petzold, Ebert, Sieper* 2002. Ich definiere:

„**Feld** – wir sprechen auch von einem in sich in Mikro-, Meso-, Makrobereiche gestaffelten **Kontext-/Kontinuum** – ist aus sozioökologischer, sozioökonomischer und sozialkonstruktiver Perspektive ein von gesellschaftlichen *Gruppen/Gruppierungen* wahrgenommener, in ihren Interaktionen definierter, interpretierter, bewerteter, mit kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen und Handlungen erfüllter Raum (sozial, ökologisch, ökonomisch, physikalisch und metaphorisch auffaßbar, dabei immer temporal). Gruppen, die sich wechselseitig beeinflussen, miteinander koalieren, wettstreiten oder kämpfen, konstituieren ihn im historischen Prozeß (*Berlin* 1998). Dieser Raum stellt ein *dynamisches Ganzes* dar, dessen – zumeist unscharfe, gelegentlich scharfe – Grenzen und Macht- und Einflußsphären als zentralen oder peripheren *Sektoren/Arealen* im Feld ko-respondierend in Konsens-Dissens-Prozessen ausgehandelt oder durch Kampf und Strategien der Gewalt bestimmt wurden, d.h. aus Prozessen der **Felddynamik** hervorgehen. Ein *Feld* mit den in ihm befindlichen Menschen, Gruppen, Organisationen und Institutionen ist damit als ein umgrenzter Lebens-, Aufgaben- und Sinnbereich innerhalb umliegender oder übergeordneter Felder im Gesamtkontext der Gesellschaft zu sehen, ein *kampanales* Gesamt von Sektoren/Arealen, daß durch unspezifische und spezifische, in multiplen Kausalbeziehungen stehende „Feldkräfte“ gekennzeichnet ist: affordances und constraints (vgl. *Gibson* 1979), ökonomisches, symbolisches, kulturelles **Kapital** (vgl. *Bourdieu* 1980), **Diskurse** und **Dispositive der Macht** (vgl. *Foucault* 1978 a,b), Netzwerkdynamiken mit ihren kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen (social worlds, soziale Repräsentationen, vgl. 2002g, *Hass, Petzold, Moscovici* 1984), im kollektiven Gedächtnis aufgehobene Vergangenheitsbelastungen, Gegenwartskrisen, Zukunftschancen.

Feldbedingungen und Feldprozesse konstituieren in Form intentionaler und fungierender sozialisatorischer Interaktionen und Narrationen sowie durch Wirkungen von formellen und informellen Sozialisationsagenturen das Sozialisationsklima und prägen die Sozialisationsprozesse von Individuen und Gruppen als ‚produktiv realitätsverarbeitenden Subjekten‘ (*Hurrelmann* 1995, 69).

Ein Feld wird *e x t e r n a l* bestimmt durch die Attribution von spezifischen und unspezifischen Identitätsmerkmalen (von „harten“ oder „weichen“ Territorialgrenzen und Sektorenmarkierungen, von Werten und Normen, von Problemen, Ressourcen und Potentialen, von Informationen und Diskursen) aus angrenzenden oder übergeordneten Feldern. Es wird weiterhin *i n t e r n a l* bestimmt durch Territorialorientierung, Segregations-, Hermetisierungs-, aber auch durch Expansions- und Konkurrenzintendenzen, durch fachliche Konzepte, Werte und Normen, durch Probleme, Ressourcen [u.a. Kapital] und Potentiale, durch Informationen und Wissensbestände, Diskurse und Kapitalströme, die im Feld und seinen zentralen und peripheren Sektoren selbst vorhanden und wirksam sind und mit dem Ziel seiner *Stabilisierung* und seines *Wachstums* genutzt werden oder zum Tragen kommen (durch Kommunikations- und Aufgabenspezifität, Ressourcenvorrat, Produktangebot, Handel und Austausch nach innen und außen). In einem Feld können Untergrundkräfte aus seiner Tiefenstruktur, laterale Kräfte von seinen Rändern und attraktoriale Kräfte aus seinem Zukunftsraum wirksam werden. Die *Synergie* der vielfältigen externalen und internalen Einflüsse und Austauschprozesse, ihre differentielle und integrierende Konnektivierung in der *kollektiven Identitätsarbeit des Feldes im Kontinuum* durch Dekonstruktionen, Bricolage, Navigation, durch Diskurse, Narrationen, Reflexionen, Metareflexionen, durch Macht- und Wahrheitsspiele (*Foucault* 1998) konstituieren in fortwährenden Emergenzen **Feldidentität im Prozeß**. Gelingende Feldprozesse - überlegt und legitimiert gesteuerte u n d spontane, selbstorganisierende - bestimmen in ihrer kokreativen Interaktion mit den Einwirkungen aus

- umliegenden und übergeordneten Feldern transversale, sich beständig überschreitende **Feldentwicklungen** (Petzold 1999r, vgl. Müller, Petzold 1999).
- 45 Vgl. meine Theateraphorismen, die zu den wichtigeren meiner Schriften gehören 1982g, 13ff.
- 46 Bakhtin 1981, 1986; Rowan, Cooper 1999; Bell, Gardiner 1998)
- 47 Zur integrativen Sozialisationstheorie vgl. Müller, Petzold (1999).
- 48 „Was klagen wir über das Wesen der Natur? Sie hat sich doch gütig gezeigt. Das Leben ist lang, wenn du es zu gebrauchen verstehst.“
- 49 Der Begriff der Sorge, des achtsamen Umgangs, der Förderung bezog sich auf das gesamte Menschenwesen nicht nur im Sinne einer *cura corporis*, sondern der gesunde Geist (*mens*) und der gesunde Körper wurden *zusammen* gesehen. Die frühe christliche Seelsorge von Augustinus, über Julianus Pomerius zu Caesarius von Arles verändert die Akzente: von einer *cura animorum*, der Förderung und Entwicklung eines freien, selbstbestimmten Geistes (*animus* = Geist, Sinn, Herz, Mut), zu einer *cura animarum* einer Führung der von Gott gegebenen, unsterblichen, aber durch den Sündenfall verdunkelten Seele (*anima*) zu ihrem Heil.
- 50 Seit vielen Jahren haben Forschungen zu Freuds Behandlungen über die Genauigkeit, ja Korrektheit seiner Behandlungsdokumentation und Ergebnisberichte doch erhebliche Fragen aufgeworfen (Ellenberger 1973; Israel 1999).
- 51 Die „Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ DGIK [1972], die „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände“ AGPF [1978], die „Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie“ EAGT [1985], die „Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen“ DGKT [1985]
- 52 Foucault 1996; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000
- 53 z. B. seine großen soziometrischen Forschungsprojekte (idem 1934) als „hot sociometry“, als engagierte Forschung und Wissenschaftlichkeit (idem 1951; Petzold 1984b; Buer 1991, 1999)
- 54 Leitner 2000; Sieper, Petzold 2001c; Petzold, Sieper 2001d, idem 2000h
- 55 vgl. Waldegrave 1990; Petzold 1986a, idem, Orth, Sieper 2000
- 56 Sieper, Schmiedel 1993; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Schobert, Schulz 1991
- 57 1985m, 1987d, 1994c, Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000)
- 58 Feldtheorie, Werkausgabe Bd. 4, 1982, 315ff
- 59 „Streit im wissenschaftlichen Beirat zur Gesprächstherapie eskaliert“ – gwg-ev.@org./aktuell/ptg
- 60 Petzold, Sieper 1977; Sieper, Petzold 1993
- 61 Hier möglicherweise bei Lesern/Kollegen aufkommende Phantasien eines „Helfersyndroms“, wie ich das deutende Unterstellung bei diesem Thema oft erlebt habe, sollten besser in Richtung der „Altruismusforschung“ gehen als auf dieses, oft stigmatisierend und eher modisch als fundiert gebrauchte Konzept zu rekurrieren. Im übrigen ist mir ein „Helfersyndrom“ bei Menschen lieber als mangelnde Berührbarkeit und fehlendes mitmenschliches Engagement oder kalte Routine (zuweilen als „Abstinenz“ maskiert).
- 62 vgl. Anmerkung 2. Die Formulierung von *Positionen* (*positions*) als „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (Derrida 1986, 184) **affirmiert** „*différance*“.
- 63 1979l, 1986a, b, 1994c
- 64 1977l, 1985d, 2000d; Müller, Petzold 2001
- 65 1977l, 1999h; Märten, Petzold 2002; Müller, Petzold 2001; Petzold, Rodriguez-Petzold 1997
- 66 vgl. aber Pohlen, Bautz-Holzherr 1994; Petzold, Orth 1999
- 67 *Meinen* Texten? Die Vielzahl der Verweise, Zitate, Referenzen in diesem Werk, in meinen Werken insgesamt zeigen, daß meine Rede und mein Schreiben noch andere Diskurse durchfilterten, daß *Viele* am Text mitgestaltet haben: eine Menge AutorInnen, mit deren Schriften ich mich auseinandergesetzt und mit denen ich in virtueller Ko-respondenz gestanden habe, die Vielfalt meines „pluralen Selbst“ (im Sinne von M. Bakhtin, vgl. Bell, Gardiner 1998; Rowan, Cooper 1999) in seinen inneren **Polylogen** und die Vielzahl von Menschen - KollegInnen, **KlientInnen** und **PatientInnen** – mit ihren substantiellen Beiträgen zu diesem polylogischen Werk. Ich habe deshalb in einer für diesen Zusammenhang relevanten Veröffentlichung von mir (von *mir?*) ein „et al.“ hinter meinen Namen gesetzt (2000).
- 68 vgl. 1994a; 1998a; Reed 1996; Kelso 1995; Thelen, Smith 1994
- 69 Ich war auf Einladung von Klaus Grawe von 1980-1989 Gastprofessor an seiner Abteilung mit einem Lehrauftrag für erlebnisaktivierende Verfahren in der Psychotherapie und für klinische Supervision (letzteres in der Praxisstelle des Instituts für klinische Psychologie in Bern).
- 70 Zu meinem Feldbegriff (Anm. 45) im Unterschied zu Lewin, Bourdieu vgl. Petzold, Ebert, Sieper 2002
- 71 1975d, 1982j, 1987c; Orth, Petzold 1990c, 1993c
- 72 1999p; Schmid 1998; Foucault 1984d

- 73 *Iljine, Petzold, Sieper* 1990
 74 z.B. 1969b, 1972e, 1995a,b; *Müller, Petzold* 1998
 75 1969c, 1971c, 1974b; *Petzold, Scheiblich, Thomas* 2000
 76 1974j, 1988n, 1993p
 77 1965, 1977g, 1985a; *Petzold, Bubolz* 1985; *Müller, Petzold* 2002
 78 1979c; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold, Wolf* et al. 2000
 79 *Petzold, Heintl* 1983; *Heintl, Petzold, Walch* 1983; *Hass, Petzold* 1999; *Thomas* 1985
 80 In den Ausbildungs-evaluationen unserer Weiterbildungsakademie rangiert Verständlichkeit und Klarheit der Sprache der Dozentinnen besonders hoch (*Petzold, Hass* et al. 1998; *Petzold, Steffan, Zdunek* 2000)
 81 Dieses „unsere“ ist kein *plural majestatis*, sondern verweist auf die gemeinsamen Positionen einer integrativ-therapeutischen „community“ und auf multiple Hintergründe (*Bakhtin*) vgl. auch Anmerkung 68.
 82 *Petzold, Orth, Sieper* 2000; *Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001
 83 *Petzold* 1978c, dieses Werk S. 93ff
 84 *Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001; *Petzold* 2000h, 2001a
 85 *Foucault* 1982; *Dauk* 1989; *Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000; *Pohlen, Bautz-Holzberg* 1994
 86 vgl. *Petzold, Märten* 1999; *Märten, Petzold* 1995a,b, 2001a
 87 *Ebert, Möhler* 1997; *Heintl* 1997; *Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000
 88 vgl. *Petzold, Orth* 1994; *Müller, Petzold* 1998; *Petzold, Osten* 1998 und umfassend *Osten* 2000
 89 „**Methodengegründete Praxeologien** sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch Methoden, die als solche reflektiert wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozess seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung einer Disziplin und Professionalität grundlegend sind.“
 Neben dieser „Bottom-up-Definition“ des Theorie-Praxis-Verhältnisses in der **methodengegründeten Praxeologie** findet man auch „top-down“ entwickelte **theoriegegründete Praxeologien** (z.B. die klinisch angewandte Psychoanalyse oder das psychodramatische Rollenspiel des komplexen psychosozialen Interventionsverfahrens von *J.L. Moreno*). Hier läßt sich **theoriegegründete Praxeologie** bestimmen „als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen“. Zwischenformen und Übergänge sind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien von *Methoden und Verfahren* möglich“ (2000h).
 90 *Petzold, Goffin, Oudhoff*(1993); *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold* (1985a, 1993c, 1994j).
 91 Vgl. *Petzold, H.G., Petzold, Ch.*, 1993a. Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482.

Zusammenfassung: Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung

Der Text gibt eine kompakte Darstellung der Integrativen Therapie und wurde 2002 als Einleitung zur erweiterten Neuauflage meines großen dreibändigen Werkes „Integrative Therapie“ (1991a-1993a) verfasst, die 2003(a) erschien. Er stellt Konzepte und Ideen zusammen, die Grundlage unserer Integrationstheorie sind (Sieper 2006 *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>) und macht die wegweisende Qualität des Integrativen Ansatzes für eine moderne Psychotherapie deutlich – ist also ein Schlüsseltext für die anlaufende „Dritte Welle“ der Innovation im Integrativen Ansatz.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Kernkonzepte, Dritte Welle der IT, Integrationstheorie, Psychotherapieinnovation.

Summary: Integrative Therapy in Context and Continuum – In the Wake of a “Third Wave” of Development

This text offers a condensed presentation of Integrative Therapy and was written 2002 for the enlarged edition of my three volume magnum opus “Integrative Therapie” (1991a, 1992a, 1993a) that appeared 2003(a). It brings together concepts and ideas, which are the basics of or theory of integration (Sieper 2006 *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>). The text is documenting the way paving quality of the Integrative Therapy for modern psychotherapy – it is thus a core text for a rising “Third Wave” of innovation in the Integrative Approach.

Keywords: Integrative Therapie, Core Concepts, Third Wave of IT, Theory of Integration, Innovation in Psychotherapy.