

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1998

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

***Petzold H.G., Gröbelbaur G., Gschwend I. (1998):
Patienten als "Partner" oder als "Widersacher"
und "Fälle". Über die Beziehung zwischen
Patienten und Psychotherapeuten - kritische
Gedanken und Anmerkungen ****

Erschienen in: *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in:
Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin*
(Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).

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 biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) .

Eine Sendung des Österreichischen Rundfunks

Forum Radio Steiermark, Dezember 1997,

Leitung: Gudrun Gröbelbauer (GG), Ilse Gschwend (IG),

Hilarion Petzold (HP), 2 Patientinnen (P1, P2);

Das Transkript wurde sprachlich leicht bearbeitet und bei den Themenaussagen von HP mit einigen Ergänzungen sowie mit kritisch dokumentierenden und vertiefenden Anmerkungen versehen. Die namentlich gekennzeichneten Interviewteile sind als die persönlichen Standpunkte der Interviewten zu sehen und nicht als Konsensaussage zu betrachten.

HP: Zu den grossen Mythen und Fehlmeinungen in der Psychotherapie gehört die in vielen ihrer Theorien und mehr noch in ihren Praxisformen zum Ausdruck kommende Auffassung vom unmündigen, hilflosen, unwilligen, widerständigen Patienten, der sich wie ein schwieriges Kind¹, nicht aber wie ein reflexionsfähiger Erwachsener verhält – und das, obwohl dieselben Theorieformen einen einsichtszentrierten Ansatz vertreten und Kooperation in einem vernunftgeleiteten »Arbeitsbündnis« voraussetzen. Aber nein, Patienten sind schwierig, der Widerstand ist allgegenwärtig. Sie werden oft genug als Widersacher ihrer eigenen Therapie und Gesundung gesehen.

Wenn ich als Supervisor oder Kontrollanalytiker² von meinen Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten solche »Fälle« präsentiert bekomme, beschleicht mich immer wieder ein unangenehmes Gefühl. Da wird jemand »zum Fall gemacht«. Wenn man dann etwas näher in die Lebensgeschichte und in die Problemgeschichte dieses Menschen – einer Patientin oder eines Patienten – hineinsteigt, sieht man, dass es eigentlich um ganz »normale« Menschen geht, die in schwierigen Lebenssituationen stehen. Sie haben zwar einerseits eine Symptomatik, besitzen andererseits aber sehr viel Feingefühligkeit, sehr viel kritisches Urteilsvermögen. Daher sind sie sehr wohl in der Lage, ihre Lebenssituation zu betrachten und auch in die Hand zu nehmen. Es sind also keineswegs »nur Fälle«. Das hat für mich zur Folge gehabt, dass ich meine AusbildungskandidatInnen angehalten habe, von prinzipiell reflexionsfähigen und kooperationsbereiten Menschen in »Prozessen« oder »Lebenssituationen« zu sprechen, um der Verdinglichung und den Negativattributionen, die oft in einem klinischen Kontext geschehen und nicht selten zu einer »selbsterfüllenden Prophezeiung« werden, entgegenzuwirken, damit sie nicht die Phänomene selbst hervorbringen, welche dann den Patienten zugeschrieben und vorgeworfen werden.

GG: Guten Abend verehrte Hörerinnen und Hörer, in dieser Sendung, in der sie Gudrun Grobelbauer begrüsst, beschäftigen wir uns mit der Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten. Denn immer mehr Menschen suchen Hilfe bei einer psychotherapeutischen Behandlung. Sie lassen sich damit auf einen komplexen Prozess ein, für dessen Gelingen die Beziehung zwischen Patient und Therapeut grosse Bedeutung hat. Der Psychotherapeut Prof. Hilarion Petzold, wissenschaftlicher Leiter der »Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit« in der Trägerschaft des »Fritz Perls Instituts³« in Düsseldorf, meint dazu:

HP: Quer durch die verschiedenen Ansätze der Psychotherapie sagt man, dass die therapeutische Beziehung das wesentlichste Moment des Heilungsprozesses sei. Die Psychotherapieforschung scheint das auch zu bestätigen. Wenn man sich die Beziehungskonzepte der einzelnen Schulen ansieht, kommt man allerdings ins Wundern. Sie sind sehr verschieden, z. B. soll der Patient im Psychodrama agieren, aktiv sein und in der

Psychoanalyse soll er auf der Couch liegen, assoziieren und reden. Jede Schule hat ihre eigene Gestaltung von therapeutischer Beziehung⁴. In der einen sind die Therapeuten abstinent, d. h. zurückgenommen, enthaltsam. In der anderen versuchen sie besonders authentisch zu sein, wie z. B. die Gestalttherapeuten, die ihre Persönlichkeit »authentisch« präsentieren wollen. Die Verschiedenheit hat mir die Frage aufkommen lassen: »Was ist das eigentlich, die therapeutische Beziehung?«.

In der Feinstruktur gesehen, lässt sie sich eigentlich nicht gut definieren. In der Auseinandersetzung mit dieser Frage kam ich dazu, das »Therapeutische« an der therapeutischen Beziehung prinzipiell in Frage zu stellen.

Eigentlich ist therapeutische Beziehung eine gute zwischenmenschliche Beziehung⁵.

Da sie in einem klinischen Kontext stattfindet, kann man dann sagen, sie sei »therapeutisch«, oder weil sie bestimmte therapeutische Techniken verwendet. Aber das eigentlich Heilsame ist darin nicht zu sehen, sondern darin, dass sie das an Mitschwingen herstellt, an Verständnis, an Zuhörenkönnen, an Offenheit, an Wärme, an Erkennen und Wertschätzen, was in den sozialen Netzwerken dieser Menschen nicht vorhanden war oder nicht vorhanden ist: Nähe mit der rechten Distanz.

GG: Zur therapeutischen Distanz erklärt Prof. Petzold:

HP: Distanz ist eine Beziehungsmöglichkeit, die, wie in jedem alltäglichen Kontakt, wichtig ist und richtig sein kann. Nähe ist eine andere Möglichkeit, und Nähe kann gut sein, kann aber auch falsch sein. Das heisst, die Massstäbe, die wir in einem »guten Miteinander« im Alltag haben, gelten uneingeschränkt auch für die therapeutische Beziehung, und Kunstformen – wie z. B. eine zurückgenommene Abstinenz⁶ der klassischen Psychoanalyse – halte ich aus folgendem Grunde für problematisch: Wir wissen, dass gutes Lernen aufgrund von »Feedback«, »Lernen am Modell«, »Handlungstraining« und durch »positive Bekräftigung« erfolgt⁷. Wenn ich mich also sehr neutral und zurückgenommen, wie Freud sagte: »undurchsichtig wie ein Spiegel«⁸, verhalte, dann können diese positiven Lernmechanismen, die durch die Forschung gut bestätigt sind, eigentlich nicht greifen. Es kommt noch etwas hinzu: Freud sagte, dass die Behandlung, die Kur, in der »Abstinenz« und sogar in der »Entbehnung« stattfinden sollte, und dass man den Patienten nicht vorschnell von seinem Leid und seiner Symptomatik entlasten sollte. Der »Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch ... die Triebkraft selbst muss bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben; jede Besserung ruft eine Verringerung derselben hervor« - so Freud⁹. Das ist eine sehr schwerwiegende Aussage! Sie ist durch keinerlei Forschung belegt¹⁰.

Diesbezügliche Forschungsvorhaben kämen auch durch kein forschungsethisches Komitee. Man stelle sich vor, Menschen leiden, und wir sollen die Kur in der Entbehnung durchführen, auch wenn wir die Möglichkeiten hätten, die Patienten schnell und so gut es geht zu entlasten. Das sind Setzungen, an die man heute viele Fragezeichen machen muss. Wenn man diese Setzungen unkritisch übernimmt, entsteht ein »kollektives Milgram-Experiment«¹¹, ein Experiment, bei dem man etwas mit Menschen macht, weil der grosse Therapiebegründer oder die grossen Lehrer der Therapie etwas vorgeschrieben haben. Ich überprüfe das nicht durch Forschung, und ich überprüfe es auch nicht mit meinem Alltagsempfinden, mit meinem Empfinden für richtig und falsch, für Angemessenheit und menschliche Stimmigkeit, sondern ich folge blind.

Wir wissen ziemlich gut, wie Freud gearbeitet hat: keineswegs abstinent! Cremerius¹², ein bekannter deutscher Psychoanalytiker, hat die Behandlungspraxis von Freud rekonstruiert, indem er die Fallgeschichten und die Berichte von Patienten über ihre Analyse bei Freud durchgeschaut

hat. So wurde herausgefunden, dass Freud in Analysen sehr gesprächig war, dass er mit Leuten gegessen oder einmal verführerisch einen »Goldregenweig« verschenkt hat usw.. Freuds Praxis stimmt nicht mit seinen Behandlungsregeln überein. Glücklicherweise stimmt auch die Praxis vieler Psychoanalytiker mit ihrer Theorie nicht überein.

Wir haben hier offenbar eine grosse Kluft zwischen Theorie und Handeln. Ich denke, man müsste die Patienten viel mehr darüber befragen und dazu einladen mitzuteilen, was sie möchten, was sie für gut halten, was für sie wichtig ist. Sie sind eben keineswegs wie Freud es formulierte »nicht Vollwertige«, »nicht in der Lage, sich ein verlässliches Urteil über diese Punkte zu bilden«.13

GG: Die Grazer Psychotherapeutin Ilse Gschwend meint zu der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten:

IG: Es gibt mehrere Zugänge, die Beziehung zu beschreiben: Wenn ich es von seiten der Klienten beschreibe, habe ich den Eindruck, dass es oft eine sehr »ehrfürchtige« Zugangsweise zu den Psychotherapeuten gibt, dass es ein Denken gibt, man könne auch ein wenig die Seele dort abgeben und sie reparieren lassen. Ich glaube, dass dies auch von seiten der Psychotherapeuten, von der Geschichte und der Entwicklung der Psychotherapie her bedingt ist. Der Psychotherapeut ist und war sozusagen »Experte« für das Seelenleben anderer Personen. Er hat eine Diagnose und weiss, wohin sich die Patienten entwickeln sollen. Es kann sein, dass dies manchmal zu einem Oben-Unten-Gefälle führt. Die Entwicklung der Psychotherapie ist aus meiner Sicht mittlerweile so weit gediehen, dass wir es sehr anstreben, dass eigentlich zwei Experten einander begegnen. Der eine ist der Klient, der »Experte« für sein Leben ist, und der andere ist der Psychotherapeut, der »Experte« ist dafür, wie man Leute in Leidenssituationen begleiten und sie möglicherweise herausführen kann. Dabei wird es zwischen Patient und Psychotherapeut immer partnerschaftlicher¹⁴.

HP: Es ist so, dass ein grosser Teil der Psychotherapie von Konzepten bestimmt ist, die vor 50, 80 oder 90 Jahren gemacht wurden. Freud, dieser grosse Pionier, stand in seinem Zeitgeist. Er hat überdauernde Erkenntnisse hervorgebracht und auch Irrtümer. Es liegt an uns, dass es keine »überdauernden Irrtümer« bleiben. Man muss Freud in seinen Irrtümern und Fehlmeinungen kritisieren - er hätte dies gewollt -, wenn man ihn an seinen wissenschaftlichen Leistungen wertschätzt und achtet, sonst betreibt man Heiligenverehrung.

Leider werden so manche Irrtümer aufgrund solcher unkritischer Hagiologie in Strömungen der Psychoanalyse fortgeschrieben, aber es gibt natürlich auch sehr viele wichtige Revisionen, keine Frage. Indes, gerade im Hinblick auf die »therapeutische Beziehung« muss vieles grundsätzlich neu überdacht werden, wobei es vor allen Dingen unverzichtbar wird, die Patienten selber zu befragen, was sie für sich als gut und richtig betrachten.

Ich habe in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz die Initiativen und Prozesse erlebt, die zu Psychotherapiegesetzen geführt haben oder dabei sind, zu Psychotherapiegesetzen zu führen. In Untersuchungen, Expertengesprächen, Hearings wurden Therapeuten, Kostenträger, Verbände befragt, aber man hat keine grossen repräsentativen Untersuchungen dazu gemacht, was die Patienten meinen: z. B. welche Therapieverfahren sie haben wollen - und sie sind ja erfahren mit ihren Therapien - oder ob sie es für sinnvoll halten, zu Therapien zuzuzahlen oder nicht. Das war eine grosse Debatte in Deutschland.

Ausgerechnet bei der Psychotherapie, in der es um die seelische und geistige Gesundheit der Bevölkerung geht - das höchste Gut eines Volkes - kommen Politiker und standespolitische Vertreter auf die Idee, dass Patienten zuzahlen sollen!¹⁵ Da kommt die Frage nach sozialer Partnerschaft, nach der Achtung vor den Patienten und Patientinnen und nach der Bewertung von

seelischen Erkrankungen auf. Welche Unterschiede werden hier zwischen der Blinddarmentzündung und der schweren Depression gemacht? Die seelische Erkrankung ist offenbar immer noch ein Stigma: Die Kranken werden als Menschen betrachtet, die eigentlich unwillig und unfähig sind. Sie werden als Simulanten oder als wahnsinnig betrachtet. Im Mittelalter sah man sie als Dämonenbesesse, im Nationalsozialismus hat man viele als »lebensunwertes Leben« sogar vernichtet. Heute behandelt man sie offenbar als eine Kategorie von »Kranken zweiter Klasse«. Das zeigt sich in so mancher Hinsicht.

Wenn ich in eine Klinik muss und eine Operation vor mir habe, kommt der Chirurg oder der Anästhesist, um mich über die »Risiken und Gefahren« der Operation aufzuklären und mein Einverständnis einzuholen. Wenn ich zu einem Internisten gehe und dieser verschreibt mir ein Medikament, dann sagt er: »Das Medikament wirkt so und so und lesen Sie auch noch den ‚Waschzettel‘«. Damit klärt er mich über »Risiken und Nebenwirkungen« der Behandlung auf. Das ist rechtlich vorgeschriebener Standard.

Wenn ein Patient in eine Psychotherapie geht, bekommt er in den wenigsten Fällen gesagt, wie diese Psychotherapie funktioniert. Das ist zwar nicht einfach zu erklären, aber möglich. Offenbar ist solche Information (noch) nicht Standard, wenngleich die Informationspflicht auch hier rechtlich zwingend ist. Oft wird nichts zu Risiken und Nebenwirkungen gesagt, und die sind so erheblich, dass schon Freud sich genötigt sah, für die Psychoanalyse »die Aufmerksamkeit der Welt auf die Gefährlichkeit dieser therapeutischen Methode zu lenken. Der Therapeut weiss, dass er so mit den explosivsten Kräften arbeitet ...«¹⁶.

Es sind überdies gar nicht alle Psychotherapien generell hilfreich. Das ist auch für die »Richtlinienverfahren«, d. h. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, zu sagen. Es gibt nach wie vor Geschlechtsterrorurteile, und es kommt durchaus auch zu Krisen in der Psychotherapie und durch Psychotherapie ja sie werden von ihr teilweise provoziert. Das sind Krisen, die dann vielleicht oder meistens (hoffentlich) überwunden werden und zu einer Besserung führen, aber keineswegs immer.

Deshalb sollten Patienten wissen, dass eine längerfristige Psychotherapie oder eine intensive Psychotherapie kein Spaziergang ist. Das geht in die Persönlichkeit, und manche Therapieformen – z. B. die klassische Psychoanalyse – haben ja den expliziten Anspruch der »Ichveränderung«. Sie wollen »tiefgehende Veränderungen der Person herbeiführen« (Freud), die »Persönlichkeitsstruktur«, das »Selbstbild«, die »Identität« verändern.

Strukturveränderungen der Persönlichkeit, nicht etwa nur Veränderungen von Verhaltensweisen und Einstellungen, sind unter grundrechtlicher Perspektive ein höchst problematischer Anspruch - zumal ohne umfangreiche Patienteninformation und »informed consent«. Dieser Anspruch ist meines Erachtens durch das deutsche Grundgesetz nicht abgedeckt. In den Debatten um das Psychotherapiegesetz wurde diese Frage nicht einmal thematisiert.

Eine die Struktur der Persönlichkeit verändernde Therapie greift in den Schutzbereich der Persönlichkeit ein. Es werden damit grundsätzliche Persönlichkeitsrechte von Menschen berührt, die kognitiv kompetent, also keineswegs entmündigt sind, und die ihren Bürgerpflichten voll und ganz nachkommen können. Therapie mit persönlichkeitsverändernder Absicht birgt allein dadurch schon Risiken. Darüber muss man Patienten sorgfältig aufklären, mit ihnen über die Tragweite eines solchen Eingriffes reden, ihr explizites Einverständnis einholen!

Freud zieht immer wieder in seinen Schriften die doch massive Parallele zum »chirurgischen Eingriff« und zu seiner Gefährlichkeit. Hat man je auf breiterer Basis Negative Resultate, die misslungenen Psychoanalysen und Psychotherapien untersucht? Nein, bislang nicht!

GG: Es gibt Psychotherapien, die bei unqualifizierter Anwendung erhöhte Risiken bergen.

HP: Intensive Psychotherapien bergen immer ein gewisses Risiko, besonders, wenn sie mit absichtlich induzierten Abhängigkeiten¹⁷, z. B. mit »Übertragungsneurosen« arbeiten. »Ist es nicht beachtenswert, dass es uns gelingt, eine Neurose mit beliebigem Inhalt in einen Zustand von krankhafter Verliebtheit zu verwandeln?«, fragt Freud und fährt fort: »es gibt viele Fälle, in denen man der entfesselten Übertragung nicht Herr wird und die Analyse abbrechen muss«¹⁸.

Aber es geht nicht nur um Psychoanalyse. Das sei hier betont! In der Schweiz hat es gerade einen Prozess gegeben, wo zwei körperorientiert arbeitende Psychotherapeuten in einer Gruppentherapie mit einem Mann »gearbeitet« haben, der dann in einer »therapeutischen Übung«, wo er niedergehalten wurde, schrie: »Geht weg!«. Die Therapeuten haben das interpretiert, als ob es dem imaginären Vater gelte und weiter auf ihn niedergedrückt. Er ist dann an einem Herz-Kreislauf-Kollaps gestorben. Das ist vor Gericht gegangen, und die Therapeuten sind vom Bezirksgericht Brugg 1997 verurteilt worden.

Wir sehen hier ein Setting, in dem ziemlich massiv und invasiv, zugreifend und zupackend mit Formen körperorientierter »regressiver« Arbeit vorgegangen wird - mit einem Gruppensetting, in der die Macht der Therapeuten sehr stark ist, und das ist sicher risikoreich.

Nicht minder machtvoll und risikoreich kann es sein, wenn man - wie in der Psychoanalyse - über lange Jahre in der Geschlossenheit des psychotherapeutischen Raumes an den Analytiker ausgeliefert ist, an seinen »grossen ‚suggestiven‘ Einfluss«, der wie Freud sagt, die »stärkste dynamische Waffe«¹⁹ des Analytikers ist. In der Geschlossenheit des Praxisraumes, in der sogenannten »Einzeltherapie« – eigentlich ist es ja eine »dyadische Therapie«, denn es sind ja zwei beteiligt – wird die ganze Innenwelt nur einem Menschen, dem Analytiker, dargestellt und das unter dem Gebot, dieses ganze Geschehen auch im »therapeutischen Raum« zu halten. Verlangt wird: »Auch in Deiner Ehe, Deiner Partnerschaft darf nicht über das, was im therapeutischen Raum, in dieser Hermetik, in dieser Abgeschlossenheit geschieht, gesprochen werden« .

Das, was im therapeutischen Raum geschieht, sollte aber mit den nahen Menschen des sozialen Netzwerkes, mit denen ich tagtäglich lebe, die auch durch meine eigene innere Veränderung mitbetroffen werden oder werden könnten, besprechbar sein, so dass man ihre Kooperation erhält. Dann muss man nicht vor ihnen, wie Freud dies tut, als Gefahr warnen: »Am dringendsten möchte ich davor warnen, um die Zustimmung und Unterstützung von Eltern und Angehörigen zu werben ...«²⁰.

Dieser Transfer in das Alltagsgespräch der Partnerschaft, der Familie oder der engeren Freunde sollte hier vor dem Hintergrund der Familien- und Netzwerkforschung in der Psychotherapie geradezu gefördert werden. Wir sind in der Therapie nicht in einer Tabuzone, einem Geheimnisraum und nicht in der Enge des Beichtstuhls²¹. Von Therapeuten muss Verschwiegenheit und »Abstinenz« gefordert werden, nicht aber von Patienten, gar ihren Angehörigen gegenüber.

Dabei sollte die therapeutische »Abstinenz« auch nichts mit religiösen Abstinenzgeboten²² zu tun haben, der Verpflichtung zur Nüchternheit, sacerdotaler Enthaltensamkeit, dem Keuschheitsgelübde, dem Gelübde des Verzichts auf eigen-mächtiges Handeln, also die Verpflichtung zum Gehorsam. Es geht vielmehr um die Integrität des Gegenübers und um die Verpflichtung, aktiv Sorge zu tragen.

Der aus der kirchlichen Seelsorgetradition stammende, in die Psychotherapie als »säkularer Seelsorge« (Freud) vom Begründer der Psychoanalyse eingeführte »Abstinenzbegriff« ist zur Begründung einer therapeutischen Ethik wenig geeignet, denn er ist undialogisch und hat keinen Bezug zu den sorgfältig ausgearbeiteten Ethiktheorien der Philosophie. Als eingleisige Vorschrift

therapeutischen Handelns schliesst die analytische Abstinenz den Patienten aus einem partnerschaftlichen Diskurs aus, indem sie ihm die Ebene diskursiver Partnerschaft verweigert oder verunmöglicht.

Es kann überdies durch zurückweisende Abstinenz ein Mensch, der mir gegenüber sitzt und etwas sehr Berührendes zeigt, verletzt werden, wenn ich mich nicht öffne und ich ihm nicht die angemessene Resonanz gebe, sondern ihn mit der Kälte des Klinikchirurgen behandle, wie Freud das dem Analytiker geraten hat, wenn er dem Arzt in der Kur empfiehlt, sogar »sein menschliches Mitleid beiseite zu drängen«, alle Kräfte zu bündeln, um mit »Gefühlskälte«, wie der Chirurg die Operation, dann in höchster Konzentration ausführen zu können. Das sei für »die Schonung des eigenen Affektlebens« des Therapeuten und auch für den Patienten das Beste²³. Sind hier die Patientinnen und Patienten je befragt worden? Solche Ratschläge entstammen eher einem Allmachtsdenken von »Göttern in Weiss« als einer verstehenden oder gar dialogischen Psychotherapie, in der ein »Arbeitsbündnis«²⁴, die Partnerschaft, Basis der Therapie ist. Eine solche Regel darf man in dieser Einseitigkeit sicher nicht aufstellen. Man hätte sie schon lange offiziell revidieren müssen.

Ein Therapeut muss sich in einer sehr flexiblen Weise zwischen Nähe und Distanz bewegen können und aus einer Extensivität und Klarheit handeln- und das erfordert zuweilen durchaus Zurückgenommenheit, immer aber eine integere, nicht manipulative Haltung, um mit dem Patienten, der Patientin auszuhandeln, was für ihn oder sie in der Situation stimmig ist. Insofern sehe ich also das, was mitunter in den m.E. nicht sehr brauchbaren Abstinenzbegriff – Integritätssicherung ist nicht schöner, aber besser – gefasst ist, als ethische Kategorie für wichtig an. Abstinenz als exklusiven interventionspraktischen Stil finde ich aber problematisch.

Die ethische Kategorie der Integrität²⁵ bedeutet natürlich auch, dass der Therapeut sich zurücknehmen muss und auch seine Bedürfnisse nicht mit oder über den Patienten befriedigen darf, sei es durch Neugierde, sei es durch Übergriffigkeit, sei es im Durchsetzen seiner Therapieideologien²⁶. Es geht nicht nur um die Übergriffigkeit, die brachial geschehen kann, sondern es kommt ja auch zu einer Übergriffigkeit, wenn ich Menschen auf meine Sicht der Welt, Patienten auf meine Therapieideologie verpflichte und ihnen ohne die Möglichkeit eines ideologischen Diskurses, sozusagen eine »Dogmatik verpasse«, der sie folgen müssen und die eines erwachsenen Menschen unwürdig wird - z.B. Freuds Forderung, dass man den Patienten dazu »verpflichtet, während der Dauer der Kur keine lebenswichtigen Entscheidungen zu treffen, etwa keinen Beruf, kein definitives Liebesobjekt zu wählen«²⁷.

Auch die »psychoanalytische Grundregel«, »dass man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt«²⁸, deren Annahme ohne Begründung verlangt wird²⁹ und die ein einseitiges Versprechen »voller Aufrichtigkeit« fordert, so dass es keinen Raum persönlicher Geheimnisse mehr geben darf, ist menschlich, klinisch und rechtlich höchst problematisch.

Freuds Argumentation, »Die psychoanalytische Behandlung muss sich über alle Rücksichten hinaussetzen, weil die Neurose und ihre Widerstände rücksichtslos sind«³⁰, ist hier keineswegs überzeugend. Sie erscheint mir höchst gefährlich, zumal sie für gewisse Tendenzen mancher Psychotherapien und Psychotherapeuten typisch zu sein scheint, unbedingte Kontrollmacht über die Patienten zu gewinnen und auszuüben. Partnerschaft geht so nicht.

Deshalb gehört für mich die kritische Reflexion des therapeutischen Ansatzes, den man praktiziert, und das Gespräch über seine Prämissen in die initiale Information und in die therapeutische Beziehung hinein. Der Patient soll und muss darüber nachdenken dürfen, er muss sogar kritisch darüber nachdenken, was diese Form von Therapie mit ihm macht und wie die Beziehung zwischen ihm und seinem Therapeuten durch diese Form von Therapie gestaltet wird (was z. B.

die Konzeption des Unbewussten bedeutet usw.), und er darf keineswegs, wie Freud dies forderte, sein kritisches Urteilsvermögen (sich selbst, dem Analytiker und der Analyse gegenüber) beiseite stellen³¹.

GG: Das Österreichische Psychotherapiegesetz verpflichtet den Psychotherapeuten, dem Behandelten oder seinem gesetzlichen Vertreter alle Auskünfte über die Behandlung, insbesondere über Art.32, Umfang und Entgelt zu erteilen. Weiter hat der Psychotherapeut sich in Ausübung seines Berufes auf jene psychotherapeutischen Arbeitsgebiete und Behandlungsmethoden zu beschränken, auf denen er nachweislich ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat.

IG: Ich halte dies für einen ganz wichtigen Punkt: Erstens, weil man in einem Erstgespräch erfahren muss, welchen Zugang hat der Patient/Klient zur Psychotherapie? Was ist seine Erwartung? Was ist sein Ziel? Und das ist eine wichtige Einstellung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin, dazu beizutragen und zu klären, ob sie die richtige ist; weiterhin ob sie in diesem Fall auch glaubt, dass ihre psychotherapeutische Richtung angebracht ist. Es gibt verschiedene Leiden, Schwierigkeiten, die mit Hilfe ganz bestimmter Therapierichtungen weit effizienter begleitet und aufgelöst werden können als durch andere Richtungen. So hat jede Richtung ihre Vor- und Nachteile. Ich halte es zum einen für ethisch notwendig, dies abzuklären und zum anderen für einen Teil unserer Professionalität.

GG: Eine Mutter von drei Kindern, die bei einer Psychotherapeutin Hilfe gesucht hat, sagt über ihre Erfahrungen:

P1 Zweimal war ich bei einer Psychotherapeutin. Das erste Mal in Form einer Familientherapie mit Ehemann und Tochter aus erster Ehe. Das habe ich als recht positiv erlebt, auch mein Mann und meine Tochter. Das zweite Mal war ich alleine dort. Ich war in einer Katastrophenstimmung. Die Kinder wollten ihren Vater nicht mehr sehen. Ich wollte eigentlich einen Rat: Wie soll ich mich verhalten in Bezug auf die Kinder und in Bezug auf meinen Exmann. Die Frage der Psychotherapeutin, die mich am Anfang gleich verwundert hat, war die danach, was ich mir vorstelle, wie sie mir helfen kann. Im Laufe des Gesprächs ist sie sehr intensiv geworden, sehr laut, sehr herrisch, was mich schon sehr verwundert hat. Es sind dann auch Aussprüche gefallen, wie: Ich bin schuld, dass mein Kind gesundheitliche Probleme hat, weil ich mich scheiden lassen habe, weil ich die Beziehung mit meinem Exehemann noch nicht verarbeitet habe.³³ Dazu muss ich sagen, es war fünf Jahre nach der Scheidung, als meine Kinder ihren Vater nicht mehr sehen wollten und mit ihm einen Konflikt ausgetragen haben. Daraufhin wurde das Gespräch für mich sehr unangenehm. Ich fühlte mich sehr in die Enge getrieben und bin recht zornig heimgefahren. Ich war ziemlich aggressiv. Ich habe dann den nächsten Termin, den sie mir gegeben hat, nicht eingehalten, hab mich telefonisch auch nicht abgemeldet. Daraufhin hat sie mich angerufen. Ich habe ihr meine Situation geschildert, habe ihr erzählt, dass ich sehr aggressiv bin und sehr zornig, weil ich das Gefühl habe, mir wurde nicht geholfen, in keinsten Weise, sondern eher im Gegenteil. Ich habe noch eine »auf den Deckel bekommen«, obwohl es mir eh nicht sehr gut gegangen ist. Daraufhin hat sie gelacht und gesagt, dass das auch ihr Ziel gewesen sei, mich zornig zu machen³⁴. Da habe ich nur lachen müssen, denn das war wirklich lächerlich. Ich habe es nicht gebraucht, dass mich jemand zornig macht, sondern ich habe erwartet, dass ich eine Hilfestellung bekomme von einer ausgebildeten Psychotherapeutin, die mir weiterhelfen kann in einer wirklich verzwickten Lebenssituation, in der ich nicht mehr wusste, wie ich mich verhalten soll. Das war eigentlich eher negativ.

GG: Auf die Frage, ob sie von der Therapeutin über die Therapie informiert worden sei, stellt die Patientin fest:

P1: Eigentlich net, überhaupt net. Das hat mich auch sehr verwundert. Ich hatte immer das Gefühl, ich muss ihr sagen, wo oder was ich eigentlich will oder was ich mir vorstelle. Es war alles ziemlich planlos. Ich habe auch nicht gewusst, wie ich mich verhalten soll. Und sie hat mir auch nur einen weiteren Termin gegeben und hat gemeint: Ich muss mit meinem Exehemann eine Mediation abhalten. Das wäre die einzige Möglichkeit, um mir zu helfen, dass ich noch einmal mit ihm streiten und noch einmal mit ihm alles aufarbeiten muss, dass die Kinder das dann auch akzeptieren können und ihren Vater akzeptieren können. Nur das war für mich nicht der ausschlaggebende Punkt, dass ich mit meinem Mann, mit dem ich fünf Jahre nur oberflächlichen Kontakt hatte, wieder von vorn anfangen soll, unsere ganze Ehegeschichte, die ewig vorbei war, wieder aufrollen zu lassen. Ich hatte das Gefühl, dass wir die Scheidung recht gut gelöst gehabt haben. Nur im Laufe der Zeit hat sich sein Verhältnis zu den Kindern geändert, durch Familienneugründung (wieder ein Kind). Das wollten die Kinder nicht akzeptieren. Aber über die Therapie als solche wurde ich nicht informiert.

GG: Der Österreichische Bundesverband der Psychotherapeuten hat eine Ethikkommission geschaffen, die sich mit der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten beschäftigt. In allen Bundesländern wurden Schlichtungsstellen³⁵ eingerichtet, um Konflikte zwischen Patienten und Psychotherapeuten zu lösen. Ilse Gschwend arbeitet bei der Grazer Schlichtungsstelle mit.

IG: Strukturell funktioniert das so, dass wir jeden ersten Mittwoch des Monats von 19.00-21.00 Uhr die Stelle besetzt haben. Es sitzen dort zwei Psychotherapeuten aus unterschiedlichen Schulen. Personen haben die Möglichkeit, entweder persönlich hinzukommen oder dort anzurufen, sofern sie eine Beschwerde vorzubringen haben. Wir laden die Menschen ein, uns zu erzählen, worum es geht, sprechen mit ihnen durch, welcher Weg könnte gegangen werden, um diese Schwierigkeit, die sie mit ihrem Psychotherapeuten haben, zu klären. Wir streben an, dass sie vorwiegend ersteinmal in einem Konfliktlösungsgespräch erledigt werden kann. Dazu werden die Psychotherapeuten eingeladen, die Klienten, die sich beschweren, dazu. Zwei Kollegen moderieren dieses Gespräch, um zu schauen, welche Lösung könnte hier zustande kommen. Die Erfahrungen zur Frequenz sind, dass die Stelle nicht sehr beansprucht wird. Wir haben im Jahr vielleicht 10 bis 12 Fälle. Wir wissen nicht, ob das so ist, weil die Psychotherapeuten so gut arbeiten oder weil die Klienten eine Scheu haben zu kommen oder weil sie vielleicht gar nicht wissen, dass es so eine Schlichtungsstelle gibt. Ich würde sagen, der Grossteil der Fälle lässt sich eigentlich über das Gespräch lösen. So ist unsere Erfahrung. Es gibt manche Fälle, die sind nicht lösbar und haben auch rechtlich keinen Tatbestand, dass jemand zivilrechtlich klagen könnte. Es ist eher auf der Beziehungsebene so verfahren, dass wir zu keiner Lösung kommen können. Dann muss man sagen, es lässt sich nicht lösen und diese zwei Menschen werden im Streit auseinander gehen. Auch das gibt es.

GG: Die Ethikkommission beschäftigt sich auch mit sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie.

IG: Diese Ethikkommission beschäftigt sich mit möglich vorkommendem Missbrauch, und zwar sexuellen Missbrauch von Klienten durch Therapeuten oder Klientinnen durch Therapeuten oder Klienten durch Therapeutinnen, also in alle Richtungen. Es gibt ein bestimmtes Reglement, das

diese Vorkommnisse im Nachhinein lenkt oder aufzulösen versucht. Da gibt es auch verschiedene Arten von Gesprächen mit dem Psychotherapeuten.

Es gibt Weisungen, dass der Psychotherapeut, der eine sexuelle Beziehung zu einer Klientin eingeht, in Supervision gehen soll. Es geht so weit, dass es die Möglichkeit gibt, dem Psychotherapeuten die Psychotherapeutenzulassung abzuerkennen. Das ist aber rechtlich noch nicht ausjudiziert. Das ist eine Geschichte, die noch nie rechtlich durchgespielt worden ist, und wir wissen auch gar nicht, ob das gehen kann.

De facto rechtlich ist es aber von der Ethikkommission zumindest gewährleistet, und es ist möglich zu sagen: Wir wollen nicht, dass er weiter in der Therapeutenliste aufscheint. Möglich könnte es auch sein, dass Kindertherapeuten Kinder missbrauchen. Ich weiss nicht, ob das vorkommt, denn ich habe noch nie etwas davon gehört. Eher ist es so, dass es das gibt, dass sich Klientinnen in ihren Therapeuten verlieben oder umgekehrt oder die Therapeutinnen sich in ihre Klienten. Wir wissen, dass dies in der Therapie eine sehr schwierige Geschichte ist, wenn das passiert³⁶. Es gibt auch immer wieder Therapeuten, die ihre Klientinnen heiraten. Dann nimmt es ein anderes Ende, aber es ist nicht einfach. Es gibt einfach Verführungssituationen, die von beiden Seiten gross sein können.

GG: Ängste und Zwangshandlungen waren für eine junge Grazerin Anlass, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Ihre Erfahrungen:

P2 Die erste Therapie habe ich mit 17 oder 18 Jahren gemacht. Das war eine rein verbale Therapie, wobei ich heute sagen muss, dass sie mir nichts gebracht hat. Das waren, glaube ich, 17 Stunden. Es ist einfach nur die Kindheit analysiert worden, Anleitungen für Veränderungen meines Verhaltens habe ich nicht bekommen. Das habe ich dann abgebrochen und habe den Vorwurf bekommen, dass ich nicht mitgearbeitet habe. Mir ist quasi die Schuld zugeschoben worden, dass ich nicht bereit war, meine Probleme zu lösen. Das war eine recht negative Erfahrung. Jetzt bin ich sehr positiv auf die Verhaltenstherapie eingestellt, weil ich dort sehr gute Ansätze bekomme. Dort wird mir zum Teil gesagt, dass Dinge nicht so sind, wie ich sie sehe, was mit der Angst und mit der Unsicherheit zu tun hat. Im Bereich des Kontrollzwanges, dass das eigentlich von mir abhängt, wie weit ich mich bemühe. Meine Therapeutin hat mich beim letzten Mal eindringlich darauf hingewiesen, dass ich das Wort »bemühen« verwende. Das zeigt zwar, dass man alles selbst in die Hand nehmen muss, aber man braucht Anleitungen dazu. Das ist in dieser Therapie toll.

GG: Zu ihrem ersten Therapeuten meint sie:

P2: Das war ein Mediziner, der die Psychotherapeutenausbildung gerade gemacht hat. Ich glaube, dass er einfach noch nicht genug Erfahrungen gehabt hat. Kompetent will ich nicht sagen, weil ich mich in dem Bereich selbst nicht auskenne, aber er war vielleicht noch nicht richtig geübt. So war mein Eindruck.

GG: Die Beziehung zu ihrer derzeitigen Therapeutin erlebt sie so:

P2: Sie ist sicher partnerschaftlich, in keiner Weise autoritär. Die Entscheidung bleibt immer bei mir, was ich annehme und was ich mache. Es ist sogar etwas ins Freundschaftliche hinein, also, dass das Vertrauen mich beruhigt. Es ist positiv, wenn ich da einmal in der Woche komme, z. T. fühle ich mich befreit, wenn ich gehe, z. T. bin ich auch sehr nachdenklich. Wenn ich dann weiss, das ist eine freundschaftliche, partnerschaftliche Beziehung, kann man damit leichter umgehen. Oft bekommt man ja auch Sachen gesagt, die man selbst nicht so sieht und die vielleicht dann

auch nicht so positiv ankommen. Wenn das dann auf freundschaftlicher Basis vermittelt wird, ist es sicher besser als auf autoritärer Grundlage.

GG: Die partnerschaftliche Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Patienten wird in vielen Psychotherapien noch nicht verwirklicht. Inwieweit müssen sich in diesem Zusammenhang die Therapeuten ändern?

HP: Ich denke, dass Psychotherapeuten den »therapeutischen Raum« durchlässiger machen müssen, d. h. dass sie ihren Patienten Raum geben und ihnen sogar ermöglichen müssen, das, was in der Therapie geschieht, auch in alltägliche Gesprächssituationen zu bringen und das, was in den alltäglichen Gesprächssituationen geschieht, auch zurück in den therapeutischen Raum zu bringen. Das finde ich eine ganz wesentliche Sache. Eine weitere ist, dass man Patienten umfassend darüber aufklärt, welchen Therapieansatz man vertritt und was seine Prämissen und Praktiken sind. Dass man dabei auch deutlich macht, es gibt verschiedene - das zeigt die Forschung heute - Therapieansätze, die eine gute Wirkung haben, und es gibt auch spezifische und unspezifische Wirkfaktoren. So können Patienten und Patientinnen verstehen, worauf sie sich einlassen. Sie sollten weiterhin auch darum wissen, dass der Therapeut seiner Sorgfaltspflicht genügt und bei schwierigen Situationen mit Zustimmung des Patienten einen Supervisor oder eine Supervisorin³⁷ beizieht. Ich möchte sogar so weit gehen, dass der Patient, wenn er sich verstrickt fühlt, mit diesem Therapeuten oder dieser Therapeutin, das Recht haben muss, Supervision einzufordern, eine Supervision, an der er als gleichberechtigter Partner teilnehmen kann³⁸. Ich habe über viele Jahre in der Ausbildung von Psychotherapeuten und beim Arbeiten im psychotherapeutischen Feld Verstrickungen gesehen. Ich bin selber in Verstrickungen geraten und habe erlebt, wie mühsam es ist, sie zu überwinden und wie wesentlich es ist, nicht nur externale Hilfe durch Intervision zu haben, in der verschiedene Therapeuten miteinander über ihre Situation sprechen, oder sich Supervision zu holen, sondern auch den Patienten bzw. die Patientin einzubeziehen in ein solches Setting des begleitenden Nachdenkens über die therapeutische Beziehung in der Dyade.

In der Gruppentherapie könnte es einfacher sein, sofern man nicht Gruppenabhängigkeiten produziert, die Gruppe als »Leittier« dominiert und sie als Machtinstrument³⁹ einsetzt – was leider immer wieder geschieht – und dann ist der Einzelne der Meute ausgesetzt.

Wenn man aber die Gruppe mündig werden lässt, sind viele Beobachter da, die den Auftrag erhalten: »Über die Integrität eines jeden hier wacht die Gruppe insgesamt!«. Dann hat sie auch das Mandat, ein wohlwollend kritisches Auge auf die Arbeit des Therapeuten zu haben. Wenn diese Arbeit nicht gut ist oder gar grenzverletzend ist, dann darf das Auge auch nicht mehr nachsichtig sein, sondern dann muss der Therapeut konfrontiert werden, um des Patienten, um seiner selbst und um des Klimas der Integrität in der Gruppe willen: Konfrontation in einer konstruktiven, konfliktlösenden, Integrität für alle Beteiligten wiederherstellenden Weise. Wenn man so Gruppentherapie macht - und das geht - kommt es zu etwas, was wir in der modernen Sozialintervention als Empowerment⁴⁰ bezeichnen: Die Leute bekommen Macht zugeschrieben, werden in ihrer Kraft bestätigt, für sich selbst einzutreten und auch in der Therapie zu sagen, was sie brauchen. Empowerment heisst, ich mache meinen Patienten zum Partner und schreibe ihm von Anfang an sehr viel Mündigkeit zu.

Und das kann man!

Ausser, wenn man Menschen in schwersten akuten Zusammenbrüchen, psychotischen Dekompensationen in der Klinik hat, wo die Möglichkeit der Selbstregulation dieses Patienten

ganz zusammengebrochen ist, ausser in solchen Situationen, muss ich bei allen Patienten und Patientinnen ihre Mündigkeit sehen und bekräftigen. Ich kann sie zu Mitwirkenden am Therapieprozess machen.

Dann verhindere ich, dass Patienten in den z.T. langen Behandlungszeiten eine »erlernte Hilflosigkeit durch Therapie« ausbilden, denn man kann durch Therapie noch zusätzlich hilflos werden. Darüber muss man sich ganz klar sein! Ich habe viele Menschen gesehen, die in eine Therapie gekommen sind, wo ihnen klargemacht wurde, was ihnen doch alles fehle und wie schwer sie doch »frühgestört« seien. Ganz viele Ideologien wurden ihnen aufgepackt. Dann ging es ihnen erst einmal richtig schlecht, wobei man sagen muss, dass solche Konzepte, wie das der »frühen Störung« sehr ideologiebeladen und wissenschaftlich gar nicht gut gesichert sind⁴¹. Dass Menschen einseitig durch eine frühe Schädigung für ihr ganzes Leben negativ geprägt sind, das ist – von raren Ausnahmen einmal abgesehen – sicherlich falsch. Die Längsschnittforschung, die Menschen von der Kleinkindphase bis ins Erwachsenenalter begleitet, zeigt da etwas anderes⁴². Es sind »Ketten« von negativen Ereignissen und zeitextendierten Mangelereignissen, die belastend wirken, die aber kompensiert werden können durch »Ketten von Schutzereignissen«, protektiven Ereignissen, positiven Ereignissen.

Und dieses Zusammenspiel von gesundheitsfördernden und gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren gilt es in der Psychotherapie zu sehen und zu nutzen. Das habe ich stets in den von mir entwickelten Verfahren der »Integrativen Therapie« vertreten und behandlungspraktisch umgesetzt⁴³.

IG: Also, ich glaube, dass Therapeuten so eine Haltung entwickeln sollten, die der des Ethnologen⁴⁴ ähnlich ist, der sich einem sogenannten »fremden Stamm« annähert. Man sollte sich in einer forschenden Haltung nähern, um zu schauen, ob dieses Angebot oder diese Ideen oder diese Diagnosen, die ich aufgrund der kurzen Zeit, in der ich einen Menschen sehe, gewonnen habe, auch wirklich hilfreich sein können. Notfalls muss ich alles verwerfen können und erfindungsreich sein, weil ich weiss, in diesem Stamm gibt es diese Sprache, diese Kultur, diese Art von Leiden, und dann muss ich etwas eigenes entwickeln.

Es wäre eigentlich eine hohe Qualität von Professionalität, sich in einen Status von Nicht-Wissen zu begeben, wenn ich mich jemandem nähere. Ich halte es für gefährlich, jemanden zu sehen, der mir eine Viertelstunde etwas erzählt, und dann zu sagen: Ich weiss, was zu tun ist!

GG: Inwiefern müssten sich die Patienten ändern, um eine partnerschaftliche Beziehung zum Therapeuten zu erreichen?

IG: Aus meiner Sicht habe ich den Eindruck, dass Patienten oder Klienten so etwas wie ein Kundenbewusstsein⁴⁵ entwickeln sollten. Sie kommen zu einem Fachmann oder zu einer Fachfrau, die Expertin ist für Begleitung von schwierigen Lebenssituationen. Die Kunden sind zahlende Kunden, haben ein Anrecht auf ein hohes Mass an Professionalität und auch ein Anrecht darauf, etwas zu fordern.

Da habe ich manchmal den Eindruck, dass Leute ihr Schicksal ein bisschen abgeben. Man muss sie fast zur Eigenverantwortung bringen, weil es auch dem Psychotherapeuten hilft, wenn die Leute ihr Leben selber verwalten, ihr Leben mehr in die eigene Hand nehmen und Psychotherapeuten auch mehr Hinweise geben, was sie brauchen können, was ihr Leiden lindert und was ihnen nicht hilft. Das heisst, wirklich eine erwachsene Position einzunehmen.

HP: Das ist eine sehr schwierige Sache. Für den somatischen Patienten ist es schwierig, wenn er ins Krankenhaus kommt, nicht am Eingang sein Gehirn gleich mit abzugeben und nicht in der Haltung hinzugehen: »Hier, Herr Doktor, nimm mal meine Körpermaschine und mach' sie wieder

ganz, ich hol' sie dann ab.« Das sind Kulturklischees – dass man sich sozusagen beim Arzt »abgibt« – die über Jahrhunderte gewachsen sind. Es ist keine einfache Sache, das zu verändern.

Dass solche Veränderungen möglich sind, zeigen die Entwicklungen der letzten 20 bis 30 Jahre in den Vereinigten Staaten, wo somatisch erkrankte Patienten sehr stark auf ihre Rechte pochen. Der psychisch Kranke, der psychisch gestörte oder beeinträchtigte Mensch ist da aber in einer viel schwierigeren Situation, weil psychische Erkrankungen, psychische Behinderungen, mangelnde psychische Kraft besonders argwöhnisch und negativ von der Gesellschaft betrachtet wird. Zum Hausarzt kann man gehen, aber wer sagt schon öffentlich, dass er in eine Psychotherapie geht, ausser in einer bestimmten Szene, in der es schick ist, seinen »Shrink« zu haben, seinen Hauspsychiater.

Für die meisten Menschen ist das Faktum, eine Psychotherapie zu brauchen, eine Belastung, und so kommen sie schon vorbelastet und mit geringen Kontrollmöglichkeiten und Freiheitsräumen in die psychotherapeutische Praxis. Dann kann man schlecht sagen: »Patient, komm schon emanzipiert! Hallo Partner!«, sondern es liegt in der Verantwortung der Psychotherapeuten, mit Patienten über ihre Situation so zu reden oder zu reflektieren, dass sie ihr Selbstwertgefühl, das meistens etwas demontiert ist, schon in den Erstgesprächen wiederfinden.

Sie sehen, dass sie hier bei einem Menschen sind, von dem sie mit ihren Anliegen ernst genommen werden⁴⁶ und mit dem sie kooperativ an ihrem Gesunden zusammenarbeiten können. In der Verhaltenstherapie ist das oft ganz gut ausgeprägt. Das ist eine Therapierichtung – das Patientenbeispiel 2 zeigt das –, die sich diesen Effekt des Empowerments zunutze gemacht hat, auch wenn sich bei ihr zuweilen – was die Sicht des Problems und der Beziehung anbelangt – technizistische Verkürzungen finden⁴⁷, durch Techniken wie Reizüberflutung und Reizexposition, die keineswegs als ungefährlich anzusehen sind⁴⁸.

In der Gestalttherapie haben wir durchaus ein emanzipatorisches Potential, aber in ihrer Praxis finden sich immer wieder auch powerplays, Unterwerfungsrituale und rüde Interventionen⁴⁹. Die Psychoanalyse ist mit ihrer »Grundregel«, der Hermetik des therapeutischen Raumes, ihrem Monopol der »Deutungsmacht«⁵⁰ und ihrem globalen Erklärungsanspruch, was die menschliche Natur anbetrifft, deutlich die machtvollste Richtung. Vielleicht liegt darin auch die Faszination begründet, die sie auf manche Menschen ausübt.

In der Familientherapie wird das partnerschaftliche Moment durch die Zusammenarbeit mit der Familie gewährleistet, aber gerade in der Familientherapie finden wir z. B. mit den »paradoxen Techniken« auch sehr eingreifende und einschneidende, machtvoll bestimmende und potentiell verletzende Interventionen⁵¹ der Therapeuten.

Nur die Gesprächstherapie hat mit ihren wertschätzenden Basisvariablen ein äusserst geringes Schädigungspotential und eine uneingeschränkt dialogische Theorie und partnerschaftliche Praxis⁵². Es ist mit ihrer Ausgrenzung (im wesentlichen durch psychoanalytische Gutachter) im deutschen Anerkennungsgerangel bedrückend zu sehen, wie dieser humane und effektive Ansatz gegenüber den »Richtlinienverfahren« – Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, mit ihrem hohen klientelisierenden Potential – herauszufallen droht aus der »therapeutischen Regelversorgung« wie so viele andere nützliche Verfahren auch. Die Meinungen von Patienten interessierte hier nicht. Sie wurde u. E. von Politikern nicht berücksichtigt, weil sie von den Therapeuten selbst nicht ausreichend berücksichtigt wurde.

Die Therapeuten müssen eigentlich, damit Patienten wirkliche Partner werden können, ihre eigene machtvolle Position relativieren und Patienten in Fragen, die sie betreffen, vollauf einbeziehen.

Sie müssen mit Bescheidenheit darauf schauen, dass die Ergebnisse der Psychotherapieforschung halbwegs in Ordnung sind. Es sind ja nicht die grossen, berauschenden Ergebnisse, die man hat - jedoch: Psychotherapie wirkt, aber es ist indes noch viel zu lernen, viel zu forschen und viel zu verbessern – gemeinsam mit den Patienten als Partnern in wahrhafter Mutualität, in einer Wechselseitigkeit, wie sie Ferenczi in seinem Spätwerk »Ohne Sympathie keine Heilung« gefordert hat.

GG: Nach Ansicht von Universitätsprofessor Petzold müsste sich auch in der Gesetzgebung etwas ändern.

HP: Prinzipiell muss man sagen, dass in den Gesetzgebungsvorhaben im europäischen Raum die Patientenrechte wenig gestärkt wurden und werden. Man schützt zwar die Patienten vor groben Übergrifflichkeiten. Und es ist schon eine sehr gute Sache, dass man sagt: »Therapeuten, Ihr habt einen bestimmten ethischen Kodex einzuhalten!«, aber man stützt die Position der Patienten und Patientenorganisationen nicht.

Man müsste eigentlich in allen Psychotherapiegremien Vertreter von Patienten haben. Es gibt im somatischen Bereich, z. B. in der Schweiz, Patientenstiftungen. Für die Psychotherapie müsste man auch Organisationen haben, in denen sich Patienten zusammenschliessen. Das sind oft sehr kluge Leute, die während ihrer Behandlung häufig in qualifizierten Berufen stehen. Und die Expatienten, die erfolgreiche oder gescheiterte Behandlungen hinter sich haben, sind oft »Experten für Psychotherapie«.

Der Gesetzgeber müsste hier den Aufbau von Infrastrukturen stützen und Mitsprachemöglichkeiten verpflichtend vorsehen. Es fänden sich bestimmt solche »Experten«, die bereit wären, sich für andere Patienten zu engagieren, für Patienten, die durch Psychotherapie beschädigt worden sind. Man müsste solche Patientenorganisationen aufbauen und die müssten Sitz und Stimme in den verschiedenen berufspolitischen und standespolitischen Gremien haben. Patientenorganisationen müssten auch in Hearings befragt werden, z. B. jetzt in der deutschen Psychotherapiegesetzgebung. Da sind gerade neue Hearings gelaufen, in denen die Patienten nicht repräsentiert waren. Das sollte ein Gesetzgeber schon im Auge behalten, wie er die Gruppe der Betroffenen miteinbeziehen kann und welche Strukturen er aufbauen muss, damit dies auch möglich wird. Wenn man kein Gefäss hat, keine Formen, in denen sich Mitwirkung artikulieren kann, werden Patienten weiterhin wie »Fälle« behandelt werden. Mitwirkung ist hier angesagt, denn nur durch die Mitwirkung von Patienten kann dieser hermetische Raum mit all seinen Gefahren durchlässiger gemacht werden und können die guten Möglichkeiten von Psychotherapie in fruchtbarer Weise zum Tragen kommen.

Wenn keine juristischen Formen vorhanden sind, wird es sehr schwer sein, den Patientenrechten mehr Raum zu geben. Diese zu stärken, müsste das Anliegen aller Therapeuten und Patienten und Patientinnen, der Kostenträger, der Politiker, der Öffentlichkeit sein. Die Chancen und positiven Wirkungen wirklich partnerschaftlicher Beziehungen für eine erfolgreiche Psychotherapie wären beträchtlich.

GG: Die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten war das Thema dieser Forumssendung.

Kritik an der Psychotherapie ist Arbeit für die eigene Profession, denn Psychotherapie ist so gut oder so schlecht wie die Bereitschaft, Fähigkeit und Kraft von PsychotherapeutInnen zu kritischer Selbstreflexion. Beginnt man damit, macht man sich keine Freunde und handelt sich oft genug Anfeindungen ein. Man muss es aber tun, denn es gibt viele gute Erkenntnisse in therapeutischen

Theorien und viele gute Methoden, in allen Schulen, die bei differentieller und undogmatischer Verwendung hilfreich und heilend wirken können, aber es gibt auch Dogmatismen und problematische Praktiken, die man offenlegen, diskutieren, verändern muss - um der Patienten und um der Psychotherapie und ihrer differentiellen Anwendung willen.

Die »Couch« der Psychoanalyse ist nicht für jeden gut und der »hot chair« der Gestalttherapie nicht minder. Die »Trieblehre« Freuds ist ein sehr partielles Erklärungsmodell und ein gleiches gilt für das Theorem der »organismischen Selbstregulation« von Perls, um diese beiden Ansätze einmal exemplarisch zu erwähnen.

Die einzelnen Therapieschulen haben sehr viel Nützliches hervorgebracht, auch sehr viel Einseitiges, nicht wenig Problematisches und zuweilen Schädliches.

Deshalb muss man zu ihnen »Exzentrizität« gewinnen, denn sie sind zeitgebundene Wege der Behandlung⁵³, die sich mit fortschreitender Erkenntnis oder unter Sachzwängen sich wandelnder gesellschaftlicher Situationen verändern können, ja müssen. Das sollten Patienten und Therapeuten wissen!

Therapieforschung ist wichtig, aber ohne Ideologiekritik und Berücksichtigung des Patientenurteils steht sie in der Gefahr, durch die ideologiegeleitete Anlage von Forschungsdesigns und durch schulengebundene Optik in den Forschungsfragestellungen Irrtümer zu reproduzieren oder Fehlmeinungen zu bestätigen. Man sieht dies in der Forschung aus den Therapieschulen allenthalben.

Deshalb – das muss ich für meinen Berufsstand sagen, denn ich habe dies lernen müssen, – ist eine kritische Haltung der Psychotherapie und ihren Ideologien gegenüber angezeigt und eine selbstkritische Haltung der Psychotherapeuten ihrer eigenen Theorie und Praxis gegenüber unverzichtbar, wie dies für jede angewandte Wissenschaft erforderlich ist.

Psychotherapie ist eine sehr junge Disziplin, was die wissenschaftliche Untersuchung ihrer spezifischen Wirksamkeit allgemein anbelangt, aber auch die von unspezifischen Wirkfaktoren, wie sie auch in Selbsthilfegruppen und Lientherapien positiv zum Tragen kommen, und schliesslich was die Wirkung von einzelnen Verfahren im Besonderen anbetrifft.

Patienten sollten das und auch um die Tendenzen von Psychotherapien wissen, zu starren Ideologien, zu Glaubenssystemen zu werden. Sie sollten deshalb ihrem Gefühl und ihrem gesunden Menschenverstand folgen, wenn sie sich auf eine Therapie einlassen, denn es gibt hochideologische und weniger ideologische Therapieformen, und es gibt »gute und schlechte« Therapeuten.

Deshalb braucht es einen nüchternen Blick und ein durchaus kritisches Urteil. Verhaltensweisen, die man bei nüchterner Betrachtung nur als bevormundend, ungehörig oder als zynisch bezeichnen kann, sollte man sich nicht aussetzen. Es gibt hier einen guten Massstab bzw. zwei gute Regeln für Patienten:

1. In einer klinisch fundierten und menschlich integren Psychotherapie können und dürfen die Regeln, die für einen guten, fairen und wertschätzenden Umgang zwischen Menschen im Alltagsleben gelten – z. B. zwischen guten Freunden – nicht ausser Kraft gesetzt werden. Sie müssen auch hier Geltung haben.

2. Eine wissenschaftlich und klinisch fundierte Psychotherapie basiert nicht auf »grossen Geheimnissen« »höheren Erkenntnissen« und »tiefem Wissen«, sondern ihre Konzepte, Annahmen und Praktiken müssen transparent sein, in vernünftiger Erklärung vermittelt werden, klarem Verstand zugänglich und für den Patienten hinterfragbar sein. Patienten sollen kritische

Fragen stellen dürfen und klare Antworten erhalten.

Wo diese beiden Regeln verletzt werden, wo sogenannte »therapeutische Praktiken« oder sogenannte »therapeutische Theorien« eine dialogische Zusammenarbeit und kritische Rückfragen verhindern, sollte man sich solchen Situationen nicht aussetzen und sich Therapeuten, die so handeln, nicht ausliefern. Es ist meiner Meinung nach besser, solche „Therapien“ abubrechen und man sollte Therapieverfahren, bei denen man spürt, daß sie einem nicht gut tun, meiden.

Ich habe viele Patientinnen und Patienten gesehen, die Karrieren bei verschiedenen Therapeuten hinter sich hatten, in denen ihnen Unglaubliches an Aufzwingen von Therapieideologien widerfahren ist. In Therapeutenkreisen werden solche Patienten zuweilen leichtfertig und zynisch als »Therapeutenkiller« bezeichnet. Oft handelt es sich aber um Menschen, die die Unterwerfungsrituale von Therapeuten und Therapeutinnen sowie gewisser Therapieformen nicht akzeptieren wollten oder die nicht in die Klischees der jeweiligen Therapieideologie paßten, oder die eine wirklich schwere Erkrankung, ein schweres Schicksal und eine desolante Lebenssituation hatten, welche viel Geduld, Tragfähigkeit und Einlassen von seiten der Therapeuten verlangt hätten.

Eine Patientin sagte mir nach einer solchen Karriere: »Es ist schlimm, in die Hände von Psychotherapeuten zu fallen. Gegen ihre Theorien und Rhetorik hat man keine Chance!« Viele sagten mir, sie seien durch ihre Therapien erst richtig krank geworden, ihre Therapien hätten ihnen mehr geschadet als genutzt. Noch öfter hört man, die Therapie hätte nichts gebracht, hätte nicht geholfen. Das sind keine Einzelaussagen und sie betreffen auch nicht nur eine „Schule“. In mehr als 25 Jahren der Arbeit im therapeutischen Feld habe ich sie oft gehört, zu oft, und oft gesehen, daß solche Patienten recht hatten. Ich habe andererseits auch viele Patientenberichte über sehr gute, engagierte Therapien, undogmatische Hilfe bekommen, und ich kenne viele Kolleginnen und Kollegen, die kompetent und partnerschaftlich mit ihren Patienten arbeiten. Ich habe selbst in den Anfängen meiner psychotherapeutischen Praxis bestimmte psychoanalytische Konzepte strikt und vertreten und praktiziert, die – wie ich später einsehen musste – meinen Patienten nicht gut getan haben oder bin in den siebziger Jahren einem Perlschen »gestaltischen« Beziehungs- und Interaktionsstil gefolgt, den ich, als ich kritische Exzentrizität zu ihm gewonnen hatte, als oftmals dysfunktional und zuweilen schädigend erkennen musste.

Als Supervisor von Therapeuten und Therapeutinnen verschiedener Schulen, der eigenen Therapierichtung und multiprofessioneller Teams habe ich viele Fehler und felsenfest vertretende Fehlmeinungen und Therapieklichees gesehen.

Daher weiss ich, wie schwer ideologische Verblendungen wiegen können und anzugehen sind, besonders, wenn sie sich mit persönlichen Problemen verbinden oder mit kollektiven Problemen, z.B. psychotherapeutischen Moden und Tendenzen eines Zeitgeistes – sei es der Libertinage der endsechziger Jahre und ihrer Ausläufer oder der neuen und durchaus repressiven Konservativität der endneunziger Jahre.

Wenn Ideologeme und dysfunktionale Praktiken durch Supervisoren und Intervisionen von Kolleginnen und Kollegen des eigenen Paradigmas bestätigt werden – und das geschieht nicht selten –, wird es besonders problematisch.

Balintgruppen, Fallbesprechungsseminare, Supervisionen können damit nämlich zu Instrumenten der Bestätigung und Tradierung der ideologischen Irrtümer einer Therapieschule⁵⁴ werden und

können nicht unbesehen, wie es vielfach geschieht, als Mittel der Qualitätssicherung angesehen werden. Zumeist bieten sie allerdings Hilfen, grobe Fehler zu vermeiden. Und wer hat keine Fehler als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin gemacht? Wohl dem, der sich revidieren und korrigieren kann!

Auf der persönlichen Ebene ist das schon schwer. Auf der kollektiven Ebene von Schulen ist es mühevoller, kollektive Arbeit, bei der die Stimme der Betroffenen (Foucault), der Patienten und der Klienten unverzichtbar ist, ganz gleich an welcher Erkrankung oder Störung sie leiden, denn jede Sichtweise wird wichtig⁵⁵.

Über die völlig unzureichende »Schadensforschung« in der Psychotherapie⁵⁶, die Forschung zu »Risiken und Nebenwirkungen« von Therapie hinaus, muss in Zusammenarbeit mit Patienten in jeder einzelnen Therapie und natürlich auf breiter Ebene erforscht und erarbeitet werden, was Menschen in der psychotherapeutischen Behandlung gut tut, und das geht nur, wenn man die »doppelte Expertenschaft«, wie ich dies einmal genannt habe⁵⁷, – die der Therapeuten für klinische Fragen und die der Patienten für ihre Situation – ernst nimmt und wenn man Psychotherapie als Unterfangen kooperativer Heilungs- und Gesundheitsarbeit sowie als Möglichkeit zur Selbsthilfe entwickelt.⁵⁸

1 Besonders, wenn der Therapeut an sogenannten »Widerständen« arbeitet oder an einem »Widerstand gegen die Aufdeckung von Widerständen« (S. Freud, Die endliche und die unendliche Analyse, 1937, Studienausgabe, Fischer, Frankfurt, 1975, Ergänzungsband, 1982, S. 379) können »negative Übertragungen die Oberhand gewinnen und die analytische Situation völlig aufheben. Der Analytiker ist jetzt für den Patienten nur ein fremder Mensch, der unangenehme Zumutungen an ihn stellt, und er benimmt sich gegen ihn ganz wie das Kind, das den Fremden nicht mag und ihm nichts glaubt. Versucht der Analytiker, dem Patienten eine der in der Abwehr vorgenommenen Entstellungen aufzuzeigen und sie zu korrigieren, so findet er ihn verständnislos und unzugänglich für gute Argumente ...; es sind Widerstände nicht nur gegen die Bewusstmachung der Es-Inhalte, sondern auch gegen die Analyse überhaupt und somit gegen die Heilung« (ebenda). Die letzte Konklusion ist völlig willkürlich, zumal sich Freud gerade in dieser Arbeit pessimistisch mit Blick auf die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse zeigt. Was, wenn der Patient mit seinem Widerstand ganz richtig läge, weil die »Zumutungen« zu massiv waren, »kognitive Dissonanzen« zu gross, die »Unlustregungen« zu heftig, der Analytiker zu dogmatisch oder zu unsensibel? Oder wollen sie keine »tiefgehende Veränderung der Person« (ebenda, S. 365), ihrer Persönlichkeit? Hätten Patienten, das ist ernsthaft zu fragen, bei einem solchen Verständnis von Therapie je eine Chance, mit ihrer Sicht der Dinge Gehör und Akzeptanz zu finden? Ein Boden für Dialog, Diskurse gar, ist da kaum gegeben.

2 Vgl. *Petzold, H.G.*, 1993m. »Kontrollanalyse« und Gruppensupervision in »Kompetenzgruppen« - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive, in: *Frühmann, R., Petzold, H.G.*, Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn (1993a) 479-616 und *Petzold, H.G.*, Integrative Supervision und Organisationsentwicklung, Junfermann, Paderborn 1997 (im Druck).

3 *Petzold, H.G., Sieper, J.*, Integration und Kreation, Festschrift zum 25jährigen Bestehen von FPI und EAG, Paderborn, Junfermann 1993, 19962.

4 Vgl. *Petzold, H.G.*, Wege zum Menschen, Methoden und Möglichkeiten moderner Psychotherapie, 3 Bde., Junfermann, Paderborn 1984, besonders die Kapitel über Psychoanalyse (Bock) und Psychodrama (Petzold) und zu den einzelnen Positionen der Schulen den Sammelband (Hrsg. H.G. Petzold, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980g.)

- 5 *Märtens, M., Petzold, H.G., Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos »Wirkfaktoren« oder hilfreiches Konstrukt, Integrative Therapie 1 (1998) (im Druck).*
- 6 *Cremerius, J., Die psychoanalytische Abstinenzregel, Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch, Psyche 9 (1984) 769-800; Petzold, H.G., Abstinenz - ein problematisches Konzept in der Supervision, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1997a.*
- 7 Vgl. z. B. *Heinert, K., Einstellungs- und Verhaltensänderung, Reinhard, München 1979, 32-85; Kanfer, F., Phillips, J., Learning foundations of behavior therapy, Wiley, New York 1970.*
- 8 »Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird«, *Freud, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912, Studienausgabe, Fischer, Frankfurt 1975, Ergänzungsband, 1982, S. 178.* »Der Patient fasst die ihm aufgezwungene Situation gewöhnlich als Entbehrung auf« (a. a. O., S.193, meine Hervorhebungen), aber »Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung - Abstinenz - durchgeführt werden ... Sie erinnern sich daran, dass es eine Versagung war, die den Patienten krank gemacht hat ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden der Kranken in irgend einem wirksamen Masse kein vorzeitiges Ende finde. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermässigt worden ist, müssen wir es irgendwie anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten« (*Freud, S., Wege der psychoanalytischen Therapie 1919, a. a. O., S. 244f, Hervorhebungen im Original*). Freud war hier sehr ambivalent, denn andererseits lehnte er es ab, beim Patienten »sein Schicksal für ihn zu formen, ihm unsere Ideale aufzudrängen« (a. a. O., S. 246). Andererseits will er den Patienten »nötigen«, er will seine Widerstände im Kampf überwinden, durch ein »Stück Erziehungsarbeit«, »Nacherziehung« (S.118) gegen alles Ausweichen durch z. T. manipulierende Prozeduren und ein »Zeremoniell« (S.193). Situatives Unverständnis wird zum Widerstand deklariert: »man nehme die Herausforderung sofort an und rücke ihm [dem Patienten] an den Leib. Die energisch wiederholte Versicherung, dass es solches Ausbleiben aller Einfälle am Anfang nicht gibt und dass es sich um einen Widerstand gegen die Analyse handelt, nötigt den Patienten bald zu den vermuteten Geständnissen« (Zur Einleitung der Behandlung 1913, a. a. O., S.197, meine Hervorhebungen). Das bringt den Patienten dahin, dass »er sich soweit an den Arzt attachiert hat (Übertragung), dass die Gefühlsbeziehung zum Arzt die neuerliche Flucht unmöglich macht« (a. a. O., S 139). Deutlicher kann man Unterwerfung und das Herstellen psychischer Abhängigkeit nicht darlegen. Wirkliche Partnerschaft ist da nicht, dem Patienten bleibt nichts anderes übrig, als »sich in die gemeinschaftliche Arbeit mit uns zu fügen« (Freud, Vorlesungen, 1917, Studienausgabe, a. a. O., Bd. I, 421, meine Hervorhebung).
- 9 *Freud, S., Zur Einleitung der Behandlung, 1913, Studienausgabe, a. a. O., S. 202.* *Freud* vertritt dies, »insofern die analytische Therapie sich nicht die Beseitigung der Symptome zur nächsten Aufgabe setzt.« (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1916/17, Studienausgabe Bd. 1, 1969, S. 419). Schon 1905 in seinem Vortrag »Über Psychotherapie« (Studienausgabe, a. a. O., S.114) setzt er sich vom Satz des Asklepiades ab, es sei die Pflicht des Arztes, »sicher, rasch und angenehm zu heilen« (in Aulus Cornelius Celsus, De medicina III, 4.1)
- 10 *Freuds* eigene Misserfolge sind hier kein empirischer Beleg, sondern eher falsche Kausalattributionen. Er selbst stand realistisch-empirischen Untersuchungen sehr ablehnend gegenüber (ebenda, S. 440-443).
- 11 *Milgram, S., Behavioral study of obedience, Journal of Abnormal and Social Psychology 67 (1963) 137-142; derselbe, Some conditions of obedience and disobedience to authority, Human Relation 1 (1965) 53-75.*
- 12 *Cremerius, J., Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut - seine Technik im Spiegel von*

Schülern und Patienten, Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 6, Huber, Bern 1981, 128-158.

13 *Freud, S.*, Zur Einleitung der Behandlung (1913, a. a. O., S.186). Skepsis und Misstrauen des Patienten »sei eben ein Symptom wie seine anderen Symptome« (ebenda). So einfach ist das! Es empfiehlt sich sehr, die behandlungstechnischen Schriften Freuds von 1911 -1918 und die darin zum Ausdruck kommende undialogische Haltung gegenüber Neurotikern und die entmündigenden Praktiken der Behandlung zur Kenntnis zu nehmen. Auch wenn sich die heutige Praxis vielfach verändert hat, wirkt doch Vieles weiter, weil eine aktive Auseinandersetzung mit und eine Abgrenzung zu diesen Prinzipien kaum stattgefunden hat. Freud bezeichnet Neurotiker zwar nicht gerade als *dégénéré*, aber der Neurotiker sei »häufig genug mit den Erscheinungen der Degeneration vergesellschaftet« (1905, Studienausgabe, a. a. O. in Anmerkung 9, S.119). Freud spricht vom Patienten als einem »nicht Vollwertigen« (Ratschläge 1912, a. a. O., S.179). »Alle Neurotiker sind Simulanten. Sie simulieren, ohne es zu wissen« (Freud, Über Kriegsneurosen, Elektrotherapie und Psychoanalyse 1920, in: *Psyche* 12 (1972) 939-951).

14 Zum Konzept der »Expertenschaft« des Patienten bzw. der »doppelten Expertenschaft« von Patient und Therapeut vgl. *H. Petzold*, Selbsthilfe und Professionelle, in: *H. Petzold, R. Schobert*, Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991,17-28.

15 Vgl. Exemplarisch *Thomae, D.*, F.D.P. Keine sozialrechtliche Regelung ohne Selbstbeteiligung, Bundestagsfraktion, Info Nr. 2420 vom 26. Juni 1997. Zur Entwicklung der therapeutischen Beziehung in Richtung Partnerschaftlichkeit vgl. *Petzold, H.G.*, a. a. O., Anmerkung 3, 19809, S. 266.

16 *Freud, S.*, Bemerkungen über die Übertragungsliebe, 1915, a. a. O., S. 230, meine Hervorhebungen. Zur Nicht-Information vgl. die Aussage der Patientin 1 in diesem Interview. Freud ist mit der »Aufklärung« des Patienten sehr sparsam (Zur Einleitung der Behandlung, 1913 a. a. O. S.184). Nur was die langen Zeiträume der Analyse anbetrifft, hat man »die Verpflichtung dem Kranken diesen Sachverhalt zu eröffnen« (ebenda, S.189).

17 Man lese hier *Freuds* - in einem sexistischen Zeitgeist befangene - Exkurse über die Selbstdisziplin des Mannes/Arztes und die Disziplinierung des triebhaften Weibes/Patientin (a. a. O., S. 226) in der Kur mit ihrer ganzen schlimmen Metaphorik (a. a. O., S. 126, 229). Immerhin hat der Arzt die Gelegenheit, »seine Patientin über eine entscheidende Stufe ihres Lebens zu heben. Sie hat von ihm die Überwindung des Lustprinzips zu lernen« (Bemerkungen über die Übertragungsliebe,1919, a. a. O., S. 229). Dabei ist die Übertragungsliebe, wie Freud selbst betont, »erstens durch die analytische Situation provoziert, zweitens durch den diese Situation beherrschenden Widerstand in die Höhe getrieben, und drittens sie entbehrt in hohem Grade der Rücksicht auf die Realität« (ebenda, S. 228) - kein Wunder bei der machtvollen Hermetik des psychoanalytischen Raumes, seinen Derealisierungseffekten und dem Ziel einer absoluten affektiven Bindung der Patienten an den Analytiker (vgl. Texte aus Anmerkung 8). Man sage nicht, das seien »alte Hüte«, die Analyse sei heute anders. Mag sein, aber Dörte von Drigalski (Blumen auf Granit, Ullstein, Berlin 1980) ist kein Einzelfall, und wo wurden die Dinge öffentlich aufgearbeitet? Freud - und hier liegt sein grosses Verdienst - wurde nicht müde, zu betonen (z. B. in »Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten«, 1914), dass Verhaltensänderungen wenig wiegen, wenn ihre Hintergründe nicht aufgearbeitet wurden, denn dann kommt es zu Wiederholungen (oft auf subtilerem Niveau, wie es heute für die moderne Psychoanalyse und Formen tiefenpsychologischer Therapie immer noch aufgezeigt werden kann).

18 *S. Freud*, Die Frage der Laienanalyse (1926, a. a. O., S. 317 und 318). Es wurde hier eine neue Erkrankung geschaffen, »sie hat sich an die Stelle der Neurose gesetzt und unsere Arbeit hat den Erfolg gehabt, eine Form des Krankseins durch eine andere zu vertreiben« (ebenda, S.

317). Das sind Eingriffe, die - legt man die psychosomatische Perspektive zugrunde - bis in die Leiblichkeit gehen. Dann wird auch Freuds Chirurgenanalogon verständlich, denn es hiesse: »die Psychoneurosen nach ihrer Herkunft und ihrer praktischen Bedeutung arg unterschätzen, wenn man glaubt, diese Affektionen mussten durch Operationen mit harmlosen Mittelchen zu besiegen sein. Nein, im ärztlichen Handeln wird neben der medicina immer ein Raum bleiben für das ferrum und für das ignis [heute würde man sagen: für Stahl und Strahl, s. c.], und so wird auch die kunstgerechte, unabgeschwächte Psychoanalyse nicht zu entbehren sein, die nicht scheut, die gefährlichen seelischen Regungen zu handhaben und zum Wohle des Kranken zu meistern« (Bemerkungen über Übertragungsliebe, 1915, a. a. O., S. 230). Den empirischen Beweis für diese Behauptung und für die Vertretbarkeit des geschilderten Risikos ist die Psychoanalyse bislang, was kontrollierte Studien anbelangt, schuldig geblieben. Auch die »verbale« Analyse greift mit Deutungen und den strukturellen Bindungen des Behandlungssettings in den Leib ein, und der Körper ist der ultimative Ort der Macht (vgl. Foucault, M., Die Subversion des Wissens, Ullstein, Frankfurt 1978 und König, E., Körper -Wissen - Macht, Dietrich Reimer Verlag, Berlin 1989).

19 S. Freud, Die Frage der Laienanalyse (1926, a. a. O., S. 315). Da können andere Menschen nur stören. Freud vertritt, es sei »dem Patienten anzuraten, dass er seine analytische Kur als eine Angelegenheit zwischen seinem Arzte und ihm selbst behandle und alle anderen Personen, mögen sie ihm noch so nahe stehen oder noch so neugierig sein, von der Mitwisserschaft ausschliesse. In späteren Stadien der Behandlung ist der Patient solchen Versuchungen nicht unterworfen« - er ist dann, so meine ich, genug in folgsame Abhängigkeit geraten (Zur Einleitung der Behandlung 1913, a. a. O., S. 196, meine Hervorhebungen). »Versuchung«, »Mitwisserschaft«, »ausschliessen«, so wird ein arcanum, eine Geheimniszone aufgebaut, die den Patienten von seinen nächsten Menschen isoliert (was deren Misstrauen und Widerstand schüren muss). So kann Freud also das soziale Netzwerk, das Gespräch zwischen Freunden, nur als negativ sehen: »Die Kur hat dann ein Leck, durch das gerade das Beste verrinnt« (a. a. O., S. 196). »Bei der psychoanalytischen Behandlung ist die Dazwischenkunft der Angehörigen geradezu eine Gefahr ... Den Angehörigen des Patienten kann man durch keinerlei Aufklärung beikommen ...« (Vorlesungen 1916/17, a. a. O., S. 441ff)

20 Freud, S., Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung (1912, a. a. O., S. 180). Vgl. dagegen A. K. Schneewind, Familienpsychologie, Kohlhammer, Stuttgart 1991; Laireiter, A., Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung, Huber, Bern 1993. und Röhrle, B., Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, Beltz, Weinheim 1994.

21 Freud verweist verschiedentlich auf die Beichtanalogie, wenn er vom Neurotiker verlangt: »volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion. Das macht den Eindruck, als streben wir nur die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist gross, denn wir wollen von ihm nicht nur hören, was er weiss und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiss« (Die psychoanalytische Technik, 1940, a. a. O., S. 413). Unter diskursanalytischer Betrachtung wird der Diskurs der Pastoralmacht (Foucault vgl. Dauk, E., Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen, Reimer, Berlin 1989, 107ff), die Unterwerfung des Subjekts, hier noch perfektioniert. Der Patient wird darauf geeicht, seiner Reflexivität zu misstrauen. »Wir verpflichten ihn auf die analytische Grundregel, die künftig sein Verhalten gegen uns beherrschen soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine Selbstkritik auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewusste zu erraten und durch unsere Mitteilung die Kenntnis seines Ich von seinem Unbewussten zu erweitern« (ebenda, S. 413, meine Hervorhebungen). Freuds

Argumentation ist hier in grossen erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten. Der Patient gewinnt Erkenntnisse, die Mutmassungen seines Analytikers über sein Unbewusstes sind, dessen Wahrheitsgehalt immer offen bleiben muss und deren Wirkung in der Tat nur aufgrund der »suggestiven Bindung« an die Person des Analytikers (ebenda, S. 281) zu erklären ist. Was der Patient nicht weiss, bleibt unbewusst. Was ihm bewusst wird, ist das Resultat der Deutung des Therapeuten, sein Kerygma, seine Offenbarung und Verkündigung. Und so bleibt es bei der von Freud dem »unparteiischen Zuhörer« in den Mund gelegten Feststellung: »Das ist ja das Prinzip der Beichte, dessen sich die katholische Kirche seit jeher zur Versicherung ihrer Herrschaft über die Gemüter bedient hat. ‚Ja und nein‘, müssen wir antworten. Die Beichte geht wohl in die Analyse ein, als ihre Einleitung gleichsam. Aber weit davon entfernt, dass sie das Wesen der Analyse träge oder ihre Wirkung erkläre« (Die Frage der Laienanalyse 1926, a. a. O., S. 280f). Es wird wieder das Argument der Erforschung des Unbewussten gebracht, ohne dass gesehen wird, dass es um eine »Verdopplung« der Beichte und der durch sie gesicherten Pastormacht geht; wird im diskursarmen Raum des Beichtstuhls der Poenitent auf bewusste Verfehlungen gegen die auferlegten Regeln ekklesialer Macht geprüft und mit Busse und Sühneleistungen diszipliniert, so wird durch die noch radikalere Verhinderung des Diskurses in der Psychoanalyse - nur der Analytiker kann ja das Unbewusste erraten und offenlegen - das neue Wissen als die Wertfreiheit der gesellschaftlichen Macht, die die Psychoanalyse vertritt, gleichsam ohne Hinterfragungsmöglichkeiten der kritischen Vernunft (Dauk, a.a. O., S. 108) dem Bewusstsein implementiert (jedenfalls ist dies durch Verpflichtung zur Abstinenz von Kritik in der Grundregel intendiert). Dass die Psychoanalyse aber stets auch die vorherrschenden Positionen des Zeitgeistes, des jeweils aktuellen gesellschaftlichen Diskurses zur Grundlage ihrer Annahmen hatte (wie sollte es denn auch anders sein?), zeigen beispielhaft die patriarchalistische Konzipierung der psychosexuellen Entwicklung, Freuds massiver Genderbias, seine zwiespältige, z. T. an Verächtlichkeit grenzende Haltung gegenüber den Kriegsneurotikern (ebenda, S. 312, 249, 262 sowie S. Freud, Gutachten über die elektrische Behandlung von Kriegsneurotikern [1920], *Psyche* 12, 1972, 939ff) oder die massgeblich durch die Aktivität psychoanalytischer Funktionäre zustandegekommene Unterordnung der Psychotherapie im Integrationsmodell des deutschen Psychotherapeutengesetzes unter die Medizin, obgleich Freud mit Verve vertreten hatte: »dass die Psychoanalyse kein Spezialfach der Medizin ist. Ich sehe nicht, wie man sich sträuben kann, das zu erkennen. Die Psychoanalyse ist ein Stück Psychologie, auch nicht medizinische Psychologie im alten Sinne«. (Nachwort zur Frage der Laienanalyse, 1927, a. a. O., S. 342). Ein partnerschaftlicher Dialog mit den Psychologen hatte nicht stattgefunden. Die gesellschaftlichen Machtinteressen waren stärker.

22 Abstinenz wird als eine Unterart der Kardinaltugend der Mässigung (*swjrosnh*, *temperantia*) angesehen. Thomas von Aquin (*Summa theol.* 2.2.q. 146 a. 2) stellte sie noch - anders als Freud - in diesen Kontext. »Der Wille sichert sich durch die Enthaltung von irgendeinem anziehenden Objekt seine Herrschaft und stärkt die zur Erfüllung des Gesetzes überhaupt notwendige Freiheit« (Wetzer und Welte's Kirchenlexikon, Hrsg. J. Hergenröther, F. Kaulen, Herder, Freiburg 18822, Bd. I, 130), so die kirchliche Interpretation des Abstinenzbegriffes, »ut sicut ab alimentis abstinemus in corpore, ita a vitis jejunemus in mente« («und so wie wir dem Leibe nach von Nahrung Abstinenz üben, enthalten wir uns im Geiste von den Lastern«, so die *Collecten* in der *Quadragesima*). Zucht und Mass als Kardinaltugend haben ihre Vorläufer in der Stoa. Sie erfordern Disziplinierung, Selbstdisziplin, um die Begierde nach Essen, nach Sexualität (deshalb Keuschheit), nach Hoffart und Macht (deshalb Demut und Gehorsam), die Gier nach Neuem (deshalb studiositas, Fleissesmühen zur Zügelung der Neugier) zu bändigen. Der Freudsche

Diskurs (Foucault) steht klar im Diskurs ekklesialer Pastoralmacht. Das machen Freuds
behandlungstechnische Schriften - und nicht nur diese - deutlich, ja sie verbinden über die
Abstinenz (die Patient und Therapeut üben müssen) Medizinalmacht und Pastoralmacht (Dauk a.
a. O., Anmerkung 21). Es geht um Reinigung und Läuterung. Psychoanalyse und viele Formen
der Psychotherapie haben in vielen ihrer Annahmen und Praktiken eine höchst problematische
(weil von vielen Therapeuten nicht erkannte) Nähe zu religiösen Läuterungswegen, wie wir sie bei
Plotin (vgl. J. Trouillard, *La purification plotinienne*, Paris 1995) und in der christlichen Askese
finden (O. Zimmermann, *Lehrbuch der Asketik*, Freiburg 1932, 75ff.), um persönliche, sittliche und
religiöse Vollendung zu erlangen (vgl. St. Pfürtnner, *Triebleben und sittliche Vollendung*, Fribourg
1958; A. Saint-Pierre, *La vertu chretienne de temperance dans la vie religieuse*, Montreal 1951).
Mit Bezug auf »gewisse mystische Praktiken« konzidiert. Freud: »Immerhin wollen wir zugeben,
dass die therapeutischen Bemühungen der Psychoanalyse sich einen ähnlichen Angriffspunkt
gewählt haben« (Vorlesungen, Neue Folge, 1933, a. a. O., Studienausgabe Bd.1, 1969, 516). Die
»Reinigung« bzw. »Läuterung« betrifft nicht nur den Patienten, weil »jeder Psychoanalytiker nur
so weit kommt, als es seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände gestatten« (Freud, S.,
Die zukünftigen Chancen der

Fortsetzung siehe Seite 38

Ê Fortsetzung von Seite 28

psychoanalytischen Therapie, 1910, a. a. O., S. 126). Die »Selbstanalyse« muss »verlangt«
werden (ebenda), und man muss die »Forderung aufstellen, dass er [der Psychoanalytiker s. c.]
sich einer psychoanalytischen Purifizierung unterzogen habe« (Ratschläge für den Arzt bei der
psychoanalytischen Behandlung, 1912, a. a. O., S.176, meine Hervorhebung). Lohn einer solchen
Reinigung sind ganz im Sinne klassischer Tugendlehre (Dauk, a. a. O., S. 213) »Selbsterkenntnis
und Steigerung der Selbstbeherrschung« (Freud 1912, S. 127), »Gewinne aus der dauernden
seelischen Beziehung ... die sich zwischen dem Analysierten und seinem Einführenden
herzustellen pflegt« (ebenda, meine Hervorhebungen). Wer die »Eigenanalyse verschmäht« wird
»durch Unfähigkeit bestraft«, gerät in »Gefahr«, er wird die »psychoanalytische Methode in
Misskredit bringen« (ebenda). Der kryptoreligiöse Diskurs (Foucault) ekklesialer Pastoralmacht ist
hier unüberhörbar! In seiner bedeutenden Spätschrift *Die endliche und die unendliche Analyse*
(1937, a. a. O. Abschnitt VII) relativiert und verschärft sich diese Position noch.

23 Vgl. Freud, S. Ratschläge (1912, a. a. O., S.175). Die Dysfunktionalität dieser Metaphorik und
- mehr noch - Praxis, sowie vieler anderer von Freuds praktischen Ratschlägen in seinen
behandlungstechnischen Schriften (1911-1915) müssten untersucht und bearbeitet, aufgearbeitet
werden, denn Freud war bereit, sich zu korrigieren.

24 R. Greenson, *Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose*, *Psyche* 2 (1966) 81 -103.

25 Vgl. H.G. Petzold, *Integrative Therapie*, Junfermann, Paderborn 1993, 27ff, 60f; ders., *Der
»Andere« - der Fremde und das Selbst. Tentative und persönliche Überlegungen für die
Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906-1995)*, *Integrative Therapie* 3
(1996j) 319-349.

26 Freud (*Zur Einleitung der Behandlung*, 1913) empfiehlt es, dem Patienten bei einen
»Widerstand gegen die Analyse« oder wenn er »Misstrauen ... der Analyse entgegenbringt«, wenn
er »abschreckende Dinge über sie gehört habe«, Vorhaltungen zu machen, und stellt der Patient
dies in Abrede, »kann man ihn durch Drängen zum Eingeständnis nötigen« (a. a. O., 197). Dies
sind höchst problematische Anweisungen, von denen man sich distanzieren muss. Derartige
Formen der Einflussnahme auf Menschen, wie sie in diesem Kontext aus Freuds
behandlungstechnischen Schriften referiert werden, geraten in die Nähe manipulativer Strategien,

gegen die sich ein demokratisches Gemeinwesen derzeit abzugrenzen sucht, wie schwierig dies auch immer ist. [Die Probleme repressiver Strategien lauern, wie der Zwischenbericht der Enquete- Kommission »Sogenannte Sekten und Psychogruppen« (Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/8179) ersichtlich macht]. Besonders die Verpflichtung in der Analyse, auch alles über »dritte Personen« sagen zu müssen, einschliesslich der »Mitteilung von Namen« und der »Geheimnisse fremder Leute« - die »ein anständiger Mensch [derAnalytiker] bereitwillig vergisst« (Freud, a. a. O., S.145) ist ethisch unvertretbar und heute rechtlich unzulässig (vgl. Zur ethischen und rechtlichen Problematik: Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem, Familiendynamik 3 (1997) 288-311. Freuds unpassende Bemerkungen an dieser Stelle (a. a. O., S.195): »Pour faire une omelette il faut casser des oeufs« kennzeichnet diese für ein modernes Verständnis von Psychotherapie inakzeptable Haltung und hier muss er, um seines aufklärerischen Anspruches Willen, korrigiert werden.

27 Freud, S., *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*, 1914, a. a. O., S.167.

28 Freud, S. *Zur Dynamik der Übertragung*, 1912, a. a. O., S.167.

29 Freud, S., *Zur Einleitung der Behandlung*, 1913, a.a.O., S.194: »Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher ... Geben sie dieser Kritik niemals nach und sagen sie es trotzdem ... Den Grund für diese Vorschrift - eigentlich die Einzige, die sie befolgen sollen - werden sie später erfahren«

30 (ebenda, S. 195) »Endlich vergessen sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen diese Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist« (ebenda, S.195).

31 Der Patient »hat vielmehr vor allem zu lernen, was keinem leicht fällt anzunehmen, dass durch geistige Tätigkeit von der Art des Nachdenkens, dass durch Willens- und Aufmerksamkeitsanstrengungen keines der Rätsel der Neurose gelöst wird, sondern nur durch geduldige Befolgung der psychoanalytischen Regel, welche die Kritik gegen das Unbewusste und dessen Abkömmlinge auszuschalten gebietet« (Ratschläge, 1912, a.a.O., S. 179, meine Hervorhebungen). Das Unbewusste wird hier hypostasiert, und es wird verschleiert, dass mit der kritischen Hinterfragung auch die Macht des Therapeuten hinterfragt wird, der intellektuelles Nachdenken als Ausweichen klassifiziert - voreilig, meine ich. Perls folgt Freud hier überdies. »Besonders unerbittlich sollte man auf der Befolgung der Regel bei jenen Kranken bestehen, die die Kunst üben, bei der Behandlung ins Intellektuelle auszuweichen« (ebenda, S. 179). Warum sollte man nicht intellektuell reflektieren und zugleich emotional an sich arbeiten? F. Perls (*Gestalt Therapy Verbatim*, Real People Press, Lafayette 1969, 73) vergrößert zu »mindfucking«.

32 Ich bezweifle, dass ein grosser Teil von Psychotherapeuten in der Lage ist, die Art ihrer Behandlung prägnant bzw. patientengerecht darzustellen. Sie lernen das in ihren Ausbildungen in der Regel nicht oder zu wenig (vgl. Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P., *Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie*, 1995, in: Petzold, H.G., Orth, 1., Sieper, J. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung*, Sonderausgabe *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1995a, 180-223.) - trotz aller Rede von »Kundenorientierung«. Empirische Untersuchungen, Ausbildungen und der Ausbildungsinstitute (sie fehlen noch weitgehend) wären hier dringend erforderlich, um die Ausbildungspraxis zu revidieren, wie wir dies an unserem Ausbildungsinstitut unternommen haben (vgl. ebenda, S.30-66).

33 Vorwürfe und Schuldgefühle machen sind schlechte, aber durchaus nicht seltene Strategien

von Therapeuten, die den »grossen Durchblick« auf ihrer Seite haben. Sie finden sich in Transkripten aus allen Therapieschulen - ein Agieren menschlichen, allzu menschlichen Verhaltens, das von Patienten abgegrenzt werden sollte. Es müsste bald einmal ein »Handbuch für Patienten« geschrieben werden über »dysfunktionale Strategien und Verhaltensweisen von Therapeuten und Therapeutinnen«. Es geht hier ja nicht um »gelegentliche Ausrutscher«, sondern um gängige Klischees der Therapeuteszene - aller Schulen. Freud hat damit begonnen, wie einige der hier zitierten Texte ersehen lassen (Vgl. Anmerkung 26).

34 Dies ist ein sehr typisches und dummes Klischee, letztlich psychoanalytischer Provenienz - die aggressiven Ich-Kräfte sollen herausgefordert und gekräftigt werden -, das sich in Gestalttherapie, »provokativer Therapie«, sogenannten »humanistischen« aber auch »systemischen« Therapieformen findet. Die »Regeln gegen Mitmenschen«, so das Buch von A. Chapman (Rowohlt, Reinbeck 1972), gelten leider auch in der Therapie - oft unter der Maske humanistisch psychologischer Freundlichkeit (vgl. J. Kollbrunner, Das Buch der Humanistischen Psychologie, Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlag, Frankfurt 1987, 448ff, ~18, 501; P. Erlenwein, Begegnung, Sprache, Geschichte Kritische Anmerkungen zu Theorie und Praxis humanistischer Psychologie. Zeitschrift für Humanistische Psychologie 3/4 (1980) 11 -17.

35 Ich hatte schon 1987 solche Stellen vorgeschlagen, H. Petzold, Vertrauenstherapeuten, Gestalt-Bulletin 1 (1987) 120-124.

36 Vgl. z. B. *Kruzenbichler, H.S.*, Essers, H., Muss denn Liebe Sünde sein? Kore, Freiburg 1991.

37 Vgl. *Petzold, Rodriguez-Petzold* siehe Anmerkung 26

38 Vgl. *Orth, Petzold, Sieper*, (1996)

39 Vgl. *S. Koch*, The image of man implicit in encounter group theory, Journal of Humanistic Psychology 2 (1971) 109-128.

40 Vgl. dieses Buch

41 Vgl. *F. Staemmler*, Der schiefe Turm von Pisa, 1997.

42 *M. Ruffer, L. Robbins*, Straight and devious pathways from childhood to adulthood, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1990.

43 *Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhoff, J.*, Protektive Faktoren und Prozesse - die »positive« Perspektive in der longitudinalen, »klinischen Entwicklungspsychologie« und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie 1993, in: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.), Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1993a, 173-266.

44 Vgl. *M. Leires*, Das Auge des Ethnologen, Matthes & Seiss, München 1984; *G. Devereux*, Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften, Hanser, München

45 In ihrem Rollenspektrum haben Patienten auch ein Kundensegment, eine Kundenrolle. Sie »pars pro toto« zu setzen, wie es in einigen neuen Ideologien - insbesondere in der Familientherapie - üblich zu werden scheint, halte ich aus vielen Gründen für fatal. Der Patientenstatus ist für viele Betroffene ein wichtiger Schutz. Kundenorientierung steht oft genug im Dienste der Einsparung und gerät dann zum Nachteil der Patienten, denn sie haben keine freie Wahl wie in einem Kaufhaus, kein Umtauschrecht, oft keine wirklichen Reklamationsmöglichkeiten, keine Kundenkarte. Weitere Argumente in: *H. Petzold, Ch. Petzold*, Kunden ohne Kundenkarte, Zeitschrift für Caritaswissenschaften 10 (1997) 463-480.

46 Oft werden die Anliegen der Patienten von Therapeuten umdefiniert, um zu den »eigentlichen Problemen« zu kommen. Vgl. *Perls, F.* 1969, 53, zitiert Anmerkung 31 »A good therapist doesn't listen to the content of the bullshit the patient produces«. Bei Freud scheint die Erinnerung des Arztes der des Patienten stets überlegen. Im Streit über Erinnerungen, »ob und wie er (der Patient- s.c.) etwas einzelnes gesagt habe, bleibt der Arzt zumeist im Recht« (Ratschläge, 1912, a.

a. O., S. 273, vgl. auch »Über fausse reconnaissance« ebenda, S. 233). Für die partnerschaftliche Ebene der Therapie gibt es da keine Chance.

47 Besonders in den sechziger Jahren findet man diesen Technizismus; vgl. als Beispiel, D.L. Whaley, R. W. Maloff, Elementary principles of behavior, Behaviordelia, Edwards Brothers, Michigan 19693 oder A. Goldstein, E. Foa, Handbook of behavioral interventions, Wiley, New York 1980.

48 Vgl. besonders die »aversive control« mit »electric shocks« - eine alte Sache, die man im Ersten Weltkrieg bei Kriegsneurotikern exzessiv einsetzte (vgl. Freud 1920, a. a. O., Anmerkung 21) - oder aversiv wirkender Medikation (D.C. Rimm, J.C. Masters, Behavior therapy Techniques and empirical findings, Academic Press, New York 1974, 354ff) aber auch Reizkonfrontations- und Expositionstechniken, wie sie heute in der Angst- und Traumatherapie gängig sind, vgl. Margraf, J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2. Bde., Springer, Berlin 1996.

49 Vgl. F. Perls (zit. Anmerkung 31,1969) als ein böses, menschenverachtendes Beispiel (Der Patient wird von ihm als »ninecompoop« bezeichnet, als »pompous ass«, und die Gruppe lacht mit!)

50 Pohlen, M., Bautz-Holz Herr, M., Psychoanalyse - Das Ende einer Deutungsmacht, Rowohlt, Reinbek 1994 oder R. Castels Arbeit (Le psychanalyse, Paris 1973) machen das deutlich. Aber lassen wir Freud selber zu Wort kommen: »Wir wissen natürlich lange noch nicht alles, was wir zum Verständnis des Unbewussten bei unseren Kranken brauchen. Nun ist es klar, dass jeder Fortschritt unseres Wissens einen Machtzuwachs für unsere Therapie bedeutet« (Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie,1910, a. a. O., S.123, meine Hervorhebung). Freud erwartete für die Psychoanalyse in der Gesellschaft einen starken Zuwachs an »Autorität« (ebenda, S.127). »Die einschneidenden Wahrheiten wurden endlich gehört und anerkannt ... Es ist bisher noch immer so gegangen, und die unerwünschten Wahrheiten, die wir Psychoanalytiker der Welt zu sagen haben, werden das selbe Schicksal finden« (ebenda, S.129, meine Hervorhebung