

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Ausgabe 04/2011

Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Kritische Überlegungen zu Therapie und Gerechtigkeit, „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“*

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, Amsterdam, Paris**

*(rev. Neueinstellung von 2003i)***

* 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, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

* Aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, dem Institut St. Denis, Paris, dem Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems.

**Korrigierte Wiedereinstellung der e-Version des MS 2003i, weil das Thema immer noch wichtig ist – es hat sich seit 2003 kaum etwas getan. Vgl. jetzt unser Buch: *Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a):* Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.

1. Die Frage nach der Gerechtigkeit in der Psychotherapie im kritischen Blick

Die Frage: „Wird Psychotherapie Menschen **gerecht**?“ kann und muss auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Sie kann auf die Situation der PatientInnen, die der Angehörigen (sie werden allzu oft ausgeblendet) gerichtet sein und natürlich auf die Situation der PsychotherapeutInnen selber oder auch auf die der Psychotherapieforschung und der Kostenträger. Sie muss aber, da Psychotherapie auch eine kulturkritische Funktion hat und aufgrund ihrer in der Praxis der „Menschenarbeit“ gewonnenen Erkenntnisse an der Humanisierung von Gesellschaft mitzuarbeiten aufgerufen ist, den Bogen auch weiter spannen und über das Wesen „Mensch“ nachsinnen. Wie könnte Sie ihm sonst „gerecht“ werden? Eine solche, auch umfassender in den Bereich einer „klinischen Philosophie“ (Petzold 1991a/2003a, 2005t) ausgreifenden Perspektive liegt diesem Text zugrunde, der frühere Arbeiten zu diesem Thema fortführt (idem 2000a, 2003d, e), zumal die Ausgangsfrage anthropologische und ethische bzw. normative Überlegungen genauso einbeziehen muss, wie sie eine Betrachtung der verschiedenen Praxen erforderlich macht. Es geht dabei letztlich um die *Diskurse* einer „**gerechten Therapie**“, um „**Just therapy**“ und zugleich um die *Praxis* „**engagierter Psychotherapie**“, und die erfordert von jedem einzelnen Psychotherapeuten, jeder Psychotherapeutin sowie von allen „*psychotherapeutic communities*“ – ganz gleich welcher „Schule“, Richtung, Orientierung - einen unbeirrten und nachhaltigen Einsatz: Einsatz für unsere PatientInnen, KlientInnen, die ja unsere PartnerInnen in der Arbeit sind (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), Einsatz im Bereich der Gesundheitspolitik und Prävention, für gesundheitsfördernde und Schäden verhindernde, gesellschaftliche Verhältnisse, zu denen die Psychotherapie beitragen muss wie alle anderen „*life sciences*“, wie jede humanwissenschaftliche Disziplin. Unser Einsatz muss auch für die wissenschaftliche und praxeologische Qualität unserer eigenen Profession erfolgen und für die Bedingungen unserer Arbeit, die gewährleisten müssen, dass man unter ihnen *gute Psychotherapie* oder Soziotherapie oder Gerontotherapie machen kann (Petzold, Müller 2005). Und damit steht man mitten im Prozess von „Kritik“. All diese, die Ausgangsfrage umgebenden Bedingungen müssen aus einer Abständigkeit, einer „Exzentrizität“ betrachtet werden, um Kontexte mehrperspektivisch zu erfassen und zu verstehen und diese zu *problematisieren*. Kritik hat mit *Beobachtung* und *Bewertung* zu tun:

Kritik die; -, -en <gr.-lat.-fr.>: 1. [wissenschaftliche, künstlerische] Beurteilung, Begutachtung, Bewertung. 2. Beanstandung, Tadel. 3. a) kritische (1 a) Beurteilung, Besprechung einer künstlerischen Leistung, eines wissenschaftlichen, literarischen, künstlerischen Werkes (in einer Zeitung, im Rundfunk o. Ä.); b) (ohne Plural) Gesamtheit der kritischen Betrachter (Fremdwörterduden 2002).

Kritik hat aber auch – und es ist dekuvierend, dass diese Bedeutung nicht mit aufgeführt ist – mit der vernunftgeleiteten und der moralischen Beurteilung gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse zu tun als „Kulturkritik“, „Gesellschaftskritik“, „Systemkritik“. **Kultur** – auf der Makro- wie auf der Mikroebene - erwächst in wichtigen Bereichen aus der „Kritik“, auch die Kultur eines spezifischen Feldes wie das der Psychotherapie. Natürlich ist in diesem Kontext keine Auseinandersetzung mit dem Kritikbegriff seit *Platons Sophistes*, dem aufklärerischen, dem *Rousseauschen* Konzept von Kulturkritik oder dem *Marxschen* und *Freudschen* oder poststrukturalistischen intendiert, sondern es wird aus unserer Kulturtheorie eine knappe Kulturdefinition herausgeschnitten:

„Eine Kultur ist ein Gesamt von archivierten und tradierten kollektiven Wissensständen, Kenntnissen, Erfahrungen, Techniken und ihrer aktual vollzogenen Umsetzung in kollektiven bzw. kollektiv imprägnierten Kognitionen, übergreifenden emotionalen und volitiven Lagen und Lebenspraxen von Gruppen und Einzelpersonen“ (Petzold 1975h, 1998a, 244; 2005v).

Diese Definition mag als Leitlinie dienen für den Ansatz von „Kritik“. Sie hat nämlich all dieses in den Blick zu nehmen, bei jeder Gruppe, auf die sie sich richtet mit der Zielsetzung, das Kritisierte konstruktiv voranzubringen.

„**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 *Exzentrizität*, aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit) und des *Kommunizierens* der dabei gewonnenen Ergebnisse 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).

Die in dieser Definition gegebenen Maßstäbe erscheinen für eine kritische Betrachtung von „Kultur“ – in diesem Zusammenhang etwa der „Kultur von Psychotherapie“ in „*psychotherapeutic communities*“ – gut begründbar und legitimierbar. Dabei muss man sich darüber klar sein, dass Kritik immer auch bedeutet, ein „Wahrheitsregime“ (Foucault 1983a, b) anzugreifen, einen Konsens darüber, was geht oder nicht geht, sein darf oder nicht sein darf, und dass man als Angehöriger einer „*community*“ selbst in diesem Wahrheitsregime steht, ihm unterworfen ist. Man ist von der Anerkennung der Anderen abhängig, macht sich mit der Kritik, mit dem Aussprechen einer „anderen Wahrheit“, mit dem offenen Sagen *seiner* Wahrheit angreifbar, riskiert also mit dieser *Parrhesie* in Gefahr zu geraten, wie Sokrates in Gefahr geraten ist, als er als Bürger von Athen den anderen Bürgern die Wahrheit sagte.

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

Foucault (1983a, b, 1992, 1994, 1996) hat diesem Thema intensive Gedankenarbeit gewidmet.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich verschiedene Ebenen und Konstellationen, unter denen das „Gerecht-Werden“ betrachtet werden muss:

- vier **individuumsgerechte Mikroebenen**

- Wird der Therapeut dem Patienten gerecht?
- Wird der Therapeut den zentralen Bezugspersonen/Angehörigen des Patienten gerecht?
- Wird sich der Therapeut als Person und Professional gerecht?
- Wird der Patient dem Therapeuten gerecht?

- vier **strukturelle Mesoebenen**

- wird das professionelle System (berufsverbandliche und schulenspezifische Normen) dem Patienten gerecht?
- wird das professionelle System dem Therapeuten gerecht?
- werden therapieschulenspezifischen Theorieannahmen bzw. Ideologeme den PatientInnen gerecht?
- werden sie den TherapeutInnen gerecht?

- vier strukturelle Makroebenen

- Wird das Heilkundesystem, das System des Gesundheitswesens (Gesetze, Verordnungen, Leistungen) dem Patienten gerecht?
- Bekommt er die Hilfe, die er braucht und die ihm zustände?
- Wird dieses System dem Therapeuten gerecht? Hat er gerechte und angemessene Arbeitsbedingungen?
- Haben PatientInnen mit psychischen Erkrankungen und Störungen im öffentlichen Bewusstsein die Akzeptanz, die kranken Menschen zusteht?
- Haben Psychotherapeuten im öffentlichen Bewusstsein eine „informierte Wertschätzung“, die ihrem Tun gerecht wird (und z. B. nicht auf einem „Analytiker-Mythos“ gründet)?

Man muss diese Ebenen im jeweiligen Kontext untersuchen und reflektieren, immer wieder, bei jeder Therapie – und die Kontexte auf der **Mikroebene** sind in der Arbeit mit Frauen oder Männern, alten und jungen PatientInnen, Menschen aus benachteiligten Schichten oder aus der gehobenen Mittelschicht, aus fremden Ethnien, uns befremdlichen „*life styles*“ sehr verschieden. Das trifft natürlich auch für **Mesoebenen** zu: Arbeite ich als „approbierter, kassenzugelassener Therapeut“ in einem Richtlinienverfahren oder muss ich als qualifiziert ausgebildete Therapeutin in einem der vielen traditionsreichen, aber nicht anerkannten Verfahren (Psychodrama, Gestalttherapie, Integrative Bewegungstherapie) ohne Kassenzulassung mit Selbstzahlern arbeiten? Und natürlich spielen die Verhältnisse auf **Makroebenen** eine einflussreiche Rolle, denn sie sind zum Teil in Deutschland anders als in der Schweiz, den Niederlanden oder in Österreich, trotz vieler Ähnlichkeiten, die es natürlich auch gibt.

Auf all diesen Ebenen muss man sich mit Strukturfragen auseinandersetzen und das möglichst unter *Beteiligung aller Beteiligten*, die von diesen Fragen betroffen sind, mit ihnen wird man immer wieder „Positionen“ gewinnen müssen. Nur dann wird man sich dem Ziel „gerechter Verhältnisse“, dem Ideal von „Just therapy“ annähern. Für mich gewann ich in der Auseinandersetzung mit vielen dieser Fragestellungen und Positionen – was eigentlich „Grundorientierungen“ seien (Petzold 1993h), warum es nicht nur „zwei Grundorientierungen“, sondern eine „plurale Psychotherapie“ (idem 1992o) geben müsse usw. – in mehr als dreißig Jahren in immer wieder wechselnden Konstellationen und Kontexten eine wichtige Erkenntnis: Diese Themen können nie abschließend behandelt werden, sondern erfordern eine permanente, gleichsam „institutionalisierte“ Reflexion und Metareflexion. Sie bedürfen permanenter Diskurse auf Mikro-, Meso- und Makroebenen. Sie verlangen öffentliche Diskurse, und mit diesen meinen Texten liefere ich dazu (wieder einmal) einige Beiträge und Anregungen, hoffentlich „weiterführende Kritik“.

In dem komplexen Themenkonvolut, das dieser Bereich mit sich bringt, war mir das Thema der persönlichen Rechenschaft immer besonders wesentlich, weil sich für mich hier der unmittelbarste Ansatzpunkt ergibt – hier kann der Einzelne „bei sich beginnen“ –und dabei *Foucaults* Frage aufrufen: „Um welchen Preis sagt die Vernunft die Wahrheit?“ (idem 1983 a). In ihr liegt ein beunruhigendes Problem, das sich jedem Parrhesiasten stellt, der eine Wahrheit sagen *will*, aber auch jedem Patienten, der unter dem Zwang der *Freudschen* „Grundregel“ (Petzold 2000a) die Wahrheit sagen *muss*, nämlich die Frage des Preises. Was muss ich dafür zahlen, was kommt auf mich zu, was ist die „Quittung“ meines Wahrsprechens? Jedem Therapeuten unter dem „Zwang“ des humanistisch-psychologischen „*self disclosure*“ mit dem von *Fritz Perls* bis *Ruth Cohn* vertretenen Postulat „*to be oneself every moment*“ stellen sich diese Fragen. Und es tauchen hier noch andere Fragen auf.

Foucault (1996, 26) benennt eine sehr klar: „Mein Problem ist die Beziehung von Sich zu Sich und das des Wahrheit-Sagens.“ Dahinter steht *Nietzsches* Frage: „Wer spricht?“, *Foucaults* Frage nach dem Autor, *Bakhtins* Frage nach den inneren Personen im eigenen Selbst, von denen so manche „aus uns sprechen“ können, ohne dass wir uns dessen immer bewusst sind – ein Thema, mit dem sich der Integrative Ansatz in seiner Persönlichkeits- und Narrationstheorie (*Petzold* 2003g) ausführlich auseinandergesetzt hat (idem 2005v). Es gibt offenbar verschiedene Seiten, Identitätsfacetten, Rollen in uns, durch die es uns leicht fällt, eine Wahrheit zu sagen, und es gibt andere, in denen es uns überhaupt nicht leicht fällt, und wo wir das Gefühl bekommen, eventuell einen hohen Preis zahlen zu müssen und natürlich spielen immer die AdressatInnen eine Rolle, wem etwas gesagt werden soll – der jungen, neuen Kollegin in der Klinik oder der älteren Analytikerin, auf deren Couch man liegt. Kurz einige Beispiele aus der Mikroebene.

Patient: Was kann ich in meiner Männerclique sagen, aber nicht meiner Frau [ein heißer Seitensprung]? Was kann ich meinem Freund sagen, aber nicht meinem Boss [dass ich die Scheißarbeit nicht wirklich mache]? Was kann ich eigentlich niemandem sagen, außer meiner Therapeutin – nein, der auch nicht, vielleicht einem Therapeuten [sexuell-sadistische Wünsche]? Wieviel oder wie wenig sage ich wem von meinen Ängsten, wenn die Herzenge wieder zuschlägt, diese verfluchte Angina pectoris? Und wer spricht da jeweils, was spricht aus mir?

Therapeut: Werde ich diesem Patienten *gerecht* mit seiner „Seitensprungmentalität“, mit seiner „Leistungsverweigerung“, mit seinen aggressiv-sadistischen Wünschen, diesem Mann, der sich mit seinem hausgemachten Stress zum Infarkt treiben wird? Werde ich ihm gerecht, wenn all das meinen Wertesystemen nicht entspricht? Wie offen kann ich sein? Wann spreche ich als Privatmann, wann als Professional, halte ich das gut genug auseinander? Wo kann ich, muss ich, kritisch sein und wie kann ich gewährleisten, dass es „weiterführende Kritik“ wird, die dem Patienten und seiner Problemsituation und seiner Erkrankung *gerecht* wird?

Wesentlich ist, dass sich ein Therapeut/eine Therapeutin bei solchen Fragen der *strukturellen* TherapeutInnenmacht bewusst bleibt, die als Deutungsmacht, als Statusmacht, als Medizinalmacht PatientInnen immer in eine Unterlegenheitsposition bringen, in denen sie wenig Chancen haben „Recht“ zu bekommen. Ich habe in erschreckender Häufigkeit als „Anschlusstherapeut“ – im zweiten, dritten Versuch angesteuert oder als Supervisor oder als Kommissionsmitglied oder als relativ bekannte Therapiekoryphäe angeschrieben – PatientInnen erlebt, die von ihren TherapeutInnen gekränkt, gedemütigt, abhängig gemacht worden waren. Es waren durchweg glaubhafte Berichte über **Unrechtserfahrungen**, bei denen die Betroffenen niemals eine Chance hätten, vor Gericht, einem Ehrengericht, einer Ethikkommission „Recht“ zu bekommen, weil Unsensibilität, Gleichgültigkeit, Herzlosigkeit, subtile Verbalsadismen usw. nicht objektivierbar sind, sondern in der Hermetik des Therapieraumes geschehen – selbst bei massiven Übergriffen, die eindeutig strafrechtliche Konsequenzen haben würden, scheitern Betroffene immer wieder an der „Aussage-gegen-Aussage Situation“. Hier müssen Selbstkontrolle und kollegiale Kontrollen, Supervision oder Intervision als institutionalisierte Hilfen für PatientInnen und TherapeutInnen auf der Mikroebene zu einer professionellen Selbstverständlichkeit werden, wobei auch diese „prekär“ werden können.

Prinzipiell wird für TherapeutInnen eine metareflexive Arbeit zum „Thema Kritik“, zu „Kritik und Selbstwert“, zu „Stilen“ des Umgangs mit Kritik bzw. mit Selbstkritik erforderlich und eine willentherapeutische Arbeit an der Bereitschaft, Kritik zu hören, anzunehmen, als „weiterführend“ zu bewerten und zu nutzen. Metadiskurse steigern die Chancen, dem Patienten gerecht zu werden. TherapeutInnen haben es da nicht einfacher als andere Menschen, manche haben es wahrscheinlich sogar schwerer. Dabei wurde mir in Supervisionen und Kontrollanalysen immer wieder deutlich, dass

brüchiges, verletztes Selbstwertgefühl verhindert, kritikfähig zu sein, und dann muss dieses Problem bearbeitet werden, um dem Patienten und letztlich auch seinem Therapeuten „gerecht“ zu werden. Machtdiskurse, Unrechts-/Gerechtigkeitserfahrungen, Kritikfähigkeit und –bereitschaft (auch dem eigenen Ansatz, den eigenen Positionen gegenüber), wären eigentlich zentrale Themen von Supervisionen und besonders Kontrollanalysen, aber die Themen fehlen dort weitgehend und in der ohnehin nur schulenimmanenten und höchst mageren Literatur zur „Kontrollanalyse“, sind sie offenbar ohne Relevanz, man sucht nach ihnen vergebens (*Petzold 1993m*). Dabei zeigen sich die Konsequenzen solcher fehlenden, konzeptkritischen Diskurse bis in die Ebene behandlungspraktischer Interventionen. Ich denke da an „konfrontative Strategien“, mit denen z. B. klassische GestalttherapeutInnen, aber auch PsychoanalytikerInnen oft leicht, zu leicht zur Hand sind (zuweilen sogar mit der Qualität des punitiven Agierens gesellschaftlicher Anpassungsnormen, ganz konträr zu den emanzipatorischen Zielen, die so oft beschworen werden: Der soll sich nicht so gehen lassen, der muss Verantwortung übernehmen, der darf nicht weiter verleugnen, der muss die unbequeme Wahrheit hören und annehmen etc.). Das wird vielen PatientInnen nicht gerecht. Es wird bei diesen Beispielen auch deutlich: „*Gerecht werden*“ kann nicht einseitig festgesetzt werden, sondern muss diskursiv ausgehandelt werden.

Dabei muss man auf jeden Fall einen Blick auf die Mesoebene der schulenspezifischen Theoreme, Ideologien, Mythen und (ggf. dysfunktionalen) Praxen werfen, was wir in vielen Publikationen getan haben, z. B. in unserem Buch „Die Mythen der Psychotherapie“ (*Petzold, Orth 1999*). Die eigenen Maßstäbe oder die meiner Therapieideologie (und Therapieformen sind im Sinne von *Karl Mannheim* „Ideologien“!) können dabei nicht die allein maßgebliche Richtschnur sein, sondern sie müssen hinterfragt werden. Es geschieht nämlich immer wieder, dass kollegiale Kontrollen, „Fallbesprechungen“, schulenspezifische Supervision usw. „zu Lasten von PatientInnen“ geht, indem diese Instrumente Vorurteile, Fehlmeinungen und -strategien eines Ansatzes noch verstärken, wenn etwa „der Supervisor“ oder „das Team“ meint, „man müsse seine (des Patienten) Anspruchshaltung frustrieren“, seinen „Widerstand konfrontieren“, dann ist ein Patient, dessen Bedürftigkeit nicht gesehen wird oder sie auch abgewehrt und abgewertet wird, einem „System gnadenloser Strategien“ völlig hilflos ausgeliefert. Ich habe Menschen gesehen, die verschlimmert, beschädigt, zerstört von Aufhalten in psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken zurückgekommen sind, beschädigt durch Ideologien „unbarmherziger Abstinenz“, von bornierter Überzeugung der Deutungshypothesen einer ganzen Abteilung.

Ich bringe hier das Beispiel einer zunächst wegen depressiven Störungen ambulant behandelten, 38-jährigen Patientin, *Annegret*, die auf Betreiben und mit Unterstützung ihres Psychotherapeuten (Internist, psychotherapeutisch fortgebildet, Zusatztitel) in eine tiefenpsychologisch [psychoanalytisch] ausgerichteten Klinik aufgenommen wurde, wo sie dann die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhielt. In der Klinik war man bald der Meinung, die Patientin, investiere nicht genug in ihr Gesundwerden, sie müsse „noch viel mehr bringen“, wobei nicht gesehen wurden - durch therapieideologische Vernageltheit – dass ihr hätte „etwas gebracht“ werden müssen, weil ihr *Unrecht widerfahren* war. Sie hatte immer – zu viel, zu früh, zu schweres – bringen müssen, und jedes Mal war „ein Mal zu viel“. Jetzt hatte sich das in der psychotherapeutischen Abteilung wiederholt mit der Konsequenz eines massiven Suizidversuchs der Patientin, weswegen sie in die geschlossene Station eines Landeskrankenhauses verlegt wurde. Sie sei in der Klinik nicht mehr haltbar. Zur Therapeutin „auf der Geschlossenen“ [meiner

Supervisandin] sagte sie dann weinend: „Ich bin froh, da weg zu sein. Das war wie Gehirnwäsche. Die haben mich fertig gemacht mit ihren Deutungen. Krank sei ich, weil ich den Hass auf meine Mutter nicht sehen wolle. Von allen Seiten kam das. Meine Mutter war immer eine kranke Frau, deshalb war sie in meiner Jugend oft schlimm. Als ganz kleines Kind, da ging es, da war sie noch nicht krank, aber dann ... , aber ich hasse sie dafür doch nicht. Ich bin traurig darüber. Wie kann man eine alte, kranke Frau hassen? Der Analytiker und die Gruppe haben immer gesagt, ich will meinen Hass nicht zulassen und könne deshalb nicht gesund werden. Aber ich bin nur traurig darüber und bin immer verzweifelter geworden, bis“ Die Patientin wäre fast verblutet.

In der ambulanten Anschlussbehandlung, nach einem zweimonatigen stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, die die BPS-Diagnose nicht übernahm, erfolgte die Weiterbehandlung, durch die Vermittlung meiner Supervisandin, bei einer ärztlichen Psychotherapeutin (Kombinationstherapie Medikation, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, später Lauftherapie), gleichfalls eine Supervisandin von mir, weil es auch intendiert war, dass ich die Supervision weiterführte – im *informed consent* mit der Patientin (wir halten das für unerlässlich, *Petzold, Rodriguez-Petzold 1996!*). Es besserte sich in dieser Behandlung die depressive Störung der Patientin nachhaltig, so dass sie nach einem Jahr symptomfrei war.

Bei PatientInnen aus Psychoanalyse, Gestalttherapie und bestimmten „systemischen Richtungen“ ist mir diese Problematik der „Überwältigung von PatientInnen“, des Zwanges in (eindimensionale) Deutungsfolien besonders häufig begegnet und das hat etwas mit den Therapieideologien und -praxen dieser Verfahren zu tun (die psychoanalytische „Objekt-Sprache“, die gestalttherapeutische „*skillful frustration*“ oder der Zwang „im Kontakt zu sein“, die paradoxen Verschreibungen, Aufstellungen, Festlegung von „Indexpatienten“ durch Systemiker usw. bergen *verfahrensstrukturelle* Risiken). Ich habe zahlreiche ausführliche Patientenzuschriften und Korrespondenzen in unserem Buch „Therapieschäden“ (*Märtens, Petzold 2002*) ausgeführt, die genau diese Problematik zum Gegenstand haben. Von PatientInnen von GesprächstherapeutInnen oder Integrativen TherapeutInnen habe ich solche Zuschriften nicht erhalten und in meiner supervisorischen Praxis solche Phänomene nur selten gefunden (aber immerhin, es gab sie), obgleich ich mit diesen Gruppen recht häufig Kontakt hatte und habe. Bei solchen „unguten Geschichten“ aus diesen Therapiebereichen hatte ich eher den Eindruck, dass es keine ideologiestrukturellen Probleme waren, sondern die Probleme der TherapeutInnen, die hier zum Tragen kamen. Wo aber beides, dysfunktionale Therapieideologie und inadäquates TherapeutInnenverhalten, zusammenkommen, haben PatientInnen schlechte Chancen.

Ich kann deshalb Therapeuten und therapeutischen Teams nur sehr dringend raten, die Konzepte und Strategien, deren sie sich besonders sicher sind, die sie besonders häufig anwenden, auch besonders kritisch unter die Lupe zu nehmen, auch wenn sie „erfolgreich“ erscheinen. PatientInnen bringen oft hohe Anpassungsleistungen bis hin zu „Identifikationen mit dem Aggressor“ (Therapeut, Team, Klinik).

Ein höchst gravierendes Problem dabei besteht, ich kann es nicht oft genug unterstreichen, eben darin, dass das Thema „**Unrechtserfahrungen**“ bei all diesen „Schulen“ zu wenig, wenn überhaupt, thematisiert, theoretisch reflektiert und praxeologisch/behandlungsmethodisch ausgearbeitet wurde. Damit besteht auch kein hinreichendes Sensorium für das Gerechtigkeitsproblem oder eine Sensibilität für eigene Majorisierungs- und Überwältigungstendenzen, geschweige denn, dass es Behandlungskonzepte zu diesen Fragestellungen gäbe.

Man tut doch Gutes und fragt sich ganz einfach nicht, ob man den PatientInnen „gerecht wird“ – und das ist eine tiefgreifendere Frage als die nach der „Passung“ –, und noch viel weniger fragt man sich, ob man nicht durch das eigene Verhalten oder gar seine Haltungen oder auch durch seine Therapieideologie ihm/ihr „Unrecht“ tut. Nun ist natürlich auch klar, dass Therapieideologien von Therapieschulen nicht monolith sind, genauso wie die Schulen selbst. In den modernen Spielarten der traditionellen Psychotherapien ist vieles zu finden. Wenn man in die **Mesoebene** der Therapieideologeme schaut, wird man ein breites Spektrum von Auffassungen finden, so dass generalisierte Kritiken an „der“ Psychoanalyse, wie sie das „Schwarzbuch der Psychoanalyse“ (Meyer 2005) ausbreitet, sehr schwierig sind. Auch Freud-Kritik gerät oft in das Problem des „Freud-bashing“, ein „Abwatschen“ des Gründervaters mit Angriffen, die schon tausendmal vorgetragen wurden und – ob gerecht oder ungerecht – irgendwann einmal aufhören sollten, ... sollte man meinen. Natürlich muss man Freud gerecht werden, und seine Ideologeme und Erkenntnisse im Kontext des Geistes seiner Zeit, der jeweiligen Zeitgeistströmungen sehen und werten. Im Rahmen der Thematik dieses Textes hat das „*Être juste avec Freud*“ Derridas (1992) Gewicht. Das Problem der Freud- und der Psychoanalysekritik – als gleichsam „unendliche Geschichte“ – liegt allerdings darin, das alte und schon vielfach als problematisch ausgewiesene Positionen immer wieder in der psychoanalytischen Bewegung neu vorgetragen werden, also nicht als „erledigt“ gelten können, sondern immer aufs Neue Widerspruch herausfordern und erfordern, zumindest, wenn Positionen vertreten werden, die die Behandlung von Patienten betrifft. Wenn Freud anlässlich seines 150. Geburtstages zum „Vollender der europäischen Aufklärung“ (Kalberer 2006) stilisiert wird, der Kant „radikalisiere“, und „ob Krieg oder Religion, ob Kreativität oder Aggression – ... plausible Erklärungen dieser Phänomene“ liefere (ibid. 49), dann muss man auf solche fragwürdige Positionen nicht reagieren. Wenn er als „einer der größten Schriftsteller“ (Ebel 2006) herausgestellt wird – und er war in der Tat ein brillanter Stilist –, so ist das eine weitere Blüte in den Bouquets der Freud-Hagiographie. Wenn aber das „neurowissenschaftliche Unbewusste“, verstanden als die Prozesse „unbewusster Informationsverarbeitung“ (Perrig et al. 1993) mit dem Freudschen Unbewussten gleichgesetzt werden, wenn behauptet wird „Neurowissenschaften bestätigen“ Freuds Konzeption (Kalberer 2006), dann müsste man in einen differenzierenden Diskurs eintreten, weil diese Behauptungen die Mesoebene der für therapeutische Arbeit handlungsleitenden Konzepte berühren und eine solche Aussage ja bedeuten würde, die Neurowissenschaften bestätigten die Verdrängungstheorie, die Theorie des Widerstandes und der „Übertragung“ etc. – und das kann man nicht behaupten. Noch stärker wird man zur Auseinandersetzung aufgerufen, wenn prominente Psychoanalytiker der Gegenwart die „Zeit stehen lassen“ und den Freudschen Diskurs 2006 in basaler Schlichtheit fortschreiben. Dann muss dieser Diskurs durchaus an solchen „aktuellen Orthodoxien“ strittig diskutiert werden. Wenn Antonello Sciacchitano (2004a, b), profiliertes Mailänder Psychoanalytiker meint, „... die Psychoanalyse interessiert sich nicht für das Sein des Menschen, sondern für sein Wissen. Wer der Mensch ist, diese Frage überlässt sie der Philosophie oder Anthropologie“ (idem 200b, 29), um dann sofort mit anthropologischen Aussagen fortzufahren: „Ganz besonders interessiert sie sich für das unbewusste Wissen als das Wissen, von dem der Mensch noch nicht weiß, dass er es weiß“ (ibid.), dann kommen wir an Ideologeme der Mesoebene, bei denen wir fragen müssen: Werden diese den Menschen, die mit Leiden und Störungen in eine Therapie kommen, gerecht? Natürlich sind Sciacchitanos Aussagen klare Freudsche Positionen, denn Freud verlangt vom Neurotiker: „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“ (Freud, Die psychoanalytische Technik, 1940, StA 1975, S. 413). Bei Sciacchitano wird das in klassischer Manier ausgeführt: „Nehmen wir den Ödipuskomplex, wenn ich weiß, dass ich meinen Vater umbringen will, dann weiß ich, dass ich in jeder beruflichen oder privaten Tätigkeit scheitern will, um mich für diesen Wunsch zu bestrafen ... Um Zugang zu diesem Wissen zu bekommen, bedarf es einer langen und harten analytischen Arbeit. Alles im Patienten sträubt sich dagegen, und doch kann ihm *nur geholfen werden*, wenn er lernt, diesen unbewussten Wunsch zu akzeptieren“ (Sciacchitano 2004b, meine Hervorhebung, hier wird eine ähnliche Position vertreten, die die oben erwähnte Patientin *Annegret* erleiden musste). Unter diskursanalytischer Betrachtung wird ein solches Konzeptualisieren als ein **Diskurs** der *Pastormacht* (Foucault) erkennbar, der Unterwerfung des Subjekts (= harte analytische Arbeit), das darauf geeicht wird, seiner vernünftigen Reflexivität zu misstrauen und sich darauf einzulassen, ein obskures Konzept für wahr zu halten, zu „glauben“ (Dauk 1989). Konstruktionen eines vermeintlichen Erinnerungswissens, bar jeder verlässlichen Abstützung durch Erkenntnisse der psychologischen und neurobiologischen Gedächtnisforschung werden hier angeboten, werden zur Grundlage von Heilungsprozessen gemacht (Sciacchitano 2004a). „Es gibt eine therapeutische Wirkung der Psychoanalyse. Doch geht es ihr nicht in erster Linie um Heilung, sondern um Wissen. Die Heilung ist ein Nebeneffekt: Je mehr ein Mensch weiß, desto weniger leidet er“ (idem 2004b, 29). Fürwahr eine steile These. Ich habe oft durch mehr Wissen auch mehr gelitten. Und die Frage stellt sich hier: Wird man mit einer solchen Konzeption PatientInnen *gerecht*? Liegt hier nicht eine dysfunktionale Therapieideologie vor – und der Autor steht ja nicht nur im Kern der *Freudschen* Tradition, er gibt auch keine Außenseiterposition wieder, sondern eine Mainstreamauffassung – eine Ideologie, bei der man sich fragen muss, mit welcher Legitimation ein solches Verfahren zum kassenfinanzierten „Richtlinienverfahren“ werden konnte und es immer noch bleibt, obgleich diese Selbsteinschätzung über den „Nebeneffekt Heilung“ auch durch die mageren Ergebnisse der Psychotherapieforschung bestätigt wird, die solche traditionelle psychoanalytische Praxis negativ auszeichnet, wie Grawe (et al. 1994, idem 2004, 2005a) nicht aufhört zu betonen und er steht ja hier nicht allein. Aber der Mangel wird als Tugend hingestellt: „Das unterscheidet die Psychotherapie von der Psychoanalyse: Das einzige Ziel der Psychotherapie ist es, dass es dem Patienten wieder besser geht“, so Sciacchitano (2004b), um dann arrogant-abwertend fortzufahren, „dass er wieder besser *funktionieren* kann. Die Psychoanalyse hingegen will dem Menschen helfen, sein Leiden zu verstehen [die meisten Psychotherapien wollen das übrigens auch! H.P.] und vertraut darauf, dass dies – als *Nebeneffekt* – ebenfalls zu einer Linderung des Leidens führt. Doch will sie nicht, dass der Patient einfach wieder gut funktioniert. Deshalb hatte und hat sie Feinde. Sie ist nicht anpasserisch, sie *verweigert schnelle Hilfe* und bietet einem Patienten die Möglichkeit, sein Leben von Grund auf zu überdenken und *neu zu erfinden*“ (ibid. 29, meine Hervorhebungen). Mit keinem Wort wird von PatientInnenauftrag und PatientInnenwillen geredet. Das Vertrauen auf den „Nebeneffekt“ sollte durch Wirksamkeitsforschung begründet sein. Kein Wort davon. Und welche Menschen mit schweren Störungen, Leiden und desolaten sozialen Situationen, und um die sollte es in der Psychotherapie doch primär gehen, haben schon die Möglichkeit, ihr Leben „neu zu erfinden“. Eine solche Position kann doch nur als zynisch bezeichnet werden, oder vielleicht auch nicht? Denn: „Nicht jeder der Neurotiker, den wir behandeln, mag des Aufwands der Analyse würdig sein, aber es

sind doch sehr wertvolle Personen unter ihnen“, so S. Freud (Die Frage der Laienanalyse, 1926, StA, S. 313).

Wird man so PatientInnen gerecht? Manchen offenbar. Sie schreiben das dann auch. „Ich lag rund zehn Jahre auf der Couch. Und ich dachte: Ich schreibe einfach mal darüber, was da so abgeht. Und da merkte ich plötzlich: Ich erinnere mich an fast nichts mehr“, so Steffan Zweifel (2006, 29) nach 600 Stunden. Nun dass man „sich nicht mehr erinnert“ ist nichts Ungewöhnliches. Viele Analysanden von Freud haben dieses Phänomen berichtet (vgl. die Beispiele bei Roazen 2005 oder Pohlen 2006). Damit wird natürlich auch die – ohnehin problematische These – über Analysen fragwürdig: „Je mehr Erinnerungen zum Vorschein kommen, desto mehr nähert man sich der geschichtlichen Wahrheit an, ohne sie jemals ganz zu besitzen. Die Aufgabe der Analyse ist unendlich“ (Sciacchitano 2004b). Aber ist solche Wahrheit, – so sie denn gewonnen werden kann, was im Lichte der Gedächtnisforschung bezweifelt werden muss (Loftus 1989, 1996; Schacter 1999) –, heilsam? Zuweilen, vielleicht, als Nebeneffekt oder wie?

Zweifel (2006, 20), von der Psychoanalyse sehr überzeugt („Ich ... kann mir nichts Schöneres vorstellen, als ein Leben lang auf der Couch zu liegen“ (die Analyse ist eben „unendlich“!)), beschreibt die Effekte:

„Hinter mir der Analytiker – unsichtbar. Diese Wand wird zum Spiegel, auf dem ich meine Projektionen erblicke. Mal ist der Analytiker die Mutter, mal der Vater, dann die Freundin oder ein Professor auf der Uni. An ihm arbeite ich meine Probleme mit diesen Figuren ab. Denn im Gegensatz zu den realen Figuren reagiert er 'unneurotisch'. Ich beginne ihn zu lieben“, aber „der Analytiker muss einem die Liebe letztlich verweigern. Erst so lernt man sich selbst zu lieben – genauso wie seine Symptome Ich kaue noch immer Nägel, bohre gern in der Nase, habe Schreibhemmungen. Aber es terrorisiert mich nicht mehr. Ich weiß, was alles bedeutet, Es gehört zu mir, ohne dass es mich stört. In jedem Fingernagel sitzen meine Eltern, die ich zum einen voll Lust lutsche, zum anderen abbeiße – doch sie wachsen nach. Da muss ich keine Angst haben ...“ (ibid. 30). Diese Bilanz eines Intellektuellen nach zehn Jahren Psychoanalyse ist keine Parodie. Das ist ernst gemeint! Es sieht aus, als sei der Analytiker seinem Patienten gerecht geworden.

Eine gewisse „normative Flexibilität“ wird erforderlich, eine hinlängliche Toleranz, ja eine „Wertschätzung von Andersheit“ ist von TherapeutInnen zu verlangen, was keineswegs bedeutet, ohne Standort zu sein. „Großherzigkeit“ und „*broad mindedness*“ ist ein Standort! Und mit diesen Qualitäten hat man gute Voraussetzungen, PatientInnen gerecht werden.

Das Problem gerechter und ungerechter Strukturen im Bereich der Psychotherapie und die damit verbundenen Fragen von Kritik und Parrhesie gehen, das wurde an den oben aufgewiesenen Fragestellungen und Ebenen deutlich, aber weit über individualisierende Konstellationen hinaus.

Welche Patienten bekommen welche Therapie, wie viel, wie lange, durch wen? Das sind strukturelle Fragen, Fragen nach den Bedingungen des Gesundheitssystems, den Regeln, die für Behandlungsmöglichkeiten festgelegt wurden. Welche Rechte hat ein Patient? Ich entsinne mich an einen Patienten, Lehrer, Enddreißiger mit der Diagnose einer Boderline-Persönlichkeitsstörung, der als Jugendlicher und noch einmal als Erwachsener langjährig in psychoanalytischer Behandlung war: „Die hat mir geschadet! Später habe ich mich belesen und weiß auch, warum mir dieses Verfahren, nicht nur die beiden Therapeuten, nein dieses Verfahren, geschadet hat! Das wird mir und meiner Erkrankung nicht gerecht. Ich brauche eine körpernahe Arbeit. Aber die zahlen die nicht bei der Kasse!“ Der Patient hatte nach meiner

Kenntnis seiner Krankengeschichte, seiner *Karrieregeschichte*, man kann auch von einer Odyssee sprechen, mit seiner Einschätzung recht! Er war nach der vorausgegangenen Psychoanalyse, die er über die kassenbezahlte Zeit hinaus fortgeführt hatte, verschuldet (die Probleme, besonders die Hassgefühle auf den Vater, die Loslösung von ihm seien noch nicht ausreichend „durchgearbeitet“, so sein Analytiker). Er hatte keine Mittel, eine Nicht-Richtlinien-Therapie privat zu bezahlen, Unterhaltszahlungen drückten, er war verzweifelt, suizidgefährdet. Er fand dann einen Richtlinientherapeuten mit einer Körpertherapieausbildung, der dann „illegaler Weise“ diesen Patienten „auf Kasse“ mit maßgeschneidertem Antrag, der natürlich nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entsprach (wie so oft), „tiefenpsychologisch“ - in praxi mit integrativer Leibtherapie - behandelt hat. Diese Therapie führte innerhalb eines halben Jahres zu einer nachhaltigen Besserung und wurde nach anderthalb Jahren mit einem klaren Therapieerfolg (Zweijahreskatamnese) beendet. Mit dem Vater war es zu einer Versöhnung gekommen und in der Realität zu einem guten Kontakt mit dem alten Mann – genau das Gegenteil von dem, wohin ihn sein Analytiker „zwingen wollte mit seinen Deutungen“ (so der Patient). Ich hatte diese Behandlung supervisorisch begleitet. Es geht hier nicht darum, mit „Beweiskasuistiken“ zu argumentieren, ihre Problematik ist bekannt, sondern darum, ein allgemein bekanntes Faktum zu Strukturproblemen unseres Behandlungssystems zu benennen: Die Mehrzahl der (Richtlinien)TherapeutInnen arbeitet nach der Maxime „alles was ich kann“ mehr oder weniger eklektisch, aber sie müssen in ihren Gutachten die Situationen „frisieren“. Viele lassen sich die Gutachten bei Spezialisten schreiben, die den Patienten nie gesehen haben. Jeder weiß um diese „Gutachtenfabriken“. Und die Gutachter, die diese dann begutachten, wissen das auch und sie beurteilen, genehmigen, verweigern nach dem im Sprachspiel korrekt geschneiderten Antrag, ohne den Patienten je gesehen zu haben. Wo sonst gibt es so etwas in der Medizin? Dahinter steht eine „Kultur des Misstrauens“ – der Therapeut ist nicht professionell genug, es „richtig zu machen“, und eine Unkultur kontrollierender Schulenmacht: Der Antrag muss „*lege artis*“ im Sinne der Schulenideologie ausgefüllt sein. Parrhesie ist hier, für Therapeut und Patient, nicht möglich, wenn eine kassenfinanzierte Therapie notwendig ist. Eine freie Wahl der Methode ist weder für den Patienten, noch für den Therapeuten gegeben, beide werden vom System als „unmündig“ und nicht vertrauenswürdig eingestuft, und damit ist die Manipulation programmiert. Das System des Misstrauens produziert Unkorrektheit. Wenn man dem Patienten, dessen Not man sieht, *gerecht werden* will, und wenn man *sich gerecht werden* will, indem man die Methoden anwendet, die man nach seinem klinischen Urteil und aufgrund von Ausbildung und Erfahrung für richtig hält (die aber nicht dem Korsett der Richtlinien entsprechen), muss man lügen. Es wäre in diesem Zusammenhang wert, dem Thema „Wahrheit und Lüge“ in der Psychoanalyse nachzugehen, das *Anotonelli* (2003) und *Israel* (1999) mit bedrückenden Perspektiven bearbeitet haben, oder *Ricœurs* (1965) Überlegungen zur Psychoanalyse als einem Systems des „Verdachts“ – und natürlich geht es hier keineswegs nur um die Psychoanalyse, sondern um alle Formen „aufdeckender Therapie“, also auch um Formen wie Gestalttherapie oder Bioenergetik, oder die mythomane Aufstellungsarbeit, Genogrammtherapie, die Pathogenese an „Familiengeheimnissen“ festmacht, ohne erklären zu können, wie ihr „Aufdecken“ denn die dysfunktionalen neuronalen Bahnungen der Störung verändern will. „Wissen allein genügt nicht“, obgleich die aufdeckenden Verfahren das Wissen ins Zentrum ihres Diskurses stellen. Es geht um die Frage, inwieweit der Diskurs des „Verbergens und Aufdeckens“, des „Verdrängens und Offenlegens“, der immer auch ein Diskurs von Macht und Ohnmacht, mit einer massiven „Deutungsmacht“

verbunden ist (Pohlen, Bautz-Holzherr 1991, 1994), nicht auf das gesamte System wirkt. Zu solchen Fragen wurde wenig gearbeitet, und was Querdenker wie Cremerius, Parin, Pohlen, Richter zu Tage brachten, ist nicht erfreulich, blieb aber ohne irgendwelche Konsequenzen.

Zurück zu unserem Patienten: Es gibt klare Indikationen für ein leiborientiertes Vorgehen unter Verwendung von sporttherapeutischen wie auch konfliktorientierten Körpermethoden bei bestimmten BPS-Patienten (es kann auch Kontraindikationen geben, kein Zweifel). Nun wird der tiefenpsychologische oder psychoanalytische Richtlinien-therapeut fragen, wo sind denn die empirischen Belege für solche Therapien? In kontrollierten Studien liegen sie (noch) nicht vor, leider! Er sollte diese Frage aber besser nicht stellen, denn für die psychoanalytische Behandlung von BPS, für die Wirkung von Psychoanalyse bei BPS gibt es auch keine *evidenzbasierten* Wirkungsnachweise. Bei der Behandlung derart schwieriger Störungsbilder ist sogar zu fragen: Wann schaden Therapien nicht? Oder welche Therapien schaden?

Wir befinden uns hier wiederum auf der Meso-Ebene, der Ebene der „Schulen“, der Verbände, die z. T. wenig dafür tun, evidenzbasierte Forschung zu fördern oder zumindest Forschung, die einen hinlänglich verlässlichen Aufschluss über die Wirkung von Psychotherapie gibt. Dazu braucht es „kontrollierte Studien“ – *Therapieebenenwirkungen* und *-schäden* lassen sich **nur** mit solchen Studien erfassen, und da liegt auch eine Verantwortung auf Strukturebene bei den Fachverbänden. Die internationale Forschungslage zeigt nämlich Folgendes: „Der Anteil der unwirksamen Therapien liegt bei den komplexen Störungen bei weit über 50 Prozent“ – so Grawe (2005a, 78) –, und er nimmt hier kein Verfahren aus (auch die VT nicht, idem 2005b, 6)! Er, Psychotherapieforscher aus Passion, verdeutlicht in seinem letzten Interview (vgl. Nachruf Petzold 2005q) seine Positionen gegenüber der gesamten Psychotherapieszene verschärfend und glasklar: „Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder“. Psychotherapie wirke bislang oft nur mäßig, deshalb sei es „eine dringende Notwendigkeit, das Psychotherapie besser wird“ (Grawe 2005a, 78) – *um der PatientInnen willen*. Wie das gehen solle? „Durch empirische Validierung“ (Grawe 2005b), neurowissenschaftlich fundierte, neue Verfahren (2004, 2005a).

Keine „Schule“ hört solch „offene Rede“, solche Parrhesie (Foucault 1996) gerne. Blickt man auf die mageren Versuche zur Schadensforschung, dem Erfassen von „Risiken und Nebenwirkungen“ in der Psychotherapie (Petzold, Märten 1992), so müssen berechtigte Zweifel aufkommen, ob man auf der Ebene der Psychotherapieverfahren mit ihren verbandlichen Organisationen PatientInnen *gerecht wird* oder *gerecht werden* will. Bei der Vorbereitung eines neuerlichen, großen und aufwändigen, schulenübergreifenden Forschungsprojektes, das die „Schweizer Psychotherapie-Charta“ auf den Weg bringen will [2005ff, vgl. *Psychotherapieforum, Supplement 1/2006*, 16f] habe ich im Vorfeld die fehlenden Kontrollgruppen angemahnt. Man ist dem dann nachgekommen. Ich hatte auch genderspezifische Fragestellungen und Forschungsfragen nach „Risiken und Nebenwirkungen“ eingefordert - ohne Resonanz. Wenn man um die Probleme der Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie weiß und um die immensen Defizite im Bereich genderspezifischer, aber auch altersgruppenspezifischer Diagnostik und Therapie, das Problem des *Ageism* auch in der Psychotherapie (Petzold 2004a), die sich noch nicht lange und noch lange nicht gerontologisch solide (idem 2005a; Petzold Müller 2005) fundiert den alten Menschen zuwendet, ist es schwer verständlich, dass man bei neuen Forschungsprojekten nicht spezifisch in

diese höchst relevanten Fragestellungen investiert. Die berechtigte Frage ist zu stellen: Wollen Therapieverbände der Frage nach Risiken und Schäden [= Unrechtspotentiale] überhaupt nachgehen? Wollen sie überhaupt mögliche Genderprobleme [= Unrechtspotentiale] auffinden, oder verbleibt man lieber bei Verbaldeklarationen. Sieht man in den alten Menschen mehr als eine neue Klientel, der man sich modisch und dabei gerontopsychologisch schlecht informiert, aber anspruchsvoll (z. B. *Schmidtbauer* 2002, 2005) zuwendet -? Die Fragen nach „gerechten Verhältnissen“ greift noch weiter.

Was „gute Therapie“ ist, braucht die Rückmeldung der PatientInnen selbst und kann nicht allein durch Laborforschung oder Untersuchungen mit selektierten Gruppen in Forschungskliniken und Ambulanzen untersucht werden. Es ist doch beeindruckend, wie zahlenstarke PatientInnenbefragungen über Therapiedauer, Therapieformen etc. wie die „Consumer Report Studie“ (*Seligman* 1996) von klinischen Studien abweichen. Offenbar wollen und brauchen Patienten anderes, als die Konklusionen, die aus den „klinischen Forschungsergebnissen“ in die Therapiepolitik hineingeraten sind und zu dem bekannten Ergebnis der Richtlinienverfahren unter Richtlinienbedingungen geführt haben. *Grawe* hat sich in diesem Zusammenhang zu dem von ihm mit *A.-E. Meyer* u. a. (1991) erstellten „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“, ein Gesetz, dass die bundesdeutsche Psychotherapielandschaft grundlegend verändern sollte, wie folgt geäußert: Was „im Ringen der Interessengruppen daraus gemacht wurde, ist das letzte, was ich damals im Sinne hatte“ (*Grawe* 2005b, 10). Die Frage ist überhaupt, ob gute Therapieergebnisse, die unter idealen Therapie- und Forschungsbedingungen, wie sie etwa die Berner Forschungsstelle der Abteilung für klinische Psychologie von *Grawe* geboten hat, Aussagen über die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren zulassen, wenn diese unter restriktiven Rahmenbedingungen/Richtlinien und bei schlechten Vergütungssätzen/Punktwerten und – damit verbunden – hohen Stundenbelastungen der TherapeutInnen durchgeführt werden. Wird dann solche Forschung und werden die daraus gezogenen Konsequenzen für den Alltag der Praxis den PatientInnen und den Therapeutinnen *gerecht*? Schwerlich! Natürlich sind hier auch kritische Fragen an uns Forscher zu richten: Werden Studien überhaupt mit dem Blick darauf durchgeführt, wie PraktikerInnen im ambulanten und stationären Bereich PatientInnen optimal behandeln können oder müssen? Die Frage kann für viele Studien verneint werden, die nur die „*efficacy*“ unter Laborbedingungen gemessen haben und nicht „*effectiveness*“ *ökologisch valide* unter Praxisbedingungen (*Kriz* 2003; *Zurhorst* 2003). Sie sind zumindest problematisch. Aber die Probleme zählen nicht, wenn das Denken von spezifischen Interessen bestimmt ist. *Die Frage, wem man „gerecht“ wird, wird dann zu einer Frage von Interessen:*

Kann der Mitarbeiter eines Kostenträgers, wirklich den Patienten und den Therapeuten verstehen, die beide ja seine Vertragspartner sind, wenn er auf Biegen und Brechen sparen will und muss? Kann er und will er begreifen, dass Therapien mit leidenden und belasteten Menschen, die ein *interpersonales Verstehen*, ein Mit-Tragen und oft genug *Mit-Leiden* erfordern, keine Arbeit sind, die man im 45-Minutentakt oder am Fließband machen kann? Forschung, die solche Bedingungen nicht mitberücksichtigt, wird dem Verwaltungsmitarbeiter dann vielleicht Hilfen bieten, seine Skrupel zu überwinden, denn sie bietet ihm keine „kritischen Ergebnisse“, die seine etwaigen Zweifel bestätigen würden. Das Gegenteil ist der Fall. Es entstehen so Situationen, *in denen niemand jemandem gerecht wird*: die TherapeutInnen den leidenden Menschen nicht, die PsychotherapeutInnen sich selbst nicht. Vor allem werden die PsychotherapieforscherInnen den PatientInnen und TherapeutInnen nicht

gerecht. Und der standespolitische Funktionär, der Vertreter des Kostenträgers, haben sie Chancen, gerecht zu handeln als Rädchen im Getriebe? Es entstehen immer wieder doppeldeutige Situationen.

Der Psychologe X ist Verbandsfunktionär und Therapeut in freier Praxis. Er hat zwei Rollen. Wer aber wird dann sprechen, wenn ihm in einem Interview die Frage nach gerechten Verhältnissen in der Behandlung von PatientInnen gestellt wird? Er wird sie kaum „mit einer Stimme“ beantworten können. Die unterschiedlichen Kontexte werden ihn bestimmen, seine Vorstellungen von „Gerechtigkeit“ einfärben. Sie werden nicht zuletzt Daten, die Forscher ihm zur Verfügung stellen, einfärbend interpretieren. Wir alle kennen solche Situationen aus der Berufspolitik.

Die Psychologin Y ist kassenzugelassene tiefenpsychologische Therapeutin in freier Praxis. Sie hat eine Weiterbildung zu verhaltenstherapeutischer Behandlung von Angststörungen gemacht und sieht bei einem Patienten mit einer Agoraphobie eine Indikation für eine Exposition in vivo, die sie lt. Richtlinien nicht durchführen darf. Wie wird sie sich verhalten: die „richtige“ Behandlung dennoch durchführen, sie aber anders deklarieren, den Patienten aus der Verpflichtung zum informed consent darüber informieren und ihn damit zum Komplizen machen oder ihn nicht informieren, die Behandlung nicht durchführen, den Patienten an eine VT-Kollegin überweisen? Gerecht werden die Richtlinien hier niemandem, denn sie haben unangemessene Verhältnisse geschaffen.

Wenn dem so ist, dass niemand die (un)angemessenen Verhältnisse, die doch offen zu Tage liegen, sehen will, Zivilcourage zeigen will, heißt das: *Es wird Unrecht geschehen und man nimmt es an vielen, zu vielen Stellen in Kauf.*

Hier kommen für das „System Psychotherapie“ als Ganzes und für anliegende Systeme (Pflege, Sozialarbeit, Supervision etc.) ethische Dimensionen zum Tragen. Unter diesem „System Psychotherapie“ müssen wir alle Systemsegmente/Systemebenen, Subsysteme bzw. „Systemmitglieder“ verstehen – seien es „personale (Sub)Systeme“ (Einzelpersonen: PatientInnen, Angehörige, TherapeutInnen, ForscherInnen, VerwaltungsmitarbeiterInnen u.a.) oder „gruppale Systeme“ (Teams, Arbeits-, Lern-, Therapiegruppen u.a.). Und auch die Verbindungen zu umliegenden Systemen werden relevant, z. B. zu anderen Wissenssystemen und ihren Diskursen etwa die Diskurse der Medizin mit dem Subsystem Medizinethik, der Psychotherapie mit dem Subsystem Psychotherapieethik, der Supervision/Supervisionsethik. Diese eigentlich benachbarten Systeme haben sich – bislang noch weitgehend unverbunden und in unterschiedlicher Elaboration mit der Unrechtssfrage auseinandergesetzt, ja man kann für alle drei Bereiche sagen: Man steht bei den meisten Problemstellungen noch ziemlich am Anfang. Es gibt eine Reihe von Prinzipien, aber ihre ethiktheoretischen Begründungen sind noch nicht sehr gut ausgearbeitet, geschweige, dass die einzelnen Subdisziplinen, Fachgebiete, methodischen Orientierungen die erforderlichen Adaptierungen von übergeordneten „metaethischen“ Prinzipien vorgenommen hätten oder dass bereichsspezifische Partialethiken – etwa für die Begleitung Schwerkranker und Sterbender, für die Kinder- oder Gerontotherapie, für die Beratung oder Supervision (Moser, Petzold 2003; Müller, Petzold 2002; Spiegel-Rösing, Petzold 1985) usw. usw. – erarbeitet worden wären. Hier wären koordinative Bemühungen, Austausch, Konsenskonferenzen erforderlich.

Als Leitprinzipien, die für alle Bereiche gelten, alle Beteiligten einbeziehen könnten, will ich hier folgende nennen:

I. Informed consent, der für PatientInnen/KlientInnen und für TherapeutInnen gleichermaßen gelten muss: Der Patient muss aufgrund umfassender Information den Maßnahmen, die der Therapeut zu unternehmen beabsichtigt, zustimmen (oder auch nicht zustimmen). Der Therapeut muss vom Patienten so breitgreifend informiert sein, dass er

eine fundierte therapeutische Strategie entwickeln kann. Patientin, wie Therapeutin. In der Forschung müssen PatientInnen und ggf. Angehörige (bei Kindern und AlterspatientInnen unter Pflegschaft unerlässlich) von den ForscherInnen so weit über Forschungsziele, -methoden und Datensicherheit informiert werden, dass eine hinreichend begründete Zustimmung zum Forschungsvorhaben gegeben werden kann oder eine Ablehnung möglich wird (Steffan, Petzold 2001). Das Prinzip des *Respekts vor der Souveränität*, der Mündigkeit und Selbstbestimmtheit des Anderen begründet diese Position.

II. Participant security. Jeder Beteiligte am „System Psychotherapie“, seien es PatientInnen, TherapeutInnen, ForscherInnen, Angehörige o.a. müssen unter Bedingungen arbeiten, die ihre persönliche Sicherheit und Integrität gewährleisten, so dass Risiken, Nebenwirkungen, Beeinträchtigungen - soweit irgend vorhersehbar - ausgeschlossen werden. Das Prinzip des Rechts auf Leben und Unversehrtheit begründet diese Position.

III. Participant wellbeing

Diagnostiksituationen und Therapien sind oft genug belastend und deshalb ist darauf Wert zu legen, dass der Arzt, wie *Galenus* forderte, „*velox et iucundus*“, schnell und angenehm, heile. Schonende Vorgehensweisen sind angesagt. Eine gastliche Atmosphäre, ein konviviales *Klima* (Orth 2002) sollen entängstigen.

IV. Participant dignity. Die Würde von Menschen ist leider antastbar und deshalb ist sie auf allen Ebenen des „Systems Psychotherapie“ zu sichern und zu schützen. „**Patient dignity**“ habe ich als Prinzip in den Ethikdiskurs der Psychotherapie eingebracht, als ich mit schwersten Verletzungen von PatientInnenrechten, mit PatientInnenmisshandlungen, ja Tötungen im gerontopsychiatrischen Bereich konfrontiert war (Petzold 1985d, 1994a, 2005a; Petzold, Müller 2005). „Würde“ als wechselseitig erwiesener Respekt (Sennett 2002), als Wertschätzung und Achtung ist in Mutualität gegründet, in der Integrität der anderen Person, in ihrer Andersheit (Levinas 1983; Petzold 1996j).

Mit diesen Maximen, die übergreifend für die verschiedenen Ansätze und Bereiche Relevanz haben, ohne dass ihre Begründungen hier im Einzelnen entfaltet werden können, kann man sich dem Thema der **Gerechtigkeit** in der Psychotherapie bzw. in den verschiedenen Formen der Arbeit mit Menschen praxeologisch und praktisch nähern (Moser, Petzold 2003; Müller, Petzold 2002; Orth, Petzold 2004; Petzold 1996k, j, 2003d).

2. Wird Psychotherapieforschung Menschen gerecht?

Das ist eine weitreichende Frage, die die ganze Domäne der Forschungsethik einbezieht. Wenn Untersuchungen bei selektierten PatientInnen (durchaus auch mit schwierigen Problemen) unter *optimalen experimentellen Bedingungen* durchgeführt werden, Studien, die damit die Situation der PraktikerInnen, ihrer Arbeit in der Praxis mit einem breiten Spektrum unterschiedlichster, z. T. sehr schwer belasteter und gestörter PatientInnen nicht in Rechnung stellen, die weiterhin nicht nach der seelischen Leistungsmöglichkeit von TherapeutInnen unter solchen Bedingungen fragen, *begeht man Unrecht*, weil mit den Ergebnissen dann Politikern, Kostenträgern, Behörden vorgegaukelt wird, man könne im Praxisalltag mit „manualisierten Therapieansätzen“ kostenoptimale Therapien am laufenden Band „durchziehen“. Solche Psychotherapieforscher sind weder Freunde der TherapeutInnen noch der PatientInnen. Sie bilden mit ihren Forschungen weder die Arbeit in der „freien Praxis“ noch die der „normalen“ Institutionen hinlänglich ab, denn ihre Untersuchungen haben keine „ökologische Validität“. Genderfragen bleiben ausgeblendet, soziale Notsituationen, die „prekären Lebenslagen“ (Petzold 2000h), Angehörigen- bzw. Netzwerksituationen sind zumeist in den Forschungsdesigns und den beforschten Therapiesituationen nicht berücksichtigt. Als ob eine ICD-Diagnose

ausreichen würde, um ein Manual zu erstellen und eine „Evidenzbasierung“ mit hinlänglicher Aussagekraft zu erreichen, und als ob eine „Standardversion“ von schulenspezifischer Behandlung gewährleisten könnte, dass man PatientInnen mit ihrem Störungsbild und ihren oft höchst schwierigen Lebensverhältnissen gerecht würde. Nur wenige Behandlungssettings, die beforscht wurden, nur wenige Forschungsunternehmungen werden der komplexen Situation der PatientInnen, Angehörigen (sie wurden höchst selten einbezogen, vgl. aber *Petzold, Hass et al. 201; Steffan 2002*) und TherapeutInnen *gerecht*. TherapeutInnen werden einseitig mit ihrem Urteil zu den PatientInnen einbezogen, nicht aber in ihrer Betroffenheit oder Belastetheit, die für die Behandlung eine bedeutsame Einflussgröße darstellen. Gerade in methodisch sehr elaboriert und „sauber“ ausgeführten Untersuchungen (in Forschungskliniken, Institutsambulanzen, Modellprojekten usw.) wird man weder der Realitäten der PatientInnen, noch denen der TherapeutInnen und den Bedingungen ihrer alltäglichen Praxis *gerecht*. Diese Gold-Standard-Studien (en masse bei *Grawe et al. 1994*) werden in der Regel methodischen Ansprüchen, die von der Breite der Problemstellung her komplexe Designs verlangen würden, nicht gerecht. Sie sind nicht ökologisch valide, denn es fehlen etwa Erhebungen der Lebenslage, der Netzwerksituation, psychoneuroimmunologischer Parameter, Erfassung von Risiken und Nebenwirkungen, aber auch von Salutogeneseparametern, protektiven Faktoren und Resilienzen, Ressourcen, Lebensqualität etc. (vgl. *Steffan, Petzold 2000; Müller, Petzold 2003*).

Leider wird ein großer Teil der PsychotherapeutInnen, der „PraktikerInnen“, die in notorischer Forschungsskepsis und -ablehnung oder in einseitiger (und damit falscher) Favorisierung von „qualitativer Forschung“ (die zumeist, weil sie höchst anspruchsvoll ist, nicht realisiert wird) *selbst nicht gerecht*, weil sie damit die Forschung alleinig den Psychotherapieforschern überlassen, sie damit auch alleine lassen! Diese TherapeutInnen nehmen ihre Möglichkeiten aus Vorurteil, Unkenntnis, Bequemlichkeit, Resignation – aus welchen Gründen auch immer - nicht wahr, vertreten sich selbst und ihre PatientInnen nicht *an den richtigen Stellen*, sorgen nicht dafür, dass auch VertreterInnen von PatientInnenverbänden an den „richtigen Stellen“ in Gremien und Kommissionen (idem 2000d) mit ihnen zusammen für eine Forschung eintreten, die den Betroffenen – PatientInnen wie TherapiepraktikerInnen – wirklich nutzt. Warum sitzen sie nicht in Kommissionen, die über die Vergabe öffentlicher Forschungsmittel bestimmen? Warum versuchen sie nicht hier (forschungs)politischen Einfluss zu gewinnen? Das könnte allen Gewinn bringen! Warum werden keine Forschungsvorhaben im Bereich der Psychotherapie gefordert und gefördert, die den PatientInnenwillen über die Art, Form, Methode der Therapie erkunden, die PatientInnen wünschen und die ihnen gut tut? Warum werden bei aller Rede von der Bedeutung der „therapeutischen Beziehung“ – sie sei der wichtigste Wirkfaktor, wird allenthalben betont – keine Forschungsvorhaben über die „*Beziehungsarbeit*“, die TherapeutInnen mit ihren PatientInnen leisten müssen, unternommen, keine Untersuchungen über die Belastungen solcher Arbeit und die Grenzen des Leistbaren? Sind 8 – 12 Stunden Psychotherapie täglich – und es sind nicht wenige TherapeutInnen, die ein solches Pensum absolvieren (müssen) - qualitativ, seriös, menschlich präsent, empathisch zu leisten?

„ ... man wird in der geplanten Untersuchung auch den TherapeutInnen nicht gerecht, denn es wird nach Ihrer Befindlichkeit, ihrer Belastetheit durch bestimmte Themen und Störungsbilder ihrer PatientInnen nicht gefragt, nicht nach ihrer Gesamtbelastung in ihrer Praxis und in ihrem TherapeutInnenberuf, nicht nach ihren (wirksamen oder wenig wirksamen) Entlastungsstrategien (Super- oder Intervision). Job fatigue und Burnout sind durchaus therapierelevante und Therapien

beeinflussende Variablen und sollten in einem modernen „transaktionalen“ Design berücksichtigt werden.“ (Brief der EAG zum Design der Studie der Psychotherapie-Charta, Mai 2006)

Die gängige Psychotherapieforschung, die Qualitätssicherung auf ihre Fahnen geschrieben hat (*Laireiter, Vogel* 1998), wird den aufgezeigten Problemen nicht gerecht. Ein anderer Teil der PraktikerInnen in der Psychotherapie, die als PsychologInnen auf die empirische Psychotherapieforschung setzen – und sie sind damit durchaus gut beraten, wenn dies in methodenbewusster und methodenkritischer Art geschieht - bringen nicht zu Gehör, was sie von der Forschung wirklich brauchen. In einer zuweilen geradezu naiv-ehrfürchtigen Forschungsgläubigkeit – der Kehrseite der globalisierenden Ablehnung – nehmen sie hin, was ihnen die Forschung mit ihrer Ausrichtung bzw. auch Fehlansichtungen für die Ausübung ihrer Arbeit in der Praxis und für die Behandlung ihrer PatientInnen bietet und immer wieder auch „einbrockt“: etwa die einseitige Favorisierung vieler ForscherInnen von Kurzzeittherapien (das hat durchaus auch schöne forschungsökonomische, -politische und -praktische Hintergründe, denn man bekommt schneller Ergebnisse, hat geringeren Forschungsaufwand und erhält für Kurzzeitprojekte leichter Forschungsmittel, überdies sind Langzeitstudien mit dem Instrumentarium von „Longitudinalforschung“ durchzuführen, das sehr aufwändig ist). Nur mit Kurzzeitstudien wird aber ein **verzerrtes** oder **falsches Bild von den Realitäten in der psychotherapeutischen Praxis** geschaffen, das allerdings den Politikern und Kostenträgern sehr zupasse kommt: Psychotherapie der meisten Störungen sei mit Kurzzeittherapien zu leisten. Bei YAVIS-PatientInnen vielleicht. Für die große Zahl der sehr belasteten PatientInnen mit prekären Lebenslagen trifft dies natürlich nicht zu, wobei von den PatientInnen selbst mittel- und längerfristige Therapien als hilfreicher erlebt werden, als Kurzzeitangebote, wie die große „Consumer Report-Studie“ (*Seligman* 1997) gezeigt hat. PatientInnenpopulationen aus benachteiligten Schichten (UnterschichtspatientInnen) fallen damit weitgehend aus dem Behandlungsangebot heraus, genauso wie die 30-40% der PatientInnen, die auf die empirisch als wirksam nachgewiesene Standardformate manualisierter Behandlung nicht ansprechen und für die bislang keine alternativen „evidenzbasierten“ Behandlungsformen entwickelt wurden. Man nimmt das einfach in Kauf (*Petzold, Sieper* 2001a)! Letztlich ist auch zu fragen, ob Psychotherapie bei schweren und komplexen Störungen überhaupt optimal greift. In jeder Psychotherapie- oder Psychosomatik-Klinik erhalten die PatientInnen neben Einzel- und Gruppentherapien kreativtherapeutische Angebote (Musik-, Kunst-, Gestaltungstherapie etc.), entspannungs-, bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen, Familien-/Netzwerktherapie als Standardprogramm, in den holländischen regionalen Therapiezentren wird ein solches Angebot ambulant vorgehalten, weil man ein solches breites Spektrum für notwendig erachtet. Nur in der ambulanten Psychotherapie erscheint das als nicht notwendig, obgleich man weiß, dass laufftherapeutische Angebote, etwa bei depressiven Störungen, sehr gute Wirkungen haben oder viele PatientInnen Entspannungstherapie brauchen. Durch Netzwerke, die auch Kreativitäts- und Sporttherapeuten einbeziehen, könnte durchaus ein sinnvolles, weil wirksameres, breiteres Angebot gemacht werden. Aber hier bewegen sich auch die Therapeuten nicht für ihre Patienten und sie vernetzen sie und sich selbst selten mit anderen Hilfsagenturen, obwohl viele Betroffene ein „Case Management“ – oder wie ich lieber sage – eine „Organized Process Facilitation“ notwendig hätten (*Petzold* 2005r siehe unten). Forschung greift in der Regel solche Notwendigkeiten nicht auf oder zeigt sie nicht auf und zeichnet so ein einseitiges und z. T. falsches Bild der PatientInnensituation. Man nimmt das in Kauf, reduziert Komplexität, wo immer das geht. So nimmt man

auch eine Vernachlässigung *gender-* und *altersspezifischer* Perspektiven in der Forschung in Kauf – sie fehlen in der Diagnostik, wie ICD und DSM zeigen, und sie fehlen in der Therapeutik, wie die klinische Literatur aller „Schulen“ und der Mainstreams der Psychotherapieforschung zeigt. Wenn solche Fragen in der Praxis nicht *forschungsgestützt* bearbeitet werden können, weil Forschung fehlt, werden sie folglich auch *unzureichend* bearbeitet, weil es an jeglicher Evidenzbasierung mangelt!

Die Frage, ob PsychotherapieforscherInnen Menschen (PatientInnen, Angehörigen, TherapeutInnen gerecht werden) muss von *allen* am „System Psychotherapie“ Beteiligten beantwortet werden, nicht nur von den ForscherInnen selbst, die damit nur in Situationen des „vereinseitigten Blickes“ gefangen bleiben. Es müssen vielmehr *Ko-responsenzen* nach vielen Seiten geführt werden, *Polyloge*, in denen viele Stimmen zu Wort kommen, denn nur so besteht die Chance, dass *hinlänglich gerechte* Situationen geschaffen werden.

3. Wird Psychotherapie, werden PsychotherapeutInnen PatientInnen gerecht oder braucht es auch „Case Management“?

Hier wird die Position vertreten, dass die Wirklichkeit der Praxisbedingungen, der PatientInnensituationen und der Arbeit von PsychotherapeutInnen nicht in angemessener Weise bei Politikern und Kostenträgern „präsent“ ist, ja das einseitige Datenlagen das Bild dieser Wirklichkeiten verfälschen (so auch *Grawe 2005a*, der von „geschönten“ Bildern durch die Psychotherapieforschung sprach). Dazu trägt die Forschungslage bei - z. B. durch einseitige Themenwahl der Forscher, denen es wichtiger war in die, zum Teil methodisch ohnehin fragwürdigen Wirksamkeitsnachweise von Therapiemethoden für spezifische Verfahren (*Kriz 2001*), die der eigenen „*Community*“ zumeist, zu investieren, als in die Erforschung spezialisierter Behandlungsformate für differentielle Patientensituationen mit *gender-*, *lebenslage-*, *schicht-* und *ethniespezifischen* Problemen. Es gibt kaum *gendersensible* Diagnoseverfahren, ganz zu schweigen von *genderspezifischen* Behandlungsformaten – es gibt offenbar immer noch viele *ignorante* Kollegen, die einen solchen Ansatz für *vernachlässigbar* halten, sieht man auf die aktuellen Standardtexte und Lehrbücher klinischer Psychologie und Psychotherapie, für die diese Fragen nicht existieren. Hinzu kommt, dass die in Forschungskontexten mit *selegierten* Populationen (etwa durch „*run in procedures*“) gewonnenen Ergebnisse – ähnlich wie bei *medizinischen* Studien – für die Populationen im *Praxiskontext* der *niedergelassenen* TherapeutInnen nicht *hinreichend* greifen, weil sie im Hinblick auf *Alter*, *Gesundheitszustand*, *Lebenslage*, *Chronifizierungsgrad* in der Regel nicht *ausreichend* mit den *PatientInnengruppen* übereinstimmen, die man in den *Praxen* findet. Ganz *prekär* wird es, wenn man auf die *Schicht-* und/oder *Ethniegerechtigkeit* schaut. Hier kommt es oft zu *Kumulationseffekten*, „*akkumulativen Stigmatisierungen*: *Unterschicht*, *Türkin*, *Frau*, *alt*; „*Neger*“, *Muslim*, *Asylant*, *ohne Arbeit*; *alt*, *Frau*, *alleinstehend*, *Unterschicht* usw.

In einem Land wie der *Bundesrepublik Deutschland*, die einen *sehr hohen Anteil* *ausländischer Mitbürger* mit *sehr ausgeprägten großen Minderheiten* hat, sind *praktisch keine Studien* vorhanden, die diesen *Gruppen* gerecht werden. Anders als in den *USA*, wo seit *1993* in *Studien*, die vom „*National Institute of Health*“ gefördert werden, die *Minoritäten* *angemessen* in den *Forschungsprojekten* vertreten sein müssen, weil sie eben mit *Bezug* auf *Wirkungen* von *Interventionen* *Besonderheiten* aufweisen (vgl. *British Medical Journal* 326, 2003, 1244- 1245), finden sich in der *deutschsprachigen Psychotherapieforschung* *keine Minderheiten* berücksichtigt. *Türkische MitbürgerInnen* oder *Menschen* aus dem *ehemaligen Jugoslawien* – um

zwei große Minoritätengruppen zu nennen – finden in der Psychotherapie sicher keine gerechten Verhältnisse vor.

PsychotherapeutInnen, die diese von vielen PsychotherapieforscherInnen mitverschuldete *falsche Sicht* der Wirklichkeit psychotherapeutischer Praxis hinnehmen, werden ihren PatientInnen und ihrer eigenen Situation *nicht gerecht*. In ähnlicher Weise verzerrt das bundesdeutsche „Gutachterverfahren“ die Realität der Praxis. Es ist allgemein bekannt, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Anträge von spezialisierten „*Ghost writern*“ verfaßt wird, die die Rohdaten in „richtliniengerechte“ Form „*framen*“, über die die Gutachter (denen das überdies doch auffallen müsste) befinden, ohne den jeweiligen Patienten je gesehen zu haben. Wo in der Medizin sonst gibt es ein solches System der „Ferndiagnose per Aktenlage“? PatientInnenrechte werden hier bedroht, ggf. verletzt: durch die Weitergabe ihrer Daten an die „Ghost-writer-Praxis“, durch die Weitergabe der Daten an den Gutachter, bei der die „informierte Zustimmung“ des Patienten fragwürdig ist, denn würde er sie nicht geben, erhielte er keine Kostenzusage für die Behandlung, auf die er indes angewiesen ist. Er ist in einer Notsituation, und damit kann eine solche Praxis als Nötigung gesehen werden, für die es nur den Ausweg gäbe, auf die kassenfinanzierte Behandlung zu verzichten und das ist nicht zumutbar. PatientInnen wie BehandlerInnen kommen hier in eine sehr prekäre Situation, weil auch die Behandler auf die Kostenzusagen angewiesen sind und deshalb immer wieder Therapiepläne erstellt werden, die mit der Behandlungsrealität z. T. wenig zu tun haben, denn man weiß: die meisten Praktiker behandeln (glücklicherweise für die PatientInnen) „intuitiv“ mit einer Vielzahl von Methoden und Ansätzen, die einerseits auf die Krankheitssituation, die Lebenslage des Patienten abgestimmt sind und die andererseits ihrem Erfahrungs- und Kompetenzstand entspricht. Mit „reinblütigen“ Richtlinienbehandlungen, wie sie die Richtlinien vorschreiben, hat das oft nur noch wenig zu tun. Es ist aber durchaus wichtig, in einer „tiefenpsychologischen Behandlung“ bei entsprechender Indikation, auch einmal behaviorale Verfahren, die man erlernt hat, einzusetzen oder auch erlebnisaktivierende Verfahren (Psychodrama, Gestalttherapie). Das geschieht natürlich auch (im Richtlinienblick in unzulässiger Weise) bei vielen Praktikern und auch das ist bekannt. **Trotzdem wird dieses System vorgeblicher „Qualitätssicherung“ in der bundesdeutschen Praxis aufrecht erhalten, obwohl es niemals mit harten Kriterien empirisch evaluiert wurde.**

Es fehlt überdies an Daten, welche Populationen *nicht* in den Genuss einer erforderlichen Psychotherapie gelangen. Mit Blick auf die sozialepidemiologische Situation kann man mit einiger Sicherheit sagen, dass dies Angehörige benachteiligter Schichten (UnterschichtspatientInnen) und AlterspatientInnen sind, wobei Frauen noch besonders schlecht und unspezifisch versorgt sind (Müller, Petzold 2003) und es häufig zu den erwähnten „*akkumulativen Stigmatisierungen*“ kommt: alt, arm, Unterschicht, Frau. Es ist weiterhin zu fragen, ob die verfahrensspezifischen Indikationen überhaupt der Realität der PatientInnen entsprechen. Schon die umfängliche Untersuchung von Thomas (1985) hat gezeigt, dass PsychosomatikpatientInnen der Unterschicht in psychoanalytischen Behandlungen keine guten Chancen haben (ähnlich auch Grawe et al. 1994), und ob Borderlinepersönlichkeitsstörungen (die sich bei der jetzigen Forschungslage zu einem großen Teil eher als Polytraumatisierte darstellen denn als Frühgestörte) wirklich präferiert mit Psychoanalyse zu behandeln seien, wie die Richtlinienpraxis nahe legen will. Das bedarf einer soliden empirischen Überprüfung und kann bei den derzeitigen Fortschritten von nicht-analytischen Behandlungsverfahren für schwere Persönlichkeitsstörungen durchaus bezweifelt werden. Es kommt durch die

herschende Praxis zu *strukturellen Selektionen*, die PatientInnen evidenzbasierte Verfahren vorenthalten bzw. sie auf Verfahren ohne Evidenzbasierung festlegen. Bei diesen PatientInnengruppen sind weiterhin die prekären und z. T. desaströsen Lebenslagen so bestimmend für das Behandlungsgeschehen, dass eine professionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern der Sozialverwaltungen unerlässlich ist. Diese Berufsgruppe leistet eine immense und sehr beachtenswerte Arbeit mit Menschen, die „vom Sozialamt leben“, chronifizierte Negativkarrieren haben und, wie ich durch jahrelange Supervisionstätigkeit in diesem Bereich weiß, vielfach dringend eine, die sozialtherapeutischen Maßnahmen ergänzende Psychotherapie notwendig hätten, um eine **Wende in ihrer „Karriere des Niedergangs“** zu erreichen, eine Verbesserung ihrer Symptomatik und ihrer z.T. minimalen Lebensqualität. Zumeist unzureichend psychiatrisch betreut, sind sie in der Regel ohne jegliche psychotherapeutische Versorgung – für die durchaus eine Indikation bestände (zumindest für Verhaltenstherapie, systemische Therapie, Integrative Therapie – Psychoanalyse und Tiefenpsychologie haben mit ihrer dominant verbalen Ausrichtung für diese Populationen kaum Behandlungsmethodik zur Verfügung). So werden diese Menschen und ihre Betreuer, die Sozialarbeiter/Soziotherapeuten (*Petzold 1997c*), von der „Community“ der PsychotherapeutInnen in der Regel völlig allein gelassen, obwohl in Situationen, wo es zu systematischen Kooperationen kommt, z. B. in einem strukturierten „Case Management“, erstaunliche Erfolge erreicht werden können.

Die spätmodernen Lebenswelten mit ihrer akzelerierenden Komplexität und Unüberschaubarkeit stellen die Menschen vor gewaltige Flexibilisierungsanforderungen (*Sennett 1998*), Anpassungs- und Gestaltungsaufgaben. Das geht oft über ihre Grenzen und führt für belastete Patienten oft genug zu pathogenen Überforderungen. „*Creative adjustment*“ und „*Creative change*“ wird verlangt (*Petzold 2003a*), und diese komplexen Aufgaben kommen auch auf TherapeutInnen in ihrer Aufgabe als Begleiter, Ermutiger, Unterstützer zu. Oft sind die Lebenssituationen von PatientInnen so verwirrend und desolat (Arbeitslosigkeit, Schulden, Paar- und Erziehungsprobleme, somatische Erkrankungen etc.), dass eigentlich ein „*Case management*“ angezeigt wäre, um überhaupt *nachhaltige* Hilfe durch Veränderung eines dysfunktionalen, ja destruktiven Lebensstils bieten zu können. Als „*Case manager*“ könnte durchaus ein Therapeut fungieren, wenn er diese Rolle annehmen würde, wo sie Not täte, und das ist bei schweren und chronifizierten PatientInnen oft der Fall. Vielleicht hängen die schlechten Ergebnisse von Psychotherapie, die *Grawe (2005a, 78)* bei komplexen Störungen beklagt auch damit zusammen, dass Psychotherapeuten oder andere Personen im Helfersystem nicht die Aufgabe des „**Case managers**“ bei der Bewältigung komplexer Aufgaben übernehmen. Oft sind sie dafür nicht ausgebildet, oft auch in ihrem Blick so enggreifend, dass sie sogar diese Notwendigkeit nicht sehen. Vielleicht wird sie auch abgewehrt. Wer gesteht schon gerne seine Kompetenzgrenzen ein? Ich spreche in diesem Zusammenhang eigentlich lieber von „**Process organizers and facilitators**“ (**POFs**) – ich finde dieses Konzept und diesen Begriff besser als „*Case manager*“ („*Case management*“). Patienten sind keine „Fälle“ und wir „managen“ auch keine Leben, keine Menschenschicksale. „**POFs**“, dieser Plural ist bewusst gewählt, denn Prozesse, die „dysfunktionale Lebensstile“, „komplexe prekäre Lebenslagen“ und „desolate Netzwerke“ verändern sollen, kann man als einzelner Helfer kaum erfolgreich initiieren und längerfristig begleiten. Das weiß jeder, der mit chronifizierten Borderline- und PsychiatriepatientInnen oder mit Suchtkranken gearbeitet hat und die Notwendigkeit einer „therapeutischen Karrierebegleitung“ (*Petzold, Hentschel 1991*) oder einer Behandlung in

Verbundsystemen sieht (Scheiblich, Petzold 2006; Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Man braucht Helfer aus kollegialen Netzwerken und, wo immer möglich, auch aus dem sozialen Netzwerk des Patienten (Verwandte, Freunde), um dem Patienten und den Erfordernissen seiner Lebenssituation gerecht zu werden und auch den Menschen, die mit ihm als „significant others“ verbunden sind.

„*Process organizing and facilitation*“ bedeutet „Teamwork“, die Entscheidung der Helfer als Helfende, Unterstützende, Begleitende im „Konvoi“ des Patienten auf Zeit mitzugehen. Natürlich hat meine Vorstellung von „*Process organizing and facilitating*“ mit dem Gedanken des „*Case managements*“ viel zu tun. Es finden sich im „*case work*“ ja auch nützliche Überlegungen und jahrzehntelange Praxiserfahrungen, die man unbedingt beziehen sollte und zwar sowohl Wissensstände und Modelle aus dem sozialarbeiterischen und aus dem psychiatrischen „Case Management“. Ein wichtiger Unterschied liegt bei meiner Konzeption aber darin, dass sie – anders als im „*social case work*“ – Psychotherapie als ein zentrales Moment sieht, weiterhin, dass der Patient in besonders starken Maße „**Co-manager**“ sein soll, um sein Leben *selbstwirksam* (Bandura 1977, 1989), mitzugestalten. Es ist „sein“ „Case Management“, er „*macht sich selbst zum Projekt*“ und erhält hierbei Hilfen für eine breitere Sicht auf seine Situation („*enlargement*“) und eine Unterstützung seines Selbstvertrauens („*empowerment*“) und seines Bewusstseins, „Rechte zu haben“ (H. Arendt), was als ein „*normatives Empowerment*“ anzusehen ist. Allein diese Art des Mitwirkenkönnens, die Gewissheit, nicht mehr im Einzelkampf zu stehen, um das fatale Schicksal zu wenden (wissend, dass der Monomach auf verlorenem Posten steht), sondern Begleiter zu haben und *zu wollen*, ist eine bereichernde Erfahrung („*enrichment*“, vgl. Orth, Petzold 1995). Sie kann Bemühungen um eine *Wende* in einem *Negativverlauf der Lebenskarriere* und eine Veränderung in einem *dysfunktionalen Lebensstil* unterstützen – und darum geht es letztlich, das müssen PsychotherapeutInnen begreifen. Das erfordert „*Karrierebegleitung*“, die auf eine *Entscheidung* des Patienten hinausläuft: einen lebensverändernden Prozess für sich in Angriff zu nehmen. Das letztendliche Ziel dieses Prozesses wird sein, einen benignen, selbstfreundlichen, menschenfreundlichen, lebensfreundlichen „**lifestyle**“ (*philautie*) zu gewinnen: aus *Einsicht* in die belastende, vielleicht maligne Lebenskarriere, in einer Überschau über die eigenen desaströsen Lebensverhältnisse und deren Entwicklung, die den *Entschluss* begründen, den festen Willen: „*So kann es und soll es nicht weitergehen!*“ So kann es vielleicht zum Prozess der **Veränderung** eines „**süchtigen Lebensstils**“ kommen oder eines **borderlinoformen lifestyles** – denn BPS ist immer auch ein Lebensstilphänomen, was viel zu wenig beachtet wird. Es kommt zu einem Willensentschluss, durch den der Patient die Unterstützung des professionellen „**Process organizers**“ nutzen kann und will. Und dieser wiederum hat nur eine Chance in seinem Hilfebemühen, wenn der Patient entschieden ist, beim „Organisieren und Fördern des Veränderungsprozesses“, beim „**Process organizing and facilitation**“ (**POF**) aktiv und verantwortlich mitzuwirken.

Man sieht hier die immense Bedeutung, die im Integrativen Ansatz „Wille und Wollen“, d. h. der Fähigkeit des Entscheidens und Durchhaltens, der Übernahme von Verantwortung zugeschrieben wird, ein Wille, dessen Entscheidungsschwächen, Unvermögen des Durchtragens, dessen Pathologien ggf. Teil der Therapie werden müssen (Petzold 2001; Petzold, Sieper 2003a,b, 2006).

Mediziner, Psychologen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiter/Soziotherapeuten müssten schon während ihres Studiums gemeinsame Veranstaltungen haben, sollten in regelmäßigen gemeinsamen Weiterbildungen und Supervisionsgruppen das – m.

E. beträchtliche - Potential koordinierter Zusammenarbeit entwickeln, zum Wohle einer doch recht großen PatientInnenpopulation schwerst beeinträchtigter Menschen, denen man mit den bestehenden, in der Regel unkoordinierten und fragmentierten Hilfeangeboten *nicht gerecht wird*.

Die Frage, *ob Patienten und in besonderer Weise Patientinnen mit komplexen Störungen und Lebenssituationen tatsächlich die für ihre Erkrankung und persönliche Lebenslage richtige oder gar optimale Behandlung erhalten, ob benachteiligte Gruppen hinreichenden Zugang zu angemessenen Behandlungsmöglichkeiten haben, **die ihnen gerecht werden**, kann derzeit für große Populationen Betroffener **nicht** bejaht werden.*

Viele Patientengruppen, für die eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll und notwendig wäre, kommen den PsychotherapeutInnen gar nicht in den Blick, als ob Menschen in Verelendungssituationen immer noch – wie in *Freuds* behandlungstechnischen Schriften – stigmatisiert seien, da es fraglich scheint, dass sie „des Aufwands der Analyse würdig“ seien (*Freud, Die Frage der Laienanalyse, 1926, StA 1969, S. 313*) und man der Meinung zu sein scheint, dass für eine Psychotherapie bei diesen Menschen keine Indikation bestehe.

Die kassenzugelassenen PsychotherapeutInnen haben als Einzelpersonen kaum eine Chance, diese Situationen zu verändern, ohne ihre Existenz zu gefährden. PatientInnen haben noch geringere Chancen, das zu erreichen, was ihnen aufgrund ihrer Erfahrungen und Einschätzungen gut tut (*Märtens, Petzold 2002*). Eine solche Situation stellt deshalb die Frage nach *gerechten Verhältnissen* in der Psychotherapie mit Nachdruck in den Raum. Die bislang beschriebenen Lagen in doch beachtenswerten Bereichen der Psychotherapie (natürlich nicht der Psychotherapie in toto): Forschungsartefakte, strukturelle Selektionsmechanismen, fehlende Vernetzung der Hilfemaßnahmen – riskieren die Ausgrenzung noch größerer PatientInnenpopulationen von adäquaten Behandlungsmöglichkeiten durch strukturelles Screening, Ausblendungen, Vernachlässigungen, fehlende Bereitschaft, breit greifende Maßnahmen bereitzustellen. Und das **ist ein Unrecht**.

Der Idee gerechter Verhältnisse im „System der Psychotherapie“, dem Konzept einer „gerechten Therapie“, einer „**Just therapy**“, wie ich sie immer wieder für die Psychotherapie jenseits plakativer, mittelschichtszentrierter, humanistisch-psychologischer Programmatik gefordert habe (*Petzold 1977q, 1988t; 2003b; Waldegrave 1990*), kommt hier eine Schlüsselfunktion zu, denn in den Angeboten der Psychotherapie bzw. den fehlenden oder unangemessenen Angeboten – etwa für PsychosomatikpatientInnen der Unterschicht (*Thomas 1985*) – reproduzieren sich in eklatanter Weise gesellschaftliche Unrechtsverhältnisse, was *eine andere Praxis* erforderlich macht, welche den „*Ursachen hinter den Ursachen*“ und den „*Folgen nach den Folgen*“ (*Petzold 1994c*) Aufmerksamkeit zu schenken hat. In solcher Weise „kritisch“ orientierte PsychotherapeutInnen müssen mit den Forschern ihrer Disziplin unmittelbarer kooperieren, PatientInnenvertretungen einbeziehen, um gemeinschaftlich Einfluss zu nehmen, damit *PatientInneninteressen, Forschungsinteressen* und *Praktikerinteressen* in angemessener Weise synchronisiert werden. Sie müssen sich miteinander solidarisieren, um zu gemeinsamen, wirksamen Strategien zu kommen, PatientInnenrechte und ihre eigenen Rechte aufzuzeigen, anzumelden und durchzusetzen.

4. Werden PsychotherapeutInnen ihrem Auftrag gerecht, die Hintergründe seelischen Leides mit interventionspraktischer Zielsetzung aufzuklären?

Es besteht kein Zweifel daran, dass Unrechtserfahrungen seelisches Leid verursachen und seelische Erkrankungen verursachen können oder zumindest ihre

Entwicklung fördern. Das würde verlangen, dass PsychotherapeutInnen sich mit den Themen „Unrecht und Gerechtigkeit“ aktiv und offensiv auseinandersetzen müssten. Weil das bislang kaum geschehen ist, müssten sie sich vor allen Dingen auch mit der Frage beschäftigen, warum dieses Thema im Felde der Psychotherapie bislang so sträflich vernachlässigt wurde, warum es in so massiver Weise ausgeblendet wurde – in fast allen Therapieschulen? Hier sind *systemimmanente* Gründe im „System der Psychotherapie“ anzunehmen, die zu diesen Skotomisierungen bzw. Vermeidungen geführt haben, was deshalb von jeder „Schule“ oder „Richtung“ der Psychotherapie spezifisch betrachtet werden muss, sonst werden Psychotherapeuten Menschen nicht gerecht und auch nicht ihrer Aufgabe der *Aufklärung von Hintergründen*, ohne welche fundierte und zielführende Behandlungsstrategien nur unzureichend entwickelt werden können. Es kann nicht angehen, nur zu konstatieren, dass Hyperstress zu Symptomen führt, wie das im behavioralen Paradigma durchaus gesehen wird, ohne auch die Fragen nach den Ursachen der Stresssituationen zu stellen. Es kann nicht ausreichen, Überich-Druck auf das Triebwesen Mensch festzustellen, wie es das tiefenpsychologische Paradigma betont, ohne die Bedingungen solcher Drucksituationen kritisch zu analysieren. Geschähe das, würde man in beiden Fällen u. a. auch auf die Gerechtigkeitsthematik in vielfältigen Variationen stoßen.

Deshalb wird es notwendig, dass PsychotherapeutInnen sich mit dieser Thematik auch theoretisch auseinandersetzen und zwar einerseits spezifisch auf die eigene Profession ausgerichtet, ihre Situation, ihre relevanten Thematiken im „Felde der Psychotherapie“ bzw. im „System Psychotherapie“ (feld- und systemtheoretischer Referenzrahmen ermöglichen unterschiedliche Perspektiven, vgl. *Petzold 1998a*), andererseits aber auch, breit greifend, auf übergeordnete Rahmenbedingungen orientiert.

Die sich in den vergangenen Jahren weiter und weiter verschärfenden geodemographischen Dynamiken – Bevölkerungswachstum, Zunahme von Verelendung, Umkehrung der Bevölkerungspyramide/Überalterung in den gerontotrophen Prosperitätsländern (*Petzold 2004a, 2005b*), Femizid im asiatischen Raum etc. –, die Prekarität der weltpolitischen und weltwirtschaftlichen Situation betrifft natürlich die Psychotherapie mittelbar und unmittelbar, weil weltpolitische Ereignisse von Bedeutung sind, weil beunruhigender „Zeitgeist“ und kulturelle Umwälzungen die Gemüter der Menschen, ihr Fühlen und Denken beeinflussen. Um für solche Fragen gerüstet zu sein, wird eine Auseinandersetzung mit relevanten sozialkritischen AutorInnen (*J. Butler, U. Beck, A. Giddens, Ch. Lash, R. Sennett, S. Benhabib* – um nur einige in breiter Streuung zu nennen) unerlässlich werden. Sie fehlt noch weitgehend. Besonders *Hannah Arendt* und *Pierre Bourdieu* wären eine Autorin und ein Autor (*Leitner, Petzold 2005; Haessig, Petzold 2005*), von denen PsychotherapeutInnen lernen könnten, ihrem Auftrag, Hintergründe von Leid in interventionspraktischer Zielsetzung aufzudecken, gerecht zu werden. Sie zählen zu den großen, von den PsychotherapeutInnen ignorierten *engagierten* Sozialphilosophen, Soziologen, Sozialwissenschaftlern, die über ihr Lebenswerk hin versucht haben, in rigorosen Analysen einer als „Intervention“ verstandenen Wissenschaft tätig zu werden. *Bourdieu* versuchte in einer „Sozioanalyse“, die die Individualisierungen der Psychoanalyse überwinden will, Strukturen und Dynamiken der Gesellschaft aufzudecken, die in der Welt *Elend* produzieren. Seine Analysen sind anstößig für viele, die gerne einen „bequemen Grauschleier“ über ihrem Gewissen haben wollen, einen Filter im Blick, der das Elend ausblendet, einen Transformator im Verstand, der gewährleistet, dass immer die „richtigen“ Kausalattributionen die eigentlich offen zu Tage liegenden Informationen umformen

und falsche Ursachenzuweisungen aufrecht erhalten. Ansonsten könnte ja zu viel an Unruhe entstehen, wenn man in die Exzentrizität gehen und die „Schutzzone der fundamentalen Attributionsfehler“ verlassen müsste. Schaut man nämlich mit *Arendt* oder *Bourdieu* deutlich über den Tellerrand mit einem nun nicht mehr „eurozentrischen“ Blick, mit nun nicht mehr auf individualisierende Psychodynamik gerichteten Erklärungs- bzw. Interpretationsfolien – der Optik, die wir als PsychotherapeutInnen habitualisiert haben –, müsste man handeln, einspringen, beispringen! Es ist verwunderlich (oder auch nicht), dass *Arendt* und *Bourdieu* trotz psychotherapierelevanter, sozialphilosophischer bzw. sozialwissenschaftlicher Substanz im psychotherapeutischen Feld nicht rezipiert wurden und werden – ähnlich wie übrigens der „politische“ *Wilhelm Reich* oder der „politische“ *Paul Goodman* kaum beachtet wurden. Beide dienten und dienen einem Teil der GestalttherapeutInnen „irgendwie“ noch als (schwach rezipierte) Referenz- oder auch als Alibi- Autoren. Doch sie konzeptualisieren aus vergangenen, weitgehend veralteten Diskursen, die einstmals sehr mutig waren und als Zeichen einer „Parrhesie“ (*Foucault* 1996), einer offenen Rede – selbst im Angesicht von Gefahr – wertgeschätzt werden müssen, auch wenn sie für die Erfordernisse dieser Zeit nur noch wenig an Leitideen mehr hergeben können. Die Welt ist zu „anders geworden“. *Bourdieu* ist näher am Puls der Spätmoderne und er ist der rigorosere Denker (*Bourdieu, Waquant* 1996). Er setzte sich, und das ist für PsychotherapeutInnen relevant, gegen *Unrecht* und für *Gerechtigkeit* ein, analysierte die Kräfte, die Ohnmacht und Hilflosigkeit bei Ohnmächtigen produzierte. Er entwickelte Strategien für selbstbestimmtes und selbstwirksames Handeln wie *Paolo Freire* und *Judith Nisse Shklar* (1998, 2003). *Pierre Bourdieu* (*Leitner* 2002, 2003), dieser große Praxeologe und Menschenarbeiter, hätte PsychotherapeutInnen viel zu sagen, wenn sie interessiert wären, seinen Diskurs zu hören. *Hannah Arendt*, diese politisch-praktische Philosophin (*Kristeva* 2002; *Benhabib* 1998; *Auer et al.* 2003) böte TherapeutInnen Möglichkeiten, einen Standpunkt zu gewinnen, durch den sie ihre Arbeit als politische, für Menschen engagierte Praxis begreifen und begründen könnten (*Kahlert, Lenz* 2001).

In der Psychotherapie haben wir es mit Menschen zu tun, die sich krank fühlen, von Krankheiten „geschlagen sind“, seelische oder körperliche Schmerzen leiden, die „Leid tragen“, die bedrückt sind, sich quälen, ohne Hoffnung sind und verzweifelt keinen Lebensmut mehr haben oder keinen **Sinn** (*Petzold, Orth* 2005) mehr im Leben sehen. Die Gründe und Hintergründe hierfür sind vielfältig: Sie sind einsam und verlassen, werden nicht geliebt oder haben niemanden, den sie lieben dürfen – was schlimmer ist, ist schwer zu sagen. Diese Probleme dürfen aber nicht nur, wie immer noch allzu verbreitet in der Psychotherapie, individualisierend betrachtet werden, ohne Hintergründe, Untergründe und Kontext in den Blick zu nehmen und ihre pathogenen Potentiale aufzuzeigen. Dann wird erkennbar: Menschen widerfährt großes **Unrecht**. Sie leiden Armut und Not oder leben in prekären, vielleicht desaströsen *Lebenslagen* (*Petzold* 2000h), in toxischen oder ausgebrannten sozialen *Netzwerken* (*Petzold* 1979c; *Hass, Petzold* 1999; *Brühlmann-Jecklin* 2004; *Laireiter* 1993). Andere PatientInnen sind von Schuldgefühlen belastet, haben den Glauben an die Menschen verloren, sind beschämt und so erniedrigt worden, dass sie jetzt der Hass zerfrisst. Öffnet man den individualisierenden Fokus, dann wird evident: Man hat ihnen ihre **Freiheit**, die Freiräume, die Ehre, die persönliche **Würde** genommen, oft hat man sogar ihre **Menschenwürde** verletzt. Das mag hier alles sehr massiv klingen, aber es ist die klinische Realität, auf die man trifft, wenn man mit „wirklich kranken Menschen“ arbeitet und sich von ihnen und ihren Lebenssituationen berühren lässt. Oft ist ihnen schlimmes Unglück zugestoßen, man

hat ihnen **Unrecht** getan. Schicksalsschläge haben sie ereilt, traumatisierende Erlebnisse, insbesondere „*man made desaster*“ haben ihr Leben und ihre Seelen zerrüttet. *Ungerechte Behandlung* und Willkür hat sie an Recht und **Gerechtigkeit** irre werden lassen. Menschen, Interessengruppen, Profiteure haben ihnen übel mitgespielt, sie gnadenlos zugrunde gerichtet, ohne **Mitleid** und ohne dabei **Schuldgefühle** zu haben. Auf Nachsicht, Gnade und Barmherzigkeit konnten die Opfer häufig nicht rechnen.

Diese und ähnliche Widerfahrnisse hat die Belastungsfähigkeit der Betroffenen erschöpft, hatte eine „Erosion ihrer persönlichen Tragfähigkeit“ im Gefolge (Petzold 2004I): Beschwerden traten auf, bis die Betroffenen schließlich eines Tages erkrankt sind, um dann permanent *von den Symptomen gequält zu werden* – so erleben das die Menschen, so fand ich es bei meinen PatientInnen in den über dreißig Jahren meiner therapeutischen Arbeit. *Symptome entlasten nicht* (wie die psychoanalytische Mythotherapie uns glauben machen will), *sie belasten*, verzehren die wenigen verbliebenen Kräfte. Überdies geht die Gesellschaft mit manifesten Symptomträgern, gleich welcher Art, in der Regel nicht gut um, sondern stigmatisiert sie häufig noch zusätzlich.

Oft genug muss man das „*Leiden an den Symptomen*“ bearbeiten, medikamentöse Wege und psychologische Methoden der „Linderung“ – die gibt es auch in der Psychotherapie - sowie supportive Ansätze des „Copings“ bereitstellen, aber auch des „Creatings“, der kreativen Überwindung, aber man muss auch die „*Ursachen hinter den Ursachen*“ (Petzold 1994c) aufgreifen - mit den PatientInnen, ihnen zeigen, wo sie Opfer schlechter oder schlimmer Verhältnisse sind, wo „*Folgen nach den Folgen*“ eingetreten sind. Man muss sich auf ihre Seite stellen, **sonst wird man Patienten nicht gerecht**. PatientInnen sind nicht nur ein Berufs- und Arbeitsfeld, eine Einnahmequelle für TherapeutInnen, sondern sie haben auch Anspruch auf Engagement und Solidarität. Jedenfalls vertritt die Integrative Therapie eine solche Position im Postulat eines „Vierten Weges der Heilung und Förderung“ als Weg der „Solidaritätserfahrung“ (Petzold 1988n, Petzold, Orth, Sieper 2006). Man steht sonst in der Gefahr, nicht nur „**Patient wellbeing**“ und „**Patient security**“, – zentrale therapeutische Kategorien (Märtens, Petzold 2002) - zu verletzen, sondern das wichtigste Postulat, „**Patient dignity**“, zu beschädigen, denn für diese ist solidarische Engagement, wo es erforderlich wird, unverzichtbar. Solche Verletzungen geschehen oft sogar durchaus wohlmeinend, weil man seinen Konzepten und Therapieideologien (Petzold, Orth 1999; Pohlen, Bautz-Holzherr 1994) zu sehr vertraut, sie nicht dekonstruktivistisch und metakritisch reflektiert (etwa das Konzept einer „Verpflichtung“ zu zurückgenommener „Abstinenz“, die aber auch oft genug zur Maskierung einer mangelnden Hilfsbereitschaft verkommt). Oft würde besonnene Überlegung und Mitmenschlichkeit genügen, vielleicht „gesunder Menschenverstand“, um PatientInnen „gerecht zu werden“. Man kann viele Probleme, Störungen, Erkrankungen durchaus anders sehen, als dies die tradierten „klinischen Optiken“ tun, und man kann andere Wege der Behandlung beschreiten, wie alternative Heilverfahren oder die Zugänge der antiken „philosophischen Therapeutik“ bzw. Seelenführung eines *Sokrates, Seneca, Epiktet* zeigenⁱ, die vielleicht Menschen oft besser **gerecht** werdenⁱⁱ, als so manche der „modernen“ psychoanalytischen, systemischen, gestalttherapeutischen usw. Modellvorstellungen und Praxen, deren konservative ideengeschichtliche Hintergründe und deren Motivlagen (Dauk 1989) durchaus der „**Problematisierung**“ bedürfen (Foucault 1996a), weil sie Hintergründe von seelischem Leid eher verschleiern als aufdecken.

5. Fehlkonzzeptualisierungen in der Psychotherapie als „Praxis von Unrecht“?

Einige Aspekte der angesprochenen Problematik, Hintergründe nicht adäquat aufzudecken, Fehlannahmen zu entwickeln und dadurch keine angemessenen Handlungsstrategien zu finden, seien am Thema von Leiden, Schuld, Leidensdruck kurz aufgezeigt.

Leidensdruck – z.T. durch Symptome ausgelöst – wird er als ein „Motor“ der Behandlung betrachtet. Ob das so ist, in welchem Maß das so ist, wie viel an dieser Auffassung ein psychoanalytisches Ideologem ist, darüber wissen wir im Lichte empirischer Forschung kaum etwas. Wir wissen aber von Symptomen, dass sie sich „einschleifen“, pathophysiologische Bahnungen etablieren, sekundäre Schädigungen, ggf. Ko- und Multimorbiditäten bewirken. *Freud* meinte, dass die Behandlung, die Kur, in der „Abstinenz“ und sogar in der „Entbehnung“ stattfinden solle, und dass man den *Patienten nicht vorschnell von seinem Leid und seiner Symptomatik entlasten solle*. 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 *Freud*ⁱⁱⁱ. Das ist eine sehr schwerwiegende Aussage! Sie ist durch keinerlei Forschung belegt^{iv}. Diesbezügliche Forschungsvorhaben kämen heute auch durch kein forschungsethisches Gremium. 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. Bei *Freuds* Annahmen aus der ersten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts muss man heute aus neurowissenschaftlicher und immunologischer bzw. psychoneuroimmunologischer Sicht viele Fragezeichen machen. Darüber hinaus muss man fragen, inwieweit sich dieser **Diskurs** nicht – verdeckt oder maskiert - auch heute noch in den Behandlungsideologien von Klinikern bzw. Praktikern findet. Symptome verschärfen häufig das Leiden der Betroffenen – bis die Menschen nicht mehr können, ausgebrannt zusammenbrechen: *personality burn out*. In der Regel ist da kein „sekundärer Krankheitsgewinn“ – auch so ein Konstrukt für durchaus anders zu benennende und zu erklärende Phänomene. Man kann damit z. B. ausbleibenden Behandlungserfolg „wegerklären“, Vorurteile können fortgeschrieben werden und die Frustration der TherapeutInnen findet in einem Theorem Ausdruck, das letztlich eine *aggressive Deutung* ist (man kann das durchaus so sehen). Derartige Interpretationen stellen zweifelsohne gegenüber den meisten PatientInnen ein **Unrecht** dar. Auch der „Habitus des Misstrauens“ der Psychoanalyse *Freuds* gegenüber den Neurotikern - und die Gestalttherapie von *Perls* steht hier mit den Konzepten der „*avoidance*“, der „*games*“, die die Neurotiker spielen, nicht nach -, bedarf dringend einer dekonstruktivistischen Bearbeitung. Wenn *Perls* (1969) von den „*self torturing games*“ der Patienten spricht, hinter denen Schuldgefühle wirksam seien, die er als „introjizierten Groll“ (fehl)interpretiert, liegt das auf einer ähnlichen Ebene wie bei *Freud* (1940, Abriß, StA 1975, 418), wenn er vom „Krankheits- und Leidensbedürfnis“ der Patienten spricht, deren Schuldgefühle – Strafe eines „grausam gewordenen Über-Ichs“ – ihn nicht gesund werden lassen, ihn im Widerstand und damit im Leiden halten und ihn davon abhalten, die „Aufgabe, die ihm [dem Ich des Patienten, sc.] die Außenwelt einschließlich der menschlichen Gesellschaft stellt, nicht mehr zu erfüllen“ (ibid. 419).

Der Neurotiker kommt nicht „mit leeren Händen. Er bringt sein Manipulationsvermögen mit, seine Tricks, mit denen er die Umwelt mobilisiert und dazu benutzt, seine Arbeit für ihn zu tun ... Das Problem des Neurotikers ist nicht, dass er nicht manipulieren könnte, sondern dass seine Manipulationen darauf gerichtet sind, seine Behinderung zu erhalten, und zu pflegen, anstatt sie loszuwerden. ... Er kann uns Sand in die Augen streuen und kann uns auf den Holzweg führen“ (*Perls*

1973/1977, 64). Und dann bietet *Perls* über Seiten einen Katalog der manipulativen Spielchen des Neurotikers – oftmals klischeehaft, sexistisch (die „Gerissenheit der kleinen Platinblonden“ usw.), manchmal geradezu verächtlich.

Hier übernimmt *Perls* – der harsche Kritiker *Freuds* – so manches der Vorurteile, Patientendiskreditierungen, Abwertungen, die er in den behandlungstechnischen Schriften des „Vaters der Psychoanalyse“ gelesen hatte. Die Übereinstimmungen sind oft frappierend und man fragt sich: Wenn *Perls* mit all seiner berechtigten und unberechtigten Kritik dieses „*Feindbild* des Neurotikers“ von *Freud* unkritisch übernimmt, wer denn noch? All die Leser, die Theoretiker und Praktiker, die sich hier nicht empört zu Wort melden! Das weitgehende Fehlen einer kritischen Auseinandersetzung mit dieser z. T. menschenverachtenden Seite bei *Perls* und bei *Freud* in der gestalttherapeutischen und der psychoanalytischen (und der übrigen psychotherapeutischen) Literatur erweckt den Anschein, dass man hier nichts Anstößiges sieht, nichts **Unrechtes**, **Ungerechtes**, weil man keinen Anstoß an Positionen wie der folgenden nimmt:

Nach *Freud* ist „die analytische Therapie aus äußeren wie auch inneren Gründen den Armen fast unzugänglich.“ – Das ist, blickt man auf den Anteil der Armut- und Unterschichtpopulationen unter den PatientInnen der Psychotherapie, offenbar so geblieben. Allerdings verfallt man der Neurose auch weniger leicht, wenn man „durch die Not des Lebens zu harter Arbeit gezwungen ist“ Aber wenn ein Armer „einmal eine Neurose zustande gebracht hat“, lässt er „sich dieselbe nur sehr schwer entreißen Sie leistet ihm zu gute Dienste im Kampf um die Selbstbehauptung; der sekundäre Krankheitsgewinn, den sie ihm bringt, ist allzu bedeutend“. Er „beansprucht jetzt unter dem Titel seiner Neurose“ Erbarmen und „kann sich von der Forderung, seine Armut durch Arbeit zu bekämpfen, selbst freisprechen ... Natürlich findet man doch gelegentlich wertvolle und ohne ihre Schuld hilflose Menschen ...“^v

Freud hat hier, wie an anderen Stellen ein Vorurteil gegenüber den Armen und ein Urteil über den Neurotiker, den er als „nicht Vollwertigen“ (Ratschläge 1912, StA 1975, 179) qualifiziert, mit dem er im Kampfe steht, dessen Widerstände er besiegen muss. „Gleichzeitig stellen wir die Ordnung in seinem Ich wieder her Wir dienen dem Patienten in verschiedenen Funktionen als Autorität, als Elternersatz, als Lehrer und Erzieher ...“ (Abriß 1940, ibid. 419f), am besten als Bewusstsein schaffende Analytiker.

Die Funktionen des Anwalts, Beistands, Mitstreiters, Gastgebers, Freundes – und vor allen Dingen „Partners“^{vi} – erwähnen weder *Freud* noch *Perls*. Das liegt nicht im Rahmen des konzeptuellen Denkens beider Schulengründer. Werden wir mit diesem Konzept „**Menschen gerecht**“, ihrer Würde, *ihrem Status als mündigen, selbstbestimmten Bürgern* in einer Zivilgesellschaft, denn das sind unsere PatientInnen? Ihr Leiden, ihre Armut, ihre Probleme, ihr Scheitern, ihre Symptomatiken, ihre Störungen und ihre durch TherapeutInnen auf dieser Basis gestellten Diagnosen scheinen ihnen aber in subtiler Weise diese Mündigkeit wegzunehmen, ihr Handeln in den Bereich der Unmündigkeit, Unfähigkeit und Manipulation zu rücken, ihre Motive und ihre Anstrengungen – auch ihre Bewältigungsleistungen – mit dem Stigma der Verschleierung und Täuschung, der Doppelbödigkeit (manifest/latent) zu versehen, was eine beständige kritische Bezweifelung nach sich zieht:

„Die klaglose Ergebenheit, mit der solche Personen oft ihr schweres Schicksal ertragen, ist sehr merkwürdig, aber auch verräterisch“ (*Freud*, Die Psychoanalytische Technik, 1940, StA 1975, 418). Verdrängte Schuldgefühle könnten im Hintergrund stehen. Neben der Schulddynamik könne sich aber auch ein „Trieb zur Selbstschädigung und Selbstverletzung“ manifestieren (ibid. 419).

Heute müssen wir ernsthaft fragen – ohne das Gefühl einen heiligen Kanon, kanonische Schriften zu verletzen: Greifen diese Interpretationen noch, darf man Patienten „im Widerstand“ (whatever that may be) aufgrund dieser spekulativen

Modelle, mit einem unzureichend geklärten Schuldkonzept oder Leidensverständnis noch mit Metaphern wie „masochistischer Triumph“ (Sachsse 1994) stigmatisieren, solange man nicht genau weiß, was auf der Ebene der Neurophysiologie geschieht? Ist es mit *Freuds* Vorschlag getan: „In der Abwehr dieses Widerstandes müssen wir uns auf das Bewußtmachen desselben und auf den Versuch zum langsamen Abbau des feindseligen Über-Ich beschränken“ (Freud 1940, 419). Was, wenn dieses ganze Hypothesengebäude falsch oder teilweise falsch ist – und einiges spricht dafür? Um PatientInnen heute **gerecht zu werden**, müssen wir fragen: **What happens on the brain level?** Was passiert weiterhin im „sozialen Netzwerk“ und (in Zeiten von Wirtschaftskrisen bedeutsam) was finden wir im Bereich der „Lebenslage“? Was ist, wenn etwa polytraumatisierte PatientInnen mit schwerer Selbstverletzungssymptomatik von anderen Kräften getrieben werden, als den von *Freud* und *Perls* postulierten Mechanismen und Masochismen?^{vii} Es gibt statt deutender Konfrontation sicher andere Wege der Behandlung für diese PatientInnen nämlich supportiver, entlastender Art, Kombinationen von Medikation und Körpertherapie, Netzwerkinterventionen. Solange wir nicht wirklich wissen, was die Selbstverletzungen verursacht^{viii} – und sie werden multifaktoriell sein – müsste die Devise lauten: Hypothesen mit den geringst möglichen Stigmatisierungsrisiken ist der Vorzug zu geben; Behandlungswege mit dem geringsten Nebenwirkungsrisiko haben absolute Vorrangigkeit zu haben; **Patient dignity** muss bei allen Behandlungsprozeduren prioritär stehen – ein Postulat, das keineswegs gesichert ist, schaut man auf Praktiken der Behandlung in der Drogentherapie oder in der Behandlung von „Borderlinern“ (der Jargon ist teilweise schon verräterisch). Diese genannten Devisen wären Konsequenzen aus Überlegungen, wie sie hier kurz angedacht wurden, wenn man sich um angemessene und gerechte Therapie mit und für PatientInnen mit schwierigen Symptomatiken und in prekären *Lebenslagen* bemüht.

Die Belastungen und Leiden unserer PatientInnen, ihr Kranksein, das oft genug das Leben zerstört, werden von dem klinischen Begriff „*Störung*“ (wie er im ICD-10 oder DSM-IV in Ersetzung des Begriffes „Krankheit“ gebraucht wird) nicht eingefangen. Es ist ein fast aseptischer Begriff, gereinigt von Beunruhigendem, Bedrohlichem, Schmerzlichem, Entsetzlichem, von Elend, Leid, Demütigung. Diese diagnostischen Manuale – so wichtig sie sind - erfassen all diese Dimensionen der Beschädigung, Entwürdigung, Verletzung, des Unrechts und der Ungerechtigkeit nicht. Sie tauchen in ihnen genauso wenig auf wie in den Standardtexten der Psychotherapie und der klinischen Psychologie. Das wirft große Fragen auf – Fragen an die **PsychotherapeutInnen/PraktikerInnen** als Menschen, die mitfühlen, aus „empathischer Kompetenz“ handeln: Warum – das müssen wir uns fragen lassen - tauchen diese Zusammenhänge, Begriffe, Phänomene nicht in den „*Fallberichten*“ von uns Praktikern auf? Ist der Begriff „Fall“ vielleicht zu verdinglichend? Suggestiert er nicht, man sei „außenstehend“, in einem Raum geschützter Objektivität? Der Begriff „**Prozessbericht**“ macht vielleicht besser deutlich, dass es um Prozesse geht, von denen man als Psychotherapeut immer wieder selbst berührt wird. Man wird durch den Anderen, sein Schicksal bewegt, aufgewühlt, zuweilen erschüttert, es sei denn, man handelt in kühler „Abstinenz“, orientiert an der „Schonung des eigenen Affektlebens“ mit einer „vom Analytiker zu fordernden Gefühlskälte“ (*Freud*, Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung“, 1912 StA 1975, 175), um aus solcher Objektivität „für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist“, zu erreichen (*Freud*, *ibid.*). Heute könnte es anders sein, müsste man sich nicht mehr „den Chirurgen zum Vorbild [...] nehmen, der alle seine Affekte und selbst sein menschliches Mitleid beiseite drängt und seinen

geistigen Kräften ein einziges Ziel setzt: die Operation so kunstgerecht als möglich zu vollziehen“ (ibid.). Psychotherapeuten verstehen sich heute kaum noch als „Seelenchirurgen“, verwenden nicht mehr wie *Freud* oder *Perls* die – machtvolle – „Chirurgenmetapher“, vertreten aber vielfach immer noch unhinterfragt das Ideal abständiger Abstinenz, die Kontrollmacht (*Flammer* 1990) sichert, und – bestenfalls – mit der Idee „wohlwollender Neutralität“ (*Kernberg*) an der Grenze der Unberührbarkeit situiert ist. Sie arbeiten damit immer nahe an der Grenze einer „Praxis von Unrecht“ und überschreiten diese Grenze auch immer wieder, u.a. weil sie ihre Leitbilder nicht reflektieren und weil sie das Thema ihrer Macht, der Medizinal-, Pastoral-, Expertenmacht (*Orth, Petzold, Sieper* 1995; *Petzold* 2004) vernachlässigen.

Aber was sind heute für PsychotherapeutInnen die Vor- und Leitbilder, und wo liegt deren *Macht* ?

Der **Wissenschaftler/Forscher** ist zum Leitbild geworden und hat mit der Verfügung über die empirischen Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweise, mit einer „Macht der Evidenzbasierung“, die tonangebende Position eingenommen (mit den Unbedenklichkeits- und Nebenwirkungsfreiheitsnachweisen hapert es allerdings noch, vgl. *Märtens, Petzold* 2002).

Mit einer ausschließlich objektivierenden Verwissenschaftlichung scheint aber auch in vielen Bereichen der Psychotherapie eine andere Nicht-Berührbarkeit aufgezogen zu sein: die Kühle einer szientistischen „Objektivität“, die Effektstärken, die an der Symptomreduktion orientiert sind. Es gäbe aber auch Möglichkeiten zu einer „**engagierten, ja eingreifenden Wissenschaft**“, wie sie *Bourdieu* (1997, 1998) – ein in der Psychotherapie vernachlässigter Autor – vertreten hat (*Leitner* 2000, 2002), einer Wissenschaft, die „dazwischen geht“ (*Petzold, Leitner* 2004). Wir verfügen über ausgezeichnete Forschungsmethodiken, aber *gehen wir den richtigen Fragen nach*, den Fragen, die die Menschen bewegen, die die PatientInnen beschäftigen, die die Ruminationen, die quälend kreisenden Gedanken der Opfer, erfüllen? Es werden die Fragen nach dem Leiden und der Schuld, nach Unrecht und Gerechtigkeit, nach Freiheit und Unfreiheit, nach Verzweiflung und Hoffnung in der Psychotherapieforschung nicht gestellt. Das sind keine Forschungsthemen, sind keine Begriffe im Vokabular der Forscher (es sei denn, sie werden als Menschen durch einen Schicksalsschlag selbst Betroffene). Warum ist das so? In den klinischen Lehrbüchern aus den Mainstreams der Richtlinienverfahren (z. B. *Senf/Borda* 2000; *Margraff* 2000; *Grawe* 1998), aber auch der Gestalt- und Systemtherapeuten (*Fuhr et al.* 2000, *Schipek* 1999) – sie sind Niederschlag des Wissensfundus der Kliniker, Tresor des von TherapeutInnen zu wissenden Wissens – werden Themen wie **Gerechtigkeit** und **Unrecht, Sinn** und **Sinnlosigkeit**, Macht, Gewalt, Friedlosigkeit und Frieden nicht thematisiert. Und wir müssen uns als Kliniker fragen lassen: Warum nicht? Hier liegen doch wesentliche Hintergründe und Ursachen von Krankheit und Gesundheit.

Unrecht und **Ungerechtigkeit** bewirken *psychophysiologischen* „Stress“ und zwar in erheblichem Maße. Darüber dürfte weitgehend Einigkeit bestehen. Beschneidung von Freiheit, Unterdrückung der oft damit verbundenen Reaktanz erzeugt *pathogenen Dysstress*. Aber reicht es, Stressphänomene zu untersuchen, vielleicht noch die subjektiven Bewertungen (*appraisal*) von Stress? Wo solche Parameter erhoben werden, geschieht das allerdings in der Regel, ohne dass die Inhaltsebene berücksichtigt wird, etwa die Frage, ob es um Unrecht geht? Reicht es, das Unrechtserleben, erlebte Ungerechtigkeit als „*stressfull life event*“ diagnostisch zu erfassen und klinisch festzustellen, ohne auch zu *bewerten*, ob hier Unrecht geschehen ist, auf das man auch als Therapeut und als Mitmensch einzugehen hat?

Genügt es, die aus derartigen Erfahrungen der Verletzung der **Menschenwürde**, der Unterdrückung und Benachteiligung, des „schreienden Unrechts“ resultierende *Symptome* kurativ anzugehen, ohne mit den Betroffenen nicht auch in eine Auseinandersetzung einzutreten, was zu tun sei, ihnen zu raten, an ihre Seite zu treten – engagiert, solidarisch, konkret, für Wiedergutmachung eintretend? Auch diese Fragen müssen gestellt werden – *wieder einmal* -, weil sie in der Psychotherapie in Randbereichen von zum Mainstream randständigen AutorInnen durchaus immer wieder gestellt worden sind (*W. Reich, P. Goodman, M. Sperber, P. Parin, H.E. Richter, J. Benjamin* u. a.), jedoch ohne wirkliche Resonanz im Feld klinischer Praxis oder für die Entwicklung klinischer Methodik zu gewinnen. Die theoretische Auseinandersetzung mit diesen Themen in der „trivialen Psychotherapie“ ist so flach oder oberflächlich, und oft fehlt sie ganz, dass damit auch die Basis für praxeologische Entwicklungen des Umgangs mit diesen Themen nicht in ausreichendem Maße gegeben ist.

Wie weit entfernt sind damit TherapeutInnen von ihren Patienten und Patientinnen, Klienten und Klientinnen und ihren *Lebenswelten* und *Lebenslagen* mit ihren ökonomischen Realitäten – entfernt durch Rolle und Status, Schicht, Kultur, durch Expertentum, durch therapeutische Sprachspiele und klinische Ritualisierungen? Welche Patientinnen und Patienten werden durch solche Fremdheit der TherapeutInnen gegenüber dem, *was ihnen als Betroffenen wichtig ist*, von vornherein benachteiligt, ausgegrenzt, so dass sie erst gar nicht in die Psychotherapie, die Praxen, die Psychotherapiekliniken kommen oder sich in der Psychotherapie nicht gut aufgehoben und verstanden fühlen, so dass ein Viertel nach dem initialen Kontakt die Therapie gar nicht erst beginnen (*Grawe 2005a*)? Diese PatientInnen werden dann schnell als nicht „*compliant*“, im Widerstand, voller Abwehr stigmatisiert, mit der bequemen Deutung: Die wollen ja nichts ändern, sind therapieresistent, zu wenig introspektiv, ungeeignet für eine Psychotherapie. Wer, so muss man sich ernsthaft fragen, wer von dieser Patientengruppe, hätte in einer konventionellen Psychotherapie eine Chance? Und wer würde/könnte bei solchen stigmatisierenden Attributionen kooperieren? Es gibt Patientenpopulationen, für die bietet Psychotherapie keinen „Raum der Konvivialität“ (*Orth 2002*)

6. Problematisierungen, die weitergeführt werden müssen

Es wurden hier nur exemplarisch einige Themen angerissen und *Problematisierungen* (*Foucault 1996, 2001*) aufgewiesen, die angegangen und weitergeführt werden müssen als eine Kritik an der eigenen Profession und als eine Selbsthinterfragung (*Petzold 2000a*). Psychotherapeuten sind in dieser Aufgabe nicht gut. Sie sind so sehr mit dem Hinterfragen von Anderen okkupiert, dass sie die eigenen Probleme und Mythen (*Petzold, Orth 1999*), die potentielle Gefährlichkeit der eigenen Praxis (*Märtens, Petzold 2002*) offenbar kaum kritisch zu hinterfragen in der Lage sind. Es fehlt der Psychotherapie – wie auch der Supervision, bei der sich die meisten Probleme der Psychotherapie replizieren (*Petzold, Schigl et al. 2003*) - offenbar der Wille zur Kritik der eigenen Situation. Sie ist zu sehr von der Kritik Anderer, anderer „Schulen“ der Psychotherapie zumal, absorbiert. Und es fehlt ihr eine „*Kultur* des kritischen Diskurses“ oder auch eine „*Theorie der Kritik*“ . „Kritik bezieht sich nicht nur auf eine gegebene gesellschaftliche Praxis oder auf einen bestimmten Horizont der Verständlichkeit, sie impliziert auch, dass ich mir selbst fraglich werde“ (*Butler 2003, 33*). *Foucaults* Essay von 1978 „Was ist Kritik?“ ist hier aufschlussreich (in *Foucault 1992*), denn er zeigt,

„dass eine Selbsthinterfragung dieser Art mit sich bringt, dass man sich selbst einer Gefahr aussetzt, ja dass man die Möglichkeit des Anerkanntwerdens durch andere gefährdet; denn wenn man die Normen der Anerkennung in Frage stellt, die darüber bestimmen, was ich sein kann, wenn man nach dem fragt, was diese Normen übergehen, was sie vielleicht zu berücksichtigen gezwungen sein könnten, dann riskiert man in Bezug auf das gegenwärtige Regime, als Subjekt nicht mehr anerkannt zu sein, oder zumindest riskiert man, dass die Frage gestellt werden kann, ob man anerkannt ist oder nicht“ (Butler 2003, 33, vgl. eadem 2002).

Blickt man unter einer solchen Optik in die Geschichte der Psychotherapie, nicht zuletzt die neuere, wird evident, warum PsychotherapeutInnen, an diese Themen so ungern herangehen: Die ausgrenzenden Richtlinienverfahren müssten in den Spiegel schauen und sich fragen, was an ihren Demarchen während und nach der deutschen Psychotherapiegesetzgebung denn „gerecht“ war, die Nicht-Richtlinienverfahren müssen sich fragen lassen, ob sie vielleicht nicht genug riskiert haben. Die mangelnde Dialogbereitschaft zwischen den „Schulen“ um das Thema „gerechter Verhältnisse“ in allen Bereichen der Psychotherapie kann nicht ohne Folgen für die PatientInnenarbeit bleiben. Wenn wir als PsychotherapeutInnen diesen Themen gegenüber weiterhin so „abstinente“ gegenüberstehen, ihnen keinen Raum, kein Forum geben in unseren Diskursen, wie das in Veröffentlichungen unseres Berufsstandes zum Ausdruck kommt, obwohl es ja zahlreiche Psychotherapiezeitschriften gibt, die den Begriff „Forum“ im Namen tragen, muss sich jeder fragen: Wie steht es um „*Just therapy*“ in unserem Feld – in meinem Verfahren, in meiner konkreten Praxis? Das müssen wir „problematisieren“ (Foucault 1996a), diskutieren: Wie *gerecht* oder *ungerecht* ist unsere Psychotherapie, die wir praktizieren, sind die Positionen des Verfahrens, das wir anwenden: als VerhaltenstherapeutInnen, Psychoanalytiker, GestalttherapeutInnen, Systemiker usw. usw.? Welche für Menschen relevanten Themen blenden wir als Einzelpersonen und als „*scientific and professional community*“ in unserer Theorie und unserer Praxis aus? Welche Verfahren grenzen wir aus und was geht damit der Psychotherapie, was geht den PatientInnen damit verloren? Wo vernachlässigen wir für die Psychotherapie wichtige Quellen, wie die Gedanken moderner ProtagonistInnen der Humanität (M. Foucault, H. Arendt, P. Bourdieu z. B.), oder die Praxis und das Denken der antiken Seelenführung (Seneca, Epictet, Plotin z. B.) oder ... meine Freunde oder ...?^{ix} Jeder Therapieansatz, jede „Schule“ der Psychotherapie muss sich derartigen Fragen stellen, muss sich klar machen, wie weit sie ihren Rahmen steckt, welche Geltungsansprüche sie erhebt und was sie tatsächlich leisten kann und will, wenn sie Menschen, wenn sie ihren PatientInnen, wenn sie ihren KollegInnen, ja ihrer eigenen Profession gerecht werden will.

7. Ethische Gewalt?

Der „**Integrative Ansatz**“, wie ich mein „Konzept“ oft nenne, ist um Standortbestimmungen immer wieder bemüht gewesen, einerseits um Standortbestimmungen aus seiner Qualität einer „therapeutischen Philosophie“ (Petzold 1991a/2003a, 2005r, t) bzw. einer „kritischen Kulturtheorie“ (idem 1994c) zu geben und andererseits aus seiner Qualität einer „klinischen Psychotherapie“ – und beide Qualitäten sind zu unterscheiden, wenngleich sie sich wechselseitig bedingen und beeinflussen. Aber der Anspruch der einen Qualität ist nicht mit dem Anspruch der anderen und ihren Möglichkeiten und Grenzen gleichzusetzen. Beide sind indes von ethischen Maximen bestimmt, die das Konzeptualisieren wie auch das Handeln bestimmen. Jedes Bestimmen – auch und gerade ethisches – birgt das Potential des

„Zwangs durch Ethik“, die Möglichkeit von „ethischer Gewalt“ (idem 2000a). Das muss differentiell reflektiert werden. Was die Reichweite meines Handelns und meiner Möglichkeiten anbelangt, ist es in der Tat etwas anderes – *wenngleich aufeinander bezogenes* –, ob ich aus der Position eines kulturkritischen „klinischen Philosophen“ oder ob ich aus der Position eines engagierten „klinischen Praktikers“ im institutionellen Setting mit einem spezifischen, vorgegebenen Auftrag (etwa der einer universitären Therapieambulanz oder einer forschungszentrierten Milieustation) spreche oder ob aus der Position des niedergelassenen Therapeuten in freier Praxis. Derartige Positionen in hinlänglicher Stimmigkeit zusammen zu bringen, ist nicht immer einfach und gelingt auch nicht immer, aber gerade darum habe ich immer wieder solche *Konnectivierungen* von Positionen, in die man in der Praxis gestellt wird, versucht. Jeder Therapeut, jede Therapeutin, ja jede „community of psychotherapists“ (eine integrative zumal) muss diese Arbeit der *Konnectivierung*, der konnectivierenden Integration (Petzold 2002b) unterschiedlicher Positionen immer wieder in Angriff nehmen. Die Fragen nach klinisch-fachlichem Einsatz und menschlich-mitmenschlicher Zuwendung, nach sozialem Engagement und altruistischem Handeln, nach Unrecht und Gerechtigkeit müssen dabei in Theorie und Praxis eine zentrale Position einnehmen, *zentraler auf jeden Fall, als dies bislang geschehen ist*, obgleich diese Themen meine Arbeit seit ihren Anfängen bestimmt haben (idem 1971): das Eintreten für Randgruppen (idem 1968b, 1974a), für alte Menschen (1979l, 1990r; Müller, Petzold 2002, Petzold, Müller 2005), für Kinder (1972e, 1995a), für Sterbende (1982n; 2003j), für Kriegs- und Folteropfer (idem 1986b, Petzold, Wolf et al. 2002). Mit dem vierten Richtziel „Förderung von sozialem Engagement“ wurde es für die Ausbildung in Integrativer Therapie schon 1972 im Curriculum strukturell verankert (Petzold, Sieper 1972b):

„Förderung des sozialen Engagements

Psychotherapeutisches Handeln geschieht immer auch aus einer kulturbewussten und gesellschaftskritischen Sicht und erfordert ‚Engagement für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen‘; ohne dieses wird sie ineffizient und fragwürdig. Ein demokratisches Grundverständnis, ein kritisch-emanzipatorisches Bewusstsein und die Bereitschaft des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu ‚engagierter Verantwortung‘ sollen entwickelt und gefördert werden: Entscheidungen, sich für die Belange anderer einzusetzen, Patienten und Patientinnen als Partner ernst zu nehmen und im sozialen und politischen Bereich immer wieder Initiativen zum Abbau ‚multipler Entfremdung‘ und zur Herstellung ‚gerechter Verhältnisse‘ zu ergreifen“ (ibid. 1.1.4).

Es ist nach meinem Wissen das einzige psychotherapeutische Ausbildungscurriculum, in das eine solche, explizite politische Zielsetzung aufgenommen worden ist. Man hat mir deshalb den Vorwurf der Ideologielastigkeit gemacht. Aber bitte doch: was kann denn ideologieträchtiger sein als die *Freudsche* Annahme des Triebdeterminismus und der Pansexualismus der klassischen Psychoanalyse oder die Archetypen *Jungs* und seine Mythologisierungen, die – bei allem Inspirierendem - so blind wucherten, dass er die Bösartigkeit der braunen Mytheme nicht erkannte? Vom behavioristischen Reduktionismus „jenseits von Freiheit und Würde“ (Skinner) soll man schon gar nicht reden. *Karl Mannheim* (1969) hat den Ideologiecharakter jeglichen Wissens herausgearbeitet, und in diesem Sinne ist Integrative Therapie nicht *ideologischer* als jede andere Form von Psychotherapie. Sie hat sich allerdings mit Ideologien und Ideologemen theoretisch auseinandergesetzt, dysfunktionale Ideologien, d. h. nicht offengelegte und intersubjektiv nicht legitimierte Ideologien von funktionalen, d. h. transparent

gemachten und integritäts- und intersubjektivitätsethisch legitimierten, unterschieden (Orth, Petzold, Sieper 1995), so dass Legitimierungskriterien offen liegen, die Pro- oder Kontra-Entscheidungen ermöglichen. Es wurde mir weiterhin vorgehalten, man könne doch nicht von AusbildungskandidatInnen eine Verpflichtung zu sozialem Engagement verlangen. Wohl wahr, aber man muss ja auch keine Ausbildung in „Integrativer Therapie“ machen, bei der eine solche Selbstverpflichtung zu ihren Proprien gehört. Sie will solches Engagement fördern und ihr gelingt dies auch. In unseren großangelegten empirischen Evaluationen der Ausbildung – international zählen sie zu den umfangreichsten im Felde der Psychotherapie (Petzold, Hass et al. 1995, Petzold, Steffan 2002b, Petzold, Steffan, Zdunek 2002) – war eines der herausragenden Ergebnisse, dass die AusbildungskandidatInnen die „erfahrene Wertschätzung durch ihre LehrtherapeutInnen“ am höchsten unter allen Items der Evaluation bewerteten und dass die PatientInnen, die von den so ausgebildeten TherapeutInnen behandelt wurden, gleichfalls die erfahrene Wertschätzung am höchsten bewerteten (Petzold, Hass et al. 2000; Petzold, Rainalds et al. 2006). Offenbar wird also die ethische Haltung der „Intersubjektivität“, wie sie die Theorie vertritt (idem 1991b, 1996k) und wie sie in der „Therapeutischen Grundregel“ (idem 2000a) der Integrativen Therapie zum Tragen kommt, auch praktisch in der Ausbildung umgesetzt und wird bis auf die Ebene der PatientInnenarbeit übertragen. Es muss in Psychotherapieverfahren, das ist unsere Position, nicht nur um die Ideologeme selbst gehen, die diskutiert werden müssen, sondern es muss auch um ihre transparente und wohlfundierte Legitimierung gehen (Petzold, Orth 1999, Orth, Petzold 2004), weiterhin um ihre diskursivierbare Weitergabe ohne Zwangscharakter, um ihre *Problematisierbarkeit* und schließlich um *Revidierbarkeit* jenseits von Dogmenbildungen. Ich habe diese Problematik anhand der „Integrativen Grundregel“ ausführlich thematisiert (idem 2000a), denn ohne ihre Diskursivierung und narrativierende Rückbindung an die eigene biographische Erfahrung, um persönliche Bedeutsamkeit und „Substantialität“ (Adorno 1996, 33) zu gewinnen, und ohne metakritische Hinterfragung vor dem Hintergrund historischer Erfahrung, um kollektive Legitimierung zu erhalten, könnte sie die Qualität „ethischer Gewalt“ erhalten. Sie bedarf der immer wieder erfolgenden Problematisierung durch alle an den Regelungssituationen Beteiligten. Nur in *ko-respondierenden Konsens-Dissensprozessen* (idem 1991e), in denen eine „Wertschätzung des Differenten“, der „Alterität“ (Levinas 1993; Petzold, Sieper 2001d), ja eine „Wertschätzung des Dissenses“ möglich ist, können Ideen wie die des zitierten Richtziels des „sozialen Engagements“ der Gefahr „ethischer Gewalt“ (Butler 2003) entgehen. *Kritisch reflektierte Konzepte* – gemeinsam erfasst, getragen und immer wieder problematisiert – tragen dazu bei, nicht nur auf Grund philosophischer Leitprinzipien ein Bewusstsein für *klinische Kompetenz* zu bilden, sondern auch in der Praxis zu einer *kritischen klinischen Performanz* zu finden (Petzold, Engemann, Zachert 2003). Dann kommen keine abgehobenen Ethikprinzipien, sondern hinterfragte, legitimierte, von Konsensgemeinschaften bewusst getragene *Praxen von Ethik* zum Tragen, die immer wieder in Polylogen und Ko-respondenzprozessen zwischen allen Beteiligten kontextualisiert werden, so dass in den vorfindlichen Kontexten Allgemeines (generalisierte Ethikprinzipien) und Besonders (situative ethische Erfordernisse) zu einer hinlänglichen Stimmigkeit (Passung) gebracht werden können.

8. Desillusionierte Anthropologie voller Hoffnung

Mit dem Aufstellen ethischer Normen – wie sie in diesem Richtziel erfolgt -, betritt man, dessen muss man sich bewusst sein und bleiben, einen *prekären Raum*, weil

Ethik in sich, mit ihrem Anspruch – besonders wenn er universalistisch vorgetragen wird - zu einer Gewalt werden kann, wie *Adorno* (1963/1996) und an ihn anschließend *Judith Butler* (2003) aufgezeigt haben. *Adorno* (1996, 33) situiert das Gewaltproblem – wieder einmal – im „Verhältnis zwischen dem Besonderen, den besonderen Interessen, den Verhaltensweisen des Einzelnen, besonderen Menschen und dem Allgemeinen“ (ibid.). Dann kann allzu leicht das Allgemeine sich darstellen „als ein Gewaltsames und Äußerliches, das für den Menschen selber eigentlich keine Substantialität hat“ (ibid. 35). Ich hatte mich schon in einer früheren Arbeit (*Petzold* 2000a) mit *Adornos* Aussage auseinandergesetzt und vorgeschlagen, durch *geteilte* Erzählungen in Gesprächs- und Erzählgemeinschaften „Substantialität“ als Besonderes *und* zugleich Allgemeines herzustellen, was in Erzählprojekten auch realisiert werden kann (idem 2003g). *Butlers* (2003) Alternative, Ethik nicht in einer prinzipiellen Gleichheit – als Ausdruck einer Allgemeinheit - zu begründen, sondern in dem „Ausgeliefertsein“ des Menschen an den anderen Menschen, mit dem er die „Verletzbarkeit“ desjenigen teilt, der sich „in der Hand des Anderen“ weiß, läuft in eine Aporie, denn genau hier liegt eine fundamentale Gleichheit. Sie entgeht im Übrigen, wie alle Verfechter einer „Ethik der Gewaltlosigkeit“, den Problemen der Gewalt und der Ungerechtigkeit – und damit auch dem Thema der Schuld und des Schuldigwerdens – *nicht*, denn: wenn ich mich der Möglichkeit der Abgrenzung begeben, für mich dabei sogar die Konsequenz des Erleidens von Gewalt mit der Gefahr der Tötung annehme, kann ich das auch von Anderen verlangen? Entbindet mich das vom Eintreten gegen Gewalt, die meinem Nachbarn angetan wird? Weiterhin: Kann ich vom Anderen die gleiche Rigorosität verlangen, die ich selbst als Souverän meiner Subjektivität für mich entscheiden zu können glaube? Die letztendliche Intransparenz für uns selbst, und damit die Grenzen unserer Souveränität und unseres moralischen Rechenschaftsvermögens führt *Butler* ins Feld für die Möglichkeit der Begegnung mit dem Anderen als „lebendigem Gegenüber“, von dem kein Zwang der Rechtfertigung verlangt werden muss, weil das „Bewusstsein der eigenen Fehlbarkeit“ (*Adorno*) und die Arbeit an der eigenen „Schuldfähigkeit“ (*Petzold* 2004d; *Zimmermann* 2004) eine solche Rechtfertigung nicht *einforderbar* macht. *Adorno* (1996, 261) wiederum hebt die situativen Bedingungen als unentgehbaren Kontext ethischer Entscheidungen hervor. Sie laufen über „die Frage nach der Einrichtung der Welt – man könnte sagen: Die Frage nach dem richtigen Leben wäre die Frage nach der richtigen Politik, wenn eine solche richtige Politik selber heute im Bereich des zu Verwirklichenden gelegen wäre“ (ibid.). Die Probleme der Generalisierbarkeit des eigenen „Schemas des Menschlichen“ (*Butler* 2003, 144) mit den Anschlussfragen: „Passt Du da hinein?“, „Passe ich in Deine Schablone, des Menschseins (der Ethik)?“ und den damit implizierten Gewaltpotentialen, werden keinesfalls durch normativen Relativismus gelöst. Das Wissen um das Ausgeliefertsein an Situationen (in der häuslichen Erziehung, der Schule, dem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut, den Einrichtungen des Gesundheitswesens etc.), um das Fremdbestimmtheit im vermeintlichen Eigenen und der Gedanke letztlich Intransparenz des Menschen für sich selbst, relativiert die Notwendigkeit von Normen nicht, sondern nur die Universalität ihres Anspruches. Es affirmiert indes die Aufgabe, Normen deutlich zu artikulieren, um sie zugleich als prinzipiell „verhandelbare“ in die „Konsens-/Dissensprozesse“ von Ko-responsenden zu stellen (*Petzold* 1991e/2003a).

Natürlich sind selbst in *polylogischen* Ko-respondenzen nach „vielen Seiten“ hin (idem 2002c), wo der „Blick des Anderen“ so manche Ausblendung kompensieren kann, Bereiche des Unbewussten - ich habe von einem „strukturellen

punctum caecum“ gesprochen -, aufgrund dessen Neurowissenschaftler wie *Libet* (et al. 2000), die das Faktum, dass Entscheidungen fünfhundert Millisekunden vor ihrem Bewusstwerden schon gefällt sind, heranziehen, um die Möglichkeit eines freien Willens und der subjektiven Zurechenbarkeit von Taten in Abrede stellen (*Petzold, Sieper* 2003b, 2006). Ein solcher Gedanke hilft in der Problematik nicht weiter. Wir wissen um diese *Intransparenz*, wir wissen um das Problem der „Prävolitionen“ (dieselben 2003a) und darum, dass das Gehirn - etwa in Entscheidungsprozessen, bei Wertekonflikten usw. - auf das zurückgreift, was das Leben (die Enkulturation, die Sozialisation, die Erziehung) uns mitgegeben hat und auf das, *was wir daraus gemacht haben*, dadurch, dass wir „*an uns gearbeitet*“ haben, „*Gewissensarbeit*“ (idem 1991a) geleistet haben (bei unseren Kindern Erziehungsarbeit durch eine werteorientierte Erziehung oder auch durch keine Anstrengungen dieser Art). Das Problem der „Selbstzurichtung“, auf das *Foucault* so nachhaltig aufmerksam gemacht hat (vgl. *Dauk* 1989), oder – in der Erziehungsarbeit der Zurichtung Anderer durch ihre Eingliederung in gesellschaftliche Diskurse und ihre Praxen (*Bublitz et al.* 1999, 23 ff) – und das damit implizierte und offenkundige Problem „ethischer Gewalt“, möglicher Gewalt durch normative ethische Setzungen, kann nicht durch einen Verzicht auf solche, durchaus prekäre Praxis gelöst werden. Sondern Wege zu Lösungen (plur. !) gelingen allenfalls über „Problematisierungen“ (*Foucault* 1996), über Ko-respondenzen und Metareflexionen (*Petzold* 1991e), für die wir diejenigen, deren Sozialisatoren wir geworden sind, mit einer *Problematisierungskompetenz* und einer guten *Performanz der Ko-respondenz* bzw. diskursiven Praxis ausstatten müssen (das sind u.a. unsere Kinder, SchülerInnen, StudentInnen, AusbildungskandidatInnen, AnalysandInnen, SupervisandInnen – auch die gehören dazu, was die „*community of supervisors*“ mit der für sie kennzeichnenden Ignoranz [vgl. *Petzold, Schigl et al.* 2003] geflissentlich ausgeblendet hat. Durch metareflexive Problematisierung, durch ko-respondierende Diskursivierung können Freiheitsgrade gegenüber sozialisatorischer Zurichtung und Grenzen unserer Erkenntnis gewonnen werden (wie immer, wenn man um seine Grenzen weiß) und damit entsteht, wie wir betonen (*Petzold, Sieper* 2003a), **Zurechenbarkeit** und eine „hinlängliche Transparenz“ bezüglich unserer Intransparenz. Diese kann damit nicht mehr als Argument im Sinne *Butlers* ins Feld geführt werden, ohne den Beigeschmack der Exculpation zu erhalten und sich des Vorwurfs auszusetzen, das Problem der GEWALT zu umgehen. Denn Ethik setzt Regeln, die unser Handeln kontrollieren *sollen*, so wir sie einhalten *wollen*, denn wir sind nicht nur **verletzliche Wesen** (*Aristoteles*), die sich auf ihre Hypolepsie berufen können, wir sind auch **verletzende Wesen**, mit einem hohen Traumatisierungspotential, mit Gewaltbereitschaft und ggf. Destruktionswillen. Wir sind aber auch Wesen, die sich mit ganz außerordentlichem Engagement für das Gute einsetzen können. Das gibt Grund, die Hoffnung nicht zu verlieren, führt uns aber immer wieder an Grenzen. Durch ethische Regeln, die aus dem *Wissen um diese dunklen Möglichkeiten* von Menschen zu Irrsinn, Abersinn, Zerstörungslust, Machtrausch und Gewaltorgien entstanden sind (*Petzold* 2001k), können wir immer wieder in die Situation kommen, zur Begrenzung solcher Potentiale auch zu „Mitteln der Gewalt“ greifen zu müssen – hoffentlich legitimiert durch den *breitest möglichen Konsens* auf der Makroebene in der Menschheitsgemeinschaft und nicht durch schmale „Koalitionen von Willigen“, wie sie platte und zugleich aggressive Strategien (bar jedes historischen Bewusstseins, so die *Bush-Doktrin*) als Möglichkeit der Bewältigung megaaggressiver Gewaltpotentiale phantasiert. Das ist kein gangbarer, ethisch legitimierbarer Weg, nicht nur, weil man dabei riskiert, „Sturm zu ernten“. Nach anderen Ethiken – etwa einer engagiert und *glaubwürdig* auf Umsetzung gerichteten Konvivialität,

Menschenrechtssicherung, Nothilfe gewährleistenden Ethik – wäre zu suchen. Aber selbst hier ist metareflexiv immer auch auf das inhärente Gewaltpotential jeder ethischen Regel zu schauen, weil Menschen darum wissen - die historische Erfahrung zeigt dies in nicht zu verleugnender Weise – wie blutig die hehren Ethiken immer wieder geworden sind, ganz gleich ob sie auf göttlichem Gebot oder der Annahme des „Guten im Menschen“ zu gründen vorgeben. Durch eine Ausblendung seiner Gewaltpotentiale wird man dem Menschen nicht *gerecht*, besonders den Opfern nicht, die durch die Verleugnung dieser unserer barbarischen Seiten oder -schlimmer noch - durch verharmlosende Kalküle politischen Opportunismus immer wieder geschaffen werden (die Massaker des Sadamregimes an den Kurden und Schiiten waren abzusehen und wurden von der amerikanischen Führung billigend in Kauf genommen).

Eine „**desillusionierte Anthropologie**“ ist deshalb angezeigt, und die Integrative Therapie vertritt eine solche (idem 1986h, 1996j), mit der Position, dass man - im Großen wie im Kleinen, auf mundaner und auf familialer Ebene – in Kenntnis der Prekarität der menschlichen Natur und im Wissen um die Potentialität eines Willens zu ultimativer Destruktion (Weltkriege, Bürgerkriege, Rosenkriege, Geschwisterzwist) auf eine „**Gerechtigkeit** des breitest möglichen Konsenses“ aller Beteiligten und Betroffenen setzen. Dieser muss von **Vernunft, Vertrauen und Liebe** unterfangen sein und von kritisch-dekonstruktivistischen Hinterfragungen begleitet werden. Damit würden Menschen Menschen gerecht. Auf der Makroebene der Konflikte zwischen Völkern darf dabei nur in *äußerster Not* - und im Wissen um ein *Schuldigwerden* von enormem, niemals vollends zu rechtfertigendem Ausmaß - auf Waffengewalt zurück gegriffen werden, weil die „anderen Seiten“ gleichfalls zunehmend über ABC-High-Tech-Waffen verfügen (werden), so dass megadestruktive Waffengänge wahrscheinlich werden. In einer äußersten Not oder Verzweiflung gar, das zeigt die Menschheitsgeschichte wiederum auf der Makro- und Mikroebene, ist dabei die Gefahr des Umschlags von Gerechtigkeit in Unrecht immens und das Ziel der Durchsetzung von Recht und Gerechtigkeit immer in hohem Maße von Scheitern bedroht. Psychotherapie muss deshalb bemüht sein, in ihrer Funktion der **Kulturarbeit** und im Verein mit anderen relevanten Humanwissenschaften dazu beizutragen, den Menschen über sich selbst aufzuklären. Und da er lernfähig ist, besteht die Chance, dass durch eine *desillusionierte* anthropologische Position er sich auf seine Möglichkeiten richtet, seine **Hominität**, sein Menschenwesen, in Richtung einer sich globalisierenden **Humanität** zu entwickeln. Darin liegt Hoffnung.

9. Integrative Humantherapie – ein bescheidener und engagierter Beitrag, Menschen „gerecht“ zu werden“

Der **Integrative Ansatz** ist als **transversales Synergem** von praktischer Philosophie, von Kulturarbeit, Agogik, Psycho-, Sozio-, Kreativtherapie zu sehen (Petzold, Orth, Sieper 2006), von Verfahren und Methoden, die sich beständig weiterentwickeln. In der Thematisierung der Gerechtigkeitsfrage (Regner 2005; Petzold, Regner 2005; Leitner, Petzold 2005) wird dabei wieder einmal deutlich: eine enge klinische Perspektive ist zu überschreiten, wie es für den „erweiterten Therapiebegriff“ – gr. *therapeuein*, lt. *colere* = sorgsam umgehen, dienen, pflegen, fördern, heilen, ehren – einer „**Integrativen Humantherapie**“ innerhalb dieses Ansatzes kennzeichnend ist (Petzold 1988n), in der die Ausfaltung der *Psychotherapie* nur eine – wenn auch wichtige – Linie darstellt. Dieser „Ansatz“, der immer wieder „neu ansetzt“ und neue Zugänge findet und für nötig hält, wie es für das „**Syntagma**“^x meines Werkes charakteristisch ist, hatte nie die „klinische

Psychotherapie“ als seinen alleinigen Kernbestand gesehen, bei aller Bedeutung, die klinisch-praktisches therapeutisches Tun für mein „Integratives Syntagma“ des Denkens und Handelns hat, denn dieses favorisiert pluriformes Konzeptualisieren, **polyzentrische Netzwerke** des Wissens und der Praxen. Es affirmiert die Realität vielfältiger Ebenen und Wahrheiten - „*mille plateaus*“ (Deleuze, Guattari 2001). Einem solchen Ansatz liegt – wie auch mir persönlich – jeder Gestus weltverbessernden Zelotentums fern. Ihm geht es um „**engagiertes Denken**“ und er fordert eine für Menschen, für die Welt des Lebendigen, für das Leben „**engagierte Praxis**“, wo auch immer man tätig ist. Meist sind das *Mikroebenen*, aber auch diese sind wesentlich, ja die konkrete „Arbeit im Kleinen“ ist unverzichtbar, denn hier ist man in der Regel handlungsfähig, kann etwas bewirken, hat keine Ausrede, dass man nichts tun könne.

Die Möglichkeiten der Psychotherapie, auf *übergreifenden Ebenen* zu Veränderungen beizutragen, sind relativ gering, man sollte sich deshalb um einen „Mut zur Bescheidenheit“ (Petzold 1994b) bemühen, sollte die Psychotherapie nicht überschätzen, wie das Habermas mit seiner Rede von einer „Therapeutokratie“ in der Moderne suggeriert. Ich sehe weder, wie Moreno, das ultimative Ziel einer „Therapie der ganzen Menschheit“, noch meine ich, wie Freud, „die ganze Menschheit als Patient zu haben“ oder sehe einen besonderen Wissensbestand an „unerwünschten Wahrheiten, die wir Psychoanalytiker der Welt zu sagen haben“ (Freud)^{xi}, der über das hinausginge, was klarsichtige Menschen über das Leben, die Gerechtigkeit, die Freiheit, die Liebe, über das Leiden, das Unrecht, die Gewalt, die Gier nicht auch sehen und parrhesiastisch benennen könnten und natürlich auch sehen, benannt haben und benennen. „*Wer hat das Recht, die Pflicht und den Mut, die Wahrheit zu sprechen?*“ fragte Foucault (1996, 25), und diese programmatische Frage nach der „**Parrhesie**“, der mutigen, offenen Rede über brennende Probleme, richtet sich **an alle**, die diese Frage beantworten oder zu Antworten beitragen können, weil sie ihre vielfältigen persönlichen Wahrheiten und die pluriformen gesellschaftlichen Wirklichkeiten *wahrnehmen* und mit einer *transversalen Qualität* (Welsch 1996; Petzold 1998a) reflektieren und metareflektieren können, mehrperspektivisch, in hinlänglicher Exzentrizität: *und das sind viele Menschen!* Ich habe immer vor den Größenphantasien und überzogenen Ansprüchen der Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Schulen gewarnt (Petzold 1994b), die von einem Therapieverfahren, etwa der Psychoanalyse oder der Gestalttherapie eine „Verbesserung ... gesellschaftlicher Verhältnisse“ erhoffen (Staemmler, Mertens 2006, 11). Psychotherapie muss ihren Beitrag zu humanen Lebensverhältnissen und zu Fortschritten der Welt-, Lebens-, Selbsterkenntnis leisten, wie jede andere Disziplin der Wissenschaft und Praxeologie. Und sie kann an ihrem jeweiligen Handlungsort auf *Mikroebenen* – sofern sie ihre Machtproblematik angeht – durchaus Wichtiges leisten, kann zu den „Keimzellen der Humanität“ beitragen, die an so vielen Stellen entstehen und entstehen müssen. Jeder „Tropfen auf einen heißen Reaktor“ – so schrieb ich einst (idem 1985m) – ist unverzichtbar. Psychotherapeuten brauchen durchaus eine große Exzentrizität, ein Wissen um Hinter- und Untergründe des Menschen sowie eine *Vision* des Humanen, um in *Mikrorahmen* wirksam, gerecht, human und gemeinwohlorientiert *mit* ihren Patienten und Klienten und durchaus immer wieder auch *für* sie zu arbeiten, ihnen Zugänge zur „Arbeit an sich selbst“, an ihrer **Hominität** und für **Humanität** zu eröffnen, denn darin liegen Chancen für sie und für die relevanten Menschen ihres Netzwerkes, ihres „Konvois“, zu gesunden und ihre „Entwicklungsaufgaben“ zu bewältigen. Damit endet der spezifische Handlungsrahmen der „*klinischen*“ Aufgabe der PsychotherapeutInnen als Experten, Helfern, „Menschenarbeitern“ und der

Psychotherapie als klinische Praxis einer engagierter Zuwendung (griech. *klinein* = sich sorgsam zuwenden) zum Patienten und Mitmenschen. In Meso- und Makrorahmen des Lebens sind PsychotherapeutInnen durchaus als Personen und als Experten menschlichen Seelenlebens und Miteinanders gefragt, aber es ist zu sehen und zu unterscheiden, wo sie als Therapeuten und wo sie als Kulturtheoretiker bzw. Sozialkritiker und Philosophen sprechen - und diese Doppelfunktion und -qualifikation finden wir bei *Siegfried Bernfeld, Erich Fromm, Paul Goodman, Paul Parin*, um einige Protagonisten zu nennen. (Auch in meinem Werk ist zu differenzieren, wo ich aus meiner Identität als Psychotherapeut bzw. Leibtherapeut oder aus meiner Identität als Sozialwissenschaftler, Naturwissenschaftler, Philosoph spreche und schreibe). Natürlich ist bei übergreifenden Problemen auch die Psychotherapie als „*professional and scientific community*“ gefragt. Sie muss als „Humanwissenschaft“ und mit Menschen arbeitende Praxeologie durchaus „Positionen“ (*Derrida*) zu Menschheitsfragen entwickeln und ist gehalten, ihren Einsatz für eine *humane Welt* zu leisten, wie jede andere Wissenschaft im Rahmen demokratischer Staaten auch, ohne dass ihr hier eine Rolle oder ein Privileg der Besonderheit zukommt. In dieser Verpflichtung, denn um eine solche geht es, sind TherapeutInnen nicht als Einzelkämpfer sondern als politisch bewusste und *engagierte Bürger* gefordert. Sie müssen in dieser Qualität aktiv werden, und dafür – nicht nur für ihr mikrointerventives Handeln - ist ein „exzentrisches Wissen“ erforderlich, muss die Auseinandersetzung mit Themen wie Gerechtigkeit und Schuldfähigkeit, Entfremdung und Zugehörigkeit, den Ursprüngen von Aggression und Gewalt (*Petzold 1986h, 2006h*), Liebe und Altruismus, zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft usw. erfolgen. Nur in der engagierten Auseinandersetzung mit all diesen Themen und Problemen, aus einer fragenden und offenen Haltung und ohne voreilige Gewissheiten, können wir zu einer „gerechten Psychotherapie“ für unsere PatientInnen und für uns selbst, sowie zu gerechten Verhältnissen in unseren Gesellschaften etwas beitragen – wieder und wieder.

Zusammenfassung: Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Kritische Überlegungen zu Therapie und Gerechtigkeit, „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“

Die Themen der Gerechtigkeit und des Unrechts sind in der Psychotherapie weitgehend vernachlässigt worden, das Thema der Würde des PatientInnen desgleichen. Dieser Text setzt sich mit diesen grundlegenden Themen auseinander.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Gerechtigkeit, Unrecht, PatientInnenwürde, Gerechte Therapie

Summary: Psychotherapy which is fair and just with people? Critical thoughts concerning Therapy and Equity, “Just therapy” and “Patient dignity”

The topics of equity and injustice have been greatly neglected in psychotherapy for too long, the same holds true for the topic of dignity. This text is dealing with these fundamental issues.

Keywords: Integrative Therapy, Equity, Injustice, Patient dignity, Just therapy

Literatur:

- Adorno, T. W. (1996): Probleme der Moralphilosophie. Frankfurt: Suhrkamp.
- 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.
- Bourdieu, P., Waquant, L. (1996): Reflexive Anthropologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bühler, C., Allen, M. (1975): Einführung in die Humanistische Psychologie. Stuttgart: Klett.
- Butler, J. (2003): Kritik der ethischen Gewalt. Frankfurt: Suhrkamp.
- Cencillo, L. (2002): Cómo Platón se vuelve terapeuta. Madrid: Syntagma Ediciones.
- Derrida, J. (1992): "Être juste avec Freud", in: Roudinesco, E., Penser la folie. Essais sur Michel Foucault, Paris S. 139-195.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foucault, M. (1996): Von der Freundschaft. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1996a): Diskurs und Wahrheit. Berlin, Merve.
- Foucault, M. (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P. München: Diederichs.
- Freire, P. (1975): Cultural Action for Freedom. Harmondworth: Penguin.
- Freire, P. (1993): Pedagogy of the Oppressed. New York: Continuum.
- Frühmann, R., Petzold, H.G., 1993a. Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn.
- Fuhr, R., Srecovicz, M., Gremmler- Fuhr, M. (Hg.), Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1997): Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7, 1-19
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K. (2005a): Alle Psychotherapien haben ihre Grenzen, *Neue Zürcher Zeitung* 23.10. 2005, Nr. 43, 78
- Grawe, K. (2005b): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 1, 4-11.
- Hadot, I. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P. (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999)Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich. S.193-272.
- Israel, H. (1999): Der Fall Freud. Die Geburt der Psychoanalyse aus der Lüge, Europäische Verlagsanstalt, Hamburg.
- Kriz, J. (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. punktum. Mai 2003, 4-15, Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie, Zürich.
- Laireiter, A. (1993, Hg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Leitner, E. (2000): Bourdieus eingreifende Wissenschaft Handhab(ung)en. Wien: Turia & Kant.
- Leitner, E.C. (2002) Schutz & Gegenwehr. Menschenleben und Widerstandswissen von Hesiod bis Bourdieu. Wien: Kant + Turiel.
- Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, Orth, Sieper 2010, 279 - 366.
- Levinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Loftus, E.F. (1996²): Eyewitness testimony, Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- Loftus, E.F., Hoffmann, H.G. (1989): Misinformation and memory: The creation of new memories, *Journal of Experimental Psychology* 118, 100-104.
- Margraff, J. (2000²): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg: Springer.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2002a): Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In: Märtens, Petzold (2002) 16-39.
- Marinoff, L. (1999): Platon not Prozac. New York: Harper, Collins Publ.: trad Espan. (2002): Mas Platón y menos Prozac. Madrid: Suma de Letras.

- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie* 3-4, 396-438
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“, in: *Märtens, Petzold (2002)* 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 15/2002, auch in *Integrative Therapie* 4, 2002
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: *Petzold, Orth, Sieper (1995a)* 119-179.
- Perls, F. S. (1969): *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette: Real People Press.
- Perls, F.S. (1973): *The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*. Pao Alto: Science and Behavior Books; dtsh. *Grundlagen der Gestalttherapie*. München: Pfeiffer 1976.
- Petzold, H.G., (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H. G., (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d’Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- Petzold, H.G., (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G. (1977q): Humanistische Psychologie - Was ich darunter verstehe. *Integrative Therapie* 2, 128-141.
- Petzold, H.G., (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G., (1979l): Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. *Z. f. humanistische Psychol.* 3/4, 54-63.
- Petzold, H.G., (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, in: idem: *Mit alten Menschen arbeiten*, München: Pfeiffer, S. 553-572.
- Petzold, H.G., (1985m): Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, in: *Petzold, H.G. (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit*, Paderborn: Junfermann. S. 223-250.
- Petzold, H.G., (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.
- Petzold, H.G. (1987g): Vertrauenstherapeuten. *Gestalt-Bulletin* 1, 120-124.
- Petzold, H.G., (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G., (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens - , Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G., (1990r): Die Krankheit der Inhumanität, *Altenpflege* 9, 498-506.
- Petzold, H.G., (1991b): Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden; repr. idem, *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 3 (1993a) S. 1047-1087; (2003a) S. 871-808.
- Petzold, H.G. (1992o): Nur zwei Grundorientierungen oder eine plurale Psychotherapie? *Integrative Therapie* 4, 467-471.
- Petzold, H.G. (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie* 2 (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt* 17 (Zürich 1993) 38-39.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: *Hermer, M. (Hrsg.), Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.
- Petzold, H.G. (1993m): "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In: *Frühmann, Petzold (1993a)* 479-616.

- Petzold, H.G. (1994b): Mut zur Bescheidenheit. In: *Standhardt, R., Löhmer, C.* (1994): Zur Tat befreien: Gesellschaftspolitische Perspektiven der TZI-Gruppenarbeit. Mainz: Matthias Grünewald. 161-169.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie, in: *Hermer, M.* (Hrsg.). (1995): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anläßlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349
- Petzold, H.G., (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? in: *Sticht, U.* (Hrsg.). (1997): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 12/2001.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 01/2002.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“ 4, 344-412.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004, *Integrative Therapie* 4, 2004, 4, 2005).
- Petzold, H. (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 11/2002; als „Einführung“ in: *Petzold* 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-95.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002, auch in *Integrative Therapie* 1/2003.
- Petzold, H.G. (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: *Petzold* (2005a) 284-292.
- Petzold, H.G. (2005v): Transversale Identität und Identitätsarbeit. (Teil I): Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In: *Integrative Therapie* 4 (2005) 395-422.
- Petzold, H. G. (2006m): „Mit einer unsicheren Zukunft leben lernen“. Tonträger 230905, Vortrag Hospitalhof. Evangelisches Bildungswerk, Stuttgart.

- Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischer Praxis“. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2009 und Integrative Therapie 4/2009 und erw. in Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer. S.115-188.
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1999): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen, *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999) 363-392.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märten, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 180-223.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: *Integrative Therapie* 1/2, 28-117 und in: Petzold, Müller (2005).
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.(Hrsg.). (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2002): Mythos Supervision? - Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - In: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 05/2002 und POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 08/2002.
- Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1972b): Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf; siehe neuste Auflage: Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000b): Curriculum „Postgraduale Weiterbildung“ Integrative Psychotherapie mit Schwerpunkt: Psychodrama, Gestalttherapie und körperorientierte Methoden“. Düsseldorf, Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, 1, 3-9.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355 – 366.
- Petzold, H.G., Steffan, A. Zdunek, K. (2000b): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG – Dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie* 1, 96-117.
- Petzold, H.G, Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Pohlen, M. (2006): Freuds Analyse- Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums. Reinbeek: Rowohlt.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1994): Psychoanalyse - Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek: Rowohlt.
- Roazen, P. (2005): Dernières séances freudiennes. Paris: Seuil.
- Sachsse, U. (1994): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik - Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sciaccitano, A. (2004a): Das Unendliche und das Subjekt: Warum man etwas von Mathematik verstehen sollte, wenn man von Psychoanalyse spricht. Zürich: Riss-Verlag.
- Sciaccitano, A. (2004b): Heilung allein durch Wissen, St. Galler Tagblatt 19. Mai 2004, 29
- Schipek, G. (1999): Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie-Praxis-Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Senf, W., Broda, M. (2000): Praxis der Psychotherapie: Studienausgabe. Stuttgart: Thieme Verlag. Zweite Aufl.
- Sennett, R.(1998): Der flexible Mensch, Berlin: Berlin Verlag.
- Shklar, J. N. (1998): Political Thought and Political Thinkers. Hrsg. Stanley Hoffmann. Chicago: University of Chicago Press.
- Shklar, J. N. (2003): Redeeming American Political Thought. Chicago: University of Chicago Press.

- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997)Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 374-428.
- Wagner, R.F., Becker, P. (1999 Hrsg.), Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen, Göttingen: Hogrefe.
- Waldegrave, C. (1990): „Just Therapy“. *Dulwich Centre Newsletter* 1, 6-46.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 57-75.
- Yehuda, R. (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: Streek-Fischer et al. (2001)43-71.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C. (eds.) (1997): Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. New York: The New York Academy of Sciences.
- Zurhorst, G. (2003): Evidenz-basierte oder ökologisch basierte Psychotherapie? Homepage des Verbandes Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e. V.
- Zweifel, S. (2006): Mein Leben auf der Couch. In der Höhle des Analytikers *Das Magazin* (Zürich) 18, 16-29.

ⁱ Vgl. de Botton 2000; Cencillo 2002; Foucault 1996, 1998; Hadot 1969, 2001; Marinoff 1999; Petzold 1971, 2001m;

ⁱⁱ Der immense Zustrom von Patienten (nicht zuletzt auch von Therapeuten) zur transpersonalen Psychologie und Esoterik, aber auch zu den wertekonservativen Angeboten Hellingers verweist darauf, dass die Mainstreamverfahren bestimmte Problemfelder nicht erreichen (Petzold,Orth 1999, Petzold 20065b), die der existentiellen Ängste, Lebensunsicherheit, Orientierungslosigkeit, die durchaus Krankheitswert haben oder wesentliche Begleitsymptomatik, etwa bei Depressionen, darstellen.

ⁱⁱⁱ 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, 1975/1969, 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)

^{iv} Freuds eigene Behandlungsmißerfolge sind hier kein empirischer Beleg, sondern eher falsche Kausalattributionen. Er selbst stand realistisch-empirischen Untersuchungen sehr ablehnend gegenüber (ebenda, S. 440-443).

^v Zur Einleitung der Behandlung (1913, StA 1975, 192ff). Derartige nur als zynisch zu bezeichnende Ausführungen, sind kein „gelegentlicher Ausrutscher“ sondern finden sich über das Werk verstreut. Man „... weise Kranke zurück, welche nicht einen gewissen Bildungsgrad und einen einigermaßen verlässlichen Charakter besitzen. Man darf nicht vergessen, dass es auch Gesunde gibt, die nichts taugen, und dass man nur allzuleicht geneigt ist, bei solchen minderwertigen Personen alles, was sie existenzunfähig macht, auf die Krankheit zu schieben“ (Über Psychotherapie 1905/1975, 115)

^{vi} Vgl. Petzold, Gröbelbauer, Geschwend 1999.

^{vii} Z.B. einer PTSD-bedingten Cortisoluntersteuerung (Yehuda 2001), die vom Organismus durch eine Erhöhung der Glucortikoidrezeptoren ausgeglichen wird, was zu erhöhter Irritabilität und bei weiterem Absinken des Cortisolspiegels zu einem physiologischen „Craving“ führt, dem durch eine Retraumatisierung vermittels Selbstverletzung – z. B. Schnitte mit einer Glasscherbe (mit der typischen, hypersteßbedingten hohen Cortisolausschüttung) abgeholfen wird. Supportive, verständisvolle Begleitung, Hilfen durch Distraktortechniken, ein moderates psychophysiologisches Lauftrainig (van der Mei 1997), das eine Reorganisation der Dysregulation unterstützt und bei „Craving-Symptomen“ durch „Stresssprinten bis zur Erschöpfung“ eine nicht selbstverletzende Entlastung schafft, das wäre ein anderer Weg und ein anderes Modell – wir sammeln derzeit Erfahrungen mit diesem Ansatz.

^{viii} Ethologische Beobachtungen zeigen, dass bei Tieren selbstverletzendes Verhalten (bei nicht artgerechter Haltung durchaus häufig), auftritt: bei Vereinsamung, Rangordnungsstress, Beengung etc. – Situationen, die sich bei vielen selbstverletzenden PatientInnen finden, die oft unter einem enormen inneren und äußeren Druck stehen (und die Kliniksituation bietet hier keineswegs immer Entlastung), aus dem sie keinen Ausweg mehr finden (schwere Selbstverletzungen erweisen sich zuweilen als ein präsuizidales Syndrom).

^{ix} Bei aller Betonung der Wichtigkeit einer „philosophischen Therapeutik“ und bei aller Wertschätzung der Erkenntnisse der antiken Seelenführung soll dabei aber keiner graecophilen Humanismustümelei das Wort

geredet werden. Der griechische und römische Humanismus musste durch die Aufklärung und diese musste durch die postmodernen Dekonstruktionen, ehe der Weg beständiger Überschreitungen einer „transversalen Moderne“ sichtbar werden konnte, der nach keinen „Metaerzählungen der Letztgültigkeit“ mehr fragt (*Lyotard* 1981).

^x **Syntagma**, [griechisch] *das*, unterschiedlich definierte Bezeichnung für eine durch Segmentierung gewonnene Folge □ Kombination sprachlicher Einheiten: 1) sprachlicher Ausdrücke (Laute, Morpheme, Wörter, Wortgruppen, Sätze), d.h. eine Folge von Ausdrücken, die in syntagmatischer Beziehung zueinander stehen; 2) eine Gruppe syntaktisch zusammengehörender Wörter, d. h. Einheiten, die größer als Wörter und kleiner als Sätze sind. *Brockhaus Multimedial* 2005

^{xi} *Freud*, Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, 1910, StA 1969, S. 123)