

**Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2007**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

**Ein annotiertes Interview mit *Hilarion G. Petzold* von  
*Theodor Itten*, Zürich:**

**Positionen im „Polylog“ - Persönliche Standpunkte zu  
Fragen der Entwicklung im Felde der Psychotherapie  
und zum Integrativen Ansatz der Humantherapie \***

Erschienen in: *Petzold, H. G.* (2007q): Positionen im „Polylog“. Persönliche Standpunkte zu Fragen der Entwicklung im Felde der Psychotherapie und zum Integrativen Ansatz der Humantherapie. Ein annotiertes Interview (überarbeitet und erweitert von *Petzold* 2003o), in: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 154-215

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

**Textarchiv H. G. Petzold et al.**

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

---

\* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

# Positionen im „Polylog“

## Persönliche Standpunkte zu Fragen der Entwicklung im Felde der Psychotherapie und zum Integrativen Ansatz der Humantherapie

*Ein annotiertes Interview mit Hilarion G. Petzold von Theodor Itten, Zürich*

„Positionen sind ‚Standpunkte auf Zeit‘, an denen Übereinstimmung und Differenz erlebt werden, wenn sie in den *Polylog*, das vielstimmige Sprechen nach vielen Seiten mit vielen GesprächspartnerInnen von vielen Seiten getragen werden. Sie rufen nach Überschreitung.“

*Hilarion G. Petzold 1988t*

### Vorbemerkung

Bei einem Interview zu den „Positionen“ des eigenen Ansatzes stellt sich automatisch die Frage nach der Lebensarbeit, die man geleistet hat, nach den dahinter stehenden Motivationen, die Frage nach Zielen: expliziten und impliziten, erreichten und noch angestrebten. Das durch die Interviewfragen, Aufgerufene und Betrachtete wird in genau diesem Vorgang Gegenstand erneuter Interpretation und damit neuer Sinnschöpfung, die – wieder einmal – in eine „Position auf Zeit“ mündet. *Derrida* sah deshalb eine Position als „Gestus aktiver Interpretation“ (*Derrida* 1986, 31). Damit wird eine *Position* jeweils erkannt als „Arbeit, mit der ich *noch beschäftigt* bin: die mir also ebenso wenig zu eigen ist, wie sie hiermit beendet würde“ (*ibid.*). Neue „Sinnschöpfung“ bedeutet nun nicht, dass gänzlich Neues *emergiert*, obwohl auch das möglich ist. Es werden vielmehr erneut Differenzierungs- und Integrationsprozesse in Gang gesetzt und neue Facetten vielfältigen Sinnes freigesetzt – Sinne, wie ich in meiner *integrativen Sinnkonzeption*, einen irregulären Plural gebrauchend, zu sagen pflege (*Petzold* 2001k). Solche „Sinnschöpfung“ erweist sich häufig als eine „Entfaltung“ von Aspekten, Dimensionen, Implikaten, die oft schon im ursprünglichen Material enthalten sind. Komplexes Lernen im Lebensverlauf (*Sieper, Petzold* 2002) akkumuliert Wissen, das die *Sinnerfassungskapazität* und die *Sinnverarbeitungskapazität* eines Menschen erweitert und *mit all diesem* auch seine „Kapazität, Sinn zu schöpfen“ – auch aus dem

eigenen Werk. „Altes Neues“ kommt dann zum Vorschein, Einmaliges wird erneut wichtig, weil es in neuem Licht dasteht, dem Licht gewachsenen Wissens. Als *Alexander Romanowitsch Lurija* (1902-1977) sein Lebenswerk in einem abschließenden wissenschaftsbiographischen Buch – keineswegs also eine Autobiographie – darstellte [1977] und es „romantische Wissenschaft“ überschrieb (*Lurija* 1993), ein Term, den er zuvor nie gebrauchte, löste das Verwunderung, z.T. Befremden aus. Ein neuer Titel für ein Lebenswerk? Ja, ein neuer Titel, eine treffende Benennung, die er im Alter für etwas fand, das er sein ganzes Leben betrieben hat, die Verbindung von nomothetischer und idiographischer Forschung, von ganzheitlicher und differentieller Theorienbildung, mit der er, seinem Lehrer und Freund *Lev S. Wygotskij* folgend (*Petzold, Sieper* 2004), einen alten, unfruchtbaren Grundlagenstreit in der Psychologie zu überwinden trachtete, den „Streit zwischen der erklärenden, physiologischen und der beschreibenden phänomenologischen Schule“ (*Lurija* 1993, 178). Er fand mit „romantischer Wissenschaft“ einen Term, der für ihn sein Anliegen, seine Lebensarbeit verdichtete. Viele sehen diese Überschrift als nicht sehr nützlich an. Natürlich, sie könnte dazu beitragen, ihn als romantisierend abzutun. Aber genau das war *Lurija* nicht, auch wenn er, oder gerade weil er mit *Goethe* die „Eigenschaften des lebendigen Ganzen“ (ibid. 177) zu ergünden, zu erfassen und zu bewahren suchte, und dabei den Naturwissenschaftler und Dichturfürsten aus Weimar zitierte: „Grau, teurer Freund, ist alle Theorie, und grün des Lebens goldener Baum“ (ibid.). Vielleicht ist *Lurijas* Titel nicht wissenschaftlich opportun, für ihn war er sinn-voll.

„Für mich war und ist **Integration**‘ der sinnstiftende Term für meine Arbeit. Ich konnte und kann für mein Werkleben keinen besseren finden“ (*Petzold* im Interview mit *Itten*, dieses Buch, S. 186). Dass „**Integration**“ immer „**Differenzierung**“ als Voraussetzung hat, die Signatur der „*différance*“ trägt, dass sie immer auch „**Kreation**“ ist – durch ihre Leistungen der Konnektivierung und Synthetisierung – und auch die Grundlage für weitere Kreationen bereitstellt, versteht sich von selbst. Ob ich einst, wenn es mit vergönnt ist, in einer letzten Überschau noch einen anderen Term oder eine andere übergreifende Maxime finden werde...? – „There is no end to integration and there is no end to creation“, wie ich – *Perls* amplifizierend – zu sagen pflege.

Meine „anthropologische Grundformel“, ein differenzierendes Konzept und zugleich ein integrierendes, die differentielle und integrative „biopsychosoziale Praxisorientierung“ in meiner frühen Arbeit mit Men-

schen und in meinen ersten Fachveröffentlichungen aus den späten sechziger, beginnenden siebziger Jahren enthalten praktisch schon alles, was ich später mit meinen MitarbeiterInnen entfaltet, ausformuliert, untersucht, elaboriert habe: „Der Mensch ist eben körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen Lebenswelt“ (idem 1965, 16/1985b, 13). Das erfordert eine „Integrative Therapie, Sozialarbeit und Bildungsarbeit“ (ibid. 15/12). Das „Leibsubjekt in der Lebenswelt bedarf einer integrativen Humantherapie“ (idem 1971). Deshalb müssen in einer interdisziplinären Zugangsweise **Körper** – die Domäne der Biologie –, **Seele** – die Domäne der Psychologie –, **Geist** – der Bereich der Philosophie –, und **Lebenswelt** – Bereich von Ökologie und Soziologie (idem 1965/1985b, dieses Buch, S. 68 u. 70) – Gegenstand der *theoretischen* Betrachtung werden, und daraus müssen die Fundamente für eine „angewandte Humantherapie“ gewonnen werden (damals schrieb ich „angewandte Gerontologie“ mit Praxen wie „Geriatric, Gerontotherapie, Geragogik“ etc., denn der Beitrag ging über die Arbeit mit alten Menschen). Hier wird schon das *biopsychosoziale* Modell am Beispiel einer speziellen Population und ihrer komplexen Lebenslage vorgestellt, das dann 1974 (idem 1974j, 304) für die Integrative Therapie insgesamt vorgelegt wurde, die immer schon *interdisziplinär* angelegt war und es bis heute geblieben ist, wobei ihr immer wieder „*transdisziplinäre*“ Synthesen gelangen. Stets wurde dabei „Therapie“ im Sinne des alten asklepiadischen Therapiebegriffes verstanden, wie er in den griechischen Tempelkrankenhäusern/Gesundheitszentren des Asklepios und der Hygieia in Epidaurus, Pergamon usw. gebraucht wurde (Petzold 1988n, 192f; Petzold, Sieper 1990b): *therapeuein* als „*pflügen, umsorgen, kultivieren, gestalten, heilen*“. Stets wurde auch Therapie als Synergem von Körpertherapie, Psychotherapie, Nootherapie, Soziotherapie und ökologischer Intervention gesehen (idem 1974j, 292), die zusammenwirken müssen, um das „Leibsubjekt in der Lebenswelt“, den konkreten Menschen mit seinem relevanten Netzwerk und mit seinen komplexen, oft schwierigen Lebenslagen zu erreichen und ihm „gerecht zu werden“, eine „*thérapie juste*“ (idem 1971, 2) zu gewährleisten. Die wissenschaftlichen Disziplinen, die man als Referenzdisziplinen beziehen muss, um eine solche Aufgabe zu meistern, werden für die Hilfeleistung für Menschen „in Dienst genommen“. Sie müssen deshalb mit ihren, für die Aufgaben relevanten, Ergebnissen genutzt und ggf. zugeschnitten werden, damit eine gute „Passung in der Aufgabenstellung“ erfolgt. Biologie, Psychologie, Soziologie, Philosophie erhalten damit eine „**klinische**“ Orientierung, und auch hier

habe ich mich an die alte griechische Bedeutung des Wortes gehalten: „*klínein*“: *sich liebevoll zuwenden, achtsam hinwenden* zu dem, der mit einem Ansuchen um Hilfe oder Unterstützung zu mir kommt, ein *Sich-Hinabbeugen* zu dem, der auf dem Krankenbett (gr. *klínē*) liegt. Auch der Begriff „klinisch“ ist – wie der Therapiebegriff – weiter gefasst, als in seiner speziellen, auf Krankenbehandlung zielenden Bedeutung, die indes zentral bleibt.

**Dem Menschen zugewandte Wissenschaft wird erforderlich, wenn man sie für Menschen nutzen will.** Diese Idee stand mir vor Augen, als ich in meiner Antrittsvorlesung 1971 von „klinischer Philosophie“ sprach, „Philosophie, die für Hilfe, Heilung, Förderung von konkreten Menschen in konkreten Situationen in Dienst zu nehmen sei“ (idem 1971, 2).

„**Klinische Philosophie** ist eine *den Menschen zugewandte* (*κλίειν* = sich hinwenden) Liebe (*φιλία*) zur Weisheit (*σοφία*), ein Lebenswissen, das Grundlage jeder engagierten Praxis von ‚Menschenarbeitern‘ in helfenden und entwicklungsfördernden Berufen sein sollte. Sie nutzt die Schätze philosophischer Arbeit von der antiken Seelenführung (*Seneca, Epictet*) bis zu der Auseinandersetzung mit der ‚*condition humaine*‘ in der Philosophie der Gegenwart.“

„**Klinischer Philosophie** ist es darum zu tun, Perspektiven der Philosophie für die klinische Arbeit fruchtbar zu machen und Referenzwissenschaften, die für die Psychotherapie relevant sind, in einen klinisch-philosophischen Diskurs einzubinden: **Natur-, Sozial-, Kulturwissenschaften**, da sie alle für die Arbeit mit Menschen engagiert sind, und darum geht es in der Psychotherapie und klinischen Psychologie, haben zentrale Wissensstände beizutragen, ohne die klinische Theoriebildung und Praxis reduktionistisch werden müssen. Sie gewährleistet die Transversalität, die der Vielfältigkeit der Menschen entspricht.“ (*Petzold* 1971)

„**Klinische Philosophie**“ hieß dann auch der erste Band meines Grundlagenwerkes (1991a/2003a). Der zweite Band hieß „**Klinische Theorie**“ (1992a/2003a) und nahm gezielt die psychologischen Wissenschaften, die Sozialwissenschaften, die Neurowissenschaften mit seinen einzelnen Kapiteln „in Dienst“. So wurden Bestände dieser Wissenschaften im Laufe meiner Arbeit an der Integrativen Therapie „klinisch zugeschnitten“. Ich entwickelte das Konzept einer „klinischen Entwicklungspsychologie“ (1971, 1982c), das ich als „Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmtheit zu einer ‚mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie‘“ (1992d, 1) bezeichnete und wie folgt definierte:

„**Klinische Entwicklungspsychologie** ist eine Subdisziplin der *life span developmental psychology*, die Fragen der Interaktion von salutogenen/gesundheitsfördernden, protektiven Faktoren und risikohaften, bzw. potentiell pathogenen/belastenden Faktoren (adverse events, critical life events) und die Ausbildung Resilienzen im Kontext sozialer Situationen untersucht, also darum bemüht ist, die Bedingungen für das Entstehen von Gesundheit und Krankheit über die Lebensspanne in spezifischen Altersabschnitten, die Ätiologie spezifischer Störungsbilder und die Formen ihres Verlaufs gender- und ggf. ethniewußt mit den Konzepten und Methoden der empirischen Entwicklungspsychologie aufzuklären. Dafür und für die ‚Karriereforschung‘ (Petzold, Hentschel 1991), d.h. für die Untersuchung von therapiegestützten und therapiedefizienten Karrieren, sind longitudinale Betrachtungsweisen und Studien unerlässlich, die kognitive, emotionale, volitionale, sozial-interaktive und ökologische Perspektiven berücksichtigen müssen. Klinische Entwicklungspsychologie ist für die Psychotherapie und die klinische Psychologie, aber auch für Heil- und Sonderpädagogik, Sozialarbeit etc. eine wichtige Referenz- und Supportdisziplin“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1991, 1).

Ich nahm dann auch – ausgerüstet durch die sozialpsychologischen Seminare bei *Serge Moscovici* in Paris – über die Jahre die Soziologie und Sozialpsychologie mehr und mehr in Dienst mit Rollen-, Sozialisations-, Identitätstheorie, mit Kleingruppen-, Attributions-, Kontroll-, Konflikttheorie, der Theorie sozialer Kognitionen und sozialer Repräsentationen usw. (Petzold, Mathias 1983; Petzold 1998a, 2003b) und definierte „klinische Sozialpsychologie“ wie folgt:

„Unter ‚**Klinischer Sozialpsychologie**‘ ist einerseits zu verstehen der konsequente Einbezug sozialpsychologischer Forschungen und Theorienbildung für klinisch-psychologische und psychotherapeutische Fragestellungen, die Zupassung der vorhandenen Wissensstände auf klinische Kontexte und die Überprüfung klinischer Praxeologien unter der Perspektive sozialpsychologischer Untersuchungsergebnisse, andererseits die Beforschung klinischer Fragestellungen unter der Perspektive und mit Methodologien der Sozialpsychologie sowie die Generierung klinischer Theorien aus dem sozialpsychologischen Fundus (etwa zu sozialen Kognitionen, zu Attributionsverhalten, zu Kleingruppenphänomenen, zu Identitäts- und Stigmazuständen, zu Gesundheitsverhalten usw.), da dieser eine Fülle von Erkenntnismöglichkeiten für Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision bereitstellt und vor allen Dingen individuumszentrierte Perspektiven (z.B. der persönlichkeitspsychologischen Sicht) mit kollektiv orientierten Perspektiven (soziologische Sicht) verbindet. Die Klammer dabei sind der phänomenologische Zugang zu den Forschungsgegenständen und die Rückbindung menschlichen Sozialverhaltens an evolutionsbiologische Grundlagen, ohne

dabei einem biologischen Reduktionismus anheim zu fallen oder kulturalistische Perspektiven auszublenden, die im Gegenteil eine wichtige Perspektive in der Sozialpsychologie darstellen“ (Petzold 1999r; Petzold, Müller 2005).

Nie wird also die herangezogene Disziplin in ihrem „*monodisziplinären*“ Gehalt zur Gänze für den klinischen Bereich vereinnahmt, sondern es werden relevante Wissensstände genutzt, Fragen an die Disziplin herangetragen, Vernetzungen mit Nachbardisziplinen hergestellt. Die Konnektivierungen schaffen eine „*multidisziplinäre*“ Vielfalt, die erst fruchtbar wird, wenn durch Differenzierungs- und Integrationsarbeit – möglichst in polylogischer Beteiligung von klinisch interessierten Vertretern des Faches – eine „*interdisziplinäre*“ Qualität (zu dieser Systematik Petzold 1998a, 26f.) erreicht wird. Dann kann man von „**klinischen Wissenschaften**“ sprechen, aus deren Diskursen miteinander, aus deren Polylogen dann immer wieder „*transdisziplinäre*“ Qualitäten, „*Transqualitäten*“ (ibid. 238ff.) emergieren, die ein neues übergreifendes „**transversales Wissen**“ schaffen. Integrative Therapie steht in solchen Prozessen, trägt in ihren Bereichen immer wieder zu *interdisziplinärem* und *transdisziplinärem* Wissen bei (ich erwähne nur die etwa 20 Disziplin- und Schulen-übergreifenden Bände zu relevanten Fragen der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, die ich herausgegeben habe). In diesen Prozessen ist die Integrative Therapie selbst zu einer „**klinischen Wissenschaft**“ geworden, die die von ihr entwickelte **Praxis** in der Arbeit mit und für Menschen durch „**klinische Praxeologie**“ unterfängt – so lautet auch der Name meines dritten Bandes (1993a/2003a), der den Helfern in ihrer klinischen Arbeit Methoden, Techniken und Medien an die Hand gibt.

Man muss dabei immer im Blick behalten, dass all diese Arbeiten im Rahmen der *transversalen Moderne* und ihrer zunehmend globalisierten, universalisierten Kultur stattfindet, in einem Zeitgeist (1989f), der durch Hyperflexibilisierung (Sennett) und Hyperdifferenzierung den Einzelnen wie die Gesellschaft vor immense Integrationsaufgaben stellt. **Integration, das ist die Herausforderung der transversalen Moderne, und in diesem Kontext ist Integrative Therapie als „Humantherapie“ und sind ihre Bemühungen um „Kulturarbeit“ zu sehen**, denn all meine Beiträge, die ich mit dem „Integrativen Ansatz“ unternommen habe, sind Beiträge einer **politisch bewussten Kulturarbeit**, der es um die Förderung von Humanität und Hominität (idem 2003e; Petzold, Orth 2004b) in einem vereinigten Europa und in einer menschlichen Welt geht. Meine Idee einer „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“ ist diesen Zielen verpflichtet.

»Dem **Integrativen Ansatz** geht es um „Innovation durch permanente Differenzierung, Integration und Kreation“, um „Fortschritt durch koreflexive, kokreative Entwicklungsarbeit“ auf dem Boden „multidisziplinärer, metareflektierender Diskurse“ als Bewegungen der *Transversalität*, die im Dienste der Menschen und der gemeinsamen Lebenswelt stehen: Das ist die „philosophy“ der *WEGE* einer **Integrativen „Humantherapie“** (Leibtherapie, Psycho- und Soziotherapie), **Integrativen Agogik, Supervision und Kulturarbeit**« (Petzold 1988t).

### Interviewtext\*

**Th. Itten:** *Sie haben seit Anfang 1971 in der Schweiz gearbeitet, Ausbildungen in Gestalttherapie, Integrativer Therapie, Integrativer Leib- und Bewegungstherapie durchgeführt und leiten bis heute hier Ausbildungsgruppen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie waren von 1980 bis 1989 Gastprofessor in Bern an der Abteilung bei Klaus Grawe, hatten und haben Lehraufträge an den Universitäten Zürich, Fribourg, der Fachhochschule Bern usw. und Sie arbeiten in der „Charta“ seit ihrer Gründung mit, u.a. im Ergänzungsstudium für den Bereich „klinische Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“. Sie sind also auch mit Fragen, die uns hierzulande beschäftigen, vertraut, haben aber durch ihre Tätigkeiten in den Niederlanden, der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich gleichfalls einen breiten Einblick in die dortigen Entwicklungen des psychotherapeutischen Feldes. Vor diesem Hintergrund seien eine Reihe von Fragen gestellt, die für die derzeitigen Entwicklungen von Interesse sein könnten.*

*Nach den vielen wissenschaftlichen Publikationen und Forschungsarbeiten im Bereich der Psychotherapie und angrenzender Felder in den vergangenen 30 Jahren interessiert uns: Was für einen Forschungsansatz in der Psychotherapie man Ihrer Meinung nach heute braucht?*

Die Frage ist klar zu beantworten: Grundsätzlich wird eine plurale, vielfältige Forschungskultur benötigt, die verschiedenen Forschungswegen, ja Paradigmen Raum gibt. Wissenschaft ist auf vielfältige – durchaus auch strittige – Diskurse angewiesen, auf den **POLYLOG**, das vielfältige Gespräch nach vielen Seiten und zwischen vielfältigen Menschen und Menschengruppen (Petzold 1971, 2002c). Ich hatte die **POLYLOG**kon-

\* Das Interview erschien im *Psychotherapieforum* Vol. 11, No 4, 2003, 141-145 und wird hier mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages, Wien/New York, in einer ergänzten und überarbeiteten Version abgedruckt.

zeption ursprünglich [1968] für die Arbeit in Psychotherapiegruppen formuliert: Gruppen, ich spreche von „Polyaden“, „Wir-Feldern“, sind in der Regel nicht nur dialogisch, sondern das Gespräch geht nach allen Seiten. Sicher auch unter dem Eindruck des Diskussionsklimas in der Zeit meiner Pariser Studienjahre habe ich eine Position entwickelt, die grundsätzlich eine „Kultur der Pluralität“ favorisiert. Gerade die Psychotherapie braucht solche Breite, denn PsychotherapeutInnen arbeiten mit vielfältigen Menschen und Menschengruppen, und das macht pluriforme Zugewandenen erforderlich und differentielle Wege der Forschung, auch weil die Psychotherapie selbst in ihrer Theorie und Praxis ein äußert komplexer Gegenstand ist.

Ihr Theoriebedarf erfordert *theoretische Forschung* mit theoretischen Forschungsmethoden und systematischer theoretischer Forschungsarbeit, von der analytischen Architektonik (*Frege, Moore, Carnap*) bis zur Bricolage (*Lévi-Strauss* 1972) – nur kein Dilettieren kann sie brauchen! Sie benötigen mit Blick auf Wirkungen und Nebenwirkungen methodenevaluierende Forschung, um des Wohles und der Sicherheit der PatientInnen<sup>1</sup>

<sup>1</sup> In der Integrativen Therapie bemühen wir uns in Theorienbildung und Sprache, diskriminierungssensibel zu sein, also Genderbiasses, Ageism oder ethnische und religiöse Diskriminierungen zu vermeiden, ja ihnen entgegenzutreten (grundsätzlich: *Petzold* 1996j; Gender: *Petzold, Sieper* 1998, *Orth* 2002; Alter: *Petzold* 1979i, 1985d, 2004a, 2005a; *Petzold, Müller* 2005, *Müller, Petzold* 2002). – Gendertexte sind hier oft vereinseitigt, negieren z.B. in der Regel „Ageism“ (vgl. *Nelson, D.* 2002: *Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons.* Cambridge). Gendersensiblen Sprachgebrauch, der oft mit sprachsensiblen im Konflikt steht, versuche ich dadurch zu begegnen, dass ich immer wieder das Binnen-I verwende, zuweilen Doppelformulierungen (Männer/Frauen), selten weibliche Formulierungen, weil ich mir nicht anmaße, alle Aussagen auch aus einer Frauenperspektive (denn das würde das ja bedeuten) machen zu können oder zu dürfen, also die Frauenperspektive usurpieren oder als inhaltsleere Routine ein neues Sprachklischee perseverieren. Es gibt durchaus Aussagen aus weiblichen Seiten von mir, oder wenn gerade eine meiner inneren, weiblichen „Bewohnerinnen“ (in *Bakhtinscher* Sicht) „aus mir spricht“ (*Petzold et al.* 2001b). Die männliche Form verwende ich gendersensibel für mich als männlichen Autor. Diese Heterogenität im Gebrauch von Genderformulierungen ist also alles andere als theorie- oder positionslos, sondern sie vertritt im Sinne *Bakhtins* und meiner Theorie innerer Polylogik (*Petzold* 2002c) eine Vielfalt differentiiell zu begründender Möglichkeiten.

willen – das ist eine ethische Verpflichtung, aber auch, das sollte nicht ausgeblendet werden, eine strafrechtlich relevante Angelegenheit.

Prinzipiell und gegenwärtig, besonders wegen der vorhandenen Wissensdefizite und unzureichenden Kenntnisstände bei vielen Psychotherapieverfahren, kann auf *empirische Forschung im nomothetischen Paradigma* nicht verzichtet werden. Dabei geht es keineswegs nur um positive Wirkungsnachweise auf der Ebene von Symptombesserungen. Hier könnten die meisten Verfahren beruhigt sein (vielleicht nicht gerade alle), denn es werden genügend der „unspezifischen Wirkfaktoren“ zum Tragen kommen, so dass zumindest mittlere Effekte zu finden sein werden. Selbsthilfegruppen schneiden ja hinsichtlich therapeutischer Wirkungen auch nicht schlecht ab. Prekärer ist es mit den **Nebenwirkungen**, die in der Psychotherapie sicher vorhanden sind (mehr als man glauben mag und zwar nicht nur wegen Behandlungen, die nicht *lege artis* ausgeführt wurden, sondern trotz, vielleicht auch wegen ihnen, denn die Bedingungen von Wirkungen sind keineswegs rundum klar, und wo es Wirkungen gibt, muss es auch Nebenwirkungen geben. Diese sind aber bislang leider sehr schlecht untersucht (vgl. unser Buch „Therapieschäden“, *März*, Petzold 2002) – übrigens auch in der forschungsfreudigen Verhaltenstherapie. Die Unbesorgtheit praktisch aller „Schulen“ in dieser Sache ist ein Skandal. Solche, auf Risiken, Nebenwirkungen und Schäden gerichtete Forschung **muss** – kein Weg geht daran vorbei – im nomothetischen Paradigma, d.h. in kontrollierten Studien durchgeführt werden. Das ist aufwendig, das kostet, das macht den BehandlerInnen Mühe. Aber: Wie wollen sie – was rechtlich verpflichtend ist und ethisch eine Selbstverständlichkeit sein sollte – PatientInnen über „Risiken und Nebenwirkungen“ aufklären und den erforderlichen „informed consent“ erhalten, Grundlage jeder Behandlung, wenn keine verlässlichen Daten vorliegen? Solche Forschung ist aber auch in anderer Hinsicht eine Herausforderung: Es könnte sein, dass man seine Theorien und Praxen ändern muss, dass sich Dinge, die man für gut und richtig gehalten hatte, als falsch oder schlecht erweisen (z.B. zurückgenommene „Abstinenz“, fehlender Einbezug von Angehörigen, Ausblendung des Leibes usw.). Man muss erforderliche Korrekturen *wollen* (Petzold, Sieper 2003a, b, 2007a; vgl. unsere Bücher zu „Willen und Wollen“ in Psychotherapie, die zeigen: Es gibt gravierende Ausblendungen relevanter Themen – hier das des Willens – im gesamten psychotherapeutischen Feld, und das sollte zu einer kritisch-selbstkritischen Haltung der eigenen Profession und Disziplin gegenüber führen. Bei all den Irrtümern, Fehlkonzeptionen

und der überbordenden Vielfalt von Meinungen – etwa hinsichtlich von Krankheitsursachen – bei den verschiedenen „Schulen“ in ihrer z.T. langen Geschichte ist eine gewisse Skepsis und ein Streben, die eigene Praxis untersuchen zu lassen, angesagt. Das „junctim“ (*Freud*) zugleich Behandler und Forscher zu sein, hat Gefahren (des Skotoms, der Harmonisierung, der Beschönigung usw.) und bedarf des „fremden Blicks“ (2007e).

Besonders wird der Frage störungsspezifischer Behandlungsmöglichkeiten nachzugehen sein, ohne hier überzogene Erwartungen aufzubauen. Noch ist nicht klar, ob störungsspezifische Ansätze so viel mehr bringen als die Effekte der allgemeinen Wirkfaktoren (vgl. für die Depression *Arkowitz* 1992). Aber das muss untersucht werden. Auf jeden Fall müssen solch spezifische Behandlungsformate auf einem guten, *wirksamen* Basisverfahren aufruhen, und derartige Wirksamkeitsfeststellungen erfordern Kontrollgruppen.

Um aber keinen nomothetischen Reduktionismen aufzusitzen, denn das „Gold“ der randomisierten, kontrollierten Studien, die unter „Laborbedingungen“ exakt gemessene Wirksamkeit nachweisen, ist nicht alles, müssen auch naturalistische, *ökologisch valide* Studien im Praxisfeld durchgeführt werden (*Kriz* 2003), die erprobte und bewährte Wirkungen nachweisen (vgl. z.B. für die IT *Petzold, Häs, Märten, Steffan* 2000; *Steffan* 2002; *Märten, Leitner, Steffan, Telsemeyer, Petzold* 2003). Sie sollten auf jeden Fall – wie wir das gemacht haben – eventuelle Nebenwirkungen mit untersuchen, und – wo immer möglich – auch Angehörige einbeziehen, sowie Lebensqualitätsverbesserungen erfassen. Dabei werden neben validierten, standardisierten Messverfahren auch qualitative Forschungsansätze einzubringen sein, die dem hohen Stand moderner, qualitativer Forschung entsprechen. Vorteilhaft sind die von uns so bezeichneten „**sophisticated designs**“, die quantitative, qualitative, psychophysiologische und netzwerkrelevante Parameter erheben (wie wir im Charta-Forschungs-Colloquium dargelegt hatten; vgl. *Steffan, Petzold* 2002). Heute sind psychophysiologische Parameter mit zu untersuchen (*Caspar* 2003). Auch Studien mit bildgebenden Verfahren (*Erkenob* 2003) sind anzustreben. Die Möglichkeiten, die sich hier erschließen und die genutzt werden müssen, sind erheblich und werden dazu führen, dass die traditionellen „Schulen“ sich stärker in den Dialog und die Kooperation mit der Forschung begeben müssen, denn sonst werden sie keine Zukunft haben (1999p).

Ist „Evidence Based Psychotherapy“ wirklich das, was wir brauchen?

Ja, ganz ohne Zweifel brauchen wir diesen Ansatz in der Psychotherapieforschung und die auf ihm gründende Praxis *auch* (Dobson, Craig 1998; Mace et al. 2000), nur: *in zugepassster Form*, denn dieser Weg der Wirksamkeits- und Sicherheitsüberprüfung wurde in der somatischen Medizin und Pharmakologie entwickelt, kann also nicht eins zu eins auf die Psychotherapie übertragen werden. Geschähe dieses, wäre das fatal. Das Paradigma gilt es also zu differenzieren, und jede vorab entschiedene Pauschalablehnung aber auch unreflektierte Vorschlusslorbeeren verbieten sich. Man muss sinnvolle Transferierungen dieses Paradigmas diskutieren (vgl. die Diskussion in Petzold, Sieper 2001a). Dass nützliche Wege möglich sind, ist unzweifelhaft, *wie* sie möglich sind, *sinnvoll* möglich sind, ist noch in der Diskussion (Lutz, Grawe 2001). Wo ihre *Gefahren* liegen, muss auch klar sein bzw. werden. Nennen möchte ich: das Ausselegieren kleiner, besonders schwieriger PatientInnengruppen, für die nicht genügend Studien generiert werden können, die eine Evidenzbasierung möglich machen, und die dann schwere Benachteiligungen erfahren könnten; weiterhin das Absterben kleinerer Verfahren, die keinem forschenden Mainstream zugehören, an dessen Evidenzen sie sich anschließen können. Auch das wäre höchst bedenklich, weil damit wertvolle klinische Wissensstände verloren gehen können. Die Integrative Therapie folgt in dieser Frage einem Weg „*differentieller Evidenzbasierung*“. Sie prüft, welche Art der Psychotherapieforschung *welche Art von „Evidenzen“* festgestellt hat, und ob diese von der Behandlungsphilosophie und -methodik so „**konzeptsynton**“ sind, dass sie in den „*integrativen Rahmen*“ übernommen werden können – sie können es sehr oft, keineswegs immer. Wir vertreten nämlich – mit Ferenczi übrigens (2006g), der sein ganzes Forscherleben der Verbesserung von Behandlungsmöglichkeiten gewidmet hat (Nagler 2003) – dezidiert, dass PatientInnen das Recht haben, mit den besten vorhandenen methodischen Möglichkeiten behandelt zu werden (jeder Psychotherapeut würde bei einer somatischen Erkrankung das beste Medikament für sich beanspruchen). *Best practice* ist kein unbilliger Größenanspruch, sondern eine ethische Selbstverständlichkeit. Dabei muss noch der Faktor der Dauer und der Kosten kritisch-selbstkritisch von den Psychotherapieverfahren in den Blick genommen werden. Nicht alles braucht eine Langzeitbehandlung (auch schwere Störungsbilder nicht immer), aber es geht auch keineswegs alles mit „*Kurzzeittherapien*“. Manchmal sind Langzeitbehandlungen unverzichtbar, oft sind

fraktionierte bzw. „intermittierende Behandlungen“ (Petzold, Hentschel 1991) angesagt. Hier sind die Möglichkeiten noch lange nicht ausgeschöpft, und sie werden durch „Standardtechniken“ behindert.

Bei den Fragen der Evidenzbasierung in der Psychotherapie steht man noch in den Anfängen, d.h., dass dieses Paradigma noch nicht (und vielleicht nie) als das *Alleinige* dastehen wird und dastehen kann. Selbst in der somatischen Therapie geht das nicht. Man muss auch hier auf die Risiken und Nebenwirkungen für ganze Patientenpopulationen schauen, die durch die Kostenträger dann benachteiligt werden könnten. *Man muss die „Evidenz der Evidenzbasierung“ untersuchen.* Aber prinzipiell ist Evidenzorientierung eine sehr gute Sache, denn sie dient der PatientInnensicherheit. Wenn man sich klar macht, dass vieles an interpersonalem Geschehen auf der Ebene von Genexpressionen und Genregulationen (Proteinsynthese) wirkt, mit Veränderungen auf der Ebene von Neurotransmittern und Neuromodulatoren zu tun hat, dass Glutamat, Dopamin, Serotonin, Cortisol (um nur die bekannteren Stoffe zu nennen) eine immense Rolle in diesen Prozessen spielen, die im „Informierten Leib“ (2002j) zur Wirkung kommen, verbunden mit und als Resultat von *interpersonalen Prozessen*, wenn man sieht, dass Veränderungen auf neurophysiologischem Niveau durch Psychotherapie bewirkt und mit bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden können (Erkwoh 2003) – neue Dimensionen evidenzbasierter Psychotherapieforschung (Caspar 2003) –, dann wird vielleicht deutlich, was *evidenzbasierende* Untersuchungen in Zukunft bringen können, aber auch, dass Gefahren neurowissenschaftlicher und immunwissenschaftlicher Verdinglichung drohen können. Hier einen wachen und besonnenen, forschungsorientierten Kurs *fortschrittsbewusst* und *methodenkritisch*, *Wirtschaftlichkeitskriterien verpflichtet* und *sozialkritisch engagiert* zu steuern, wird dringend erforderlich sein.

Die von vornherein ablehnende Diskussion, die man in weiten Bereichen der PsychotherapeutInnenszene findet, gerade auch bei den älteren KollegInnen, die sich mit neuen Entwicklungen schwer tun, wird nichts bringen. Andere werden dann den Kurs bestimmen. In bestimmten Kreisen der Psychotherapie werden diese Diskussionen, das muss man doch klar sehen und sich eingestehen, *zumeist defensiv geführt*, weil in diesem eher konservativen Milieu Neues Angst macht, Misstrauen erweckt, u.a. auch weil viele Verfahren und Methoden diese Art von Forschung nicht leisten wollen oder können. Aber dann müssten sie sich zusammenschließen. Wir haben das in den Chartacolloquien wieder und wieder begründet (Petzold, Sieper 2001d). Zuweilen werden ethische Argumente

ins Spiel gebracht: Missbrauch der Patienten für Forschung, Beschädigung der Integrität des „psychotherapeutischen Raumes“. Diese Argumente muss man auf ihre Motivationen und Hintergründe kritisch befragen, denn gute Untersuchungen sichern ja gerade die Gesundheit und Integrität von PatientInnen. Und wenn man forschungsethisch bewusst und selbstkritisch arbeitet, die durch forschungsethische Rahmenrichtlinien (z.B. auf EU-Ebene, universitäre und fachverbandliche Reglements) vorgegebenen Standards sorgfältig einhält, dann verlieren die Bedenken an Gewicht. Ich habe noch immer genügend PatientInnen gefunden, die breit informiert „im informed consent“ bei Untersuchungen mitgewirkt haben, Freude an der Mitwirkung gefunden haben und Gewinn von der Mitwirkung hatten.

Natürlich muss man als Therapeut/Therapeutin und als Therapierichtung bereit sein, wenn man sich der kritischen Überprüfung von Theorie und Praxis durch Forschung stellt, anzunehmen, dass die eigenen Positionen fehlerhaft sein können, bereit auch, sie – wo erforderlich (und man wird das wohl nicht umgehen können) – zu revidieren, zu erweitern, als falsifiziert abzulegen.

*Zu welchen Fragen forschen Sie jetzt?*

Theoretisch befasse ich mich mit der Bedeutung der „sanften Gefühle“ (Petzold 2005r) sowie wieder mit Fragen der Evolutionspsychologie (idem 1986h, 2006j) und der Ökopsychosomatik (Petzold, Orth 1998a, idem 2006p) – zwei Bereiche, die ich für sehr zukunftssträftig halte. Empirisch bin ich auf Forschungen im Bereich der *Traumatherapie* zentriert (Petzold 2001b, m, 2004l; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002), u.a. im Praxisfeld mit traumatisierten Menschen im ehemaligen Jugoslawien. Weiterhin befasse ich mich mit der Untersuchung besserer Therapiemöglichkeiten in der Behandlung alter Menschen, ein altes Anliegen (Petzold 1965, 2004a, 2005a; Petzold, Bubolz 1979; Petzold, Müller 2002, 2005), das derzeit große gesellschaftliche Relevanz hat. Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei Forschungen und Konzeptentwicklungen in der Behandlung von Suchtkranken (z.B. zu Polytraumatisierungen, Wirkfaktoren, Praxeologie, vgl. umfänglich unsere Bücher Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Besonders die Wirkung von „**protektiven Faktoren und Resilienzen**“, zwei Konzepte aus der „klinischen Entwicklungspsychologie“, die ich in den Bereich der Psychotherapie eingeführt habe (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003, 2005) und die überhaupt noch nicht in der erforderlichen

Breite aufgenommen wurden, sind mir ein Anliegen – und das sind schulenübergreifend gültige Konzepte! Dabei wird für die Suchttherapie klar – und das gilt natürlich auch für die Behandlung schwieriger und belasteter Kinder und Jugendlicher (Jungen und Mädchen, 2006v, 2007d) mit ihren Familien oder auch psychiatrischer PatientInnen –, dass erfolgreiche Therapien in „Therapieketten“, therapeutischen „Verbundsystemen“ als Systemen hinlänglich abgestimmter und konsistent weiterführender Maßnahmen stattfinden müssen. Schon früh habe ich deshalb Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre „Therapieketten“ (Petzold 1974b) konzipiert und aufgebaut und beraten, weil ich überzeugt war: **„Gute Suchttherapie ist keine Sache der Therapiemethode, sondern eine Sache eines differentiellen und integrativen Gesamtprogramms der Behandlung und der miteinander vernetzten rehabilitativen Maßnahmen“** Petzold (1973). Diese Position gilt heute wieder oder besser immer noch, ja aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage in besonderem Maße (Petzold, Schay, Scheiblich 2005). Auf Verbundsysteme der Hilfeleistung kann man nicht verzichten. In ihnen können nämlich die einzelne Einrichtung und die Einrichtungen insgesamt mit den Klienten „von Fokus zu Fokus“ arbeiten, müssen dabei aber auch die *ganze Wegstrecke der Hilfeleistung* „proaktiv“ in den Blick nehmen im Sinne eines „*integrativen und differentiellen Prozessverlaufsmanagements*“, eines „*Optimal Process Facilitation*“ (POF; vgl. Jüster, dieses Buch, S. 505), eine Konzeption die für den Umgang mit schwierigen PatientInnen im Rahmen einer Karrierebegleitung besser geeignet ist, als das Konzept eines ‚*case management*‘ (eines manualisierten amerikanischer Prägung gar), das den individuellen Erfordernissen dieses betroffenen Menschen, der konkreten Lebenssituation dieses Patienten, dem Karrieresegment jener Patientin nicht gerecht wird. Menschen sind keine ‚Fälle‘, die ‚gemanaged‘ werden müssen, vielmehr geht es um das gemeinsame Planen und Handhaben von Prozessen, ein ‚*process management*‘, an dem Helfer und Patient gemeinsam arbeiten, um einen zielrealistischen Verlauf zu erreichen. Dabei kann ‚*Prozesssupervision*‘ (an Stelle von sogenannter Fallsupervision) sehr hilfreich sein, bei der PatientInnen durchaus beigezogen werden können.

Und damit wird eine Brücke zu einem weiteren Schwerpunkt meiner Arbeit geschlagen, der seit einigen Jahren bei der *Supervisionsforschung* liegt. Neben eigenen großen Untersuchungen in der Ausbildungsforschung mit „*sophisticated desings*“, in denen (mit einer Kontrollgruppe) quantitative und qualitative Methoden eingesetzt wurden (Petzold, Schigl 1996, Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2002), haben wir die Litera-

tur zur internationalen Supervisionsforschung aufgearbeitet und kritisch evaluiert (vgl. unser Buch: „Supervision auf dem Prüfstand“, Petzold, Schigl et al. 2003) mit zum Teil schlechten Resultaten für die Supervision: Es gibt kaum kontrollierte Studien, keine Wirkungsnachweise auf der Patientenebene, keine einzige Studie, die den Nachweis für die oft behaupteten burnout-prophylaktischen Effekte bringt; es gibt gute Nachweise für eine positive Wirkung für die Mitarbeiter (allerdings auch kaum kontrollierte Studien). Bei Multicenterstudien, die ich in verschiedenen Ländern über Supervision in verschiedenen Feldern durchführe (Psychiatrie, Altenarbeit, Sucht), ist gerade die Erhebung für die Psychiatrie in der Schweiz ( $n = 320$ , ein sehr großer Rücklauf) abgeschlossen worden (Gottfried, Petitjean, Petzold 2003) mit einem eher mäßigen Ergebnis – wie auch die Studien im Felde der Altenarbeit leider zeigen (Müller, Petzold, Schreiter-Gasser 2005; Knaus, Petzold, Müller 2006). Für diese anspruchsvolle/anspruchliche Disziplin sollte man nicht nur ein Drittel der Rückläufe mit gut und besser haben und zwei Drittel befriedigend bis schlecht. Diese Untersuchungen werden in Supervisorenkreisen natürlich ähnliche Debatten auslösen, wie die *Grave*-Studie in der Psychotherapie. Hier trifft es aber *alle Richtungen* einer Disziplin, die höchst relevant für die Psychotherapie ist, aber bis jetzt Forschung weitgehend vernachlässigt hat. Deshalb: „Niemand hat gewonnen und niemand erhält einen Preis“. Welche Form, Richtung und Methodologie von Supervision wie wirkt, ist noch weitgehend offen. Dass es auch durchaus auch Schäden gibt, zeigt eine derzeit laufende Dunkelfeldstudie (Petzold, Orth et al. 2003). Es wird darum gehen, Qualitätssicherung in der Supervision zu betreiben, ihre Wirksamkeit zu überprüfen, wirksame Methoden zu entwickeln und eine forschungsfreundliche Kultur aufzubauen – und das ist auch ein zentrales Anliegen für die Psychotherapie, da Supervision Teil jedes psychotherapeutischen Ausbildungssystems ist und der Qualitätssicherung von Psychotherapie dienen soll, sich also nicht vorwiegend darauf zentrieren sollte, als Instrument der Identitätsicherung von Schulidentitäten zu fungieren und die schulenspezifischen Konzepte, Methoden, aber damit auch Vorurteile, Fehlannahmen und Fehlstrategien zu perpetuieren. Unsere Konklusion: Ein Teil der geforderten Supervision sollte bei Supervisoren eines anderen Paradigmas abgeleistet werden (z.B. ein tiefenpsychologischer Therapeut bei einem Systemiker oder VT-Supervisor), damit man einmal eine andere Perspektive erhält und in die Lage versetzt wird, die eigenen schulenspezifischen Positionen einmal kritisch zu reflektieren. Ich bin mir bewusst, dass dieser Vorschlag weitgehend auf

taube Ohren stoßen wird. Die „Charta“ hätte allerdings aufgrund der möglichen Kooperationen zwischen ihren Mitgliedsinstitutionen gute Chancen, ein solches Modell einzurichten. Wiederum müsste dahinter ein Bewusstsein einer gewissen Defizienz bei den einzelnen Schulen stehen, das Wissen auch, dass Erweiterungen fruchtbar sein könnten, auch wenn nicht nur systemimmanent im eigenen Diskurs konzeptualisiert wird. Solche Prozesse zu erforschen – nämlich die einer Feldentwicklung (des Feldes der Psychotherapie), die einer Organisationsentwicklung –, ist äußerst spannend und auch eine Aufgabe von Supervisionsforschung (Petzold, Ebert, Sieper 2001).

*Was für eine Epistemologie braucht die Psychotherapie als Wissenschaft?*

Das ist keine schnell zu beantwortende Frage. Nur soviel: auch in der Epistemologie – wie in allen relevanten Wissens- und Forschungsbereichen – brauchen wir eine Vielfalt an Paradigmen. Für die praktische Psychotherapie und eine Forschungsorientierung in der Psychotherapie sollte eine epistemologische Position gewählt werden, die sowohl für anthropologische, ethische wie auch forschungslogische Fragestellungen gute „Anschlussmöglichkeiten“ bietet. Das klingt ein wenig nach der „Quadratur des Kreises“. Aber wenn Psychotherapie sich in einem „**biopsychosozialen Modell**“ (Engel 1977, 1997; Petzold 1965, 1974j, 2001a,) verortet, einem „**biopsychosozialökologischen**“ gar (idem 2000h), dann müssen Brücken zwischen dem naturwissenschaftlichen und dem kultur- bzw. sozialwissenschaftlichen (wenn man so will „geisteswissenschaftlichen“) Paradigma geschlagen werden. Wir haben das in den Charta-Texten ausgeführt (idem 2001o, 55ff; Petzold, Sieper 2001d, e). Die Epistemologie wird demnach eine wichtige „Brückenfunktion“ haben. Obskurantistische Positionen oder sehr einseitige Konzepte sind hier nicht hilfreich. Ideologien müssen gut begründet sein (Petzold, Orth 1999) und fachlich legitimiert werden können. Die gesamte Frage müsste eigentlich fachphilosophisch kritisch untersucht werden: welche Paradigmen eignen sich für welche Praxis. Gestalttheorie/Kritischer Realismus (N. Bischof) oder eine ernüchterte neophänomenologische Position (H. Schmitz) eignen sich m. E. gut für die Psychotherapie oder die wissenschaftsfreundliche Hermeneutik des späten P. Ricœur, der den Dialog mit den Naturwissenschaften suchte (vgl. dieses Buch, S. 284). Es gibt hier viele mögliche Antworten, und die Diskussionen sind in Bewegung. Die Psychotherapie muss sich an ihnen beteiligen.

Ich habe in der ersten Enquête der Psychotherapie-Charta die Position der Integrativen Therapie umrissen (Petzold, Sieper, Rodriguez-Petzold 1995) und in der zweiten Enquête vertiefend erläutert (idem 2000h), eine Position für die Integrative Therapie, die dem späten *Ricœur* und auch *Habermas'* sozialwissenschaftlichem Hermeneutikverständnis durchaus verpflichtet ist, und zum Ansatz einer **Metahermeneutik** (idem 1994a, 1998a) ausgebaut wurde:

Auf dem Boden der leiblichen Phänomenwahrnehmung – eine solche Phänomenologie ist Basis von allem – erfolgt die hermeneutische Auslegung von Wirklichkeit, durch die alles hindurchgehen muss, auch die Daten positivistischer Forschung und ihre Ergebnisse (spätestens in der „Diskussion“ der Ergebnisse). *Habermas* (1980) sprach in diesem Sinne zu Recht vom „Universalanspruch der Hermeneutik“. Damit kann aber nicht allein eine sprachzentrierte Hermeneutik in der Tradition *Heideggers* und *Gadammers* gemeint sein. Von **Metahermeneutik** im Sinne meiner Konzeption kann gesprochen werden, wenn eine „doppelte Reflexion“ erfolgt:

1. Wenn sich die Hermeneutik auf ihre soziohistorischen, sozioökonomischen und soziokulturellen Bedingtheiten reflektiert: auf Machtverhältnisse und Interessen, die die kollektiven Strömungen des Denkens beeinflussen, auf den Zeitgeist, Gender-, Schicht- und Ethnieeinflüsse, auf Euro- oder Amerikazentrismus usw. *I. Berlin, P. Bourdieu, M. Castell, J. Derrida, M. Foucault, R. Sennett, J. Butler* u.a. haben hierfür verschiedene Perspektiven, Methodologien, Instrumente zur Verfügung gestellt.

2. Wenn sich die Hermeneutik mit den materiellen Voraussetzungen des *hermeneuo*, des Auslegens, auseinandersetzt, den zerebralen, neurobiologischen Prozessen und ihren evolutionsbiologischen und -psychologischen Hintergründen (*Mysterud* 2002; *Petzold* 2005t) und den sich daraus ergebenden Problemen:

- mit einer nur sehr bedingten Freiheit des Willens (*Libet* et al. 2000; *Petzold, Sieper* 2003a, b, 2007c; *Singer* 2003);

- mit der Bestimmtheit durch evolutionsbiologisch ausgebildete „*evolutionary narratives*“ und „*genetische Programme*“, die im integrativen Verständnis an die Stelle des obsoleten *dualen Triebbegriffs* *Freuds* gesetzt werden: der allem Lebendigen inhärierende „*Impetus*“ (2003e), der Grundantrieb „Leben“ hinter der explorativen „*Neugier*“ und ihrer „dunklen Seite“ der „*Gier*“, den vielfältigen Motiven, die uns bewegen, bestimmen und die wir aufgrund unseres Wollens, unserer Lernfähigkeit und Neuroplastizität beeinflussen können; wir müssen uns auseinandersetzen

- mit der für die Introspektion und die Fremdempathie absoluten Unzugänglichkeit des „*neuronalen Unbewussten*“ (d.h. der zerebralen Prozesse des Denkens, was jedem Versuch auch psychoanalytischen Erfassens der Inhalte eines fremden *neuronalen* Unbewussten eine absolute Grenze setzt, wie auch der durch

Selbsterfahrung geschulten Selbstempathie, denn *dieses* Unbewusste ist nicht das „Verdrängte“, wie bei *Freud*, sondern die genuine Funktionsweise neurobiologischer Prozesse selbst;

- schließlich mit dem „strukturellen *punctum caecum*“ (*Petzold* 2002b) des menschlichen Geistes, der in einem drei- ggf. vierdimensionalen Mesokosmos sich evoluiert hat (idem 2005t), und in seinem Wahrnehmen und Denken auf diese Dimensionen begrenzt ist.

**Metahermeneutik** versucht, sich solchen Problemen, soweit dies möglich ist, zu nähern. Sie ist nicht nur eine „Beobachtung zweiter Ordnung“ (*v. Foerster, v. Glasersfeld*), nicht nur eine „Reflexion des Reflektierens“ (*Ricoeur*), sondern sie nimmt die Neurobiologie der reflexiven Prozesse und ihre kulturalistischen Imprägnierungen mit in den Blick, um über die *Exzentrizität* hinaus eine *Hyperexzentrizität* zu gewinnen – ein Unterfangen, das **Interdisziplinarität** unverzichtbar braucht, um die Chance zu gewinnen, dass durch hohe Konnektivierung interkultureller Wissens- und Erkenntnisstände, die – so meine Systematik (1998a) – **Monodisziplinarität**, ja **Multidisziplinarität** überwinden, aus *interdisziplinären* Diskursen „*transdisziplinäre*“ Erkenntnisse „**emergieren**“ können.

Eine solche epistemologische Position, die hier knapp umrissen wurde, setzt auf „multiple Konnektivierungen“, rechnet mit „pluralem Sinn“, der Emergenz (*Krohn, Kippers* 1992) vielfältiger *Sinne* (*Petzold* 2001k; *Welsch* 1996) und setzt nicht auf eindimensionale Metaerzählungen (*Liotard* 1986).

*Wie denken Sie, wird sich das interdisziplinäre Berufsfeld der PsychotherapeutInnen in den kommenden 10 Jahren verändern?*

Diese Frage wird in den unterschiedlichen europäischen Ländern unterschiedlich zu beantworten sein. In der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Störungen von Krankheitswert wird die traditionelle Psychotherapie einen Teil ihres Bodens an die psychiatrisch-medikamentöse Behandlung verlieren. Depressionen, Angststörungen werden noch erfolgreicher mit Medikamenten behandelt werden können als schon bisher, und auch die Posttraumatischen Belastungsstörungen werden medikamentös besser (und nebenwirkungsärmer) angebar werden, als das bisher der Fall ist. Das ist aber prinzipiell kein Schaden für die Psychotherapie. Denn statt zu versuchen, bei *major depressions* den dysregulierten Serotoninhaushalt mit tiefenpsychologischen Interpreta-

tionen oder gestalttherapeutischen Awareness-Übungen mehr oder minder erfolgsarm zu beeinflussen, werden in einer „anschlagenden“ medikamentengestützten Psychotherapie die eigentlichen „psychologischen“ Therapiemomente besser zum Tragen kommen (Beziehungsprobleme, Motivationsfragen, Sinnfragen, Anforderungen an Lebensmanagement in einer hyperflexiblen Welt usw.). Die Bedeutung klassischer Langzeitanalysen wird weiter abnehmen. Kombinatorische Therapien (Psychotherapie, Medikation, Sporttherapie) werden zunehmen, weil sie wirksamer sind. Gesundheitsberatung und berufliches Coaching werden stärker in die Praxen von PsychotherapeutInnen Eingang finden. Der „Markt“ wird sich bereinigen, d.h. Psychotherapie zu Lasten der Kassen wird deutlich „gedeckelt“ sein, und der Markt wird das Überangebot von therapeutischen Anbietern nicht mehr absorbieren können, so dass die Situation der Praxen noch schwieriger wird. Qualität und Innovation werden sich indes behaupten können. Die traditionellen Verfahren riskieren an Bedeutung zu verlieren, wenn sie keine Innovation zustande bringen (und ich meine hier nicht die „Vermarktung von Moden“ wie das „Aufstellen“ oder das EMDR, NLP, das Holotrope Atmen, Fischer-Hoffmann-Prozess, Eneagramm usw. usw.), sondern die Vertiefung der klinischen Praxis und der *sinnorientierten Arbeit mit Lebenswissen* in einer lebendigen „clinical wisdom“.

Psychotherapeuten sind gut beraten, wenn sie diese Fragen gemeinsam erörtern, und wenn sie schulen- bzw. richtungsübergreifend zu planen und zu handeln versuchen, d.h. an diesen Entwicklungen so intensiv wie möglich in „fundierter Kollegialität“ (Petzold, Orth 1998) miteinander arbeiten. Schulenhermetik oder Richtungsgeismen müssen zurückstehen und man muss wirklich darum bemüht sein, voneinander und miteinander zu lernen. Dass das sehr schwierig ist, hat der Prozess der „Wissenschaftscolloquien“ der Charta gezeigt. Ich habe nicht festgestellt – aber vielleicht ist meine Optik auch eingeschränkt –, dass irgendeine „Schule“ etwas an ihren Basispositionen verändert hätte, oder offen Konzepte einer anderen „Schule“ übernommen hätte. Und dennoch haben sich Qualitäten verändert, ist das Gespräch in einer wertschätzenden Form geführt worden. Und das ist sehr viel. Aber voneinander lernen? Dazu müssen die Prozesse sicherlich weitergehen (vgl. idem 2000h), das bedarf einer vertieften Auseinandersetzung mit dem „anderen Diskurs“. Um den zu ermöglichen, haben wir unsere wesentlichsten Beiträge zum Charta-Prozess ins Netz gestellt (Petzold 2001o, Petzold, Sieper 2001d, 2006) und hoffen, dass andere diesem Beispiel folgen.

*Was ist gegenwärtig für die Psychotherapie in der Gesundheitspolitik notwendig?*

Auch das ist sicherlich länderspezifisch zu sehen. Ganz allgemein werden die großen gesellschaftsstrukturellen Probleme auf die Psychotherapie durchschlagen – und sie erscheint mir dafür durch ihre Mittelschichtorientierung, eine gewisse Lebensferne und Weltfremdheit, die ihr eignet (zumindest mit Blick auf große Bevölkerungsgruppen und ihre Probleme), noch wenig gerüstet. Die demographischen Umwälzungen der „auf den Kopf gestellten“ Alterspyramide werden für die „neuen Alten“ wie für die Jungen größte Probleme der „Intergenerationalität“ aufwerfen (Müller, Petzold 2002; idem 2004a, 2005a). Die immer noch mageren Versuche der Psychotherapeuten in der Alterspsychotherapie (zumeist wieder in alter Manier schulenimmanent konzeptualisierend) jenseits des erforderlichen sozialgerontologischen und alterspsychologischen Wissens, ohne Forschungsfundierung und spezifische Behandlungskonzepte und Methoden (vgl. Müller, Petzold 2002a, b, 2003; Petzold 2003k) hinken hinter den Entwicklungen hinterher. Aber es gibt auch sehr fruchtbare Ansätze (vgl. den Überblick bei Petzold, Müller 2002; Petzold 2005a, zu einem integrativen Pflegekonzept, Riedl 2006), die vertieft werden könnten, und dann hätten PsychotherapeutInnen für diese Zielgruppe, auch in den oft grauslichen Heimsituationen (Petzold, Müller 2005a), viel zu bieten. Das müsste man gesundheitspolitisch klar machen. Die Jungen werden an den Überlastungen, die aus dieser Situation resultieren, nicht nur materiell, sondern auch psychisch zu tragen haben. Ihre Lebens- und Arbeitssituation verschärft sich durch die geforderte und erforderliche Hyperflexibilisierung. (Sennett 1997 hat einige dieser Phänomene behandelt, und sie stellen sich inzwischen als noch gravierender dar). Überlastung als *lifestyle, life style* zur Kompensation von Überlastung, Anstieg des Konsums legaler, halblegaler oder illegaler Drogen, Beziehungs-, Familien-, Netzwerkzerfall – hier müssen und können Psychotherapeuten wichtige Teil-Antworten finden (man darf hier auch nicht zu anmaßend mit Blick auf die eigenen Beiträge und Möglichkeiten werden, aber es wird gute Hilfen und Coping- bzw. Support- oder Creating-Strategien geben [Petzold 2000h], die PsychotherapeutInnen für die Menschen des Gemeinwesens anbieten können, und *das* müssten sie gesundheitspolitisch ins Gespräch bringen. Dafür sind aber konzeptuelle Entwicklungen notwendig. Man musste sich endlich einmal ernsthafter mit den „**Krankheitsursachen im Erwachsenenleben**“ (idem 1996f) auseinandersetzen, ohne den beständigen Rekurs auf die frühe Kindheit –

eine kollektive Vermeidungsstrategie der erwachsenen PsychotherapeutInnen vor den *hardships* des Erwachsenenlebens und seinen vielfältigen pathogenen Situationen. Die „Entwicklungspsychologie des Erwachsenenlebens“ (Filipp, Staudinger 2005) ist für die Mehrzahl der PsychotherapeutInnen noch *terra incognita*. In praktisch keinen klinischen Veröffentlichungen findet man einen Bezug auf die relevante Literatur. Das Thema „Psychotherapie und Arbeitswelt“ (Petzold, Heigl 1982) liegt seit unserer alten Veröffentlichung weitgehend brach. Aber in der Arbeitswelt finden wir einen Großteil der pathogenen Belastungen und Überlastungen (und ich denke hier nicht nur an das teilweise modisch gepuschte Thema „Mobbing“, das in der Selbsthilfeszene mehr Beachtung findet, als in der Psychotherapie, vgl. Waibel, Petzold 2007)). Das Traumathema dominiert, und dabei stehen wieder die „frühen“ Traumatisierungen im Vordergrund. So wichtig dieses Thema auch ist, es führt aber derzeit schon zu einem massiven *overdiagnosing* und verstellt damit auch den Blick auf die pathogene Qualität der Verschleißgesellschaft im Turbokapitalismus mit ihren vielfältigen Ungerechtigkeiten und Unrechtswirkungen. Bourdieu (1997, 1998), der zu diesen Themen, zu den Fragen des „Elends der Welt“ wesentliche Beiträge geleistet hat, wird bezeichnender Weise von PsychotherapeutInnen kaum zur Kenntnis genommen (Leitner 2001, 2003; Petzold 2003d). Traumata und PTBS („it’s rather the exception than the rule“, MacFarlane 1995) sind nicht die wesentlichsten und häufigsten Ursachen der Psychopathologie im Erwachsenenalter, blickt man auf die geringen Lebenszeitprävalenzen bei Menschen in den mitteleuropäischen Ländern (vgl. für Deutschland Perkonig, Wittchen [1999] – ich rede nicht von den Flüchtlingen und den Kriegsgebieten). Dennoch strömen die KollegInnen in die Traumatherapieausbildungen – meine Kurse und die anderer ExpertInnen sind voll, und ich finde in ihnen vielfach TherapeutInnen, die nur höchst selten mit PTBS oder AkuttraumapatientInnen zu tun haben. Ich meine, PsychotherapeutInnen müssen sich mit den Problemen befassen, die bei den PatientInnen *heutzutage wirklich zu mehr und mehr Erkrankungen führen*, und das sind überstressende, unbefriedigende, belastende und Ängste auslösende Arbeitssituationen und Sozialbeziehungen und verfallende Familienstrukturen und Kulturen, in denen nicht mehr zureichend Lebenssicherheit und Glück generiert wird. Hier entstehen zunehmend psychische und psychosomatische/somatoforme Störungen. Hier brauchen Menschen Hilfe, hier entstehen erhebliche, volkswirtschaftlich relevante Kosten. Hier muss man Angebote machen, Forschung auf den Weg bringen, sich gesundheitspolitisch ins Spiel brin-

gen, Politiker überzeugen, dass Psychotherapie – Coaching allein genügt nicht, hat erst ein Absturz stattgefunden – für Jobstress, Jobfatigue, innere Kündigung, Burn-out-Erkrankung (sie gehörte in ICD bzw. DSM) relevante Hilfen zu bieten hätte.

Gesundheitspolitisch und therapietheoretisch hielte ich es für außerordentlich wesentlich, dass *PsychotherapeutInnenverbände aktiv mit PatientInnenverbänden* zusammenarbeiten. Ich vertrete das seit langem und leider mit mäßigem bis keinem Echo bei den Verbänden (*Petzold* 2000d, 2006n). Hier würde nicht nur mit dem in der Psychotherapie oft vernutzten Wort „Partnerschaft“ ernst gemacht, hier könnte Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit gewonnen werden, denn Gesundheitspolitik sollte nicht nur von Politikern, ständischen Interessenvertretern, Verbandsfunktionären, Kostenträgern etc. gemacht werden, sondern auch unter gewichtiger Beteiligung derer, um die es in Sonderheit geht. Sie müssten in allen wichtigen Gremien mitarbeiten, sollten herbeigebeten werden. Bessere Verbündete könnten die PsychotherapeutInnen nicht haben, aber sie stehen sich hier selbst im Wege – mit ihren subtilen Stigmatisierungen von PatientInnen, die Tradition haben (Der Neurotiker sei „häufig genug mit den Erscheinungen der Degeneration vergesellschaftet“, *Freud* 1905 StA 119; Patienten seien „nicht Vollwertige“, *ibid.* 1912, 179). Psychotherapeuten geben ihren PatientInnen etwa durch den fehlenden Einbezug in gesundheitspolitische Fragestellungen implizite Unfähigkeits- und Hilflosigkeitsattributionen. Was das heißt und bewirkt, muss man sich einfach einmal attributionstheoretisch klar machen (*Flammer* 1990 – ein in der Psychotherapieliteratur fehlendes Grundlagenwerk). Die subtilen Parentifizierungsideologien und Klientelisierungspraktiken, die im psychotherapeutischen Feld vorhanden sind, müssen dringend metareflektiert werden, um zu Konsequenzen zu kommen. Das ist ein gesundheitspolitisches Desiderat, das ausschließlich auf Seiten der Therapeuten liegt und von ihnen angegangen werden müsste.

Ich habe immer wieder PatientInnen in Projekten als höchst kompetent in lebenspraktischen Dingen gesehen! Warum sitzen sie nicht mit uns an einem Tisch, wenn es um ihre und unsere Belange geht? [Im Original folgen Fragen und Ausführungen zu CHARTA-initiierten Forschungen in der Schweiz]

Ich möchte nochmals die Situation der Familien – der traditionellen wie der postfamilialen – in den Blick rücken. Ihre Situation ist derart *prekär* geworden, dass sie gesamtgesellschaftlich und durch alle Sozialprofessionen gestützt werden müssen: in ihrer emotionalen Haltfunk-

tion, ihrer Erziehungsarbeit, intergenerationalen Kompetenz, Gewissensbildung usw. Ich denke da an das Projekt von „Family Academies/ Universities“, Zentren, die Familien beraten, mit ihnen in einer modernen Familienkultur arbeiten. Ich möchte so etwas auf den Weg bringen (Petzold 2006q, 2006v).

*Noch einige persönliche Fragen:*

*Warum sind Sie Psychotherapeut geworden?*

Ich wollte eigentlich, vom Arbeitsgebiet meines Vaters in der Pflanzenzucht und Saatgutvermehrung fasziniert, von den Gängen und Fahrten durch weite Felder, diesem engen Kontakt mit allen möglichen Formen des Lebens – Biologe oder Agronom oder Forstwirt werden (anvisiert: Studium des Tropischen Landbaus in Witzenhausen). Motiviert war ich von der „Freude am Lebendigen“ und einer Liebe zur Natur, den Tieren, Pflanzen, der Schönheit von Landschaften (bis heute meine große Passion), die mich schon früh zu einer „Ökophilie und Ökosophie“ führte (Petzold 1961b, 2002r, 2006p; Petzold, Orth 1968b), motiviert auch von einem Engagement für Menschen (deshalb Landwirtschaft in Drittweltländern). Abenteuerlust natürlich! Ich hatte auch die damals für das Studium der Landwirtschaft notwendige Lehre gemacht. Zugleich war ich bei der DLRG (Ausbildung zum Rettungsschwimmer), bei der Bündischen Jugend und bei der Johanniter Unfallhilfe aktiv. Meine Eltern waren bis in ihre letzten Lebensjahre in altruistischen Projekten engagiert (Pazifisten im Dritten Reich, Bekennende Kirche, Verfolgte des Naziregimes, Teilnehmer der Ostermarschbewegung, GVP-Mitglieder, sie engagierten sich für Friedensbewegung und leisteten ehrenamtliche Arbeit mit Opfern des Naziregimes, alten Menschen, Suchtkranken usw. (Petzold 1985t). Werke von Seneca, Tolstoj und Kropotkin waren Hauslektüre, Selbsthilfeprojekte waren immer die erste Antwort auf Probleme (Petzold, Schobert, Schulz 1991). Meine Eltern haben vielen Menschen geholfen. Sie waren große **Tröster**. Neben dem „Tröst“ – diesem von der Psychotherapie vernachlässigten „Heilfaktor erster Ordnung“ bei Belastungen, Verletzungen, Verlusten (idem 1997e, 2000h, 2004l) durch unmittelbare menschliche, leiblich-konkrete Zuwendung und praktische Lebenshilfe waren die Kunst, der Gesang, war die „ästhetische Erfahrung“ eine Quelle der heilsamen Praxis, die ich als Kind als Domäne meiner Mutter erlebte. Sie leitete bei der „Weißen Schleife“ mit Kindern und ihren Müttern aus gefährdeten Milieus Sing- und Puppenspielgruppen, schrieb

während des Krieges als Rotkreuzschwester für Kranke und mit ihnen Gedichte – „Poesietherapieprojekte“ und „literarische Werkstätten“ führte sie bis ins hohe Alter durch (Petzold-Heinz 1985, 1991).

Mein Interesse für Menschen und für die Philosophie wurden von beiden Eltern früh geweckt (Petzold 2002h; Zundel 1987). Ein schwerer Arbeitsunfall während der Lehre [1962] machte meine Träume von Arbeit in der tropischen Landwirtschaft zunichte. Ich ging nach Paris [1963], um mich mit Menschen, ihrem Wesen, ihrer Geschichte, ihrem Denken zu befassen, begann (russisch-orthodoxe) Theologie, Philosophie, Psychologie zu studieren (mit Ausflügen in die Byzantinologie, Slawistik, Orientalistik). Aufgenommen wurde ich bei Freunden meines Vaters im russischen Emigrantenmilieu, wo mir die Gedanken *Berdjajews*, *Florenskijs* aber auch *Politzers*, *Sartres* und *Merleau-Pontys* vermittelt wurden. Ich lernte *Gabriel Marcel*, *Emmanuel Levinas*, *Michel Foucault*, *Gilles Deleuze*, *Paul Ricœur* und andere Protagonisten der französischen Philosophie kennen. Der kanadische Zweig meiner Familie, die nach der Revolution und dem ersten Weltkrieg nach Montreal und Ottawa emigrierten Brüder meines Vaters, unterstützten mich materiell und ermöglichten mir seit 1968 auch die ersten Studienaufenthalte: am Esalen Institut, am Moreno Institut in Beacon, bei den National Training Laboratories in Bethel, Maine, im Gestalt-Kibbutz am Lake Cowichan usw. Einer von ihnen, *Max Petzold*, war selbst im Human Potential Movement involviert und eröffnete mir diese Welt.

Wegen einer Depression (Verlust meines ursprünglichen Berufziels) begann ich eine (orthodoxe) Psychoanalyse [Paris 1963]. Es ging mir nicht gut mit ihr. Ich hatte das Lebensglück, anders kann ich es nicht bezeichnen, nach zwei Jahren [1964] in eine *Ferenczianische* Analyse (vgl. 2006g, w; Nagler 2003) wechseln zu können, in der meine Entscheidung für die Psychotherapie gewachsen ist. Ich habe *heilende, liebevolle Zuwendung* erfahren, ein immenser Kontrast zur vorausgehenden „abstinenten“ kalt-schweigenden Couch-Analyse. Sie gab mir Hoffnung und Reorientierung, ermutigte mich, an der Liebe zur Natur und meinen landwirtschaftlichen Interessen festzuhalten (seit 1976 bis heute 2003 baue ich auf La Palma Obst, Wein, Avocados an, habe Schafe, Bienen und züchte Aras – die Landwirtschaft ist mir nicht abhanden gekommen! vgl. 2006p, 2007f). Mit *Cicero*, *Seneca*, *Musonius* „im Gepäck“, antiken Seelenführern, Lebensberatern – Therapeuten, wenn man so will – die neben vielem anderen die „Freuden des Landbaus“, die „Bewegung in freier Natur“ als Remedium für ein belastetes Gemüt empfahlen, z.T. therapeutisch nutz-

ten – nicht zuletzt mit Melancholikern/Depressiven und mit Alterspatienten – habe ich mich seit den siebziger Jahren mit den Ergebnissen moderner, von *Levin* und *Vygotsky* inspirierter „ökologischer Psychologie“ (*Bronfenbrenner, Gibson u.a. Saup* 1992, *Heft* 2001) auseinandergesetzt und sie für eine *ökopsychosomatische* Praxis genutzt in der Integrativen Therapie und ihrem *biopsychosozialen* Modell (*Petzold* 2001a, 2006p; *Petzold, Orth* 1988b), genau genommen: *biopsychosozialökologischen* Modell – etwa im „therapeutischen Laufen“ (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Schay, Petzold et al.* 2004). Ich war der erste, der Lauftherapie im psychotherapeutischen Kontext einführte (*Petzold* 1969c, 1974j), denn ich war nie nur Psychotherapeut, sondern immer auch Sozio-, Leib- und Bewegungstherapeut, nutzte stets soziale Netzwerke, aber auch die „heilende Kraft *ästhetischer Erfahrung*“ (idem 1992m; 1999p), indem ich das Konzept der „kreativen Medien“ mit *Johanna Sieper* inaugurierte [1965, in Altenheimprojekten], zahlreiche Kreativtechniken wie [1968] das „Lebenspanorama“ (Arbeits-, Krankheits-, Wertepanorama etc.) oder [1969] die „Körperbilder“, die „Identitätssäulen“ oder „Ichfunktionsdiagramme“, „Konflikt- und Wertefeld“ erfand und mit ihr und *Ilse Orth* als „*intermediale Praxis*“ (Bildnerisches, Musik, Bewegung/Tanz, Poesie, dramatisches Spiel) in einem *integrativen* und *kokreativen* Behandlungsstil entwickelte.

*Was sehen Sie für die Therapeut-Patient-Beziehung als besonders wichtig an?*

Das ist ein sehr großes Thema, und ich habe viel dazu geschrieben, das erste schulenübergreifende Buch zu diesem Thema herausgegeben (*Petzold* 1980f) – eines in der großen, von mir betreuten Reihe „Vergleichende Psychotherapie“, die dem *POLYLOG* zwischen den Schulen gewidmet ist. Die Auffassungen der einzelnen Schulen waren sehr divergent. Der Analytiker lebte die Beziehung in zurückgenommener Abstinenz, der Psychodramatiker in geteilter Aktivität, um zwei besonders sinnfällige Unterschiede zu nennen. Wie soll es da gehen, hatte ich mich damals gefragt, dass die „therapeutische Beziehung“ das zentrale Moment der Psychotherapie sei. Was kennzeichnet eine „gute“, vielleicht die „jeweils richtige“ therapeutische Beziehung? Das Thema ist in einer gewissen Weise unerschöpflich, weil es auf die Vielfalt menschlicher Beziehungsmöglichkeiten trifft. Das Moment der „Passung“ wird dabei wesentlich, und das ist bei der gegebenen Vielfalt kein „Normprodukt“. Aus der entwicklungspsychologischen Forschung zu „protektiven Faktoren“ (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; *Müller, Petzold* 2003) war klar: Ein „*significant*

*caring other*“ ist ein mächtiges, schützendes Moment in Biographien. Er gibt Schutz, Wertschätzung, Zuwendung, Trost, Akzeptanz, ist einfühlsam und klar, ist verlässlich und sieht den Anderen, so wie er ist, nimmt ihn an, auch wenn er schwierig ist. Er zeigt sich dem Anderen, lässt sich sehen, „öffnet ihm sein Herz“. Derartige Qualitäten finden wir in einigen psychotherapeutischen Verfahren: in *Morenos* Konzepten der Begegnung und des *Sharings*, bei *Carl Rogers* „unbedingter“ Annahme, in *Ferenczis* Credo „ohne Sympathie keine Heilung“ und seiner Idee der „Mutualität“ (*Nagler* 2003; *Petzold* 2006w). Und was ist bei den anderen Verfahren, deren behandlungstechnische Regeln z.T. ganz andere Wertigkeiten setzen (Abgrenzung, Konfrontation, skillfull frustration, Abstinenz)? Bei Therapiestudien, die wir im Rahmen der Integrativen Therapie durchgeführt haben (*Petzold, Hass et al.* 2000, n = 211) rangierte die *erfahrene Wertschätzung* für die PatientInnen an höchster Stelle, und interessanter Weise war auch in unseren großen Studien zur Ausbildungsforschung (n = 450 Teilnehmer, *Petzold, Hass et al.* 1995; *Petzold, Steffan, Zdunek* 2000b, n = 4000 Fragebögen) die durch die LehrtherapeutInnen erfahrene Wertschätzung und Zugewandtheit das Item, das am höchsten scorete (über 80%). In den zugewandten, wertschätzenden Seiten des Therapeuten/der Therapeutin finden wir solche Qualitäten, was natürlich auch mit der an *Levinas* und *Marcel* orientierten Intersubjektivitätsausrichtung in der Beziehungsphilosophie der integrativtherapeutischen Praxis zu tun hat. Blickt man dann wieder auf die entwicklungspsychologische Forschung, vergleicht die dort erarbeiteten Schutz- und Resilienzfaktoren mit den unspezifischen Heilfaktoren aus der Psychotherapieforschung und der Forschung zu Selbsthilfegruppen (die ja nicht schlechter wirken als professionelle Psychotherapie), dann stellt sich natürlich die Frage: Ist eine gute therapeutische Beziehung im Kern nicht durch all das gekennzeichnet, was eine gute, unentfremdete zwischenmenschliche und mitmenschliche Beziehung auszeichnet? Vieles spricht dafür, dass hier die therapiewirksamen Momente liegen (*Märtens, Petzold* 1998), dass die „heilende Berührung“, wie die psychoneuroimmunologischen Forschung erkennen lässt (*Bauer* 2002), ein wesentlicher Faktor ist, dass die sozialpsychologischen Momente von *Affiliation* und *Reaktanz* (*Stroebe et al.* 2003) wichtige Wirkfaktoren sind. Sie werden durch die Überdominanz des Übertragungsparadigmas unbillig verdeckt. Ich habe *Affiliation* als Beziehungsmodalität in die Therapie eingebracht (*Petzold, Müller, M.* 2005). Schulenspezifische Theoreme zur therapeutischen Beziehung müssten hier auf die *faktisch* zum Tragen kommende *Wirkmomente* unter-

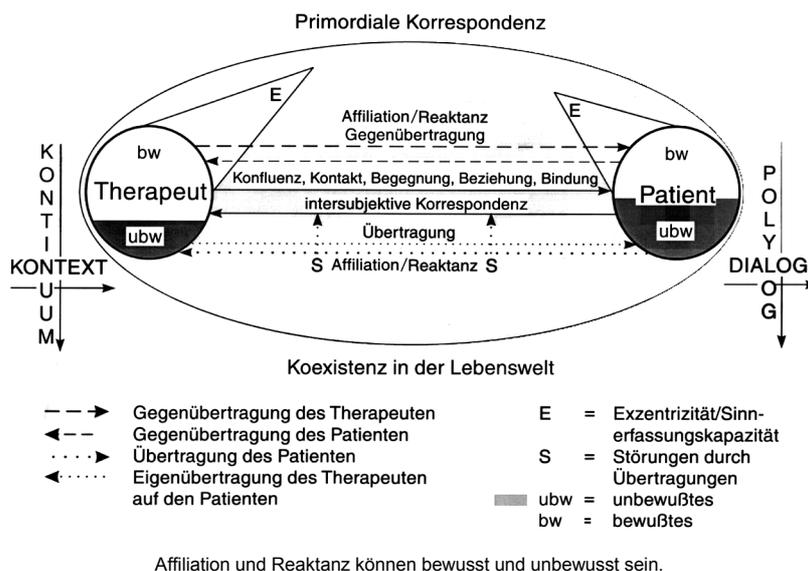
sucht werden – auch jenseits der schulenspezifischen Erklärungstheoreme, jenseits auch der immer wieder vorfindlichen „Sakralisierungstendenzen“ (Petzold, Orth 1999), was die Vorstellungen zur „therapeutischen Beziehung“ anbelangt, wo häufig auch kryptoreligöse Momente einer „Seelsorgebeziehung“ und „Pastoralmacht“ (Dank 1989) erkennbar werden (Freud verweist immer wieder auf diese Analogie, und Foucault hat diese Bezüge immer wieder aufgewiesen). Nach meiner heutigen Einschätzung vor diesem Hintergrund meine ich: Man kann sich nicht mehr unhinterfragt auf schulenspezifische Annahmen zur therapeutischen Beziehung und ihrer Handhabung verlassen. Freuds Anweisungen und „Ratschläge“ in seinen behandlungstechnischen Schriften [1912-1917] sind nicht nur immer wieder ethisch und klinisch höchst problematisch, er hat sich an diese Anweisungen in seiner Praxis selbst überhaupt nicht gehalten, wie Cremerius (1981) seiner aufschlussreichen Arbeit „Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten“ gezeigt hat (vgl. jetzt Pohlen 2006). Die in einigen Therapierichtungen vorfindliche *alleinige* Orientierung am *Übertragungs-Gegenübertragungs-Paradigma* (vielleicht noch mit der Modalität des „Arbeitsbündnisses“ als Seitenstrang) bedeutet, das muss einmal ausgesprochen werden, eine gravierende Verkürzung der therapielevanten Phänomene *menschlicher Relationalität*. Auch wenn transferentielle Dimensionen des therapeutischen Beziehungsgeschehens im klinischen Kontext eine wichtige Position behalten werden, wird die vereinseitigende Betrachtung des Beziehungsgeschehens im psychoanalytischen Diskurs diskutiert werden müssen. (Wie kommt es, dass Systemiker, Verhaltenstherapeuten, Rogerianer, viele Gestaltherapeuten ohne diese Konzepte auskommen, sie z.T. ablehnen und doch sehr gute Therapieerfolge haben, wie die Forschung zeigt? Das wirft die Frage auf, wie viel an Settingartefakten, Erwartungsstrukturen, Evokationseffekten bei den „Übertragungsphänomenen“ ins Spiel kommen. Hier werden sicherlich differenziertere, durch Forschungsarbeiten, feinkörnige video- bzw. tonbandgestützte Prozessanalysen unterfangene, neue Konzepte generieren müssen.

Ich verlasse jetzt den Interviewtext und führe das Thema noch grundsätzlicher aus:

**Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit** werden von der Sprache nicht umsonst differenziert. Die Worte sagen wesentliches über zentrale Qualitäten menschlichen Miteinanders aus, die bei alleiniger Übertragungsorientierung verloren gehen – ein nicht zu ersetzender Verlust, der zu der kritischen, dekonstruktiven Fra-

ge führt, wie es denn kommt, dass diese *Vereinseitigung* aufkam. Ein nüchterner Blick auf *Freuds* Beziehungsstile, vielleicht Beziehungspathologie, wird hier unverzichtbar, ein selbstkritischer Blick auch darauf, dass man diese Bereiche ausgeblendet hat oder dass man seine Praxis der Beziehungsgestaltung anders handhabt, als es die Theorie und das praxeologische Regelwerk vorgibt – und dann sollte man die Theorien nachbessern. Das Übertragungs-/Gegenübertragungs-Modell bedarf der Ergänzung und zwar nicht nur durch sprachphänomenologisch gewonnene Qualitäten der „*Relationalität*“, sondern auch durch sozialpsychologische Forschungen zu *Kommunikation, Interaktion, Affiliation, Reaktanz* (Müller, Petzold 2003, Petzold, Müller 2005) und durch Forschungen zu störungsspezifischen Formen der Relationalität.

Eine Graphik (Abb. 1, idem 1993p, 2003a) soll eine differentielle Betrachtungsweise therapeutischer Beziehung mit ihren verschiedenen Dimensionen und Referenztheorien (tiefenpsychologische, sozialphänomenologische, sozialpsychologische) verdeutlichen:



**Abb. 1:** Intersubjektive Ko-respondenz und therapeutische Beziehung im Integrativen Ansatz – Dimensionen der Relationalität im therapeutischen Prozess (Petzold 1980g, 271, hier aus 2003a, 990; Erläuterungen in diesem Buch, S. 180ff.)

Das Thema der „Passung“ ist in diesem Kontext vertieft zu fokussieren und damit das, was in diesem oder jenem Fall „passt“, stimmig ist, was in dieser Situation mit diesem Patienten eine gute therapeutische Beziehung ausmacht. „Takt“ und „Einfühlung“ (Ferenczi 1927/28) und eine auf die Integrität des Anderen gerichtete Haltung der „Achtsamkeit“, ein Engagement für ihn, wo das notwendig ist. Mit „wohlwollender Neutralität“ (Kernberg) allein ist es nicht getan. Eine klare „klinische“, integre, liebevoll-zugewandte Haltung, auf deren Grundlage auch Auseinandersetzung möglich ist, das ist für mich der therapeutische Stil, der mit dem, was die Neurowissenschaften und die Psychoneuroimmunologie uns an Wissen über die Wirkungen von liebevollen Sozialbeziehungen lehren, am besten übereinkommt und was gleichzeitig durch die großen Beziehungsphilosophen *Martin Buber* und über ihn hinausgehend *Gabriel Marcel* (mein Doktorvater) mit dem Begriff „Intersubjektivität“ und *Emmanuel Levinas* mit dem Konzept der „Andersheit des Anderen“ sowie durch die radikale Dialogizität von *Mikhail M. Bakhtin* uns an philosophisch fundiertem Beziehungswissen erhellt worden ist. Der Begegnungsgedanke von *Moreno*, von *Virginia Satir* und *Carl Rogers* aus dem Bereich der Psychotherapie und nicht zuletzt die Weiterentwicklung der späten *Ferenczi*-Konzeption der „Mutualität“, der Förderung „wechselseitiger Einfühlung“ (vgl. die Arbeiten in *Nagler* 2003) sowie die in der Säuglings- und Kleinkindforschung und -therapie von mir erarbeiteten Konzepte der „Zwischenleiblichkeit“ und „reziproken Einfühlungen“ (Petzold 1993c, 1994j, 2002b) sind Entwicklungen, die für die Psychotherapie hohe Relevanz haben und die neue Forschungen und Konzeptbildungen erforderlich machen. All diese Konzepte stellen eine massive Herausforderung an die traditionelle Abstinenzkonzeption dar, die die wichtigsten Möglichkeiten interpersonales Lernens (Imitationslernen, Ermöglichung des Wirksamwerdens von Spiegelneuronen-Effekten) und anderen neuronalen Lernprozessen einschränkt, ja verhindert (vgl. Petzold 2002j, *Stamenov*, *Gallese* 2002, *Spitzer* 2002). Ein weiteres, für mich wichtiges Moment ist die Überschreitung der Ich-hegemonialen und dyadologischen Dialogik *Bubers* mit *Levinas* (*Strasser* 1978, *Petzold* 1996k), mit *Ricœur* und *Bakhtin* durch die Formel: „**Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**“ (Petzold 2001c), die Dyade/Dialog zu Polyade/POLYLOG hin öffnet, *Angrenzungen* und das „Aushandeln von Grenzen und Kontakten“ mit vielen Menschen betont, eine der wichtigsten sozialen Fähigkeiten von Menschen. Erziehung, Therapie, Partnerschaft, Freundschaft basieren auf der Fähigkeit zum „Aushandeln von Grenzen“, *per-*

*sönliche Souveränität* (m.E. ein viel besseres Konzept als „Autonomie“) gründet in dieser Kompetenz.

Herausstellen möchte ich, dass Therapie eine „geregelt Beziehung“ ist, und dass die Regeln klar, bekannt, beziehungsethisch durchdacht und begründet und klinisch-theoretisch fundiert sein müssen, überdies Dimension einer Rechtsbeziehung einbeziehen müssen, denn eine solche liegt bei einer rechtlich geregelten Psychotherapie strukturell vor. Mit einem einfachen Therapievertrag kommt man da nicht aus. Mit der *Freud*-schen Grundregel schon gar nicht – sie ist in vieler Hinsicht höchst problematisch (*Petzold* 2000a, 2007e, *Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999). Das Thema von Regelungen, von einer „Grundregel“ gar, ist sehr schwierig und bedarf großer Anstrengungen der gesamten „psychotherapeutic community“, damit man zu Lösungen kommen kann, die den klinischen, kommunikationspsychologischen, therapieethischen und therapierechtlichen Erfordernissen angemessen sind.

Für die Integrative Therapie habe ich eine solche Modell-Regel erarbeitet, die versucht, sich diesen Erfordernissen – mit Bezug auf Theorienbildung und Forschungsergebnisse – zu nähern (*Petzold* 2000a, 2006n/2007e). Sie könnte auch für andere Therapierichtungen von Nutzen sein:

In der „Integrativen Therapie“ soll die „**Grundregel**“ für die Behandlung freiwillig kommender, kommunikationsfähiger und hinlänglich kognitiv kompetenter Patienten<sup>2</sup> im Sinne zentraler Leitlinien Sicherheit, Schutz, ethische Orientierung geben.

Sie wurde formuliert auf dem gesamten theoretischen Fundus der Integrativen Therapie, ihrer Anthropologie und Intersubjektivitätstheorie, ihrer Referenztheorien sowie auf dem Boden der Erfahrungen aus der integrativen Behandlungspraxis und der Integrativen Supervision und sollte daher für dieses Verfahren und die, die es praktizieren „Sinn machen“ (*Petzold* 2001i), denn sie wurzelt ganz zentral im „Ko-responsenzmodell“ von „Begegnung und Auseinandersetzung“ in „Konsens-Dis-sensprozessen“, dem Herzstück der Integrativen Therapie (idem 1978c, 1991e, 2000a).

---

<sup>2</sup> Wir reden hier weder von forensischen Patienten noch von schwer geistig Behinderten, für die wir aus „unterstellter Intersubjektivität“ (*Petzold* 1991e) und unter kollegialer Kontrolle handeln und für die auch besondere Behandlungsbedingungen gelten (vgl. *Petzold* 1993i).

## Die „Grundregel“ der Integrativen Therapie

»**Therapie** findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen ‚gastlichen Raum‘, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines ‚Du, Ich, Wir‘ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie kreativ im Rahmen eines durch eine **Grundregel** geregelten Miteinanders in Angriff nehmen, die eine Therapie unter gerechten Bedingungen und die Sicherung persönlicher *Integrität* gewährleistet.

**Leitprinzipien:** Geschützter Rahmen/Konvivialität, Partnerschaftlichkeit/Affiliation, gerechte Bedingungen

- Der **Patient** bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinander zu setzen. Das geschieht in einer Form, in der er – *seinen Möglichkeiten* entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme, Ressourcen, Potentiale und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.

**Leitprinzipien:** Kooperation, Mitverantwortung, Integrität

- Der **Therapeut** seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinander zu setzen, mit seinem Leiden, seinen Störungen, Belastungen, aber auch mit seinen *Ressourcen, Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich **forschungsgesicherter ‚best practice‘** Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

**Leitprinzipien:** Intersubjektivität, Störungs-, Ressourcen- und Netzwerkorientierung, best practice

- **Therapeut** und **Patient** anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie sehen die Therapie als *gemeinsames Projekt*, als Aufgabe, die sie gemeinsam lösen wollen. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

**Leitprinzipien:** Expertenschaft, Respekt, Souveränität, Ko-respondenz, Lösungsorientierung, gemeinsame Volition

- Das **Setting** muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen, fachverbandliche Regelungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung), dass Patientenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit, Qualität und die *Würde des Patienten* gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.

**Leitprinzipien:** Fachlichkeit, informed consent, Patientenwürde und -rechte, Qualität, Kontrollmöglichkeiten

- Das **Therapieverfahren, die Methode** muss gewährleisten, dass in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie korrespondierend, reflexiv und forschungsgestützt begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser *Grundregel* mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, *sinnvolle* und *kokreative* therapeutische Arbeit bieten.

**Leitprinzipien:** Reflexivität, Flexibilität, Diskursivität/Ko-respondenz, Sinnorientierung.«

(Petzold 2000a, revid. 2006n)

Die so formulierte und praktizierte Grundregel stellt die persönliche und gemeinschaftliche Integrität als Basis des *Sinnes* von Psychotherapie in das Zentrum der Arbeit, als Basis aber auch für das Generieren von *SINN* aus zwischenmenschlicher Praxis (*consensus*, Petzold, Orth 2005a). Diese gesamte Grundregel muss beständig durch die Konsens-Dissensprozesse der Begegnungen und Auseinandersetzungen gehen, die Ko-respondenz (idem 1991e) kennzeichnet. Sie eröffnet die Möglichkeiten der *Überschreitung* durch „weiterführende Kritik“<sup>3</sup> in eine kreative „Transversalität“.

<sup>3</sup> „**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Realitäten (z.B. Handlungen) oder virtuellen (z.B. Ideen) aus der **Exzentrität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit) und des **Kommunizierens** der dabei gewonnenen Ergebnisse in **korrespondierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise, dass die kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**“ (Petzold 2000a, 2006n, Petzold, Orth 2006).

Nun zurück in den Interviewtext:

*Weshalb haben Sie die Gestalttherapie weiterentwickelt, was hat Ihnen im Hergebrachten gefehlt? Was wollen Sie mit Ihrem „INTEGRATIVEN ANSATZ“, Ihrer „Integrativen Psychotherapie“ zur Psychotherapie und zum psychosozialen Feld insgesamt beitragen?*

Ich habe nicht, wie vielfach angenommen wird, die „Gestalttherapie weiterentwickelt“. Bevor ich die Gestalttherapie kennenlernte [1968], hatte ich schon eine **integrative Ausrichtung**, denn ich hatte eine *Ferenczianisch*-psychoanalytische und eine psychodramatische Orientierung, hatte aus dem Studium verhaltenstherapeutische Kenntnisse (Petzold, Sieper 2002). Die meisten meiner über 800 Publikationen sind Beiträge zur Integrativen Therapie gefolgt von denen zum Psychodrama und zur Leib- und Bewegungstherapie, zur „körperorientierten Psychotherapie“ (vgl. Petzold 2003). Ich hatte seit Mitte der sechziger Jahre eine **Integrative Therapie** (Petzold 1965) als Weg differentieller und „**integrativer Psychotherapie**“ im Blick.

Überdies praktizierten *Johanna Sieper* und ich stets kreativtherapeutische Ansätze und Arbeit mit „kreativen Medien“, ein Begriff, den ich 1965 inaugurierte und der später über uns in der Gestalttherapie so populär wurde. Außerdem hatte ich leib- und bewegungstherapeutische Erfahrungen, gespeist durch eine lange Sozialisation in den Kampfkünsten (Petzold, Bloem, Moget 2004). Wir entwickelten integrative Formen der Kunsttherapie, Poesie- und Bibliothherapie, Dramatherapie etc. (Sieper 1971; Petzold, Sieper 1970, 1993; Petzold, Orth 1985, 1990). So entstand die „**Integrative Kreativitäts- und Kunsttherapie**“ (Petzold, Orth 1990, Petzold 1999q), die eng mit unserem Ansatz einer integrativen „**Kulturarbeit**“ als „sinnorientierter, gesellschaftsbezogener, kulturkritischer und -schöpferischer Aktivität (Petzold 1987d, Petzold, Orth 1990a, 2004b) verbunden ist. Wir waren immer auch in der Erwachsenenbildung als Andragogen und Geragogen theoretisch, praktisch und wissenschaftlich aktiv, leiteten große Erwachsenenbildungseinrichtungen (Volkshochschulen, ich Direktor in Meerbusch, Sieper Direktorin in Dormagen) und auch die „Europäische Akademie“, die wir über Jahrzehnte leiten, ist eine staatlich anerkannte Einrichtung beruflicher Weiterbildung. Wir entwickelten in diesem Kontext die „**Integrative Agogik**“ (Petzold 1978c; Petzold, Brown 1997) und das ist nicht Gestaltpädagogik (Sieper, Petzold 1993). Mit der „**Integrativen Leib- und Bewegungstherapie**“ (idem

1974j, 1988n, 2004l, *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Schay, Petzold* et al. 2005) erarbeitete ich eine körper-, bewegungs- und sporttherapeutische Behandlungsform, und durch die jahrzehntelange sozialtherapeutische Arbeit in der Suchttherapie und der Altenarbeit konnte ich einen umfassenden Ansatz „**Integrativer Soziotherapie**“ (*Petzold* 1974b; *Petzold, Schay, Ebert* 2004, *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006) mit meinen KollegInnen erarbeiten. Und das alles war konsequent einer „Therapie über die Lebensspanne“, einer „lifespan developmental therapy“ (*Petzold* 1993a, 1999b), dem „life long learning“ (*Petzold, Sieper* 1970; *Petzold* 2005a), einer Vision des Lebensweges als individueller und kollektiver, differentieller und integrativer **Kulturarbeit** und Sinnschöpfung (1987d, *Petzold, Orth* 2004b, 2005a) verpflichtet.

Wegen dieser komplexen Sicht und Zugewandtheit, die aus einer transversalen Grundhaltung immer wieder neu „ansetzt“ (*Schuch* 2000), um Lebenswirklichkeit wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären und die dieses Ganze, diese „Hermeneutische Spirale“, wie ich dieses Modell genannt habe (*Sieper, Petzold* 1965, *Petzold* 1991a), nochmals diskursanalytisch (*Foucault*) und dekonstruktivistisch (*Derrida*) „metahermeneutisch“ zu reflektieren (vgl. die Abb. im Kasten, S. 289) habe ich für dieses alles vom

### **„INTEGRATIVEN ANSATZ“ der Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie, Kreativtherapie, Agogik und Kulturarbeit**

gesprochen. Hier will ich wieder ausführlicher werden und die Leitlinie des Interviews endgültig verlassen.

Ich habe meinen gesamten Ansatz in den „lifespan developmental approach“ gestellt. Klinische „lifespan developmental psychology, developmental psychopathology und developmental neurobiology“ muss dabei den jeweiligen Forschungsstand dieser sich rasant entwickelnden Disziplinen einbeziehen. So kam es zu der **Integrativen Psychotherapie in der Lebensspanne** – Säuglingstherapie (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994), Kindertherapie (1987a, 1995a, b, *Petzold, Ramin* 1972; *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* 1995), der Erwachsenentherapie (1974, 1988n, 2003a), der Gerontotherapie (1965, 1979b, *Petzold, Bubolz* 1979; *Petzold, Müller* 2003), der Thanatotherapie (1980a, 1984c, 2005d) und der **Agogik und Bildung in der Lebensspanne** (lifelong learning, *éducation permanente*) in der Pädagogik, mit Vorschulkindern (1972e), mit Schulkindern (1968;

Petzold, Schulwitz 1972), in der Andragogik mit Erwachsenen (1973c, Petzold, Sieper 1970, Sieper, Petzold 1993) u.a. in der beruflichen Bildung (Petzold, Orth, Sieper 1995b; Petzold, Steffan 1999a,b), in der Geragogik (1965, 1985a, 2004a; Petzold, Bubolz 1976; Müller 2007), in der Thanatagogik, der Sterbepädagogik (2005d, Huck, Petzold 1985).

Wenn man das Leben verstehen will, sich selbst verstehen will, Menschen verstehen will, die in generationenübergreifenden sozialen familialen und amicalen Netzwerken leben – und ich wollte schon sehr früh ein umfassendes Lebenswissen erwerben, dem Vorbild meiner Eltern folgend, die das immer aktiv betrieben haben (Petzold 2002h) –, dann muss man sich mit dem „herakliteschen Strom“, mit der gesamten **Lebensspanne** auseinandersetzen. Das habe ich getan und tue das immer noch, allein dadurch, dass ich immer therapeutisch mit Kindern, Erwachsenen und alten Menschen mit dem Prinzip der „**Hermeneutischen Spirale**“ (siehe Abb. 1, dieses Buch, S. 289) gearbeitet habe: Wirklichkeit **wahrzunehmen**, zu **erfassen**, zu **verstehen** und zu **erklären**, um sie auf dieser Grundlage zu **verändern**.

Der **Integrative Ansatz** steht unter folgenden Prämissen:

- |  |
|--|
| <p>I. <b>Integrative Therapie</b> ist „<b>theoriegeleitet</b>“. Theorie als „mental durchdrungene, komplex betrachtete und mehrperspektivisch erfasste Wirklichkeit“ bestimmt auf dem Boden koreflexiver und diskursiver Auseinandersetzung die Interventionen und muss in der Praxis <i>selbst zur Intervention</i> werden.</p> <p>II. <b>Integrative Therapie</b> ist im konkreten Vollzug „<b>angewandte Theorie</b>“, die sich in der Praxis und durch die Praxis immer wieder koreflexiv und korrespondierend „proaktiv“ weiterentwickelt, eine <i>transversale</i> Qualität gewinnt, und sie ist in diesen Überschreitungen „<b>Praxeologie</b>“.</p> <p>III. <b>Integrative Therapie</b> basiert auf der <i>longitudinalen Entwicklungspsychologie</i>. Sie arbeitet <b>theorieplural</b> mit systemischen, behavioralen und psychodynamischen Optiken und interveniert als „Entwicklungstherapie“ methodenplural zur Veränderung <b>dysfunktionaler Lebensstile</b> auf der Ebene des <b>Verhaltens</b> (Performanz) und der <b>Haltungen</b> (Kompetenz), der <b>Lebenspraxis</b> und des <b>Lebenssinnes</b> (Petzold, Orth 2005a) durch Prozesse „<b>komplexen Lernens</b>“ (Sieper, Petzold 2002) mit den praxeologischen Strategien/Zielen: 1. Heilen/Curing, 2. Stützen/Supporting, 3. Bewältigen/Coping, 4. Horizonterweiterung/Enlargement, 5. Bereicherung/Enrichment, 6. Bestärkung/Empowerment.</p> <p>IV. <b>Integrative Therapie</b> als Praxeologie ist „<b>kreative Therapie</b>“, die Theorien, Methoden, Techniken und Medien in kreativer/kokreativer Weise ein-</p> |
|--|

- setzt und entwickelt und TherapeutInnen selbst als „kreatives Medium“ und koaktive Gestalter sieht.
- V. **Integrative Therapie** ist „*ethikgeleitete Therapie*“, die ihr Handeln an Werten orientiert, welche in einer „**Grundregel**“ (2000a, 2006n) für die Praxis umrissen wurden.
- VI. **Integrative Therapie** gründet in systematischer „*methodischer Reflexion/Metareflexion*“ und zielt auf sorgsame, für neue Impulse, Ideen, Forschungsergebnisse offene, gemeinsame, ko-respondierende Weiterentwicklung des Verfahrens und seiner Methoden (vgl. Petzold 2002b).

Der Integrative Ansatz gründet dabei auf folgenden Annahmen:

Der **Integrative Ansatz** ist dem herakliteschen prozessualen „*panta rhei*“ („alles fließt“) verpflichtet und sieht therapeutische und agogische Arbeit als eine *gemeinsame phänomenologisch-hermeneutische* Suchbewegung, einen gemeinschaftlichen Prozess neurowissenschaftlich fundierten, „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002) – der Therapie von TherapeutInnen und ihren PartnerInnen, den PatientInnen, den Familien in dialogischen, ja *polylogischen* Prozessen. Das *familiale* und *amicale Netzwerk*, das „Weggeleit“, der „Konvoi“ (Kabn, Antonucci 1980, Petzold 1995a) der signifikanten Anderen (G.H. Mead) ist ja stets real oder virtuell präsent: Es sind immer mehrere Sprecher und Zuhörer anwesend, wie *Mikhail Bakhtin* (1981) deutlich macht (Petzold 2002c), die miteinander in „**Ko-respondenz**“, in **POLYLOGEN** stehen. Sie bestimmen in Konsens-Dissensprozessen Ziele und Verlauf einer Behandlung aus einer Position der „**Mehrperspektivität**“ – womit „Kernkonzepte“ der IT genannt sind (idem 2002b). Die mehrperspektivische Betrachtungsweise beschreibt die Fähigkeit des „sensorischen Systems“, vielfältige Wirklichkeit aus unterschiedlichsten Blickwinkeln *wahrzunehmen*, des „mnestischen Systems“, sie aufgrund einer Vielfalt aktivierter Erfahrungen zu *erfassen*, und des „kognitiven Systems“, sie mit ihren Zusammenhängen zu *verstehen*, vorhandene Komplexität zu *erklären* – so der neurokognitive und hermeneutische Prozess –, um Problemsituationen dann kooperativ zu *strukturieren* und in Performanzen, Prozessen „komplexen Lernens und Handelns“ (Sieper 2001) aktiv zu *verändern*. Die Reflexion dieses gesamten Prozesses mit seinen neurobiologischen Voraussetzungen als Metareflexion wird von mir als „**Metahermeneutik**“ bezeichnet.

Auch diese Grundannahmen sind nicht „für die Ewigkeit“ bestimmt, sondern bedürfen immer wieder der kritisch-metakritischen Überprüfung durch die hermeneutische bzw. metahermeneutische Arbeit derjenigen in der „integrative community“, die theoretisch arbeiten, ja letztlich durch jeden Anwender/jede Anwenderin des Integrativen Ansatzes, die

sich ihrer Annahmen versichern müssen, und nicht blind in der Attitüde von Jüngern, Vorgaben folgen sollten.

Es ist leicht ersichtlich, dass das mit Gestalttherapie nur noch recht wenig zu tun hat – nämlich nur noch auf der Ebene des „Wahrnehmens“ etwas.

Über Gestalttherapie schrieb ich relativ wenig, und das hat den Grund, dass ich etwa seit 1974 erkannte, dass das theoretische Potential dieses Ansatzes sehr begrenzt war und dass das, was in den europäischen Quellen dieses Verfahrens – seiner besten Substanz – lag, die Arbeit von *Perls* und *Goodman* schon lange überholt hatte. Die Quellen (ohnehin nur okkasionalistisch rezipiert) waren weitergeflossen: *Husserl* erhielt durch *Merleau-Ponty* – in dessen Tradition ich und *Johanna Sieper* als Leitfiguren der Integrativen Therapie philosophisch ausgebildet wurden – und durch *Hermann Schmitz* therapeutisch höchst relevante Erweiterungen; *Emmanuel Levinas* hat *Buber* fundamental überschritten, das dominante „Ich“ im „Ich und Du“ entthront, *Mikhail Bakhtins* radikale Dialogik hatte das *Bubersche* Paradigma aufgesprengt. Ich entwickelte auf diesem Boden mein Konzept der *POLYLOGE*, des vielstimmigen Sprechens nach vielen Seiten (*Petzold* 2002c) mit der anthropologischen Formel: **„Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum“**. Das alles war mit den organismustheoretischen Grundpositionen von *Perls* nicht mehr vereinbar und mit der beziehungstheoretisch verknüpften Konzeption des „Kontaktes“ trotz seiner von den späteren Gestalttherapeuten herangezogenen *Buberschen* Nachbesserungen – obwohl diese mit einer biologisch-systemtheoretischen Grundposition, wie sie *Fritz Perls* für die Gestalttherapie im Anschluss an *Goldstein* vertrat, theoretisch nicht integrierbar sind, eine Aporie, die die theoretische Entwicklung der Gestalttherapie bis heute in einem „impasse“ hält. Mit der Philosophie von *Schmitz* hatte ich seit 1967 Kontakt (er war oft an unserem Institut zu Gast, leitet einen Arbeitskreis mit integrativen TherapeutInnen, vgl. *Marx, Petzold* 2003), und sie bestärkte mich in der schon durch *Gabriel Marcel* und durch *Merleau-Ponty* angeregten, später mit jeweils spezifischer Akzentsetzung durch *Foucault* (1978, Körper und Gewalt) und *Ricœur* (1990 Hermeneutik des Leiblichen) bekräftigten Leiborientierung. Auch war kein klinischer Fundus in der gestalttherapeutischen Literatur vorhanden (ihr Haupttheoretiker, *Goodman*, hatte, als er den zentralen Theorietext schrieb [1950/1951], keinerlei klinische Erfahrung und theoretische Basis in klinisch-psychologischer Literatur, vgl. ausführlich *Petzold* 2001d). Ich habe Gestalttherapie – mit all ihren lebendigen, faszinierenden Seiten der „Erleb-

nisaktivierung“ erlernt und praktiziere und lehre sie noch, genauso wie ich Psychodrama oder Verhaltenstherapie erlernt habe, verwende und in den relevanten *Methoden* auch in der Integrativen Ausbildung vermittele – je nach Indikation, d.h. Störungsbild und Lebenslage des Patienten. Ich bin der festen Überzeugung, und wir haben das neurowissenschaftlich begründet dargelegt, dass in all diesen Verfahren und Methoden die gleichen Prinzipien „**komplexen Lernens**“ in allerdings differentieller Form zum Tragen kommen. Wir haben das in unserer „**komplexen Lerntheorie**“ (Sieper, Petzold 2002) dargelegt. Jede Form der Psychotherapie sollte sich über ihre impliziten und expliziten lerntheoretischen Positionen klar werden, denn hier liegt das Verbindende und das Trennende zwischen den „Schulen“ – und ohne Lernen, keine Veränderung. Mit einem enggleisigen Verständnis von Lernen geht das nicht! Welcher moderne Psychotherapeut hat nicht zwei oder mehr Verfahren oder Methoden erlernt? Das hat u.a. mit den unterschiedlichen Möglichkeiten von Lernen zu tun, die unterschiedliche Methoden im Spektrum „komplexen Lernens“ möglich machen. Ich hoffe, es wird deutlich, dass mir an *verschiedenen* Schulen der Psychotherapie so manches fehlte. Ich fand bei der einen, woran es der anderen mangelte.

Was mir bei allen Richtungen mehr oder weniger fehlte und was ich in der Integrativen Therapie als *Beiträge zum Gesamtfeld der Psychotherapie* und in der Kooperation mit KollegInnen verschiedenster Schulen und Orientierungen zu entwickeln suche, dafür seien als Beispiele genannt:

- Eine *Integrative Hermeneutik* des sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdrucks (Petzold 1988a, b, 2004h), die fehlte mir bei allen,
- eine *komplexe Lerntheorie* (1974k, Sieper, Petzold 2002), die fehlte mir bei vielen Ansätzen,
- genauso wie eine *komplexe Zeittheorie* (Petzold 1981e, 1991o),
- eine *komplexe Theorie der Leiblichkeit* (manchmal blieb der Körper aus der Psychotherapie ganz ausgeblendet!) unter Einbezug der Erträge der Leibphilosophie *und* der Neurowissenschaften – in dieser Verbindung liegt meine originäre Leistung (idem 1985g, 2002j),
- eine „*klinische Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*“ (idem 1981f, 1982c, 1992a, 1994j, 1999c),
- eine „*klinische Sozialpsychologie*“ (ich entwickle sie schwerpunktmäßig im Rahmen meiner Supervisionstheorie, vgl. idem 1998a, 2000h, 2003b; Petzold, M. Müller, 2005),
- Theorien zu *Wille und Wollen* (idem 2001i, Petzold, Sieper 2003a, b, 2006), ein in der Psychotherapie gänzlich vernachlässigtes Thema,

- eine „*philosophische Therapeutik*“ für Fragen der Werte, der Gerechtigkeit, der Lebenssinnes (idem 1971, 2001k, 2002d),
- eine *übergreifende epistemologische Position* – ich habe sie in Form einer „*Metahermeneutik*“ (idem 1994a, 2000h) entwickelt,
- eine *kulturalistische, kulturtheoretische Sicht*, sie hat die integrativtherapeutische Arbeit, den „**Integrativen Ansatz**“ von seinen Anfängen her bestimmt, der den Menschen, das „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (Petzold 1999q), Therapie in einem ihrer Schwerpunkte als „Kulturarbeit“ (idem 1987d; 2001a; Petzold, Orth 2004a, b) betrachtet,
- eine klare gesundheitspolitische, gesellschaftskritische, machttheoretische Position, für Frieden, gegen Unrecht und für Menschenrechte engagierte Praxis und Metapraxis (1986a, 1985m, 1994c, 2001m, 2003d, 2006n).

Die Liste ließe sich noch leicht fortführen. Wenn man erst einmal genauer hinschaut, fehlt so manches in den Psychotherapien – *auch in der Integrativen Therapie, im Integrativen Ansatz* –, wo man vertiefend weiterarbeiten, konnektivieren, differenzieren, integrieren, revidieren, ablegen, archivieren, reaktualisieren muss, ein fortlaufender heraklitischer Prozess (Sieper, Petzold 1965; Petzold, Sieper 1988b; Sieper, dieses Buch, S. 64ff.) findet hier statt, denn „alles fließt“, sodass sich für Hermetik, Dogmatik und Konzepte für die Ewigkeit kein Platz im Integrativen Ansatz findet. Er vertritt eine „prinzipielle Unfertigkeit“, ist dissensfreudig, weiß um die Vielfalt von Positionen (Derrida) und Perspektiven (Ricoeur) und hat deshalb eine prinzipielle *Wertschätzung* von *Alterität* (Levinas) – und das ist mehr als Toleranz –, was nicht heißt, das einer „*parrhesiastischen* Auseinandersetzung in der Sache“ aus dem Wege gegangen wird, denn er vertritt die abendländische wissenschaftliche Kern-tugend der „*Problematisierung*“ (Foucault 1996) und das schließt die Selbstproblematisierung und die Problematisierung in polylogischen Ko-responsenden ein.

Ich hatte – am Verzeichnis meiner Schriften und den Programmen unseres Instituts lässt sich die Entwicklung ersehen – immer schon und zunehmend mein eigens Konzept eines *Verfahrens* „Integrative Therapie“ mit verschiedenen *Methoden* wie ab 1972 die „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“ (zur Unterscheidung der Begriffe vgl. idem 1993h) vertreten. Ich hatte zunächst eine solche Integrative Therapie aufgrund von Defizienzen in der therapeutischen Arbeit mit AlterspatientInnen (idem 1965) gefordert und weiterhin aufgrund der *Einseitigkeiten* der mir bekannten Psychotherapieverfahren Intergrationsprozesse postuliert, Einseitigkei-

ten, die mit einem anderen Blickwinkel aber zugleich als *Fundiertheit von Spezialisierungen* gesehen werden müssen, deren Wissensstände höchst nützlich sind. Es hat mir also, das sei nochmals betont, nicht nur etwas an der Gestalttherapie gefehlt – das Psychodrama hatte einiges von dem, was bei ihr fehlte: einen netzwerktherapeutischen Ansatz, rollentheoretische Betrachtungsweisen. Es fehlte mir auch einiges am Psychodrama, was mir z.T. auch an der Gestalttherapie fehlte: ein solider subjekttheoretischer Ansatz – ich entwickelte ihn mit Anschluss an die Leibphilosophie im Konzept des Leib-Subjekts (idem 1988n/1996a; 1991a/2003a) und an die Neurobiologie mit dem Konzept des „informierten Leibes“ (idem 2002j) im Rahmen einer klinisch-philosophisch fundierten „Anthropologie der Hominität“, das ist eine Theorie über das Wesen der Menschen (idem 2003e, g). Es fehlte mir eine konsistente Persönlichkeitstheorie, mit einem ausgearbeiteten Selbst-, Ich-, Identitätskonzept. Ich arbeitete das aus (idem 1992a/2003a, 2001p) mit dem unverzichtbaren Anschluss an die Entwicklungstheorie, denn das alles gab es bei Psychodrama, Gestalt- und Verhaltenstherapie nur in Rudimenten und ohne Anschluss an die empirische Entwicklungspsychologie (das fehlte auch bei der Psychoanalyse, wie ich sie damals kennen gelernt hatte, und auch heute rezipiert sie aus der sogenannten „neuen Säuglingsforschung“ höchst selektiv über *Stern, Lichtenberg, Dornes* – die beiden letztgenannten, verdienstvollen Kompilatoren werden dann schnell zu „Säuglingsforschern“ gemacht – *die* Ergebnisse des Baby- and Infant Research, allerdings nur die, die das tiefenpsychologische Basisparadigma nicht erschüttern. Psychobiologische Säuglingsforschung bleibt schwach rezipiert, vgl. *Petzold* 1993c, 1994h). Entwicklungspsychologie lernte ich in der Tradition von *Janet/Piaget/Wallon* und *Vygotskij, Leontjew* im Studium schätzen und vertrat sie später [seit 1971] in meiner akademischen Lehrtätigkeit mit meinem Konzept einer „*klinischen Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne*“ (idem 1971l, 1982c, 1992a/2003a II, 2, 1999b) – ich lehre sie auch im Masterstudiengang Psychotherapeutische Psychologie der Donau-Universität Krems in Verbindung mit der Schweizer Psychotherapie Charta. Zum „*life span developmental approach*“ kam ich durch meine ersten psychotherapeutischen Arbeiten Ende der sechziger Jahre mit Kindern im Kleinkind- (idem 1969b, 1972e) und Schulkindalter (*Petzold, Schulwitz* 1972) und in der „Gerontotherapie“, der Therapie mit alten Menschen (*Petzold* 1965, 1977g, das war eines meiner Pioniergebiete (*Petzold, Bubolz* 1976, 1979, *Petzold, Müller* 2003, *Müller* 2007) denn ich führte diesen Begriff und das Konzept wie auch den Begriff der Geragogik als erster in die Psychotherapie und die Agogik ein).

Seitdem verfasste ich parallel zu meiner kontinuierlichen Arbeit in der Praxis zahlreiche Arbeiten zur Kinder- Erwachsenen- und Gerontotherapie.

Ich erkannte 1973/1974 noch nicht, dass die Gestalttherapie und das Psychodrama aus *meiner Position* theoretisch nicht zu „entwickeln“ waren. Ich hatte noch keine sichere Einschätzung meiner theoretischen und methodischen Innovationskraft. Ich meinte mit dem „Gestaltbegriff“ einen Integrationsbegriff gefunden zu haben, der einen guten Boden in der *Goetheanischen Ganzheitsphilosophie* (Buchholz 1988; Eschenrüder 1999), vor allem aber in der *Gestalttheorie* und *Gestaltpsychologie* hat (mir vom Studium her recht vertraut), musste aber entdecken, dass die Gestalttherapie kaum Anschluss an diese Traditionen, insbesondere die der akademischen Gestaltpsychologie hatte. *Perls* hatte sie nur minimal (so seine Selbstaussage in seiner Autobiographie 1969) rezipiert. Mehr als Schlagworte waren da nicht zu finden. *Goodman* hatte nur einen Reader zum Thema Gestaltpsychologie rezipiert (Belege Petzold 2001d).

Ich hätte, wenn ich hinlänglich *konzeptsyntone* Entwicklungsarbeit hätte leisten wollen, das tun müssen, was mein ehemaliger Ausbildungskandidat und späterer FPI-Kollege *Hans-Jürgen Walter* (1977/1978) – Schüler der Gestaltpsychologen *Rausch* und *Metzger* – kenntnisreich erarbeitete: eine gestalttheoretische Psychotherapie. Und das ist eben die Gestalttherapie von *Fritz* und *Lore Perls* letztlich nicht, von *Goodman* ganz zu schweigen. Und so ist bei *Walter* eben auch etwas anderes herausgekommen (vgl. sein Buch, das von der Gestalttherapieszene dann auch nicht rezipiert wurde). 1973 war mir noch nicht klar, dass eine Weiterentwicklung der Gestalttherapie *durch mich* nicht ohne meinen *Ferenczianisch-psychoanalytischen* und *psychodramatischen* Boden, wie er in meinem Büchlein über Gestalttherapie (*Perls*), Psychodrama (*Moreno*) und Therapeutisches Theater (*Iljine*, ein *Ferenczi*-Schüler) dokumentiert wurde (Petzold 1973a) und nicht ohne meine verhaltenstherapeutischen Kenntnisse möglich sein konnte, und dass weiterhin eine solche Entwicklung zu einer grundsätzlichen Veränderung der Gestalttherapie führen würde, in der sie ihre Identität verlieren musste. Ich hatte überdies damals keine Ambitionen, eine „eigene Psychotherapieschule“ zu gründen. Der Integrationsgedanke war für mich ein programmatischer, der sich seit seinen Anfängen auf die Psychotherapie als Ganzes bezog, und so ist das geblieben, auch wenn ich 1974 zu sehen begann, dass im Feld der Psychotherapie und klinischen Psychologie die Integrative Therapie sich zu einer eigenen *Orientierung/Richtung* ausprägte. Ich schrieb: „*Gestalttherapie, Integrative Gestalttherapie, Integrative Therapie – eine Entwicklung – Die Inte-*

grative Therapie versucht, verschiedene theoretische Konzepte und therapeutische Praktiken in einem übergeordneten Bezugsrahmen zu sehen“ (Petzold 1974j, 294, Hervorhebung im Original). Und: „Dieser Ansatz ist nicht neu. In der von F.S. Perls entwickelten Gestalttherapie, die sich selbst [nach seiner Aussage, sc.] als ‚behavioristische Phänomenologie‘ versteht, wurde ein Versuch unternommen, auf einer phänomenologischen Grundlage tiefenpsychologische und behavioristische Konzepte zu verbinden“ (ibid.). Ich hatte die Konsistenz dieses Versuchs seinerzeit völlig überschätzt, aber schon festgestellt, dass Perls mit ihm „allerdings selbst Einseitigkeiten gesetzt“ hat (ibid.). Ich setzte mich dann in diesem 1974er Text mit diesen Einseitigkeiten und ihren „Überschreitungen“ durch die „Integrative Therapie“ auseinander. Zeitgleich hatte ich derartige Überschreitungen auch im Psychodrama vorgenommen, z.B. durch die Entwicklung eines „Behaviourdramas“ (idem 1969a, Petzold, Osterhues 1972) und eines „triadischen“ (idem 1971d, 1973e) bzw. „tetradischen“ Psychodramas (idem 1971f, 1974e, g, 1977f). Auch das Psychodrama sah ich nämlich „als Methode der klinischen Psychotherapie“ (idem 1978a), die in den Gesamtfundus moderner, klinisch-psychologisch ausgerichteter Psychotherapie gehört. Auch Leib- und Bewegungstherapie oder die Arbeit mit kreativen Methoden und Medien sah ich in dieser Weise. Ich habe mich letztlich auch gegen das eher problematische Konstrukt „integrative Gestalttherapie“, wie es aus einem berufspolitischen Kompromiss zwischen Gestalttherapeuten und Integrativen Therapeuten in Österreich verwandt wird, entschieden und die Gestalttherapie als das belassen, was sie ist: *eine eigenständige „Methode“*, die nach meiner Einschätzung damals aufgrund ihrer vielfältigen theoretischen Lücken und vor allem klinisch-methodologischen Defiziten nicht den Rang eines vollausgebauten psychotherapeutischen *Verfahrens* hatte (zur therapietheoretischen Begründung der Taxonomie *Verfahren, Methode, Technik* etc. und zur „Theorie der Praxeologie“ – ein weiteres Defizien bei den meisten Psychotherapien –, vgl. Petzold 1993h, Orth, Petzold 2003). Was an substantieller theoretischer Weiterentwicklung in der Gestalttherapie in den vergangenen dreißig Jahren hinzugekommen ist, darüber müsste man diskutieren – an klinischer Theorie sicher wenig und sehr, sehr Heterogenes, wie das „Handbuch der Gestalttherapie“ von Fuhr (et al. 1999) ausweist – und das erfasst keineswegs die ganze Heterogenität des gestalttherapeutischen Feldes. An Forschung findet man erst neuerlich interessante und wichtige Entwicklungen (Strümpfel 2004a), wenngleich z.T. schwierige, etwa wenn man den neohumanistischen Ansatz einer *manualisierten* „ex-

perientiellen“ Therapiemethodik der *Greenberg-Gruppe* der Gestalttherapie zurechnet – was diese Gruppe selbst nicht tut, denn sie verwendet nur bestimmte Gestalttechniken (und gegen *Technikzentrierung* hat sich *Perls* [1969/1974, 10] dezidiert ausgesprochen). Die *Greenberg-Gruppe* verwendet in starkem Maße auch Elemente von *Rogers*, *Gendlin* und positioniert die Wirkungen der verwendeten gestalttherapeutischen Techniken nicht im konzeptuellen Rahmen der *Fritz Perls*schen, *Paul Goodmans*chen oder *Isadore Froms*chen Gestalttherapie, sondern auf dem Boden einer psychologischen Theorie des kognitiv-emotionalen Fungierens usw.). Viele Gestalttherapeuten lehnen aus gestalttherapeutischer Sicht – durchaus mit guten Gründen – Manualisierungen ab. Beide *Perls* und auch *Goodman* würden das vollauf unterschreiben, weil Manualisierung der gestaltischen Grundposition einer einmaligen, von spontanem zwischenmenschlichem Kontakt und von Begegnungsereignissen bestimmten Prozessualität diametral entgegensteht. Es besteht allerdings die Gefahr, dass ein großer Teil der Gestaltszene diesen Anpassungskotau unter dem Druck der Verwissenschaftlichungstendenzen und Anerkennungszwängen mitvollziehen wird, und das wird dann um so schwerer wiegen, wenn die theoretische Substanz diesen Schritt nicht kompensieren kann. Wie ein *Buber-Lore-Perls*ches Begegnungskonzept mit manualisierter Psychotherapie einhergehen soll, auf die Begründungen wird man gespannt sein (vgl. *Strümpfel* 2004b). Die Gestalttherapie steht allerdings in ihrer Situation teilweise fehlender theoretischer Modellvorstellung (etwa in der Krankheitstheorie) nicht alleine da. Sie kann auf die Entwicklungen bei anderen experientiellen Verfahren, wie die der wissenschaftlichen Gesprächstherapie (*Rogers*, *Tausch*), des Focusing (*Gendlin*), der Integrativen Therapie zurückgreifen, genauso wie diese Richtungen auf Materialien der Gestalttherapie zurückgegriffen haben (z.B. das Focusing oder die IT). Und natürlich könnte die Gestalttherapie, ähnlich wie es die Integrative Therapie tut, auf den Fundus der klinischen Psychologie bzw. allgemeinen Psychologie und auf den der Psychiatrie zurückgreifen. *Perls* (1969/1974, 10) schreibt in seinem Vorwort von „Gestalt Therapy Verbatim“ höchst kritisch „über die gegenwärtige Entwicklung der humanistischen Psychologie“ (ibid.) zu einer aktionistisch-hedonistischen Bewegung und hält dem entgegen: „das hat nichts mit der redlichen Arbeit jenes **psychiatrischen** Ansatzes zu tun, den ich Gestalttherapie nenne“ (ibid., meine Hervorhebung). *Perls* hatte schon in „Therapy and Technique of Personality Integration“ (idem 1948/1980) und in „Psychiatry in a New Key“ (idem 1959/1980) eine deutliche Referenz zur Disziplin der **Psychiatrie** gege-

ben, wo er sich beheimatet sah, und in der Tat hat die „psychiatrische Psychotherapie“ seit *Reil* (1803) und *Janet* (1889, 1919) bis *Scharfetter* (1982), *Blankenburg* (1989), *Ratey* (2001), *Fuchs* (2000) Bedeutendes zur Psychotherapie beigetragen, was oft übersehen wird.

Hätte ich die Gestalttherapie weiterentwickeln wollen, dann hätte ich das in die Richtung eines biologisch-systemtheoretischen Verfahrens unternehmen müssen. Das war mir 1974 aber noch nicht klar, weil die Gestalttherapie für mich unter der humanistisch-psychologischen Überformung in ihrer theoretischen Substanz noch nicht deutlich sichtbar war. Ich wäre damals eher in Richtung von *Merleau-Ponty* gegangen, war mir dessen Überschreitung des Gestaltansatzes (bei aller Wertschätzung und Bezugnahme) aber wohl bewusst, und bin deshalb den Gestalt-Weg nicht gegangen, sondern bei der Leibphänomenologie geblieben. Die *Goodmansche* Gestalttherapie (*Blankertz* 2000) nimmt natürlich auch keinerlei Bezug auf die humanistische Psychologie, wie *Goodman* selbst, da er den bürgerlichen Psychotherapiebegriff, wie ihn die Humanistische Psychologie vertrat, zugunsten von Selbsthilfekzepten und Bürgerinitiativen ablehnte (vgl. *Petzold* 1987f). *F. Perls* wiederum stand der Humanistischen Psychologie ganz allgemein und ihren damaligen Protagonisten im besonderen ablehnend gegenüber – *B. Schutz* wegen seines Aktionismus, *A. Maslow* wegen seiner harmonistischen Eupsychia-Konzeption und seiner zunehmend abgehobenen transpersonalen Orientierung. „*Fritz*“ hatte es nicht mit religiöser Transzendenz (vgl. *Perls* 1980, 1973ff, weiteres bei *Gaines* 1979). Ich wusste das zwar, hatte es aber noch nicht richtig gewertet. Auch in der – für den Bereich der Gestalttherapie ersten – gründlicheren historischen Sondierung der Quellen der Gestalttherapie durch mich (*Petzold* 1984 h), die in der Folge immer wieder von anderen ausgeschrieben wurde, waren mir die Zusammenhänge noch nicht klar, denn die erfordern eine „historische Rekonstruktion“ der *Perlschen* Theorieentwicklung entlang einer Quellen- und Konzeptanalyse des Werks, wie ich das 1980 bei Herausgabe der verstreuten *Perlsaufsätze* als „Gestalt, Wachstum, Integration“ (*Perls* 1980, Einleitung, *Petzold* S. 15) forderte. Bis heute ist hierzu noch kaum etwas publiziert worden, denn es reicht keineswegs aus, wie die sehr breite, kontextualisierende Darstellung der Gründerpersönlichkeiten der Gestalttherapie durch *Milan Sreckovic* (1999) zeigt, irgendwelche Hinweise auf mögliche Verbindungen, den Zeitgeist usw. aufzuweisen, wenn es keinen „Nieder-schlag im Werk“ gibt, der eine **Wirkungsgeschichte** belegt. Für Einflüsse müssen zeitlich zuzuordnende Belege in den Texten geliefert wer-

den, und die Mühe hat sich unter den Gestalttherapeuten bis heute noch niemand gemacht – leider auch *Bocian* (2007) in seiner wertvollen biographischen Untersuchung zum frühen *Perls* nicht. Auch mir war diese Arbeit (nicht zuletzt mit Blick auf die zu erwartende magere Ausbeute) zu mühsam, zumal ich derartige historische Rekonstruktionsarbeit für die Theorie *Morenos* und seine Urheberschaft an wichtigen Konzepten mit hohem Aufwand an Archivarbeit und Quellenstudium schon geleistet hatte (*Petzold* 1978e; 1980j, k; *Petzold, Mathias* 1983).

Aber einen wichtigen Beitrag konnte ich doch leisten. Von *Perls* ange-regt, der *Moreno* einen Aufsatz zu einem Reader gesandt hatte (ohne einen Durchschlag zu behalten!) und von dem Text nie wieder etwas hörte, suchte ich im Archiv des *Moreno Instituts* in Beacon, fand den Text (er war falsch abgelegt) „Gestalttherapie und Kybernetik“ [1959] und publizierte ihn 1975 in der ersten Ausgabe von „Integrative Therapie“ sowie in dem von mir herausgegebenen Sammelband von *Perls* (1980), der zeigt: Beginnend mit dem 1941 geschriebenen „Ego, Hunger and Aggression“ (*Perls* 1942) und durchgängig bis zu den posthum veröffentlichten Schriften (1972) findet man in seinen Texten eine *organismustheoretische, systemtheoretische* Argumentationsweise. Man beachte z.B. seinen physiologischen Kontaktbegriff im Anschluss an *Kurt Goldstein* (1934), den er wieder und wieder als seine wichtigste Quelle bezeichnet. (Von *Buber* ist da keine Rede, laut seiner Autobiographie hörte er ihn in Frankfurt nicht und nimmt in seiner Konzeptualisierung nie auf ihn Bezug, und das mit guten Gründen, denn *Perls denkt in Kategorien biologischer Systemtheorie*. Sein Awareness- und sein Kontaktbegriff, seine Lernkonzeption, die Abwehrstrategien, sein „Gestaltgebet“ und vieles andere mehr wird von diesem Hintergrund her verständlich und durch den von mir wiedergefundenen Schlüsseltext (die englische Originalversion, *Perls* 1997, in der Zeitschrift „Gestalt“). Praktisch die gesamte gestalttherapeutische „Community“ – von *Portele* (1985, 1987, 1989) abgesehen, den man in diesem Punkt, bei aller sonstigen Wertschätzung, nicht zur Kenntnis nehmen wollte – hat diese Seite der Gestalttherapie nicht gesehen und will sie bis jetzt auch nicht sehen (vgl. das Handbuch von *Fuhr et al.* 1999 oder *Bocian* 2007), weil diese Position von *Perls* offenbar in einen anti-naturwissenschaftlichen und anti-medizinischen Affekt humanistisch-psychologischer GestalttherapeutInnen trifft. *Perls* selbst aber sah seine Therapie als die, die der *Medizin am nächsten stehe*, und in seinem populärsten Buch „Gestalt Therapy Verbatim“, „Gestalttherapie in Aktion“ (1969, 1974) ist er hierzu ganz explizit. Nachdem er sich von *Buber* (sic!),

*Tillich, Sartre, Heidegger, Binswanger* als existenzialistischen Philosophen abgegrenzt hat, schreibt er: „Die Gestalttherapie ist eine Philosophie, die in Harmonie sein will, die in Übereinstimmung mit allem sein will, mit der Medizin, mit den Naturwissenschaften, mit dem Universum, mit allem, was ist. Die Gestalttherapie beruht auf einer ihr eigenen Struktur, denn die Bildung von Gestalten, das Auftauchen von Bedürfnissen, ist ein primär biologisches Phänomen. Wir schieben einfach die Triebtheorie beiseite und betrachten den Organismus als ein System, das im Gleichgewicht ist und das ordentlich funktionieren muss. Jedes Ungleichgewicht wird als ein Bedürfnis erlebt, dieses Ungleichgewicht zu korrigieren“ (*Perls* 1969/1974, 25). Klarer kann man es nicht sagen! Das ganze Buch steht in einem „bekennenden“ naturwissenschaftlichen Diskurs (S. 23, 51, 68, 71, 195) und vertritt eine homöostasegeleitete Theorie „organis-mischer Selbstregulierung [...] Wir können uns auf die Weisheit des Organismus verlassen“ (*ibid.* 25f.). Und dennoch schreiben renommierte Gestalttherapeuten, *Buber* sei „mit seiner Lehre vom Ich-Du der vielleicht wichtigste geistige Vater der Gestalttherapie“ (*Doubrawa, Staemmler* 1999, S. 177).

Der Systemgedanke bei *Perls* (1948) war in den vierziger, fünfziger Jahren sicher zukunftsweisend. Und gelegentlich blitzen auch wirklich geniale Aussagen auf: „Der Organismus arbeitet stets auf der Grundlage der Vorrangigkeit“ (*idem* 1969/1974, 29). *Ukhtomskijs* (1928/1978) Dominante-Theorie hatte er sicher nicht gekannt oder *Bernstejns* (1988) Konzepte zum Problem der „degrees of freedom“. Er wäre sonst nicht bei dem simplen Homöostasemodell geblieben. Die starke systemische Orientierung in der Integrativen Therapie und Supervision war demnach auch nicht von *Perls* inspiriert, sondern einerseits von *Niklas Luhmann* (1968), dessen „Zweckbegriff und Systemrationalität“ wir um 1970 rezipiert und für die „Integrative Therapie“ genutzt hatten (*Jüster, Petzold* 2003). Wir sahen z.B. die einzelnen Therapieschulen als Subsysteme eines Gesamtsystems „Psychotherapie“ und betrachteten den Menschen als ein „sich selbst steuerndes System“ im Kontext umliegender Systeme (so in *Petzold* 1974j). Andererseits waren wir mit den russischen Physiologen bzw. Psychophysiologen, frühen nicht-linearen Systemtheoretikern bekannt (*Sieper, Petzold* 2002) mit den Arbeiten von *P. Anokhin* (1967, 1978) *A. Ukhtomskij* (1950, 1978, *Batuev, Sokolova* 1993; *Simonov* 1991), *N. A. Bernstejn* (1967, *Bongaardt* 1996) und *A.R. Lurija* (1963, 1978, *Vocate* 1987; *Petzold, Sieper* 2007c), mit denen wir uns während unseres Studiums ausführlich auseinandersetzen hatten (vgl. *Cole, Maltzman* 1969).

Arbeiten von René Thom (1973), Glansdorff und Prigogine (1971) u.a. machten es nicht mehr möglich, auf das veraltete Homöostasemodell von Perls zurückzugreifen. Seit Prigogines „dissipativen Strukturen“ war das vorbei. Mit meiner Berufung nach Amsterdam [1979] an eine neuromotorisch ausgerichtete Forschungsabteilung, die dem ökologischen Ansatz von Gibson (1979) und dem nonlinearen „dynamic systems approach“ von Bernstein und seinen Weiterentwicklungen (Kelso 1995; Thelen, Smith 1994) bzw. anderen Neuentwicklungen dynamischer Systemansätze (Lewis, Granic 2000; Vallacher, Nowak 1997) verpflichtet ist, erhielt dieser Systemansatz in unserer Säuglingsforschung (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), in der Integrativen Kindertherapie (idem 1995a, b), Leibtherapie (idem 2002j) und in der Integrativen Supervision (idem 1998a, Ebert 2001) einen maßgeblichen Einfluss.

Die Perlsche systemische Ausrichtung hat heute nur noch eine historische Bedeutung. Immerhin, **er war der erste „Systemiker“ in der Psychotherapie**. Wenn man hier anknüpft, wird man den Intentionen des Urhebers und seiner ganzen Methodik gerecht. Sie müsste allerdings Anschluss finden an den gegenwärtigen Stand moderner, therapierrelevanter Systemtheorie, d.h. an die dem „non-linear systems approach“ verpflichteten Ansätze systemischer Theorie und Therapie (Schiepeke 1999). Hartmann-Kottek (2004), in Integrativer Therapie und Gestalttherapie an dem von mir begründeten Institut ausgebildet, hat neuerlich eine weit greifende Weiterentwicklung der Gestalttherapie versucht, allerdings ohne eine sorgfältige Rekonstruktion des gestalttherapeutischen Ansatzes von Perls, geschweige denn Goodman, zu leisten<sup>4</sup>, aber ihr gelingt eine *Konnectivierung* zahlreicher aktueller Erkenntnisse moderner psychologischer und neurobiologischer Forschungen mit Praxeologien und Methoden der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie.<sup>5</sup> So kommt es zu einem der vielen – prinzipiell begrüßenswerten – Integrationsversuchen, wie sie heute in der Psychotherapie üblich werden in dem Bemühen, die Erkenntnisse der Neurowissenschaften und der modernen psychologi-

<sup>4</sup> Vielmehr ist der historische Teil voller Fehler, zum Beispiel wird behauptet, Perls habe in Frankfurt die Vorlesungen bei Buber (und bei Tillich) besucht, sei bis ins Alter von ihm tief beeindruckt gewesen (idem 2004, 45). In seiner Autobiographie schreibt Perls (1969) klar, dass er nur Scheeler gehört habe. Er zitiert Buber im Gesamtwerk viermal und stets sehr distanziert (Petzold 2001d).

<sup>5</sup> Sie ordnet z.B. die von mir Ende der sechziger Jahre entwickelte „Panorama-technik“ mit all ihren Varianten (vgl. ausführlich Petzold, Orth 1993) ohne Quellennennung (wie noch so manches andere) der Gestalttherapie zu.

schen Forschung zu integrieren, womit von den ursprünglichen Ansätzen natürlich nicht mehr viel übrig bleibt. Bei *Grave* (1998, 2004) wird zuerst von der „Allgemeinen Psychotherapie“ gesprochen, dann geht er zur „Psychologischen Psychotherapie“ über, und schließlich – weil das letztlich noch zu eng wird – taucht die „Neuropsychotherapie“ auf (damit ist bei ihm auch die Gefahr eines gewissen Rückschrittes in einen positivistischen Reduktionismus gegeben, der Faszination des „Neuroparadigmas“ zu erliegen, *Petzold* 2005q). Wahrscheinlich war der Term „Allgemeine Psychotherapie“ so schlecht nicht. *Fiedler* (2000), der noch 1980 die Schrift „Wider die Methodenintegration. Argumente für eine problemorientierte Psychotherapie“ verfasst, gelangt zur einer „Integrativen Psychotherapie“, und *Egger* (2003) überschreitet die VT zur „Integrativen Verhaltenstherapie“ – der wenig beachtete Artikel ist ein Wurf, aber die Grenzen des „Verhaltensbegriffes“ bleiben fest. Vielleicht wäre der Term „**Klinisch-psychologische [Psycho]therapie**“ für die genannten Ansätze noch die angemessenste Bezeichnung, weil sie den Anschluss an die klinische Psychologie verdeutlicht, die ja durchaus bio- und neuropsychologische Wissensstände einbezieht. Ich habe früh den Term „**Integrative Therapie**“ gewählt und ihn als „biopsychosozialen Ansatz“ (1965, 1974j, 1991a) gekennzeichnet, habe früh auch schon von „**Integrativer Humantherapie**“ (1971) gesprochen (analog zu Humanbiologie, Humanmedizin und im klaren Bezug zu den Humanwissenschaften, den „*humanities*“, *Petzold*, *Sieper* 2001d, in denen für mich *klinisch-wissenschaftliche*, *natur-* und *kulturwissenschaftliche* Perspektiven enthalten sind). Ich sah damals (*Petzold* 1982) für die Zukunft, dass sich „Schulen des Integrierens“ bilden werden und war der Meinung, dass die „Schulen integrativer werden müssen“. Am *fin de siècle* sah ich die Akzentsetzungen noch stärker in der Zusammenarbeit der „Richtungen“ (idem 1999p) – den Term „Schulen“ hatte ich inzwischen dekonstruiert und abgelegt –, aber das Thema „Territorialität“ scheint kaum überwindlich. In der Substanz werden sich viele Psychotherapieverfahren immer ähnlicher, auch wenn sie nach wie vor ihre Differenzen und Eigenständigkeiten akzentuieren. „Wenn diese Ansätze in Ko-respondenz treten, die von Wertschätzung und Interesse für die Position des Anderen getragen ist, besteht die Chance, zu wirklich fundierten und effektiven Integrationsmodellen zu kommen, wohingegen Macht und Positionskämpfe menschlichen und wissenschaftlichen Fortschritt auch in diesem Bereich verhindern können. Die Zeit der Orthodoxien geht zu Ende. Ob die neue Zeit leichter wird, ist zu bezweifeln, denn Integration ist ein mühevolleres Unterfan-

gen“ (Petzold 1982, 100). „Common factors“ wurden schon früh in der praktischen Anwendung für die verschiedenen Psychotherapien erkannt (Rosenzweig 1936; Garfield 1973). Ich hatte immer auch „divergent factors“ betont, da es auch differenzierte Wirkungen gibt, und hatte für die Theorie „common concepts“ und „divergent concepts“, wie ich das genannt habe (1971f, 1994g), angenommen und mit Hilfe von Schnittmengendiagrammen (vgl. dieses Buch, S. 71, Abb. 3) illustriert. Dabei wurden Homologien und Differenzen – „common and divergent concepts“ in den Orientierungen der Psychotherapie deutlich.

Zwischen den großen Mainstreams:

- I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (*Freud, Jung, Adler, Lacan*).
- II Humanistische Psychotherapie (*Moreno, Perls, Rogers*).
- III Verhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*) gab es:

- a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld, Abb. S. 71),
- b Similäres (hellgraue Felder),
- c Divergentes und Differentes (weiße Felder),
- d Synergetisches (mittelgraue Felder). D.h., es gibt:

- 1 Verfahren, die der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie *und* der Humanistischen Psychotherapie ähnlich sind
- 2 Verfahren, die der Humanistischen Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie ähnlich sind
- 3 Verfahren, die Ähnlichkeiten mit der Verhaltenstherapie und Psychoanalyse aufweisen.

Dieses Diagramm (auf S. 71) ist auf dem Titel meines Buches „Methodenintegration in der Psychotherapie“ (Petzold 1982) abgebildet – das erste Buch zu diesem Thema – und illustriert diesen „convergent/divergent concept approach“ einen Ansatzpunkt für Bemühungen um eine differentielle *und* integrative (Psycho)therapie (1980q, 1982, 105) oder genauer *klinisch-wissenschaftlich-, natur- und kulturwissenschaftlich* fundierte „Humantherapie“.

Hartmann-Kottek (2004, 20) spricht jetzt von „Schnittmengen“ (ohne Quellenverweis auf Petzold 1984h). Aber dabei darf man das „Zentrum“ nicht vergessen, das nicht nur Schnittmenge sein kann. In allen Integrationsbewegungen darf das differentielle Moment nicht verloren gehen, und das heißt, es muss ein *Proprium* prägnant bleiben, ein Besonderes,

denn die konzeptuelle Vielfalt ist auch ein Reichtum, und eine Einheitsform „psychologischer Psychotherapie“ (Grave 1998) ist nicht erstrebenswert. Der Ansatz von *Perls* und der von *Moreno* z.B. haben so viel Spezifisches, dass es lohnt, sie zu pflegen. Ich finde es irgendwie tragisch, dass *Friedrich Perls* mit seinem Modell einer organismustheoretisch-systemischen Psychotherapie so wenig Resonanz gefunden hat, der Hintergrund seiner erlebnisaktivierenden Methodik so wenig verstanden wurde, sein kybernetisch-systemtheoretisches Kontaktkonzept und Kommunikationsmodell (1959/1980, 125ff) ignoriert und sein Grundparadigma so vielfältig und offenbar gegen seine ursprünglichen Intentionen überformt worden ist: von *Buberschen* Gedanken, humanistisch-psychologischen Positionen (nirgendwo im Werk nimmt er auf Autoren dieses Paradigmas theoretisch Bezug!) oder psychoanalytisch/tiefenpsychologischen Ideen, die zu überwinden er doch angetreten war. *Hartmann-Kottek* schreibt ihm dies alles wieder zu und nimmt *Perls* damit das Proprium. Dieses insgesamt nützliche Buch belässt der Gestalttherapie von *Perls* kaum noch Eigenständiges, denn das Erlebnisaktivierende übernahm er – nach eigener Aussage in seinem letzten (posthum publizierten Werk) vom Psychodrama *Morenos*<sup>6</sup> – und die „theoretischen Entwicklungen“ sind keine aus der Gestalttherapie heraus entwickelten, sondern es sind die moderner klinischer Wissenschaft und allgemeiner humanwissenschaftlich relevanter Erkenntnisse, die „integriert“ werden, ohne dass eine „Theorie des Integrierens“ (*Sieper*, dieses Buch, S. 63ff.) geboten wird. Ehrlicher wäre es, bei solchen Büchern, den historischen Fundus des Ausgangsverfahrens, seine Potentiale, aber auch seine *Begrenztheiten* und seine Fehlkonzeptualisierungen – ja auch diese – korrekt darzustellen, um

<sup>6</sup> *Perls* (1969) „übergeht“ großzügig seine Aufenthalte am Moreno-Institut Ende der vierziger Jahre in seiner Autobiographie, und auch im zitierten Text (1973/1976, 105) bringt er es nicht über sich einzuräumen, dass seine „Monotherapie“, dieses „Spiel alleine zu spielen“, schlicht *Morenos* „Monodrama“ ist, das von *Moreno* schon Ende der dreißiger Jahre praktiziert wurde und das *Perls* am Moreno-Institut erlernte. Immerhin räumt er in diesem letzten Buch ein, dass „Morenos Technik des Psychodramas eine der lebendigsten“ ist (ibid. 113). Schon *Eric Berne* hatte in der Besprechung von *Perls*’ „Gestalt Therapy Verbatim“ ihm das „Morenoproblem“ bescheinigt, das alle aktiven Therapeuten haben, dass nämlich *Moreno* fast alle aktivitätstherapeutischen Techniken schon inauguriert hatte. Es ist ja in Psychotherapiekreisen seit *Freud* leider weit verbreitet, seine „Entlehnungen“ zu verdecken und seine Einflüsse zu verschleiern oder übernommene Ideen und Methoden nicht zu zitieren.

dann zu zeigen, was moderne klinische und metaklinische „Neuerungen“ sind, denn was haben *Gerald Edelmanns* neuronaler Darwinismus und Bewusstseinstheorie oder *Brian Greenes* Sicht der Superstringtheorie – rasch aus seinen populären Bestsellern rezipiert – noch mit Gestalttherapie von *Perls* oder auch mit der seiner Schüler zu tun? Das Verfahren wird damit völlig überdehnt, und diese Einverleibungen (*Perls* würde von Introspekten sprechen) behindern m. E. organische Weiterentwicklungen von dem, was faktisch an klinischer Substanz da ist. Der Vergleich des „Handbuchs der Gestalttherapie“ (*Fuhr et al.* 1999) und die dort vorfindlichen Theoriestände, die als repräsentativ anzusprechen sind, und *Hartmann-Kotteks* „Zusammenstellungen“ haben wenig miteinander zu tun. „Über die Gestalttherapie hinaus – auf dem Wege in eine allgemeine [oder klinische] tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie“, das wäre ein Titel, der in korrekter Weise wiedergibt, was die Autorin zu leisten versuchte.

Ich habe mit meiner Integrativen Therapie genau *nicht* den Weg gewählt, eines meiner Herkunftsverfahren, den *Ferenczi*-Ansatz, das Psychodrama, die Gestalttherapie über die jeweils vorfindliche, faktische Grundsubstanz hinaus „aufzublähen“, sondern ich habe mich auf den langen Weg einer *grundsätzlichen Neukonzeptualisierung* von „*hinlänglicher Konsistenz*“ (mehr ist nicht zu erreichen) zentriert aus dem wissenschaftlichen Fundus in Philosophie, Psychologie, Natur- und Sozialwissenschaften heraus, über den ich verfügte und den ich mir vertiefend erarbeitet habe.

Ich lehre deshalb heute die Gestalttherapie wie das Psychodrama als *Methoden* im Rahmen des von mir über nunmehr dreißig Jahre entwickelten *Verfahrens Integrative Therapie* – mit unterschiedlichen Gewichtungen in diesem Zeitraum – und das entlang der Lineatur meines *theoretischen Strukturmodells* eines „**Tree of Science**“, welches auch die Therapie-Charta als theoretisches Strukturierungsmodell übernommen hatte (*Petzold* 1992q). Ich habe hier konsequent Positionen entwickelt: von der Erkenntnistheorie, über Anthropologie, Ethik usw., Persönlichkeits-, Entwicklungs-, Gesundheits-/Krankheitstheorie bis hin zur Praxeologie (vgl. idem 2002b, die überarbeitete und erweiterte Neuauflage meines dreibändigen Grundlagenwerkes „Integrative Therapie“ 2003a, und mein Werk „Integrative Supervision“ 1998a, erw. 2007).

In den Psychotherapien des „Schulenparadigmas“ fehlte mir vor allen Dingen die metakritische Reflexion und Untersuchung der eigenen Theorien und ihrer Quellen auf offene und verdeckte Ideologien und Mytheme, wie sie mir, vom wissenschaftshistorischen Denken eines

*Georges Canguilhem, Michel Foucault* oder *Jacques Derrida* und mit anderer Ausrichtung von *Paul Ricœur* her (vgl. dieses Buch, S. 273ff.) als notwendig, ja unverzichtbar erscheinen (vgl. unser Buch „Die Mythen der Psychotherapie“, *Petzold, Orth* 1999).

Ich betrachte all meine über die Jahrzehnte geleisteten Arbeiten nicht als Versuche, eine eigene „Schule“ zu begründen – die Schulen im Schatten machtvoller Gründerväter sind allzu oft in Dogmatiken geraten und wurden von Epigonen zu geschlossenen Systemen der Rechtgläubigkeit vereinfachend bzw. vereinseitigend ausgebaut (mein Werk ist hoffentlich zu komplex für solche Reduktionismen). Sie wurden als feste „communities“ etabliert, was für die Identitätssicherung sicher wichtig ist, aber auch Gefahren bietet, denen gegenüber man sich zu sensibilisieren hat. Die Zeit der „Schulengründungen“, das ist meine Position, sollte vorbei sein, und die traditionellen Schulen mit ihren gewachsenen Strukturen und pflegenswerten Wissensständen müssten sich sehr grundsätzlich öffnen für Neues – sie müssten auch ihre Axiome kritisch überprüfen, wo sie notwendige Innovation blockieren. Die Psychotherapie ist zu komplex geworden, als dass heute ein Einzelner – wie genial auch immer – allein ein Verfahren begründen könnte oder dass man alleinig oder doch überwiegend weiterhin auf den Intuitionen eines genialen „Gründervaters“, der im Wissenschaftsverständnis des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts konzeptualisierte, aufbauen könnte. Man braucht heute auf breiter Ebene Anschlussmöglichkeiten, und damit muss auch ein Verfahren „anschlussfähig“ (*Lubmann* 1992) sein oder gemacht werden. Ich sehe deshalb meine Arbeiten als einen Beitrag zum Theoriefundus einer allgemeinen Disziplin „**Psychotherapiewissenschaft**“ – nicht „allgemeinen Psychotherapie“ (vgl. zum Unterschied *Petzold* 1995g) – zur „klinischen Psychologie“ und „psychotherapeutischen Psychiatrie“ so wie zu allen Orientierungen oder Schulen, die meine Theorien und Methodiken, wo sie „**konzeptsynton**“ sind, nutzen können, genauso wie wir weiterhin die Psychotherapieforschung und die klinische Methodik *des ganzen Feldes* daraufhin sichten werden, was wir in unserer Form und Orientierung Integrativer Therapie **konzeptsynton** (2002h) nutzen können, nach sorgfältiger Prüfung der Anschlussfähigkeit, denn ohne das endet man in einem „wildem Eklektizismus“, und das kann nicht das Ziel sein. Wenn ich etwa das bislang in der Psychotherapie sträflich vernachlässigte des Thema des „Willens“ in schulenübergreifenden Bänden bearbeite (*Petzold* 2001i; *Petzold, Sieper* 2003a, b, 2007a)), die Themen „Unrecht und Gerechtigkeit“ (idem 2003d, 2007e), der „Protektiven Faktoren und Re-

silienzen“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993, Müller, Petzold 2003), so sind das nicht nur Beiträge zur Integrativen Therapie.

Die Integrative Therapie sehe ich, was ihre klinischen Seiten anbelangt (ihre kulturtheoretischen kann man anders verorten), als eine *Strömung* oder *Orientierung* unter den therapeutischen Richtungen der „klinischen Psychologie“, was zugleich ihre Heimat in der „allgemeinen Psychologie“ – Boden der klinischen – ausweist mit ihren Anschlussdisziplinen „Bio- und Neuropsychologie“ (Birbaumer, Schmidt 1999; Schandry 2003; Schiepeke 2003), Evolutionstheorie und Evolutionspsychologie (2005t, 2006g, Mysterud 2003) – letztere ist wichtig, z.B. für unsere Identitätstheorie (Petzold 2001p) und psychotherapeutische Rahmenkonzeption (idem 2003e), und hier ist noch viel zu gewinnen (Bownds 1999; Campbell 2002; Glantz, Pearce 1989; Gilbert, Bailey 1999). Diese Anschlussstellen zur Biologie, Medizin, den Neurowissenschaften werden für die Psychotherapie in Zukunft zunehmend wichtiger werden, weil von ihnen grundlegende Impulse kommen werden – hier bin ich mir mit Franz Caspar (2003) und Klaus Grawe (2004) einig, und hier ist mein Verfahren ähnlich zu sehen wie der Ansatz von Grawe (1998), der alles andere ist als Verhaltenstherapie, oder von Peter Fiedler (2000), der seine Arbeiten auch als Beiträge zur Integrativen Therapie bezeichnet.

„Richtungen“ – *Mesoparadigmata* (vgl. Petzold 1992g) –, die sich in ein solches übergeordnetes Paradigma *einbetten*, sind weniger dogmatikgefährdet und offener für die neuen Erkenntnisse, die die Psychotherapie z.B. von den Neurowissenschaften gewinnt (Petzold 2002j, Schiepeke 2003) oder von den Evolutionswissenschaften (Archer 1999; Bjorklund, Pellegrini 2000; Corballis, Lea 1999; Gilbert, Andrews 1998; Stevens, Price 2000). Sie können Innovationen besser aufnehmen und besser zur Innovation im Gesamtfeld der Psychotherapie beitragen. Sie sind dennoch nicht ohne Identität, aber ihre Identitätskonturen sind „weicher“ und ihre „Identitätsstrukturen“ offener, sie eignen sich besser für „Konnektivierungen“ – ich habe solche soziologischen und felddynamischen Perspektiven (Petzold 1998a, Petzold, Ebert, Sieper 1991) durch meine sozialpsychologische bzw. sozialwissenschaftliche Orientierung (ich hörte bei Lévi-Strauss, Moscovici, Schluchter u.a.) gewonnen, die neben dem neurobiologischen Ansatz oder besser mit ihm grundlegenden Impulse geben. Die Verbindung von Sozialwissenschaften und Neurobiologie ist faszinierend (Freeman 1995; Lurija 1973, 1978; Schiepeke, Kowalik 2003). Bei Moreno fand ich eine beeindruckende Berücksichtigung sozialer Netzwerke und Konstellationen, die anderen Psychotherapieverfahren – die „Systemiker“ ausgenommen –

fehlt, auch in der klassischen Gestalttherapie (trotz *Goodman*, der im wesentlichen politisch argumentierte) und auch in der neueren Gestalttherapie. Die psychobiologische Wirkung *sozialer Interaktionen* in sozialen Netzwerken (*Petzold, Schulwitz* 1992; *Petzold* 1979c; *Hass, Petzold* 1999) auch auf der neuromotorischen Ebene – etwa durch Synchronisationsprozesse (u.a. als Wirkung von Spiegelneuronen vgl. *Stamenov, Gallese* 2002, *Petzold* 2002j) oder als „*dialogue tonique*“ (*Ajuriaguerra* 1962, 1970) nachgewiesen –, ist auch auf der immunologischen Ebene belegt (*Bauer* 2002; *Schubert, Schiepek* 2003). Das unterstreicht die Bedeutung *biopsychosozialer* Konzeptualisierung, die in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1965, 6/1985a, 13; 1974; Abb. III; 2001a) seit ihren Anfängen mit Blick auf *Janet, Lurija, Vygotskij* zentral war und seit den Arbeiten von *Engel* (1977, 1997) auch im medizinischen Bereich zunehmend an Gewicht gewonnen hat. In der dyadischen Orientierung der Gestalttherapie fehlten mir einfach die Netzwerkdimension und die Neurobiologie. Schließlich fehlte mir in ihr bzw. in der „community of Gestaltists“ eine „forschungsfreundliche Kultur“, und das sowohl was die Rezeption psychologischer Grundlagenforschung anbetrifft (das voluminöse „Handbuch der Gestalttherapie“ *Fuhr et al.* 1999 dokumentiert dieses Fehlen beeindruckend) als auch was die Rezeption klinisch-psychologischer Forschung anbelangt.

Abschließend sei zu der Frage nach dem, was mir „gefehlt habe“ an der Gestalttherapie, auch erwähnt, was ich durch sie „erhalten“ habe: einen unkonventionellen frischen Zugang zu Erlebnisphänomenen, eine differenzierte Praxis des Umgangs mit der „awareness“, den Mut zur Nonkonformität, eine Reihe nützlicher Techniken, einen sehr brauchbaren Kontaktbegriff (solange er nicht überdehnt wird und andere Phänomene der Relationalität reduziert), ein Modell „direkter Kommunikation“ (*Petzold* 1973f), eine Sensibilisierung für Nonverbalität, die allerdings durch meine Forschungen in der Neuromotorik, Psychomotorik mit ihren evolutionsbiologischen Perspektiven (*Segerstråle, Molnár* 1997; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) völlig anders kontextualisiert wurde.

Der „Integrative Ansatz einer **Humantherapie**“ – der Begriff vermeidet den cartesianisch reduktionistischen bzw. dualistischen Begriff „Psychotherapie“ ist natürlich nicht nur als eine Form der Psychotherapie bzw. Leibtherapie zu sehen, sondern wurde und wird auch in die Richtung einer „*klinischen Philosophie*“ (idem 1991a/2003) und einer „*Kulturtheorie*“ (*Schub* 2003) ausgebaut im Sinne eines erweiterten Verständnisses von Therapie in Annäherung an das griechische „*κλινειν*“: *sich liebevoll zuwenden, achtsam hinwenden, hinabbeugen* zu dem, der auf dem Krankenbett

(gr. *klinē*) liegt, und an das „*therapeuein*“: pflegen, umsorgen, kultivieren, gestalten, heilen. Integrative Therapie ist – das vierte Richtziel ihrer Ausbildungsordnung macht das deutlich – einem grundsätzlichen „*sozialen Engagement*“, einem Engagement für die „Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (Petzold 1978c) verpflichtet, einem Eintreten für Menschenwürde, „*patient dignity*“ (idem 1985d), gegen Unrecht und für Gerechtigkeit (2003d), den Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (Levinas, vgl. 1996k). Integrative TherapeutInnen vertreten diese Position aus einer „Freude am Lebendigen“ und einer „Liebe zum Leben“ (idem 2000a), einer grundsätzlich „wertschätzenden und menschenfreundlichen Haltung“ – nicht aus einer moralisierenden Sollensethik der Verbote und Gebote, sondern aus einer Selbstverpflichtung auf der Grundlage konkreter ethischer Erfahrungen: „*felt ethics*“, in der „Sollensethik und Strebensethik“ konvergieren (Krämer 1995; Moser, Petzold 2003; Lachner, dieses Buch, S. 299), die „Sorge um den Anderen“ sich mit der „Sorge um sich“ (Foucault 1986, vgl. Petzold 2001l, 2003i) verbindet. Vor diesem Hintergrund versteht sich Integrative Therapie auch als Anleitung zu einer „praktischen Lebenskunst“ (idem 1999q) und zu einer heilsamen **Lebensphilosophie**, einem wohlwollenden, nachsichtigen und menschenfreundlichen *Nachsinnen* über die vielen, vielfältigen und verschiedenen Menschenwesen, einem *Nachspüren* und *Nachdenken* über sich selbst und die eigene Vielschichtigkeit, über persönliche Zwiespältigkeiten, Dunkelheiten und kreative Mannigfaltigkeit einer „*philosophischen Kontemplation*“ (Russel 1964; Petzold 1971) über die Welt insgesamt mit ihren Schattenseiten, ihren Schönheiten und ihren Geheimnissen. Deshalb:

**„Kein junger Mensch möge mit dem Philosophieren warten und keiner im Alter dessen überdrüssig werden, denn man ist weder zu jung noch zu alt für diese Therapie der Seele“** (*Epikur*, in Diogenes Laërtios X, 122).

## Epilog

Dieses annotierte und mit Exkursen ergänzte Interview steht nicht von ungefähr unter der Überschrift „Positionen“, denn es verweist absichtsvoll auf Derridas Konzept der „*positions*“. Das Interview ging aus einer Gesprächssituation hervor. Gespräche werden als „Gestus aktiver Interpretation“ (Derrida 1986, 31) betrachtet. Derrida sieht *Positionen* als „Ar-

beit, mit der ich *noch beschäftigt* bin: die mir also ebensowenig zu eigen ist, wie sie hiermit beendet würde.“ Auch die hier vertretenen *Positionen* sind von einer prinzipiellen Unfertigkeit, offen für beständige Überschreitungen. Das Interview wurde verschriftlicht, durchlief Bearbeitungen, lief zurück, weil weitere Diskurse hineinwirkten, war selbst in sich schon *polylogisch*, denn es haben über die Fragen und die Antworten viele Andere mitgesprochen (vgl. 2001b). Die Fragen des Interviewers spiegelten Fragen vieler Interessierter aus der (Schweizer) Psychotherapieszene, ihm waren offensichtlich Gespräche vorangegangen. Ich vertrat *Positionen* (das meint philos. Setzung, Annahme, Aufstellung einer These, lt. *Duden*), nahm Bezug auf *Positionen* Anderer, zu denen ich mich äußerte, und die damit in den Polylog eintraten – *Moreno, Perls, Ferenczi, Grawe...* In der Ansprache, in den Zitationen „setze“ ich den Anderen in seiner Andersheit und natürlich meine Idee von seiner Andersheit und damit setze ich mich auch selbst „in Positionen“ (*Derrida* 1986, 182f.). Mit meiner *Position* [Meinung, Standpunkt] gerate ich also den Anderen gegenüber natürlich selbst in eine *Position* (eine „Lage, Situation, in der sich jmd. befindet“, lt. *Duden*) und die Angesprochenen, so sie denn noch leben, kommen zu mir in „*Positionen*“, sie könnten mir antworten – mich anrufen, mich zum Gespräch besuchen. Wird der virtuelle oder real vollzogene *Polylog* aber verschriftlicht, sind nachträgliche Korrekturen oder Ergänzungen am Text möglich. Das kennzeichnet ein für den Druck „approbiertes“ Interview. Nachgedruckt kann es wieder bearbeitet annotiert werden. Diese *Polyloge*, die zwischen Schriftlichkeit und Mündlichkeit oszillieren – wie es bei wissenschaftlichen oder politischen Debatten oft der Fall ist – haben eine komplexe Struktur, sind mehrfach interpretierbar, generieren aber auf diese Weise eine Fülle von Erkenntnissen und Sinn (*Petzold* 2001k, ich spreche mit einem beabsichtigten irregulären Plural oft auch von *Sinnen*). In Polylogen und Polylognetzen kommt es zu einer „Aussaat“ (*dissémination*) der Positionen.

Mit der Formulierung von *Positionen* (plur.) ist einerseits die Mehrschichtigkeit von Begriffen oder Aussagen gemeint, z.B. „Position“ (das kann philosophisch, topographisch, astronomisch etc. gemeint sein, der Fremdwörterduden listet 8 Hauptbedeutungen auf), aber auch die Möglichkeit unterschiedlicher Standorte – spreche ich als Fachwissenschaftler, als Psychologe, Mediziner, Philosoph etc. oder als Privatmann? *Foucaults* Frage (er fragt mit *Nietzsche*: „Wer spricht?“) wird hier relevant (vgl. ausführlich *Petzold* [et al.] 2001b). Weiterhin kommt die Vielzahl von Adressaten ins Spiel. Ich wurde in dem Interview in mehreren Positio-

nen angesprochen: als Psychotherapeut, als Forscher, als Hochschullehrer, als Ausbilder, als Privatmann, und meine Aussagen, Standorte und Standpunkte müssen deshalb variieren und können differieren. Der Text mit meinen *Positionen* wird von Menschen mit unterschiedlichen *Positionen* mit „unterschiedlichen Augen“ gelesen werden. **Positionen** führen demnach unausweichlich und unabwendbar in die **Differenz** (*différance*, sensu *Derrida*) und Differenz ruft unabwendbar nach *Konnektivierung* und **Integration**, die in verschiedenen Dichten und Intensitäten möglich ist. **Positionen** werden verbreitet. Dadurch wachsen Differenz und Komplexität (z.B. können sie in der Verbreitung adressatenbestimmt variieren, was sich im Rücklauf noch steigern kann, nicht muss).

Die Formulierung und Verbreitung von *Positionen* (*positions*) als „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (*Derrida* 1986, 184) affirmiert also „*différance*“, d.h. sie stellt durch ihre Offenheit und strukturelle Unfertigkeit für uns eine Differenzen erzeugende Tätigkeit dar, bei gleichzeitiger Verzögerung abschließender Wertungen, so dass durch diesen *Aufschub* (*ibid.* 154) Verbindungen, „*Konnektivierungen*“ möglich werden, die das „*Emergenzpotential*“ (*Petzold* 1998a, 312) des Systems, des Feldes (z.B. der Psychotherapie, der Sozialarbeit, der Psychoanalyse, Gestalttherapie etc.) steigert, also die Fähigkeit, Neues, Innovation hervorzubringen durch die Vielzahl und Dichte der ermöglichten Vernetzungen. Ich hoffe, dieser annotierte Interviewtext erfüllt diesen Zweck und verdeutlicht die Idee des „Integrativen Ansatzes“, der „Integrativen Humantherapie und Kulturarbeit“, die Idee auch der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“, die wir zur Umsetzung dieser Idee ins Leben gerufen haben.

## Literatur

- Ajuriaguerra, J., de* (1962): Le corps comme relation. *Revue de psychologie pure et appliquée* 2 (1962) 137-157.
- Ajuriaguerra, J., de* (1970): L'organisation psychomotrice et ses troubles. Manuel de Psychiatrie de l'Enfant Paris: Masson et Cie.
- Anokhin, P.K.* (1967): Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltens. Jena.
- Anokhin, P.K.* (1978): Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems. Jena.
- Archer, J.* (1999): The nature of grief. The evolution and psychology of reactions to loss. London: Routledge.

- Arkowitz, H.* (1992): A Common Factors Therapy for Depression. In: *Norcross, J.C., Goldfried, M.R.* (1992) (eds.): *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: BasicBooks. 402-432.
- Bakhtin, M.M.* (1981): *Dialogical imagination*. Austin TX: University of Texas Press.
- Batuev, A.S., Sokolova, L.V.* (1993): A.A. Uktomskij on human nature. *Journal of Russian and East European Psychology* 1, 13-45.
- Bauer, J.* (2002): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Bernštejn, N.A.* (1967): *The co-ordination and regulation of movements*. Oxford: Pergamon Press.
- Bernštejn, N.A.* (1988): *Bewegungsphysiologie*. In: *L. Pickenbain, G. Schnabel* (Hrsg.). Leipzig: Johann Ambrosius Barth. Original 1967.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F.* (1999): *Biologische Psychologie*. Berlin u.a.: Springer. 4. Aufl.
- Bjorklund, D.F., Pellegrini, A.D.* (2000): *The origin of human nature. Evolutionary developmental psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Blankenburg, W.* (1989): *Phänomenologie der Leiblichkeit als Grundlage für ein Verständnis der Leib-Erfahrung psychisch Kranker*. *Daseinsanalyse* 6 (1989) 161-193.
- Blankertz, S.* (2000): *Gestalt begreifen: Ein Arbeitsbuch zur Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag. 2. Aufl.
- Bocian, B.* (2007): *Fritz Perls in Berlin 1893-1933*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Bongaardt, R.* (1996): *Shifting focus. The Bernstein tradition in movement science*. Amsterdam: Druk 80.
- Bourdieu, P.* (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.* (1980): *Les sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.
- Bourdieu, P.* (1997): *Das Elend der Welt: Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Bourdieu, P.* (1998): *Gegenfeuer*. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Bownds, M.D.* (1999): *The biology of mind. Origins and structure of mind, brain, and consciousness*. Bethesda, MD: Fitzgeralds Science Press.
- Buchholtz, F.* (1988): *Gestalt und Integration – ein Diskussionsbeitrag zur Klausurtagung des FPI-Lehrkörpers am 27.01.1989*. *Gestalt-Bulletin* 2/88-1/89, 51-54.
- Campbell, A.* (2002): *A mind of her own. The evolutionary psychology of women*. Oxford: Oxford University Press.
- Caspar, F.* (2003): *Psychotherapy Research and Neurobiology: challenge, change or enrichment?* *Psychotherapy Research* 13, 1-23.

- Cole, M., Maltzman, I.* (1969) (Hrsg.): A Handbook of Contemporary Soviet Psychology. New York: Basic Books.
- Corballis, M.C., Lea, S.E.G.* (1999): The decent of mind. Psychological perspectives on hominid evolution. Oxford: Oxford University Press.
- Cremerius, J.*, Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: *Ehebold, U., Eickhoff, F.W.* (1981): Jahrbuch der Psychoanalyse 6. Bern: Huber. 128-158.
- Dauk, E.* (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Derrida, J.* (1967): L'écriture et la différence. Paris: Gallimard; dtsh. (1972): Die Schrift und die Differenz. Frankfurt: Suhrkamp.
- Derrida, J.* (1986): Positionen. Graz: Böhlau.
- Dobson, K.S., Craig, K.D.* (1998): Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Doubrawa, E., Staemmler, F.* (1999): Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie. Wuppertal: Peter Hammer.
- Ebert, W.* (2001): Systemtheorien in der Supervision: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich.
- Edelman, G.* (1987): Unser Gehirn – ein dynamisches System. München: Piper.
- Egger, J.W.* (2003): Integrative Verhaltenstherapie als moderne psychologische Psychotherapie. In: *Leitner* (2003) 105-183.
- Engel, G.L.* (1977): The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-136.
- Engel, G.L.* (1997): From biomedical to biopsychosocial. *Psychotherapy Psychosom.* 66, 57-62.
- Erkwo, R.* (2003): Möglichkeiten des Neuroimaging in psychotherapeutischen Ansätzen. In: *Schiepek* (2003) 146-156.
- Eschenröder, C.T.* (1999): Goethe und die Psychotherapie. Tübingen: dgvt.
- Ferenczi, S.* (1927/28): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. Bausteine III. 380-398.
- Fiedler, P.A.* (1980): Wider die Methodenintegration. Argumente für eine problemorientierte Psychotherapie. In: *Schnelz, W., Hautzinger, M.* (1980): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Kongreßbericht. Bd. 1. Tübingen: dgvt, GwG.
- Fiedler, P.* (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Filipp, S.-H., Staudinger, U.M.* (2005): Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Lebensalters. Enzyklopädie der Psychologie. Bd. 6. Göttingen: Hogrefe.
- Flammer, A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foucault, M.* (1978): Die Subversion des Wissens. Frankfurt: Ullstein.

- Foucault, M.* (1986a): Sexualität und Wahrheit. Bd. I. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M.* (1986b): Der Gebrauch der Lüste. Bd. II. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M.* (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983. Berlin: Merve Verlag.
- Foucault, M.* (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt. Hrsg. von *P. Mazumdar*. München: Diederichs.
- Freeman, W.J.* (1995): Societies of Brains. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fuchs, T.* (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M.* (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gaines, J.* (1979): Fritz Perls – Here and now. Millbrae: Celestial Arts.
- Garfield, S.L.* (1973): Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *J. Consult. & Clinical Psychol.* 41, 9-12.
- Gibson, J.J.* (1979): Senses considered as perceptual systems. Boston: Houghton Mifflin.
- Gilbert, P., Andrews, B.* (1998): Shame. Interpersonal behavior, psychopathology, and culture. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., Bailey, K.G.* (1999): Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Glansdorff, P., Prigogine, I.* (1971): Structure, Stabilité et Fluctuations. Paris: Masson.
- Glantz, K., Pearce, J.* (1989): Exiles from Eden. Psychotherapy from an evolutionary Perspective. New York: Norton.
- Goldstein, K.* (1934): Der Aufbau des Organismus. Den Haag: Nijhoff; engl. (1939): The organism. New York: American Book.
- Grave, K.* (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grave, K.* (2003): Geleitwort, in: *Schiepek* (2003) S. V.
- Grave, K.* (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen/Bern/Toronto: Hogrefe Verlag.
- Green, B.* (2004). Der Stoff aus dem der Kosmos ist. München: Siedler.
- Habermas, J.* (1980): Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: *Apel, K.O., Bormann, C., Bubner, R., Gadamer, H.G., Giegel, H.J., Habermas, J.* (1980): Hermeneutik und Ideologiekritik, Frankfurt: Suhrkamp. 2te Aufl. 120-149.
- Hartmann-Kottke, L.* (2004): Gestalttherapie. Berlin: Springer.
- Heft, H.* (2001): Ecological Psychology in Context. Mahwah, NJ, London: Lawrence Erlbaum.
- Janet, P.* (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.
- Janet, P.* (1919): Les médications psychologiques. 3 Bde. Paris: Alcan.

- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): Convoys over the life-course: Attachments, roles and social support. In: Baltes, P.B., Brim, O. (Hrsg.): Life-span development and behavior. New York: Academic Press. Vol. 3. 253-286.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior. Cambridge MC.: MIT-Press.
- Krämer, H. (1995): Integrative Ethik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Zürich: *Punktum. SBAP*.
- Krohn, W., Köppers, G. (1992) (Hrsg.): Emergenz. Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag.
- Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamik in der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität Krems.
- Lévi-Strauss, C. (1958/1972): Strukturele Anthropologie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lewis, M.D., Granic, I. (2000): Emotion, Development, and Self-Organisation. Dynamic Systems Approaches to Emotional Development. Cambridge: Cambridge University Press.
- Libet, B., Freeman, A., Sutherland, K. (2000): The Volitional Brain. Towards a Neuroscience of Free Will. Exeter: Imprint Academic.
- Luhmann, N. (1968): Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen. Tübingen: Mohr.
- Luhmann, N. (1992): Beobachtungen der Moderne. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lurija, A.R. (1933): The nature of human conflicts. New York: Liveright.
- Lurija, A.J. (1963): Höhere Rindenfunktionen. Moskau: Verlag der Moskauer Universität (russ.).
- Lurija, A.R. (1966): Human Brain and Psychological Processes. New York.
- Lurija, A.R. (1973): The working brain. Harmondsworth: Penguin.
- Lurija, A.R. (1978): Zur Stellung der Psychologie unter den Sozial- und Biowissenschaften. *Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge* 31 (1978) 640-647.
- Lutz, W., Grave, K. (2001): Was ist Evidenz Evidence Based Psychotherapy? In: *Integrative Therapie* 1/2, Jahrgang 27 (2001) 11-28.
- Lyotard, J.-F. (1986): Das postmoderne Wissen. Ein Bericht, Bremen 1982. Graz-Wien: Passagen Verlag. 2. Aufl.
- Mace, C., Moorey, S., Roberts, B. (2000): Evidence in the Psychological Therapies. London: Brunner-Routledge.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (1999) (eds.): Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective. Seattle u.a.: Hogrefe.
- Müller, L. (2007): Engagiert für alte Menschen – Hilarion G. Petzold und die Gerontotherapie. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – Jg. 2007.

- Mysterud, I.* (2003): Mennesket og moderne evolutionsteori. Oslo: Gyldendak Akademisk.
- Nagler, N.* (2003): Sandor Ferenczi – Erträge internationaler Forschung. Sonderheft *Integrative Therapie* 3/4.
- Perkonig, A., Wittchen, H.-U.* (1999): Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: *Maercker et al.* (1999) 113-133.
- Perls, F.S.* (1942): Ego, hunger and aggression: Durban; 2. Aufl. Allen & Unwin, London 1947; Random House, New York 1969. Dtsch. (1978): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart: Klett.
- Perls, F.S.* (1948): Therapy and technique of personality integration, *American J. of Psychotherapy* 4 (1948) 565-586. Dtsch. in: *Perls* (1980) 27-50.
- Perls, F.S.* (1959): Gestalttherapie und Kybernetik. In: *Integrative Therapie* 1 (1975) 24-32 und (ohne Anmerkungen) in *Perls* (1980) 119-128.
- Perls, F.S.* (1969): Gestalt Therapy Verbatim. Lafayette: Real People Press.
- Perls, F.S.* (1973): The Gestalt approach, eye witness to therapy. Ben Lomond: Science and Behaviour Books. Dtsch. (1976): Grundlagen der Gestalttherapie. München: Pfeiffer. 1986.
- Perls, F.S.* (1976): Grundlagen der Gestalttherapie. München: Pfeiffer. 1986.
- Perls, F.S.* (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. 1987.
- Pohlen, M.* (2006): Freuds Analyse: Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums. Reinbek: Rowohlt.
- Portele, H.* (1985): Gestalttheorie, Theorie der Autopoiese und Gestalttherapie. *Gestalt Theory* 7 (1985) 245-258.
- Portele, H.* (1987): Gestalt-Theorie, Gestalt-Therapie und Theorien der Selbstorganisation. *Gestalttherapie* 1 (1987) 25-29.
- Portele, H.* (1989): Autonomie, Macht, Liebe. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Ratey, J.J.* (2001): Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung. Düsseldorf: Walter.
- Reil, J.Ch.* (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle.
- Ricœur, P.* (1990): Soi-même comme un autre. Paris: Gallimard. Dtsch. (1996): München: Fink.
- Riedl, M.* (2006): Integratives Pflegekonzept. 3. Bd. Norderstedt: Book on Demand.
- Rosenzweig, S.* (1936): Some implicate common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 6, 412-415.
- Russel, B.* (1964): Probleme der Philosophie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Saup, W.* (1992): Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schandry, R.* (2003): Biologische Psychologie. Weinheim: Beltz Verlage.

- Scharfetter, Ch.* (1982): Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. In: *Helmchen, H.* (1982): Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York.
- Schiepek, G.* (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie: Theorie – Praxis – Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G.* (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schiepek, G., Kowalik, Z.J.* (2003): Societies of brains: nichtlineare Ordnungsübergänge in der psychotherapeutischen Interaktion. In: *Schiepek, G.* (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 365-377.
- Schubert, C., Schiepek, G.* (2003): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie: psychosozial induzierte Veränderungen der dynamischen Komplexität von Immunprozessen. In: *Schiepek, G.* (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer. 485-508.
- Schuch, W.* (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie 2* (2000) 145-202.
- Schuch, H.W.* (2003): Geschichte und Psychotherapie. In: *Leitner, A.* (2003) (Hrsg.): Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Wien: Verlag Krammer. 13-56.
- Seegerstråle, U., Molnár, P.* (1997): Nonverbal Communication. Where Nature meets Culture. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sennett, R.* (1997): Der flexible Mensch. Berlin: Berlin Verlag.
- Sieper, J.* (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung. *Volkshochschule im Westen 4* (1971).
- Sieper, J.* (2001): Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama und Transfertraining, Streßphysiologie. *Integrative Therapie 1*, 105-145.
- Simonov, P.V.* (1991): Uktomskij and the nature of the human ego. *Journal of Russian and East European Psychology 6*, 6-12.
- Singer, W.* (2003): Ein neues Menschenbild. Frankfurt: Suhrkamp.
- Spitzer, M.* (2002): Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Sreckovic, M.* (1999): Geschichte und Entwicklung der Gestalttherapie. In: *Fuhr et al.* (1999) 15-178.
- Stamenov, M.I., Gallese, V.* (2002) (eds.): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. Amsterdam, the Netherlands: John Benjamins Publishing Co.
- Steffan, A.* (2002): Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin: Logos.
- Stevens, A., Price, J.* (2000<sup>2</sup>): Evolutionary Psychiatry. A new beginning. London: Routledge.

- Strasser, S.* (1978): Buber und Levinas. Philosophische Beziehung auf einem Gegensatz. *Revue Internationale de Philosophie* 32, 512-525.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stevenson, G.M.* (2003): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Heidelberg: Springer. 3. Aufl.
- Strümpfel, U.* (2004a): Forschungsstand der Gestalttherapie. In: *Hartmann-Kottek, L.* (2004): Gestalttherapie. Heidelberg/Berlin: Springer Verlag. 325-366.
- Strümpfel, U.* (2004b): Arbeit mit Gefühlen in der prozess-erlebens-orientierten Therapie nach Greenberg, Rice & Elliott. Stand von Theorie, Praxis und Forschung. In: *Integrative Therapie* 4, 363-375.
- Thelen, E., Smith, L.B.* (1994): A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge MA: Bradford Books.
- Thom, R.* (1973): Stabilité structurelle et morphogénèse. Paris: InterEditions. 1977.
- Ukhtomsky A.A.* (1950): Dominanta als Faktoren des Verhaltens. Gesammelte Werke. Leningrad (russ.) Vol.1, pp. 293-315.
- Ukhtomsky, A.A.* (1978): Izbrannye Trudy. Moscow: Nauka.
- Vallacher, R.R., Novak, A.* (1997): The emergence of a dynamical social psychology. *Psychological Inquiry* 2, 73-99.
- Vocate, D.R.* (1987): The Theory of A. R. Lurija. Functions of Spoken Language in the Development of Higher Mental Processes. Hillsdale.
- Walter, H.-J.* (1977): Gestalttheorie und Psychotherapie. Diss. TH Darmstadt. 1. Aufl. Steinkopff, Darmstadt 1978. 2. erw. Aufl. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 1985.
- Welsch, W.* (1996): Vernunft. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Zundel, R.* (1987): Hilarion Petzold – Integrative Therapie. In: *Zundel, E., Zundel, R.* (1987): Leitfiguren der Psychotherapie. München: Kösel. 191-214.