

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 04/2010

Integrative Therapie – neue Wege einer Humantherapie in der Lebensspanne Das „erweiterte“ biopsychosoziale und entwicklungszentrierte Modell moderner Psychotherapie

– Hommage an Charles Darwin und Pawel Florenskij* –

Arbeitsversion Update 2007/2010

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, 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](mailto:forschung_eag@t-online.de), oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.IntegrativeTherapie.de>) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold), Donau-Universität Krems. Der Beitrag hat die Sigle 2005r.

„Der Horizont der Erkenntnis -
unendliche Überschreitungen,
Glück des Unfertigen,
die *WEGE*, offen ...,
Entwicklung lebenslang.“

(Hilarion G. Petzold 1967 II h)

Therapie wirkt, weil „Erfahrungen im erwachsenen Leben entscheidende
Veränderungen für Menschen bewirken können, die durch widrige
Kindheitserfahrungen Risiken ausgesetzt waren“

(Michale Rutter 1999)

„Das autobiographische Gedächtnis: eine lebenslange Entwicklungsaufgabe
..., das die früheren und künftigen Erfahrungen in einer Lebensgeschichte
integriert, die sozial und individuell zugleich ist“

(Markowitsch, Welzer 2005)

Inhalt:

Prolegomena zu transversaler Suche und Mentalisierungen:

1. Kontext und Kontinuum und der „Wille zum Wissen“, ein evolutionäres „Erkenntnisnarrativ“ zur Verwirklichung von Hominität

1.1 Therapie - ein Prozess transversaler Moderne

1.1.1 Postmodernes Denken und Transversalität

1.1.2 Autobiographische Aspekte für die Entwicklung einer Integrativen Therapie

1.1.3 Berufsbiographische Aspekte und Entwicklungen zu einer Integrativen Therapie

2. Psychotherapie – ein komplexes und unvollständiges Unterfangen

3. Gründe für Veränderungen im „psychotherapeutischen Feld“ – externale Anstöße

3.1 Die Verrechtlichung

3.2 Das Traumaparadigma

3.3 Bad rumors or real risk? – Schlechte Ideologien, Wirkungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie?

3.4 Fortschritte in Wissenschaft und Forschung

3.5 Neue Herausforderungen warten

4. Internale Gründe für den Wandel im Felde der Psychotherapie – Anstöße der Psychotherapieforschung und der Neurowissenschaften

4.1 Entwicklungen in der Psychotherapieforschung

4.2 Rezeption der neurowissenschaftlicher Erkenntnisse – Zur Fundierung der Konzepte „Informierter Leib“ und „dynamische Regulation“ im Rahmen einer „ökologischen Gesundheits-/Krankheitslehre“

¹ Prof. emer. für Psychologie, Freie Universität Amsterdam, Leiter des Zentrums für IBT, Faculty of Human Movement Sciences, FU Amsterdam; Wissenschaftlicher Leiter der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf; Visiting Professor für Psychotraumatologie und Supervision am Zentrum für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems; Prof. für Klinische Philosophie und Psychologie, Institut St. Denis, Paris, Administrateur auprès de L'Académie de Paris.

² Beitrag für die Teilnehmer des ersten Master-of-Science-Studienganges 2005 in „Integrativer Therapie“ an der Donau-Universität, Zentrum für psychosoziale Medizin verfasst. Er ist *Ilse Orth*, der langjährigen Mitentwicklerin Integrativer Konzepte, gewidmet. Der Einführungsbrief im Anhang III. Er hatte ursprünglich den Titel: **Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell - Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege**

- 5. Die „proaktive“ Orientierung auf permanenten Wandel im „Integrativen Ansatz“ der „Humantherapie“ zwischen „Innovation und Tradition**
- 5.1 „Entwicklungstherapie in der Lebensspanne“ - der „life span developmental approach“ als ätiologisches und salutogenetisch-förderorientiertes Grundparadigma der IT**
- 5.2 Das Integrative Modell „biopsychosozialökologischer“ Humantherapie: „fünf anthropologische Orientierungen“ als Basis komplexer Behandlungsstrategien**
- 5.2.1 „Prozessorganisation zur Lebensstilveränderung im Konvoi“ - „process organized and facilitated lifestyle change“ – ein optimiertes Case Management**
- 5.2.2 Ein Modell Integrativer Praxeologie: „organized lifestyle and identity change“ in prekären Lebenslagen auf dem Boden der fünf „anthropologischen Orientierungen“**
- 6. Integrative Therapie – ein forschungsgegründeter, multitheoretisch ko-respondierender Ansatz und sein „komplexes, offenes Wissenschaftsverständnis“**
- 7. Innovativen Entwicklungen und lebendige Traditionen – der Integrative Ansatz als Prozess „permanenten Lernens“ und „konnektivierender Erkenntnisarbeit“**
- 7.1 Das Konzept des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz**
- 7.2 Komplexes Lernen und klinische Praxis**
- 8. „Heilen und Fördern“ durch leibzentrierte „thymopraktische“ Arbeit mit Kognitionen, Emotionen, Volitionen**
- 8.1 „Beziehung heilt!“ Das heilsame „Zwischenmenschliche“ als „therapeutischer Faktor“ – Förderung von affilialem Beziehungsqualität in polyadischen Netzwerken**
- 8.2 Herzensgefühle, Thymosregungen: Arbeit mit „sanften Gefühlen“ und „heftigen Regungen“ und ihre Bedeutung für die Therapie**
- 8.2.1 Trost – eine vernachlässigte Praxis emotionaler Arbeit**
- 8.2.2 Aggressionen, Bösartigkeit - verkannte Emotionen und Verhaltensmuster**
- 8.2.3 Friede, Friedfertigkeit, Grundruhe – als Themen und Aufgaben der Therapie**
- 8.2.4 Gemeinsinn, Gemeinschaftsgefühl, Altruismus, Menschen- und Naturliebe – auf dem Wege zu einer „Kultur der Angrenzung, der Konvivialität und der Ökosophie“**
- 8.2.5 Freude am Lebendigen: Explorative Gefühle und Suchbewegungen - Neugier, Wissbegierde, Entdeckerfreude, Staunen, Gelingen**
- 8.3 Wille und Wollen, Transferarbeit als Themen Integrativer Therapie**
- 9. Integrative Therapie als Konnektivierung und Polylog von Philosophie, Psychologie, Biologie, Neurowissenschaft, Kunst ... – ein *WEG* mit vielfältigen Pfaden zu fundierter klinischer Praxis**

Prolegomena zu transversaler Suche und Theoriearbeit:

„Theoretiker“ *theoroi* waren in Griechenland die Festabgesandten, Beobachter der Stadtstaaten, die - von der Reise zurückgekehrt – narrativ berichteten, die Situationen interpretierten, Wissensstände schufen. In meinen Texten komme ich von vielen Reisen zurück, aus meinen Texten kann man etliches nach Hause tragen, so hoffe“
(Petzold 2005t)

Der *homo migrans* war über die Evolutionsgeschichte hin immer „auf dem WEGE“ (Petzold 2005t; Petzold, Orth 2004b), und das heißt auch „auf der Suche“: nach Nahrung, nach einer Bleibe, nach Schutz, nach Gefährten, nach Neuem, nach Schönem, nach Schätzen, nach Erkenntnis, Wissen, Sinn³. Es ist nicht nur eine Suche aus den Notwendigkeiten des Überlebens, die den Menschen „auf den WEG“ brachte, sondern auch die Suche nach dem Wunderbarem, der *blauen Blume*⁴, dem Wasser des Lebens Die Suche selbst wurde zu einem Faszinosum zu einem schöpferischen Geschehen, durch das der Mensch zum Menschen wurde, denn er ist von seinem Wesen her ein *Suchender*, ein *Erkunder*, *Forscher* und damit auch ein potentieller Finder, Erfinder, Entdecker, Schöpfer, den die geheimnisvolle Bläue der Ferne anzog, das Azur des Himmels, das Blau der Wasser, die blauen Weiten, die locken, eine Sehnsucht, vor der es kein Entkommen gibt, wie Mallarmé erkannt hat. Man versucht zu anzuhalten aber: „En vain! L’Azur triomphe ...“⁵

Auf den WEGEN der Hominiden aus Afrika nach Europa und Asien über Java nach Australien (vor ca. 40 000 Jahren) und über die Beringstraße nach Amerika (vor ca. 20 000) bis zum südlichsten Zipfel, Feuerland (vor ca. 10 000 Jahren), auf den WEGEN durch die Zeiten, die Jahrtausende wurde der Mensch zum Menschen.

Alles von den frühen Hominiden auf ihren WEGEN persönlich und gemeinschaftlich *Wahrgenommene* und alles *Erfasste* und alles im gedanklichen Verarbeiten *Verstandene*, was die Welt – persönlich und gemeinschaftlich – *erklärbarer* machte, konstituiert Prozesse, die wir insgesamt als Prozesse *interaktiver Mentalisierung* bezeichnen, interaktiv, weil sie in der Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten der Lebenswelt, ihrem ko-mentalalen Erfassen und Bewerten erfolgt. Sie führen – ontogenetisch betrachtet – zu persönlichen und auf der kollektiven Ebene – im phylogenetischen Geschehen – zu kollektiven Symbolsystemen und Wissensständen, an denen das Individuum partizipiert und durch die die Welt und das Subjekt selbst zu einer *Wirklichkeit* werden. Mentalisierung konstituiert *Realität* als in Polyaden geteilte, als persönlich und sozial *repräsentierte* (*Moscovici*), d. h. als *menschliche Wirklichkeit*. Diese kann niemals von ihren biologischen Grundlagen, ihren sozialökologischen und soziokulturellen Kontexten und Kontinua, d. h. Geschichte und Biographie in der Lebenswelt – und das sind die WEGErfahrungen des Lebens – abgelöst betrachtet werden.“ (Petzold 1988t).

In diesem „**biopsychosozialökologischen**“ Geschehen, wo *biologische* Ausstattung, *psychisches* Erleben in *sozialen* und *ökologischen* Kontexten zusammenwirken, wurzeln letztlich **Kulturen** - ich setze den Plural absichtsvoll (idem 2005t) – und gründen die Subjekte, nehmen die Prozesse ihren Aus- und Fortgang, in denen sich Subjekte und Kulturen, Kulturen und Subjekte wechselseitig konstituieren in beständigen transversalen Entdeckungen und Gestaltungen.

Jede Entdeckung motiviert neue Suche, neue Explorationen, Grenzüberschreitungen, führt zu Transgressionen in Unbekanntes, zu Gestaltung (ποίησις) von Neuem.

³ Das Wort WEG ist mit dem Begriff **Sinn** verbunden, denn ahd. *sin* bedeutet **Weg**, Richtung, Strecke, mit den Sinnen wahrgenommene Orientierung, ursprünglich von germanisch *sinpa* = WEG, Gang, Reise und „*sinnan*“ = reisen, streben, gehen, zusammen mit dem *gesinde/gesindel* = Reisegefährten (vgl. auch *senden*). Hier zeigt sich, dass - wie bei so vielen abstrakten oder kognitiven Begriffen (*erfassen*, *begreifen*, *erfahren*, *verstehen*) – das Wort hergeleitet ist vom unmittelbar leiblich-sinnenhaft Erlebten und „mit den Händen“ im konkreten Handeln (ahd. *hantalon*) auf dem Lebensweg (*sin*) Erfahrenen, spürend Begriffenen (vgl. Kluge 1963, 710). Der Drehsinn (des Uhrzeigers) und Richtungssinn (rechts-/linkssinnig), aber auch Wendungen wie: mir steht der Sinn nach ... verweisen noch auf das Moment der *Orientierung* - im Gelände, auf dem WEGE, auf Wanderungen und Reisen in der Welt, in geschichtlichen Strömungen, in der Weltanschauung, im Zeitgeist, im Miteinander mit Menschen ... (Petzold, Orth 2004b).

⁴ „Die blaue Blume sehn ich mich zu erblicken. Sie liegt mir unaufhörlich im Sinn, und ich kann nichts anderes dichten und denken.“ – „Was ihn aber mit voller Macht anzog, war eine hohe lichtblaue Blume, die zunächst an der Quelle stand ...“ (Novalis, Heinrich von Ofterdingen). Schon in vorromantischer Zeit war die „Blaue Blume“ Symbol der Suche und Verheißung von geheimnisvollen Schätzen.

⁵ Sein bedrängendes Gedicht „Azur“ zeigt auch die Gefahr eines Zwanges zum WEG, in das Blau der Ferne gehen zu müssen, bis zur Erschöpfung, im Bann des Blau: „Où fuir dans la révolte inutile et pervers? *Je suis hanté*. L’Azur! l’Azur! l’Azur! l’Azur!“ Stéphane Mallarmé, *Sämtliche Gedichte*, Französisch-Deutsch, Heidelberg: Lambert Schneider 1974, 41.

Damit entstand eine Grundstruktur: das sich im jeweilig gegebenen *Realen* erlebende Subjekt streckt sich aus nach einem *Noch-nicht-Realen/Realisierten*, das als Imaginäres, Vor-gestelltes, ggf. symbolisch Repräsentiertes virtuell anwesend ist, aber nach Realisierung drängt (vgl. *Lacan 1973*). Im „Integrativen Ansatz“ wird eine solche „transversale“ Dynamik aus evolutionsbiologischen Überlegungen begründet (*Buller 2005; Buss 1999; Kennair 2005; Mysterud 2003*). Alles Forschen wird durch einen für den Menschen grundlegenden, überlebenssichernden *Impetus zu explorativer Suche* motiviert (*Petzold 2003e*), die im Prinzip *transversal* ist – d. h. alle Möglichkeiten der Durchquerung von Kontext/Kontinuum zu nutzen sucht. Damit wird affirmiert, dass „Suchen“ ein anthropologisches Narrativ/Programm ist, dass die Menschheit durch ihre ganze Entwicklungsgeschichte bestimmt hat. Die neue Hyperflexibilisierung spätmoderner Gesellschaften hat in dieser Sicht keineswegs einen „drift“ (*Sennett 1998*) als Phänomen spätmoderner Gesellschaften „geschaffen“, sie hat die **migrative Grundqualität** des menschlichen Wesens nur in wieder einer neuen Formatierung Ausdruck finden lassen. Die so sich *wieder zeigende* „**Transversalität**“ hat natürlich eine spezifische, durchaus neue Qualität: die einer globalisierten, ultrakomplexen Gesellschaft, deren Transformationsprozesse derart akzeleriert verlaufen, dass sie immer mehr Menschen erlebbar werden, womit auch die **Chance** wächst, dass sie in kollektiver Weise gestaltet bzw. mitgestaltet werden. In einer „transversalen Moderne“ entstehen neue Kulturen, die die überkommenen Kulturen queren, sie berühren, konnektivieren und dabei auch in ständig neuen *Transgressionen* zu neuen Qualitäten „Transqualitäten“ (*Petzold 1998a*) überschreiten – es muss dabei kein Abbruch zum Vergangenen stattfinden, wohl aber müssen Transformationen stattfinden. *Transversalität*, wie sie von *Deleuze und Foucault (1977)* konzeptualisiert wurde, wie sie sich in den Arbeiten von *Beck* („Risikogesellschaft“), *Sennett* („flexibler Mensch“) u. a. zeigt, zeichnet ein Bild des Menschen, der in der Weltkomplexität „treibt“ und sich in ihr zu stabilisieren sucht als hochkompetenter individualisierter „Komplexitätsbewältiger“ mit den **Risiken** der Orientierungslosigkeit, Vereinzelung und der Erosion seiner Subjektivität. Diese **Gefahren** drohen in der Tat. Gleichzeitig aber eröffnet **Transversalität** eine zuvor nie dagewesene **Chance**, an einer „Weltbürgergesellschaft“ (*Kant*), einer kosmopolitischen Weltgemeinschaft (*Derrida*) teilzunehmen und sie aktiv mitzugestalten. Die Möglichkeiten „koexistiver Subjekte“ zu einem globalisierten Bezug im Denken, Fühlen und Wollen – gemeinsamem Wollen – zum „Haus der Welt“, zum „Raumschiff Erde“ sind eine neue, aus solcher „**Hypermentalierung**“ erwachsene Qualität: die Chance einer „**globalisierten Konvivialität**“, die indes bei den Risiken, in die die globalen ökologischen, sozialen und wirtschaftlichen Systeme geraten sind, auch zu einer Notwendigkeit wird, wenn wir mit den anderen Bewohnern der Biosphäre dieses Planeten in „*konvivialen Gemeinschaften*“ überleben wollen.

Konzepte wie **Mentalisierung**, **Transversalität** oder **Konvivialität** entstammen nicht den traditionellen Diskursen der Psychotherapie, sondern den Diskursen der Philosophie, die sich mit der „*conditio humana*“ auseinandersetzt und dabei Erkenntnisse gewinnen konnte, die für die klinisch-therapeutische Arbeit mit Menschen eine immense Bedeutung haben und in Formen der Praxis umgesetzt werden könnten – mit Gewinn für die PatientInnen wie für die TherapeutInnen. Deshalb halten wir in der Integrativen Therapie die „Ko-respondenz“ mit der Philosophie für unverzichtbar und haben uns um die Entwicklung einer „klinischen Philosophie“ (*Petzold 1971*) bemüht.

Alles Forschen wird durch einen für den Menschen grundlegenden *Impetus zu explorativer Suche* motiviert (*Petzold 2003e*), die im Prinzip *transversal* ist – d. h. alle Möglichkeiten der Durchquerung von Kontext/Kontinuum zu nutzen sucht. Ich spreche hier von einem „*Transversalitätsprinzip*“: transversale Suche zieht Linien/Pfade durch den gesamten Raum, um ihn zu erfassen, wodurch „gesammelte Erkenntnisse“, „collagierte Eindrücke“, „dynamische Vernetzungen“, „flüssige Wissensstände“ möglich werden, die sich gegen voreilige Verfestigungen, fixierende Ordnungen und Hierarchisierungen sperren. Solche Suche geschieht zumeist gemeinsam, mit anderen Menschen, in *konvivialen* Gemeinschaften, in denen Entdeckerfreude aufkommt, und das Gefundene untersucht, verbunden, *interpretiert* wird: ein *kokreatives Konnektivieren*, d. h. Verbinden und Vernetzen (*Iljine, Petzold, Sieper 1967/1990; Petzold 1994a, 2002b*), ein komplexes *Mentalisieren* durch „*Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären*“, das menschliches Erleben, Erkennen und Gestalten zu einem Prozess permanenter „transversaler Hermeneutik

und transgressiver⁶ Poiesis⁷ werden lässt. Suche führt zu Entdeckungen, die gesammelt, *konnektiviert*, *collagiert* (Petzold 1994a; 2001b), aus den Vernetzungen immer besser *verstanden* und *erklärt* (Ricœur 1998) werden können und zu neuem Schaffen und Gestalten (gr. *poiesis*) von Wirklichkeit führen, die sich wieder und wieder überschreitet (lt. *transgredi*).

Die frühen Hominiden waren „Überschreiter“ und ihre Bipedie vor etwa drei Millionen Jahren ist selbst Ergebnis einer Transgression⁸. Dieser „aufrechten Gang“ ermöglichte den Menschen, Übersicht zu gewinnen, die Augen suchend in die Runde schweifen zu lassen, *Ziele* in den Blick zu nehmen⁹ und anzugehen. Ihre Wanderzüge in Gruppen auf gemeinsamen *WEGEN* (im *conyoy*) durch die konkret erfahrbare Welt, durch die Steppen und Wälder, über die Flüsse und Meere, in die Niederungen und Abgründe und auf die Höhen und Gipfel, dieses Umherschweifen durch viele Regionen, Landschaften, Länder führte zu einer Offenheit gegenüber Neuem, zu „mäandrierenden“, *breit ausgreifenden Suchbewegungen*, die sich nicht auf einen Weg festlegen, fixieren, sondern zu einem Wissen darum führen, dass *überall* Überraschungen warten – gute und böse –, dass die *WEGE* voller Gefahren und voller Verheißungen sind und dass etwas zu finden ist: Erkundung bringen Erkenntnisse, Neugierde Befriedigung, Sehnsucht Erfüllung. Suche führt immer *irgendwo hin*. In den Prozessen der konkreten *Wegerfahrungen* als das leibhaftige, gemeinsame, transversale Durchziehen von Landschaften, das Erleben von Geschehnissen „mit allen Sinnen“ und im „gemeinschaftlichen Austausch“ kam es, wie gesagt, zu forschreitenden „*Mentalisierungen*“ des Erlebten und Erfahrenen und *gemeinsam* Aufgenommenen/Verarbeiteten, zu einem Zeitbewusstsein im „*Nachsinnen*, *Nachdenken*“ über durchmessene *WEG*strecken und im „*Vorstellen*“, in der antizipatorischen „*VorWEGnahme*“ der noch zu durchwandernden Strecke, ihrer ko-mental *Bewertung* (Was meinen meine Weggenossen zu diesem Pass?), um angestrebte Ziele zu erreichenden. Der „*Wegcharakter des menschlichen Lebens*“ und das Begreifen des „Lebens als Suchbewegung“ als topologische Suche im Gelände, im Terrain, in den bekannten Regionen und in den Territorien jenseits der vertrauten Räume führt im persönlichen und gemeinschaftlichen Erfassen und Verstehen in den Prozesse der *Mentalisierung*, d. h. der mentalen *Vorstellung* und des *Durcharbeitens* des sinnhaft Aufgenommenen und seiner Ausgestaltung durch das *Nachdenken*, *Überdenken*, *Reflektieren*, *Koreflektieren* oder durch entwickelnde Phantasie zum Begreifen des Phänomens der „*mental*en Welt“ – der individuellen wie der kollektiven (Moscovici 2001; Petzold 2003b; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004). Das geschieht durchaus in genderspezifischer Sicht: das maskulin-exploratorische Entdecker-, Jäger-, Kriegerverhalten in Fernräumen führte überwiegend zu „*Stilen*“ *offensiver Mentalisierung* und *proaktiv-offensiven Handelns*, die kommunikativen, sorgend-pflegenden, kultivierenden Aktivitäten der Frauen im Nahraum als *Konvivialitätsraum* (Orth 2002) führte vorrangig zu „*Stilen*“ *sensibler Mentalisierung* und *protektivem*

⁶ Der Term „transgressiv“ (von lt. *transgredi* = überschreiten, übersteigen, übertreten) wird mit Bedacht gewählt, wegen seiner Zwieschlächtigkeit. Der üblichere Begriff „*transgredient*“ (philos. überschreitend, über etwas hinausgehend), entspräche zwar vollauf meiner Intention, „*transgressiv*“ will aber auch – über das positive des „überschreitend-voranbringenden“, fortschrittlichen Moments hinausgehend – die Konnotation der „Übertretung“ mit ins Spiel bringen, denn *Transgressionen* sind prinzipiell „prekär“, sie bergen Gefahren: den Schritt ins Unbekannte, die Grenzverletzung, den Verstoß, den Frevel gar (vgl. engl. und frz. *transgression*). Dies stets mitzubedenken (in der Wissenschaft, der Forschung, der politischen Entscheidungsfindung), die „*Folgen nach den Folgen*“ zu reflektieren, die Notwendigkeit ethischer Fundierung im Blick zu behalten, das soll mit dem doppeldeutigen Term „transgressiv“ signalisiert werden.

⁷ Von griech. *poiesis* = das Verfertigen, Gestalten, Dichten zu: gr. *poiein* = verfertigen, dichten.

⁸ **Transgression**, hier in der biologischen Bedeutung: „das Auftreten von Genotypen, die in ihrer Leistungsfähigkeit die Eltern- u. Tochterformen übertreffen“, Duden - Das Fremdwörterbuch. 7. Aufl. Mannheim 2001. [CD-ROM].

⁹ Das ist meine These für das Entstehen des aufrechten Ganges, dessen Urprünge noch ungeklärt und in der Diskussion sind. Diese These impliziert vielfältige Selektionsvorteile. Das Entstehen der *Bipedie* nach Abgehen von der semiterrestrischen Lebensweise war sicher multifaktoriell bedingt. In ihr sind m. E. energetische Faktoren (aufrechter Gang spart Energie), soziale Momente (Aufrichtung bestärkt soziale Salienz, Imponierhaltung, Führung) und ökologische Einflüsse (Aufrichtung ermöglicht bessere Übersicht im Gras- und Buschland) zum Tragen gekommen. Eine regionale Anpassung an das Leben im Flachwasserbereich, wie es von einigen Paläoanthropologen bei den im Hadar-Becken, Äthiopien, im Überflutungsgebiet lebenden frühen Hominidenpopulationen zur Erklärung des aufrechten Ganges und des Fellverlustes angenommen wird, greift m. E. nicht, weil sich solche Errungenschaften - für das Leben in Savanne und Bergland durchaus dysfunktional – auch zurückgebildet hätten. Vgl. *Bräuer, G.* (1997): Die Entstehungsgeschichte des Menschen, in: Brockhaus. Die Bibliothek. Grzimeks Enzyklopädie Säugetiere, Band 2. Leipzig. - *Bräuer, G.* (1992): Vom Puzzle zum Bild. Fossile Dokumente der Menschwerdung, in: Funkkolleg Der Mensch. Anthropologie heute, herausgegeben vom Deutschen Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen. Heft 2. Tübingen. - *Henke, W., Rothe, H.* (1994): Paläoanthropologie. Berlin. - *Leakey, R.* (1997): Die ersten Spuren. Über den Ursprung des Menschen. München. - *Schrenk, F.* (1997): Die Frühzeit des Menschen. Der Weg zum Homo sapiens. München. - *Tattersall, I.* (1997): Puzzle Menschwerdung. Auf der Spur der menschlichen Evolution. Heidelberg.

Handeln. Auch wenn beiden Geschlechtern beide Mentalisierungsformen zur Verfügung stehen und sie nutzen können kann man doch von einer gewissen Dominanz geschlechtsspezifischer *Mentalisierungsstile* sprechen, es sei denn sie würden durch gezielte Bewusstseinsarbeit flexibilisiert (Petzold 2005t). Es wird dann auch deutlich, was es menschengeschichtlich bedeutete, als das *Suchen* der Hominiden begann, sich auch in die durch die Mentalisierungen entstandenen „Welten der Phantasie“, in die „Gedankenwelten“ auszudehnen (das war konsequente Folge des Transversalitätsprinzips), wie es etwa das Aufkommen neolithischer Kunst (Brosinsky 1995; Benz-Zauner 1995; Roussot 1997) und differenzierteren Werkzeuggebrauchs in Europa seit dem Jungpaläolithikum – 40 000 – 12.500 Jahre vor unserer Zeitrechnung – dokumentiert¹⁰. Es entstanden über die gesamte Zeit der Entwicklung menschlicher Kulturen und Zivilisationen durch *transversale* Suche nach Wissen und Erkenntnis *WEGE* in „Welten des Wissens“, „*WEGE* der Forschung“ und „*Diskurse* wissenschaftlicher Disziplinen“¹¹ durch eine zunehmende Virtualisierung der *WEGE* bis hin zu den Datenautobahnen im Global Net. Die *landscapes* wurden „*netscapes*“.

»Unter **Mentalisierung** verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die *informationale Transformierung*¹² der konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelten Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen, die Menschen aufgenommen haben, in *mentale Information*. Die Transformierung geschieht durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf *komplexe symbolische Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja transversaler Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, kognitiven und emotionalen *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen, die Willensentscheidungen und Handlungen regulieren können. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-respondenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intramentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (Vygotsky, Moscovici, Petzold). Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst und andere, ihrer „*theories of mind*“¹³ und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalisierungen*. Es entstehen auf diese Weise permanente Prozesse der *Überschreitung* des Selbst- und Weltverstehens auf der individuellen und kollektiven Ebene, eine *transversale Hermeneutik und Metahermeneutik* als unabschließbarer Prozess (Petzold 2000h).«

Mit mentalen Repräsentationen hatte ich mich Mitte der 60er Jahre durch das Studium sozialpsychologischer Fragen befasst. *Moscovicis* (1961, 2001) „*representations sociales*“, seine Idee kollektiver/sozialer „mentaler Repräsentationen“ wurden zu einem wichtigen Konzept integrativen Denkens (Petzold 1992a, 2003b; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004), denn mir wurde deutlich: jede soziale Gruppierung hat spezifische Prozesse „kollektiver Mentalisierung“, die zu je besonderen kollektiven „*représentations sociales*“ führen (Moscovici 1988; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004). Und auch Zeitgeisteinflüsse, makrosoziale Ereignisse beeinflussen Mentalisierungen (idem 1989f). So können Kriegszeiten, Pogrome, Foltererfahrungen auf der *individuellen* wie auch auf der *kollektiven* Ebene zu

¹⁰ Burenhult, G., Berglund, B. E. (1994): Die ersten Menschen. Ursprünge und Geschichte des Menschen bis 10000 vor Christus. Hamburg. - Cunliffe, B. (1996): Illustrierte Vor- und Frühgeschichte Europas. Frankfurt. - Louboutin, C. (1992): Steinzeitmenschen. Vom Nomaden zum Bauern. Ravensburg. - Probst, E. (1991): Deutschland in der Steinzeit. Jäger, Fischer und Bauern zwischen Nordseeküste und Alpenraum. München. - Vialou, D. (1992): Frühzeit des Menschen. München.

¹¹ Lat. *discursus* = das Sichergehen über etw., das Auseinander- bzw. Umherlaufen.

¹² Petzold, van Beek, van der Hoek (1994).

¹³ Dieser Term TOM bezeichnet die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, was im „*mind*“ eines Anderen vor sich geht (Fletscher et al. 1995): „Ich weiß, dass er weiß, ich weiß, was er meint, sich denkt, was er empfindet etc. ... und ich weiß, dass er es weiß“ – Grundbedingung für menschliche Kommunikation und Empathie. Das Konzept kam mit der Frage von Primatenforschern auf: „Does the chimpanzee have a theory of mind?“ (Premack, Woodruff 1978; Woodruff, Premack 1979). Die „Emergenz“ der TOM ist der große Quantensprung auf dem *WEG* der Hominiden durch die Evolution – darüber sind sich Evolutionsbiologen, -psychologen und -philosophen heute einig (Buss 1999; Kennair 2004; Petzold, Orth 2004b). Es geht also nicht nur um höchst differenzierte Vorstellungen über den „*mind*“ von anderen – in komplexen sozialen Situationen, in Mehrpersonensettings auch über die „*minds*“ von anderen – zu entwickeln, sondern auch um die Fähigkeit, Vorstellungen über Vorstellungen, Metarepräsentationen, auch „*Metarepräsentationen meiner selbst*“ (theory of my mind), hervorzubringen, die die bildgebenden Verfahren der Neurowissenschaften sogar aufzeigen können (Fletscher et al. 1995; Voegely et al. 2001).

negativen „*Mentalisierungen*“ führen, d. h. zur Verarbeitung von Wirklichkeit, in einer Weise, das unser *Denken, Fühlen, Wollen* und dann in der Folge *Handeln* vom Erleben des Horrors, der Anomie, der Gewalt geprägt wird. Verängstigung, Verrohung, Vergleichgültigung sind die Folge, und solche Negativmentalisierungen zu verändern, ist schwer. Solche Zusammenhänge zu untersuchen, ist Aufgabe einer klinisch ausgewerteten bzw. einer klinisch forschenden Sozialpsychologie.

„Unter '**Klinischer Soziapsychologie**' ist einerseits zu verstehen der konsequente Einbezug sozialpsychologischer Forschungen und Theorienbildung für klinisch-psychologische und psychotherapeutische Fragestellungen, die Zupassung der vorhandenen Wissensstände auf klinische Kontexte und die Überprüfung klinischer Praxeologien unter der Perspektive sozialpsychologischer Untersuchungsergebnisse, andererseits die Beforschung klinischer Fragestellungen unter der Perspektive und mit Methodologien der Sozialpsychologie sowie die Generierung klinischer Theorien aus dem sozialpsychologischen Fundus (etwa zu sozialen Kognitionen, zu Attributionsverhalten, zu Kleingruppenphänomenen, zu Identitäts- und Stigmazprozessen, zu Gesundheitsverhalten usw.), da dieser eine Fülle von Erkenntnismöglichkeiten für Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision bereitstellt und vor allen Dingen individuumszentrierte Perspektiven (z. B. der persönlichkeitspsychologischen Sicht) mit kollektiv orientierten Perspektiven (soziologische Sicht) verbindet. Die Klammer dabei sind der phänomenologische Zugang zu den Forschungsgegenständen und die Rückbindung menschlichen Sozialverhaltens an evolutionsbiologische Grundlagen ohne dabei einem biologischen Reduktionismus anheim zu fallen oder kulturalistische Perspektiven auszublenden, die im Gegenteil eine wichtige Perspektive in der Sozialpsychologie darstellen“ (Petzold 1999r; Petzold, Müller 2005).

Eine solche, kollektive Dimensionen fokussierende Betrachtungsweise ist für den Integrativen Ansatz – unter dem Einfluß von Serge *Moscovici* (1965, 2001) – stets wichtig gewesen und zieht sich durch mein ganzes Werk, so auch durch diesen Text.

Anfang der achtziger Jahre, nach Aufnahme meiner Lehrtätigkeit in Amsterdam [1979] hatte ich begonnen, mich mit den Fragen der „Entstehung des Geistes“ in neuer Weise zu befassen, nämlich unter evolutionsbiologischer, entwicklungspsychologischer und sozialpsychologischer Perspektive. *Piaget, Lurija, Vygotsky*, aber auch *Moscovici* (1990), der immer schon den Dialog von Sozialpsychologie und der Entwicklungspsychologie favorisierte, wurden von mir „darwinistisch“ überdacht. Impulse kamen aus der Primatenforschung (*Premack, Woodruff* 1978) und aus der kognitiven Philosophie (*Dennet* 1978; *Fodor* 1981), die ich in den Diskurs mit meinen phänomenologischen und hermeneutischen Orientierungen (an *Merleau-Ponty* und *Riæur*) setzte. Die Forschungsarbeit mit Babies und Säuglingen, Beobachtung von Primatenbabies (*Petzold, Verweij* 1989; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) gab weitere Anregungen, erneut an einem Begriff der *Mentalisierung* zu erarbeiten, mit dem ich mich, angeregt durch die Arbeiten von *Moscovici*, in den sechziger Jahren über „kollektive mentale Repräsentationen“, befasst hatte. Meine Überlegungen zur *Mentalisierung* haben also viel früher als die von *Peter Fonagy*, der im Kontext psychoanalytisch orientierter Bindungsforschung diesen Begriff gebrauchte (ohne Bezug auf *Moscovicis* Konzepte), angesetzt und waren auch anders orientiert, obgleich es auch Berührungspunkte gibt. *Fonagy* sieht *Mentalisierung* als entwicklungspsychologisches Stadium, in dem sich so etwas wie „*reflexive Kompetenz*“ (*Fonagy, Target* 2003; *Fonagy et al.* 1998) in der Zeit vom 1. zum 5. Lebensjahr entwickelt. Ich würde das als kognitive Entwicklung und Sozialisation bezeichnen und sehe sie allerdings als ein lebenslanges Geschehen, das von *Genexpressionen* und – aufgrund vorhandener „passender“, „nicht-passender“ und „fehlender“ Umweltantworten – von funktionalen bzw. dysfunktionalen *Genregulationen* maßgeblich bestimmt ist (man denke nur an den *Piagetschen* Übergang vom präoperativen zum operativen Denken in der Frühadolescenz mit dem ihm zugrunde liegenden Umbau präfrontaler Strukturen, eine bislang nicht ausreichend gewürdigte „sensible Phase“ der *Mentalisierung*, fernab von *Fonagys* *Mentalisierungsstadium*). Ich habe mit *Moscovici* „mentale Repräsentationen“ zunächst in „Prozessen *kollektiver* Kognitionen wurzelnd“ angesehen, aber noch angefügt: „Sie werden zugleich mit kollektiven Emotionen und Volitionen als komplexen *Mentalisierungen* über die Lebensspanne hin erworben“ (*Petzold* 1994q, vgl. 2003b) – eine Betrachtungsweise, die der individualisierenden und Reflexivität betonenden Orientierung *Fonagys* eher fremd ist. Er fokussiert, letztlich immer noch orientiert am traditionellen psychoanalytischen Modell der Entwicklung und einer *dyadologisch* ausgerichteten Bindungskonzeption dyadische und triangulierende Prozesse (*Fonagy, Target* 2003, 197ff). Ich halte eine solche Sequenzierung (Monade, Dyade, Triade) für falsch und affirmiere: Von unserer cerebralen Ausstattung und genetischen Programmen her sind wir von Anfang an **polyadisch**, auf Mehrpersonenkommunikationen orientiert. Ich versuche, solche polyadischen/polylogischen *Mentalisierungsprozesse* evolutionstheoretisch zu begründen

(Petzold, Orth 2004b, Petzold 2005t) und von meiner Erfahrung als Kind, von der Erfahrung *jedes* Kindes her, als Kind unter vielen Menschen, Erwachsenen und Kindern, das in die Welt mit all ihrer Weite, Vielfalt, Menschenvielfalt hineinblickt, um sich in seinem Anderssein selbst zu finden:

„Und in das alles fern hinauszuschauen,
Männer und Frauen, Männer, Männer, Frauen
und Kinder, welche anders sind und bunt;
und da ein Haus und dann und wann ein Hund
und Schrecken lautlos wechselnd mit Vertrauen – ...“
Rilke, Kindheit¹⁴

In solchen **WEGEN** durch die Welt, die ein jeder Mensch von Kindesbeinen an gehen muß, **auf den WEGEN** der Menschen durch die Jahrtausende und **in ihrer SUCHE** auf realen und virtuellen Pfaden entwickelte sich der *mens*, dieses hohe Vermögen der Vernunft, des Urteilsvermögens, der Geistigkeit und Ästhetik, der „*mindfulness*“, die ein „*mind of mind*“ eröffnet hat. Diese transversale Suche bezog immer auch implizit und zunehmend auch explizit die *Suche nach sich selbst* ein, die Fragen „*Wer bin ich?*“ und „*Was bin ich?*“ (Ricœur 1996).

Das sind auch die Fragen der vielfältigen Formen der „**Selbsterfahrung**“ (Petzold, Orth, Sieper 2005), die seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sich mehr und mehr besonders im Bereich der psychosozialen Berufe, aber auch in breiten Bereichen der Gesellschaft verbreitet hatten. Heute sind heute die Fragen: „*Wer will ich sein?*“ und *proaktiv*: „*Wer will ich werden?*“ hinzugekommen, die natürlich immer auch in den Plural gestellt werden müssen, denn das sind letztlich Menschheitsfragen.

Die *phylogenetischen*, kollektiven Entwicklungen von *Mentalisierungen* sind natürlich mit den *ontogenetischen*, individuellen unlösbar verbunden. In jedem Menschen vollziehen sich Prozesse der Mentalisierung auf unterschiedlichen Altersstufen in unterschiedlicher Weise. In entwicklungspsychobiologischer Sicht hatte ich Mentalisierung im Rahmen meiner Überlegungen zur „*informationalen* Repräsentation von Welt“ durch beständige Transformation von Wahrgenommenen und Verarbeiteten (Petzold, Beek, van der Hoek 1994) zu bestimmen versucht.

Mentalisierungsprozesse sind die beständige Aufnahme von extero-, proprio-, interozeptiver Wahrnehmungsinformation und ihre neurophysiologische Verarbeitung, was zu emotionalen und kognitiven, d. h. *mentalen* Informationsständen führt, die in symbolischer, d. h. sinnerfüllter bildlicher oder in sprachlicher Information archiviert werden und – aufgerufen durch externale und/oder internale Auslöser – unbewusst aktiviert werden, ja ins Bewusstsein treten können. Ontogenetische Mentalisierungen sind bestimmt durch genetisch vorgegebene Entwicklungsprozesse zerebraler Reifung (Genexpressionen, sensible Phasen) und passende Umweltantworten (soziale Rückmeldungen, Spiegelungen), die verinnerlicht werden können als „Interaktion-in-Situationen“, in denen die wahrgenommenen Anderen und das wahrgenommene Selbst mit dem jeweiligen Kontext-Kontinuums-Ausschnitt repräsentiert werden können. Dadurch wird für das Individuum einerseits eine „*theory of mind*“ (Premack, Woodruff 1978), eine Vorstellung über die Intentionalität von Anderen, und andererseits eine „*theory of my mind*“, eine Metakognition seiner selbst, möglich“ (Petzold 2000h).

Das bringt eine neue Dimension und neue Qualitäten in Selbsterfahrungsprozesse, von der Vergangenheitszetrügerung (der Weg der Psychoanalyse) und der Hier-und-Jetzt-Orientierung (der „humanistischen“ Therapieverfahren) hin zu einer bewusst intendierten *Zukunftsorientierung* und proaktiven *Zukunftsgestaltung* (Petzold 2005b), die Selbstgestaltung und Gestaltung des Gemeinwesens, aber auch der Lebenswelt ermöglicht. In diesen Wandlungen konnte über Zeiten der Hominisation der Mensch vom umherstreifenden *homo migrans* zum *homo viator* werden, der seinen Wege in der Gemeinschaft mit zunehmender Exzentrizität, ja Hyperexzentrizität zu nehmen vermag: besonnen, voraussehend, verantwortlich, auf einer Suche, die Ziele bewusst und wertegeleitet, aus einer Verantwortung der Menschengemeinschaft und dem globalen Lebensraum gegenüber, ohne die Spontaneität der mäandrierenden Suchbewegungen in den offenen Raum hinein zu verlieren. Durch Planung elaborierte Zielorientierung und Zieloffenheit [als Ziel] konstituieren die Dialektik einer Suche, die Linearität und Nonlinearität, Monokausalität und Multikausalität als „Möglichkeiten eines Spektrums“ sieht, zwischen dessen Enden die menschlichen Suchbewegungen hin und her schwingen können, eben weil sie *transversal* sind.

Der *mens*, dieses hohe Vermögen der Vernunft, der Urteilsvermögens, der Geistigkeit, des „*mind*“ and „*the mind of mind*“, entwickelte sich **auf den Wegen** der Menschen durch die Jahrtausende und **in ihrer**

¹⁴ Rilke, R. M. (1990): Die Gedichte. Frankfurt: Insel, S. 330.

Suche auf diesen realen und virtuellen Wegen. Diese Suche bezog immer auch implizit und zunehmend auch explizit die *Suche nach sich selbst* ein, die Fragen „*Wer bin ich?*“ und „*Was bin ich?*“ (Ricœur 1996). Das waren auch die Fragen der vielfältigen Formen der „**Selbsterfahrung**“ (Petzold, Orth, Sieper 2005), die seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sich mehr und mehr besonders im Bereich der psychosozialen Berufe, aber auch in breiten Bereichen der Gesellschaft verbreitet hatten. Heute sind heute die Fragen: „*Wer will ich sein?*“ und *proaktiv*: „*Wer will ICH, wer wollen WIR werden?*“ hinzugekommen. Das bringt eine neue Dimension und neue Qualitäten in Selbsterfahrungsprozesse, von der Vergangenheitszetrirung (der Weg der Psychoanalyse) und der Hier-und-Jetzt-Orientierung (der der „humanistischen“ Therapieverfahren) hin zu einer bewusst intendierten *Zukunftsorientierung* und proaktiven *Zukunftsgestaltung* (Petzold 2005b). Und auch das ein „Ich und Du“ überschreitendes, *polylogisches WIR* kommt unausweichlich hinzu, denn die makrogesellschaftlichen, globalen Probleme schränken individualisierte Suche ein. Für die grosse Suche nach der Lösung der grossen Probleme müssen viele zusammenarbeiten. Selbstgestaltung wird an Gestaltung von gesellschaftlichen Verhältnissen und der Lebenswelt – letztlich auf globaler Ebene – gebunden, aber auch der ermöglicht. In den Wandlungen Zeit konnte über die Hominisation der Mensch vom geschichtslosen, umherstreifenden *homo migrans* – ein Wesen, das in „archaischer Zeit“ lebte (Petzold 1981e) – zum geschichtsbewussten, zukunftsbewussten *homo viator* mit einer komplexen Zeitmatrix werden (idem 1991o), der seinen Weg in der Gemeinschaft mit zunehmender *Exzentrizität*, ja *Hyperexzentrizität* zu nehmen vermag: besonnen, voraussehend, verantwortlich, auf einer Suche, die Ziele bewusst und wertegeleitet in den Blick nimmt aus einer Verantwortung der Menschengemeinschaft und dem globalen Lebensraum gegenüber, ohne dabei die Spontaneität der mäandrierenden Suchbewegungen in den offenen Raum hinein zu verlieren. Meine Suche und die Suchbewegungen meiner MitarbeiterInnen, die Explorationen des „Integrativen Ansatzes“ müssen als Teil der *transversalen Suchbewegungen* gesehen werden, die in einer Moderne, die sich beständig überschreitet, an vielen Orten in zunehmender Vernetzung im Gange ist. Und deshalb ist der Integrative Ansatz *konnektivierend* (Petzold 1994) und auf einen „differentiellen Integrationsbegriff“ (idem 2002b) gegründet – eben keine absorbierende, „allinkludierende“ Gedankenbewegung, wie Stimmen von konkurrierenden VertreterInnen Psychoptherapieverfahren, die die Integrative Therapie in den Anerkennungsdiskussionen im österreichischen Psychotherapiebeirat ausschliessen wollten, uninformatierten, kenntnislos und in zum Teil in böser Absicht unterstellt haben, indem sie eine „Staubsaugermetapher“ erfanden: „die IT sauge alles auf, wie ein Staubsauger“¹⁵). Sorgfältige Auseinandersetzungen kommen da zu einem anderen Urteil (Regner 2005, 69). Denn im Gegenteil: **Konnektivierung** erlaubt erst *Angrenzung, Diskurs, Polylog, Selektivität*. Integrative Therapie verbindet Positionen von vielen Therapieschulen, die bislang in weitgehender Hermetik nebeneinanderstanden, denn „das Nebeneinander dieser vielen Möglichkeiten [schafft, sc.] einen großen Integrationsbedarf“, wie Klaus Grawe (2005, 78) in seinem letzten Text vor seinem plötzlichen Tod ausführte, der als einer der bedeutendsten modernen Psychotherapieforscher und Protagonisten der Bewegung getelen kann, die ich als das „neue Integrationsparadigma“ (Petzold 1992g) bezeichnet hatte. Das Denken des Integrativen Ansatzes verhindert den für die „Schulen“ so kennzeichnenden ekklesial-konfessionalen Charakter (Grawe et al, 1994; Petzold 1995h), ihre Segregationstendenzen, ihre dialogischen Defizite, ihre oft schwachen wissenschaftlichen Informationsstände bei gleichzeitigen Hegemonialansprüchen, wie sie sich im Kontext der deutschen Psychotherapiegesetzgebung durch die machtvolle Ausgrenzungspolitik der Richtlinienverfahren gezeigt haben und bis heute zeigen. Das alles kann bis in solipzistische Hermentik großer Mainstreams, inflationäre Vielfalt schwachfundierter Kleinstschulen, dogmatisches Zelotentum, ja sektirerischen Obskuratismus führen, wie die Geschichte der Psychotherapie hinlänglich zeigt (Wyss 1972; Petzold, Orth 1999; Goldner 2001). **Transversalität**, dieses Kernkonzept des Integrativen Ansatzes, steht gegen solche Tendenzen. In meinem Buch „Methodenintegration in der Psychotherapie“ (Petzold 1982) dem ersten Buch zu diesem Thema und mit der Gründung der Zeitschrift „Integrative Therapie“ als „Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration“ habe ich eine solche, offene, transversale Konzeption vertreten.

¹⁵ Nachdem man über Jahre versucht hatte, die IT auszugrenzen u. a. mit dem Argument, sie habe keine ausreichende und eigenständige wissenschaftliche Basis, verfüge über keine solide Anthropologie (!), Entwicklungspsychologie, keine konsistente Praxis etc., hat man dann, nachdem schließlich wissenschaftliche Aussenbegutachtung bemüht werden musste, die in allen Punkten zu einem positiven Ergebnis kam, den Wissenschaftlichkeitsvorbehalt fallen lassen, forderte aber – man stelle sich das vor – den Namen nicht anzuerkennen! Das allerdings hatte dann doch keinen Bestand und die Anerkennung erfolgte im Dezember 2005.

Transversalität ist ein Kernkonzept, das das Wesen des „Integrativen Ansatzes“ in spezifischer Weise kennzeichnet: ein offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, das in permanenten Übergängen und Überschreitungen (*transgressions*) die wahrnehmbare Wirklichkeit und die Welten des Denkens und der Imagination, die Areale menschlichen Wissens und Könnens durchquert, um Erkenntnis- und Wissensstände, Methodologien und Praxen zu konnektivieren, ein „Navigieren“ als „systematische Suchbewegungen“ in Wissenskomplexität und Praxisbereichen, in denen die Erkenntnishorizonte und Handlungsspielräume ausgedehnt werden können (Petzold 1981f, 1988t).

Den Term „**transversal**“ haben wir Mitte der sechziger Jahre „aufgefunden“. Er „lag in der Luft“, kennzeichnete den Qualität unseres „Suchens nach vielen Richtungen“ (Sieper 1965; Petzold et al. 2005). Vielleicht sind wir in Diskussionen im gruppentherapeutischen oder institutionspolitischen Kontext bei Felix Guattari (1964) auf ihn gestossen. In den späten sechziger Jahren taucht er okkasionell bei Deleuze und Foucault auf¹⁶, ohne dass er spezifisch ausgearbeitet wurde oder ausgearbeitet werden wollte, denn eben das kennzeichnet diesen Term ja:

„Transversale Linien durchbrechen die Paradigmen der Hermetik von partikularistischen Teilöffentlichkeiten und abgeschotteten Subkulturen, durchziehen transektoral mehrere Felder, verketteten gesellschaftliche Kämpfe und künstlerische Interventionen und Theorieproduktion und... Das UND, die Addition ist als Vielfalt temporärer Allianzen zu verstehen, als produktive Verkettung von nie glatt Zusammenpassendem, ständig sich Reibendem, durch diese Reibung Vorangetriebenem oder auch sich wieder Auflösendem. Es wendet sich zugleich gegen Zersplitterung, Parzellierung, Fraktionierung wie gegen das Aufgehen in einer großen Einheitsfront. Das UND meint also weder ein wahlloses und widerspruchsverdeckendes Aneinanderreihen von Zufälligem, noch einen gefräßigen Inklusionsmechanismus ...“ (Raunig 2004).

Transversalität wurde ein sich zunehmend verbreitendes Konzept. Es steht inzwischen auch für eine offene, diskursive, ahierarchische Form politischer Kultur, die einem „Respekt vor der Alterität des Anderen“ (Levinas 1983), einer „Wertschätzung von Differenzen und einer Offenheit gegenüber Widerständen“ (Petzold 1988t) verpflichtet ist.

„Der Begriff *Transversalität* beschreibt eine neue, ahierarchische Praxis der Vernetzung ... durchbricht die Enge einzelner Disziplinen oder Felder. Transversalität verweist neben der Betonung dieser Widerstände als transnationale Aktionsformen also auch auf ihre transektorale, felderübergreifende Beschaffenheit zwischen politischem Aktivismus, Theorieproduktion und künstlerischen Interventionen ...“ (ibid.)

Ich hatte Anfang der achtziger Jahre, mitten in den Debatten um Postmoderne und Poststrukturalismus in einem internationalen Kontext, dem „International Congress of Therapeutic Communities, Manila, 15-20. November 1981“, in meinem Vortrag den Begriff der „**transversalen Moderne**“ geprägt (Petzold 1981f), einer „*Moderne, die sich beständig überschreitet und vernetzt, die unterschiedliche Stile des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns – über alle Grenzen hinaus – zur Verfügung hat, weil sie sie wahrnehmen und nutzen will, denn sie sind da, weil die Welt als solche, die heute kommunikativ hypervernetzte Welt zumal, diese Vielfalt ist*“ (ibid. 2).

„Unter '**transversaler Moderne**' verstehe ich den Beginn einer neuen Zeit, die seit Mitte der sechziger Jahre [des vergangenen Jahrhunderts, sc.] heraufzieht und dadurch gekennzeichnet ist, dass ihre *Modernisierungsprozesse* in zunehmend breiter Weise auf internationaler Ebene in allen Teilen der Welt von immer mehr Menschen in den unterschiedlichsten Organisationen, Institutionen, gesellschaftlichen Foren und Gremien in den Blick genommen werden: in Politik, Wissenschaft, Wirtschaft, Technik, Medizin, Ökologie, in Kunst und Bildungsbetrieb, Entwicklungshilfe und Kulturarbeit, d. h. in allen Bereichen des mundanen öffentlichen Lebens werden sie *metareflexiv* und *hyperexzentrisch* betrachtet und *vielfältigen Diskursen* ausgesetzt. Man hat nämlich erkannt, dass Monoperspektivität, hegemoniale Sinnfolien und eingleisige Formen der Weltauslegung die grundsätzlich neue – weil globale – Qualität dieser neuen Moderne nicht zu erfassen vermag. Sie darf sich nicht *monokulturell* – z. B. angloamerikanisch – zentrieren, sondern muss *multikulturell* anschlussfähig sein, wie zunehmend für den europäischen Weg charakteristisch, um künftig *Interkulturalität*, das polylogische Gespräch zwischen Kulturen zu ermöglichen und in immer breiterer Weise 'Übergänge' (*transgressions*) zu schaffen für *transkulturelles* Miteinander in der multinationalen und multiethnischen Weltgemeinschaft. Die „International Community of Therapeutic Communities“ mit Gemeinschaften in allen Kontinenten kann geradezu als paradigmatisch für derartige Bemühungen um *Konnektivierungen, Angrenzungen, Querungen, für Differenzierungen, Integrationen* und *Kokreationen* – gemeinschaftlich-schöpferische Wirklichkeitsgestaltung angesehen werden. Diese interdisziplinären, interkulturellen, transnationalen, wissenschaftlichen und politischen Bemühungen und Auseinandersetzungen versuchen, die Entwicklungsdynamiken und Wege unserer eigenen Modernisierungsbewegungen kritisch-metakritisch zu begreifen, um *proaktiv* – verantwortlich und weitsichtig mit Blick auf die gesamte Welt – Zukunft zu gestalten in beständigen Überschreitungen der vorhandenen Entwicklungsstände durch kollektives Vernetzen von Ressourcen, durch gemeinsames Generieren von Wissen und Praxen, durch das Streben nach einer gerechten Weltgemeinschaft.

¹⁶ „Mit Bezug auf schon ein bisschen länger zurückliegende Kämpfe im und nach dem Pariser Mai 1968 skizzierten Félix Guattari, Michel Foucault und Gilles Deleuze in verschiedenen (Kon-)Texten Andeutungen eines Konzepts der Transversalität ... Und die geringe Festlegung, die geringe Ausarbeitung bei Deleuze und Konsorten, die relativ häufige beiläufige Verwendung als Nebenbegriff in deren Begriffslandschaften ist kein Mangel, sondern eröffnet im Gegenteil die Chance, dass Transversalität disponibel wird für eine neue Aufladung“ (Raunig 2004). Der Autor, stellt diese Aufladung „in antiglobalistische Zusammenhänge“ (ibid.).

Von diesen Dynamiken sind die Entwicklungen in keinem Bereich ausgenommen, auch nicht in dem der Psychotherapie, der Drogentherapie und der psychosozialen Hilfeleistung und auf Dauer auch in keinem Teil der Welt“ (Petzold 1981).

Die Menschen der **transversalen Moderne** stehen in dem Bemühen, die Makrodynamiken der Welt und ihre Auswirkungen auf die sozialen Mikroebenen besser zu verstehen, die Mikrodynamik von Einzelpersonen und Gruppen vor dem Hintergrund der evolutionsbiologischen und kulturgeschichtlichen Einflusskräfte umfassender zu begreifen, denn das wird letztlich über die Qualität des Lebens in dieser Welt, ja über das Leben dieser Welt entscheiden. **Suche** muss bewusst erfolgen, als verantwortete Entwicklungsarbeit des Einzelnen, der sich „**in transversaler Freiheit selbst zum Projekt macht**“. Und natürlich gilt das auch der kollektiven Ebene für die verantwortliche Entwicklungsarbeit von Gruppen, Communities und Disziplinen, die ihre Beiträge leisten müssen.

Die **Integrative Therapie** als Verfahren einer ganzheitlichen und differentiellen **Humantherapie** hat mit ihren leib-, kreativtherapeutischen, psycho- und soziotherapeutischen Methoden, ihren innovativen Ansätzen in Agogik, Beratung, Supervision und ihrer permanenten **Suche** in diesen Bereichen über den langen/kurzen Zeitraum von vierzig Jahren **WEGE** gefunden, zum Teil gebahnt und vorangetrieben, zuweilen erst tentativ beschriftet oder auch nur in den Blick genommen, die zu **politisch bewußten** und kritisch reflektierten Massnahmen der „Menschearbeit“, der Therapie, Hilfeleistung und Förderung, der Persönlichkeitsentwicklung; Bildungs- und Kulturarbeit (Petzold 1987d; Kraft 2005) beitragen sollen¹⁷ – aus einer den Menschen zugewandten Grundhaltung (Petzold 2000a). Sie wird weitergehen, die **Suche** ... „die **WEGE, offen** ...“ (Petzold 1967 II h).

Heute fassen wir den Begriff wie folgt:

»Ich verstehe unter **Transversalität**¹⁸ ein Voranschreiten/Überschreiten in den immer deutlicher werdenden explorativen Suchbewegungen von vielen Menschen, Organisationen, Institutionen – weltweit –, die bereit sind, nach vielen Seiten hin **Angrenzungen** zu wagen, sich also nicht primär durch **Abgrenzung** definieren und die gegenüber vielfältigen Fragestellungen, besonders solchen, die nicht aus dem eigenen Denkradius stammen, offen sein **wollen**. **Transversales** ereignet sich in regionalen und internationalen Foren und Gremien, mit TeilnehmerInnen, die aus **hyperexzentrischen** Perspektiven auf die „globalen Modernisierungsprozesse“ zu schauen vermögen, sie wahrnehmen und sozialempathisch zu erfassen, emotional zu begreifen, kognitiv zu verstehen und zu erklären suchen. Es gilt, transversale Phänomene der Moderne in ihrer Vielfalt, Verschiedenheit, aber auch Konkordanz zu analysieren, um sie auf dieser Basis in einer Weise so zu steuern und zu nutzen, dass das Überschrittene nicht verloren geht, auch wenn man es hinter sich lässt, sondern dass es gesammelt, gesichtet, in Diskursen breit konnektiviert, durch **Ko-responzenzprozesse** (Petzold 1978c) kritisch-metareflektiert und integriert wird. Damit nämlich wird Innovation möglich, kann Zukunft **proaktiv** und verantwortlich geplant, ethisch fundiert und nachhaltig gestaltet (gr. *poieîn*) werden. Überschritte (**transgressions**) können dann bewusst geschehen, weil die „Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen“ (idem 1994c) hinlänglich bedacht sind. Das kennzeichnet Menschheit in einer „**transversale Moderne**“ (idem 1981), die sich ihrer selbst und ihrer selbstinitiierten Modernisierungsprozesse in ihren positiven und negativen Potentialitäten, Prekaritäten und Destruktivitäten auf globaler Ebene immer deutlicher bewusst wird. Das bietet die Chance zu kollektiven Willensbildungen, Entscheidungen und konkreten Initiativen, **gerechte Verhältnisse** für die Menschen dieser Welt zu schaffen und **ökologischen Schutz** für den Lebensraum dieses Planeten zu realisieren«.

Es wird in einer solchen Sicht eine grundsätzliche **melioristische** Orientierung des Integrativen Ansatzes deutlich (Petzold 2009d), ein Selbstverständnis, das einer **melioristischen, transversalen Kulturarbeit**

¹⁷Petzold 1993p, 2001m, Petzold, Orth 1990a, 2005a, Petzold, Sieper 1970, 1993, 2003; Petzold, Orth, Sieper 2000a, 2005; Kraft, D. (2005): Integrative Dramatherapie in einem Projekt kritischer Kulturarbeit, *Polyoge*, J. 2005; Brühlmann-Jecklin, E. (2000): Der vierte Weg der Heilung

¹⁸Zur lexikalischen Bedeutung: **Trans** | **ver** | **sa** | **le** - 1 eine Figur durchschneidende Gerade; 2 ein Land durchquerende Eisenbahnstrecke oder Fahrstraße. – Franz.: **transversal, ale**, aux adj. - 1. Qui traverse en coupant perpendiculairement au sens de la longueur (ou de la hauteur). Quitter le boulevard et prendre une rue transversale. 2. GÉO. Le profil transversal résulte de l'abaissement des versants par l'ablation des débris. 3. PHYS. La langue est constituée d'une charpente ostéofibreuse, qui comporte l'os hyoïde et deux membranes fibreuses, l'une verticale (le septum médian), l'autre transversale (la membrane hypoglossienne), sur lesquelles viennent se réunir les dix-sept muscles qui assurent à la langue sa grande mobilité. 4. SOC. compétence transversale: Savoir-agir complexe fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficaces d'un ensemble de ressources.

(Petzold 2008b, Petzold, Leitner, Orth-Petzold 2009) verpflichtet ist, die einen Beitrag zu „besseren Verhältnissen“, zu „menschenswürdigen Lebensbedingungen“, zu „Gewährleistung von Menschenwürde und Gerechtigkeit“ leisten will (Petzold 2003d; Petzold, Orth 2004b).

»**Meliorismus** ist eine philosophische und soziologische Sicht (philosophiegeschichtlich in vielfältigen Strömungen entwickelt), die danach strebt, die Weltverhältnisse, die Gesellschaften oder den Menschen zu "verbessern", in dem man sich für die Entfaltung und Nutzung von Potentialen engagiert. Meliorismus setzt dabei voraus, dass im Verlauf historischer Prozesse und kultureller Evolution Gesellschaften verbessert werden können, Fortschritt im Sinne einer kontinuierlichen Entwicklung zum Besseren möglich ist und mit Vernunft, wissenschaftlichen Mitteln, materiellen Investitionen und potentialorientiertem sozial-humanitärem und ökologischem Engagement vorangetrieben werden kann.« (Petzold 2009d)

Dabei muss man sich der Gefahren eines „naiven Meliorismus“ weltverbesserischer Realitätsfernes, unreflektierter Fortschrittsgläubigkeit oder der Risiken totalitärer melioristischer Ideologiesierungen (etwa im eschatologisch-melioristischen Kommunismus) bewusst sein und beständig an einem differenzierten Meliorismusverständnis arbeiten, weil es sich mit den Veränderungen in den sich rapide wandeln Weltverhältnissen immer wieder auch nachjustiert werden muss. Wir bestimmen unsere heutige Position [2009] wie folgt:

»**Integrative Therapie** steht auf einem kulturalistischen und weltanschaulichen Boden, den man als einen „säkularen humanitären Meliorismus“ bezeichnen kann, der von einem humanitär-altruistischen, ökologisch bewussten und gemeinwohlorientierten und demokratietheoretisch begründeten **Willen** motiviert ist, im jeweiligen gesellschaftlichen *Kontext* und *auf dem Wege* im historischen *Kontinuum* zu einer Weltbürgergesellschaft (*Kant*) zu menschenwürdigen und gerechten, sowie durch Nachhaltigkeitsorientierung gesicherten Lebensverhältnissen beizutragen. Dieser chronotopische Bezug (*Bakhtin*) auf die gegebenen Weltverhältnisse führt zum Konzept und zur Praxis eines „**dynamischen Meliorismus**“, der seine „Positionen“ und Ziele beständig neu bestimmen muss. Meliorismus ist damit als Chance und Potential zu betrachten, ein ko-respondierend zu bestimmendes „Besseres“ (an Lebensqualität, Sicherheit, Gesundheit, Freiheit, Würde, Konvivialität, Kultur etc.) zu schaffen. **Integrative Therapie** ist ein mehrdimensionales Verfahren, dessen Praxeologie

1. eine Ausrichtungen als klinisches Heilverfahren, 2. als Methode der Gesundheitsförderung, 3. als Weg der Persönlichkeitsentwicklung umfasst, die 4. alle eingebettet sind in einen Ansatz „**transversaler, melioristischer Kulturarbeit**“ « (Petzold 2000h, vgl. Petzold, Orth 2004b).

In solcher Kulturarbeit und ihrem **potentialorientierten Engagement** entwickeln wir in permanenten **Polylogen** – in Gesprächen nach vielen Seiten – Zielsetzungen: durch **Ko-respondenzprozesse**, Konsens-Dissens-Bestimmungen (in gutem Konsens oder respektvollem Dissens) als Prozessen des „Aushandelns von Positionen und Grenzen“ (Petzold 1978c, 2002c). Wird hinlänglich stabiler **Konsens** erreicht, kann das zu gemeinschaftlich getragenen **Konzepten** führen, die **Kooperationen** zur Zielrealisierung ermöglichen, **Kokreativität** freisetzen, so dass Ziele wie **Intersubjektivität**, **Integrität der menschlichen Würde** oder **Konvivialität** schon aus einer intersubjektiven und konvivialen Praxis heraus bestimmt und erreicht werden können.

1. Kontext und Kontinuum und der „Wille zum Wissen“, ein „Erkenntnisnarrativ“ zur Verwirklichung von Hominität

„Theorienbildung und Methodenentwicklung in der Psychotherapie und anderen Formen der psychosozialen Intervention für die Behandlung, Förderung und Unterstützung von Menschen sind ein höchst *kreatives* Unterfangen und sollten so ausgerichtet sein, daß sie *dem gesamten Feld* der Hilfeleistung zugute kommen können. Sie sollten nicht der Besitz einer ‘*Schule*’ oder Richtung sein, sondern allen Richtungen und damit den von ihnen behandelten und betreuten Menschen zur Verfügung stehen. Diese Zielsetzung kennzeichnet den ‘Integrativen und kreativen Ansatz’ den wir ...vertreten“ (Petzold 1975h).

Dieser Text hat verschiedene Anlässe. Er steht in einem Kontinuum von Entwicklungen des Verfahrens der „**Integrativen Therapie**“ (IT), einen Term, den ich vor 40 Jahren erstmals gebrauchte, damals ohne jede

Intention, damit die Begründung eines psychotherapeutischen Verfahrens zu signalisieren, aber schon mit einer Vision verbunden, dass ein breit ausgreifender, „ein *integrativer*, ganzheitlicher Ansatz im Umgang mit ... Menschen unverzichtbar erscheint ..., eine *integrative Therapie, Sozialarbeit und Bildungsarbeit* geleistet werden muss“ (Petzold 1965, 4, Kursives im Original, damals im gerontotherapeutischen Kontext geschrieben). Ein weiterer Anlass ist die Etablierung der „Integrativen Therapie“ als „Master of Science-Studiengang“ an der Donau-Universität Krems. Der wesentlichste Anlass indes sind die Entwicklungen im psychotherapeutischen Feld, denn die moderne Psychotherapie hat sich in den vergangenen fünfzehn Jahren in einer immensen Weise verändert und z. T. weiterentwickelt und befindet derzeit in akzelerierten Entwicklungsprozessen, die es in den Blick zu nehmen gilt: von der Gesamtdisziplin und jedem einzelnen Verfahren, das in diesen Entwicklungsdynamiken steht und sie mehr oder weniger bewusst mit vollzieht oder sie durch eigene Beiträge vorantreibt. Dieser Text will hierzu einige Überlegungen aus der Sicht des „**Integrativen Ansatzes**“ der Therapie, Agogik, Soziotherapie, Supervision¹⁹ anbieten, Perspektiven auf die eigenen Entwicklungen im sich wandelnden und sich entwickelnden „Feld“ der Psychotherapie. Dabei sind aus integrativen Verständnis drei oder vier Bereiche zu fokussieren 1. **Theorie**, 2. **klinische Praxis** und 3. **Selbsterfahrung** (in Behandlung und Ausbildung). Das allein ist schon ein Zugang unter „mehrperspektivischem Blick und erfordert „multitheoretische Diskurse“, die 4. **Metatheorie** erfordern, um diese Vielfalt selbst erneut zu reflektieren. Es wird damit zwingend eine Mehrebenenbeobachtung, wie sie Luhmann (1992) vertritt, und – über ihn hinausgehend – eine Mehrebenenanalyse (Petzold 1994a) erforderlich, die zum einen als eine **transversale Hermeneutik und Metahermeneutik** den *kulturhistorischen Diskurs* reflektiert und zu interpretieren sucht, in dem das sich reflektierende System selbst steht und zum anderen die *neurobiologischen Voraussetzungen* solchen Reflektierens und die damit verbundenen zentralen Fragestellungen – nach dem Bewusstsein²⁰, dem „freien/unfreien Willen“²¹, der Ethik, Gerechtigkeit, dem guten Leben, dem Sinn (der Sinne, d.h. Sinnmöglichkeiten²²). Zu solchen *kulturalistischen, metahermeneutischen* Betrachtungen müssen die Theoretiker wie die Praktiker von Psychotherapie und jedweder Formen helfenden Tuns immer wieder finden, denn nur so können sie „Positionen“ gewinnen, um Menschen und ihre Lebenswelten, Lebensstile, Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zu verstehen und nur so können sie Ideen und Strategien angemessener Hilfeleistung entwerfen und in der Therapie zur Verwirklichung von *Gerechtigkeit* beitragen: als „*just therapy*“, als die sich Integrative Therapie durchaus immer wieder mit Bezug auf *Hannah Arendt, Pierre Bourdieu, Judith Nisse Skhlar* versteht und in der Arbeit mit belasteten und geschädigten PatientInnen auch verstehen muss (Petzold 2003d, 2005 et al.), als Intervention, die zum „**normativen Empowerment**“ (Regner 2005) von Betroffenen beiträgt.

1.1 Therapie ein Prozess transversaler Moderne

Psychotherapie und jede Form therapeutischen Handelns sind eingebunden in die Strömungen der übergreifenden Kulturen und können deshalb nicht – wie das bei fast allen psychotherapeutischen Richtungen de facto geschieht – dekontextualisiert betrachtet werden oder gar alleinig aus der Sicht und vom Standort der jeweiligen Schule expliziert werden. Ein solches Vorgehen – etwa in der psychoanalytischen Kulturtheorie – stilisiert sich damit zum absoluten Ort der Betrachtung und begibt sich damit der Möglichkeit, den eigenen Diskurs kritisch-metakritisch in den Blick zu nehmen. Sie gerät damit zu einer „Metaerzählung“ (Lyotard 1979), die der Dogmatik und universalisierender Geltungsansprüche nicht entgehen – wie alles Schulendenken, das zur Monologischen tendiert, wie *Mikhail Bakhtin* (1971; *Todorov* 1981) aufgezeigt hat. Auch die Gestalttherapie ist dieser Gefahr der Monologisierung nicht entgangen, wie das „Handbuch der Gestalttherapie“ von *Fuhr* (et al. 1999) und die neuerlichen, sehr rudimentären Versuche, eine „Gestaltphilosophie“ zu konzipieren (*Fuhr* 2001), zeigen. Aber es gibt auch Versuche der Öffnung etwa zu einem „verstehenden Ansatz“ in der Gestalttherapie (*Staemmler* 2005)²³.

¹⁹ Petzold 1974k, 1988n, 2003a, 2005j

²⁰ Petzold 1988n; Grund, O., Richter, K., Schwedland-Schulte, G., Petzold, H. G. 2004

²¹ Petzold 2001i, Petzold, Sieper 2003a, b, 2005

²² Petzold 2003d; Petzold, Orth 2005a

²³ Dabei kommt *Staemmler* (2005) immer wieder in das Problem, dass *Perls* und *Goodman* in ihrer Theorienbildung keinen Anschluss an die Hermeneutik haben und auch keine Anschlussfähigkeit zeigen, weil sie andere Paradigmata vertreten, *Perls* das einer biologischen Systemtheorie, wie die Arbeit von *Hoell* (2005) im gleichen Heft von „Gestalt“ mit Bezug auf *Uexkülls* Funktionskreis demonstriert, ein Modell, wo in der Tat Anschlussfähigkeit besteht. Die Hermeneutik-Position bleibt mit einem diffusen Bezug auf *Gadamer* und einem okkasionellen auf *Spinelli* weitgehend unklar, so dass eine „hermeneutische Wende“

Der „Integrative Ansatz“ sieht hingegen Psychotherapie bzw. jede Form therapeutischer Praxis als Formen *gesellschaftlicher Wirklichkeitskonstitution* (Berger; Luckmann 1970) und damit kulturtheoretisch verortet. Die Psychotherapie der Moderne und ihre Formen müssen sich als ein Produkt der Modernisierungsprozesse bzw. als eine der Prozessströmungen mit entsprechenden Subströmungen in diesem Megaprozess der Kulturalisierung vor dem Hintergrund der Post- und Spätmoderne und deren Weiterentwicklungen als **transversaler Moderne** reflektieren. Jede Therapierichtung steht vor dieser Aufgabe, die in der Tat keine einfache ist. In der „Integrativen Therapie“ wurden indes eine grundsätzliche Vorentscheidungen getroffen, diese Aufgabe kulturalistischen Erkenntnisgewinns und kulturschöpferischer Mitgestaltung einer humanen und ökosophischen Weltgesellschaft, zu einem der wesentlichen, weitergreifenden Anliegen des Ansatzes – neben seinen spezifisch klinischen – zu machen. Er bezieht sich dabei auf folgende Positionen:

- 1. die **heraklitesche Grundposition des fort dauernden Wandels** eines pluralen Seins (ontologische Position)
- 2. die **multisensorische und mehrperspektivische Phänomenwahrnehmung** (phänomenologische Position)
- 3. die **exzentrische Reflexivität und Interpretativität** (hermeneutisch Position)
- 4. das **Ko-respondenzmodell der Konsens-/Dissensprozesse** über Wahrgenommenes, Reflektiertes, Interpretiertes (sozialkonstruktivistische Position).
- 5. **experimentell-naturwissenschaftlicher Objektuntersuchung** (kritisch reduktionistische Position)

Mit dieser letztgenannten Position wird im Integrativen Ansatz die Realität prinzipiell unabschließbarer Prozesse affirmiert. Das reduktionistische Vorgehen ist sich dabei seiner Grenzen kritisch bewusst und arbeitet unter diskontinuierlich *und* kontinuierlich wechselnden *paradigmatischen Bedingungen* (sowohl T. S. Kuhn als auch I. Lakatos aufnehmend). Dieses Wissen-Schaffen unter variierenden Kontextbedingungen ist eine Grunddynamik der (Human)evolution, wie es die „evolutionäre Erkenntnistheorie“ formuliert hat (Lorenz, Riedl, Vollmer, vgl. Lorenz, Wuketits 1983). Diese unterschiedlichen Wege und Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns gilt es zu differenzieren²⁴, wobei an jeder Stelle soziokulturelle Wertungen aus „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (Moscovici 2001) in die phänomenologischen und hermeneutischen Prozesse einfließen und zu „sozialen Konstruktionen“ führen. Selbst wenn wir die neurobiologischen Prozesse, die in den Wahrnehmungs- und Verstehensvorgängen zum Tragen kommen, untersuchen, und das erscheint uns unverzichtbar (Lurija, Damasio, Edelman), sind diese Untersuchungen von Fragestellung, Forschungsdesign, Methodik des Experiments und die Interpretation ihrer Ergebnisse *soziokulturell imprägniert*. Andererseits können die sozialen Konstruktionen ihrer Determinationen durch die Neurobiologie niemals vollends entkommen. Um das alles „zusammenzudenken“ in „Synopsisen“ (Petzold 1974k, 301f), die immer offen, unvollständig sind, „*offene, transversale Synopsisen*“, die den Boden für permanent weiterwirkende „*offene, transversale Synergien*“ liefern“ (idem 1971, 3), wird eine

- 6. **hyperexzentrische Reflexivität und Interpretativität** (metahermeneutische Position)

nicht in Sicht ist und natürlich keine Integration von Hermeneutik und biologischer Systemtheorie erfolgt, wie ich es in meinen Konzept des „informierten Leibes“ versuche mit spezifischer Weiterführung der Ricæurschen Hermeneutik als Metahermeneutik (Petzold 2005p), die beim wahrnehmenden Leib ansetzt und über das Verstehen und Erklären den kulturalistischen Diskurs hereinholt in den Polylog der Disziplinen. *Staemmlers* Bezug auf *Bakhtin* bleibt für mich gleichfalls aphoristisch und mit der *Buber*-Orientierung ungeklärt. Die beiden würden nie „einen Thron teilen wollen“, anders als das (*Staemmler* 2005, 13) meint. Eine Verbindung zu den *Perls*schen Rudimenten einer Persönlichkeitstheorie ergibt sich nicht, zur *Goodmanschen* sehe ich auch keinen Anschluss, denn *Bakhtins* Denken geht in Richtung einer polyphonen Persönlichkeit bzw. einer Persönlichkeit von Persönlichkeiten (die Diskussion hierzu bleibt unberücksichtigt), in das, was ich „Plurizität“ der Persönlichkeit genannt habe und identitätstheoretisch zu fassen suche (Petzold 2001p). Immerhin nimmt *Staemmler* Themen in Angriff, denen sich der Integrative Ansatz schon vor vielen Jahren zugewandt hat, und die m.E. in der Tendenz mehr und mehr vom *Perls*-*Goodmanschen* Ansatz wegführen werden. Ob das Gestaltfeld hier folgt? Im Moment scheint es ja in zunehmende Heterogenität zu treiben (vgl. die tiefenpsychologische Version von *Hartmann-Kottek* 2003 oder die *Lore-Perls*sche Orientierung von *Sreković* u. a.). Wohin, bleibt völlig offen.

²⁴ Denken wir beispielsweise an einen Strauß gelber Rosen, die nach zweitägiger Abwesenheit etwas triste in der Vase stehen, visuell, olfaktorisch, taktil, also *multisensorisch*, und von unterschiedlichen Seiten, Blüten, Blätter etc., also mehrperspektivisch, betrachtet werden (*Phänomenwahrnehmung*) und in Interpretation des Wahrgenommenen (die schon im Akt des Wahrnehmens einsetzt) als etwas angewelkt, aber als vielleicht erholungsfähig eingestuft werden (*hermeneutischer Verstehensprozess*) sowie in Konsens-Dissens-Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Tochter schließlich nochmals angeschnitten werden, denn es seien ja keine „roten Rosen“ (*sozialkonstruktivistische Wertung* mit kulturspezifischer Bedeutungszuweisung). Sowohl den Wahrnehmungs- als auch den Gedächtnis- und Bewertungsprozessen liegen jeweils spezifische, individualisierte neurobiologische Prozesse zugrunde, aber auch durch Spiegelneuronen, cosensorische und andere coprozessuale Vorgänge synchronisiertes Geschehen in beiden Gehirnen (*Stamenov, Gallese* 2002).

erforderlich, die in immer neuen Ansätzen, die im jeweiligen kulturellen Kontext/Kontinuum unter Beziehung der jeweiligen wissenschaftlichen Kenntnisstände möglichen Erkenntnisse zu schöpfen bemüht sind.

All dieses mündet ein in die komplexen Prozesse **transversaler, kultureller Poiesis**.

Sie bewirken, dass heute auf *mundaner* bzw. *globalisierter Ebene* Wissenschaft, *Wissen* schafft, künstlerisches Schaffen *Kunst* hervorbringt, gesellschaftliches Kulturschaffen *Kultur* entstehen lässt, wieder und wieder als Beiträge zum Menschheitswissen, zu international wahrgenommener Kunst, zu einer Weltkultur. Die Beiträge von Einzeldisziplinen oder Initiativen müssen vor einem solchen, sich immer deutlicher abzeichnenden Hintergrund gesehen werden.

Das Modell der metahermeneutischen Mehrebenenreflexion, z. B. als Triplexreflexion (idem 1994a; *Petzold, Orth* 2004b), wurde von mir entwickelt, um diesen Bemühungen, pluralen Sinn, transversale „Sinne“ zu schöpfen, eine Systematik zu geben.

Von **Metahermeneutik** im Sinne meiner Konzeption kann gesprochen werden, wenn eine „doppelte Reflexion“ erfolgt.

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

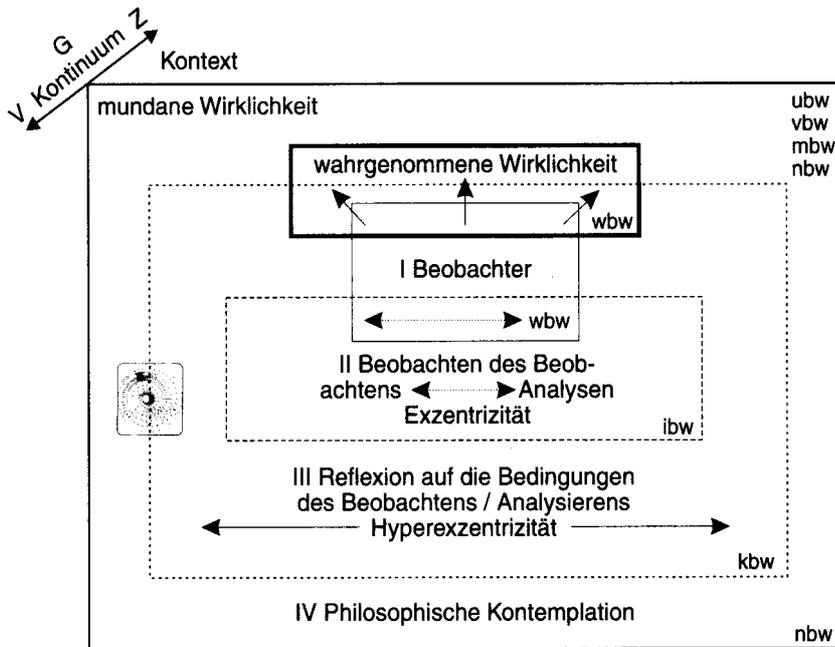
2. Wenn sich die Hermeneutik mit den materiellen Voraussetzungen des *hermeneuo*, des Auslegens, auseinandersetzt, den cerebralen, neurobiologischen Prozessen und den sich daraus ergebenden Problemen:
- einer nur sehr bedingten Freiheit des Willens (*Libet et al.* 2000; *Petzold, Sieper* 2003a, b, 2006; *Singer* 2003);

- mit der für die Introspektion und die Fremdempathie absoluten Unzugänglichkeit des „neuronalen Unbewussten“ (d.h. der cerebralen Prozesse des Denkens, was jedem Versuch auch psychoanalytischen Erfassens der Inhalte eines fremden *neuronalen* Unbewussten eine absolute Grenze setzt, wie auch der durch Selbsterfahrung geschulten Selbstempathie, denn *dieses* Unbewusste ist nicht das "Verdrängte", wie bei *Freud*, sondern die genuine Funktionsweise neurobiologischer Prozesse selbst;

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

(Man kann mit n-dimensionale Räumen mathematisch rechnen, man kann annehmen und berechnen, dass es mehrere Paralleluniversen gibt, wie in der Super-String-Theorie, wirklich vorstellen aber kann man sich das nicht).

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



Legende:

- ↗ ↘ ↙ ↖ Mehrperspektivität
- ↔ Intersubjektive Ko-respondenz
- ↔ Intrasubjektive Ko-respondenz
- ↔ Interdisziplinäre, transversale Ko-respondenz

V = Vergangenheit G = Gegenwart Z = Zukunft

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



„Heraklitische Spirale des Erkenntnisgewinns“
(Petzold, Sieper 1988)
ohne Anfang, ohne Ende, kontinuierlich – diskontinuierlich
(vgl. die wechselnde Dichte der Spirale)
voranschreitend (vgl. Petzold 1988n, 565)



Dreiecke in der Spirale als mehrperspektivische Plateaus
Kern der Spirale („Auge des Zyklons“),
Ort „philosophischer Kontemplation“

Eine metahermeneutische Betrachtung, die in der Tradition des späten *Ricœur* (Petzold 2002h) *Synopsen* solcher mehrperspektivischen Zugeweisen (Phänomenologie, Hermeneutik, Dialektik) anstrebt und *Synergien* (idem 1974j) theoretischer und dann auch praxeologischer Art hervorbringt, eröffnet die Chance, den komplexen Wirklichkeiten von PatientInnen in guter Weise gerecht zu werden. Die hermeneutische Spirale kommt in „**Mehrebenenreflexionen**“ (z.B. Triplexreflexionen, idem 1994a) zum Tragen. Dieser Reflexionstyp fügt der **Dekonstruktion** und der **Diskursanalyse** ein wesentliche Moment hinzu, das der **transversalen Querung** aller Wissensbestände, welches letztlich erst die *Synergie* der **Metahermeneutik** möglich macht.

Es wird unterschieden:

- Eine *reflexive Ebene I* („Ich beobachte und reflektiere mein Wahrnehmen“), seminaive, intrasubjektive Reflexion, basale im hohen Maße kontextimmanente Exzentrizität,
- eine *koreflexive, diskursive Ebene II* („Ich/wir beobachten und reflektieren dieses Beobachten unter verschiedenen Optiken, *mehrperspektivisch*“ intasubjektiv, ggf. intersubjektiv, koreflexiv-diskursiv mit Anderen), eine emanzipierte Reflexion, mit differentieller, gegenüber I weiträumigeren Exzentrizität. Sie kann zu einer

- *metareflexiven, polylogischen Ebene III* überstiegen werden („Wir reflektieren dies alles intersubjektiv und interdisziplinär, wir untersuchen auch bio-neuro-kognitionswissenschaftlich das Reflektieren selbst“), um das Beobachten des Beobachtens, die Reflexion der Reflexion auf ihre kulturellen, historischen, ökonomischen, ideengeschichtlichen Bedingungen, aber auch auf seine neurophysiologischen Voraussetzungen und Bedingtheiten in *polylogischen Korrespondenzen* (Petzold 2002c) zu befragen: im *Polylog* der philosophischen Ideen, im *Polylog* der wissenschaftlichen Disziplinen, im *Polylog* der verschiedenen Therapierichtungen, im *Polylog* unterschiedlicher Kulturen (nur so ist vielleicht den Fallstricken des Eurozentrismus zu entgehen), im *Polylog* der rechtspolitischen Diskurse, die sich um das Finden, Durchsetzen und Bewahren von *Gerechtigkeit* bemühen (Arendt 1949, 1986, 1993; Petzold 2002h). Das ist ein Kernmoment der III. Ebene, die durch *transversale Reflexion, Metadiskursivität, Hyperexzentrizität* gekennzeichnet ist.
- Richten sich die transversalen Reflexionen und Metadiskurse auf philosophische Grundlagenfragen, dann kann sich dabei der Blick dafür öffnen, daß die Betrachtungsweisen der beiden ersten Ebenen mit ihrer schlichten/seminativen Sicht auf Details (I), mit ihrer durch die analytisch zergliedernde Perspektive gegebene Betonung der Differenzen (II) oft Gesamtzusammenhänge, übergeordnete Gesichtspunkte ausgeblendet haben. Es bleibt solchen Betrachtungen in ihrer zunehmenden Emanzipation vom „Grund des Seins“ eben dieser Grund verborgen, der Boden der Lebenswelt, das Fundament des Seins/Mitseins, aus dem sich das Bewußtsein erhoben hat. Die ontologische Dimension (im Sinne der „zweiten Reflexion“ bei Marcel und Ricœur) tritt nun in das Erkennen und muß, will es tiefer in diesen Bereich eindringen, das Milieu des Reflexiven²⁵ überschreiten zu einer IV. Ebene hin.
- Die **Ebene IV** der *philosophischen Kontemplation* transzendiert die reflexiven/metareflexiven Diskurse. Sie öffnet sich der Welt als Schauen auf die Welt und Lauschen in die Welt, in ihre Höhen, Tiefen und Weiten, in die das Subjekt eingebettet (embedded) ist. Sehend und gesehen (Merleau-Ponty), zentriert und exzentrisch zugleich öffnet sich der „Leib als Bewußtsein“, als *embodied consciousness*, als **Leibsubjekt**, dem Anderen in seiner Andersheit (Levinas), öffnet sich dem Sein in einer Disponibilität für die Erfahrung des „ganz Anderen“, die allein in der Partizipation (Marcel), im „Getrennt-Verbundensein“ möglich wird. Mit dieser Erfahrung differentiellen Mitseins verbleibt das zentriert/dezentrierte Subjekt nicht in meditativen Entrücktheiten, verliert sich nicht in metaphysischen Höhenflügen – und das ist das Wesentliche. Es wird vielmehr auf dem Boden dieser Erfahrungen *konkret* in Erkenntnis und Handeln, in einem Engagement für die Welt des Lebendigen (A. Schweitzer), in einem kultivierten Altruismus (P. Kropotkin), in Investitionen für menschliche Kultur, eine Kultur des Menschlichen (H. Arendt), die von Hominität, Humanität, Ethik, Ästhetik, Gerechtigkeit gekennzeichnet ist.

Eine solche epistemologische Position, die hier knapp umrissen wurde, setzt auf „multiple Konnektivierungen“, rechnet mit „pluralem Sinn“, der Emergenz (Krohn, Küppers 1992) vielfältiger *Sinne* (Petzold 2001k; Welsch 1996) und setzt nicht auf eindimensionale Metaerzählungen (Lyotard 1981). Das Beispiel eines Supervisors, der eine Situation aus einer Therapiesupervision in seine Intervisionsgruppe bringt, mag metahermeneutische Arbeit verdeutlichen (Petzold 1998a).

Beispiel:

Der Supervisor berichtet über eine „life supervision“, die Beobachtung einer Therapiesitzung hinter der Einwegscheibe. Auf einer ersten Ebene (I) der bewussten Wahrnehmung/Beobachtung, hat er eine Gesprächssequenz zwischen **zwei** Menschen, einem Therapeuten und seinem Patienten, die über einen Dritten, den Vater des Patienten, sprechen, beobachtet und analysiert. Er vermittelt sein Beobachten und Analysieren im nachfolgenden Supervisionsgespräch mit dem Therapeuten, erklärt ihm aus seiner „exzentrischen Position“, was er gesehen hat und analysiert dabei zugleich seine Beobachtungen (Ebene II) im Sinne eines einfachen hermeneutischen Verstehens-Erklärens-Prozesses. In der Nachreflexion über diese Supervision, kommt er in „gesteigerter Exzentrizität“ und im Bemühen um weitere „Mehrperspektivität“ auf weiteres Material, was seine bewusstseinsfähigen kognitiven Einschätzungen (*appraisal*) und auch auf seine bewussten emotionalen Bewertungen (*valuation*) anbelangte und insgesamt seine reflexiv zugänglichen Interpretationsfolien bestimmte. Er erinnert sich an Interaktions- und Kommunikationsmodelle, mit denen er gearbeitet hat, ihm kommt die *Bubersche* Dialogik in den Sinn, das Übertragungs-Gegenübertragungs-Modell – beides lag seinen „fungierenden“ Erläuterungen in der Supervisionssitzung zugrunde, wie ihm jetzt bewusst wird. Um die Möglichkeit unbewusster Dynamiken wissend, mögliche „blinde Flecken“ in Rechnung stellend und neugierig auf die Sicht anderer, erfahrener KollegInnen, beschließt er, die Situation und seine reflexiv/metareflexiven Überlegungen (Ebene II) seiner kollegialen Intervisionsgruppe vorzustellen und damit mehrere zusätzliche Beobachter und Interpretatoren beizuziehen. Damit erfolgt eine erweiterte Reflexion des Geschehens (Ebene I) und seines Beobachtens und Reflektierens (Ebene II) und kann sich eine dritte Ebene (III) hyperexzentrischer Beobachtung und Analyse, extendierter Mehrperspektivität eröffnen. So bemerkt ein Kollege, dass da eigentlich **drei** Personen „im Gespräch“ seien, weil einer der beiden, der Patient/Sohn immer wieder verbalisiert, was der Dritte, der Vater, wohl meinen oder sagen würde – ein *Triialog* sei da im Gange. Ein weiterer Ebene-Drei-Beobachter, verweist auf eine eventuelle Übertragungen/Gegenübertragungen des Therapeuten durch ein unbewusstes Aufkommen von Dynamiken aus seiner eigenen Beziehung zu seinem Sohn, der ähnlich alt wie der Patient ist. Da sei ein weiterer „unsichtbarer Dritter im Raum“, der Sohn des Therapeuten – und der Vater des Therapeuten, wirft ein anderer Kollege ein. Seine objektbeziehungstheoretischen Überlegungen pluralisieren Beziehungskonstellation in mehrer Dyaden. Ein psychodramatisch ausgebildeter Kollege in der Ebene-Drei-Runde (III) fragt nach der Kernzone des „sozialen Netzwerkes“, denn er denke, so sagt er, prinzipiell in Netzwerkdynamiken. Ein weiterer Kollege, mit dem Werk *Bakhtins* (1971, 1981) vertraut, sieht die *Bubersche* Erklärungsfolie kritisch als wenig geeignet zum Erfassen einer „polyphonen“ Dialogik, wie sie sich in der geschilderten Situation zeige, man müsse das „Ich und Du“ dekonstruieren, zu einem

²⁵ Auch wenn ich von „Metahermeneutischer Triplexreflexion“ (Petzold 1994a, 1998a), spreche, hat das Modell vier Ebenen, wobei die vierte im Sinne meines Modells „Komplexen bewusstseins“ (idem 1991a) areflexiv bzw. hyperreflexiv ist.

neuen Verständnis von Dialogizität (Marková 2003) gelangen, zu anderen Wege, multiple Beziehungen zu verstehen, die sich nicht nur im Paradigma des Dyadischen oder Triadischen verfangen. Er verweist kritisch auf die Gefahr auch bei Moreno (1914) durch ein Zurückfallen in einen dyadischen Begegnungsmodus die Netzwerkperspektive zu verlieren und darauf, dass die objektbeziehungstheoretische Öffnung zu einer „inneren Pluralität“ nur im Historisch-Biographischen verbleibe und die gegenwärtige Netzwerksituation erst gar nicht in den Blick bekomme. Die erschlossene Vielfalt der Übertragungsdynamik verliere sich wieder in der Zentrierung auf die Übertragung im Zweiersetting der Behandlung.

Der Integrative Ansatz hat diese Stimme Bakhtins gehört, hat Moreno beim Erstellen eines Soziogramms zuschaut, hat Hinweise Ricœurs (1996) über das Andere im Selbst aufgenommen. Ricœurs Position aus „Soi même comme un autre“, war im Kreise der Intervisionskollegen nicht vertreten, aber kam dem Supervisor, aufgerufen durch den Kontext, selbst in den Sinn. („Er war also in der Polyphonie des Gesprächs schon anwesend“, bemerkt Bakhtin). Durch all dieses wird aus integrativer Sicht in Ebene III die für die Psychotherapie so charakteristische – durch die abendländische Geistesgeschichte bestimmte – Fixiertheit auf die Zweiersituation (Rogers, Perls) oder die Dreierkonstellation (Freud, Lacan, Mahler) aufgebrochen. Sie sieht sie Dyade und Triade als durchaus wesentliche Sonderfälle einer grundsätzlich polyadischen Verfasstheit des menschlichen Wesens, dessen Zweier- und Dreier-Modelle von Beziehung nachhaltig von übergeordneten sozialen Normen bestimmt sind und vom Spiel der Interaktionen in den vorhandenen sozialen Netzwerken. Moreno (1934/1953, 1936, 1947) hatte das mit seiner Konzeption des „social atom“, das der Mensch nicht hat, sondern das er ist (Petzold 1982b), schon erkannt und das soziale Netz, die Gruppe in den Mittelpunkt seines Denkens gestellt. Menschen sind in Polyaden zu Menschen geworden, auf den WEGEN der Hominiden in Gruppen, Konvois durch die Geschichte. Die menschliche Sprache entstand in Gruppen, nicht in Dyaden, so die Sichtung der evolutionsbiologischen Befunde (Mysterud 2003). Schon Säuglinge können sich von den ersten Wochen an auf mehrere Personen ausrichten (Petzold 1994j; Papoušek 1982, 1987), eine Fähigkeit, die unser ganzes Leben bestimmt, und für die die neurobiologischen Befunde aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren sprechen (Fletscher et al. 1995; Voegeley et al. 2001). Wäre unser Gehirn nicht grundsätzlich auf polyadische Kommunikations-/Interaktionsstrukturen, intuitive parenting und sensitive caregiving von mehreren „caregivers“ angelegt (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), so wären gruppale Kommunikationen, wie sie Moreno (1934) schon bei Säuglingen beobachtet hatte (er war der erste, nicht dyadisch festgelegte Säuglingsforscher!) nicht möglich, denn sie entwickeln sich nicht von der Dyade zur Triade und zu weiteren Sozialbeziehungen, wie die psychoanalytische Entwicklungsmythologie annimmt. Die Soziapsychologie hat mit dem Konzept „kollektiver mentaler Repräsentationen“ und „multipler Affiliationen“ (Moscovici 1965, Petzold, Müller 2005), die grundsätzliche Vernetztheit menschlichen Denkens, Fühlens und Wollens aufgezeigt, ein Denken in Vielfalt und Vielheiten, wie es in östlichen Kulturräumen, die am „extended family model“, an einer Priorität des Sozialen orientiert sind, charakteristisch ist, was ein weiterer Dritte-Ebenen-Experte (III) anmerkt und noch auf den Verfall des öffentlichen Raumes in der euro-amerikanischen Spätmoderne verweist (Sennett 1987). Die scheinbar dyadisch-dialogische Situation, die auf Ebene I wahrgenommen und auf Ebene II vertiefend reflektiert wurde, eröffnet auf der Ebene III den Blick auf das „Wir“, so dass formuliert werden kann: „Du, Ich, Wir in Kontext/Kontinuum, Wir, Du, Ich in Lebensgegenwart und Lebensgeschichte“ (Petzold 1971, 2001p).

Der Integrative Ansatz hat vor dem Hintergrund derartiger Prozesse, für die es aus interkulturellen Begegnungen, interpersonalen Auseinandersetzungen, inderdisziplinären Diskursen noch vielfältige Beispiele geben könnte, die Konzepte des Polylogs, der Polylogik (Petzold 1971, 2004d), eines „vieltimmigen Sprechens nach vielen Seiten“ im sozialen Netz und seinen „inneren Repräsentationen“ im Sinne vielfältiger „innerer Polyloge“ auf grund „polyadischer Mentalisierungen“ entwickelt. Es entsteht damit eine Offenheit, die anschlussfähig an Andere und Anderes ist und die anschlussbereit für Anderes sein will. Sie begrüßt Andersartiges, Differentes, das in seiner Verschiedenheit geprüft und wertgeschätzt wird (sofern es den Respekt vor der interpersonalen Würde des Anderen nicht verletzt). Damit wird die Möglichkeit einer grundsätzlichen „Transversalität“ – d. h. beständiger Entwicklungen und Überschreitungen – eröffnet.

Eine solche Konzeption ist keineswegs „identitätslos“, ohne Standort, sondern begründet eine „transversale Identität“ (idem 2001p), die radikal „prozessual“ gesehen wird, herakliteisch eben. Identität, die sich permanent wandelt und zugleich in hinlänglicher Konsistenz und Identitätsgewissheit verwirklichen kann. Und natürlich ist eine solche Position nicht dekontextualisiert zu sehen und zu verstehen. Sie ist „gewachsen“, wurde von Kontexten beeinflusst. Auf sie sei ein metareflexiver Blick geworfen.

Integrative Therapie mit ihrer Offenheit für das „Erleben von Vielfältigem“ und ihrer Bereitschaft zum „Denken von Unterschiedlichem“ hat natürlich durchaus persönliche, familial-biographische Hintergründe (polyglote Enkulturation und Sozialisation, Interkulturalität des Elternhauses usw. idem 2002h) – auf sie soll noch kurz eingegangen werden (vgl. 1. 3). Und sie hat Hintergründe in der persönlichen professionellen Biographie (Sozialisation und Enkulturation des Urhebers dieses Ansatzes durch Studien und später Lehrtätigkeit in mehreren Fächern an mehreren Fakultäten und in unterschiedlichen Ländern) – auch auf dieses Moment soll kurz eingegangen werden (vgl. 1. 4).

Damit wird ein Blick möglich auf kulturelle Konnektivierungen höchst unterschiedlicher Kulturräume möglich, von denen ich in Kindheit und Jugend „berührt“ wurde: des deutschen, französischen und russischen/slawischen Kulturraumes durch das Familienschicksal von Migration, durch eigene Impulse, in

unterschiedlichen Kulturen zu leben in diesem für Europa, die europäischen Nationen so umwälzenden Jahrhundert.

1.1.1 Postmodernes Denken und Transversalität

Das Studium in Paris 1963- 1971 (an der Sorbonne, der École Pratique des Hautes Études, z. T. an russischen Emigrantenhochschulen, 1965 ein Semester in Belgrad, seit 1968 Studienaufhalte in den USA), fällt nicht nur in das besondere Klima der deutsch-französischen Versöhnung, sondern auch in ideengeschichtliche Bewegungen, Verwerfungen, Neuanfänge von durchaus radikaler Qualität, die ihre Spuren in der Integrativen Therapie hinterlassen haben, die Art ihrer Konzeptualisierung nachhaltig beeinflusst haben, weil sie – zumindest in wesentlichen Bereichen– aus diesem Klima der *Öffnung des Denkens für „Pluralität“* hervorgegangen war: aus der Europäischen Idee (Petzold 2003m), die nationalstaatliche Hegemonialkulturen zu überwinden versprach (mit *de Gaulles* Rolle beim Elysee-Vertrag und trotz seiner, weitergreifende Einigungsbestrebungen blockierenden Vorstellung vom „Europa der Vaterländer“), über religiöse Konfessionalität, für die das Zweite Vatikanische Konzil (1962-1965) mit einer Erweiterung des ökumenischen Raumes damals gänzlich neue Perspektiven zu bieten schien²⁶. In der Philosophie bahnte sich ein Aufbrechen traditionellen Denkens an mit den „Philosophen der Differenz“ *Deleuze, Derrida, Foucault, Lyotard* durchaus auch *Levinas* und *Ricœur* – vorbereitet von *Merleau-Ponty* (vgl. Petzold 2004b). All diese Denker betonten eine **Wertschätzung der Differenz**, des **Differenten**, der **différance** (*Derrida*), arbeiteten gegen die Hegemonie übermächtiger Diskurse. **Postmoderne, Poststrukturalismus** waren die Begriffe, unter denen man höchst heterogene Versuche des Differenz-Denkens zusammenzufassen suchte in einer erneuten Kategorienbildung, die letztlich dem Impetus dieser Denker diametral entgegenstand, nicht zu reden von ihrer erheblichen Verschiedenheit. Die deutsche Philosophie sah überwiegend Beliebigkeit, Relativismus, Unübersichtlichkeit, Positionslosigkeit (*Apel, Gadamer, Habermas*). Aber der Vorwurf trifft nicht, denn postmoderne Philosophen *diagnostizieren* all dieses in einer Moderne, die verbindliche Sicherheiten, stilistische Festlegungen, normative Ordnungen hinter sich gelassen hat und auch die „*grands récits*“, die großen Erzählungen (*Lyotard* 1981) – des Christentums, des traditionellen Humanismus, des Marxismus etc. – als letztgültige *Metaerzählungen* zurückgelassen hatte. Darum *Post-Moderne!* Beliebigkeit wird deshalb gerade *nicht* von den in dieser Bewegung wesentlichen „Philosophen der Differenz“ propagiert. Sie stellen zwar auch Chaotik, eine „*Agonie des Realen*“, ein Spiel der Simulakren fest (so *Jean Baudrillard* 1978, 1989), und das sind mit Blick auf die Virtualisierung der Welt, den Cyberspace, durchaus wesentliche Analysen, aber ihre zentrale Aussage ist: universalistische Geltungsansprüche haben keinen Boden mehr.

»Wir stehen in keinem Paradigma *hierarchisierter Vertikalität* sondern *horizontaler Pluralität* – das muss mit Blick auf die Wissenschaften (auch auf den Bereich der Psychotherapie, trotz psychoanalytischer Hegemonialansprüche) gelten und muss mit Blick auf eine Weltbürgergesellschaft (*Kant*) Gültigkeit haben (trotz amerikanischer Weltmachtaspirationen). Ideologische Hegemonialmacht, *das* ist ‚*passé*‘, auch wenn solches Denken noch nicht vollends vorbei ist. In diesem Sinne – und nur in diesem – ist ‚Integrative Therapie‘ nicht nur im Milieu postmodernen Denkens entstanden sondern sie ist *post-modern*, weil sie den vielfältigen Versuchen Letzterklärungsansprüche zu vertreten und anzustreben, ‚die‘ Wahrheit, ‚den‘ Sinn zu erreichen, die bis in die Moderne fortwirkten oder in ihr neu aufkamen, eine Absage erteilt hat. ‚Il y a sens‘ schrieb *Merleau-Ponty* (1945, 343). Ich affirmiere: ‚es gibt Sinne‘ (das Singularetantum pluralisierend) und sage: ‚es gibt Wahrheiten‘. Dann aber muss man im Meer pluralen Sinnes und pluraler Wahrheiten in Konsens-Dissens-Prozessen polylogisch ko-respondierend ‚*Positionen*‘ (*Derrida* 1986) finden – die Positionslichter, die für *Ewigkeiten* leuchten sollten, sind in der Postmoderne erloschen. Wo sie noch weiter leuchten oder neue Lichter erscheinen – auf Zeit, das wissen wir jetzt – zünden sie Menschen an, wieder und wieder, und machen *viele* Fahrwege sichtbar. Ein ‚*post*‘ im Blick zurück kann heißen, dass ich für kurze Zeit stille stehe, an einem *Übergang*, an einer Grenze, aber genau dort können – so *Foucault* (1998) – „Blitze des Werdens aufflammen“. An solche Grenzen muss man gehen und ist Integrative Therapie immer gegangen, und deshalb ist sie ein „Ansatz“ geworden und geblieben, der „immer neu ansetzt“, wieder und wieder. Obwohl auch von den poststrukturalistischen Diskursen ausgegangen, angeregt, motiviert – es gab zahlreiche weitere Einflüsse – sollte er darum nicht als ein „postmodernes“ Verfahren bezeichnet werden, sondern er ist weitergegangen an den Grenzen, hat sie mit neuen Ansätzen überschritten in Neuland, hat in solchen *Transgressionen* auch neues Land geschaffen – zumeist *proaktiv*, aus vorwegnehmender Theorie und Methodearbeit, nicht *reaktiv*, weil von Entwicklungen eingeholt und überholt. Aus einer grundsätzlich *heraklitischen* Haltung haben wir den *transversalen* Charakter einer sich beständig selbst

²⁶ Ich publizierte in der damals neu begründeten internationalen Zeitschrift „Concilium“ (*Petzold* 1966Id), lehrte 1970-1972 als Gastprofessor am Ökumenischen Institut des Weltkirchenrates, Universität Genf, orthodoxe Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie (u. a. mit Vorlesungen zu den Themen „säkulare Seelsorge“ und „säkulare Mystik“, vgl. *Petzold* 2005b).

überschreitenden Moderne als ein Paradigma erkannt, in dem wir selbst stehen und stehen *wollen*: in einer „transversalen Moderne“, die offen ist für Innovation, Entwicklungen, die wir verantwortlich mitgestalten können und wollen als ein transversales Verfahren, das Differentes wertschätzt, *konnektiviert* – was eine wesentliche, „schwache“, d. h. nicht hegemonial assimilierende Integrationsform ist, welche mit *Deleuze, Derrida, Foucault* und vor allen Dingen *Ricoeur* Differentes different sein lassen kann. Die in Prozessen einer „transversalen Hermeneutik“ (*Petzold* 1988t) erschlossene und wertgeschätzte *Differenz* allein ermöglicht ein „polylogisches Wir“, ein „Wir im Gespräch nach vielen Seiten“ (*Bakhtin*), aus dem Du und Ich hervorgegangen sind und leben, und in dessen Matrix für jeden – sei es als Einzelsubjekt, sei es als Gemeinschaft – Transgressionen zu Neuem möglich werden« (*Petzold* 2000a).

Das geschieht mit *Foucault* nicht aus einem okkasionalistischen Warten auf ein „*événement*“ an der Grenze, sondern an bewusst gewählten Grenzorten, an denen wir „**angrenzen**“ wollen – „Angrenzung“ ein zentrales Prinzip des Integrativen Ansatzes. Es geschieht auf dem Boden einer weitgreifenden „Archäologie der europäischen Moderne“ (*Foucault* 1966, 1969) in wissenschaftshistorischen Untersuchungen, die Wissens- und Machtssysteme genealogisch und diskursanalytisch untersucht haben, Diskurse – und Dispositive – offene und verdeckte –, die gerade für die Psychotherapie höchste Relevanz haben: der ärztliche Blick und klinische Medizin (*idem* 1963), Psychiatrie, Wahnsinn, Vernunft (*idem* 1961), Überwachen, Strafen, Gefängnisse (*idem* 1976) Sexualität (*idem* 1984a, b). Nur, die Psychotherapeuten haben in kaum verständlicher Weise die Erträge der *Foucaults*chen Analysen übergangen – oder auf *Foucaults* harsche Psychotherapiekritik (*Dauk* 1989) auch mit Diskreditierung, Pathologisierung oder Ignorieren reagiert. Für den Integrativen Ansatz ist er ein zentraler Referenzautor (*Petzold* 2004e). *Foucaults* „diagnostischer Aktivität“ – er, Psychologe und Philosoph, sieht als Aufgabe von Philosophie die Diagnostik der Gegenwart – geht es einerseits um die Aufdeckung von Macht-Effekten durch Diskursanalysen (*Bublitz et al.* 1999), andererseits um die Praxis „wahrer Rede“, *Parrhesie*, im Sinne des antiken Ideals der „freien Rede“ (*Foucault* 1996). Das ist ein praktischer, praktikabler Weg, der Kontrolle und Reglementierung der Diskurse (durch Verbote, Psychiatrisierung, Wahr-Falsch-Festlegungen, *idem* 1974) entgegenzuwirken. In der diskursanalytischen Arbeit zur Psychotherapie, zeigt *Foucault*, das selbst in Diskursen, die sich emanzipatorisch gerieren – wie der Diskurs der Psychoanalyse – subtile Machtstrukturen am Werk sind, die normierte Subjektivität produzieren. Aufklärung und in ihrer Folge Humanwissenschaften, Humanitätsstrategien, das zeigen seine machtanalytischen Arbeiten, haben eine „dunkle Kehrseite“: sie fördern Formen rationaler Selbstkonstitution und vermeintlicher Selbstkenntnis von Subjekten, die in immer umfassenderer Weise sozial kontrollierbar sind, weil sie in sich selbst Diskurse der Kontrolliertheit installiert haben, deren Fungieren ihnen nicht bewusst ist. *Norbert Elias* (1939, 1987) hat in seinen zivilisationshistorischen Analysen ähnliche Entwicklungen aufgezeigt und *Berger* und *Luckmann* (1970) weisen Psychotherapie und Beratung genau die Funktion der Disziplinierung und Zupassung auf gesellschaftliche normative Systeme nach, die *Foucault* im Visier hatte, nur dass er die Tiefenstruktur dieser Prozesse aufzeigt, das Wirken und Fortwirken von Diskursen der Macht: der disziplinierenden Pastoralmacht (*Foucault* 1982) des Beichtstuhls/heute der Psychotherapie, der kontrollierenden Medizinalmacht/heute verbunden mit der Biotechnologie. Die absehbaren genetischen Eingriffe, neurotherapeutischen Maßnahmen, der genetische Gesundheitspass, der öffentliche Zugriff auf die individuelle Biologie des Subjektes, das so wirklich „*sub-jectum*“, von der Macht Unterworfenes ist (*idem* 1984c, 1985b). Solche Subjektivität gilt es zurückzulassen, Humanwissenschaften, die den Menschen zum „subject of research“ machen, ohne dass es die Möglichkeit erhält, in Prozesse einzugreifen und sein Leben zu einem, zu *seinem* Kunstwerk zu gestalten (*Foucault* 1984a; *Petzold* 1999q) sind der parrhesiastischen Kritik auszusetzen. Die sogenannte „Humanistische Psychologie“ haben sich und ihren Humanismusbegriff nie der *Foucaults*chen Kritik gestellt. Ihre therapeutischen Strategien und Ideologie warten darauf, diskursanalytisch auf ihre Machtdiskurse und Mytheme (*Dauk* 1998; *Petzold, Orth* 1999) von denen untersucht zu werden, die sie praktizieren. Denn darauf kommt es an! Eine solche entfremdungstheoretische Konzeption, denn darum handelt es sich, steht vor der Aufgabe, nicht allein im Diskurs Hegel-Marxscher Entfremdungstheorie traditionellen Verdinglichungsgefahren nachzugehen. Sie muss in den Prozessen der eigenen Theorie-, Praxeologie-, Praxisentwicklungen, den Formen der Professionalisierung und Institutionalisierung des eigenen Ansatzes nach dem Wirken der „Macht“ (im *Foucaults*chen Doppelsinne als destruktive Kontrollmacht Möglichkeiten eröffnenden Gestaltungsmacht, vgl. *idem* 1978a, 194c) suchen, der Macht, die wir reproduzieren als Fortschreibung einer „Macht über Seelen“- und die wir selbst produzieren, in dem, wie wir *was, wie* tun, *warum* wir etwas tun und aus welchem Hintergrund wir welches „Warum? fragen. Die Fragen des „doppelten Warum“, nach den „Ursachen hinter den Ursachen“ sind nicht weniger wichtig als die Fragen „nach den Folgen hinter den Folgen“, denn sie führen uns zu einer

„Metapraxis“ (Petzold 1994c) gemeinsam verantworteten Tuns mit den „Patienten als Partnern“ in der „Sorge um sich, um die Anderen, um die Welt“ – in dieser Weise erweitere ich die Formulierung des Foucaultschen Diskurses des „*soucis de soi*“ (Foucault 1986b), den er in seinem Eintreten für Menschenrechte (idem 1984d), seinen Praxisprojekten der Gefängnisarbeit (Eribon 1993) selbst in breiter Weise praktiziert hat – er stand überdies voll und ganz hinter den Initiativen Bourdieus (1997, 1998), aktiv Unterdrückung und dem „Elend der Welt“ entgegen zu treten (Leitner, Petzold 2004).

Die postmoderne Bewegung war „politisch“ – Baudrillard, Bourdieu, Deleuze, Derrida, Foucault, Levinas ... jeder dieser Protagonisten war es in seiner Weise, nicht an einer dominanten Metaerzählung orientiert wie Sartre am Kommunismus. Sie war politisch, wo etwas, aufgerufen durch das politische Tagesgeschehen getan werden musste oder wo die philosophische „diagnostische“ Arbeit die Notwendigkeit der Stellungnahme gebot. So motiviert gründete Bourdieu „Raisons d’agir“, engagierte sich bei der Gründung von ATTAC. So motiviert ruft Derrida (1997a): „*Cosmopolites de tous les pays, encore en effort!*“ In diesem Sinne war und ist der „Integrative Ansatz“ politisch (Petzold 1978c, 1986a), wobei sie natürlich auch Quellen wie Georges Politzer oder Hannah Arendt verpflichtet ist (Petzold et al. 2005), *parrhesiastisch* Missstände offenlegend und praktisch helfend in Notsituationen engagiert, mit den PatientInnen als Partnern²⁷. Das sind keine Positionen, die in einen konservativen, reduktionistisch-scientistischen Wissenschaftsdiskurs passen – etwa einer sich als „neutral“ gerierenden akademischen Psychologie (keineswegs der universitären, denn hier ist die Psychologie weitaus breiter präsentiert) – oder die in einem Diskurs der Medizinalmacht, geschätzt werden, wie er z. T. durch ein kostenminimierendes Gesundheitssystem, das auf Kosten der Qualität der Patientenversorgung spart, repräsentiert wird. Hier wird „Zukunft“ eingegrenzt, indem die Grenzen für Entwicklungen zu humanen Lebensverhältnissen eng gezogen werden, so dass breite Überschreitungen behindert werden.

An der Grenze zu jeder Zukunft finden Überschreitungen/ Transgressionen statt, fließt der Strom des Heraklit weiter, steuere ich in neue Gewässer, die sorgsames Navigieren erfordern und Standortbestimmungen und ggf. Festlegung eines neuen Kurses 'auf Zeit' – wieder und wieder – denn sie sind eine Kernaufgabe von Navigationsarbeit. Im beständigen Queren und Kreuzen in bekannten Gewässern – man kennt sie nie vollständig, ihre dynamische Qualität gibt beständig Veränderungen und Unvorhersagbarkeiten Raum – und in unbekanntem Wassern geschieht **Transversalität** als Prozess beständiger Überschreitungen und damit beständiger Navigationsarbeit. Mehr als hinlängliche Zielgewissheit auf Zeit, ist in ultrakomplexen, nicht-linearen Systemen wie Wind, Wetter, Wasser (wie sie Edward Lorenz untersucht hat) nicht zu erreichen. Menschliche Gemeinschaften, ihre Geschichte, menschliche Lebensläufe, Gesundheits-Krankheits-Entwicklungen, soziale Netzwerke/Konvois, das menschliche Gehirn - 'human systems' sind solche nicht-linearen Systeme! Das ist die Position Integrativer Therapie

Und das ist natürlich weder für die politischen noch für die religiösen Strömungen, die solche Metaansprüche *letztgültiger* Welt- und Wirklichkeitserklärung erhoben haben und noch weiterhin erheben, genehm, vielmehr ist es kränkend, ja bedrohlich, identitätsbedrohlich, besonders, wenn solche Ideologien ihre Identitätsstabilität aus Letztansprüchen, übergreifenden Geltungsbehauptungen, Beanspruchung universalistischer Deutungsfolien herleiten, die damit zwingend fundamentalistisch werden (und Fundamentalismus finden wir – oft wohkaskiert – auch in der Psychotherapie oder in dogmatischen Wissenschaftsideologien). In der Psychotherapie sind hier m. E. sehr viele „Schulen“ betroffen, in erster Linie Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, mit ihrem Anspruch über letztverbindliche Modelle des menschlichen Wesens (Triebbestimmtheit, Freudsches Unbewusstes, Widerstandstheorem etc.) zu verfügen, aber auch die Verhaltenstherapie, wo sie einen radikalen empirischen Positivismus als Letztkriterium verfiert oder die Perlsche Gestalttherapie, die mit Organismus-/Homöostase-Modell und Kontakt- bzw. Kontaktzyklusmodell, sowie mit Awareness- und Figur-Grund-Modell letztgültige Modellvorstellung für das „human functioning“ beansprucht. Diese Systeme müssten sich öffnen, und sie könnten es, ohne Einbussen an Wissenssubstanz oder klinischer Effizienz, allerdings mit Einbussen an Macht ... und hier liegen oft die Probleme. Sogenannte „Theoriepositionen“ oder „Effizienznachweise“ werden dann zum „politischen Argument“, ohne dass sie auf ihren Wahrheitsgehalt, ihre theoretische und empirische Substanz wirklich befragt werden. Man verbindet seine „Identität“ mit solchen, letztlich schon ausgehöhlten Positionen, gibt sich über ihre Funktionalisierung in den Machtdiskursen über Einflüßspären keine Rechenschaft (will dies oft auch nicht), und damit werden kritische Fragen als Angriffe, Andersdenkende als Angreifer gesehen, ohne dass man noch zu fragen bereit ist, *was denn an der kritischen Anfrage oder der anderen Position „richtig“ und bedenkenswert sei?* Man hat die Bereitschaft verloren, sich zu korrigieren, ganz gleich ob die Kritik „von innen“, aus den „eigenen Reihen“ kommt (in der neueren Psychoanalyse etwa von Manfred Pohlen; in der Verhaltenstherapie steht Grawe in dieser Gefahr) oder ob sie „von aussen“

²⁷ Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999; Petzold, Müller et al. 2005; Petzold, Josić, Erhardt 2005.

kommt - man denke an die massiven Reaktionen der Psychoanalyse, Tiefenpsychologie etc. auf die krischen Anfragen von *Grawe*²⁸. Auch die Integrative Therapie, mit ihrer Bereitschaft zum „querenden/**transversalen** und damit vernetzenden/**konnektivierenden** Denken (*episteme*) und Gestalten (*poiesis*)“, wird hier von manchen als bedrohlich erlebt, weil damit die „*Hegemonien des Eigenen*“ in Frage gestellt werden – in vollem Respekt vor Eigenem, auf das jeder, *jeder*, ein Recht hat, weshalb es keine Hegemonien geben darf. Auch keine Hegemonie des „Integrativen Ansatzes“ darf es geben, noch war und ist er von mir in dieser Absicht intendiert. Man ist eingeladen, seine Ideen und Praxeologien (*Orth, Petzold* 2005) zu nutzen – und das geschieht ja auch reichlich, wenn man sich vielerorts, häufig ohne Quellenverweis, an dem von ihr geschaffenen theoretischen und methodischen Fundus bedient (in der Regel, soweit dadurch die eigenen Positionen nicht in Frage gestellt werden müssen). Indes: *durch Infragestellungen kann man letztlich nur gewinnen*. Man kann entweder seine Positionen bestätigen oder man kann sie revidieren, verbessern, sollten sie sich als schwach oder überholt erweisen. Parrhesiastische Querdenker, transversale Denker waren selten wirklich willkommen. *Alexander von Humboldt* vermerkte das mit Bitterkeit in der Vorbemerkung zu seinem Lebenwerk „Kosmos“ (1845/2004, VII) – er sei „eine missliebige Person geworden“ für die Frommen und Konservativen. Die Debatten, in die *George Baron de Cuvier* durch seine bahnbrechenden Erkenntnisse, die Begründung der Paläontologie, und *Etienne Geoffroy de Saint-Hilaire* durch seine „*Philosophie anatomique*“ [1818] im „Akademiestreit“ geraten sind, auch miteinander geraten sind, weil sie beide „quer“ zu den bestehenden Diskursen dachten, oder der ungerechte Umgang mit dem Werk *Lamarcks*, seiner „*Philosophie zoologique*“ [1809], zeigen, welche Probleme auftauchen, wenn man mit einer anderen „**philosophie**“ als die traditionalistische in die Öffentlichkeit tritt. Diese Naturwissenschaftler, das sei unterstrichen, publizierten ihre Hauptwerke unter der Ägide der „Philosophie“, als Gegenpositionen zu einer *philosophie publique*, die auf ein anderes „Denken und Glauben“ eingeschworen war. Wenn man andere Prinzipien der Hermeneutik, d. h. der Wirklichkeitsauslegung und -interpretation einführt, als die „*herrschende*“, die dominante Auslegung, kommt es zu Konflikten. Ich verweise hier bewusst auf die Geschichte der Evolutionsbiologie (*Riedl* 2003, *Weber* 2005), weil sie die radikalste Infragestellung der Selbst- und Lebensinterpretation des Menschen darstellt, die im Werk *Darwins* kulminierte²⁹ – es ist bis heute umstritten, durch die Kreationisten gar erneut bestritten.

Einen anderen *Diskurs* zu sagen, eine andere „*philosophie*“ vorzutragen, ist immer ein prekäres Unterfangen – ganz gleich in welchem Bereich –, denn es ruft Konkurrenz, Neider, Zeloten, Gläubige auf den Plan, die ihren Hegemonialanspruch bedroht sehen (und der hat oft genug, etwa in der bundesdeutschen Psychotherapie, auch ganz deutlich materielle Hintergründe). Selten geht es um Wahrheit oder um ein Interesse an einer „anderen Wahrheit“ oder um einen „Respekt vor der Andersheit“ (*Levinas*) einer anderen Wahrheit, eines anderen Diskurses (*Ricœur*), nicht zu reden von einer „Wertschätzung solcher Andersheit, eines wertgeschätzten Differenten“ (*Petzold, Sieper* 2001d).

Die „klinische Philosophie“ des Integrativen Ansatzes³⁰ hatte einen solchen – offenbar für die „Psychotherapie-Schulen“ *potentiell* bedrohlichen – *transversalen Diskurs* eröffnet mit dem Aufzeigen der Begrenztheiten dieser Schulen, die durchaus bedeutende Beiträge geleistet haben, vielfach in deutlicher Zeitgebundenheit. Wie könnte es anders sein? Sie sind groß, groß auch in ihren Einseitigkeiten, weshalb sie sich, träten sie in ernstgemeinte *Diskurse* und nicht nur in apologetischen Streit, in Konfessionsgezänk (*Grawe et al.* 1994; *Petzold* 1995h), wechselseitig ergänzen könnten: die Vergangenheitsperspektive der Psychoanalyse durch das Gegenwartsprinzip der Gestalttherapie und die Zukunftsorientierung *Adlers*, die *proaktive Prospektivität* mit der Konzeption einer „perichoretischen“, alle Zeitmodi umfassenden Zeitkonzeption der Integrativen Therapie³¹, die Individuumszentriertheit der Tiefenpsychologie durch die Netzwerkzentriertheit von Psychodrama und der systemischen Verfahren, sie alle durch die Leibdimension des Integrativen Ansatzes (*Petzold* 1985g), die Sinndimension der existentiellen Ansätze (*Petzold, Orth* 2005), den konkreten Verhaltensbezug der behavioralen Verfahren, die ihrerseits der symboltheoretischen Dimension entbehren und noch so mancher anderen heilungsrelevanten Perspektive. Diese ganze Fülle, dieser ganze Reichtum lag in den sechziger Jahren vor mir, als ich mich mit dem *Gesamtfeld* der Psychotherapie zu befassen begann – ohne „Schere im Kopf“ und ohne schulendogmatische Bindung, mit einer breiten persönlich-biographischen *Orientierung auf Vielfalt* durch ein natur-, geisteswissenschaftlich

²⁸ *Grawe et al.* 1994, idem 1998, 2004; vgl. *Petzold* 2005q, v

²⁹ *Robertson* 1987; *Wieser* 1994; *Weber* 2005

³⁰ *Petzold* 1971, 1974j, 1991a/2003a; *Kühn, Petzold* 1991

³¹ *Petzold* 1981e, 1991o, 2005o

und künstlerisch ausgerichtetes Elternhaus und mit einer *interkulturellen Orientierung* durch eine polyglotte europäische Enkulturation und Sozialisation (Petzold 2002h, 2005u), die mir ermöglichte, die gravierenden Defizienzen der einzelnen Verfahren zu sehen und die z. T. bedeutenden Beiträge der einzelnen Richtungen (1980q), ohne die man – und hier liege ich in meiner Einschätzung ganz anders als Grawe (1998, 2004), der auf die traditionellen Verfahren zu verzichten können glaubt, weil sie zu fehler- und mangelbehaftet seien³² – ... ohne die man also, viele Einsichten und Methoden verlieren würde. Man muß ihre Erkenntnisse aufnehmen, um ihre Beiträge zu nutzen, und man muss ihre Fehler gut kennen, um sie nicht zu wiederholen. Man kann heute zu ihnen eine Metaposition einnehmen, die Zeitgebundenheiten und Einseitigkeiten zu werten vermag und ihre Leistungsfähigkeit einzuschätzen weiß. Mit einer solchen Position wird man offenbar für so manchen Schulenvertreter bedrohlich und die üblichen Strategien der Abwertung, Ausgrenzung, Bekämpfung oder des Ignorierens werden ins Spiel gebracht. Die Position einer möglichen Vielfalt von „richtigen“ Ansätzen (Petzold 1982) ist für zelotische Verfechter einer „Schule“, die konfessionalistisch *eine* Wahrheit oder die *beste* Wirksamkeit beansprucht, genauso unerträglich wie die Idee einer übergreifenden „allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe 1995), die den einzelnen Schulen nicht mehr als eine überholte Position zuweist³³, die eine historische Bedeutung hat, weil von ihnen „ja sehr wertvolle Perspektiven herausgearbeitet worden seien“, die deshalb nicht „in den Mülleimer der Geschichte geworfen werden“ müssten, dennoch werde man „diese theoretischen Grundlagen loslassen müssen“ (Grawe 2005a, 78). Auch die etwas differenzierteren Positionen der „Integrativen Therapie“, wirken für Schulenanhänger offenbar bedrohlich, wenn sie affirmiert, dass die Therapierichtungen jeweils nur Teilaspekte abdecken und man sich *von vielen Seiten her* um übergreifende Modelle bemühen müsse. Ich schrieb schon vor dreißig Jahren 1975 im ersten Editorial der Zeitschrift „Integrative Therapie“ über den Integrativen WEG:

Ihm ist es »ein zentrales Anliegen ... Brücken zwischen den einzelnen Methoden zu schlagen, um durch bessere Information Gemeinsamkeiten und Divergenzen klarer zu sehen, mit dem Ziel über einengendes Schuldenken hinaus zu integrativen Ansätzen zu führen ... Behandlung kann Entwicklung übergreifender Konzepte und zur Überwindung von Methodendogmatismus. ... Behandlung kann heute nicht mehr in Psych- und Somato-therapie polarisiert werden, sondern muß auf den g a n z e n M e n s c h e n, seinen Leib, seinen seelisch-emotionalen Bereich und seine geistigen Strebungen abzielen, sie muss Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie zugleich sein. Dabei darf nicht vergessen werden, dass der Mensch nicht ohne seinen „Hintergrund“, sein sozio-physikalisches Umfeld verstanden werden kann. Da Therapie pathologischer Zustände immer auch eine Therapie des pathogenen Umfeldes erfordert können soziotherapeutische Aspekte und und politische Fragestellungen nicht ausgeklammert werden. Die herkömmlichen Behandlungsverfahren sind für sich genommen, für eine derart komplexe Aufgabe, wie sie sich aus der Forderung nach einem integrativen Ansatz ergibt, nicht ausgerüstet. Die Chance liegt in übergreifender Kooperation ...« (Petzold 1975a, 1f).

Grawe vertritt neuerlich, dass „das Nebeneinander dieser vielen Möglichkeiten [von Psychotherapieformen] einen großen Integrationsbedarf“ schafft ... „deshalb glaube ich, dass irgendeine Form von Integration oder Zusammenwachsen der verschiedenen Richtungen in der Psychotherapie die Zukunft sein muss“ (Grawe 2005a, 78), denn die zentralen Aspekte für eine wirksame Therapie (Krankheitsdynamik, Lebenskontext, Lebensgeschichte) „werden aber bisher in keiner einzigen Therapierichtung verwirklicht“ (ibid.). Nun ich sehe die Integrative Therapie seit langem ganz gut „auf dem WEGE“ zu dieser Zielsetzung und auch die Auffassung eines Zusammenwachsens der Richtungen habe ich seit den 70er Jahren durchgängig vertreten (Petzold 1982, 1988n, 1992a) und an prominenter Stelle in meinem richtungsweisenden Abschlußvortrag für den 4. Deutschen Psychologentag, Würzburg 5.10.1998 "Psychotherapie der Zukunft" (Petzold 1999p) dargelegt. Aber oft befremden neue Gedanken zunächst und Querdenken löst Widerstände aus. Innovation verlangt auf der einen Seite Neuorientierung und auf der anderen Seite ein Ablegen von Überkommenen. Das ist unbequem, schafft Vorbehalte und das sind Dynamiken, denen man nicht entgehen kann. Dass eine Position ihrer Zeit voraus war, wird in der Regel erst im Nachhinein festgestellt – zuweilen von den

³² „Mit dem Zusammenfügen lauter unzulänglicher Elemente versäumt man es, den Ursachen der begrenzten Erklärungskraft der einzelnen Ansätze Rechnung zu tragen. Die mitgenommenen Mängel der einzelnen Ansätze werden zu Ballast auf dem Weg in die Zukunft“ (Grawe 1998, 719).

³³ Am Schluß seines neuen Buches „Neuorpsychotherapie“ schreibt Grawe (2004, 443): „Was geblieben ist und sich eher noch verstärkt hat, in meinen Überlegungen, ist meine Überzeugung, dass die Konzepte der herkömmlichen Psychotherapieschulen heute keine angemessene Grundlage mehr für die Psychotherapie darstellen. Ich vermisse nichts, seitdem ich aufgehört habe, in ihnen zu denken. Es sind inzwischen sowohl in der Psychologie als auch in der Neurowissenschaft Grundlagen erarbeitet worden, die einen völligen Verzicht auf diese Konzepte möglich machen bzw. sogar nahe legen.“

Vordernkern selbst. Dass mein Integrationsgedanke für die Psychotherapie vor nunmehr bald 40 Jahren der Zeit voraus war, habe ich „so richtig“ erst Ende der siebziger Jahre erfasst durch die beinhaltenen Kämpfe der Therapieschulen, die einen mir ganz selbstverständlichen Gedanken offenbar nicht nachvollziehen konnten. Immer, wenn mich etwas befremdet, frage ich mich: Liege ich mit meiner Position richtig, was hat mir das Fremde oder Neue zu sagen, Wo sind transversale Überschreitungen notwendig? Das ist offenbar nicht jedermans Stil und zwar nicht nur in der Psychotherapie.

Die seit Ende der sechziger Jahre diskutierten Thesen von *Gilles Deleuze* und *Felix Guattarie* zu ihrem 1972 erschienenen „L'Anti-Œdipe“ lösten Unverständnis in der Philosophie und Hostilität bei den Psychoanalytikern aus. *Deleuzes* und *Foucaults* Inspirationen durch *Nietzsche* diskreditierten sie in den Augen der akademischen Philosophie. Das Denken von Heterogenität, an den Grenzen von „Heterotopien“ (*Foucault* 1998), war aber alles andere als eine collagierende Beliebigkeit, wie z. B. "Mille plateaux“ (*Deleuze, Guattari* 1980) missverstanden wurde, sondern eine kreative Systematik mit radikalen Konsequenzen, indem sie den Kapitalismus als die subversive Kraft denunziert, die alle Identitäten und tradierten symbolischen Ordnungsstrukturen zersetzt. Das „*rhizomatische Denken*“ der beiden kongenialen Freunde – Rhizom, ein sich unbegrenzt ausbreitendes Geflecht von Sprossteilen eines unterirdischen Wurzelstockes, als Metapher – sollte heterogene Gedankenwelten gleichsam unterirdisch in lockere Beziehungen zueinander bringen, ohne phalozentrischen Hierarchien *konnektivieren*. Ich verwende diese Metapher in ähnlicher Ausrichtung im Integrativen Ansatz, spreche von „*schwachen Integrationen*“ (*Petzold* 1989a, 1994a, 2002b), in denen *keine Dominanzverhältnisse* angestrebt werden sollen und eine Vielfalt von Ansatz- und Anschlussmöglichkeiten gewährleistet bleiben, betone die „Würde des Teils“ gemäß der auch von uns vertretenen Position *Ricœurs* (1996, 2000), dass jeder *Diskurs* seinen eigenen Wert hat und letztlich irreduzibel ist (*Matern* 1996, 10; *Petzold* 2005p). Dennoch wird mir immer wieder unterstellt, eine hegemoniale, vereinnahmende „Supertheorie“ entwickeln zu wollen. Mein „Tree of Science Modell“³⁴ wurde – Zeichen völlig unzureichender Rezeption – als ein solcher Versuch missverstanden, denn es handelt sich ja „nur“ um ein Strukturmodell und um keinen universellen Explikationsversuch³⁵, wie immer wieder betont. Schon der „L'arbre de ciència“ (catalanisch verfaßt um 1295/96, erschienen lateinisch 1482) des von mir hochgeschätzten *Raimundus Lullus* (*Ramon Llull*, 1232/33 - 1315) war ein Ordnungsschema (*Cruz Hernández* 1977), mehr nicht. Den Versuch von Letzerklärungen, wie sie auch von den schon *plurale Diskurse* pflegenden grossen Geistern angestrebt wurden, die die Diskurse von Philosophie, Naturwissenschaften, Theologie verbinden wollten, unternehme ich nicht, nicht zuletzt weil ich mich mit ihnen intensiv auseinandergesetzt hatte z. B. mit *Augustin* und *Origines*, mit *Isidor von Sevilla*, *Robert Grosseteste* (1175 – 1253). Diese Universalansprüche haben sich für mich über die Jahrhunderte durch die Arbeit vieler DenkerInnen – über die geniale Naturphilosophin *Margaret Cavendish*, Duchess of Newcastle (1623 – 1673), zu *Baruch de Spinoza* (1632 – 1677) und *Giambattista Vico* (1668 - 1744) – zunehmend in der Zeit verloren bis bei *Kant*, *Goethe*, *Humboldt*, *Darwin* gänzlich neue „Diskurse der Vielfalt“ aufkamen. Die Zeit der großen „Summen“ ist mit dem Aquinaten zu Ende gegangen. *Hegel* ist an einem erneuten Versuch eines Universalgebäudes gescheitert und die Versuche einer neuen Summa etwa durch die scheinbaren „Synthesen“ eines *Ken Wilber* (1986, 1987) können nicht wirklich ernst genommen werden. Es sind arbiträre Kombinationen mit ebenso arbiträren Hierarchisierungen³⁶ und ohne Kontakt mit den Bemühungen von Philosophie und Wissenschaft, gemeinsam die Aufgaben der transversalen Moderne anzugehen.

Heute liegt eine kaum noch zu überschauende Mannigfaltigkeit des Wissens, der Wissenssysteme, der Erkenntnismöglichkeiten vor, *POLYLOGE* von *Diskursen*, die uns eine Mehrperspektivität geradezu zwingend anbieten und aus dieser heraus wieder *Mehrperspektivität* verlangen, aus denen dann *Hyperdiskurse* emergieren können: von Beobachten, Wahrnehmen, Erleben, Erfühlen, Denken, Handeln, Zusammenarbeiten und ein Metareflektieren von all diesem. Heute in der „transversalen Moderne“, schafft eine Fülle von Realzeit- und Echtzeitinformationen, virtuellen Infomationen in unterschiedlichen

³⁴ *Petzold* 1975h, 1988n, 2003a

³⁵ Die schulenplurale Schweizer Therapie-Charta hat dieses Modell als konzeptuelles Verbindungsraaster für die in ihr zusammengeschlossenen Verbände und Richtungen genommen, vgl. *Petzold, H.G.* (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Festrede 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.

³⁶ Warum wurde etwa von *Wilber* der Buddhismus „höher“ angesiedelt als das Christentum und was soll überhaupt eine solche epistemologische Klassifizierung von „Wissenssystemen“, die doch letztlich Glaubenssysteme sind? Dies wird nicht überzeugend begründet. Immer wieder habe ich den Geschmack von Heringssalat mit Apple Pie bei den „Synthesen“ von *Wilber*, der ja zu einem bevorzugten Referenzautor der Gestaltszene geworden ist (*Fuhr et al.* 1999, 1234).

Formatierungen (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, 553ff) - nonlineare strings, strands, trends, styles etc. -, aus deren *Vernetzung/Verknüpfung/Verflechtung* sich zuweilen so etwas wie eine *Metastruktur* bzw. ein „*Hypertext auf Zeit*“ etablieren kann, d.h. eine Art intellektueller „software“ von Wissensbeständen und Prinzipien ihrer Vernetzung und Verarbeitung, die ein beständiges *updating* erfordert³⁷. Der Integrative Ansatz zählt für den Bereich humantherapeutischer Theorie und Praxis zu den Bemühungen für einen solchen „*Hypertext auf Zeit*“. Dabei geht es, es sei wiederholt, noch nicht einmal um einen Beitrag zum Projekt eines „*clavis universalis*“, einer Metatheorie für das Universum des Wissens, nach der *Ramon Llulle, Giordano Bruno, Leibnitz* u.a. suchten (*Rossi* 1993; *Petzold* 1997o), sondern um Beiträge zu einem Pateau, einer Art Plattform, von der aus man eine gewisse *Übersicht* im Meer des Wissens bzw. des noch zu Wissenden und im Ozean des Unwissens gewinnt.

„An der Grenze des beschränkten Wissens, wie von einem hohen Inselufer aus, schweift gern der Blick in ferne Regionen. Der Glaube an das Ungewöhnliche, das Wundervolle giebt bestimmte Umrisse jedem Erzeugnis idealer Schöpfung und das Gebiet der Phantasie, ein Wunderland kosmologischer, geognostischer und magnetischer Träume, wird unaufhaltsam mit dem Gebiete der Wirklichkeit verschmolzen“ (*A. v. Humboldt* 1845/2004, 39).

Wenn auch Weniges gewiß ist, dann aber das: „Je mehr das Wissen wächst, desto größer ist das Unwissen“, aber die identifizierten und objektivierten „Unwissenheiten, d.h. die ‘bewußten’, erlauben es, so kann man sagen, uns wiederum darüber klar zu werden, was wir wissen und uns zu entscheiden, was wir wissen wollen“ (*Ivainer, Lenglet* 1996).

Eine zentrale Funktion eines *Hypertextes* ist die Kartierung von Wissen³⁸. *Hypertexte* »emergieren zuweilen auch aus der Vielfalt der Materialien und Prozesse in *Hyperdiskursen* und ermöglichen damit wiederum weitere *Konnektivierungen* und *Emergenzen*. Für die Handhabung solcher Materialfülle, Wissensbestände, Informationsnetze von unterschiedlicher Qualität und Dichte, Informationsprozesse mit variierender Fließgeschwindigkeit, wie sie uns die „progredierende Postmoderne“ bzw. „transversale Moderne“ bereitstellt bzw. wie wir sie in ihr miterzeugen, sind die Künste der „bricolage“ (Bastelarbeit, *Lévi-Strauss*), der „Konstruktion“ (*Berger/Luckmann*), der „Dekonstruktion“ (*Derrida*), der „Konnektivierung“ (*Rumelhart*) unverzichtbar, denn sie sind Methoden, Techniken, Prozesse eines Navigierens (*Müller, Petzold* 1998, 423), das uns nicht an ein „letztes Ziel“, das „letzte Ufer“ und eine „ultimative Wahrheit“ führt, sondern uns ein *freies Surfen* auf den Strömen, Meeren, Ozeanen realer, virtueller und transversaler Weltkomplexität ermöglicht« (*Petzold, Orth, Sieper* 2000).

Polylogisierende Wissensnetzwerke sind rhizomatisch, entsprechen den *Netzwerkstrukturen* „im *Lebendigen*“: in biologischen Organismen, in Ökosystemen, im Gehirn, in komplexen Sozialgebilden – in *distributiv organisierten* Systemen, die sowohl von „Außen“ eingehende einzelne Ströme oder multiple Zuströme von Informationen als auch im Binnenraum generierte Informationsmaterialien überwiegend *parallel* verarbeiten, zuweilen – wenn auch seltener – konsekutiv bzw. hierarchisiert ohne ein *zentrales Konvergenzentrum* in der multiplen Konnektivierung aller Informations- und Wissensstände.

Parallelverarbeitung führt dennoch zu hinlänglich klaren Orientierungen in der vorhandenen und entstandenen bzw. beständig neu entstehenden Komplexität. In multipel konnektivierten, „rhizomatisch“ organisierten Feldern, die von vielfältigem Wurzelwerk durchzogen sind, haben wir es mit einem „*nicht-zentrierten, nicht-hierarchischen und nicht-signifikanten System [zu tun] ohne General, organisierendes Gedächtnis und Zentralautomat; es ist einzig und allein durch die Zirkulation der Zustände definiert. Im Rhizom geht es um ‘Werden’ aller Art*“ (*Deleuze, Guattari* 1977, 35). Mit *Deleuzes* Anregungen habe ich in „GESTALT und Rhizom“ (*Petzold* 1989a) das Verhältnis von Einheit und Vielfalt zu reflektieren versucht. Die Gedanken der Subversivität, der Kreativität und der „unsystematischen Systematik“, der Genealogie, des Untergründigen, des Unbewussten, des Leibes filtern hier von *Nietzsche* zum postmodernen Diskurs herüber (*Nietzsche* ist zweifellos der - von *Freud* benutzte und von ihm und seinen Epigonen bis heute verschwiegene - Begründer der Tiefenpsychologie und Vordenker einer therapeutischen Leibphilosophie und poesietherapeutischen Sprachgestaltung). Seine Inspirationen sind auch zur Integrativen Therapie durchgedrungen – durch eigene *Nietzsche*-Lektüre und durch Einflüsse von *Foucault* und *Deleuze*. Aber es gab natürlich nicht nur *Nietzsche* es gab auch *Kant* – beiden haben wir eine „*hommage*“ gewidmet³⁹, und

³⁷ Vgl. auch *J.Derrida* (1972, 1995) und *P.Landow* (1992) zur Konzeption des Hypertextes.

³⁸ Meine Arbeiten 1974j, 1988d, 1992a/2003a, 1999p, 2002b, 2002j, *Spieper, Petzold* 2003 sind als solche Hypertexte zu sehen

³⁹ *Petzold, Orth, Sieper* 2000a; *Petzold, Orth* 2004b. Ich betone diese doppelte Hommage – und es gibt deren noch mehr (*Petzold* 2004b) –, weil voreiligen Festlegungen „Nietzscheaner“, „Kantianer“, „Perlsianer“, „Freudianer“ etc. etc. kaum zu entgehen ist. *Nietzsche* und *Kant* parallel gedacht, können für Ismus-Tendenzen in die eine oder andere Richtung prächtige Korrektive sein.

Kant als Denker einer „pluralen Vernunft“ (Welsch 1996) ist gleichfalls Beispiel und Inspiration dafür, dass Wirklichkeit – individuelle und kollektive – in pluralen Diskursen und durch permanente Überschreitungen gedacht werden muss: als sich realisierende Transversalität. Wenn man lernt, eine gewisse Gleichzeitigkeit von wesentlichen *WEGEN* im Bewusstsein zu behalten, schwindet die Gefahr der Dogmatisierung, weil man weiß, dass es Sinne und Wahrheiten gibt und dass **eine** „Metaerzählung“ – der dogmatische Marxismus und der dogmatische Katholizismus, die *Freudsche* Psychoanalyse und die *Perls-Goodmansche* Gestalttherapie – keinen übergreifenden Explikationsanspruch erheben können.

Diese mit dem Blick auf die Bewegungen der Geschichte (Fried 2004), die Paradigmenwechsel in der Natur- und Geistesgeschichte, der Psychotherapiegeschichte mit ihren Irrtümern und Moden⁴⁰ eigentlich wegen ihrer erschlagenden Evidenz *banale* Feststellung hat in einer Moderne, die zunehmend Freiräume des Denkens und „Andersseins“ bereit stellen konnte, bislang jedoch nicht dazu geführt, dass im Felde der Psychotherapie das Paradigma des „Schulenmonismus“ überwunden werden konnte – trotz des engagierten Rufes „Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie“ von Caspar und Grawe (1989), die mein Plädoyer für eine „schulenübergreifende Psychotherapie“ und für „Methodenintegration in der Psychotherapie“ (Petzold 1974j, 1982) aufgenommen hatten, eine Position, die ich seit mehr als dreißig Jahren vertrete.

Die Begründung dieser Position liegt indes nicht allein in der Banalität der historischen Realität, nicht allein in der Ahnung um die Wahrheit des *Heraklit* oder *Laozi*, das alles fließt, sondern in der immensen philosophischen Arbeit der „Philosophen der Differenz“, von denen jeder in spezifischer Weise einen Beitrag zu der Erkenntnis geleistet hat, dass die Zeit der großen „Metaerzählungen“ (Lyotard 1981), geschichtsphilosophischer Fortschrittskonzeptionen mit *universalistischem Geltungsanspruch*, wie sie *Hegel*, *Marx*, *Mao*, die großen Erlösungsreligionen vertraten und vertreten, zu Ende ist. Sie sind *Strömungen unter Strömungen* in der globalisierten, pluriformen Kultur geworden, Sinnmöglichkeiten unter anderen Sinnmöglichkeiten, zuweilen entfundamentalisiert, wie in modernen Formen des Christentums, zuweilen fundamentalistisch radikalisiert, wie z. B. in Gruppierungen des christlichen „Bible Belts“ in den USA oder solchen in einem militanten Islam. Das Ende von Universalansprüchen, „das ist jetzt unsere Metaerzählung“ (vgl. Welsch 1987), so kann man es aus integrativtherapeutischer Sicht durchaus sagen, was nicht heißt, dass es keine Metaerzählungen mehr gibt oder geben dürfe. Sie gehören zu den Gütern menschlicher Kultur, können subjektive Geltung für Menschen haben, die sie für als sich lebensbestimmend gewählt haben, verfügen über ethische Wahrheiten und ästhetische Schätze als Teil einer „wertgeschätzten Vielfalt“, die Psychotherapie zu respektieren hat (Petzold 2005b). Aber sie verlangen von jedem Adepten einer solchen „Metaerzählung“ heute ein „Meta-Meta-Narrativ“, eine Hyperexzentrizität (Petzold, Eckhoff 2005), die darum weiß, dass es vielfältige Wahrheiten gibt, und die auch sein dürfen, ja müssen, denn in dieser Vielfalt, in ihrer Polylogizität liegt Humanität, eine „Konvivialitätsgarantie“ (idem 2002c) als eine Qualität des menschlichen Zusammenlebens, „**in dem man ohne Angst verschieden sein kann**“ (T. W. Adorno). Den Sinn dafür, was das bedeutet, ist uns im Durchgang durch die „Philosophien der Differenz“ geschärft worden. Lyotards Position, die Verschiedenheiten in Referenz zu *Wittgenstein* als „Heterogenität von Sprachspielen“ zu sehen, war für uns nie mehr als *ein* Aspekt, der in seiner Sprachzentriertheit, bei aller Handlungskonkretion der *Wittgensteinschen* Sprachauffassung, u. E. nicht genügend „Sitz im Leben“ hat. Uns geht es um die **wertschätzende Differenz** und **wertgeschätzte Alterität** von Lebenspraxen, Lebensformen, Lebensstilen, und das ist mehr als die bloße *Toleranz* gegenüber der „Fremdheit“ oder „Andersheit“ als Form einer „blassen“ Gerechtigkeit, die der Vielfalt und Unübersetzbarkeit der ineinander verschachtelten Sprachspiele eine gewisse Spezifität und eine Autonomie zuzuerkennt, die in Strömungen des postmodernen Diskurses – und zwar keineswegs in allen – auf die allgemeinen Regel hinauslief: „lasst spielen ... und lasst uns in Ruhe spielen“ (mit unterschiedlicher Akzentsetzung bei Lyotard und *Feyerabend*). Gegenüber dieser am Rande der Beliebigkeit stehenden Maxime stelle ich „**Wertschätzung von Andersheit**“ als „Wertschätzung der Vielfalt, der kritisch-metakritisch überdachten Verschiedenheit und Fremdheit“ zentral und werte ich ein Engagement für die Gewährleistung solcher Unterschiedlichkeiten (Petzold 2003d) als unabdingbare Voraussetzung für eine „fundierte Gerechtigkeit“. Diese muss *erarbeitet werden*, im festen **Willen** solche Wertschätzung zu erreichen, gegen die – oft angstmotivierten – **Abgrenzungs-** und **Ausgrenzungstendenzen**, die **Angrenzungen** verhindern und unmöglich machen. Wir lassen Abgelehntes nicht zumeist nicht in den Nahraum der Anlehnung. Wollen wir das ändern, erfordert das Auseinandersetzung mit der Angst vor Fremden, mit dem Ungbehagen gegenüber Unvertrautem, mit den eigenen Identitätsunsicherheiten, mit Befremdung, Hybris, Vorurteilen – es erfordert zuweilen auch eine

⁴⁰ Eschenröder 1984; Degen 2000, vgl. unten 3.4, 3.5

parrhesiastische Streitkultur: man muss die Bereitschaft haben, etwas auszukämpfen, sich einzusetzen, um durchzusetzen, wovon man überzeugt ist. Auch wenn *Levinas* (1983) hier im Hintergrund steht mit seiner radikalen Formulierung der grundsätzlichen „Andersheit des Anderen“ (vgl. *Petzold* 1996k; *Ricœur* 1996), die durch die uneinholbare genetische Varianz von 0,1 Prozent unterstrichen wird, mit der sich alle Menschen voneinander unterscheiden, so steht er da nicht alleine, sondern *Gabriel Marcel* steht da mit seinem Konzept des Mitseins oder *Merleau-Ponty* mit seiner Idee vom „Fleisch der Welt“, an dem wir alle partizipieren, was durch die 99,9 Prozent der genetischen Übereinstimmung zwischen allen Menschen fundiert wird, so dass wir eine Dialektik der „Einheit in der Vielfalt bzw. der Vielfalt in der Einheit“ denken können, ein religions- und philosophiegeschichtlich alter Topos.

In unseren Konzeptionen für eine Handlungspraxis/Praxeologie für die Psychotherapie, die neben theoretischen Überlegungen in der Konkretheit der therapeutischen Praxis und Erfahrung gründet, geht es uns in zentraler Weise darum, mit dem Erleben der faktischen Verschiedenheit vielfältiger Menschen umzugehen, weil solche Verschiedenheit Angst macht und Zorn und Unduldsamkeit und Missverstehen schürt, gleichzeitig aber dafür zu sorgen, dass die faktisch bestehenden überwältigenden Gemeinsamkeiten (alle Menschen empfinden Schmerz und Freude, lieben ihre Lieben, stehen vor einem unabwendbaren Lebensende etc.) nicht aus dem Blick und aus dem Erleben geraten.

Die Mehrzahl der Ausführungen moderner Philosophen, die – anders als in der Antike – in der Regel keine praktische Seelenführung mehr betreiben, entbehrt diese alltägliche Handlungserfahrung des „*therapeuein*“. Dennoch ist von ihnen viel zu gewinnen, es bedarf aber der Übersetzungs- und Umsetzungsarbeit. In seinem philosophischen Hauptwerk, „Der Widerstreit“ liegt für *Liotard* (1983) seine Lösung für den Umgang mit Differenzen darin, *Verständigung über Uneinigkeit* zu erreichen – ein zentrales Anliegen der Diskurskonzeption von *Habermas* (1971) oder meines Ko-respondenzmodells (*Petzold* 1978c). Während *Habermas* auf die kontrafaktische Unterstellung einer „idealen Sprechsituation“ abhebt und überdies die kommunikative und argumentative Kompetenz des bürgerlich-hochsprachlichen Diskurses als nicht thematisierte, implizite Voraussetzung erwarte – ich habe beides an seinem Modell kritisiert (*Petzold* 1978c, 1991e), geht es *Liotard* (1983) nicht um einen schnellen *Konsens* sondern um die Voraussetzung eines artikulierten Dissenses: „Zwischen zwei Parteien entspinnt sich ein Widerstreit, wenn sich die ‚Beilegung‘ des Konflikts, der sie miteinander konfrontiert, im Idiom der einen vollzieht, während das Unrecht, das die andere erleidet, in diesem Idiom nicht figuriert“ (ibid.) .

Mit »Metaerzählungen« meint er solche wie die hegelsche von der Weltgeschichte als allgemeiner Verwirklichung des Prinzips der Freiheit oder die marxsche von einer zur Assoziation freier Individuen führenden Dynamik von Klassenkämpfen. Was nach dem Ende des Glaubens an Metaerzählungen bleibt, ist die »Heterogenität der Sprachspiele«. Auf *Wittgenstein* zurückgreifend, bringt *Liotard* damit auf den Begriff, welche Chancen neben dem Risiko eines unkontrollierten Wucherns wirtschaftsdynamischer und technokratischer „Systeme im Zerfall“ gesamtgesellschaftliche Utopien bringen können. Eine Chance ist das Entdecken, Verstehen und Kultivieren von *Transversalität* in Prozessen gemeinschaftlicher, „transversaler“ Hermeneutik, die durchaus auch als ein besonderer Stil des Mentalisierens betrachtet werden kann.

»*Transversalität* bedeutet Selbstüberschreitung auf der individuellen und kollektiven Ebene, Überschreitung des in der persönlichen und gemeinschaftlichen Ebene Erreichten ... Die Transgression ist Ergebnis *polylogischer Koreflexionen/Metareflexionen* über die „Ursachen hinter den Ursachen“ und die „Folgen nach den Folgen“ und muss mit Blick auf das „mundane Gemeinwohl“ legitimiert werden.« (*Petzold* 1981I, 1988t, vgl. 2002b).

Das Transversalitätskonzept ist mit vielen Positionen des Integrativen Ansatzes verbunden: mit seinem anthropologischen Axiom des Mit-Seins (*être-au-monde, être à l'autrui, Merleau-Ponty, Levinas, Marcel*) und mit dessen polylogisch-interaktionaler Konsequenz (*Bakhtin, Mead*) sowie ihrer erlebnistheoretisch-phenomenologischen und geschehenstheoretisch-hermeneutischen Grundlegung (*Ricœur*). Das alles ist spezifisch und höchst originell ausgearbeitet, wie man es ansonsten in der Psychotherapie selten findet. Auf dieser Basis kann auf der Metaebene ein Gewebe **multitheoretischer Diskurse** (z. B. mit *Bourdieu, Derrida, Foucault, Ricœur* – in all ihrer und wegen ihrer Unterschiedlichkeit) entstehen unterfängt eine differenzierende, **mehrperspektivische Betrachtung** möglich, die eine **multipraxeologische** und **methodenplurale** Form engagierter Arbeit mit Menschen in klinisch-kurativer und entwicklungsfördernder, also **integrativer** Ausrichtung. Auf der therapiepraktischen Ebene wird damit auch ein breiter Zugriff auf die jeweils relevanten Ergebnisse der empirischen Psychologie, der Neurobiologie und der klinischen Sozialwissenschaften möglich, denn nur so kann ein Therapieverfahren komplexe Krankheitsbilder mit den dazugehörigen in der Regel gleichfalls komplexen Lebenssituationen erfassen und versuchen, sie – dieser Komplexität entsprechend – veränderungswirksam anzugehen. Das erfordert häufig „**multipraxeologische**“ Interventionsformen (Psychotherapie, Soziotherapie, Sporttherapie, Bildungsmaßnahmen, Case Work u. ä.)

sowie „**multimethodische**“ therapeutische Arbeitsweisen (psychodynamische, behaviorale, erlebnisaktivierende o. a.), um spezifisch und differentiell zu *behandeln* bzw. in der Lebensgestaltung und Lebensstilentwicklung zu *unterstützen* und zu *fördern*. Ein so weitgreifender Ansatz lässt **schulenübergreifende** Strategien unumgänglich werden, in denen Therapie und Entwicklungsförderung für den Patienten und Klientinnen zu persönlichen Erfahrungen werden, die mit relevanten Mitmenschen – Angehörige, Freunde, professionelle Helfer, TherapeutInnen – *geteilte* Erfahrungen sind. **Komplexe und differentielle Selbsterfahrung** wird damit ein zentrales Konzept und eine wichtige Praxeologie (Petzold, Orth, Sieper 2005), die in der Ausbildung von TherapeutInnen eine nicht zu unterschätzende Bedeutung haben (Petzold, Steffan 1999a, b, 2001; Rønnestad, Orlinsky 2005; Sjøberg 2005), wenn sie richtig und empirisch fundiert eingesetzt werden (Laireiter 1999, 2002, Petzold 2005s).

Neben der persönlichen Lebenssituation der PatientInnen müssen der jeweilig gegebene institutionelle Zusammenhang, sei es die Klinik, das Ambulatorium, die Beratungsstelle, der Therapieverbund (Scheiblich, Petzold 2005) oder die Institution „freie Praxis“, mitreflektiert werden, denn sie geben den Rahmen für die *sozialisatorischen Prozesse* (und Therapien müssen als solche gesehen werden) im professionellen Kontext. Lebensweltliche Bedingungen, theoretischer Überbau des Behandlungsansatzes und institutionelle Strukturen bestimmen die Veränderungspraxeologien und -methodiken und die durch sie initiierten Formen des Lernen als *holographische* Aneignungsprozesse unter konkreten Kontextbedingungen in zwischenmenschlicher Bezogenheit: ein „lebenslanges Entwicklungsgeschehen“ beiseit beständig verändernden Lebenslagen und Weltsituationen.

»Moderne Psychotherapie [und Sozialtherapie] ist Therapie in einer *transversalen*, sich beständig überschreitenden Moderne, die um die Notwendigkeit „permanenter Modernisierungsprozesse“ weiß, darum, dass multidisziplinäres und multidiskursives Wissen über den Menschen aus den verschiedenen „Wissenssystemen“ (Petzold, Orth 2004b), Erkenntnisse über seine biologischen, psychischen und sozialen Realitäten, beständigen Entwicklungs- und Veränderungsprozessen unterliegen. *Heraklit* lehrte uns das schon. Therapeuten und Therapeutinnen müssen deshalb „am Puls“ der Forschung und der klinischen Innovationen sein, sie aufnehmen und zu ihnen beitragen, - nicht um jede modische Strömung aufzugreifen, sondern um ihrer PatientInnen Willen und um ihrer eigenen Integrität Willen, ihrem Bemühen, seriös und mit bester Wirksamkeit zu helfen. Es geht darum, Erprobtes zu prüfen, Gewissheiten in Frage zu stellen und die Kraft aufzubringen, das zu revidieren, was revidiert werden muss, seien wir noch so von seiner Richtigkeit überzeugt gewesen. Das verlangt eine prinzipielle Offenheit für neue Perspektiven und Entwicklungen. Ein Blick in die Geschichte der Psychotherapie zeigt: es gab viele Irrtümer und so manche kurzlebige Mode und einiges, was wissenschaftlich fundierten Bestand hat. Das kann man mit Freude behalten, weil es als gut bestätigt werden konnte. Morgen indes muss es vielleicht schon verändert werden. *Integrative Therapie* vertritt aus dieser Erkenntnis deshalb als wohlbegründete, theoretische Position eine systematische, „prinzipielle Unfertigkeit“, wie jede Wissenschaft, wie das Leben eben. Sie ist ein Ansatz in *permanenter Entwicklung*. „*Hesterni quippi sumus. Wir sind Gestrige*“ (Hiob 8, 9), weil jeder Morgen Neues bringt, das wir mit dem Gestrigen vergleichen, und das uns dann vor neue Aufgaben stellt - wieder und wieder. Das ist mit Aufwand und einigen Mühen verbunden, aber auch mit Faszination, mit neugieriger Entdeckerfreude. „Alles fließt, nichts bleibt, noch ist es je dasselbe“ sagen die Flussfragmente des *Herakleitos*. Menschen müssen das lernen, Patienten müssen das lernen, Therapeuten müssen das lernen ... und sie tun sich oft damit nicht leicht« (Petzold 1988t).

Weil der permanente Wandel in komplexer Weise erfasst werden muss und keine vorschnelle Zuflucht zu verkürzenden Reduktionen genommen werden sollte, wurde in diesem Text durchgängig eine multitheoretische Argumentationslinie durchgehalten und das gilt auch und besonders für unsere Ausführungen zu „neurobiologischen Aspekten“ des Lehrens und Lernens, des Therapierens und Therapiertwerdens, weil es hier immer um Prozesse „*on the brain and on the subject level*“ geht, um neurobiologische und subjekttheoretische Perspektiven in ihrer Konnektivierung. Das eine geht nicht ohne das andere! Das wird derzeit allmählich begriffen, denn es zeigen sich im Bereich der Psychotherapie „Überschreitungen“ der ursprünglichen *monomethodischen* Zugeweisen: *Schiepek* (2003) überschreitet seinen ursprünglichen „systemisch-familientherapeutischen“ Ansatz in Richtung einer neurobiologisch orientierten Therapie. *Klaus Grawe* (1968, 2004) ging dezidiert mit seiner „Allgemeinen Psychotherapie als *Psychologische Psychotherapie* und *Neuropsychotherapie*“ über seinen ursprünglichen behavioralen Rahmen hinaus. Ich hatte mit der „Integrativen Therapie“ als einem *Psycho-, Sozio-* und neurobiologisch ausgerichtete *Leib- und Bewegungstherapie*“ integrierenden Ansatz (Petzold 1974j, 1988n, 2003a) ein genuines Integrationsmodell entwickelt. Die genannten Ansätze gehören „neuen Integrationsparadigma“ (Petzold 1993g) und weisen damit – was den klinisch-praktischen Zugang anbelangt – mehr Übereinstimmungen als Unterschiede auf, auch wenn sie an anderen Ausgangspunkten *ansetzen*. Die metatheoretische Position ist derzeit noch nicht gut abzugleichen, weil hier die genannten Ansätze zu unterschiedliche Ausarbeitungsstände haben.

Die Gedanken dieses Beitrages sollen Integrativen Therapeutinnen, schulübergreifend ausgerichteten Therapeuten Orientierungen geben und sie können, so hoffe ich, auch Anregungen für andere

psychotherapeutische Richtungen bieten, denn die Vernetzung theoretischer und praxeologischer Diskurse, der Austausch von Wissensständen, wird heute für die einzelnen Therapieverfahren wesentlich: aufgrund der Herausforderungen der spätmodernen „Risikogesellschaften“ (Beck 1986) und der Veränderungsdynamik der „transversalen Moderne“, deren Wissensstände sich akzeleriert überschreiten und schließlich aufgrund der gravierenden Veränderungen, die für die traditionellen Psychotherapieverfahren selbst aufgekommen sind bzw. ins Haus stehen. Die Reflexionen von Entwicklungen in der „Integrativen Therapie“ sind insofern ein Beitrag für die Psychotherapie als wissenschaftliche und praxeologische „Disziplin“ insgesamt, weil der „Integrative Ansatz“ sich als *Teil dieser Disziplin* sieht und die eigenen Entwicklungen nur im Rahmen dieser Disziplin sinnvoll verorten kann.

„Psychotherapie muss sich als **eine** Disziplin verstehen, die allerdings durch ‘**fundierte Pluralität**‘ gekennzeichnet ist, eine Profession, die heilende Arbeit mit von Störungen betroffenen Menschen in einer **Pluralität** von theoretischen Positionen und praxeologischen Ansätzen möglich macht bei Gewährleistung **einheitlicher** professioneller Rahmenbedingungen und hoher berufsethischer Standards. Dabei muss sie für alle ihre – durchaus paradigmatisch unterschiedlich fundierten – Orientierungen deren **Wissenschaftlichkeit** und empirisch abgesicherte **Qualität** nachweisen durch Dokumentation ihrer **Wirksamkeit**, **Unbedenklichkeit** (was Risiken und Nebenwirkungen anbelangt) und auch **Wirtschaftlichkeit**. Dieser nomothetische Nachweis ist die Basis und Legitimation für die engagierte heilende und fördernde, idiographische Arbeit der TherapeutInnen, die ihre unterschiedlichen Verfahren mit einer Vielfalt einzigartiger Menschen praktizieren“ (vgl. Petzold, Sieper 2001e; Märrens, Petzold 2002).

Damit ist auch schon eine prinzipielle, und durchaus „moderne“ Position deutlich gemacht, die von einem relativ jungen Verfahren – es wird seit ca. 40 Jahren entwickelt – besonders leicht eingenommen werden kann: der **Identität** mit der „Disziplin“ wird ein höherer Stellenwert gegeben, als dies gemeinhin bei den traditionellen „Schulen“ der Psychotherapie der Fall ist, die ihre **Identität** stärker aus der Entwicklung der „eigenen Schule“ beziehen und damit auch stärker von den Traditionen und konzeptuellen Spezifitäten, zuweilen Einseitigkeiten, bestimmt sind, als jüngere und damit strukturell noch offenere Ansätze. Dennoch hat die Integrative Therapie bei aller Offenheit und Veränderungsbereitschaft eine klar konturierte Identität, wie der nachstehende Text deutlich macht:

INTEGRATIVE THERAPIE ist als solche eine in multidisziplinären *Diskursen* gründende, „**komplexe Lernerfahrung**“: mit ihrer reichen Praxeologie an Methoden, Techniken, Medien, mit der Breite ihrer *erlebbaren* Ideen und Konzepte, vor allen Dingen aber durch die *erfahrbar* intersubjektive, mitmenschliche Präsenz derer, die sie praktizieren und vertreten – Therapeuten und Therapeutinnen, die sich als Personen vermitteln, wenn sie dieses Verfahren in fundierter Professionalität und als engagierte Hilfeleistung glaubwürdig praktizieren.

Der *integrative und differentielle Ansatz* verbindet in einer komplexen anthropologischen Position naturwissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Biologie, Neurowissenschaften, empirischer Psychologie) und humanwissenschaftliche Einsichten über den Menschen (z. B. aus Philosophie, Sozial- und Geschichtswissenschaft, verstehender Psychologie), um das Menschenwesen in hinreichender Weise zu verstehen, denn Integrative Therapie will Menschen als „Ganze“ erreichen und ihre *Regulations-* und *Entwicklungspotentiale* auf den unterschiedlichen Ebenen der „personalen und interpersonalen Systeme“ fördern und beeinflussen: durch die kooperativen Bemühungen zwischen Therapeutin und Patientin, in denen *beide* Lernende sind. Dazu muss das *Verfahren* mit all seinen Wissensständen letztlich über intersubjektives Geschehen, über „**Selbst-erfahrung in der Erfahrung mit Anderen**“ wirksam werden. Die „therapeutische Beziehung“ (1), das konstruktiv kooperierende „Soziale Netz“ (2), die „hinlängliche konsolidierte Lebenslage (3) und die „komplexe Selbsterfahrung“ (4) sind deshalb als die vier **Metafaktoren** in Integrations-, Heilungs- und Entwicklungsprozessen zu sehen, in denen allen ein **Megafaktor** ubiquitär zum Tragen kommt: stimmige mutuell-empathische Beziehungen (evolutionsbiologisch durch eine empathische Grundfunktion und eine Affiliationstendenz disponiert).

Die umfassende Eingriffsbreite und -tiefe solcher „Selbsterfahrung in Bezogenheit“, in der jeder Beteiligte zum Einflussfaktor für den Anderen wird und dabei verändernd bis in die neurobiologischen Feinstrukturen wirken kann, aber auch verändernd auf die Muster komplexen Denkens, Fühlens und Wollens einwirkt, gilt es immer besser und gezielter zu nutzen. Das heißt aber auch, dass Helfer sich in ihrer Qualität als „personale Medien“, als Mittel der Behandlung kennen, verstehen und sich in dieser Weise einzusetzen und zu nutzen vermögen.

Das geschieht, indem sie Wertschätzung vermitteln, Verständnis zeigen, Einsicht fördern, Schutz geben, Trost spenden, lebenspraktische Hilfen erschließen, Hoffnung wecken und als Partner der Reflexion, Problemlösung und der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven zur Verfügung stehen. Einen besseren *WEG* zum Gewinn von Gesundheit und Lebensqualität als den eines heilsamen „Sich-Selbst-Erfahrens“ und „Sich-Selbst-Entwickelns“ in annehmenden „zwischenmenschlichen Beziehungen“, in salutogenen Affiliationen, gibt es nicht.

Konstruktive, Sicherheit und Freiraum gebende Therapeuten und Therapeutinnen, die „**Selbstwert**“ und „**persönliche Souveränität**“, „**Intersubjektivität**“ und „**Konvivialität**“ fördern, sind als heilsam erlebte und „internalisierte“ Menschen *salutogen*. Deshalb kann Therapie nicht ohne Selbsterfahrung als positives, wechselseitiges „Sich-Erfahren in Bezogenheit“ gelingen, denn dort liegen ihre heilenden und

Die Überlegungen dieser Arbeit, Versuche des *Überblicks retrospectiv* durch Rückblicke auf Entwicklungen in der Vergangenheit zu gewinnen, *aspektiv*⁴¹ durch Blicke auf Situationen der aktuellen Gegenwart und Versuche *prospektiv* auf die Zukunft und in die Zukunft zu schauen, sollen kurz in einen grundsätzlichen, epistemologischen und anthropologischen Kontext gestellt werden, wie dies für den *Diskurs* des „Integrativen Ansatzes“ charakteristisch ist, denn er sah sich schon immer als komplexe Maßnahme der Hilfeleistung, „die den Menschen in seiner *leiblichen Realität* ernst nimmt und seine medizinische und pflegerische Versorgung gewährleistet durch Somatotherapie; seine *emotionale Realität* ernst nimmt und damit seine psychische Betreuung sicherstellt durch Psychotherapie und die den Menschen in seiner *geistigen Realität* ernst nimmt und Nootherapie oder seine seelsorgerliche Begleitung – und diese nicht nur im traditionell religiösen Sinne – möglich macht“ (Petzold 1965, 16).

Die Überlegungen dieses Textes entspringen einem „**Willen zum Wissen**“ (Foucault 1998), einer „Erkenntnissuche“ – meiner Suche und der aller Wissenssucher, Studierender, Lesender und Schreibender –, einem **Antrieb**⁴² des Menschen, Erkenntnisse über sich selbst und die Welt zu gewinnen. Das Wissen um solches Suchen war offenbar in der mythischen Erzählung des alten Weisheitsbuches über das Wesen des Menschen – dem 1. Buch Moses 2,6 – schon begriffen worden mit der Geschichte über den „Baum der Erkenntnis des Guten und Bösen“: Es ist für den Menschen (die Menschheit) in der Tat essentiell, zu erkennen und zu wissen, was für ihn gut und was für ihn böse, zerstörerisch ist. Heute sehen wir diesen „Antrieb zum Wissen“ in der Metatheorie der „**Integrativen Humantherapie**“ als ein evolutionäres Programm, das sich als die Fähigkeit, Erkenntnisse zu gewinnen und zu sammeln, sie zu „problematisieren“ (Foucault 1996) und zu „revidieren“, ja aus Erkanntem neue Erkenntnis, neues Wissen zu schaffen herausgebildet hat – Grundlage aller Wissenschaft. Es kann als ein „**anthropologisches Basisnarrativ der Erkenntnissuche**“ gesehen werden, ein Prinzip, das das **Wesen des Menschen** ausmacht und auf seinem *WEGEN* durch die Evolution ausgebildet wurde, sich auf den *WEGEN* durch die Humangeschichte bekräftigt hat und den Menschen grundsätzlich bestimmt (Petzold 1993e, Petzold, Orth 2004b). Es ist bei „hyperexzentrischer Betrachtung“ als ein *WEG des Menschen zu sich selbst*, zu seiner „**Hominität**“ zu begreifen, die sich auf diesem Weg entwickelt hat, und die er auf diesem Weg auch zunehmend intentional entwickelt durch Ausbildung von „Kulturen“. Durch solche „*Kulturarbeit*“ als spezifisch menschliches Vermögen, welches **Natur** in **Kultur** transformiert in Prozessen der Kulturierung, Kultivierung und in Prozessen der Weitergabe von Kultur durch die *Enkulturation* eines jeden neuen Menschenwesens in seiner Ontogenese, gestaltet der Mensch sich selbst und vermag seine „**Hominität**“ zu verändern, zu entwickeln.

„**Hominität** bezeichnet die Menschennatur auf der individuellen und kollektiven Ebene in ihrer biopsychosozialen Verfaßtheit und ihrer ökologischen, aber auch kulturellen Eingebundenheit mit ihrer Potentialität zur Destruktivität/Inhumanität und zur Dignität/Humanität. Das Hominitätskonzept sieht den Menschen als Natur- und Kulturwesen in *permanenter Entwicklung durch Selbstüberschreitung*, so dass Hominität eine Aufgabe ist und bleibt, eine permanente Realisierung mit offenem Ende – ein *WEG*, der nur über die Kultivierung und Durchsetzung von **Humanität** führen kann“ (idem 1999r, 5, vgl. 2003e).

Dieses Hominitäts-Prinzip zu erkennen, ist selbst Ausdruck des „Narrativs der Erkenntnis“, in dem Wissensstände verbunden werden: solche der **Naturwissenschaften**, die Evolutionsbiologen und Paläontologen bzw. Paläoanthropologen zusammengetragen haben, mit Wissensständen der **Geisteswissenschaften**, die Philosophen und Soziologen durch Arbeiten der Erkenntnistheorie, philosophischen Anthropologie, der Gesellschaftstheorie usw. generiert haben. Eine solche Zusammenschau ermöglicht ein vertieftes Überdenken und Verstehen des Menschenwesens, das sich selbst reflektiert und interpretiert und diesen Vorgang wiederum *metareflektiert* – unter Beiziehung vielfältigster Wissensstände, ein Prozess, den ich als „**Metahermeneutik**“ bezeichnet habe oder den man mit *Merleau-Ponty* als „**Hyperdialektik**“ bezeichnen kann und der in dem „Basisnarrativ der Erkenntnis“ seinen Grund hat.

⁴¹ Es geht beim *Aspektiven* um *Aspekte* als eine exzentrischen Aufsicht auf die *Kontexte*, Gegebenheiten einer Gegenwart, die allerdings oft „im Fluss“ sind oder auch als schon abgeschlossen gesehen werden, *temporale* Prozesse im *Kontinuum*, wie es sich im Russischen durch den *Aspekt* als grammatikalischer Kategorie des Verbs (imperfektiver und perfektiver Aspekt) ausdrückt.

⁴² Zu den Konzepten des **Antriebes** und des **Narrativs**, vgl. Anhang III.

Basisnarrativ der Erkenntnis

Die grundsätzliche und umfassende Erkenntnis- und Lernfähigkeit der Hominiden, die Veränderbarkeit von Genexpressionen und Genregulationen, die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und Nervensystems und die damit gegebene Modifizierbarkeit von kognitiven Landkarten, emotionalen Stilen, Mustern der Regulationskompetenz aufgrund von „exzentrischer und reflexiver“ Auswertung und volitionaler Umsetzung von Erfahrungen sind die wesentlichsten, evolutionsbiologisch höchst sinnvollen Selektionsvorteile der Hominiden vom Sapiens-Typus. Diese exzentrische Erkenntnis- und Lernfähigkeit und modulierbare Regulationskompetenz muss als das zentrale Programm, als das „Basisnarrativ“ des Homo Sapiens angesehen werden, von dem alle anderen Narrative (Brutpflege-, Paar-, Aggressionsverhalten etc.) bestimmt werden können.

Es setzt voraus 1. einen lebendigen Leib mit einem funktionsfähigen Cerebrum (*Leibapriori* der Erkenntnis), 2. durch die Hirnleistung ermöglichtes Bewusstsein (*Bewußtseinsapriori* der Erkenntnis) und 3. weil es um menschliche Erkenntnis geht, die von der sozialisatorischen Weitergabe von Menschheitswissen abhängt, eine soziale Zugehörigkeit (*Sozialitätsapriori* der Erkenntnis, vgl. Petzold 1988n, 2003a). Das **Basisnarrativ** bot u. a. einen Überlebensmechanismus und Selektionsvorteil für die Hominiden, weil es ihr starkes **Aggressionsnarrativ** (vgl. 6.1.2), mit dem er sich die „Erde untertan machen“ konnte, erst als „regulierbares Narrativ“ effektiv werden ließ. Aggression konnte *intentional* eingesetzt werden: strategisch, um ihre Wirkung zu erhöhen, wie es Kriegstheoretiker – z. B. der früheste Systematiker, *Sun-Tzu*, in seinem Werk „Sungzi bingfa“, über die „Kunst des Krieges“ (*Sun-Tzu* 1972) – ausgearbeitet haben, oder begrenzend, um ihr destruktives Potential zu bändigen, wie es Friedenstheoretiker – z. B. *Kant* (1795) in seiner Schrift „Zum ewigen Frieden: Ein philosophischer Entwurf“ – anzustreben bemüht waren. Jede Wissenschaft sollte sich in ihrer Qualität, ein „**Beitrag zur Förderung von Hominität**“ zu sein, bewusst sein und das zur Grundlage der *Wissenschaftsethik* machen. Und auch jeder Wissenschaftler sollte sich bewusst sein, dass sein Denken und Forschen Ausdruck der eigenen Hominität ist und Beitrag zur Entwicklung *kollektiver Hominität* sein sollte.

„Hominität wird begriffen als die Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimension als *Potentialität*: der symbolisierenden und problematisierenden *Selbst- und Welterkenntnis*, der engagierten Selbstsorge und Gemeinwohlorientierung, der kreativen Selbst- und Weltgestaltung, der *Souveränität* und *Solidarität* durch Kooperation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln - das alles ist *Kulturarbeit* und Grundlage von Humanität. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont, die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen *desillusionierten* Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur *Destruktivität* und die Potentialität zu *Dignität*, erfordern eine wachsame und für *Hominität* und *Humanität* eintretende Haltung. Diese muss stets die biopsychosoziale Verfasstheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: der Mensch als *Natur- und Kulturwesen, das sich selbst zum Projekt macht und seine Entwicklung selbst gestaltet*. In dieser *Dialektik*, die zugleich eine Dialektik von *Exzentrizität* und *Zentriertheit* ist, liegt sein Wesen.“ (idem 1988t, 5).

Man könnte hieraus geradezu einen „**Imperativ wissenschaftlicher Ethik**“ ableiten und die Verpflichtung zur „*kritischen Wachsamkeit*“ – und die muss bei jedem Einzelnen liegen und muss zwingend auf der kollektiven Ebene von der „community of scientists“ und darüber hinaus von der menschlichen Gesellschaft wahrgenommen werden, also in der politischen Kontrolle des demokratischen Gemeinwesens stehen, die der Wissenschaft zwar „Freiheit von Forschung und Lehre“ gewährleistet, ein Grundrecht, die aber auch der Wissenschaft in eine Legitimationsverpflichtung gegenüber der Gesellschaft auferlegt, was ihre wissenschaftliche Arbeit und die Verwendung gesellschaftlicher Mittel für diese Arbeit anbelangt. Für die Entwicklungsarbeit einer Disziplin wie die der Psychotherapiewissenschaft oder von Subdisziplinen, wie es die verschiedenen therapeutischen Richtungen sind, heißt das auch, dass sie auf sich selbst immer wieder einen kritischen Blick werfen müssen, sich kritischen Diskursen stellen müssen - und das gilt dann auch für jeden Forscher bzw. Model Builder und sein Werk.

Überblicke, Rückblick, Vorausschau sollten deshalb durchaus auch eine kritische Qualität haben, um Schwachstellen, Auslassungen, Einseitigkeiten aufzufinden und neue Orientierungen einzuleiten oder Impulse und Anregungen aufzunehmen. Dabei wird eine Haltung „**weiterführender Kritik**“ angestrebt, die bereit ist, im Sinne des antiken Prinzips der „**Parrhesie**“, der freimütigen, offenen Rede, auch

problematische und unbequeme Themen anzusprechen, wie es *Michel Foucault*, ein wesentlicher Referenztheoretiker der Integrativen Therapie (Petzold 2001), vertreten hat. Denn „*Wer hat das Recht, die Pflicht und den Mut, die Wahrheit zu sprechen?*“, so fragte er (Foucault 1996, 25). Und man kann antworten: Jeder, der in einen metakritischen Diskurs einzutreten bemüht ist und „Exzentrizität“ zum eigenen Feld und zur eigenen Position zu gewinnen sucht und auch jeder der die eigenen Positionen darstellt, mit dem Ziel, sie den Diskursen „weiterführender Kritik“ auszusetzen.

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Realitäten (z.B. Handlungen) oder virtuellen Wirklichkeiten (z.B. Ideen) aus der **Exzentrizität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit). Das **Kommunizieren** der dabei gewonnenen Ergebnisse soll in **ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise erfolgen, dass die kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**. Sie erfordert den Mut der Parrhesie“ (Petzold 2000a).

Entwicklungen von und in „Feldern“ psychosozialer und klinischer Arbeit müssen also immer wieder reflektiert und metareflektiert werden – auf die Situation der KlientInnensysteme hin, auf die Situation der HelferInnensysteme hin und auf der Ebene der jeweiligen Gesamtdisziplin. Das war stets ein Anliegen integrativer Theorie- und Konzeptarbeit“ und wurde von ihr kontextualisiert mit dem vorhandenen Forschungsstand des „Feldes“ für ihre methodischen Entwicklungen in der Psychotherapie⁴³, Leibtherapie⁴⁴ Suchttherapie⁴⁵, Supervision⁴⁶, Gerontotherapie/Sozialgerontologie⁴⁷, Kindertherapie⁴⁸ immer wieder unternommen, weil damit *Möglichkeiten* der Überprüfung, Revision (wo das erforderlich ist) und der **proaktiven Weiterentwicklungen** gewonnen werden – viel zu viel geschieht in den Entwicklungen des therapeutischen Feldes „reaktiv“. In solchen, auf die eigene Disziplin und ihre Zusammenhänge unternommenen „Feldexplorationen“ können neben Fortschritten auch Fehlentwicklungen erkennbar werden⁴⁹. Gerade in der Psychotherapie wird es auf der Ebene der verschiedenen „Richtungen und Verfahren“ und auf regionaler und überregionaler Ebene wesentlich, immer wieder eine „exzentrische Position“ zum eigenen Denken und Tun zu gewinnen, um einen selbstkritisch-evaluierenden Bezug zur eigenen Vergangenheit und einen „**proaktiven**“ Bezug zur „Zukunft der Psychotherapie“ (Petzold 1999p) – in den einzelnen Ländern, in Europa, ja auf globaler Ebene⁵⁰ – zu gewinnen und zu behalten.

1.1.2 Autobiographische Aspekte

Ein Blick auf das „Feld der Therapie“ und auf das eigene Therapieverfahren, die „Integrative Therapie“⁵¹, nach vierzig Jahren der therapeutisch-praktischen und der forschenden und lehrenden Tätigkeit bringt den Autor wie den Leser mit dem „*Wegcharakter des menschlichen Lebens*“ (Petzold, Orth 2004b, Petzold 2005t) in Kontakt und führt natürlich in die Erfahrung der eigenen, persönlichen wie auch der eigenen professionellen Biographie. Dazu gehören auch die Erfahrungen mit und durch Psychotherapie und auch auf die Motive, die zu ihr hingeführt haben. Diese Erfahrungen prägen natürlich den Blick, vertiefen ihn, aber behindern ihn vielleicht auch – Ausblendungen und Einseitigkeiten, systematische Fehler können sich verfestigt haben. Deshalb ist es gut, die eigenen Einflusslinien, in denen man steht, transparent zu machen und aufzuzeigen. Das geschieht am besten, so meine ich, in Aufzeichnungen zur eigenen „intellektuellen Biographie“, die sich nicht in persönlichen biographisch-familiären Berichten verliert. Die „*Geschichte und Entwicklung des eigenen Denkens*“ muss wichtig werden, wie die große autobiographische

⁴³ Petzold 1984a, 1998i, 1999p, 2003a; Märtens, Petzold 2002

⁴⁴ Petzold 1974j, 1988n, 2004h

⁴⁵ Petzold 1984b, Petzold, Thomas 1994; Petzold, Schay, Scheiblich 2005

⁴⁶ Petzold 1990o, 1998a, 2005j, Petzold, Ebert, Sieper 1999

⁴⁷ Petzold 1985a, 2004a, 2004b, Petzold, Bubolz 1976; Petzold, Müller; Horn, Leitner 2005

⁴⁸ Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zäpfel 1996.

⁴⁹ Petzold 1989i, Petzold, Ebert, Sieper 1999, Petzold, Müller et al. 2005

⁵⁰ Vgl. Petzold, H.G. (1985s): Trends and Developments of Gestalt Therapy in Europe -European Sources of Gestalt Therapy; idem (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Festvortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich; Petzold, H.G. (1998i): "Psychotherapie der Zukunft", Abschlussvortrag gehalten auf dem 4. Deutschen Psychologentag, Würzburg 5.10.1998; idem (2003o): [Interview mit Theodor Itten] Positionen zur Psychotherapieforschung, Entwicklungen im Feld, Schweizer Charta für Psychotherapie und persönliche Standpunkte.

⁵¹ Petzold 1965, 1974j, 1988n, 2003a, 2005a

Bestandsaufnahme *Simone de Beauvoirs* überzeugend verdeutlicht, und sollte auch als Gegenstand der Psychotherapie in Behandlungsprozessen und als Kernthema einer Lehrtherapie für angehende Therapeuten in ganz anderer Weise aufgegriffen und durchgearbeitet werden, als das bislang geschieht (so es denn geschieht). *Was macht mein Denken aus und wie hat es sich entwickelt*, mein Denken als Mann, als Frau – *gendersensibel* betrachtet –, als Deutscher, als Russe, als Franzose, als Europäer etc. *kultur- und ethniesensibel* angeschaut? *Und wohin wird es gehen, mein Denken?*

Ich habe solche Überlegungen unternommen – zwischenbilanzierend (*Petzold* 2002h) –. Sie sollen deshalb in diesem Text nur so weit Erwähnung finden, wie mir das nützlich erscheint.

Wie schon kurz erwähnt, bin ich in einer künstlerisch und kulturell ausgerichteten, naturverbundenen und mehrsprachigen Familie aufgewachsen, in der Kunst, Natur- und Geisteswissenschaften sehr aktiv gepflegt und in der Erziehung lebens- und naturnah vermittelt wurden. Dadurch sind für mich wichtige Grundlagen für „*mehrperspektivisches* und *interdisziplinäres* Denken“ gelegt worden. Durch die konkrete altruistische Praxis meiner Eltern in engagierter und kreativer, ehrenamtlicher Tätigkeit hatten wir schon als Kinder Modelle für eine praktische psychosoziale Arbeit und für Selbsthilfeaktivitäten erhalten (*Petzold, Schobert, Schulz* 1991): in ihrer psychosozialen Betreuung von Suchtkranken und der Gruppenarbeit mit ihren Angehörigen, den Frauen und Kindern, sowie in der Altenhilfe und in der Selbsthilfearbeit mit langfristig Verstorbenen, traumatisierten Kriegsoffizieren, die wegen ihres Pazifismus und ihrer politischen Überzeugung als Verfolgte des Naziregimes (zu denen meine Eltern als Pazifisten selbst zählten) gelitten hatten, in der wiedergutmachenden Friedensarbeit (Aktion Sühnezeichen) haben meine Eltern sich ihr ganzes Leben bis ins hohe Alter eingesetzt. Ihre und damit unsere Leitfiguren waren die großen Altruisten und Pazifisten *Harriet Beecher-Stowe, Henry Dunant, Pjotr Kropotkin, Mahatma Ghandi, Leo Tolstoy, Albert Schweizer, Berta von Suttner*... Zu einigen dieser Persönlichkeiten publizierte meine Mutter auch kleine biographische Arbeiten (*Petzold-Heinz* 1957, 1958) und mein Vater bezog sich in seinen Schriften immer wieder auf den „Geist des Mitleids“, für ihn Essenz des Christentums, von *Henry Dunant* (*Petzold* 1947, 11f) und auf die Anprangerung von Krieg, Mord, Vergewaltigung durch *Francisco José de Goya y Lucientes*. Seine Überzeugung: „Destruktivität muss man entgegentreten und sie zu überwinden versuchen, wo immer sie sich zeigt, ob im Kleinen: Familiengewalt, Streit, Trunksucht oder im Großen: Verfolgung, Pogrome, Soldateska, Kriegsgräuel. Es gilt den Regungen der Aggression und Gewalt gegenüber wachsam zu sein und den Anfängen zu wehren, denn sind sie erst entfesselt ...“ (*idem* 1948, 2). Er hat über Jahrzehnte im Suchtbereich ehrenamtliche Einzelfallhilfe geleistet, Vorträge über Suchtgefahren und Vorbeugung gegenüber häuslicher Gewalt gehalten und Schriften zur Prävention verfasst, wohingegen meine Mutter eher ein „Gruppenmensch“ war. In ihrer praktischen Hilfe- und Betreuungsarbeit setzte sie, Theaterwissenschaftlerin und ausgebildete Sängerin und Musikerin, Atem-, Stimm- und Bewegungsarbeit, kreatives Schreiben, Theater- und Puppenspiel, Malen und Gesang ein als „*Sorge für das seelische Wohlergehen und die geistige und leibliche Gesundheit von gefährdeten und geschädigten Menschen, die einen guten sozialen Rückhalt brauchen, um neue, bessere Wege im Leben zu finden*“ (*Hugo Petzold, Irma Petzold-Heinz* 1958). Sie verwandte Poesiearbeit und literarische Werkstätten in selbsterfahrungsorientierter Friedensarbeit in der Jugend- und Friedensbewegung, im Alter dann in ihrer Gruppe der „Grauen Panther“ (*Petzold-Heinz* 1985) oder in Seminaren mit mir (etwa zur Heilkunst der *Hildegard von Bingen* an unserer Ausbildungsstätte, der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“). Diese Kindheitserfahrungen waren prägende Einflüsse (*Petzold-Heinz, Petzold* 1985), aus denen vieles auch für die „Integrative Therapie“ fruchtbar und im Gespräch und Austausch mit *Johanna Sieper*, die durch diese Sozialisationseinflüsse gleichfalls geprägt war und mit der ich seit den Schultagen, später im Studium intellektuell und therapeutisch und auch in der Lehre praktisch zusammenarbeitete und arbeite, entwickelt wurde und wird. Im gerontotherapeutischen Bereich setzte *Christa Petzold*, als Beschäftigungstherapeutin ausgebildet, viele der in unseren Kinder- und Jugendtagen erlebten Kreativmethoden ein und unterstützte meine Projekte in diesem Bereich.

Eine einschneidende Entscheidung war, 1963 zum Studium nach Frankreich zu gehen, wo ich frühe Kinderzeit verbracht hatte. Meine ursprüngliche Absicht, Biologie oder tropische Landwirtschaft zu studieren, musste ich nach einem schweren Unfall in der Landwirtschaftslehre aufgeben. Das Projekt der deutsch-französischen Freundschaft war gerade am 22. 1. 1963 mit dem Élysée-Vertrag zwischen Bundeskanzler *Konrad Adenauer* und Präsident *Charles de Gaulle* besiegelt worden. Das schien ein guter Zeitpunkt – und er war es auch.

Die von mir gewählten Studienfächer Philosophie, russisch-orthodoxe Theologie, Psychologie mit Psychophysiologie im Nebenfach waren ein Einstieg auf breiter Front. Der Theorieeinstieg wurde

unmittelbar durch Hinwendung zu gesellschaftspolitischen Aktivitäten (politische Studentengruppen) und Praxisfeldern der Hilfeleistung und kulturellen Aktivitäten (experimentelles Theater, Pantomime) ins Konkrete getragen – *de Beauvoire* und *Sartre* waren hier Ikonen. Wie konnte es damals anders sein? Die Psychotherapie kam ins Spiel, durch eine Analyse, die ich kurz nach der Übersiedlung nach Paris begann. Die ersten Eindrücke, die wir von der Psychotherapie Mitte der sechziger Jahre gewannen, waren geprägt von der damaligen Pariser „Therapieszene“. Nachhaltig wirkten die gruppentherapeutischen Kongresse 1966 in Barcelona und Paris mit all ihrer bunten Vielfalt und Chaotik. (Auf den Kongressen lernten wir das erste Mal *Moreno* kennen und hatten einen Workshopeindruck von der Gestalttherapie, der uns damals noch nicht ansprach, erlebten Reichianische Arbeit am „eigenen Leibe“). An der Universität beschäftigte ich mich mit in der Psychologie mit „behavior modification“ und „Janetianischer klinischer Psychologie“, *Vygotskys* und *Piagets* Entwicklungstheorien, mit der weiterentwickelten der Physiologie der Reflexe und des Gedächtnisse (*P. Anokhin, V. Bechterew, J. Sokolow*) und *N. Bernsteins* bewegungsphysiologischen Forschungen. In der Philosophie hörten wir *Marcel, Ricœur, Foucault*, Vorlesungen und Reden von *de Beauvoir, Sartre, Lévi-Strauss, Levinas* ... große DenkerInnen der europäischen Geistesgeschichte. Dabei war *Simone de Beauvoir*; mit ihren gendertheoretischen Überlegungen in „Das andere Geschlecht“ (1949) berühmt geworden, für mich durch ihr Büchlein über den qualvollen Krebstod ihrer Mutter [1963] „Ein sanfter Tod“ besonders beeindruckend – ich arbeitete damals ja schon mit alten Menschen und erlebte immer wieder ihr gutes und schlimmes Sterben (*Petzold* 1965, 2005a). Auch ihr letzter autobiographischer Band „La force des choses“ (1963) und ihr Buch über das Alter (1970) hinterliessen für mich nachhaltige Eindrücke in meiner gerontologischen Arbeit. Ein ganz anderer Bereich war die persönliche Therapie, in der wir die „Psychoanalyse“ – eine andere Wahl kam damals nicht in Frage – zunächst in orthodoxer Orientierung, dann „Ferenczianisch“ erlebten. In den damals gerade in Mode kommenden „Selbsterfahrungsseminaren“ wurden wir mit dramatischen Therapieformen bekannt⁵²: „Therapeutisches Theater“ (*Iljine*), „Psychodrama“ (*Anzieu*, vgl. *Petzold* 1972a, 1975i), *Gruppendynamik* (idem 1973a). Immer präsent waren die Kampfkünste, intensive Budopraxis⁵³, Experimentelles Theater/Bühnenarbeit (*Barrault, Sheleen*), Erfahrungen mit Körperarbeit, Gindlermethoden (bei *Ehrenfried*, vgl. *Petzold* 2005). Von grundlegender Bedeutung aber war, dass wir, weil wir unser Studium, von einem kleinen deutsch-französischen Stipendium abgesehen, völlig selbst finanzieren mussten, vom ersten Semester an in psychosozialen Feldern gearbeitet haben. *Johanna Sieper* arbeitete auf der Basis ihres vorausgegangenen Kunst- und Graphikstudiums in Düsseldorf, als sie ein Jahr später als ich 1964 nach Paris kam (*Oeltze* 1993), in Kulturprojekten, interkulturellen Erwachsenenbildungsprogrammen und in der Altenbildung mit „multi- bzw. intermedialer Arbeit“, „Therapeutischem Theater“ (*Sieper* 1971). Ich arbeitete in Altenheimen, wo ich bei Pflege und Betreuung „erlebnisaktivierende Methoden“ einsetzte, zugleich auch mit verhaltensauffälligen Vorstadtkindern in sozialen Brennpunkten, bei denen ich mit psychodramatischem Rollenspiel experimentierte und mit „kreative Medien“ – wir prägten und entwickelten damals diesen Begriff und die Methodologie, die heute so verbreitet ist⁵⁴. Ab 1968 arbeite ich als Vertretungslehrer (Latein, Biologie, Sport) von Uperclass-Kindern und -Jugendlichen aus „aller Herren Länder“, die mit kulturellen Umstellungsprozessen Probleme hatten, am Deutschen Gymnasium in Saint Cloud. Pädagogische, agogische Fragestellungen erwiesen sich für uns als wichtig und auch für den klinischen Kontext interessant, weil *Therapie und Lernen* ein unverzichtbares Thema sind – wir arbeiteten damals an einer „komplexen Theorie des Lernens“ (*Sieper* 2001; *Sieper, Petzold* 2002) – und zum anderen, weil viele therapeutische und psychosoziale Probleme mit defizienten Bildungssozialisierungen zu tun haben. Das wurde auch deutlich als 1967 die Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen auf mich zu kam – einerseits Kommilitonen, die „auf die Droge“ gekommen waren, andererseits Unterschichtsjugendliche oft afroarabischer Herkunft, zumeist mit traumatischen Gewalterfahrungen in ihren Biographien, junge Menschen, die eine Verelendungssüchtikeit ausgebildet hatten. Für sie und mit ihnen gründete ich die erste therapeutische Gemeinschaft in Europa, „Les Quatres Pas“, in der ich therapeutisch mit vielen Ansätzen – Bewegung, imaginative Verfahren, Dramatherapie – „integrativ“ arbeitete. Bei den Jugendlichen, den verwahrlosten, süchtigen wie bei den z. T. sehr verwöhnten Edelschülern der Oberschicht kam die sporttherapeutische Arbeit mit Budo, den Kampfkünsten, therapeutischem Laufen und die erlebnispädagogische *intermediale* Arbeit sehr gut an⁵⁵. Für meine psychologische These arbeitete ich über

⁵² *Petzold* 1972a, 1973a, 1975i, 1976b, 1982a; *Petzold, Sieper* 1970

⁵³ vgl. *Petzold* 1974b, 45ff; *Petzold, Bloem, Moget* 2004

⁵⁴ *Dunkel, Rech* 1990; *Sieper, Petzold* 2001b

⁵⁵ *Petzold* 1974b, 45ff, 1974 k, *Petzold, Bloem, Moget* 2004

Jahre in Untersuchungs- und Betreuungsprojekten im deutsch-französischen Vergleich bei Renault und Ford mit Gastarbeitern, vorwiegend aus Balkanländern, die Anpassungsprobleme hatten⁵⁶.

1.1.3 Berufsbiographische Aspekte und Entwicklungen

Persönliches Erleben von Feldzusammenhängen, praktische Erfahrungen in Feldern bzw. Feldarealen und theoretische Überlegungen zu all diesem führen in einer beruflichen Biographie, die wie unsere *persönliche Selbsterfahrung, klinische Praxis, theoretische Entwicklungsarbeit, Forschung und Lehre verbindet*, immer wieder zu Konnektivierungen, aus denen eine Zusammenschau „emergiert“ (*Synopseprinzip, Petzold 1974k*), die theoretisch Synthesen, Integrationen schaffen kann. Sie verbleiben, weil die Praxis, die Patientinnen, das Team, die Kolleginnen, die Station oder Abteilung, das Forschungsprojekt ja immer irgendwie „präsent“ sind, nie nur im Theoretisch-Abstrakten, sondern es bilden sich beständig Brücken zu Praxis, es *emergieren* Theorie-Praxismodelle. So kommt es zu „*Theorie-Praxis-Zyklen*“ (*Petzold 1988n*), die zu dem führen, was wir „**Praxeologie**“ genannt haben⁵⁷. Bei einer *konnektivierenden* Betrachtung der voranstehend aufgeführten Felderfahrungen kommen unter dem *synoptischen* Blick als übergreifende Themen in all diesen Feldern „Überforderungssituationen und -erlebnisse“ in den Vordergrund, d. h. psychophysiologischer Stress, Ausgebrannt sein⁵⁸, „emotionale Belastungen“ (nostalgische Reaktionen, Leid, Trauer, Gewalt), soziales Elend, „social network problems“ (die führten mich zu den Netzwerkstudien *Morenos*), „Multikulturalität“, Themen die Fragen und Probleme aufwarfen, die nach praktischen Antworten verlangten – theoriegegründeten –, nach der Entwicklung von Praxeologien. Diese Themen haben mich mein Leben lang theoretisch und therapeutisch-praktisch beschäftigt.

In den angesprochenen Arbeitsfeldern und -projekten wurde mir klar, was *Lurjia* Anfang der zwanziger Jahre in seiner frühen, zunächst begeisterten Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse auf den Punkt gebracht hatte: „*dass es ein Irrtum sei, menschliches Verhalten [allein] aus den 'Tiefen' des Bewusstseins zu erklären und die sozialen 'Höhen' auszuklammern*“ (*Lurjia 1993, 31*). Die „Tiefenpsychologie“ *Freuds* und seiner Schule bedurfte einer „Breitenpsychologie“ sensu *Merleau-Pontys* (*Dreyfus 1986*) und einer „klinischen Sozialpsychologie“, für die die Arbeiten von *Pierre Bourdieu* und *Serge Moscovici* unverzichtbares Wissen lieferten. Die praktischen Erfahrungen mit belasteten Populationen jeglichen Alters – Kindern und Hochbetagten – führten mich zum Konzept einer „*Entwicklungstherapie in der Lebensspanne*“, das bis heute den Integrativen Ansatz bestimmt. Immer behandelte und beforschte ich all diese Altersgruppen, den gesamten „life span“, und veröffentlichte meine Erfahrungen mit ihnen. Stets zählten die *prekäre soziale Lebenslage* und schlechte *Netzwerksituationen*, die Abwesenheit von „protektiven Faktoren“⁵⁹ zu den zentralsten Problemen bei den Störungen mit Krankheitswert und bei den sozialen Auffälligkeiten.

Ein solches Verständnis erfordert zwingend die Erarbeitung einer komplexen anthropologischen Position, auf die wir viele Jahre verwandt haben (*Petzold 2003e*) und die natürlich anthropologische und neurobiologische Voraussetzungen hat. Sie gründen im phänomenologisch-hermeneutischen Leibkonzept *Merleau-Pontys* und in der physiologisch-psychologischen Idee einer Neuropsychologie, wie sie *Lurjia* begründet hat – sie gehörten seit Mitte der sechziger Jahre zu unseren Referenztheoretikern (heute lassen sich die Modelle *Damasios* und *Edelmans* hier gut anschließen). Hinzu kamen die Ideen der Systemtheorie des frühen *Luhmann* (1968), die wir aufnahmen (*Petzold 1974k*) und die Impulse des informationstheoretischen Denkens (*Solso 1975*⁶⁰) – unübergebar im „Informationszeitalter“ (*Castell 2002*). Der Informationsansatz war auch in *Gibsons* (1979) ökologischer Psychologie zentral, die mit unserem stimulierungstheoretischen Ansatz gut konnektivierbar war. In der Konvergenz dieser Paradigmen formte sich das Konzept des „Informationsleibes, der in seinem Gedächtnis alle Sinneseindrücke aufnimmt und als überlebenswichtige Informationen speichert“ (*Petzold 1970c, 22*). „Die gespeicherten Informationen, Propriozepte und Exterozepte bilden das Grundmaterial des Leibes, der damit als memorativer Leib, d. h. als Informationsleib ..., sowohl materielle als auch transmaterielle [d. i.

⁵⁶ *Petzold 1965, 1968a, b, c, 1969c*

⁵⁷ *Petzold 1971, 1993a, Orth, Petzold 2004*

⁵⁸ 1969 sprach ich bei Mitarbeiter im Drogenbereich, die völlig am Ende waren, vom „*épuisement totale, un burn-out complet, calciné*“ (*Petzold 1969c*) und verwendete die Burnout-Metapher zum ersten Mal in der Literatur, das Thema begleitete mich bis heute (idem 1989b, 1993g, *Petzold, Müller et al. 20005*)

⁵⁹ *Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004*

⁶⁰ Vgl. *Posner, Snyder (1975), Lindsay, Norman (1977), Shiffrin, Schneider (1977), Oyama (1985), Ingram (1986), Cowan (1988), Perrig, Wippich, Perrig-Chiello (1993)*.

informationale] Realität hat Der informierte Leib ist ohne Wahrnehmung und Gedächtnis, das Wahrgenommenes *und* die Reaktionen auf das Wahrgenommene speichert, archiviert, nicht möglich. Er konstituiert sich über diese Vermögen, bildet sich aus, wächst in einem fortwährenden schöpferischen Prozess ... von Wahrnehmung, Differenzierung, Integration, Kreation – eine ‚schöpferische Spirale‘. Der memorative Leib steht selbst im Entwicklungsgeschehen ...“ (*Petzold* 1988n, 192). Dieses ist von den Umweltangeboten an den Leib und seinen Fähigkeiten zu „dynamischer Regulation“ bestimmt (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994). So haben wir einen Standort erarbeitet, den wir auf seinem heutigen Ausarbeitungsniveau diesem Text mit einer kompakten Definition voranstellen wollen:

Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche **Körper/Organismus** (σῶμα), der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „**Verkörperung**“, zur „**Einleibung**“, zur „**schöpferischen Gestaltung**“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsubjekt**“, das sich mit seinen Mitsubjekten *kokreativ* interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (*interacting subject embodied and embedded*). Dieses anthropologische Konstrukt des „**Leibsubjektes**“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer Geschichte gegründete „Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen *Schemata* bzw. *Stile*“ in ihrer aktuellen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewußt und unbewußt erlebten Inszenierungen und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts**. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleblichte Niederschlag *differentieller Information* über das Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d. i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**informierten Leibes**“ aus dem als Synergem ein „**personales Leib-Selbst**“ *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives **Ich** und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte **Identität** entwickeln kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeits-theoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person**“ als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktuellen Performanz im *Kontext-Kontinuumbezug* erlebten und mit Anderen inszenierten *Schemata/Stile*. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig und reflektierend-handlungsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt steuern und entwickeln“ (*Petzold* 2000h, Präzisierung von 1996a, 283).

Derartige Leitdefinitionen kommen nicht aus dem Nichts, wie schon ersichtlich wurde. Sie sind historisch gewachsen und dieser Prozess einer systematischen Elaboration, der bei den Anfangszeiten des Integrativen Ansatzes beginnt, müsste eigentlich nachgezeichnet werden, was die theoretische Entwicklungsarbeit (vgl. *Petzold* 2003e) und die praxeologischen Inspirationen für die Konzeptentwicklung anbelangt sowie die Umsetzung des Entwickelten in die Praxis: ein Theorie-Praxis-Zyklus (*Petzold* 1988n), der die Praxeologie der Integrativen Therapie bestimmt (*Orth, Petzold* 2004). Eine solche Rekonstruktion kann an dieser Stelle natürlich nicht erfolgen. Aber das Prinzip sei verdeutlicht:

Seit den Anfängen unserer Arbeit Mitte der sechziger Jahre hat sich für uns in überwältigendem Evidenzerleben wieder und wieder den soziale Wurzeln von *Pathogenese* und *Salutogenese* bestätigt.

„Wohin wir auch schauen: Immer waren *psychische* und *somatische* und *soziale* Auswirkungen die Folgen von schädigenden, traumatischen Überlastungen, beunruhigenden Störungen, spannungsreichen Konflikten und entbehrungsreichen Mangelsituationen, wohingegen beschirmender Schutz, positiv-aufbauende Zuwendung, stimulierende Anregungen und gezielte Förderung heilende und entwicklungsbegünstigende Wirkungen hatten“ (*Petzold* 1969c).

Damit waren aufgrund phänomenologischer, klinischer Beobachtungen die Kernpunkte der Integrativen Krankheits- und Gesundheitslehre gefunden und benannt. Für sie mussten wir dann einen theoretischen Rahmen finden, den wir bei der damaligen Forschungslage in einer – relativ unspezifischen – stimulierungstheoretischen Argumentation als hinreichend konsistent ansahen:

„Überstimulierung durch **Traumata**, Unterstimulierung durch **Defizite**, inkonstante Stimulierung durch **Störungen** und widerstreitende Stimulierung durch **Konflikte** können Krankheit als Einflüsse negativer Stimulierung bewirken, gegen die **Schutz, Zuwendung, Anregung, Förderung** als positive Stimulierung stehen und wirksam werden können“ (*Petzold* 1970c, 22).

Stimulierung wurde zunächst ganz grundsätzlich als „Umweltreiz auf den Organismus/das Gehirn des Menschen betrachtet, der eine Reaktion auslöst“ (ibid.), etwa im Sinne von *Pawlows* „Was ist das?-Reflex“ bzw. *Sokolows* „Orientierungsreflex“, mit dem *Lurija* und *Chomskja* ihre bahnbrechenden Untersuchungen durchführten, wohlauf bewusst des reduktionistischen Charakters dieses Konzeptes, aber die Hirnforschung gab damals noch nicht mehr her. Klar war, das es um „*multiple Stimulierung*“ (*Petzold* 1975e, 1988f) gehen, das „totale Sinnesorgan des Leibes“ (sensu *Merleau-Ponty*) in „allen Sinnen“ angesprochen werden müsse.

Unsere *multisensorische* und *multiexpressive Praxis* mit „kreativen Medien“, wie sie sich in der Arbeit mit Alterspatienten und Kindern ganz natürlich ergeben hatte (idem 1965, 1969b), und die von uns vertretene „Anthropologie des schöpferischen Menschen“⁶¹ war ganz in diesem Sinne ausgerichtet. Das **Stimulierungs-Modell** wurde deshalb konsequent verfolgt in Richtung komplexer Reizkonfigurationen (Aufforderungscharakter, Valenz, *Lewin*) bis wir in *Gibsons* „affordance Modell“ (*Gibson* 1979; *Heft* 2003) eine gute Referenztheorie fanden, die mit den Forschungen *Bernsteins* anschlussfähig war und sich in Richtung nonlinearer systemtheoretischer Modelle (*Kelso* 1995) zur *Bildung von Mustern* entwickeln lässt (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) sowie eine gute Umsetzbarkeit in die therapeutische Arbeit erlaubt (*Petzold* 1995a,b, *Orth, Petzold* 1998a).

„**Stimulierung** wird verstanden als komplexe, erregende *exterozeptive*, außenweltbedingte und *propriozeptive*, innersomatische Reizkonfiguration mit spezifischem **Informationswert** - z.B. durch die Amygdala als 'gefährlich' oder 'ungefährlich' bewertet [*emotionale valuation*] und durch den Hippocampus und den präfrontalen Cortex aufgrund archivierter Erfahrung eingeschätzt [*kognitives appraisal*]. Durch die stimulierungsausgelösten mnestischen Resonanzen im Gedächtnis des 'informierten Leibes', des 'Leibgedächtnisses', einerseits sowie durch die Qualität des weiterlaufenden und aufgenommenen Stromes von stimulierender Information andererseits, werden Regulationsprozesse beeinflusst und die psychophysiologische Erregungslage des Menschen (Organismus und Leibssubjekt zugleich!) intensiviert, weiter erregt (up regulation, kindling, hyperarousal, z. B. durch adverse Faktoren) oder abschwächt, beruhigt, gehemmt (down regulation, quenching, relaxation, z. B. durch protektive Faktoren), was mit dem entsprechenden neurohumoralen Geschehen verbunden ist und Bahnungen bestärkt oder schwächt. Das hat für die Konzipierung konkreter Interventionspraxis erhebliche Bedeutung, denn der Therapeut und das therapeutische Setting müssen entsprechende Stimulierungskonfigurationen bereitstellen können, um die Prozesse **dynamischer Regulation** adäquat zu beeinflussen“ (*Petzold* 2000h).

Der Stimulierungs-Ansatz wurde mit den seit Ende der siebziger Jahre wichtig werdenden longitudinal ausgerichteten Forschungen zu „critical life events“ (*Brown, Harris* 1978; *Filipp* 1990), die wir aufnahmen (*Petzold* 1979k), bestärkt und natürlich durch die zeitgleich aktuellen entwicklungspsychobiologischen Forschungen einer „developmental psychopathology“⁶² u.a. zu „protektiven Faktoren“ und „Resilienz“ vollauf gestützt (*Petzold, Müller* 2004). Die letztgenannten Konzepte führten wir als erste in die Psychotherapie ein und integrierten sie in Forschung und Behandlungsmethodik - bei Kindern, Suchtkranken, AlterspatientInnen⁶³. Das alles bekräftigte uns auch in unserer Wertung von Kontextvariablen, der „*Lebenslage*“, in welcher *adverse events, critical life events*, aber auch *protective and shielding factors* generiert werden, wie wir in unserer Arbeit seit ihren Anfängen sahen, ohne noch diese Begrifflichkeiten zur Verfügung zu haben. Wir sprachen 1970 von „schädigender und positiv-aufbauender“ Stimulierung und waren uns damals schon sehr bewusst, dass diese von persönlichen Wertungen bestimmt waren (später sprachen wir von neocortikalen kognitiven *appraisals* und limbischen emotionalen *valuations*), die wir attributionstheoretisch betrachten⁶⁴. Solange solche Bewertungssysteme nicht durch Forschung aufgeklärt sind – und das werden sie bei der Vielfalt von ethnischen, schichtbedingten, alters- und genderabhängigen Einflüssen nie vollends, das war und ist uns klar – müssen sie eben durch sorgfältige, biographische und aktuelle Lebensbedingungen sowie kognitive und emotionale Dimensionen berücksichtigende Explorationen „subjektiver Theorien“ mit den PatientInnen erarbeitet werden. Hierfür haben wir seit Beginn unserer Arbeit ein reiches Repertoire kreativ-medialer diagnostischer und therapeutischer Ansätze⁶⁵ und die erzähltheoretisch fundierte Methode der „**narrativen Praxis**“⁶⁶ entwickelt.

Es wird, so hoffe ich, in diesem skizzenhaften rekonstruierenden Überblick zur Theorie-Praxis-Entwicklung aus meiner professionellen Biographie deutlich, wie eigene Theoriearbeit und klinische Erfahrungen sowie Forschungsstände in bestehenden Referenzwissenschaften übergreifender Wissensfelder für die Erarbeitung und Weiterentwicklung eines Verfahrens unerlässlich sind, und wie neu aufkommende Entwicklungen integriert werden müssen. Es wird damit hoffentlich auch deutlich, warum wir im Integrativen Ansatz davon überzeugt sind, dass in *alleinig schulenimmanenten* Diskursen nie ein Wissensstand und eine klinische Aktualität von „best practice“ erreicht werden kann, auf den aus ethischen und rechtlichen Gründen unsere PartnerInnen in den Behandlungsprozessen, die Patientinnen und die Klienten einen Anspruch haben (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999).

⁶¹ idem 1988n, *Orth, Petzold* 1993, *Petzold, Orth* 1990a

⁶² *Rutter* 1979; *Garmezy* 1985; *Rutter, Hay* 1994

⁶³ *Petzold, Goffin, Oudhof* 1991; *Müller, Petzold* 2003

⁶⁴ *Flammer* 1990; *Petzold* 1998a; *Eichert, Petzold* 2003c

⁶⁵ z. B. 1971a, g; *Petzold, Orth* 1994; *Müller, Petzold* 1998

⁶⁶ *Petzold, Orth* 1985; *Petzold* 2001b, 2003g

Uns war damit für die Entwicklung unseres Ansatzes klar: er muss „**integrativ**“ sein, „**schulübergreifend**“, „**interdisziplinär**“ fundiert. Und für die Entwicklung einer „**Integrativen Praxeologie**“ (Petzold 1993a; Orth, Petzold 2004) war uns völlig evident: ohne **Soziotherapie**, die sich mit den sozialen Problemen und Risiken befasst und hier Abhilfe zu schaffen sucht, und ohne **Körpertherapie**, die sich mit der leiblichen Seite von Ängsten (Überspannungen) oder Depressionen (Spannungslosigkeit) befasst, hatte **Psychotherapie** - „rein“ und als ausschließliche Intervention eingesetzt – keine Chance, optimale Effekte bei multipel belasteten Menschen und Netzwerken zu erzielen. Ein mehrdimensionales Vorgehen, wie es in den frühen Feldinterventionen von *Vygotsky* schon praktiziert wurde mit den Kindern und Jugendlichen, die Opfer der Revolutionswirren geworden waren, ist erforderlich, wenn man komplexe Notlagen und ihre Folgen angehen will. Diese Positionen vertreten wir noch heute. *Psychologie*, *Physiologie* und *Sozialwissenschaften* müssen hierzu die theoretischen Grundlagen liefern. Das war schon das Programm der *Vygotsky, Lurija, Leont'ev-Gruppe*, der „Troika“. Man müsse die Forschung erstens „nach unten“ in die Neurophysiologie“ richten, zweitens dann „auf die genaue Erfassung der psychischen Prozesse, die sich aus der Interaktion zwischen dem Gehirn eines Menschen und seinem sozialen Umfeld ergeben“ (Lurija 1993, 167). Und drittens müssen die Einwirkungen des Umfeldes auf das Gehirn und auf die psychischen Reaktionen und Prozesse des Menschen untersucht werden. Das macht einen *biopsychosozialen* oder *biopsychosozialökologischen* Ansatz (Petzold 2001a⁶⁷) erforderlich und zwar in Forschung, Diagnostik und Therapie, die bei komplexen Fragestellungen und Themen komplex ansetzen müssen, weiterhin dann auch in Lehre und Ausbildung (Petzold, Rainalds 2005). Diese Position hat der Integrative Ansatz stets vertreten.

In den Studienjahren seit 1964 zwischen *Freud, Ferenczi, Lancan* und *Janet*, den Protagonisten der russischen Schule, dem universitären amerikanischen Behaviourismus mäandrierend, angesprochen von den ersten Manifesten der Antipsychiatrie und Impulsen von akademisch so umstrittenen Leuten wie *Reich* und *Moreno* („un nouveau guérisseur“, so spottete *Pontalis* 1954), durchlebten wir eine chaotische Mischung von Einflüssen und Faszinoso, die nach Ordnung verlangte. Ich begann in den Werken der großen Therapeuten und der Beschreibung der verschiedenen therapeutischen „Praxeologien“, wie ich die methodisch-praktische Umsetzung der Therapieverfahren nannte, nach Ordnungsstrukturen zu suchen, nach „gemeinsamen und unterschiedlichen Konzepten“. Ich fand dabei – unterstützt durch viele Diskussionen mit *Johanna Sieper* und im wissenschaftshistorischen Blick an den Arbeiten von *Canguilhem, Foucault* und *Ricœur* geschult – um 1968 im Grobaufbau eine Wissensstruktur für die „angewandten Humanwissenschaften“ wie die Psychotherapie eine ist, ein Modell, das ich, angeregt durch die mittelalterliche Idee eines „*arbor sapientiae*“ (z. B. bei *Raimundus Lullus*) dann „**Tree of Science**“ nannte. Weiterhin kam ich zu meinem Ansatz eines „**common and divergent concept approach**“ (CDC), bei dem betont wird: nicht nur die „common concepts“ sind wichtig, nicht nur die „communalities“ (*Norcross, Grencavage* 1990), wie im „common factor approach“ von *Rosenzweig* und *Garfield*, dem in der späteren Psychotherapieforschung zu Recht so große Bedeutung geschenkt wurde⁶⁸, herausgestrichen wird, sondern auch und gerade die *divergent concepts* (und *factors* muss man heute hinzufügen) haben Bedeutung, denn die traditionellen Therapieschulen sind groß – eben auch in ihren Einseitigkeiten! Und was die eine Richtung betont, übersieht die andere. Deshalb ist die „*vergleichende Psychotherapie*“ m. E. eine durchaus wichtige Richtung der Psychotherapiewissenschaft⁶⁹, der ich einen großen Teil meiner wissenschaftlichen Arbeit gewidmet habe, auch wenn die „Therapieschulen“ immer noch zu wenig Interesse zeigen, voneinander zu lernen, besonders vom Potential ihrer „divergent concepts“. Ich stellte dieses CDC-Modell und den **Tree of Science** 1971 verbunden mit einem Methodenvergleich unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten auf dem Amsterdamer Kongress für Gruppenpsychotherapie (Petzold 1971f) vor und verdeutlichte es 1980 durch ein „Schnittmengendiagramm“.

⁶⁷ idem 1965, 1974k, 1988n, 2001a, 2003a

⁶⁸ *Rosenzweig* 1936; *Garfield* 1973; *Arkowitz* 1992

⁶⁹ Seit 1979 habe ich zu wichtigen Themen (Alterstherapie, Kindertherapie, Arbeit mit Sterbenden, Widerstand, Gruppentherapie, Wille, Sinn etc.) Bücher herausgegeben – zumeist in der Reihe „*Vergleichende Psychotherapie*“, Junfermann, Paderborn, wo renommierte Vertreter der großen Therapieschulen zu dem jeweiligen Themenschwerpunkt die Position des jeweiligen Verfahrens darstellen. So werden Positionen vergleichbar. In der psychotherapeutischen Literatur nehmen die Schulen bislang aufeinander fast nie Bezug, es sei denn in „kontroverstheologischer“ oder „apologetischer“ Hinsicht. Hier werden immer noch Lernchancen vergeben. Die von mir seit 1975 herausgegebene Zeitschrift „Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration“, Junfermann, will eine Plattform für Diskurse zwischen den Richtungen bieten.

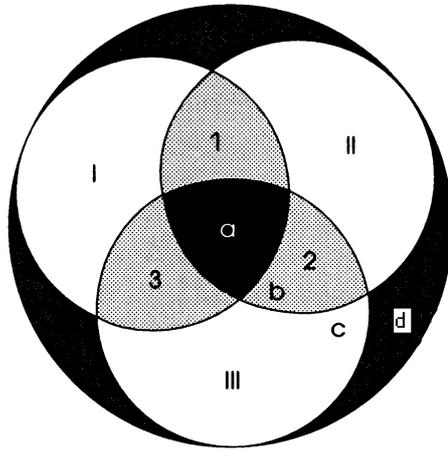


Abb. : Homologien und Differenzen – „common and divergent concepts“ in den Orientierungen der Psychotherapie (Schnittmengendiagramm aus: *Petzold 1980q*)

Legende:

I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (*Freud, Jung, Adler, Lacan*)

II Humanistische Psychotherapie (*Moreno, Perls, Rogers*)

III Verhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*)

a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)

b Similäres (hellgraue Felder)

c Divergentes und Differentes (weiße Felder)

d Synergetisches (mittelgraue Felder)

1 Verfahren, die zu Psychoanalyse/Tiefenpsychologie *und* Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten haben

2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben

3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben.

Diese Modelle wurden später auch Grundlage unseres großen vergleichenden, vom deutschen „Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft“ geförderten Psychotherapieforschungsprojekts „**Wege zum Menschen**“ mit seinen Filmdokumentationen von Schulengründern bzw. großen Repräsentanten der Therapieschulen bei ihrer Arbeit⁷⁰. Das „Tree of Science Modell“ wurde auch Grundlage bzw. wissensstrukturelle Folie bei der Erarbeitung der Schweizer Psychotherapiecharta (*Petzold 1992q*). Durch diese frühen Erfahrungen und fleißige Erkundungsarbeit und durch die konkrete Tätigkeit in meinen ersten Praktikumsstellen und Arbeitsfeldern, wo ich sah, was alles gebraucht würde für eine *menschengerechte* Betreuung und Behandlung, entstand in mir die Idee, dass es eine „**Integrative Therapie**“ (*Petzold 1965*) geben müsse – nicht als eine „Therapieschule“, ich sehe mich nicht als Schulengründer vom Typus *Freud, Jung, Perls, Rogers* u. a. sondern als **Initiator** einer **Orientierung** im Felde der „*klinischen Psychologie*“, mit dem Elaborationsgrad eines **Verfahrens** mit einem spezifischen Profil. Es handelt sich also nicht nur um eine „Technik“ oder „Methode“ (vgl. zur Systematik dieser Klassifikation *Petzold 1993h*). Dieses Feld klinisch ausgerichteter Psychologie hat mit *Vygotsky, Garfield, Norcross, Grawe, Kriz, Orlinsky, Lambert* – um einige zu nennen – forschungsfundierte „psychologische Psychotherapeuten“ hervorgebracht, die sich an der *Disziplin* Psychologie und ihren Referenzwissenschaften und nicht an „Therapieschulen“ orientieren. *Grawe* sprach treffend von „**psychologischer Psychotherapie**“ Diesem „**neuen Integrationsparadigma**“, wie ich es genannt habe (idem 1992g), ordne ich mich mit der „Integrativen Therapie“ zu. Ein ähnliches an der *Disziplin* Psychiatrie und nicht an Therapieschulen orientiertes Feld ist die „**psychiatrische Psychotherapie**“, die viel zu wenig beachtet wird – letztere ist eine von *J. Ch. Reil* (1803) begründete Tradition, der bedeutende Vertreter wie *Charcot, Janet, Ey, Lurija, Tellenbach, Blankenburg, Scharfetter* als psychotherapeutisch tätige Psychiater ohne Schulengebundenheit, aber durchaus mit einen spezifischen Profil in ihrem Feld angehören. Natürlich sind Zuordnungen auch Sprachregelungen, z. T. rechtlich vorgegebene, etwa durch Psychotherapiegesetze, und dann müsste man von einem Integrativen *Verfahren* mit dem Status einer „Therapieschule“ sprechen,

⁷⁰ Idee und Konzept von *H.G. Petzold*, FU Amsterdam, verantwortlich für die wissenschaftlichen Texte. Für die Organisation und für die AV-Teile verantwortlich war *L. Pongratz*, Univ. Würzburg, vgl. *Petzold 1984a*).

etwa bei der derzeitigen österreichischen Gesetzeslage. In den Niederlanden würde man einer „Grundorientierung“ zugehören etc. *Orientierung*, der Name sagt es, ist weniger festlegend als der einer „Schule“. Es geht um Hilfen und Möglichkeiten, sich zu orientieren in komplexen, sich entwickelnden Feldern. Und *Initiator* kennzeichnet einen Experten, der aus seiner fachlichen Qualifikation und professionellen Kreativität einen Anfang gesetzt hat, einen „**Ansatz**“, wie ich gerne sage, geschaffen hat, was klar ausweist: da muss es weitergehen, da muss man immer wieder auch neu ansetzen!

In unserer wissenschaftlichen, klinischen und agogischen Ausbildung und Arbeit verdeutlichte sich vor diesem Hintergrund, als wir die konkreten *Erfordernisse der Praxis* in der Arbeit mit Problempopulationen sahen, die Überzeugung, dass *multi- und interdisziplinär* an diese Probleme herangegangen werden müsse, ein Arbeitsstil, den wir bis heute pflegen. 1965 entwarf ich für eine Arbeit im Seminar von *Vladimir Iljine* das Konzept einer „**integrativen Menschenarbeit**“ und „**angewandten Humanwissenschaft**“ – seit 1970 sprach ich von „**Humantherapie**“ –, die in meiner damaligen Sicht die *Naturwissenschaften*: Medizin, Biologie, die gerade aktuell gewordene Ökologie, weiterhin die *Sozialwissenschaften*: die Ökonomie, Soziologie, Politikwissenschaften und natürlich die *Geisteswissenschaften*: Philosophie, Psychologie, Pädagogik, Pastoraltheologie beiziehen müssten. Dieses „biopsychosoziale Modell“ sei dann, so postulierte ich, die Grundlage für eine „angewandte Humanwissenschaft“ mit spezifischen, kooperierenden Praxisformen: *Agogik, Sozialpädagogik, Psychotherapie, Pastoralarbeit*, und müsse für die jeweiligen Praxisaufgaben zugeschnitten werden. Ich unternahm diese Zupassung dann im Sinne einer „*Gesamtschau auf die Lebensspanne*“ für die alten Menschen mit einer „*angewandten Gerontologie*“ und „*Gerontotherapie*“ als „biopsychosozialer Praxis“⁷¹ und für gefährdete Kinder und Jugendliche in der „integrativen Drogentherapie“ als „biopsychosozialökologisches Modell“ (idem 1969c, 1974b) – das Ökologische kam hinzu aufgrund der immensen Bedeutung der Kontextdimension in der Drogenarbeit durch „Drogenszene“, „Wohngemeinschaftsmodell“, „Therapiekette“ (Petzold 1974b). Ich arbeitete damals auch drei therapeutische Grundorientierungen heraus: die *tiefenpsychologische*, die *behaviorale* und die *humanistisch-psychologische*, für die damals für mich Psychodrama und Gestalttherapie paradigmatisch standen. Einen „*systemischen*“ Ansatz gab es damals noch nicht. Jede dieser Orientierungen hatte u. E. zu einer Integrativen Behandlung nützlich beizutragen mit ihren „*divergent concepts*“. Ich hatte das in meinem Amsterdamer Kongressbeitrag (idem 1971f) in einer Graphik verdeutlicht, die nachstehend in einer noch stärker differenzierten Version von 1974 wiedergegeben wird:

⁷¹ Petzold 1965, Abb. I; vgl. idem 1974k, Abb. III)

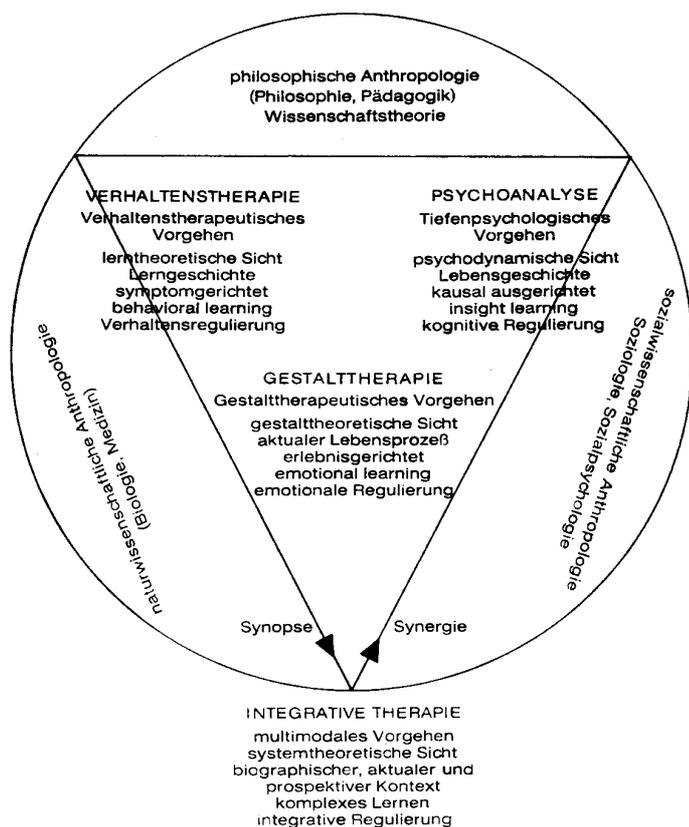


Abb.: „Systemverbund durch Synopse und Synergie“ als biopsychosoziales Modell der Integrativen Therapie (aus Petzold 1974j, 302, Diagramm III).

Das waren *proaktive* Konzeptualisierungen, die bis heute meine Arbeit in der Suchttherapie⁷² und der Gerontotherapie⁷³, ja insgesamt in der *Psychotherapie* bestimmen und für deren Verwirklichung ich mich einsetzte und einsetze. Das kann natürlich nicht in Einzelkämpfertum geschehen, sondern bedarf übergreifender Zusammenarbeit, möglichst aller Schulen und Orientierungen. Die aber „an einen Tisch“ zu bringen oder zu einer Kooperationen ist schwierig, oft schon in einem Paradigma. Immerhin konnte ich 1978 den ersten „schulenübergreifenden“ Dachverband im deutschsprachigen Raum, die AGPF als „Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände“ gründen, in der nur die Psychoanalytiker nie teilnahmen, die Verhaltenstherapeuten zumindest Beobachter entsandten und die übrigen Psychotherapieverfahren ansonsten repräsentiert waren. Mit ihren berufspolitischen Initiativen und Kongressen war die AGPF besonders in der Zeit der Psychotherapiegesetzgebung eine wesentliche Plattform (Petzold 1992g), ist nach dem Gesetz ein Ort des Zusammenhalts und wurde Modell für die später in Österreich und in der Schweiz gegründeten schulenübergreifenden Verbände. 1985 gründete ich die EAGT, die „European Association for Gestalt Therapy“ und organisierte ihre ersten Kongresse (Sieper, Schmidl 1993). Sie ist bis heute die europäische Plattform der verschiedenen Gestaltstrichtungen. Übergreifende Zusammenarbeit in Offenheit für substanzielle, neue Entwicklung und ohne Ausgrenzungsideologie, wohl aber mit kritischer Prüfung (es kann nicht um Methodeninflation gehen) und, wo erforderlich, mit Unterstützung neuer Bewegungen ist sicher der Weg, der auch in Zukunft weiter beschritten werden muss, denn die Psychotherapie lebt nicht von den häufigen, kurzlebigen Moden, sondern von nachhaltigen Innovationen, die in *Theorie, Praxeologie, Behandlungsmethodik, Forschung, Ausbildung* und *berufspolitischer Arbeit* kontinuierlich entwickelt und ausgearbeitet werden müssen. Solche neuen Entwicklungen aber zu initiieren und durchzutragen, erfordert neben Kreativität harte und kontinuierliche

⁷² Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005

⁷³ Petzold 2004a, 2005a, Petzold, Müller 2005

Arbeit – oft eine Lebenszeit lang – und hier weiß ich, wovon ich spreche. Sie Bedarf indes auch der Unterstützung und Mitarbeit von Menschen, die von den Ideen und der Praxis des Ansatzes überzeugt sind.

2. Psychotherapie – ein komplexes und unvollständiges Unterfangen

„Sich selbst als Leibsubjekt und personales System auf allen Ebenen: der organismisch-biologischen, der emotionalen, der kognitiven und der sozial-kommunikativen *steuern* zu können, *Kybernetes*, Steuermann der eigenen Existenz zu sein, sich durch die bewusste Kraft eines geschulten Willens regulieren zu können und die Prozesse der unbewussten *Regulation* – bis in die Physiologie – durch eine ausgewogene Lebensführung (*Seneca*) zu stützen, darum geht es in der Selbstenwicklung des Menschen und in der Therapie, die gestörte oder beschädigte Selbstregulation wieder herstellen will“ (*Petzold* 1971).

Psychotherapie ist ein komplexes Unterfangen, ein strukturell unvollständiges zumal, denn da es in ihr um die Behandlung von Menschen geht, und dennoch nur *Psychisches* im Namen benannt wird, zeigt sie: hier ist nur eine Teilrealität des Menschen angesprochen. Körper- und Sozialtherapie müssten hinzukommen und die Fragen des Geistigen sind mit Psychologischem allein nicht abgedeckt.

Die aktuelle Psychotherapie ist immer noch davon entfernt, die **biologischen Grundlagen** therapeutischen Handelns in Theoriebildung und Forschung, Methodik und Praxis umfassend zu berücksichtigen – etwa durch systematischen Einbezug von moderner psychophysiologischer Körper- bzw. Leibtherapie. Sie beginnt erst zögerlich und in Randbereichen wie Sozialpsychiatrie und Suchttherapie die für eine erfolgreiche Arbeit notwendigen **sozialen Dimensionen** angemessen aufzugreifen – etwa durch standardmäßigem Einsatz von sozio- und netzwerktherapeutischen Intervention, wo sie indiziert sind, und sie sind oft erforderlich! Vor allen Dingen hat sie noch wenig in die **geistigen Grundlage** ihrer Disziplin investiert: das Verstehen ihres kulturgeschichtlichen Herkommens im Lichte moderner geschichtswissenschaftlicher Betrachtung, wie sie die Arbeiten von *Foucault* (1966), *Berlin* (1998), *Fried* (2004), *Ricœur* (2000) ermöglichen und mit denen man Erhellendes zu Tage fördern kann (*Schuch* 2003). Defizient erscheinen in diesem Blickwinkel auf Fragen des Geistigen auch die Bemühungen um ethische und humanitäre Grundlegungen in der Psychotherapie. Es kann nicht genügen, allein Ethikreglements zur Ahndung von Missbrauch, orientiert an ältlichen, punitiven und präskriptiven Ethikmodellen zu erarbeiten. Ethik- und wertetheoretische Überlegungen für die Psychotherapie müssen weiter greifen, denn sie steht vor dem Hintergrund geistesgeschichtlicher Entwicklungen, humanitärer Traditionen und politischer Kultur. Sie steht heute überdies vor dem Hintergrund eines immens katastrophreichen, bellizistischen 20.

Jahrhunderts, in dem sie sich als Wissenschaft ausformte, eine Epoche, die sie in den Blick nehmen muss, denn sie ist von ihr imprägniert. Auch von der Psychotherapie sind hier Positionsbestimmungen und Antworten gefordert. Wenn Psychotherapie sich heute in der Psychotraumatologie und Traumatherapie, mit seelischem Leid, schweren psychischen Störungen durch Gewalt, Kriegsgräueltaten, Folter, Pogromen, Genozid, Identitätsvernichtung, Terroranschlägen befassen muss, sind auch Fragen nach Menschenwürde, Menschenrechten (*Petzold* 1996j, 2001m), Unrecht und Gerechtigkeit zu stellen, nach Schuld und Sühne, nach Destruktivität, Bösem, Gewissenlosigkeit und nach Altruismus, Tugenden und Gewissen, nach Abersinn und Sinn (idem 2003d, *Petzold*, *Orth* 2005; *Shklar* 1997), und man darf sich nicht nur auf eine enggefassete „klinische Perspektive“ beschränken. *Freud* fragte, aufgefordert von *Einsteins* Initiative: „Warum Krieg?“ (*Freud* 1933b). Die Frage muss von PsychotherapeutInnen wieder und wieder gestellt werden, aber die Namen von Psychotherapeuten findet man bei diesen Themen selten zitiert: *W. Reich*, *P. Goodman*, *H.-E. Richter*, *P. Parin* ... viel länger wird die Reihe nicht. Was Kriegstraumatisierungen für die seelisch-geistige – nicht nur die körperliche – Realität von Menschen anrichten, wusste schon der antike pythagoreische Arzt *Alkmaion* von *Kroton* (500 v. Ch.) und lesen wir durch die Menschheitsgeschichte bei Augenzeugen von Schlachten von *Homers Ilias* (*Schay* 1998) bis zu „Un memoire de Solferino“ von *Henry Dunant* (1962), der als Zivilist und Nicht-Mediziner – selbst wohl von einer posttraumatischen Belastungsstörung durch die Erlebnisse auf dem Schlachtfeld betroffen⁷⁴ – sich für traumatherapeutische

⁷⁴ Diese Seite seiner späteren, zeitweiligen psychischen Zerrüttung, blieb bislang gänzlich unbeachtet. Vom Schlachtfeld (22 000 Tote) von Solferino 26. 6. 1864 schrieb er: „Seit drei Tagen pflege ich die Verwundeten von Solferino und habe mehr als tausend dieser Unglücklichen in meiner Obhut ... Ich kann nicht wiedergeben, was ich gesehen habe ... Ich schreibe inmitten eines Schlachtfeldes ... Seit drei Tagen sehe ich jede Viertelstunde einen Menschen unter unausdenklichen Qualen sterben. Im Juli, Wochen danach: „Ich musste die Luft der hohen Berge wieder einatmen, um meine Gesundheit, die durch die schmerzlichen Aufregungen in Castiglione erschüttert war, wiederherzustellen“ ... „Meine einzige Entschuldigung liegt in meinem zerrütteten Nervenzustand, der mich vergessen ließ, was ich ihnen schrieb, und der mich in einen Zustand peinlichster Erregung versetzt hat, von dem ich mich kaum erholen konnte. In den grauenhaften Augenblicken, die ich durchgemacht hatte“ (Briefe an die *Gräfin Agéonor de Gasparin*, bei *Amann* 2000, 16) – exemplarisch für weiteres Material, dass sich in Biographie,

Akuthilfe stark machte, was sicher auch eine Form von „Überwindungsarbeit“ (Petzold 2001m) anzusehen ist. *Friedensarbeit* (idem 1986a) sollte ein zentraler Gegenstand psychotherapeutischer Grundlagenreflexion und Praxis sein, Teil ihrer **geistigen Kultur**.

In eine ähnliche Richtung können Überlegungen zu Engagement gegen Verelendung führen, wie wir es in den soziotherapeutischen Schriften *Ferenczis* finden. Massen- und Dauerarbeitslosigkeit, ein beständig wachsendes Problem unserer Industriegesellschaften, wo kein Kulminationspunkt sondern Verschärfung und Chronifizierung die Zukunftsperspektiven sind, haben psychisches Elend und Krankheit zur Folge. *Verelendungsprävention* wäre angesagt und bedarf neben der Entwicklung von *Präventionsstrategien*, sozialklinischer Diagnose und Behandlungsmodelle⁷⁵ auch wertetheoretischer Auseinandersetzungen und sozialpolitischer Initiativen von Seiten der Psychotherapie – aller Schulen. Aber es geschieht hier weder in theoretischer noch in behandlungsmethodischer Hinsicht derzeit eine *proaktive* Entwicklungsarbeit. Gegenwärtig verändert sich das psychotherapeutische Feld und zeigt eine neue, z. T. nicht ganz unproblematische Aufgeschlossenheit sozialinterventiven Fragen gegenüber [z. B. mit dem Modell *manualisierten Casemanagements*, das zu rigiden Behandlungsvorschriften ohne Flexibilitätsspielräume geraten könnte], wobei die neurowissenschaftlichen Ergebnisse aus der Trauma- und Belastungsforschung und die Situation eskalierenden Terrorismus hier Einflussgrößen sind, die eher *reaktive* Entwicklungen anstoßen und es sich *nicht* um Impulse aufgrund wertetheoretischer und humanitärer Grundlagenarbeit von PsychotherapeutInnen handelt, also um *proaktive* Bewegungen. Dennoch ist zu hoffen, dass damit nachhaltigere Entwicklungen in Gang kommen für breit greifende, integrativ ausgerichtete, flexible „menschengerechte“ *WEGE der Behandlung und Lebensgestaltung* (Petzold, Orth 2004b). Mehrere Faktoren sind für die gegenwärtigen Veränderungen verantwortlich.

3. Gründe für Veränderungen im „psychotherapeutischen Feld“ – externale Anstöße

Als Veränderungen anstoßende Einflüsse für das „psychotherapeutische Feld“ und damit auch in den Aus-, Nach- und Fernwirkungen für die Psychotherapie seien folgende genannt.

3.1 Die Verrechtlichung

Die gravierenden externalen Einschnitte, die seit Beginn der neunziger Jahre durch die Psychotherapiegesetze in den Europäischen Ländern zum Tragen kamen, haben in der Therapielandschaft vor allem in der BRD, aber keineswegs nur dort, in einem Maße zu Umwälzungen geführt, deren Folgen heute noch gar nicht vollauf abzusehen sind etwa durch den faktischen Ausschluss fast aller Therapieverfahren – außer den drei Mainstream-Schulen – von den Möglichkeiten, *klinisch zu behandeln* (und damit auch zu forschen), verbunden mit einer damit einhergehenden Austrocknung von Behandlungs- und Ideenvielfalt sowie einer Vereinseitigung der Psychotherapie aufgrund der hegemonialen Paradigmenorientierungen an der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie und ihren schwachen bis problematischen anthropologischen Positionen.

3.2 Das Traumaparadigma

Das Aufkommen eines in der Psychotherapie der behavioralen, systemischen und humanistischen Orientierungen *in breiter Weise* nie zuvor da gewesenen Interesses an den Auswirkungen von Traumatisierungen hat zu deutlichen veränderungswirksamen Bewegungen geführt (*Freud*, insbesondere *Ferenczi* und andere Analytiker hatten das Thema durchaus beachtet, ohne allerdings eine solche Resonanz zu haben). Hier kommt eine Spätauswirkung des Vietnamkrieges zum Tragen, in dessen Folge durch den jahrelangen Kampf der Veteranenverbände die PTSD-Diagnose in die großen Diagnose-Manuale DSM und ICD Eingang fand. Die neueren Irak- und Balkankriege gaben der Traumaorientierung weiteren Auftrieb⁷⁶. Auch die „dritte Welle“ der Aufarbeitung der Naziverbrechen (Wehrmachts-Ausstellung, Klemperer-Tagebücher, Goldhagen-Debatte usw. *Petzold* 1996j) in Deutschland und die sehr spät einsetzende Auseinandersetzung mit den eigenen Kriegstraumatisierungen durch Flucht und Bombenterror (*Friedrich*

Dokumenten, Selbstzeugnissen findet.

⁷⁵ *Petzold, Heintz* 1983; *Petzold, Heintz, Walch* 1983

⁷⁶ idem 2001m, *Petzold, Josić, Erhardt* 2005; *Petzold, Wolf* et al. 2000, 2002

2002; P. Heint 1994) hat zur Sensibilisierung für das Thema beigetragen. Der derzeit eskalierende internationale Megaterror ist eine nicht beiseite zu schiebende Einflussgröße.

Die theoretische, über spezifisch klinische Fragestellungen (z.B. einer Mehrgenerationentraumatisierung) hinausgehende Auseinandersetzung mit diesen Themen im psychotherapeutische Feld – sieht man von den frühen Arbeiten Mitscherlichs und Frankls einmal ab – bleibt bislang allerdings noch relativ unspezifisch. Zumeist beschränkt man sich auf klinisch-kasuistische Arbeiten oder darauf, in reiner Interventionsorientierung als Traumainterventor bei Anschlägen und Katastrophen tätig zu werden, oft auch noch in relativ undifferenzierter (unreflektierter?) Anwendung von „Standardmethoden“, besonders des „Trauma-Expositions-Paradigmas“⁷⁷. Solange sich TraumatherapeutInnen nicht mit den tieferliegenden Gründen und den Bedingungen menschlicher Verrohung im *individuellen* Raum befassen, greifen sie zu kurz⁷⁸). Auch die Auseinandersetzung mit den *kollektiven* Seiten menschlichen Terrorhandlungen und Grausamkeiten, mit pogromatischen Gewalt- und *Dehumanisierungstendenzen* (idem 1996j, Petzold, Orth 2004b) wird von Psychotherapeuten bislang noch kaum angegangen, selbst nach Srebrenica (Juli 1995) nicht, den russischen Untaten in Tschetschenien und den amerikanischen im Irak nicht – ich habe nichts in der Therapieliteratur gefunden. Und diese Schreckenstaten stehen ja nur exemplarisch da, denn es gab das Massaker der US-Truppen in My Lai (16.3.1968), es gab den Genozid an den Armeniern, es gab die Gulags, den Wahnsinn des Holocaust,...). Hier wartet Auseinandersetzungsarbeit auf die *community of psychotherapists*, denn es werden sicher neue Gräueltaten kommen – wo auch immer, denn sie finden sich „allüberall“. Deshalb müssen „proaktive“ Entwicklungen auf den Weg gebracht werden.

3.3 Bad rumors or real risk? – Schlechte Ideologien, Wirkungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie?

Man kann nicht umhin festzustellen: die Psychotherapie ist auch „ins Gerede“ gekommen. Da gibt es die Literatur des *Freud-Bashings* vom Typus „Hier irrte Freud“ (*Eschenröder*1984) – und er irrte aus heutiger Sicht immer wieder, aber er war Pionier und deshalb gilt *Derridas* (1992) „*Être juste avec Freud*“. Es wird über Probleme des ideologischen Missbrauchs (*Goldner* 2000) durch Therapie, über dysfunktionale, ja gefährliche Mythen geschrieben (*Petzold, Orth* 1999). Brennend wurden die Themen des sexuellen Missbrauchs in der Therapie⁷⁹ – ein immenser Schaden für die Profession. Auch die in der Presse aufgegriffenen Herausforderungen der modernen Biologie, insbesondere der Neurowissenschaften an die Psychotherapie sind zu nennen (*Grawe* 2004; *Roth* 2002), durch die ihre Persönlichkeits- und Identitätsmodelle ins Wanken geraten⁸⁰ und die *traditionellen* Persönlichkeitskonzeptionen der Humanistischen Psychotherapien, der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse fragwürdig und in ihrer überkommenen Form obsolet werden. Das wird heute in der Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen. Nicht zuletzt wird vermehrt die Frage der Wirksamkeit der einzelnen Verfahren in der Presse und in Wissenschaftsmagazinen in breiter Weise diskutiert und von Fachjournalisten in gut recherchierten Berichten aufbereitet. Besonders in den gegenwärtigen Diskussionen um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, wo Politiker die Frage stellen: „Was gehört in die Grundversorgung, was nicht?“ und wo Menschen sich die Frage stellen werden: „Was nehme ich in mein Versicherungspaket? Exemplarisch für viele derartiger Diskussionen sei aus einem ausführlichen Bericht aus „Facts“ Juni 2005 anlässlich der Diskussion über die Finanzierung von Psychotherapie in der Grundversicherung zitiert, der sechs wesentliche Psychotherapieverfahren nach Anwendung, Funktionsweise und Wirkung diskutiert und bewertet:

Verhaltenstherapie	Psychodynamische Therapien	Humanistische Psychotherapien	Integrative / allgemeine Psychotherapie	Systemische Therapien	Esoterische Psychotechniken
Wirkung der verschiedenen Verfahren					

⁷⁷ *Shapiro* 1995; *Butollo et al* 2000. - Wir halten es bei Opfern von Terroranschlägen, Kriegsgräueln, Pogromen oder Folter für höchst problematisch, ja klinisch und ethisch für kontraindiziert und haben andere Möglichkeiten entwickelt, *Petzold* 2001m, 2004l; *Petzold, Wolf et al* 2000, 2002.

⁷⁸ Schon *Dunant* [1862/1988, 74f] beobachtete das Phänomen der Verrohung bei bezahlten Wärtern und setzte auf freiwillige Helfer; *Abu Ghraib* dokumentiert die Verrohung und Brutalisierung von Militärs auch in Nicht-Combat-Situationen [*Ripley* 2004]. Gerontologen und Gerontotherapeuten sind mit Patientenmisshandlungen und -tötungen unter inhumanen, verrohenden Pflegebedingungen konfrontiert. Vgl. *Beine* 1998; *Petzold* 1985d, *Petzold, Müller, Horn, Leitner* 2005

⁷⁹ *Ramin* 1993; *Becker-Fischer, Fischer* 1995

⁸⁰ *Eickelpasch, Rademacher* 2004; *Keupp* 1999; *Petzold* 2001p; *Ricœur* 1996; *Turkle* 1998

Die Wirksamkeit ist praktisch für alle psychischen Störungen sehr gut belegt. Meist genügen 30-40 Sitzungen.	Für Therapien mittlerer Dauer (40-80 Sitzungen) ist die Wirksamkeit einigermaßen nachgewiesen, nicht aber für Langzeitanalysen.	Gut belegt ist nur die Wirksamkeit der Gesprächs-therapie. Alle andern Verfahren sind entweder gar nicht oder nicht ausreichend geprüft.	Die Therapiefor-schung belegt die Wirksamkeit dieses Ansatzes. Eine integrative Therapie dauert etwa gleich lang wie eine Verhaltensthe-rapie.	Weniger gut untersucht als Verhaltens-therapien, aber es gibt Hinweise, dass sie bei Beziehungs-problemen wirken.	Die Wirksamkeit der Verfahren wurde nie überprüft. Meist fehlt eine wissenschaftliche Theorie, oft erfunden von Personen ohne Therapieaus-bildung.
Meinung von FACTS					
➤ Verhaltens-therapien gehören in die Grundversiche-rung.	➔ [psychodyna-mische] Therapien mittlerer Dauer gehören in die Grundversiche-rung, Langzeitanalysen nur bei schweren Störungen.	➔ Gesprächspsy-chotherapie gehört in die Grundversiche-rung, unter Vorbehalten auch die Gestalttherapie.	➤ Integrative Therapien sind der Ansatz der Zukunft und sollten von der Grundversiche-rung bezahlt werden.	➔ Nur bei zerrütteten, gewalttätigen Beziehungen sollten diese Therapien von der Grundver-sicherung be-zahlt werden.	➤ Diese Verfahren basieren auf Glauben, nicht auf Wissen. Sie sollten nicht von der Grund-versicherung bezahlt werden.

(FACTS 26, 2005, 54)

Diese Wertungen sind natürlich aus therapiewissenschaftlicher Sicht noch zu spezifizieren - etwa bei den systemischen Therapien, die sicher ein breiteres Wirkungsspektrum haben (*Schiepek* 1999) oder bei den Langzeitanalysen, deren Wirkung bei schweren Störungen diskutabel ist –, aber sie geben doch den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung und die aktuellen Trends der Bewertung hinlänglich zuverlässig wieder, über den man allerdings auch kritisch diskutieren muss.

Die aufgeführten, breit diskutierten Themen haben eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit der Psychotherapie gegenüber mit sich gebracht, die die Profession nicht gleichgültig lassen sollte, sondern die sie auf berechnete Kritik hin zu prüfen hätte, um Revisionen und Reorientierungen vorzunehmen oder sich besser in der Öffentlichkeit verständlich zu machen.

3. 4 Fortschritte in Wissenschaft und Forschung

Die Fortschritte in der Psychotherapiewissenschaft und der empirischen Psychotherapieforschung bei den Fragen der *Wirksamkeit* und der Wirkungsbedingungen, denen sie nachgegangen sind und im Kontext mit der Psychotherapiegesetzgebung auch die Probleme der *Zweckmäßigkeit* und *Wirtschaftlichkeit* aufgegriffen haben, sind beachtlich. Ich habe noch die Frage der *Unbedenklichkeit* hinzugefügt, womit an Risiken, Nebenwirkungen und die Verletzung der Patientenwürde/patient dignity gedacht ist⁸¹. Das alles hat für die neueren Entwicklungen in der Psychotherapie umfassende und nachhaltige Veränderungen mit sich gebracht, und dieser Zug ist noch in voller Fahrt. Das wirft natürlich in einer sehr breiten Weise auch die Frage nach der *Wissenschaftlichkeit* in der Psychotherapie auf, die im „gesamten Feld“ der internationalen Psychotherapieforschung zugunsten der empirischen, kontrollierten Überprüfung beantwortet ist⁸². ... „Im ganzen Feld ...?“ ... Nein, dieses Mal ist es eine Gruppe von Helvetiern, die „Schweizer Psychotherapie-Charta“, die „gegen den Strom schwimmt“⁸³ und sich der Übermacht der evidenzbasierten „Legionen“ entgegenstellt, mit durchaus guten Gründen und unterwegs zu einem ehrgeizigen Forschungsprojekt⁸⁴ und einem engagierten Eintreten für naturalistische Studien⁸⁵ (*Tschuschke* Interview mit *Itten* 2005). Ob nämlich Evidenzbasierung, die ich für notwendig halte⁸⁶, als *alleiniger* „Goldstandard“ in der Psychotherapie

⁸¹ *Petzold* et al. 1998, idem 1985d, 2000d, 2005h

⁸² *Grawe* et al. 1994; *Dobson, Craig* 1999, *Lambert* 2004

⁸³ Sie hat sich schon einmal richtungsweisend „ganz anders“ verhalten als das übrige Feld der Psychotherapie, dass permanente Zerstrittenheit pflegte und pflegt, und hat einen schulenübergreifenden „Verbund in diskursivem Austausch“ gegründet. Vgl. *Petzold* 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.

⁸⁴ Es ist als solches begrüßenswert, steht indes in der Gefahr, der Aufgabe einer Legitimierung von bislang noch kaum anderweitig untersuchten kleineren Psychotherapieverfahren, Mitglieder Charta, nicht gerecht zu werden (*Petzold* 2003o, Interview mit *Itten*).

⁸⁵ Wie sie im *Integrativen Ansatz* mit erheblichem Aufwand schon unternommen wurden (*Petzold* et al. 2000; *Steffan* 2000), aber nicht nur, denn es muss auch dem Paradigma der kontrollierten Studien Genüge getan werden (*Märtens, Leitner* et al. 2003; *Heinl* et al. 2003; *Leitner* 2005).

⁸⁶ *Petzold* 1989i, *Steffan, Petzold* 2001

anzusehen ist, ist durchaus diskutabel (Petzold, Sieper 2001a), und in der Tat ist es erforderlich, eine breite Palette von Untersuchungsmethoden zur Fundierung und zur Qualitätssicherung von Psychotherapie zu pflegen. Jede Vereinseitigung – z. B. die Polarisierung „qualitativ/quantitativ“ wird hier problematisch und unfruchtbar, wie schon Lurija (1993, 177) ausführte mit seiner Unterscheidung zwischen dem klassischen, „zergliedernden“, „reduktionistischen“ (positiv gewerteten) Wissenschaftsansatz und dem eher „ganzheitlichen“, „visionär-künstlerischen“ Wissenschaftsansatz in der Psychologie. Im ersten Ansatz wird „die lebendige Wirklichkeit auf abstrakte Schemata reduziert ... Die Eigenarten des lebendigen Ganzen geht verloren“ (ibid.). Die Vertreter des zweiten Ansatzes, den Lurija mit dem deutschen Physiologen Max Verworn (1862-1911) den „romantischen“ nennt (durchaus positiv konnotiert), wollen die „lebendige Wirklichkeit nicht in elementare Komponenten aufspalten“. Sie sehen vielmehr „ihre wichtigste Aufgabe darin, den Reichtum der Lebenswelt zu bewahren, und sie erstreben eine Wissenschaft, die sich dieses Reichtums annimmt“ (ibid.). Für Lurija liegen die Stärken und Schwächen beider Ansätze auf der Hand, und er ging einen „mittleren Weg“, der „harte Wissenschaft“ und „Kleinarbeit“ umfasste und dennoch Raum für einen Reichtum an kreativen Entwürfen, vor allem für eine immense Breite der Forschungs- und Interessensgebiete bot, was uns sehr anspricht. Wenn die neuesten Entwicklungen in der Psychotherapie auf neurowissenschaftlich überprüfte Psychotherapiestudien setzen (Schiepek 2003, Grawe 2004), so zentrieren sie auf Feinanalysen von Vorgängen im Mikrobereich, und hier liegen faszinierende Zukunftsdimensionen, die allerdings in der Breite ihrer explikativen Möglichkeiten nicht überschätzt werden dürfen, sondern die mit ihren reduktionistischen Detailergebnissen zu Perspektiven beitragen, welche mit Hilfe der hermeneutischen und metahermeneutischen Vernetzung einer *transversalen* Wissenschaft für die Komplexität der Phänomene in der Leben angemessen ist und den Menschen gerecht wird.

3.5 Neue Herausforderungen warten

Der „Zeitgeist“, über den ich 1989 schrieb (Petzold 1989f), hat sich – wieder einmal – verändert, und gesellschaftliche Realitäten befinden sich in dramatischen Umbrüchen. Das bringt neue Herausforderungen für die Psychotherapie. Auf einige sei verwiesen: Die umfassende Mediatisierung und Virtualisierung der Welt – TV, Videospiele, Internet, Handy-Technologie – bringt neue Formen von Entwicklungsstörungen, neue Züge in Persönlichkeitsentwicklungen (Turkle 1998), aber auch neue Chancen der Horizonterweiterung, mit denen sich Psychotherapie in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht auseinandersetzen muss (Müller, Petzold 1998). Die Individualisierungs- und Vereinzelungstendenzen haben sich verschärft, die Flexibilitätsanforderungen sind radikal gestiegen (Sennett 1987, 2002), die demographische Situation hat sich dramatisch hin zu „gerontotrophen“, überalterten Gesellschaften verschoben⁸⁷, womit eine Veränderung in der Klientel einhergeht – alte Menschen als PatientInnen – für die Psychotherapie und Supervision noch höchst unzureichend ausgerichtet sind⁸⁸. *Gerontotrophe* Entwicklungen führen überdies auch zu gravierenden wirtschaftlichen Problemen. Die Gesundheitssysteme sind kaum noch zu finanzieren, auf Dauer auf dem vorhandenen Qualitätsniveau vielleicht nicht mehr finanzierbar, und da besteht die Gefahr, wie es zur Zeit in der Schweiz diskutiert wird (Brunner, Aeschlimann 2005), dass Psychotherapieleistungen zum Fortfall kommen, aus der Regelversorgung fallen können. Schon erwähnt wurden die Veränderungen in der Struktur der Arbeitsmärkte. Globalisierung und Hochtechnisierung laufen daraufhin, dass immer stärkere Polarisierungen zwischen Arbeitsbesitzern und -Nichtbesitzern entstehen und große Bevölkerungsteile dauerhaft arbeitslos sind und bleiben – darunter junge Menschen, die nie in Arbeitsverhältnisse gekommen sind. Das alles sind Faktoren, die auch die Psychotherapie zwingen wird, sich zu verändern – trotz aller Verharrungskräfte und aller Konservativität der traditionellen psychotherapeutischen Schulen und ihrem Festhalten an Mythen (Petzold, Orth 1999)⁸⁹. Psychotherapie hatte und hat sich heute in nie zuvor erforderlicher Weise mit fundierter, ideologiekritischer Hinterfragung ihrer Grundannahmen, Ideologien und Mythen auseinander zu setzen⁹⁰. Ihre Grundannahmen seien vielfach nur ein Kartenhaus, wird gesagt

⁸⁷ Schirmacher 2004, Petzold 2004a

⁸⁸ Petzold 1985a, 2004a, 2005a, 2005q; Petzold, Müller 2005

⁸⁹ In modernem Kontext kommen alte Mytheme daher - blicke z. B. auf den so beliebten Topos des „inneren Kindes“ (eigentlich sind es nur Erinnerungen an die eigene erlebte Persönlichkeit in unterschiedlichen Zeiten der Kindheit, die nun mit einem introjekthaften Eigenleben versehen werden, Petzold, Orth 1999). Jetzt auch mit progressivem Habitus und neurowissenschaftlicher Orientierung im traumatherapeutischen Ansatz von Reddeman 2003 und neuerlich von Sachsse 2005, ohne jede ideenkritische, dekonstruktivistische Reflexion – aus dem Hinter- und Untergrund lächelt der *puer aeternus* kryptisch).

⁹⁰ Dauk 1989; Dawes 1994; Petzold, Orth 1999

(Dawes 1994, durchaus mit guten Gründen), die Tiefenpsychologie sei ein „Tiefenschwindel“ (so Zimmer 1986 als einer der vielen Kritiker der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse). Degen (2000) bringt ein „Lexikon der Psycho-Irrtümer“ heraus mit durchaus bedenkenswerten Überlegungen und Fakten, die wegen ihrem „Frontalangriffscharakter“ nur mit Abwehr bedacht wurden statt mit der Frage: „Was ist dran, wo hat der Autor Recht? Denn natürlich sind Psychotherapien „ideologiegeladung“, als Produkte der Kultur mit kulturellen Strömungen des Denkens verbunden, mit kryptoreligiösen Relikten der Vergangenheit beladen – Freud selbst sah Psychoanalyse als „säkulare Seelsorge“ (Freud, Pfister 1980) und kennzeichnete damit historisch-strukturell zutreffend Psychotherapie in bestimmten Dimensionen als Nachfolgerin der Seelsorge (Petzold 1995h). Die Spuren der „Pastoralmacht“ hat Foucault (1982) für die Psychoanalyse aufgezeigt (Dauk 1989). Die sogenannten „Humanistische Verfahren“ sind mit einem *Humanismusbegriff* belastet, der nicht kritisch dekonstruiert wurde – und dass das nötig ist, zeigen die Arbeiten von Bourdieu, Derrida, Foucault, Ricœur u.a. Insgesamt sei Psychotherapie, erkenntnistheoretisch, ethiktheoretisch und anthropologisch sehr oberflächlich konstruiert, „mind myth“, so die Psychotherapiekritiker von Grünbaum bis Della Salla (1999). Dass an derartigen Anwürfen tatsächlich „etwas dran ist“, wird an soliden Analysen ähnlicher Sachverhalte, wie sie die Psychotherapie thematisiert, durch Vertreter anderer Wissenschaften – Biologie (Riedl 1981, 1985; Mayr 2004), physiologischer Psychologie (Pritzel, Brand, Markowitsch 2003; Schandry 2003), Gedächtnisforschung (Schacter 1999), Bewusstseinsforschung (Metzinger 1995; Koch 2005), Evolutionsforschung (Mysterud 2003; Buss 2004), philosophische Anthropologie⁹¹ – ersichtlich und führte wohl Klaus Grawe (2004, 24) zu seiner herben Aussage: „Dass es eine sich an wissenschaftlichen Kriterien orientierende Psychotherapie jenseits der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie der sechziger Jahre gibt, ist für Wissenschaftler aus ganz anderen Bereichen in dem Wust und Schund, der unter dem Stichwort Psychotherapie jährlich über die Bücherregale ausgeschüttet wird, offenbar schwer erkennbar ...“ Aber Psychotherapie und ihre Schulen haben auch zur Erkenntnis der *conditio humana* Wertvolles beigetragen, wie in meinem Grundlagenwerk „Wege zum Menschen“ dokumentiert ist (idem 1984a, vgl. jetzt Fahrenberg 2004). Sie haben sich allerdings oft hermetisiert, abgeschottet gegenüber den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Psychologie, der Philosophie und der Sozial- und Kulturwissenschaften – das gilt für Psychoanalyse, die Gestalttherapie und durchaus auch für die Verhaltenstherapie mit ihren kulturtheoretischen und wertetheoretischen Defiziten sowie für viele andere Richtungen. Hier wird eine größere Offenheit gewonnen werden müssen. Die Einsicht, dass *interdisziplinäre Diskurse* und *multitheoretisches* Konzeptualisieren (Petzold 1998a) heute unverzichtbar sind und werden Herausforderungen und permanente Entwicklungsarbeit verlangen, wie wir sie im psychotherapeutischen Feld heute auch an vielen Orten finden – keineswegs an allen.

4. Internale Gründe für den Wandel im Felde der Psychotherapie – Anstöße der Psychotherapieforschung und der Neurowissenschaften

Neben den genannten *externalen* Einflüssen aus dem Außenfeld – und sie wurden keineswegs mit einem Anspruch auf Vollständigkeit aufgeführt sondern in einer subjektiven Wertung und Sicht – stehen *internale* Einflüsse, die aus der „community of psychotherapists“ selbst kommen.

4.1 Entwicklungen in der Psychotherapieforschung

Die „Psychotherapie ist im Wandel“ und hat sich international weiterentwickelt, weil sie durch eine herbe *empirisch* gegründete Kritik gegangen, was ihre Wirkungen anbelangt, die aus der klinischen Psychologie und aus der Psychotherapieforschung kam⁹². Untersuchungen wurden unternommen, die besonders für die Psychoanalyse und die tiefenpsychologischen Verfahren keine oder nur schwache Wirkungen aufwiesen und keine „Evidenzbasierung“ durch *kontrollierte* Studien aufzeigen konnten. Noch wesentlich gravierender war, dass selbst die Ergebnisse der Verhaltenstherapie im Lichte rigoroser Forschungsmethodik (Doppelblind-Studien, Shapiro, Shapiro 1997) mit guten Gründen und Forschungsergebnissen diskutabel sind⁹³, denn auch sie bieten in der Regel nicht mehr als Placebo-Effekte. Das ist bis heute bei Analyse aller kontrollierten Doppelblind-Studien „Psychotherapie/Placebo“ nicht widerlegt. (Natürlich ist es diskutierbar,

⁹¹ Hernegger 1982, 1989; Ricœur 1990, 2000, Petzold 2003e, 2005p

⁹² erst Eysenck 1952; dann Bergin und Garfield 1971; Grawe et al. 1994; Campbell 1994

⁹³ vgl. Wampold 1997; Shear et al. 1994 und die Beiträge in dem grundlegenden Forschungsreader Hubble et al. 1999; sowie schon Prioleau 1983

ob dieses Forschungsparadigma für die Psychotherapie angemessen ist, und als *alleiniger* Zugang ist es das sicher nicht (Steffan, Petzold 2001), aber es repräsentiert einen durchaus wichtigen Weg. Denn wenn Psychotherapie so wie *Placebos* wirkt, ist das – blickt man in die somatische Placeboforschung – ja schon viel! Placebowirkungen besagen ja, dass aufgrund des „Prinzips Hoffnung“ Wirkungen erzielt werden können (Grawe et al. 1994; Grawe 1998), dass durch die „Droge Arzt“, seine Mobilisierung „unspezifischer Wirkfaktoren“ (Garfield), wie Beruhigung, Entängstigung, Trost, Versicherung, Zuwendung, positive Wirkungen erzielt werden (Lambert 2004). Ich möchte aus der Position der neurobiologisch argumentierenden „ökologischen Psychologie“ (Gibson 1979; Heft 2002) noch hinzufügen: Wir hatten – evolutionsbiologisch gesehen – nur unsere Mitmenschen, die bei Belastungen den erforderlichen Schutzraum geben können. Das ist der Hintergrund des Affiliationsprinzips⁹⁴. In dem „Schutzraum des Mitmenschlichen“, dem „Schirm der Humanität“ (wie ihn z. B. H. Dunant, H. Arendt, A. Schweizer, B. Suttner; die exemplarisch für die vielen unbekannt gebliebenen Helfer genannt werden, bereitgestellt haben) können *Nocebos*, z. B. Stress, Beunruhigung, Angst neutralisiert werden. In solchen konvivialen „Räumen der Hilfeleistung“ (Petzold, Müller, Horn, Leitner 2005) kann dann der entstresste *körpereigene Heilungsdienst*, unser Immunsystem, aktiv werden, können *körperproduzierte Medikamente* (Neurotransmitter, Peptide, z. B. Hormone, Enzyme etc.) hergestellt und eingesetzt werden, die ihr Heilungspotential entfalten. Unser Immunsystem, das über die evolutionäre Entwicklungszeit der höheren Säuger (spezifisch dann der Primaten und unter diesen der Hominiden) ausgebildet wurde, hielt und hält für Problemsituationen in der Umwelt und aus ihr die „richtigen Lösungen“ bereit. Den „*affordances*“ (Gibson 1979, 129, vgl. Heft 2002, 124ff) durch die Umwelt stehen die „richtigen Antworten“ (*effectivities*) durch die möglichen Genexpressionen und Genregulationen in unseren „körpereigenen Biochemiefabriken“, die gute „Medikamente“ herstellen, gegenüber. Placebowirkungen, besonders wenn man sie hoch ansetzen kann (sie sind differentiell zu sehen, Placebos schlagen nicht in jeder Situation gleich stark an), besagen aber auch, dass bei etwa 60% - 80% der Noxen, abhängig von ihrer Art und Schwere, unser eigenes Heilungspotential nicht ausreicht. Und deshalb sollte und muss Psychotherapie auch mehr leisten als die an sich guten Placebowirkungen.

Bedenklich muss allerdings stimmen, dass bei Psychotherapie auch eine hohe Zahl von Non-respondern vorliegt. Unabhängig von den Verfahren ist das doch mindestens 30%, oft mehr, wo dann die Frage gestellt werden muss, liegt hier vielleicht mehr vor, als ein „Nichtwirken“? Wird eine abstinente, Ambiguität auslösende Psychoanalyse oder eine Expositionen forcierende Verhaltenstherapie oder eine emotional forcierende, puschenden Gestalttherapie vielleicht zum *Nocebo*, zum Schadensreiz? Bei Psychotherapie ist durchaus mit einem Potential an Risiken, Nebenwirkungen, Schäden – auch bei professionell ausgebildeten TherapeutInnen und bei Anwendung der Richtlinienverfahren – zu rechnen⁹⁵. Warum auch nicht? Denn alles was *wirkt* kann auch Nebenwirkungen haben. Die Auseinandersetzung mit diesem *iatrogenen* Potential darf von PsychotherapeutInnen nicht länger übergangen werden⁹⁶.

Neuerlich – in seinem letzten Interview kam Klaus Grawe – mitten aus einem Leben voller neuer Perspektiven und Projekte gerissen (Petzold 2005 q, v) zu der beunruhigenden Feststellung:

„Der Anteil der unwirksamen Therapien liegt bei den komplexen Störungen bei weit über 50%. [...]. Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder und eindrucksvolle Erfolgszahlen, weil sie meist nur abgeschlossene Behandlungen berücksichtigt. Aber nach allen Informationen nehmen im Durchschnitt 25 Prozent die ihnen angebotene Behandlung gar nicht an. Dann hat eine neue Metaanalyse gezeigt: Die Abbruchraten liegen im Durchschnitt bei 37 Prozent. Das wird meistens nicht mitgeteilt, denn die Therapeuten schämen sich der Abbrüche. Wenn wir nun die 25 Prozent, die die Behandlung von vornherein ablehnen, und dann noch die 37 Prozent, die sie abbrechen, und dann noch die 25 Prozent Misserfolge, die auch bei den besten Therapien resultieren, zusammenrechnen, dann sieht das Bild gar nicht rosig aus. *Es ist eine dringende Notwendigkeit, das Psychotherapie besser wird* (Grawe 2005a, 78, meine Hervorhebung).

Das alles eröffnet Perspektiven, die deutlich machen: Wir brauchen in der Psychotherapie – wie in jeder Wissenschaft – die beständigen *problematisierenden* Anfrage nach ihren Grundlagen, ihrem Stand und ihren Entwicklungen, nach ihren Risiken und Gefahren, nach ihren Geltungsansprüchen und „Wahrheiten“ (Foucault 1996), Fragen, die mit den Mitteln der Ideologiekritik, der Theoriearbeit und der empirischen Forschung angegangen werden müssen und gesellschaftskritische und humanitätstheoretische Entwicklungsarbeit erfordern.

⁹⁴ Menschen suchen Menschen, Petzold, Müller 2005; Stroebe et al. 2004

⁹⁵ Giese, Kleiber 1991; Märten, Petzold 2002; Tana 1999

⁹⁶ Im „Lexikon der Psychotherapie“, Stumm, Pritz 2000, war kein Stichwort für Therapieschäden vorgesehen. Wir haben es gleichsam in letzter Minute noch hereingebracht (Märten, Petzold 2000a)

4.2 Rezeption der neurowissenschaftlicher Erkenntnisse – Zur Fundierung der Konzepte „Informierter Leib“ und „dynamische Regulation“

Ein massiver, veränderungswirksamer Anstoß kommt aus der Rezeption der Neurowissenschaften, die in einigen Bereichen der psychotherapeutischen Richtungen erfolgten, bislang allerdings noch nicht in den Mainstream-Richtungen der einzelnen „Schulen“ und zwar in der Regel in einer „schulenüberschreitenden“ Ausrichtung – Ausnahme sind die psychoanalytischen Autoren, deren Arbeiten eine legitimatorische Qualität haben, indem sie versuchen, die „Richtigkeit des Freudschen Ansatzes“ durch die Neurowissenschaften zu belegen (z. B. *Leuzinger-Bohleber et al. 1998; Solms 2000*). Durch diese apologetische Ausrichtung leidet der Diskurs, wenn etwa versucht wird, das Freudsche Konzept des Unbewussten, das in der auch klinisch maßgeblichen Zentralbedeutung als das „Verdrängte“ zu sehen ist, mit dem neurowissenschaftlichen Unbewussten als den fungierenden neurophysiologischen Prozessen gleichzustellen oder mit der neuropsychologischen Auffassung der „unbewussten Informationsverarbeitung“, und da vergleicht man eben Äpfel mit Birnen (*Perrig et al. 1993*) gleichzustellen. Weder die psychoanalytische Gedächtnistheorie noch die Dichotomisierung seelischer Vorgänge in Primärprozess und Sekundärprozess ist an moderne neurowissenschaftliche Modelle wirklich anschlussfähig, was schon *Lurija* dazu veranlasste, seine kurze Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse nicht weiterzuführen oder moderne neurowissenschaftlich ausgerichtete Gedächtnisforscher nicht dazu motiviert, den tiefenpsychologischen Diskurs aufzunehmen (*Schacter 1999*). Hier wären deshalb Ansätze von Seiten der Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse notwendig, die zu echten Revisionen kommen können, die auch die Praxis neu fundieren und – wo notwendig – verändern könnten. Denn es genügt nicht zu festzustellen: „Sigmund Freud hatte Recht, als er sagte: ‚Das Ich ist nicht Herr im eigenen Hause‘ – das Unbewusste habe das Ruder in der Hand“ (*Kittl 2005, 59*) Ob das der „Tiefen-Neuropsychologie“ bzw. Neuro-Psychoanalyse gelingt, um deren Ausarbeitung sich *Kaplan-Solms, Solms (2003)* bemühen, bleibt abzuwarten. In der „Systemischen Therapie“ hat *Schiepeck (2003)* in Forschung und Theorienbildung das neurowissenschaftliche Paradigma aufgenommen, das mit den modernen nicht-linearen Systemtheorien von *Haken, Kelso, Prigogine* u. a. (die allerdings nicht die Grundlage der traditionellen „systemischen“ Familientherapien sind) eine gute Anschlussfähigkeit aufweist. Im systemtherapeutischen Praxisfeld haben seine Arbeiten noch nicht zu behandlungsmethodischen Konsequenzen geführt. Hier bleiben die Entwicklungen abzuwarten. Im behavioralen Mainstream wurden über die „behavioral medicine“ seit langem Verbindung zu den Neuro- und Biowissenschaften hergestellt, wie das Grundlagenwerk „Verhaltensmedizin“, das *Ulrike Ehlert (2003)* unlängst herausgegeben hat, deutlich macht, das ganz klar einen *biopsychosozialen* Ansatz vertritt, wobei die „soziale“ Komponente bislang von Forschung und Theorienbildung noch am schwächsten ausgearbeitet ist. Der Ansatz hat in der verhaltenstherapeutischen Praxis noch wenig Niederschlag gefunden, denn die Entwicklungen sind noch neu. Aber das Paradigma ist in Bewegung und neue Anstöße kommen gegenwärtig durch das Werk „Neuropsychotherapie“ von *Grawe (2004)*. Er argumentiert allerdings von einer in seinem Werk in den vergangenen Jahren immer deutlicher werdenden, schulenübergreifenden, *integrativen* Position her, die die traditionelle Verhaltenstherapie überschritten hat. Aus diesem „Neuen Integrationsparadigma“ (*Petzold 1993g*) wird der neurowissenschaftliche Diskurs auch von der „Integrativen Therapie“ vertreten, hier ursprünglich angestoßen durch die neurophysiologischen Arbeiten der ursprünglich von *Pawlow, Bechterew, Ukhtomskij* u. a. begründeten „russischen Schule“ (*Anokhin, Bernstein, Lurija*), die zur Begründung der „Neuropsychologie“ führte (*Lurija 1993*). In der Verbindung zwischen dieser Tradition mit der Leibtheorie *Merleau-Pontys* und neueren Entwicklungen der Neurobiologie durch *Damasio, Edelman, LeDoux* u.a. wurde das Konzept des „Informierten Leibes“ (*Petzold 1970c, 1988n*) zu einem Ansatz neurowissenschaftlich fundierter Leibtheorie (*idem 2002j*) entwickelt, die einerseits den „lifespan developmental approach“ der IT durch Rezeption entwicklungsneurobiologischer Erkenntnisse (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Osten 2005, vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2004; Hüther 1996, Hüther et al. 1999*) bereicherte, zum anderen die neurobiologischen Erträge der Traumaforschung aufnahm (*Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; vgl. Yehuda 1997, 2002*) und für die Integrative Praxeologie besonders des Umgangs mit emotional belastenden Situationen (z. B. Aggression, Trauer, Trost, *idem 2004l, Bloem et al. 2004*) fruchtbar zu machen suchte.

Das Konzept der „Regulation“ bedarf der genaueren Betrachtung, weil es keinen Bereich, in dem intra- und intersystemische Aktivitäten ablaufen, gibt, der ohne ein solches Konzept auskommen kann. Das integrative

Konzept der „*Regulationskompetenz*“ wurde mit Referenzen zu den russischen Physiologen *P. R. Anokhin*, *A. A. Ukhtomskij*, *N. A. Bernstein*, *A. R. Lurija* (*Sieper, Petzold 2002*), aber auch zu *K. Goldstein*, *L. von Bertalanffy* und *E. S. Russel* erarbeitet. Sie alle hatten Ideen zur Regulation im Organismus, zur „organismischen Selbstregulation“ entwickelt. Der Integrative Ansatz geht mit dem Regulationskonzept von dieser Basis aus, überschreitet sie aber in den Bereich des Psychischen, Kognitiven und Sozialen, wie sich das bereits bei *Vygotskij* und *Lurija* findet (*Jantzen 1994; Vocate 1987*). Grundpositionen sind, dass das Verhalten des Menschen aktiv-kreativ und nicht nur adaptiv ist, von vergangenen Einflüssen/Lernerfahrungen, Gegenwartseinwirkungen/Lernprozessen und Zukunftsenwürfen/Plänen/Zielen/Lernmotivationen bestimmt wird. Derartige Pläne bestimmen Gegenwartsverhalten maßgeblich (*Bernstein 1975*). Identitätserleben ist auch vom Erleben der eigenen Identitätsentwürfe beeinflusst (*Petzold 2001p*). In Organismen, lebendigen, „personalen Systemen“ (*Petzold 1974j, 296*) sind alle Prozesse nur als „Systemfunktionen“ (*Anokhin 1978*) verstehbar, die – auch wenn sie als Funktionen eines Partialsystems erscheinen – Teil des organismischen bzw. personalen Gesamtsystems mit seinen System- Umwelt-Relationen (zu umliegenden Systemen) ist, die sich selbstorganisierend steuern. „Der Mensch ist ein lebendiges System, das durch personale Identität gekennzeichnet ist und aus dieser Identität zu anderen Systemen in Beziehung tritt, wobei diese Beziehungen, wie auch die Abläufe in der Binnenstruktur des Systems durch Sinn als ultimativer Kategorie gesteuert werden ... ein personales, sich im Geflecht der Umweltrelationen selbst steuerndes System, das seine Identität in der ‚Begegnung‘ mit den umliegenden Systemen gewinnt“ (*Petzold 1974j, 296f*). Dieses Denken war *Luhmann (1968)*, *Anokhin (1967)* und *Lurija (1970, 2001)* verpflichtet. „Die höheren psychischen Funktionen sind kompliziert organisierte funktionelle Systeme sozialer Genese. Deshalb ist jeder Versuch, sie in speziellen, eng begrenzten Abschnitten des Kortex oder in ‚Zentren‘ zu lokalisieren, völlig ungerechtfertigt“ (*Lurija 1970*). Dabei stehen das Biologische und das Soziale nicht in einer einfachen Wechselwirkung, sondern die Beziehungen sind komplex, aufgabenspezifisch, kontextbestimmt. Das Soziale „bildet vielmehr neue funktionelle Systeme und benutzt dabei die biologischen Mechanismen, bezieht sie in neue Arbeitsweisen ein“ (idem 1992, 59).

Auch hier finden – die neurobiologische Grundlage des Organismus vorausgesetzt – „**dynamische Regulationsprozesse**“ statt (im Sinne von Modellen, wie sie *Anokhin, Bernstein, Luria*, aber auch *Pribram/Galanter/Miller* und neuerlich *Kelso* und *Haken* entwickelt haben) die wir insgesamt als das „**Regulationssystem**“ bezeichnen. Solche Vorgänge bestimmen auch Entwicklungen in evolutionären Prozessen, wo sich spontan emergierende Selbstorganisation findet (*Krohn, Küppers 1992*) bzw. dynamische, *spiralig fortschreitende* Regulationen – man denke an *Manfred Eigens* „Hyperzyklus“ (*Eigen, Schuster 1979*) – und diese schließen immer Entwicklungsgeschehen ein!

»Als **dynamische Regulation** bezeichnen wir den *Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen*, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können: *intrasystemisch* auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen, *intersystemisch* auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (Belastungen, Anforderungen und Chancen, affordances). Das schließt auch ihre optimierende Entwicklung, Veränderung, Neuorganisationen ein, die geschieht, wenn z. B. durch „*reafferente Progressionen*“, durch anregende Rückwirkungen (Reafferenzen), Entwicklungen angestoßen werden oder wenn durch „*multiple Stimulierung*“ aus der Systemumwelt oder durch „*multiple Konnektivierungen*“ (von intra- und intersystemischen Elementen, Prozessen) neue Lösungen, Verhaltensmöglichkeiten, ja ggf. neue Regulationsprinzipien sich spiralig-progedierend entwickeln oder auch spontan *emergieren*« (*Petzold 1982d, vgl. Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*).

Diese Konzepte wurden im Kontext meiner neuro- und psychomotorischen Forschungs- und Behandlungsarbeit „in der Lebensspanne“ an meiner Abteilung für klinische Bewegungstherapie an der FU Amsterdam entwickelt, wo u. a. mit Säuglingen, Psychiatrie- und Gerontopatientinnen gearbeitet wird (*Salvesbergh 1993; Dröes 1991*) und motorische und cerebrale Prozesse untersucht werden (vgl. die Arbeiten von *Frank et al. 2000* oder von *Beek et al. 1995; Daffersdorfer et al. 1995*). Sie gelten instgesamt für das Entwicklungsgeschehen lebender Organismen, so auch für Entwicklungen des Gehirns im biosozialen Kontext. Stimulierung aus den ökologischen Gegebenheiten und aus gesellschaftlichen Aktivitäten mit ihren jeweiligen Niveaus an Komplexität wirken auf das Gehirn und beeinflussen seine Entwicklung, andererseits ermöglichen die cerebralen Entwicklungen in ihrer Differenziertheit das Entstehen gesellschaftlicher Komplexität und geben Impulse für Fortschritt (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). Vor diesem Hintergrund sind denn auch unsere sprachtheoretischen Positionen zu sehen (*Petzold 2000h*). Das Prinzip

„**dynamischer Regulation**“ – nicht-lineare, refferent-progredient wirksame Prozesse, d. h. Rückwirkungs- und Stimulierungsprozesse (durch „multiple Stimulierung, *Petzold* 1988f, g) – führen zu Zuständen, die sich auf einem Spektrum zwischen Angeregtheit und Ausgeglichenheit, Dissipation und Homöostase darstellen. Dieses Kernprinzip Integrativer Therapie wird nicht nur als Modell für *intraorganismische* Regulationsprozesse angesehen (*Petzold* 1974j, Abb. III, *Petzold, Orth, Sieper* 2005), sondern auch als Prinzip der *intersystemischen* Regulation zwischen dem System und anderen komplexen Systemen (*Petzold* 1974j): zwischen Organismus und Umwelt, zwischen Individuum und Gruppe/Gemeinschaft/Gesellschaft, zwischen Individuen, zwischen Gruppen und Staatswesen etc. So ist Sprache z. B. in ihrem Verhältnis von Einzelsprecher/-hörer und sprechender Gruppe und von dieser zur Sprachgemeinschaft in einer solchen Sicht zu betrachten oder soziale *Kompetenz* und *Performanz* sind in diesem Modell fundiert.

In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die Narrative/Strukturen, die „software“) und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im **Regulationssystem** die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/-personalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z. B. HPA- Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/-personalen* Regulationsvorgängen und immer auch Entwicklungsprozesse und -perspektiven gehören. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden *Narrative* (Schemata, Muster, Scripts) genannt (*Petzold* 2000h).

Diese *Narrative interagieren* im personalen System. Sie haben eine hohe Stabilität, zugleich aber auch eine gewisse Plastizität. Sie können über spezifische Lernvorgänge, „komplexes Lernen“ (*Sieper, Petzold* 2002), verändert werden. Narrative dürfen nicht statisch gesehen werden. Sie sind Strukturelemente in Prozessen. *Narrative* sind damit von den Prozessen, den *Narrationen*, nicht abzulösen, haben selbst prozessualen Charakter. Prozess und Struktur, Erzählung und Erzählfolie, Narration und Narrativ stehen in einer dialektischen Verschränkung. *Regulationskompetenzen* (plur.) sind mit *Regulationsperformanzen* verschränkt. Basale Regulationsfähigkeiten werden zumeist aufgrund genetischer Dispositionen als *Genexpressionen* „aufgeschaltet“ und führen durch Umweltantworten zu spezifischen *Genregulationen*, die funktional oder auch dysfunktional sein können. Es gibt natürlich auch umweltausgelöste *Genexpressionen* mit spezifischen Mustern der *Genregulation*. Es entstehen so Regulationsmuster von der *intraorganismischen*, neurophysiologischen oder immunologische Regulation bis zu emotionalen, kognitiven, ja interaktionalen, *interorganismischen* Regulationsvorgängen – alles in ultrakomplexen „Konnektivierungen“, wie sie für ein polyzentrisches System (Gehirn/Organismus/Umwelt-System), *intrapsychische* und *interpsychische* Systeme (*Vygotskij* 1985, 328f, 349) charakteristisch sind. Von Kindheit auf bis ins Alter gewährleisten die Regulationskompetenzen und -performanzen die Lebens-/Überlebensprozesse des Individuum durch die Bereitstellung einer Stabilität in den Organismus/Umwelt-, Mensch/Mitmensch-Interaktionen. Gleichzeitig ermöglichen sie durch eine ausreichende *Plastizität* erforderliche **Passungen** bzw. Anpassungsleistungen.

Die **Passung** zwischen Mensch und Umweltbedingungen, zwischen Mensch und Mensch, zwischen aktiven, funktionellen Systemen von hinlänglicher Kompatibilität, darum geht es. Dabei wurde der Passungsbegriff im Integrativen Ansatz nicht aus der Technik als Beziehung zwischen gepaarten Teilen (z. B. Nut und Feder, Welle und Lager) mit Spielräumen und Toleranzen entwickelt, sondern aus der Physiologie und Biologie: aus der Gelenkpassung mit ihren Freiheitsgraden (*N. Bernstein*) – auch *Merleau-Ponty* sprach von *jointure, vom Gelenk* –, der Biologe *Jakob Johann Baron von Uexküll* begründete die Idee einer Passung von Tier und Umwelt („Umwelt und Innenwelt der Tiere“ 1909), und die Idee einer „evolutionären Passung von Umwelt und Erkenntnisvermögen“ inhäriert schon dem Ansatz *Darwins* und wurde von *Konrad Lorenz* zu „Evolutionären Erkenntnistheorie“ ausgearbeitet (*Lorenz, Wuketis* 1983; *Riedl* 1981; *Riedl, Wuketits* 1987; *Vollmer* 1975).

„Im Integrativen Ansatz werden die Prozesse *dynamischer Regulation* zwischen Systemen als *Passung* bezeichnet, die eine hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation ermöglichen und gewährleisten“ (Petzold 2000h).

Diese Regulationsprozesse sind natürlich auch störfähig und auf bestimmte Einwirkungen störanfällig. Traumatischer Stress z. B. birgt eine hohe Gefahr der Dysregulation, was sich etwa bei Betrachtung der biographischen Hintergründe vieler Drogenabhängiger zeigt mit ihren Traumatisierungen in gewalttätigen Elternhäusern, aber auch mit traumatischen Erfahrungen im Rahmen der Drogenkarriere.

»Der Begriff „**dynamische Regulation**“ ist von zentraler Bedeutung im Integrativen Ansatz. Er stammt aus der *Biologie* und ist aus der Beobachtung lebendiger *biologischer* Systeme hergeleitet, die durch Regulationsprozesse Wirkungen *multipler Stimulierung* (Petzold 1975 e, 1988f) aus den Umweltsystemen und dem eigenen organismischen Binnensystem ihre Funktionsfähigkeit aufrechterhalten, optimieren, entwickeln können. Er wurde in der russischen Physiologie und Neurobiologie von *Anokhin, Bernstein, Lurija* grundgelegt mit Konzepten wie „Steuerung, funktionelle Organisation“ oder findet sich bei *Goldstein* als „organismische Selbstregulation“. Heute wird er oft auch mit dem aus der *Physik* stammenden Prinzip der „**Selbstorganisation**“ verbunden (Es wird in der IT am Regulationsbegriff festgehalten, weil der biologische und der physikalische Systembegriff nicht vollends gleichgesetzt werden können, denn sie sind durch einen nicht übergehbaren Parameter unterschieden: *Leben*). Mit „dynamischer Regulation“ und „Selbstorganisation“ werden die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen bezeichnet, die durch das Zusammenwirken (die „Synergie“, Petzold 1974j) von Teilsystemen zustande kommen. Die nichtlineare Systemdynamik offener physikalischer Systeme fern vom thermodynamischen Gleichgewicht (*Prigogine*) ermöglicht durch Nutzung von Energie aus dem Umfeld *Selbstorganisation*. „Dynamische Regulation“ ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ (Petzold 1990b) beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (*Prigogine*), der „Katastrophentheorie“ (*Thom*) oder der „Synergetik“ (*Haken*) sind« (Petzold 2000h).

Hier nun muss man sich vergegenwärtigen, was Neurowissenschaften leisten können und was nicht, um die richtigen Einordnungen und Gewichtungen vorzunehmen und nicht in Pseudokämpfe zu geraten, die letztlich nur in Kategorienfehlern und Verwechslungen der Diskursebenen beruhen. „Wer bestimmt das Denken?“ [und das Fühlen, möchte ich hinzufügen], übertitelt DIE ZEIT (*Schnabel* 2005) ein „Streitgespräch zwischen Wolfgang Prinz [Psychologe] und Wolf Singer [Neurowissenschaftler], denn „Gegen die Hybris der Hirnforscher, den Menschen neu erklären zu wollen wehren sich jetzt auch die Psychologen“ (ibid. 31). Der „Streit“ ist unergiebig. Die Neurowissenschaften (Neurobiologie, -anatomie, Bioinformatik) erklären auf über neuroanatomische Grundlagen und neurophysiologische Prozesse im Hirn bzw. neuronalen System, können Stoffwechselgeschehen in verschiedenen Zentren und ihre Interaktion aufzeigen, z. B. das Zusammenspiel von präfrontalen und limbischen Prozessen, sie informieren über Gefühle, Bewusstsein, Volitionen als cerebralen und neurohumorale Aktivierungs- oder Hemmungszustände, nie aber über die kognitiven und emotionalen „Inhalte“ und ihr „subjektives Erleben“, nie über die Deutung und Bedeutungszuweisung von Erlebten, die vor dem Hintergrund kultureller „kollektiver mentaler Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001; Petzold 2000h) erfolgen, die in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen erworben, die „subjektiven mentalen Repräsentationen bestimmen“ und ihre Bewertungsfolien bestimmen. Die Auswirkungen von neuronalen oder endokrinen Prozessen in kardiovaskulärer, muskulärer Aktivität, werden wahrgenommen und mit Bedeutungen versehen. Bedeutungstragende Informationen aber können durchaus auch zu physiologischen Resonanzen führen („Seine Bemerkung treibt mir die Schamröte ins Gesicht“). Wir sind hier mitten in den Themen des psychophysischen Problems, des „body-mind-problem“ (*Stoerig* 1985; Petzold 2005n), aber in welcher Weise man es auch zu lösen versucht (im Integrativen Ansatz mit einem differentiellen, interaktiven Monismus, ibid.), die Differenz zwischen phänomenal erlebter, kollektiv/subjektiv interpretierter Wahrnehmung und der Physiologie des Wahrnehmungsprozesses bleibt und wird nicht aufzuheben sein. Deshalb sind beide Diskurse, der phänomenologisch-hermeneutische, der den kulturwissenschaftlichen Blick erfordert, und der neurobiologische, der die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse bezieht, von grundlegender Bedeutung für die therapeutische Arbeit mit Menschen, weil es sich um zwei Ebenen des menschlichen Leibsubjektes handelt. Deshalb wird in der integrativen Methodik der Emotionsarbeit (ibid.) immer wieder auf das Konzept der „*sinnlichen Reflexivität*“ (Petzold) Bezug genommen⁹⁷, mit dem

⁹⁷ Vgl. die ähnlichen und doch durchaus unterschiedlichen Konzepte „Emotionale Intelligenz“, *Goleman*, und „reflexive Sinnlichkeit“, *Dreizel*, diskutiert bei *Heuring, Petzold* 2003

„Sinnlich-Sinnenhaften“ die Verbindung in die Neurowissenschaften und mit dem „Reflexiven“ und seinen Inhalten die Verbindung in die Kulturwissenschaften gelegt. Einseitigkeiten, die den einen oder anderen Diskurs hegemonialisieren (so in der Tendenz auch *Grawe* 2004) greifen zu kurz, führen in unfruchtbare Reduktionismen, werden der komplexen Wirklichkeit des Leibsobjektes nicht gerecht.

Das führt zu innovativen Akzentverschiebungen und z. T. gänzlichen Neukonzeptualisierungen im Umgang mit Emotionen einerseits im Lichte der Neurobiologie, gleichzeitig aber auch zu einer Aktualisierung traditioneller Wissensschätze zu „Geist und Gemüt“ im Lichte der Kulturwissenschaften – allein was Philosophie, Literatur und Kunst zum Thema des Herzens ausgesagt haben, von Religion und Mystik nicht zu sprechen – bietet für die Psychotherapie ein „Menschenwissen“, ungehobene Schätze, die jenseits transpersonaler oder esoterischer Heilssuche unter psychologischer und klinischer Perspektive nutzbar gemacht werden könnten und deren Ausblendung diskurskritisch untersucht werden müsste, denn man kann sicher nicht so weit gehen, einer ganzen „community“ Unwissen über Herzensbildung oder kulturelle Unbedarftheit vorzuwerfen. Hier sind systematische Fragen nach Hintergründen zu stellen (Abgrenzung von Theologie und Religion, das Ideologem „wertfreier“ Wissenschaft, rationalistische Abwehr von Emotionalem“ etc.).

5. Die „proaktive“ Orientierung auf permanenten Wandel im „Integrativen Ansatz“ der „Humantherapie“ zwischen „Innovation und Tradition

Aus Psychotherapie und klinischer Psychologie selbst kommen, wo sie in einem wissenschaftlichen Grundverständnis betrieben werden und nicht in „ekklesialer“ Schulbildung (*Petzold* 1995h), im Betrieb von „Confessionen“ (*Grawe et al.* 1994) gefangen sind, Arbeiten, die die Disziplin durch „internale Anstöße“ voranbringen. In jeder einzelnen therapeutischen Schule, Richtung, Orientierung gibt es Entwicklungen – isolationistische oder mit dem übergeordneten Feld verbundene -, die z. T. auch die einzelnen Richtungen beeinflussen. Die empirischen Forschungsarbeiten meines so plötzlich und unzeitig verstorbenen Kollegen *Klaus Grawe*, die Versuche von *Marianne Leutzinger-Bohlieber*, Psychoanalyse und Neurowissenschaften aneinander heranzuführen, die Bemühungen von *Jürgen Kriz*, die Psychotherapie in ihrer Methodenpluralität in einem angemessenen, wissenschaftlichen Rahmen darzustellen, meine Arbeiten zur „vergleichenden Psychotherapie“ – und diese AutorInnen und ihre Ansätze wurden hier nur exemplarisch genannt – zeigen, dass sich das Feld bewegt. Allerdings sind nur sehr wenige Forscher und „model builder“ im Bereich der Psychotherapie wirklich „proaktiv“ als Vordenker, Entwickler, die breit und weit ausgreifen.

Entwicklung, Erneuerung, Innovation bedarf nach integrativer Auffassung zumeist auch der die Auseinandersetzung mit Vergangenen, Überkommenen. Hier teile ich *Grawes* 1998 und verschärft 2004 vertretene Auffassung überhaupt nicht, dass man die traditionellen Schulen der Psychotherapie mit ihren überholten, vielfach fehlerhaften Konzepten zurücklassen sollte und gänzlich neu beginnen müsse – das allein schon nicht, so meine ich, um ihre Fehler nicht zu wiederholen und die zu Fehlannahmen führenden Probleme zu kennen, aber auch, weil in den Traditionen Bewahrenswertes ist. Es sind kostbare Erkenntnisse neben und unter allen Ideologemen, Mythen, Fehlern, Zeitgebundenheiten zu finden, besonders, wenn man die Praxis klinischer Erfahrungen auswertet oder wenn man an die Quellen der „Schulen“ und ihre Hintergründe im kulturellen Raum geht (grundlegend *Fried* 2004; *Ricœur* 2000), an Erkenntnisprinzipien und Menschenbilder. Denn Psychotherapieformen sind Produkte der Kultur, von ihren Strömungen bestimmt, ja geformt – es gibt z. B. keine psychotherapeutischen Menschenbilder, sie entstammen geistesgeschichtlichen, kulturellen Traditionen – und sie tragen zur Kultur bei (*Fahrenberg* 2003), wie das Werk von *Freud*, *Jung*, *Frankl* oder *Rogers* deutlich macht. Auch deshalb gibt es zu Bewahrendes. Der Integrative Ansatz sieht deshalb „**Innovation und Tradition**“ unlösbar verbunden: Innovation schöpft aus Tradition und überschreitet sie, erhält oft auch von ihr Korrektive. Innovation kann aber auch darin bestehen, dass man zu Erkenntnissen der Tradition zurückfindet, sie neu bewertet und fruchtbar machen kann. Auch das kann Entwicklung, Fortschritt, Erkenntnisgewinn sein. Die folgenden Ausführungen sollen das ein wenig untermauern.

5.1 „Entwicklungstherapie in der Lebensspanne“ - der „life span developmental approach“ als ätiologisches und förderorientiertes Grundparadigma der IT

Um therapeutisch fundiert handeln zu können und in präventiver, kurativer und rehabilitativer Ausrichtung richtige Maßnahmen zu ergreifen, müssen ganz allgemein die Entstehungsbedingungen und Ursachen für die Entwicklung der verschiedenen Formen des *Verhaltens* (verstanden mit einem *breiten Verhaltensbegriff* als Denken, Fühlen, Wollen, motorisches und sozial-interaktives Handeln, Sieper, Petzold 2002) aufgeklärt werden. Und hier stehen wir (immer noch und offenbar immer wieder) ziemlich am Anfang. Deshalb sei neben allgemeinen Erwägungen exemplarisch auch kurz auf aktuelle Diskussionen eingegangen, bei denen die Neurobiologie derzeit die Diskussion bestimmt, gefolgt von der Entwicklungsneurobiologie (Herpertz-Dahlmann et al. 2004) und der longitudinalen Entwicklungsforschung. Für die Psychotherapie bzw. eine Integrative Humantherapie haben diese Diskussionen eine große Bedeutung. Es existieren eine Menge von Spekulationen über die Genese von psychischen Erkrankungen – bislang zumeist psychoanalytischer Provenienz, d.h. retrospektive Erklärungen, die sich an den jeweils vorherrschenden psychoanalytischen Allgemeinkonzepten orientieren. Waren es ursprünglich die mangelnden Über-Ich-Strukturen, also gescheiterte ödipale Situationen oder die oralen Fixierungen, die Abhängigkeit erklären sollten, so wurden es - je nach Orientierung - dann Ich-Struktur-Defizite aufgrund „früher Störungen“ der Objektbeziehungen und Schädigungen der frühen Selbstentwicklung. Nur selten wurden derartige Schlussfolgerungen aufgrund der Arbeit mit breiten Patientenpopulationen gezogen. Einzelfälle wurden generalisiert. Was dringend notwendig wäre, nämlich Longitudinalforschung, in der *Risikofaktoren*, „*adverse events*“ (widrige Ereignisse), *prolongierte Defizite* und *protektive Faktoren* in ihrer interagierenden Wirkung auf die Entwicklung eines Menschen und dann einer *Krankheitskarriere* untersucht worden wären, findet sich in diesem „tiefenpsychologischen Paradigma“ praktisch nicht. Eine Kompatibilität mit den Ergebnissen neurowissenschaftlicher Forschung und Modellen ist ohnehin kaum gegeben. Man bleibt auf eine vermutete, in der Übertragung sich manifestierende klinische Vergangenheit (vgl. das „klinische Kind“, Stern 1985) zentriert, die man in der Analyse behandeln/heilen will. „Gerade neurowissenschaftliche Überlegungen führen dazu, dass dafür [für heilende Wirkungen, sc.] ‚die Analyse der Übertragung‘ in der Therapeut-Patient-Beziehung nach psychoanalytischem Muster ganz und gar kein geeignetes therapeutisches Mittel darstellt“ – das ist die harte Konklusion Grawes (2004, 442). Aus allgemeinen Longitudinalstudien im Rahmen der empirischen *Entwicklungspsychologie* und der *developmental psychopathology* lassen sich indes Tendenzen ablesen. Sie bleiben aber bislang noch sehr generell. Ein schlechter „sozioökonomischer Status“ als pathogener Megafaktor bietet eine bekannte, zwar plausible, aber nicht ausreichend differenzierte Erklärung. Welchem Stress (Bedrohungen, Verletzungen, Ängsten) Kleinkinder ausgesetzt wurden, der nicht protektiv von „significant caring adults“ *gepuffert* wurde, wo kein „*shielding*“ bereitstand (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), und zu welchen „*Bahnungen*“ (zum *Stresscoping* damals in der biographischen Vergangenheit durchaus funktional, in der Nachwirkung für die aktuelle Gegenwart dann dysfunktional) diese Ereignisse führten, ist nicht wirklich bekannt. Die Befunde der *Entwicklungsneurobiologie* sind beeindruckend⁹⁸. Sie sind jedoch durch *prospektive* klinische Längsschnittuntersuchungen, die Entwicklungsverläufe und Karrieren *feinkörnig* verfolgen und durch breite Untersuchungspopulationen die Möglichkeit des Vergleichs von Risiko- und Normalpopulationen erlauben [was bislang nur durch ganz wenige Studien gewährleistet ist], überhaupt noch nicht gut abgesichert. Die retrospektive Interpretation von physiologischen Befunden (z. B. Cortisoldysregulationen im Erwachsenenalter bei anamnestischer Feststellung einer kindlichen Traumatisierung) mit Rückschlüssen auf die Nachwirkungen etwaiger kindlicher Belastungs- und Traumaerfahrungen ergibt bislang noch keine verlässliche Ursachen-Folgen-Aufklärung, zumal die individuellen Verarbeitungsmuster in einem Spektrum zwischen Ausbildung von *Störungen* und Ausbildung von *Resilienzen* liegen. Es ist doch evolutionspsychologisch „logisch“, das frühe Gefahrenenerlebnisse, verbunden mit Stressphysiologien, „Spuren hinterlassen“, Aktivierungspotentiale und Bahnung, spezifische Muster der Genregulation hinterlassen, denn es sollen ja *Lernerfahrungen mit überlebenssicherndem Effekt* aus bedrohlich-traumatischen Erlebnissen resutieren. Wie viele Menschen in solchen Erfahrungen durch Copinghilfen, „*buffering and shielding*“ (Petzold 1995a, b, idem, Goffin, Oudhof 1993), funktionale coping styles und Resilienzen ausgebildet haben (bei denen sich dann die gleichen oder ähnliche neurobiologische Befunde objektivieren liessen wie bei den Vulnerabilisierten Traumaopfern mit klinisch relevanten Folgewirkungen) wissen wir nicht, weil in der Regel bei retrospektiven Untersuchungen selektiven prospektiven Untersuchungen nur die „Opfer mit Folgen“ erfasst werden, die erfolgreichen „*surviver*“ ohne Nachwirkungen einfach nicht erfasst werden – und es spricht viel dafür, dass es die überwiegende Mehrzahl der traumabetroffenen Menschen sind, blickt auf großen Bevölkerungsgruppen – z. B. die Mehrzahl der

⁹⁸ Herpertz-Dahlmann 2004; Hüther 1996; 1998, Hüther et al. 1999

im Zweiten Weltkrieg von dem deutschen Bombenterror betroffenen britischen Bevölkerung und der Bewohner deutscher und japanischer Städte, unter denen es im Flammensturm der alliierten Flächenbombardements (vgl. *Friedrich* 2002, Der Brand) hunderttausende von Toten, Verbrannten, Verstümmelten gab, auf schwerste Akuttraumatisierte durch Extrembombardierungen⁹⁹.

Voreilige generalisierende/übergeneralisierende Schlussfolgerungen über belastende Ereignisse und ihre eventuellen Nachwirkungen sollten derzeit nicht gezogen werden.

Grawe (2004) tut das m. E. leider in seinem, diese Forschungslage der Longitudinalstudien nicht beachtendem, kleinen und eher schwachen entwicklungstheoretischen Kapiteln zum Bindungsthema und zur „Entwicklung psychischer Störungen in der Lebenszeitperspektive“ (ibid. 1992ff, 351-360), denn er hat auf einen Mainstream *dyadologischer* Bindungsforschung in psychoanalytischer Tradition abgestellt. Er stützt sich deshalb stark auf Ergebnisse von Forschungen, die das „Adult Attachment Interview“ (*Main, Fonagy*) verwenden, das aus Interviews mit Erwachsenen auf deren frühen Bindungsstile schließen will, ein empirisch höchst fragwürdiges Unterfangen, das m. E. erhebliche Artefakte zu produzieren droht und sich nicht hinreichend an Normalentwicklungen orientiert, an *Salutogenese, protektiven Faktoren* und *Resilienzbildungen* – drei zentrale und für den Integrativen Ansatz wesentliche Konzepte (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2004), die in *Grawes* Werk fehlen. Er stützt sich damit nicht auf die empirische, entwicklungspsychologische Longitudinalforschung (*Rutter, Garnezy, Caspi, Hofstra* u. a.), sondern auf eine Bindungsforschung, die überdies eine gewisse Linearität und damit Kausalität der Bindungsentwicklung und einen sehr monolithen Bindungsbegriff vertritt. Ich hingegen nehme *nonlineare, multikausale* Verläufe in *polyadischen* Affiliationsverhältnissen bzw. *differentiellen* Formen der Relationalität an (z. B. in Kontakten, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten *Petzold* 1991b, 1993a, *Petzold, Müller* 2005) und zwar über die Lebensspanne hin. In diesem Ansatz werden in der Kindheit (und nicht nur in ihr) unterschiedliche „*bindungssensible Phasen*“ gesehen (Caregiver-Bindungen in der Primärumgebung und in der Schule, d. h. Eltern, Verwandte, Pflegepersonen, LehrerInnen, sowie Peer-Bindungen im Kindergarten, in der Schule, d. h. Freundschaften, Kameradschaften). Sie erfordern differentielle Umweltantworten, deren Bedeutung durch die einseitige Mutterfixierung des Großteils der Bindungsforschung bislang überhaupt noch nicht beachtet und deshalb unzureichend erforscht ist. Auch ist die Diskussion im Bindungsparadigma selbst weitergegangen (vgl. z. B. die Beiträge in *Streek-Fischer* 2004). Ich kann ihm hier nicht uneingeschränkt folgen, denn die Ergebnisse der „Bindungsforschung“ lassen sich in Sicht der Longitudinalforschung nicht sicher interpretieren (*Fonagy, Target* 2004). Das Konstrukt der verschiedenen „Bindungsstile“ ist überdies so sicher nicht ist. Spätere positive und negative Einflüsse im Lebenslauf werden in ihren Wirkungen bislang nicht gut genug erfasst, so dass moderne, empirieorientierte Bindungsforscher heute weder die uneingeschränkte Permanenz „*interner working models*“ (*Bowlby*) annehmen, noch die von der älteren Bindungsforschung suggerierte lineare Kausalität vertreten. Die Forschungsergebnisse rechtfertigen nicht, die Mutter-Kind-Bindung als Prototyp für spätere Beziehung zu sehen, so der Schluss des Übersichtsartikels von *Thompson* (1999). Nicht alle Risikofaktoren belasten Menschen in gleicher Weise, nicht alle können *protektive Faktoren* in gleicher Weise nutzen oder *Resilienzen* ausbilden (*Petzold, Müller* 2005). „Eine Vielzahl umfassender Literaturüberblicke zu diesem Thema [prägender Bindungen hat] unterstrichen, dass die Mehrzahl der Längsschnittuntersuchungen keine einfache Korrelation zwischen den frühen Beziehungen der Kindheit und der Haltung, die ein Individuum in anderen Beziehungen einnimmt, nachweist“ (*Fonagy, Target* 2004, 110). Bindungen – gute, schlechte, fehlende – sind zweifelsfrei von höchster Wichtigkeit, besonders im Nahraum der „Zwischenleiblichkeit“ wie ich in meinen Säuglings- und Keinkindforschungsarbeiten herausgestellt habe (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994), was Konsequenzen für die therapeutische Arbeit etwa im nonverbalen Bereich hat (*Petzold* 2004h). Das Beziehungsgeschehen ist aber in der frühen Kindheit schon nicht nur *dyadisch*, sondern wird als *polyadische* Netzwerkbindungen gelebt, in denen sich ein Kind mit seiner Umgebung regulieren lernt, *dynamische Regulationskompetenz* und *Regulationsperformanz* entwickelt, wie es das integrative Konzept sieht. Eine an *Bubers* Zwiegespräch orientierte, missverstandene Dialogizität übersieht, dass die Hominiden schon in ihren frühesten Formen Gruppenwesen waren, die „im Rund sitzend“ *polylogisch* nach vielen Seiten hin kommunizierten und dafür cerebrally ausgestattet waren bzw. dass sich ihre cerebrale Interaktions- und Kommunikationskapazität multilateral entwickelt hatte, was Konsequenzen für die Praxis von Therapie hat (Betonung von Gruppen und Netzwerkarbeit neben dyadischer Arbeit). Es muss also von der Fähigkeit zu *multiplen* Bindungs- und Beziehungsmöglichkeiten vom Frühbereich über die Lebensspanne hin

⁹⁹ *John Rawls* hat sie neuerlich für die Zeit ab 1943 als Kriegsverbrechen bezeichnet (Hiroshima und Nagasaki natürlich eingeschlossen). Vgl. *Der Standard*, 4. Aug. 2005, 1.

ausgegangen werden (Wäre dem nicht so, hätten Psychotherapeuten keine Chancen!). *Grawe* (2004) vertritt keine Netzwerkorientierung sondern letztlich eine einzelfallorientierte, dyadologische Position. Er greift leibtherapeutische Möglichkeiten (und es geht ja in der Regel auch um dysregulierte Leiblichkeit) praktisch nicht auf. Hier unterscheide ich mich.

Ansonsten sind aber die konzeptuellen Unterschiede zu *Grawe*, was die *neurowissenschaftliche bzw. neurobiologische Fundierung* von Therapie anbelangt, nicht gravierend. Sie können es auch nicht sein, weil die Neurobiologie (biologische Psychologie, physiologische Psychologie, Biopsychologie etc. ein Begriffschaos) als Metawissenschaft nicht übergehbare Grundlagen bietet. Dennoch kommt es natürlich darauf an, welche Schwerpunkte man setzt. Es findet sich bei modernen Integrationsansätzen eine hohe *Konkordanz* (ein Begriff, unter dem in der Biologie Übereinstimmungen in Bezug auf bestimmte Merkmale verstanden werden).

Was allerdings die Konklusionen aus den Ergebnissen neurobiologischer Forschungen für die Psychotherapie anbelangt, gibt es durchaus auch andere Gewichtungen. So hat der Integrative Ansatz noch stärker *neuromotorische* Perspektiven beigezogen – etwa im Anschluss an Forschungen zur Neurobiologie der Bewegung, Wahrnehmungs-Handlungskoordination (*Kelso* 1995; *Thelen, Smith* 1993), wie sie u. a. an meiner Abteilung an der FU Amsterdam durchgeführt werden (*Frank et al.* 2000; *Daffertshofer et al.* 2000), weiterhin zum Imitationslernen, wo *Banduras* Konzepte heute durch Forschungen zu den Spiegelneuronen abgestützt werden (*Stamenov, Gallese* 2003; *Rizzolatti et al.* 2001; *Gallese* 2001) und gerade auch für die nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie genutzt werden können (*Petzold* 2004h, *Sieper, Petzold* 2002). Diese Forschungslinie hat *Grawe* überhaupt nicht aufgenommen. Einigkeit besteht in der Regulation durch *Aktivierungs-* und *Hemmungsprozesse*, die auch bei Prozessen des imitativen Lernens zu Tragen kommen, aber für die Ausbildung komplexer Muster wie Selbstschemata, Identitätsvorstellungen, kognitiver Landkarten noch weitergreifenderer Modelle bedarf. Insbesondere für die Konstituierung einer reichen, hinlänglich stabilen und doch hinlänglich flexiblen, „plastischen“ Erwachsenenidentität sind komplexe Muster des „Lernens“ (*Spitzer* 2002; *Sieper, Petzold* 2002) erforderlich, für die die neuroanatomischen Entwicklungen in der Frühadolescenz wichtige Grundlagen schaffen. Für das Identitätserleben (*Petzold* 2001p, *Orth* 2000) ist auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und den eigenen Zukunftsentwürfen notwendig – auch für pathologische Identitätsentwicklungen und Selbstwertprobleme. Um- und Neubahnungen durch *Aktivierungen* und *Hemmungen* sind auf der Ebene des Übens von symptomgerichteten mehr oder weniger komplexer Verhaltensweisen in der therapeutischen Situation erforderlich und im Transfer – von uns besonders betont – in die Alltagswirklichkeit (4. *verhaltensmodifizierende* „Phase der Neuorientierung“ im „Tetradischen System“, *Petzold* 1971f, 1974g, 1988n, 2003a, 165f, siehe unten 6.1). *Grawe* (2004, 55f.) vertritt ein stark alltagsgerichtetes, längerfristig übendes Moment „für die Herausbildung *neuer* Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen“ (ibid.). Er liegt damit ganz richtig!

Wo sich Bahnungen stabilisiert haben, kognitive, emotionale und volitionale Muster sich ausgebildet haben, Aktivierungsbereitschaften sich etabliert, Genregulationen sich eingestellt haben, Handlungsschemata und Lebensstile sich als *komplexes Verhalten* – event. als *komplexe Störungen* – eingeschliffen haben, in „Fleisch und Blut übergegangen“ sind, so bietet nur monatelanges Umüben in vielfältigen Realkontexten die Chance auf Therapieerfolg (die im Therapieraum veränderten Muster generalisieren nämlich nicht so ohne weiteres in andere Kontexte, denn Lernen erfolgt höchst kontextspezifisch, *Petzold* 1995a,b).

Die Ergebnisse vieler Bindungstheoretiker (*Grossmann, Grossman* 2003), die *Grawe* m. E. unkritisch übernimmt – unkritisch, weil er u. a. Forschungen zu protektive Faktoren und Resilienzbildungen (*Rolf et al.* 1990; *Petzold, Müller* 2004) übergeht –, sind ausgesprochen deterministisch. Weder *Grawe* (2004) noch die der Bindungstheorie anhängenden (modernen) Psychoanalytiker (*Streek-Fischer* 2004), bieten indes überzeugende Konzepte und Methoden für „Umbahnungen“ durch systematische Hemmungsstrategien bzw. Implementierung von Alternativverhalten, besonders, weil sie die „*affordances*“ (*Gibson*) der Kontexte nicht verändern bzw. in Veränderungsmaßnahmen einbeziehen (für die Kindertherapie vgl. *Petzold* 1995a, b). Die durchaus vorhandene, immer wieder betonte Neuroplastizität müsste *spezifisch* genutzt werden, aber dazu findet man keine spezifischen praxeologischen Ausführungen, nicht zu reuen von ihrer Evaluation. Auch wissen wir kaum etwas darüber, wie weit diese Neuroplastizität geht, wie umfassend und wie nachhaltig Veränderungen implementiert werden können. Über eine gezielte Beeinflussung von dysfunktionalen Genregualtionen in Richtung funktionaler und heilsamer wissen wird fast nichts. Eine

technische Polypragmasie kann hier nicht die Lösung sein genausowenig wie eine Generalisierung spezifischer Techniken wie das EMDR, das man zunehmend auch bei anderen Störungen experimentierend einsetzt, ähnlich wie die Serotonin Wiederaufnahmehemmer. So erzielt an allenfalls „Zufallstreffer“, wo Systematik in der Erprobung von theoriegeleiteten Heuristiken und dann kontrollierte Studien gefragt sein. Das schlechte Ergebnis „bei komplexen Störungen über 50 Prozent“ (Grawe 2005a, 78) mag in solchem konzeptlosen Herumprobieren eine seine Ursachen haben. Die wenigen Interventionsprogramme (also nicht dyadische Verbaltherapien), die einige Effekte zu haben scheinen (vgl. Linehan 1993; Steele, Van der Hart, Nijenhuis 2004¹⁰⁰) umfassen komplexe, im Klinikkontext stattfindende und Alltagskontexte einbeziehende Maßnahmen, die durchweg „kombinatorisch-integrativ“ (Petzold 1992g) sind, psychodynamische, kognitiv-behaviorale, z. T. hypnotherapeutische Interventionen umfassen - natürlich bei langfristiger Therapiedauer und manchmal sozialtherapeutische Alltagshilfen und Empowermentansätze. Theoriegeleitetes und systematisches „normatives Empowerment“ gibt es selten (zu diesem integrativen Modell vgl. Regner 2005) und „evidenzbasierte“ Behandlungspraxen fehlen weitgehend, denn es gibt kaum Studien, die diesen Gütelevel erfüllen, und vor allen Dingen gibt es keine standardisierte Praxis, die sich als „best practice“ untersuchen ließe. Hoffmann stellt zutreffend fest, dass es für viele dieser schweren Störungen keine spezifischen Behandlungsformen gebe (Eckhardt-Henn, Hoffmann 2004, 149f, 151f). Charakteristisch sei, dass die Behandlungsansätze eher unspezifische Heuristiken sind. „Die verwendete Gesprächstechnik wird kaum dargelegt – sie scheint im Wesentlichen den Methoden zu entsprechen, in denen die Ärzte zufällig ausgebildet sind“ (ibid. 151). Angehörigengespräche, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags werden vage aufgeführt. Das alles klingt wie ein „unspezifisches Casemanagement“ (vgl. 5.2.1). Wir haben solche heuristischen, soziotherapeutischen Interventionen schon immer praktiziert, allerdings theoriegeleitet und mit längerfristigen, gezielten, systematischen Übungssequenzen des „Behaviourdramas“ und des „Transfertrainings“ verbunden – sowohl in der Geronto- und Suchttherapie (z. B. 1965, 1974g, 1977e, g, 1995a) als auch in der Psychotherapie bei damals so genannten neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (idem 1974j, 333, Abb. VI: „In der Phase der Neuorientierung wird ein Verhaltenstraining begonnen, das in übungszentrierten Parallelsitzungen [zur konfliktzentrierten Arbeit] ... fortgeführt wird“).

Die Erfahrungen mit Langzeitprozessen und Längsschnittperspektiven führten uns zu diesem Vorgehen *kontinuierlichen Übens*, um einen „*lifestyle reorientation*“ durch „*organized process facilitation*“ (s.u. 5.2.1) zu erreichen, denn darum geht es letztlich: nicht nur um das Verändern eines schmalen Verhaltenspatrons (etwa einer Tierphobie) oder um das Modifizieren einer komplexeren Störung (etwa einer Sozialphobie), sondern um Veränderungen des *Lebensstils* eines Menschen in der und über die Lebensspanne hin, was immer mit einer weitgreifenden Veränderung dieses Menschen in seinem Wahrnehmen, emotionalen Erleben, seinem Denken, Wollen und Handeln gleichbedeutend ist.

Mit einem solchen Hintergrundkonzept wird deutlich, dass es im Kontext einer **Integrativen Humantherapie** nicht nur oder primär um eine Um- und Neubahnung eng umgrenzter cerebraler Areale gehen kann, sondern um die Reorganisation von komplexen bzw. komplex vernetzten „funktionellen Systemen“ (Anokhin 1978) mit ihren beteiligten Partialsystemen, die sich **kontextbestimmt** und aufgaben- bzw. zielorientiert *selbst organisieren*, wie es Lurija (2001) mit seinem differenzierten und integrativen neuropsychologischen Ansatz aufgezeigt hat. Denn: „Die höheren psychischen Funktionen sind kompliziert organisierte funktionelle Systeme **sozialer Genese**. Deshalb ist jeder Versuch, sie in speziellen, eng begrenzten Abschnitten des Kortex oder in 'Zentren' zu lokalisieren, völlig ungerechtfertigt“ (Lurija 1970, meine Hervorhebung). **Humantherapie erfordert Beeinflussung und Veränderung von neurobiologisch gegründeten, höheren Prozessen von Gesamtpersönlichkeiten und ihrer Lebensstile, die mit diesen Prozessen unlösbar verbunden sind.** Solche höheren Prozesse, „spezifisch menschliche Formen psychischer Tätigkeit wie willentliche Aufmerksamkeit, aktives Gedächtnis und abstraktes Denken müssen als ein im Ursprung soziales Phänomen verstanden werden und als Prozesse, die im Verlauf des Beherrschens allgemein menschlicher Erfahrung ausgebildet werden“ (Lurija 1992), weshalb auch immer Veränderungen von Umwelt bzw. der *Gehirn/Subjekt-Umwelt-Passung* angezielt werden muss, wenn man Veränderungen von menschlichem Verhalten anstrebt – ein Aspekt, der bei Grawe (2004) weitgehend zu kurz kommt. Ein solches Konzeptualisieren hat auch therapiepraktische Konsequenzen, wie wir mit dem Konzept der „**process facilitated lifestyle reorganization**“ verdeutlichen (s. u.). In der von Vygotskij (1989) initiierten, kontextbezogenen Sicht verstehen wir wie Politzer (Petzold, Mathias 1983) Lebensprozesse als ein

¹⁰⁰ Letzere in der verstümmelnden und die Konzeption z. T. verändernden Übersetzung von S. O. Hoffmann (Eckhardt-Henn, Hoffmann 2004, 352ff).

dramatisches Geschehen (Politzer 1994, 1978), das sich immer in der Lebensspanne wieder neu unter neuen historischen Bedingungen inszeniert. Und *Lurija* (1992, 59) transportiert diesen Gedanken bis in die Neuropsychologie, wenn er affirmiert: das Soziale bildet „neue funktionale Systeme und benutzt dabei die biologischen Mechanismen, bezieht sie in neue Arbeitsweisen ein“ (ibid.). Deshalb ist die enge Verzahnung *biologisch-neurowissenschaftlicher* und *sozialwissenschaftlicher* Zugeweisen unverzichtbar (*Lurija* 1992). Das sind komplexe, nicht-reduktionistische Vorstellungen – *Lurija* (1976), der Neurowissenschaftler (*Vocate* 1987; *Jantzen* 1994), hat sich stets gegen den Reduktionismus gewehrt. „Diese Vorstellungen sind dem klassischen Assoziationismus, der Gestalttheorie, dem simplifizierenden Behaviorismus und der forschenden Tiefenpsychologie weit überlegen“ (*Lurija* 2001, 347). Ich teile diese Einschätzung, die wiederum Konsequenzen für die Praxis der psychosozialen Interventionen und für die Praxis von Forschung - bis hin zu therapeutischen und forschungsethischen Orientierungen - in diesen Bereichen haben. Therapeutische Arbeit wirkt (sie hat deshalb mitunter auch Nebenwirkungen, *Märtens, Petzold* 2002). jeder, der therapeutisch arbeitet, macht diese Erfahrung. Es gibt zumindest kleine Veränderungen, die beachtet, dokumentiert, gewertet werden müssen, um sie in konstruktiver Weise auszubauen. Um diese durchaus vorhandene „*face validity*“ von Therapiewirkungen empirisch solide abzusichern, müssten einerseits von Psychotherapiewissenschaft und klinischer Psychologie systematische „**Karriere-Begleitforschung**“ auf den Weg gebracht werden, denn über Karriereverläufe wissen wir noch viel zu wenig. Die Ausbildung von *krankheitsspezifischen* und *krankheitsgeprägten Lebensstilen* muss beachtet und in Diagnostik und Therapie eine angemessene Rolle spielen, gerade bei landauernden, chronifizierten Krankheitszuständen. Es müsste andererseits die „klinische Entwicklungspsychologie“ vermehrt mit weiteren prospektiven Längsschnittuntersuchungen früh und schwerpunktmäßig bei Risikogruppen (*Petzold, Hentschel* 1991; *Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Verhulst* 2004) ansetzen – allerdings mit Vergleichsgruppen von „low risk groups“. Kinder „at risk“ mit dissozialem Verhalten (Störungen des Sozialverhaltens SSV) bei ADS bzw. ADHD-Kinder zu untersuchen ist wichtig, denn der Anteil von Patienten mit diesen Störungen bei Erwachsenen (*Krause, Krause* 2003) etwa im Drogen- und Devianzbereich erscheint hoch. Dabei wird eine genderspezifische Perspektive in der Entwicklungspsychologie unerlässlich (*Baron-Cohen* 2003; *Bischof-Köhler* 2002; *Hurrelmann, Kolip* 2002; *Vogel* 2004 I; *Petzold, Sieper* 1998; *Spilles, Weidig* 2004) Die südholländische Längsschnittstudie (*Hofstra* et al 2002; *Verhulst* 2004), die Dunedin Longitudinal Birth Cohort Study (*Caspi* et al. 1996) bieten beeindruckende Zahlen. *Caspi* und Mitarbeiter konnten zeigen, dass Kinder von 3 Jahren mit Störungen des Sozialverhaltens (SSV) mit größerer Wahrscheinlichkeit im Alter von 21 eine antisoziale Persönlichkeit entwickeln, als Kinder mit einem normalen Verhaltensspektrum in diesem Kleinkindalter. Ähnliches zeigt die Forschungsübersicht von *Farrington* (1999) auch noch für das weitere Erwachsenenalter. Ein „*difficult temperament*“ (*Zentner* 1993; *Plomin, Dunn* 1986) ist nach den Befunden der Längsschnittforschung ein starker Prädiktor für spätere Dissozialität. Nur – über die Ursachen solcher schwieriger Temperamente wissen wir noch wenig. Die Erkenntnisse der „behavioral genetics“ (*Plomin* 2000, *Plomin, Dunn* 1986; *Plomin, Defries* et al. 2002) verweisen auf eine starke genetische Disposition. Verstärkende, abschwächende, kompensatorische Umwelteinflüsse spielen aber gleichfalls eine bedeutende Rolle, so eine schlechter sozioökonomischer Status. Die psychoanalytische Fixierung auf die Mutter-Kind-Dyade – deren Wichtigkeit unbestritten doch nicht allumfassend ist – muss indes einer weitergreifenden Betrachtung Platz machen, denn so ist sie fehlgeleitet, fehlleitend: einerseits einer romantisierenden (z. T. kryptoreligiös-mariologischen) Mutter-Überhöhung verschrieben, einer höchst ambivalenten allerdings, andererseits einer regressionssehnsüchtigen Weinerlichkeit, die wiederum in nicht reflektierter Ambivalenz in der „Kur“ durch „Versagung, Entbehrung, Abstinenz“ (vgl. *Freud*) behoben werden soll. Ganz anders ist da die Konzeption *Ferenczis* (1988, vgl. *Nagler* 2003). Prekäre Sozialsituationen, gestörte Caregiver-Kind-Relationen in Nahraumzonen von sozialen Netzwerken, darum geht es! Es geht um Caregiver (Plur.), die damit keine Schutzfaktoren bieten, Shielding- und Buffering-Funktionen wahrnehmen und so Resilienzbildungen verhindern (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2005). Solche Konstellationen müssen anstelle eines dominanten traditionellen Paradigmas tiefenpsychologischer Dyadologie in die Betrachtungen einbezogen werden. Die von *Moffitt* (1993) aufgrund der Längsschnittstudien aufgezeigten beiden Entwicklungstrajekte, nämlich

"Der Patient faßt die ihm *aufgezwungene* Situation gewöhnlich als *Entbehrung* auf" (*StA* 1989 S. 193, meine Hervorhebungen), aber "*Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung - Abstinenz - durchgeführt werden ... Sie erinnern sich daran, dass es eine Versagung war, die den Patienten krank gemacht hat ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden der Kranken in irgend einem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermäßigt worden ist, müssen wir es irgendwie anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten*" (*Freud, S., Wege der psychoanalytischen Therapie* 1919, Studienausgabe, *StA Fischer, Frankfurt* 1975, Ergänzungsband, 1989 S. 244f, Hervorhebungen im Original).

1. durchgängig persistierende Muster antisozialen Verhaltens, und
 2. auf die Adoleszenz beschränkte – in der Frühadolezenz beginnende, in der Spätadolezenz verschwindende – Muster dissozialen Verhaltens lassen diagnostisch und indikativ wichtige Vorentscheidungen zu: *langzeitig persistierende Störungen haben eine schlechtere Prognose*. Auf jeden Fall erfordern sie eine intensivere, tiefgreifendere und breitgreifende Hilfeleistung als Kurzzeitinterventionen. Da mit dem *Chronifizierungsgrad* und dem sich in der Adoleszenz verschärfenden Devianzaspekt mit seinen gravierenden Negativfolgen (Jugendstrafen, Knastsozialisation), die Rehabilitationschancen beeinträchtigt werden, sind unbedingt früh ansetzende und in diesem Frühbereich lang andauernde Maßnahmen die Wege der Wahl. Da aufgrund der *hohen Neuroplastizität* junger Menschen (Neuroplastizität bleibt indes über die gesamte Lebensspanne erhalten) und auch dieser Risikogruppen sowie der großen *Milieusensibilität* von Kindern und Frühadolezenten, da weiterhin aufgrund der starken Entwicklung des präfrontalen Kortex in dieser Periode sich ein ausgesprochen wichtiges Interventionsmilieu ergibt, müssten gefährdete Kinder und Jugendliche gerade in dieser „*sensiblen Phase* der späten Kindheit, Pubeszenz und Frühadolezenz“ behandelt und betreut werden: in stationären, altersgemäßen, heilpädagogischen und kindertherapeutischen Lebens- und Erziehungsräumen als „*schützenden Inseln*“, „*Soziotopen*“, „*safe places*“, wie integrative Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen stets betont haben (Metzmacher, Petzold, Zäepfel 1996); Katz-Bernstein 1996).

Für das zweite Trajekt der Adoleszenzproblematik nach Moffitt (1993) ergibt sich, dass die *Adoleszenzphase keineswegs nur von der Frühsozialisation bestimmt* ist, wie der psychoanalytische Diskurs zur Jugendphase suggeriert (gesättigt mit Jugend-Biasses, vgl. Blos 1979; Bohleber 2004, 233). Die Adoleszenzphase selbst ist in höchstem Maße *als solche* entwicklungsrelevant, was verstellt wird durch eine „frühe Schäden, späte Folgen“-Logik traditioneller Psychoanalyse, auf die *Grawe* der Sache (nicht der Begründungslinie) nach mit einer einseitigen Interpretation entwicklungsneurobiologischer Forschungsergebnisse einschwenkt - allerdings mit völlig anderen Konsequenzen für die Praxis von Therapie, mit denen wir wieder einig gehen, z. B. in der Betonung der *übenden Praxis* zur Etablierung neuer, stabiler Bahnungen. *Adoleszenzentwicklung und -sozialisation sind zweifelsohne prekär*; d.h. gefährdet **und** chancenreich. Deshalb ist es von höchster Wichtigkeit, dass der *adoleszente Entwicklungsraum*, das *Adoleszenzsegment* der Lebenskarriere (vgl. Scheiblich, Petzold 2005) von Gelingen und nicht von Scheitern bestimmt ist. Im Bereich der Drogenhilfe und Suchtkrankentherapie haben wir es beispielsweise überwiegend mit jungen Menschen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu tun, bei denen dieses Karrieresegment in massiver Weise von Scheitern bedroht ist, was Folgen für große Strecken der Erwachsenensegmente, ja für die gesamte Lebenskarriere haben kann. Hier nämlich verschwinden die *passageren adoleszenten Probleme* und Störungen nicht, sondern entwickeln eine „maligne Persistenz“, und das muss mit allen Mitteln verhindert werden.

Das Drei-Wege-Modell von Loeber und Hay (1994) spezifiziert das Modell von Moffitt, indem es die Perspektive von offenen, d. h. gut zu beobachtenden und verdeckten, eher an geringfügigen oder versteckten Verhaltensweisen festmachbaren Wegen einführt. Es bedarf aber noch Untersuchungen von größerer Feinkörnigkeit, um klinisch relevant werden zu können, ansonsten kommt man wieder in den Wust tiefenpsychologischer Interpretationen, deren entwicklungspsychologischer und sozialisationsfaktischer Hintergrund fragwürdig bleibt. Die Longitudinalstudie von Loeber, Farrington, Waschbusch (1998) zeigt beeindruckend, dass verdecktes, dissoziales Verhalten und emotionale Probleme in Kindheit und Jugend ein Prädiktor von dissozialem Verhalten im Erwachsenenalter sind. Welche Rolle disruptive, problembelastete Netzwerke bzw. Konvois in diesen Entwicklungen spielen, muss noch stärker herausgearbeitet und untersucht werden. Hier besteht großer Forschungsbedarf, wie auch die holländische Längsschnittstudie von Hofstra (et al. 2002a, b) deutlich macht. Längsschnittstudien zeigen – was Gefährdungs-, Störungs- und Remissions- bzw. Rehabilitationspotentiale anbelangt – deutliche Genderdifferenzen, aber auch Verschiedenheiten, was den Beginn von Schädigungen und Störungen anbelangt. Die Studien besagen, dass die Prognosen schlechter sind, wenn die Probleme früh beginnen, was nicht unbedingt bedeuten muss: früh = schwerwiegend. Es *kann* das bedeuten. In der Regel heißt es aber: die Negativkarriere ist besonders lang und deshalb auch in den einschreibenden, bahnenden Wirkungen besonders nachhaltig, wenn protektive Faktoren nicht ausgleichend oder kompensatorisch wirksam werden konnten. Ein weiteres Ergebnis muss beachtet werden: die Wahrscheinlichkeit langanhaltender und schwerer Störungen ist umso größer, je *mehr Probleme vorliegen* (Loeber, Hay 1994; Verhulst 2004). Wir haben dann genau die Situation, die wir in „*high risk environments*“ und einem „*continuum of casualties*“ vorfinden (Rolf et al. 1990; Petzold, Goffin, Oudhof 1993), wo eine Vielzahl von Risiko- und Belastungsfaktoren zum Tragen kommen, Defizite an

Ressourcen und personalem Support vorliegen bei Abwesenheit von Schutzfaktoren (vgl. meine entsprechenden, differenzierten Pathogenese-Salutogenese-Modelle *Petzold 1992a/2003a*). Wie wichtig es ist, diese multifaktoriellen Bedingungen mit zu berücksichtigen zeigen die Ergebnisse der südholändischen Studie, wo *Frank Verhulst (2004, 219f)* zu der Konklusion kommt:

„Es gab auch Ergebnisse, die nicht dem entsprachen, was man erwarten würde. Obwohl aggressives Verhalten persistiert, ist es nur schwach assoziiert mit späteren Störungen des Sozialverhaltens, wenn *andere Einflussfaktoren ausgeschlossen* worden sind. Das gleiche gilt für Aufmerksamkeitsprobleme, die *nicht zwangsläufig* spätere Störungen des Sozialverhaltens voraussagbar machen. Mehr Forschung ist notwendig, um bessere Einsichten in die verschiedenen Entwicklungsverläufe zu bekommen, die bei Kindern zu dissozialem Verhalten führen. Dies könnte uns helfen, gefährdete Kinder in einem frühen Alter zu erkennen, und es könnte dann auch besser verstanden werden, welche Faktoren Kinder gefährden und welche Faktoren sie davor schützen, abweichende Wege einzuschlagen. Dieses Wissen könnte uns dabei helfen, wirksame Präventions- und Behandlungsprogramme zu entwickeln. Eine solche Forschung sollte auch auf die vielfältigen *Risiko- und Schutzfaktoren* abzielen und *durch viele Personen* – einschließlich dem Kind selbst, Eltern und Lehrer – bewertet werden“ (ibid. 220, meine Hervorhebungen).

Das Ausschließen oder Einschließen von „vielfältigen Einflussfaktoren“ ist eine Schlüsselfrage, die verlangt, dass Kontexte, Netzwerke, Konvois (*Antonucci, Akiyana 1994; Hass, Petzold 1999, Ochs, 2005*) auf pathogene und salutogene Potentiale *longitudinal* untersucht werden. Retrospektiv auf Erinnerungen an Bindungserfahrungen zu setzen, wie die Untersuchungen, die mit dem „Adult Attachment Interview“ (AAI) durchgeführt werden (so die Untersuchung von *Buchheim und Strauss 2002*), haben schwerwiegende methodische Probleme, denn es können nur aktuelle Repräsentationen erfasst werden, keineswegs aber die Wege der tatsächlichen Bindungsgeschichte. Eine Zuordnung zu den „fünf Bindungstypen“ der traditionellen Bindungsforschung, die selbst sehr diskutabel sind, aufgrund dieser Interviews werfen nochmals etwa aus der Sicht der Gedächtnisforschung Probleme auf, praktisch unlösbare, was ihre Objektivität, Gültigkeit und Zuverlässigkeit angeht. Außerdem wird durch die dominante Stellung der Mutter-Kind-Bindung komplexes Beziehungsgeschehen dyadologisch vereinseitigt und nicht gesehen, dass schon ein Säugling *polyadisch* differentielle Beziehungen zu unterschiedlichen Caregivern unterhält – das Kleinkind und Kind ohnehin. Diese Fähigkeit zu *multiplen Bindungen* und *differentiellen Bindungsqualitäten* behalten und praktizieren Menschen über ihr Leben hin (durchaus mit genderspezifischen Ausprägungen). Eine Differenzierung von Relationalitätsmodalitäten (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- Bindungsfähigkeit, vgl. *Petzold 1991b, Petzold Müller 2005*) geht dieser Bindungsforschung ohnehin ab. So wurden mit dem AAI – ein Instrument voller problematischer Prämissen – zahlreiche Studien durchgeführt, deren empirischer Gehalt indes fragwürdig ist und die zu Aussagen führen, die eigentlich nur mit feinkörnigen Longitudinalstudien zuverlässig belegt werden könnten, und bei den Längsschnittforschern ist man auf einem guten Wege, aber noch weit entfernt von Sicherheiten, wie die erwähnten Längsschnittuntersuchungen zeigen. Deshalb hat es mich gewundert, wie sicher sich *Grawe (2004, 207 ff)* mit seinem Rekurs auf die Bindungsforschung gibt und wie wenig kritisch er das Bindungsparadigma mit dem Blick auf Längsschnittforschung und Säuglingsforschung rezipiert. Das nährt ein Festhalten am Paradigma *linearer Kausalitäten*. Eine solche Position, sei sie nun psychoanalytischer Provenienz (*Freud, Bion, Bowlby*) oder entwicklungsneurobiologischer oder „neuropsychotherapeutischer“ (*Grawe*), bietet beim derzeitigen Stand unseres Wissens keinen sicheren Boden. Eine Aussage wie: „Mach dir bei *jedem* Patienten erneut klar, dass vor dir ein Mensch sitzt, der mit *großer Wahrscheinlichkeit als Kind* negative Bindungserfahrungen gemacht hat ...“ (*Grawe 2004, 437*, meine Hervorhebung) kann aus integrativer Sicht vor dem Hintergrund von Longitudinalforschung, mit dem Wissen der Traumaforschung (man denke an das Heer der erwachsenen Kriegs-, Flucht-, Unfall-, Überfall-Traumatisierten) in dieser Übergeneralisierung *nicht geteilt werden*. Nochmals: Wären diese an früher und/oder späterer Stelle in ihren Biographien schwer geschädigten Menschen, die durchaus dysfunktionale (für sie subjektiv protektive) Bindungs- und Beziehungsstile entwickelt haben können, nicht auch zu anderen Relationsmodalitäten (*Petzold, Müller 2005*) fähig, so hätte Psychotherapie keine Chance.

Dass „zwischenleibliche“ Geborgenheit, stimmige „*Tonusdialoge*“ (*dialogue tonique*, so schon *Ajuriaguerra 1962, 1970*) von *Babyzeiten über die Lebensspanne* von größter Bedeutung sind (*Lurija 2001*), haben unsere Arbeiten mit Säuglingen, psychiatrischen PatientInnen und Alterspatienten ergeben (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). Dass Zwischenleiblichkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsprozesse) auch eine hohe therapeutische Relevanz hat, steht außer Zweifel und hat für die Arbeit mit traumatisierten und multipel belasteten Menschen klare methodische Konsequenzen, was etwa die Verwendung von nonverbalen Therapieelementen, Leibtherapie, Trauer- und Trostarbeit in allen Lebensaltern angeht¹⁰¹, vor allem aber was die Achtsamkeit bezüglich *potentieller Schutzfaktoren* betrifft.

¹⁰¹ *Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; Petzold 2000g, 2000j, 2004h, 2004l, 2005d*

Auf dem Boden der Longitudinalforschung hat der Integrative Ansatz als erstes Psychotherapieverfahren die Fragen der Risiko- und Schutzfaktoren in die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eingeführt¹⁰² – dann auch in die Erwachsenen- und Gerontotherapie¹⁰³ – und für die Drogen- und Suchttherapie mit dem Konzept der „Karrierebegleitung“¹⁰⁴ fruchtbar gemacht.

Es muss dabei unterstrichen werden, dass die Entstehungsbedingungen der Ausbildung von vielen Störungen durch Longitudinalstudien noch nicht gut und vor allen Dingen nicht spezifisch erforscht sind. Forschungsergebnisse auf dem heutigen Stand sind vorsichtig zu verwerten und werden nur *die klinische Hypothesenbildung im Einzelfall unterstützen*, und bei dieser darf man nicht nur auf den Frühbereich abstellen, denn auch spätere Negativerfahrungen (etwa auf dem Straßenstrich oder in der Obdachlosigkeit in Drogenkarrieren oder das Leben mit einem gewalttätigen Partner oder einem ADHS-Kind oder einen schwer verwirrten Alzheimer-Vater, der in der Familie gepflegt wird etc.) können schwer wiegen. **Veränderungswirksame Erfahrungen können ohnehin nur durch spezifisches, Neubahnungen ermöglichendes Erleben und Handeln in sich verändernden Lebensstilen und veränderten Lebenskontexten gewonnen werden.** Außerdem ist noch überhaupt nicht klar, wie über sektorielle Verhaltenssegmente der Gesamtpersönlichkeit – z. B. Angstverhalten bei Angststörungen, die ja gut therapeutisch im „Hemmungsparadigma“ zu beeinflussen sind – hinausgehende Eigenheiten und Störungen dieser hochkomplexen Realität „Gesamtpersönlichkeit“ *neuropsychotherapeutisch* gezielt beeinflusst und verändert werden können – im rechtlich unerlässlichen „*informed consent*“ mit dem Patienten/der Patientin und in „*therapieethisch*“ legitimierbarer Weise (zwei Begriffe, die im Schlagwortverzeichnis von Grawe 2004 leider fehlen). Wie solche komplexe Veränderungen im einzelnen zu bewerkstelligen sind, darüber fehlen uns noch *harte* neurobiologische Forschungsdaten. Grawe kann sie nicht (noch nicht?) vorlegen für seine Behandlungsstrategien – viele sind durchaus sinnvoll und finden sich ähnlich im Praxisfundus der IT. Wichtig ist: er gibt konsistente, an bestimmte Orientierungen des neurowissenschaftlichen Paradigmas (er greift es keineswegs in der ganzen Breite ab) *anschlußfähige* Konzepte und Praxen.

Im neurobiologischen Konzept des „Informierten Leibes“ der Integrativen Therapie sind wir etwas anders orientiert als Grawe (Petzold 2000j, 2004h), zielen aber in ähnliche, z. T. gleiche Richtungen: Um- und Neuorganisation neuronaler Bahnungen, Netze, neuronaler Landkarten (Spitzer 2001). Unterschiede liegen in den Momenten der **Leib-, Netzwerk- und Sinnorientierung**, die mit der unverzichtbaren evolutionsbiologischen und evolutionspsychologischen Fundierung versehen sein müssen (Petzold, Orth 2004b). Bei Grawe findet sich zu diesen zentralen Wissensständen¹⁰⁵ nichts, und Darwin ist ihm in seinem Buch keine Nennung wert. Und auch in der neurobiologischen Fundierung sind neben vielen übereinstimmenden Positionen (Bezug zu LeDoux und Damasio) von mir auch andere Akzente gesetzt etwa mit der Entwicklungsneuromotorik, wie sie Anokhin (1967) – er erarbeitete schon früh ein Konzept der Systemregulation –, Bernstein (1967), Lurija (1973), Zaporozec (1990) vorbereitet hatten, und wie sie in der neuromotorischen Forschung und Praxis weitergeführt und umgesetzt werden¹⁰⁶.

Die longitudinale Entwicklungsperspektive, bei der Grawe eigenartiger Weise an die eher psychoanalytisch orientierte Bindungsforschung anschließt, wird von uns an Achenbach, Garmezy, Lewis, Rutter, Chicetti, die Protagonisten der *developmental psychopathology* oder die klinische Entwicklungspsychologie (Herpertz-Dahlmann et al. 2004; Oerter et al. 1999) rückgebunden – Forschungslinien, die bei Grawe gänzlich fehlen, einer „psychologischen und neurowissenschaftlichen Psychotherapie“ aber gut anstehen. Man muss überdies Lebensläufe *insgesamt*, nicht nur im Frühbereich, verstehen. Die deutsche Psychologie hat hier mit großen, international beachteten Längsschnittstudien (die Bonner von Thomae und Mitarbeitern und die Berliner von Baltes und Mitarbeitern) Bedeutendes beigetragen. Solches Wissen, das auch über die „Psychologie des Erwachsenenlebens“ eine Fülle von Forschungsdaten generiert hat (Mayring et al. 2005) muss in die klinische Theorienbildung und Methodenentwicklung einfließen, um dann praxisrelevant zu werden. Dafür ist die von mir Ende der sechziger Jahre im integrativen Kontext entwickelte Methode des **Lebenspanoramas** (Petzold, Orth 1993; Flinks 2004) ein gutes Beispiel. Sie nimmt Bezug auf eine *Lebenslaufperspektive*, seit Mitte der siebziger Jahre explizit mit Referenz zum „life span development“ (in Kindertherapie und Gerontotherapie). Das ist für die auf das Hier-und-Jetzt zentrierte Gestalttherapie ein fremder Gedanke. (Hartmann-Kottek 2004, die die Panoramamethode an unserem Institut kennen lernte,

¹⁰²Petzold, Goffin, Oudhoff 1991/1993; Petzold, Müller 2005

¹⁰³Müller, Petzold 2003, 2003a; Petzold, Müller 2003; Petzold 2005a

¹⁰⁴ Petzold, Hentschel 1991; Heinermann, Kind 1998; Scheiblich, Petzold 2004.

¹⁰⁵ Buss 1999, 2994; Mysterud 2003; Corballis, Lea 1999

¹⁰⁶ Berthoz 2000; Salvesbergh 1993; Stamenov, Galese 2002; Petzold 1995a,b; van der Mai, Petzold, Bosscher 1997

schlägt sie neuerlich ohne Quellennennung und ohne den Longitudinalbezug der Gestalttherapie zu). Die Panorama-Methode schließt explizit an die Wissensstände der Longitudinalforschung an (Petzold, Orth 1993) und ermöglicht eine recht zuverlässige Bestandsaufnahme belastender, *pathogener* und *salutogener* Ereignisse, von Risiko- und Schutzfaktoren. Das Wissen um sie ist nützlich, um eine *sinnhafte Selbstinterpretation des eigenen Lebens* (Dittmann-Kohli 1995; Petzold, Orth 2005, 2004b) zu ermöglichen, die für Lebenszufriedenheit, Belastungsfähigkeit und damit auch für Gesundheit wesentlich ist. Grawe (2004) wird hier mit seiner Geringstellung biographischer Arbeit (erster und zweiter Weg der Heilung und Förderung, Petzold 2003a, Petzold, Orth, Sieper 2005) unnötig reduktionistisch. Wir stimmen ihm aus integrativer Perspektive allerdings in Folgendem zu und haben dies stets vertreten (allerdings auf dem Boden der Arbeiten der russischen Physiologen Lurija, Anokhin u.a., Sieper, Petzold 2002), dass Veränderungen von Störungen, denen *Fehlbahnungen* zugrunde liegen, nur durch ein *Neuerfahren und Umüben in der Gegenwart* erreicht werden können. Es geht um die Ermöglichung von *Neubahnungen* (Petzold 2002j) aufgrund *korrigierender* (2. Weg) und/oder *alternativer* (3. und 4. Weg) kognitiver, emotionaler, volitiver Erfahrungen, die zu differenzieren sind¹⁰⁷ bzw. durch Arbeit in der erlebniszentrierten und der übungszentrierten Modalität.

„Die neurowissenschaftliche Betrachtung psychischer Störungen führt zu einem etwas paradoxen Schluss: Die wichtigsten Ursachen psychischer Störungen liegen in der frühen Kindheit [kann ich so grob generalisierend nicht teilen H.P.], aber der Blick in die Vergangenheit bringt nichts [auch das „nichts“ teile ich nicht H.P.] für die Veränderung ihrer Grundlagen. Veränderung wird nur bewirkt durch reale Erfahrungen in der Gegenwart [wo sonst?], welche die damals grundgelegten neuronalen Strukturen in neue überführen“ (Grawe 2004, 359).

Klar ist, ohne Veränderungen von *Performanzen* hier und heute (2., 3., 4. Weg) – so die komplexe neurowissenschaftlich ausgerichtete Lerntheorie des Integrativen Ansatzes (Sieper, Petzold 2002) – gibt es keine grundsätzliche Veränderung von Verhalten und Haltungen. Grawe schlägt ein Modell der „*Kompetenzregulation*“ für gesundes Funktionieren und das Konzept der „*Inkonsistenz*“ als Störungsursache vor. Man denkt sofort an Antonovskys Theorie, seinen „*sense of coherence*“ (Autor und Theorie fehlen erstaunlicherweise bei Grawe!), auf den die Integrative Gesundheitstheorie neben anderem rekurriert (Petzold 1992a/2003a, 448f, Lorenz 2004). In der Integrativen Therapie vertreten wir das Prinzip der „*dynamischen Regulationskompetenz und Regulationsperformanz*“ (Scheiblich, Petzold 2005; Petzold, Orth Sieper 2005). Um das aber – Grawes und meinen Ansatz *detaillierter*, über die innovative Modellbildung hinausgehend – zu verstehen und dann vielleicht wirklich gezielt und spezifisch statt unspezifisch interventiv zu nutzen, durch Wirksamkeits-/Nebenwirkungsforschung (evidenzbasiert) positiv bestätigt, bis dahin wird noch ein weiter Weg in der Grundlagenforschung und einer neurobiologischen Therapieeffektforschung (Schiepek 2003) zu gehen sein. Wir machen uns da auf den Weg (Leitner 2005).

5.2 Das Integrative Modell „biopsychosozialökologischer“ Humantherapie: „fünf anthropologische Orientierungen“ als Basis komplexer Behandlungsstrategien

Aus einem breit ausgreifenden Kulturbewusstsein und einem recht umfassenden kulturgeschichtlichen, natur-, geistes- und sozialwissenschaftlichen Bildungsstand bin ich, unterstützt von Johanna Sieper, Ilse Orth – später dann von vielen KollegInnen – stets bewusst über ein Konzept von „*Psycho-therapie*“ hinausgegangen, habe absichtsvoll von „**Integrativer Therapie**“ (nur in Spezialbedeutung von Integrativer Psycho-therapie) gesprochen, die sich aufgrund ihrer anthropologischen Fundierung deshalb als „**Humantherapie**“ (Petzold 1970c) versteht und durchaus auch als „*Kulturarbeit*“ (Petzold 1988n, 2003e). Denn der Mensch ist das einzige kulturschaffende Tier, das Wesen, das Natur kultiviert und damit Natur verändert (die eigene wie die um- und mitweltliche Natur und das gerät manchmal zur Zivilisation, Kolonisierung, ja Naturzerstörung). **Hominisation** über die Evolutionsgeschichte heißt **Kulturation**, die Ausbildung vielfältiger Kulturen - *das* ist die „*Artenvielfalt*“ der Hominiden des Sapiens-Sapienstypus, dieses *homo migrans* (Petzold 2005t; Petzold, Orth 2004b), dessen *WEGE* jeden Winkel der Welt erreichten und dessen Siegeszug die übrigen Hominiden nicht überlebten¹⁰⁸. Der Kulturationsprozess ist irreversibel, sieht man von der Möglichkeit einer globalen atomaren Katastrophe ab, mit der wir uns in devolutionärer Dynamik „zurück in die Steinzeit zurück bomben“ könnten (Petzold 1986h) oder vom zerstörerischen Einschlag eines Megameteoriten, dessen Folgen Gegenstand der neueren Fiction-Literatur ist¹⁰⁹. Einen „*retour à la nature*“ (Rousseau) gibt es nicht, auch wenn das romantizistisch in den Ideologien

¹⁰⁷ Petzold 1988n, 1992a/2003a, 695f, 1012

¹⁰⁸ vgl. Keeley 1996; Tattersall 1997, 2002

¹⁰⁹ Lewis 1995, Vaas 1997; zum Fiction-Thema vgl. die Serie „*Maddrax. Die dunkle Zukunft der Erde*“, Bastei, www.Maddrax.de

verschiedener humanistisch-psychologischer Therapieformen und verschiedenen Spielarten der „counter culture“ vertreten wird (dem „back to the natural body“ in Lowens Bioenergetic, dem „wisdom of the organism“ in Perls' Gestalttherapie). Indes: „Alle wollen zurück zur Natur, aber keiner zu Fuß“. Wohl aber muss es ein „hin zur Natur“ geben, zu einem „ökosophischen“ Umgang mit Natur (Petzold 1992a, 434), denn geht es darum, Natur an Kultur zu vermitteln in den Prozessen der *Enkulturation* (Fend 1971), die jeder Mensch heute in seiner Ontogenese und Sozialisation zu durchlaufen hat.

Die integrative anthropologische Position nimmt in ihrer „Grundformel“

„den Menschen in seiner **leiblichen Realität**, ... in seiner **emotionalen Realität**, ... in seiner **geistigen Realität** ernst... Der Mensch ist eben körperliches, seelisches und geistiges Wesen in einer je gegebenen **Lebenswelt**“ (Petzold 1965, 16/1985a, 29f). Er ... „ist zugleich exzentrisches Leibsubjekt und als Leib zentriert in der Lebenswelt, ausgestattet mit exzentrischem Bewußtsein und zentriert in unbewußten cerebralen Prozessen. Als Lebendiger ist er in motorischer, emotionaler, geistiger, sozialer Bewegung, aus der er Sinn konstituiert“ (idem 1970c, 2). Der „Mensch ist als Mann und Frau Körper-Seele-Geist-Wesen, also Leib-Subjekt in der sozialen und ökologischen Umwelt, d. h. in der Lebenswelt, und gewinnt in der bewussten und unbewussten polylogischen Interaktion von 'Du, Ich, Wir' in Kontext und Kontinuum des Lebens seine Subjekthaftigkeit und Personalität“ (vgl. Petzold 2003e)

Eine solche Sicht des Menschen in **fünf Dimensionen** hat Konsequenzen für differenzielle und integrative therapeutische Arbeit als eine **Humantherapie** mit fünf „**anthropologischen Orientierungen**“, wie ich sie schon früh umrissen und praktiziert habe bzw. praktiziere¹¹⁰:

- **I. Körperliches** benötigt *Somatotherapie* (z. B. Bewegungs-, Sport-, Atemtherapie, Diätetik, Gesundheitsberatung, idem 1974j, 1988n, 2004h),
- **II. Seelisches** erfordert *Psychotherapie* (z. B. Beziehungsarbeit, konfliktzentriert-aufdeckende, erlebnisaktivierende, verhaltensübende Arbeit, Biographiearbeit ggf. unter Verwendung von Methoden aus Psychodrama und Gestalttherapie, Verhaltensmodifikation, aktiver Analyse, idem 1988j, 1992a/2003a, 2001b, Petzold, Müller 2005),
- **III. Geistiges** bedarf *Nootherapie* (Sinngespräch, meditative Übung, ästhetische Erfahrung, kreatives Gestalten, idem 1983e, Petzold, Orth 1990, 2005)
- **IV. Soziales** braucht *Soziotherapie* (Netzwerk-, Familientherapie, Projektarbeit, Agogik idem 1974b, 1997c, 2004a, Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Erhardt 2005)
- **V. Ökologisches** verlangt *ökologische Interventionen* (Stadtteilarbeit, microecologic modeling/Wohnraum-/Gartengestaltung, Landschaftserfahrung, ökopyschosomatische Praxis, tiergestützte Therapie, idem 2004a, 2005a, Petzold, Zander 1985; Petzold, Orth 1998b).

Das alles ist über die Jahre methodisch ausgearbeitet worden für den „differentiellen und integrierten“, für den „konzertierten“ Einsatz, wie er besonders in der Kinder- und Jugendlichen-therapie (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996), Drogentherapie (Petzold 1974b, Petzold, Schay, Scheiblich 2005), Gerontotherapie (idem 1985a, 2004a, 2005a) in interdisziplinärer institutioneller Arbeit konkret umgesetzt wird, aber auch von *wirklich integrativ* arbeitenden Therapeuten in ihrer Praxis mit kooperativen kollegialen Netzwerken realisiert wird. Der Ansatz ist also keineswegs nur Programmatik, er ist es aber auch, denn leider greifen keineswegs alle „Integrativen Therapeuten“ so weit aus, auch wenn es indiziert wäre. Die klinische Logik des Ansatzes sei nochmals verdeutlicht, wenn er im Unterschied zu der aktuellen klinischen *Mainstream-Psychologie* und *Richtlinien-Psychotherapie* breitere und u. E. „menschen- und patientengerechtere“ Positionen für eine komplexe Praxis vertritt – und das erachte ich als höchst innovativ. Sehr oft haben wir es ja mit PatientInnen zu tun, die eigentlich „zu spät“ in die Behandlung kommen, denn heute ist unbestrittenes Forschungsergebnis: je früher eine Störung behandelt wird, desto besser sind die Heilungs-, Rehabilitations- und Reintegrationschancen. Denn darum geht es, dafür zahlen die Kostenträger, nämlich für drei Ziele:

1. für die Wiederherstellung der Gesundheit; 2. für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die keineswegs immer mit dem Ziel 1 zusammen erreicht wird. Das ist ein häufiger Fehlschluss und hier wird in der Regel zu wenig investiert (auch von den PsychotherapeutInnen, die sich oft für dieses Ziel nicht zuständig sehen); 3. für die soziale Reintegration in Familie und geordnete

¹¹⁰ vgl. Petzold 1970c, 1974k, 1988n, 2003a; Petzold, Orth 1997c

Wohn- und Lebensverhältnisse. Und auch das ist keineswegs immer mit der Gesundung im Sinne einer Beseitigung oder substantiellen Verminderung der Symptomatik gegeben.

Bei Ersterkrankungen mit schwerer Symptomatik sind möglichst „alle Register zu ziehen“, um eine Chronifizierung oder erneute Erkrankung zu verhindern. Nachhaltig wirkende Behandlung ist angesagt. Psychische und psychosomatische Störungen und belastende soziale Probleme sind in der Regel Folge **habitualisierter „dysfunktionaler Lebensstile“ und Lebenssituationen**. „Nachhaltigkeit“ kann oft nur erreicht werden, wenn ein Patient bereit ist und dazu motiviert werden kann, „sein Leben zu ändern“ – für seine Zukunft, für seine Gesundheit, sein Lebensglück und das seiner nahen Mitmenschen. Für die Therapeuten heißt das aber, dass sie selbst eine solch weite Zielsetzung als Notwendigkeit sehen und als Therapiekonzeption vertreten, also nicht nur symptomzentriert denken oder auf „Probleme in der Kindheit und mit Vater und Mutter“ fixiert sind. Mit einem anthropologisch orientierten diagnostischen Blick, wie ihn der Integrative Ansatz ermöglicht, wird es häufig sehr schnell deutlich, wo ein Patient **„sein Leben ändern muss“**, wo er **„sich selbst zum Projekt machen muss“**, wie ich zu sagen pflege, um eine gute Heilungschance zu haben und darüber hinaus einen zusätzlichen Gewinn an Gesundheit und an Lebensqualität durch persönliches Wachstum erlangen kann. Er muss **„einen neuen WEG einschlagen“**. Nicht umsonst hat der **WEG**-Begriff im Menschheitswissen, der Heilungspraxis und Selbstentwicklung eine so große Bedeutung (Petzold, Bloem, Moget 2004) und im therapeutischen Konzept des Integrativen Ansatzes eine so zentrale Stellung. Es werden vier **„WEGE der Heilung und Förderung“** angeboten (Petzold, Orth 2004b, Petzold, Orth, Sieper 2005).

Bei PatientInnen mit schwerer und vor allem chronifizierter Erkrankung finden wir zumeist neben dem dysfunktionalen, krankheitsauslösenden Lebensstil, habitualisierte „Krankheitslebensstile“. Die Erkrankung, die Krankheit hat das Leben in fast alle Bereiche hinein geprägt und bestimmt Alltag und Lebensführung, und hier muss der Patient in einer **doppelten Weise sein Leben ändern**. Der **Krankheitslebensstil** mit sozialem Rückzug, generalisierten Ängsten, Misstrauen, Verbitterung, erlernter Hilflosigkeit, Selbstattributionen der Wertlosigkeit und Unfähigkeit, der Negativierung des Lebens, der Menschen, des eigenen Selbst – und das alles sind Dinge die durch die Krankheit und während ihr ausgebildet wurden und die nicht ihre Ursache in früher Kindheit haben müssen – dieser krankheitsbedingte oder vorgängige Krankheit verschlimmernde Lebensstil muss geändert werden, und das ist sehr schwer. Viele PsychotherapeutInnen wagen erst gar nicht, ein solches grosses Ziel in Angriff zu nehmen und setzen nur sehr kleine Ziele – und bewirken nur kleine und oft nicht nachhaltige Erfolge. Man soll den Patienten nicht überfordern, sagen sie. Das mag oft wahr sein, doch genauso ist es wahr, dass nach dem vierten Therapieanlauf, der Patient halbherzig auf eine neue Methode hofft, aber erlöst wäre, wenn man ihm sagen würde, worum es wirklich geht: **seinen Lebensstil, sein Leben zu ändern**.

5.2.1 „Prozessorganisation zur Lebensstilveränderung im Konvoi“ - „process organized and facilitated lifestyle change“ – ein optimiertes Case Management

Lebensstilveränderung, ist kein Unterfangen, dass man alleine schafft, jedenfalls in der Regel nicht. Und auch der Therapeut als alleiniger Helfer und Begleiter wird nicht ausreichen. Das ist ein **Projekt für ein Netzwerk**, für einen „Konvoi“, ein Weggeleit¹¹, und wo ein solches schwach ist, liegt eines der ersten Therapieziele beim Aufbau tragfähiger Netzwerk-/Konvoistrukturen, von Freundschaftsbeziehungen, verwandtschaftlichem Beistand, Selbst Helfern und professionellen Helfern, die in diesen Menschen „investieren“, damit er in sich selbst, in sein Leben investiert und später auch wieder, ist er dann erstarkt, in seine Lieben investieren kann.

„Als **Konvoi** bezeichnet werden Soziale Netzwerke, die auf der Kontinuumsdimension betrachtet werden, denn der ‚Mensch fährt nicht allein auf der Lebensstrecke, sondern mit einem Weggeleit‘. Ist dieses stabil, ressourcenreich und supportiv, so kann es ‚stressful life events‘ abpuffern, eine Schutzschildfunktion (shielding) übernehmen und damit Gesundheit und Wohlbefinden sichern. Ist der **Konvoi** schwach oder kaum vorhanden, negativ oder gefährlich (durch Gewalt und Missbrauch), so stellt er ein hohes Risiko dar (continuum of casualties), und das nicht nur in Kindheit und Jugend. Konvoiquitäten diagnostisch zu erfassen und – wo erforderlich – zu stärken, bei ‚riskanten Konvois‘, zu puffern oder einzuschränken (Heimunterbringung, Frauenhaus u. ä.) ist damit eine zentrale Aufgabe jeder psychosozialen/therapeutischen Hilfeleistung, bei der die Helfer ‚Mitglieder auf Zeit‘ im Konvoi des Klienten/der Klientin werden. Longitudinal werden Konvoiquitäten durch ‚Konvoi-Diagramme‘ erfassbar, indem KlientInnen ihre sozialen Netzwerke zu wichtigen Zeitpunkten ihres Lebenslaufes (z. B. 5 J. Kindheit, 10. J. Schulzeit, 15 J. Adoleszenz, Einbrüche, Bindungen, Trennungen, Relokationen) aus der Erinnerung

¹¹Hass, Petzold 1999, Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Petzold 2000h

aufzeichnen, so dass benigne und maligne Einflüsse, soziale Unterstützung und soziale Belastungen panoramartig erkennbar werden. Konvoiqualität und -dynamik wird wesentlich durch die in ihm vorherrschenden Qualitäten der Relationalität bestimmt, durch Beziehungen und Bindungen, durch Affiliationsprozesse im Binnenraum und zum Außenfeld des Konvois. Funktionale und dyfunktionale ‚Lebenstile‘ sind wesentlich auch durch konstruktive oder destruktive Qualitäten von Konvois, durch benigne und maligne Konvoi-Stile bestimmt. *Lebensstilveränderungen* und *Konvoiveränderungen* müssen in der Regel Hand in Hand gehen“ (Petzold 2000h)

Die spätmodernen Lebenswelten mit ihrer akzelerierenden Komplexität und Unüberschaubarkeit stellen die Menschen vor gewaltige Anpassungs- und Gestaltungsaufgaben. „Creative adjustment“ und „Creative Change“ wird verlangt (Petzold 2003a), und das führt für belastete Patienten oft genug zu Überforderungen. In dieser komplexen Aufgabe kommt dem Therapeuten/den Therapeuten die Aufgabe von Begleitern, Ermutigern zu, aber auch die von „**process organizers and facilitators**“ (**POF**). Der Plural steht bewusst gewählt, denn einem Lebensstil verändernden Prozess kann man nicht als einzelner Helfer eintreten. Man braucht Helfer aus dem kollegialen Netzwerk und, wo immer möglich, auch dem sozialen Netzwerk des Patienten (Verwandte, Freunde). **Process Organizing and Facilitation** bedeutet „Teamwork“, die Entscheidung der Helfer als Helfende, Unterstützende, Begleitende im „Konvoi“ des Patienten auf Zeit mitzugehen. **POF** – ich finde dieses Konzept und diesen Begriff viel besser als „**case manager**“ („case management“). Patienten sind keine „Fälle“ und wir „managen“ auch keine Leben, keine Menschenschicksale. Natürlich hat meine Vorstellung von „**process organizing and facilitating**“ auch mit dem Gedanken des „**case managements**“ etwas zu tun, es finden sich bei ihm ja auch nützliche Überlegungen, die man unbedingt beziehen sollte und zwar sowohl Wissensstände und Modelle aus dem sozialarbeiterischen und psychiatrischen Case Management. Ein wichtiger Unterschied liegt aber darin, dass der Patient „**co-manager**“ sein soll, sein Leben *selbstwirksam* (Bandura 1977, 1989), mitgestalten soll (*Case Management*) und hier Hilfen für eine breitere Sicht auf seine Situation („*enlargment*“) und eine Unterstützung seines Selbstvertrauens („*empowerment*“) erhält. Allein das, 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), die Bemühungen um eine *Wende* in einem *Negativverlauf der Lebenskarriere* und eine Veränderung in einem *dysfunktionalen Lebensstil* unterstützen kann – und darum geht es letztlich, das müssen PsychotherapeutInnen begreifen. Das erfordert „*Karrierebegleitung*“, ein Konzept, das ich in der Behandlung von Suchtkranken, Psychose- und Borderlinepatienten entwickelt hatte (Petzold 1969c; Petzold, Henschel 1991), m. E. eine Konzeption, ohne die man kaum Erfolge in der Hilfeleistung und Behandlung bei diesen PatientInnen haben kann, und dass natürlich einen Beratungs- bzw. Therapieprozess einschließt, der auf eine *Entscheidung* herausläuft, nämlich einen lebensverändernden Prozess in Angriff zu nehmen. Dessen letztendliches Ziel wird sein, einen benignen, selbstfreundlichen, menschenfreundlichen, lebensfreundlichen „**lifestyle**“ (*philautie*) zu gewinnen: aus Einsicht in die belastende, vielleicht maligne Lebenskarriere, eine Übersicht 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 borderliniformen – denn BPS ist immer auch ein Lebensstilphänomen, was viel zu wenig beachtet wird –, in dem der Patient die Unterstützung des professionellen **process organizers** nutzen kann und will. Und der 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 immense Bedeutung, die hier 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 2001i; Petzold, Sieper 2003a,b). Diese Erkenntnisse bestimmten meine ersten Behandlungen und Karrierebegleitungen, denn darum handelte es sich, mit sehr schwierigen drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen – aus heutiger Sicht hatten viele „Doppeldiagnosen“ (BPS, PTBS).

»Vier Schritte sind notwendig, um Dich zu finden, um Menschen zu begegnen und die Welt in den Händen zu haben. Vier Schritte musst Du tun auf einem neuen Weg mit neuen Zielen, auf unserem Weg. Vier Schritte muß Du gehen – a l l e i n e aber nicht e i n s a m. Wir sind mit auf dem Weg. 1. Schritt: Aus Deinem alten Leben – ENTSCHEIDUNG ... 2. Schritt: In die Gemeinschaft – BEGEGNUNG ... 3. Schritt: Zu Dir selbst - WACHSTUM ... 4. Schritt: Auf die Welt zu – VERANTWORTUNG ... Nimm Deine V e r a n t w o r t u n g! Du kannst sie tragen«

(Aus der „philosophy“ von „LES QUATRE PAS – Vier Schritte – Four Steps“, der ersten von mir 1968 begründeten Therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige in Europa, H. Petzold und die WG-Bewohner Frühjahr 1968 noch vor den Maiunruhen, an denen die WG teilnahm, 1969c, repr. 1974f, 524f und in Orth, Petzold 2004).

Die Patienten müssen von den Begleitern das Gefühl, die Gewissheit vermittelt als *professionellen Experten* beraten werden, wie sie mit ihrer Karriere umgehen, Karrieresegmente nutzen oder planen. Die Begleiter wiederum brauchen die *Expertise der Patienten* als Kenner ihres eigenen Prozesses, ihrer besonderen Vulnerabilitäten und Gefährdetheiten aber auch ihrer eigenen *Ressourcen, Selbsthilfepotentiale, Resilienzen* – wie chaotisch auch immer –, um eine optimale Unterstützung zu geben. Ich habe immer vertreten, diese „doppelte Expertenschaft“ (Petzold 1990i - und vielleicht kommen mit Angehörigen und Freunden noch „Experten aus dem Konvoi“ hinzu) zu nutzen, denn hier handelt es sich um wertvolle und oft wenig beachtete Ressourcen, wie schon *Vygotsky* gesehen hatte, Eine wirklich Mitwirkung des Betroffenen bei der Therapie im Sinne eines „empowerments“ und „enrichments“ führt zum Aufbau persönlicher Souveränität. Genau das aber war *Vygotskij's* Arbeitsprinzip, der als der erste „Ressourcentheoretiker“ gelten kann, denn er fokussierte auf die Stärken der Patienten, nicht auf die Schwächen (*Lurija* 1993, 65). Ein solches „coaching for empowerment“, mit einer *positiven Attribution* von „Gelingen“ – besonders im Kontext eines **POF**, allerdings ohne klinisch-therapeutischen Anspruch – kann durchaus Abstürze vermeiden, lebenspraktische Entscheidungen unterstützen. Es ist eine Beratungsarbeit, die die vielfach durchaus vorhandene lebenspraktische Kompetenz von Abhängigen ernst nimmt und zu nutzen versucht. sieht ihn als passives Objekt sozialstaatlicher Maßnahmen) Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin können hier viel gewinnen im Interesse der Patienten und Patientinnen, wenn es gelingt „europäische Modelle“ zu implementieren, denn die amerikanischen Manuale wurden unter sozioökologischen Bedingungen entwickelt, die von den europäischen gänzlich verschiedenen sind und deshalb nicht übertragen werden können. Für das integrative Modell des „**process organizing and facilitation**“ (**POF**) liegt keine *strikte* Manualisierung vor, und sie wird auch nicht angestrebt, sondern wir haben mit den Möglichkeiten der Exploration des Lebensweges durch das „Dreizügige Karrierepanorama“ (Petzold, Orth 1993a) ein sehr gutes Instrument, den Lebensverlauf und die Krankheitskarriere differenziert auf *positive Einflüsse/protektive Faktoren, Defizite* und auf *negative Einflüsse/adversive Faktoren* zu untersuchen „chains of adverse and protective events and prolonged deficits“ herauszuarbeiten (idem 2003a) um eine angemessene „Karrierebegleitung“ (Petzold, Hentschel 1991) zu gewährleisten, wie sie besonders bei schweren Störungen und Belastungen (Sucht, chronifizierte PSBS, BPS o. ä.) notwendig ist. Dabei wird folgendes Konzept zu Grunde gelegt:

„Unter **Karriere** (von spätlat. *carraria* = Fahrweg, frz. *carrière* = [positive] Laufbahn) wird sozialwissenschaftlich das über längere Strecken der Lebensspanne betrachtete Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen mit seinen *salutogenen, pathogenen* und *defizitären* Einflüssen verstanden, in dem Mikrosegmente von Wochen und wenigen Monaten, Mesosegmente von Monaten und Jahren differenziert werden können, in welchen sich funktionale und dysfunktionale Lebensstile (*lifestyles*) ausbilden. Für die Gesamtkarriere eines Lebensverlaufes bietet die Sicht eines 'lifespan developmental approach' den konzeptuellen Hintergrund und zwar unter *retrospektiver* (Vergangenheitsanalyse), *aspektiver* (Gegenwartsassessment) und *prospektiver* (Zukunftsorientierung) Betrachtung. Die Karriereperspektive wird durch die longitudinale Entwicklungsforschung empirisch bestens abgestützt und verlangt nach Strategien der pathogensevermindernden bzw. -beseitigenden *Hilfeleistung* und der salutogeneseorientierten *Entwicklungsförderung*, die als **Karrierebegleitung** in einem longitudinal ausgerichteten Konzept von nachhaltiger Hilfe **und** Förderung den individuellen Entwicklungsprozessen entsprechende Interventionsmaßnahmen und Agenturen der Hilfeleistung und Förderung zur Verfügung stellen. Damit sind klinische, sozialtherapeutische und sozialpädagogische *Verbundsysteme* bzw. multipel vernetzte und nicht-linear organisierte *Therapieketten* erforderlich, um für die PatientInnen und KlientInnen und ihre persönlichen sozialen Netzwerke und Konvois – seien sie nun beschädigt oder nicht – für ausreichende Zeit professionelle Begleitung als 'convoy of support and empowerment' an die Seite zu stellen, damit Negativkarrieren eine neue, positive Orientierung erhalten können. Bei den zum Teil höchst desolaten *Karriereverläufen* von Suchtkranken, aber auch von Menschen mit psychiatrischen Problemen, Karrieren, die schwere Schädigungen der Persönlichkeit und ihrer Netzwerke/Konvois im Gefolge hatten, erscheint das Konzept der **Karrierebegleitung** in differenzierten und flexiblen Verbundsystemen, eine der wenigen Antworten, die für die Betroffenen hinlängliche Chancen und nachhaltige Wirkungen für ein gesünderes, besseres Leben bieten können und die Solidargemeinschaft von immensen Kosten für chronifizierte Krankheitskarrieren entlasten könnten. Karrierebegleitungen zielen auf die Veränderung 'dysfunktionaler Lebensstile', unterstützt von Strategien der '**Prozessorganisation**' (vgl. case management) und '**Prozessförderung**' (process facilitation)“ (Petzold 2000h).

Für solche Karrierebegleitung und für die Strategien der *Prozessorganisation* und -förderung bieten die „*fünf anthropologischen Orientierungen*“ ein Raster und ein gewisses Programm, das jeweils individuell

zugepasst werden muss in einer *ko-responzierenden therapeutischen Allianz* von „**guter Passung**“, wo wir die Eigenaktivität und Mitarbeit des Patienten fördern, seine Bemühungen unterstützen, in seinen Prozessen der Karriere- und Lebensstilveränderungen weiterzukommen: deshalb sprechen wir auch von **process facilitating**. Mit dem Patienten/der Patientin gemeinsam über das Leben nachzudenken, funktionale und dysfunktionale Aspekte der Lebensführung in ihrer Habitualisierung, im „Lebensstil“ in „Lifestyle-Kombinationen“, herauszufinden, um dann daran zu gehen, konsequent Maßnahmen zu entwickeln, die Dysfunktionales verändern oder Defizientes ergänzen, muss als eine auch im spezifischen Sinne eminent **psychotherapeutische** Aufgabe gesehen werden. Wenn Therapeuten mit rein verbaler, biographisch reflektierender Orientierung oder nur auf die Modifikation kognitiver Muster zentrierter Ausrichtung hier sagen: aber das ist doch nur „Sozialtherapie“ oder „Lebensberatung“, zeigt das nur eine sehr verknapptes Verständnis von Psychotherapie, das sicher Patienten nur begrenzt Hilfe bringen kann – je desolater ihre Lebenssituation ist, desto weniger.

Wir haben mit den „vier Wegen der Heilung und Förderung“ (Petzold 1988n) breit ansetzende probate Strategien der **Therapeutik**, die man gemeinsam auswählen und nutzen kann und die durchaus Berührungspunkte und Schnittmengen mit *Grawes* (1998) Heuristiken aufweisen (Petzold, Orth, Sieper 2005) – die 10 Jahre Gastprofessor an seiner Abteilung in Bern (1980 –1989) sind nicht ohne Spuren geblieben – für beide.

Das Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bietet die Möglichkeiten eines differentiellen Vorgehens, was gerade in der störungsspezifischen Behandlung wirksam werden kann.

Abb.: Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ (aus Petzold, Orth, Sieper 2005)

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: <i>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</i>	Nach-/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: <i>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</i>	Erlebnis-/Ressourcen- aktivierung ► Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung: <i>„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</i>	Exzentrizitäts-,Solidari- tätspföderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: <i>„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“</i>
Inhalte	Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch <i>korrigierende kognitive Einsicht</i>	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch <i>korrigierende emotionale Erfahrungen</i>	Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i> .	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen u. Performanzen</i>
Metho	Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemlberatung	Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modali	III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt	III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt	II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt	V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt

**Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“
Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige**

Heilungs- und Entwicklungschancen

I. übungszentriert-funktionale Modalität, II. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, III. Konflikt- und störungszentrierte Modalität, IV. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, V. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI. Medikamentengestützte Modalität.

Wir haben neben diesen therapie-praktischen Entwicklungen eine differenzierte Methodologie der **Diagnostik** (Osten 2002; Petzold, Osten 1998) und eine axonomische Heuristik von von **Zielen**¹¹² erarbeitet (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) und wir haben einen gut entwickelten Fundus an **Soziotherapie**¹¹³, die für die Arbeit mit Menschen in problematischen Lebenslagen unverzichtbar ist. Es ist also viel da, um gute „**process organized resp. facilitated lifestyle changes**“ möglich zu machen, das dann auch noch durch gute „Integrative Supervision“ unterstützt werden kann (Petzold 1998a, Petzold, Müller 2005). Vor allen Dingen haben wir mit unserem Ansatz, der die Patienten und Patientinnen „als Partner“ sieht (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), eine gute Chance, sie als „**co-organizer**“ zu gewinnen, die ihren eigenen Prozess aktiv mit steuern, weil sie sich selbst zum „**Projekt gemacht**“ haben und dann besteht die Aufgabe von Therapie darin, **Organisationsarbeit** zu leisten, um die Veränderungsbemühungen des Patienten zu unterstützen als **process facilitation**.

Die „fünf anthropologischen Orientierungen“ seien in ihrer theoretisch-konzeptuellen und methodisch-praxeologischen Schwerpunktbildung für eine **process facilitation** noch einmal kompakt aufgeführt:

I. Der „Integrative Ansatz“ stellt das **Leibkonzept** zentral für die Theorienbildung und die Praxis von **Leibtherapie** (Petzold 1974j; Orth 1994) mit einem nicht-reichianischen, modernen phänomenologisch-hermeneutisch-neurobiologischen Modell des „**Informierten Leibes**“, das Merleau-Ponty und Lurija viel verdankt (Petzold 1985g, 2002j) und auf dessen Grundlage eine elaborierte Praxis der Leib- und Bewegungstherapie entwickelt werden konnte (idem 1974k, 1988n, 2004h).

II. Er hat WEGE einer ganzheitlichen und differentiellen *kognitions-emotions-volitonsgerichteten* Behandlung psychischen Geschehens entwickelt, d. h. von Selbst-, Ich- und Identitätsprozessen in einer „Psychotherapie in der Lebensspanne“ erarbeitet (Petzold 1992b, 2003a, Petzold, Sieper 1993, 2003), z. B. als integratives fokaltherapeutisches Modell oder identitätstherapeutische Praxis (idem 1993p, 2001p). Er vertritt einen besonderen Einbezug praktisch-philosophischer Positionen (Fragen des geistlichen Lebens, ontologische bzw. meditative Erfahrungen, Probleme der Werte, der Ethik, von Unrecht/Gerechtigkeit, Würde, Menschenrechten etc.) durch eine „**klinische Philosophie**“ und „**philosophische Therapeutik**“ sowie Methoden der „**Nootherapie**“ (idem 1983e, 2001k, Petzold, Orth 2005, siehe unten 5.) – ein Erbe von Marcel, Merleau-Ponty, Derrida, Ricœur (idem 1988a, b).

III. Der Integrative Ansatz berücksichtigt darüber hinaus kulturelle, künstlerisch-kreative Momente und den therapeutischen Wert „**ästhetischer Erfahrung**“ (Petzold 1999p; Petzold, Orth 1990, 2004b), die „Heilende Kraft von Schönheit“ (Petzold 1992m; O'Donohue 2003), die Bedeutung von „**Kulturarbeit**“ durch die therapeutische Arbeit mit „**kreativen Medien**“ und „künstlerischen Methoden“, die ich mit Johanna Sieper inaugurierte und die Ilse Orth maßgeblich weiterentwickelte.

IV. Er betont **soziotherapeutische Praxis** (Petzold 1995a, b; Petzold, Schay, Ebert 2004, Petzold, Schay, Scheiblich 2005) als **Familien- und Netzwerkarbeit** (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Erhardt 2005), hat bei jeder „Einzelbehandlung“ immer die Netzwerkperspektive mit im Blick. Schließlich ist die Betonung **politischer Perspektiven** und engagierter humanitärer und ökologischer Verantwortlichkeiten (Petzold 1985m, 1986a, 2001m) - das Erbe meines Elternhauses (idem 2002h) - für den Integrativen Ansatz unverzichtbar.

V. Sensibilität für **ökologische Interventionen**, das Verständnis mikro- und makroökologischer Zusammenhänge, wie sie die „ökologische Psychologie“ durchaus in interventionsorientierter Ausrichtung erschlossen hat (Saup 1992) und deren diagnostische und therapeutische Berücksichtigung in der Kindertherapie (Petzold 1995a, b) und Gerontotherapie (idem 1985a, 2004a, Petzold, Müller et al. 2005) unverzichtbar sind, sind für Integrative TherapeutInnen wesentlich. Sie wissen um die „heilende Kraft der Landschaft“ und den Wert „ökopsychosomatischer“ Interventionen (Petzold, Orth 1989b; Bolland, Hubert-Bolland 2005).

Hat man ein solches „**organizing scheme**“ als Hintergrund, etwa bei einem Patienten mit einer „major depression“ im Sinne des DSM-IV oder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, dann wird nach einer breit greifenden Diagnostik unmittelbar evident (Osten 2002, 2004): er braucht mehr als *Psycho*-therapie (Petzold 1977g) aus dem Integrativen Modell *biopsychosozialer* Humantherapie. Die Mehrzahl der Psychotherapeuten würden für die Behandlung komplexen Störungen von Patienten in „prekären Lebenslagen“ mehr als Psychotherapie im konventionellen Sinne, wie sie von ihnen im Rahmen der Modellvorstellungen ihrer „Schule“ betrieben wird, benötigen. Sie müssten den Psychiater für erforderliche

¹¹² Siehe die Übersicht im Anhang.

¹¹³ Petzold 2004q, 2005a, Petzold et al. 2004, 2005

Medikation (gff. mit Antidepressiva) beiziehen, den Sozialarbeiter für die Schulderegulierung, die Familientherapeutin für die zerrütteten Familiensituation, die Entspannungstherapeutin für chronifizierte, massive Verspannungen bei der Kopfschmerzpatientin etc. Besonders bei den nicht-ärztlichen TherapeutInnen sehen sich dann viele für die somatischen Belange nicht zuständig, und unter den ärztlichen PsychotherapeutInnen sieht sich so mancher nicht für sozialarbeiterische Belange zuständig, oft in einem Maße, dass eigentlich notwendige Maßnahmen nicht in Angriff genommen werden. Das geschieht vor allem bei der Arbeit in freier Praxis, wo keine institutionellen Infrastrukturen mit spezialisierten MitarbeiterInnen zu Verfügung stehen. In der ohnehin spärlichen praxeologischen Literatur findet sich praktisch nichts über Kooperationsmodelle, gibt es keine Überlegungen zur Anschlussfähigkeit etc. Das aber wäre wünschenswert und notwendig.

In der integrativen Sicht ist das im Gesamtmodell der „Humantherapie“ reflektiert, wird eine breitere Kompetenzbasis gefragt als nur eine Expertise für Fragen der *Psychodynamik* in Dyaden oder Kleingruppen, sondern es wird auch ein Wissen über *Soziodynamiken* in Netzwerken verlangt, Kenntnisse der Gesundheitsberatung etc. – allein schon um mit anderen Experten aus anderen Gesundheits- und Sozialberufen optimal kooperieren und sie zielführend beiziehen zu können ist solches Wissen notwendig. Im folgenden sei deshalb kurz ein integratives Behandlungskonzept umrissen, das komplex anmutet und durchaus auch ist, aber in vieler Hinsicht den Konzepten und der Praxis entspricht, die wir in den antiken Heilungszentren, Valitudinarien, Tempelkrankenhäusern – denn das alles waren sie – finden, die unter dem Schutz des Heilgottes *Asklepios* und seiner dort gleichfalls wirkenden Tochter, der Gesundheitgöttin *Hygieia*, standen (Petzold, Sieper 1990b). Und natürlich ist das im Prinzip das Angebot moderner stationärer Behandlung in psychosomatischen Kliniken, die leib-, bewegungs- und sporttherapeutische (für I), krea- und musiktherapeutische Angebote vorhalten (für I und II), Formen der Einzel- und Gruppentherapie (für II, teilweise III und IV). Es finden sich immer häufiger auch Meditationsangebote, und es bestehen Möglichkeiten seelsorgerlicher Betreuung (für IV). Familientherapie und Angehörigenseminare (für IV) werden angeboten, Lauf- und Wandergruppen erschließen Naturerleben (für V). Das ist in vielen Rehakliniken heute selbstverständlich und in den niederländischen ambulanten Therapiezentren, den RIAGs, Standard. Und derartige multimodale, multiprofessionell-kooperative Arbeit im ambulanten Setting funktioniert gut, wie ich aus meiner langjährigen Supervisionspraxis in diesem Bereich sehen konnte. Im deutschsprachigen Bereich schein für die Patienten in ambulanter Psychotherapie ein solches sinnvolles, unter integrativ-diagnostischem Blick auch indiziertes Behandlungsangebot aus Sicht der Kostenträger und der Psychotherapeuten selbst indes nicht erforderlich zu sein. Das kann doch nicht angehen? In der Klinik wird so behandelt, ambulant nicht. Was sind sie Ursachen? Vier Gründe sind hier zu nennen:

1. werden „die Kosten“ geltend gemacht. Wer soll das bezahlen? Die Kassen, die Patientinnen muss da geantwortet werden, und das ist machbar, wenn TherapeutInnen die Gesundheitsprogramme des Breitensports und der Erwachsenenbildungseinrichtungen für die Sport- und Bewegungstherapie nutzen, die Angebote kirchlicher Bildungsträger und Volkshochschulen für Kreativtherapie- und Meditationskurse, die zumeist in breiter Palette vorhanden sind. Außerdem bietet sich die Möglichkeit, mit kunst- und bewegungstherapeutischen bzw. psychomotorischen Praxen zusammenzuarbeiten und mit Beratungsstellen für die Familien- und Netzwerktherapie. Überhaupt nicht unterbewerten soll man die vielerorts sehr lebendige Selbsthilfeszene, mit der man durchaus erfolgreich als Psychotherapeutin kooperieren kann (Petzold, Schobert 1991).
2. Schwerer wiegt aber, dass die Mehrzahl der Psychotherapeuten von den Einseitigkeiten der „talking cure“ nicht wekommt. Selbst in der VT, die hier mehr Möglichkeiten hat als die tiefenpsychologischen und humanistischen Verfahren, bleibt das methodische Spektrum, dass genutzt wird, doch eher schmal. Ausserdem ist das Einzelkämpfertum der BehandlerInnen in ihren Praxen (selbst in Gemeinschaftspraxen) nicht/noch nicht optimal auf vernetztes Arbeiten ausgerichtet und ist ein „**process organizig**“ (case management) noch eine ungewohnte Vorstellung für die meisten TherapeutInnen. Man kann das aber sogar wirtschaftlich interessant gestalten. So etwas muss experimentierend erschlossen werden, in dem man sein Spektrum an Handlungsmöglichkeiten und seine Kooperationen verbreitert.
3. sind die Kostenträger noch nicht überzeugt worden, dass mehrgleisige, *konzertierte* ambulante Behandlungsstrategien, die aufgrund eines gut ausgearbeiteten Hilfeplanes und **organizing sheme's** durchgeführt werden, durchaus kostensparend durch nachhaltige Wirkung sein können. Man muss das empirisch belegen und Überzeugungsarbeit machen. Das Beispiel der holländischen RIAGs zeigt, dass sich ein solches Vorgehen „rechnet“.
4. sind die PatientInnen mit solchen kombinierten Behandlungen in der Psychotherapie noch nicht vertraut (obgleich es in der Richtung des Facharztmodells und des Medizinalfachpersonals kognitive Brücken gibt). Eine instruktive Information im Sinne einer psychotherapeutischen Propädeutik und durch ein „Gesundheitscoaching“ öffnet oft die Bereitschaft, das für sich zu tun, was notwendig ist, besonders, wenn man sich entschlossen hat, in seinem Leben einen „Neubeginn“ zu wagen, schöpferisch zu werden (Balint 1932, 1988, 1990). Neugierde auf sich selbst, Entschlossenheit neu zu beginnen, das sind starke Motivationen, Nicht nur der „Leidensdruck“ schafft Veränderungswillen.

5.2.2 Ein Modell Integrativer Praxeologie: „organized lifestyle and identity change“ in prekären Lebenslagen auf dem Boden der fünf „anthropologischen Orientierungen“

Ein exemplarisches Behandlungsschema, ausgerichtet an den „fünf anthropologischen Orientierungen“, soll nun vorgestellt werden. In ihm nimmt ein psychologischer oder ärztlicher Therapeut (T) selbst die Psychodiagnostik und die Psychotherapie. Ihm obliegt aber auch verantwortlich das „System-Assessment“, die Untersuchung der Lebenslage auf ihre Stabilität oder Prekarität in der ganzen Breite.

Lebenslage, dieses sozialwissenschaftliche Konstrukt versucht, „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die *Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz* zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker, Naegele 1991, meine Hervorhebung).

Für klinische Kontexte ist dabei besonders das Konzept der „prekären Lebenslage“ von Bedeutung, denn ihre Folge sind psychische, psychosomatische, psychosoziale Störungen – oft genug mit Krankheitswert, die in der Gefahr stehen, zu chronifizieren. Aus dem Assessment der Lebenslage lassen sich notwendige Massnahmen ersehen, die in Angriff genommen werden müssen.

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *'bedrängend'* erleben und als *'katastrophal'* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *'protektiver Faktoren'* gekommen ist. Die Summationen *'kritischer Lebensereignisse'* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *'supportiven Valenz'* und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen *'Verbesserung der Lebenslage'* durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und dabei von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: *'Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?'*“ (Petzold 2000h).

Der Psychotherapeut nimmt in dem Modell Integrativer Praxeologie über seine Funktion des Behandlers der imponierenden psychischen Probleme und Störungen hinaus die Funktionen des „**Process Organizers**“ (PO) und „**Process Facilitators**“ (PF), und das geht über die Rolle eines bloßen „Case Managers“ hinaus. Er diagnostiziert nämlich, entwirft, plant den Prozess einer intendierten „Lifestyle Change“ von Anfang an zusammen mit dem Betroffenen unter den psychotherapeutischen Prämissen einer „guten Passung“ und „Affiliationen“ – und die herzustellen, geht dem PO voraus und ist eine wichtige Grundlage des Gelingens des **process facilitating**. Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient zu einem solchen Unterfangen physisch und psychisch einigermaßen in der Lage ist. Wo möglich und dienlich, werden relevante Bezugspersonen beigezogen, wenn das der Betroffene wünscht oder einen entsprechenden Vorschlag akzeptiert und wenn diese kooperationsbereit und -fähig sind. Es wird damit im Sinne „Integrativer Netzwerktheorie und -therapie“ der bestehende „**Konvoi**“ (Petzold 1994e; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin 2004) des Patienten einbezogen und angereichert mit den neuen Konvoimitgliedern, dem Therapeuten/Process Organizer und den übrigen professionellen Helfern und Begleitern, den paraprofessionellen Unterstützern und Förderern (z. B. aus einer Selbsthilfegruppe, aus einer Lauf- oder Wandergruppe), so dass ein das Ursprungsweggeleit stärkender Strang im Netzwerk des Patienten entsteht: ein **Helfer-Begleiter-Förderer-Konvoi „auf Zeit“** – er dünnt sich allmählich aus, was die professionellen Mitglieder anbelangt, wenn ihre Hilfe nicht mehr erforderlich ist.

Der Patient wird von Anfang an „**Co-organizer**“ einbezogen – es ist *sein* Prozess, *sein* Projekt, und das muss so organisiert werden, dass ein „*shared locus of control*“ gewährleistet ist und etwaig vorhandene „*learned helplessness*“ nicht verstärkt wird oder gar durch Parentifizierung und Klientelisierung „*learned helplessness by therapy*“ eintritt. Der Therapeut und die anderen Konvoi-Mitglieder Hilfslosigkeits-

Resignations, Passivitätsmuster werden also *gehemmt* (Grawe 2004) und Aktivitäts-, Kompetenz- und Assertivitätsmuster werden eingeübt, bekräftigt, *gebahnt*. Der *Leib erhält neue Informationen* (Petzold 2002j) und die helfen ihm verlorene **dynamische Regulationskompetenz und -performanz** wieder zu gewinnen oder z. T. gänzlich neu aufzubauen. Die Beachtung Kontroll- und attributionstheoretischer Perspektiven sind in diesem Geschehen sehr wichtig (Flammer 1990; Eichert, Petzold 2003 b, c). Nur dann hat die integrative Leitstrategie einen guten Boden:

„**Sich selbst zum Projekt machen**, im festen Entschluss, **sein Leben zu ändern**, **seine Identität zu entwickeln** – *with a little help from your friends* – das ist die wichtigste Basis für eine erfolgreiche Therapie“ (Petzold 1973).

Je schwächer der Patient ist, desto mehr liegt das **PO** beim Therapeuten, der gleichzeitig ja auch das „**facilitating**“, das Fördern und Begleiten des Gesamtprozesses in koordinativer Hinsicht, was die einzelnen Maßnahmen und Trajekte (Behandlungslinien in der Gesamtmaßnahme) anbetrifft, in Händen hat, aber wesentlich auch die *beziehungsdynamisch begründete Begleitung* der „inneren Prozesse“ des Patienten und die Prozesse seiner Entwicklungs- und Veränderungs Bemühungen, um neue, funktionale und befriedigende „life styles“ für sich und mit seinen relevanten NetzwerkpartnerInnen und eine prägnante Identität – sie ist stabil und flexibel zugleich – in seiner persönlichen und netzwerkunterstützten „**Identitätsarbeit**“ zu entwickeln.

Hier kommen die *identitätstheoretischen* und *identitätstherapeutischen* Konzepte der Integrativen Therapie ins Spiel, die über viele Jahre zu elaborierten Modellen (den „Fünf Identitätssäulen“, den Selbst-Fremd-Attributionsprozessen etc. Petzold 2001p; Petzold, Mathias 1993) worden sind. Auf diese Konzepte kann hier nur mit einem kompakten Text verwiesen werden.

»Die „**Identitätsarbeit**“ des personalen Selbst ist grundlegend für Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeitsentwicklung des Subjekts, aber nicht anders zielführend denkbar als im Rahmen kollektiver Arbeit an *identitätssichernden Kontexten*, als in Projekten „kollektiver Identitätsarbeit“. In dieser „doppelten Identitätsarbeit“ – der individuellen und kollektiven – und durch ihre koreflexiven, polylogischen und kokreativen Prozesse macht der Mensch „*sich selbst zum Projekt*“ der „Selbstverwirklichung mit seinem relevanten sozialen Netzwerk“ und sieht zugleich dieses Netzwerk und sein „*Gemeinwesen als Projekt*“, für dessen gutes Gelingen er sich engagiert. Er hat nämlich erkannt, dass seine persönliche Identität sich in seinem sozialen Kontext realisiert und er für seine Identitätsprozesse auf die Unterstützung und Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen ist, er deshalb zu ihren Identitätsprozessen und zum Wohl des Gemeinwesens – dessen Sicherheit, Gerechtigkeit und Lebensfähigkeit – beitragen muss.« (Petzold 2001p).

Im Rahmen des **PO** berät und begleitet der Therapeut den Patienten in seiner Identitätsarbeit, in seinen Bemühungen der Lebensstilveränderungen, und er koordiniert zumindest in der Initialphase die Institutionen (**I**) und Personen (**P**), die durch Kooperationen im Behandlungs-Veränderungsprozess beigezogen und beteiligt werden. Dabei wird immer wieder auch psychodynamischen und gruppenspezifischen Phänomenen Beachtung geschenkt, die ggf. in „**process conferences**“ der beteiligten Fachleute unter Mitwirkung des Patienten (es sei den sehr schwerwiegende Gründe sprächen dagegen) bearbeitet werden. Die Prozesse sollen insgesamt möglichst „schlank“ gehalten werden unter Nutzung der neuen Kommunikationstechnologien. Funktionen des „**process organizer**“ (**PO**), orientiert an der Folie der „anthropologischen Orientierungen“, die eine Grundlage bieten – die andere, die hier nicht dargestellt wird, kommt aus den konkreten Bedingungen der jeweiligen Lebenslage – könnten für die Arbeit mit einem Patienten mit einer chronifizierten depressiven Störung und multipler Angstsymptomatik als Komorbidität etwa so aussehen:

- **ad I: Körper-/Leibtherapie** – Die Diagnostik ergibt einen schlechten körperlichen Allgemeinzustand, Konditionsmängel, Verspannungen, Schlafstörungen, Übergewicht durch Bewegungsmangel und Fehlernährung. Alkohol und Zigarettenkonsum liegen im Risikobereich. Wir haben hier einen dysregulierten, „deprimierten“ Leib, der für das Depressionsgeschehen eine negative, verstärkende Rolle spielt, zumal bei einem solchen AZ auch die depressionstypischen physiologischen Dysregulationen anzunehmen sind und durch eine physiologische Parameter erhebende Diagnostik auch objektiviert würden (Nemeroff 1996, 1999). Eine sorgfältig ausgewählte

und dosierte **medikamentöse Therapie** (mit SRI z. B.), die gut kontrolliert wird, ist angesagt (und für den Psychologen die Zusammenarbeit mit dem Psychiater und ggf. der Psychiatrie **I/P**). Weiterhin wird ein mit depressionsspezifischer Sporttherapie ein *psychophysiologisches Trajekt* der Behandlung begonnen, mit „integrativer Lauftherapie“ (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*), die **T** selbst dreimal morgens für seine PatientInnen und die von KollegInnen anbietet, weil er selbst Läufer ist, bzw. die er zum Breitensport oder in eine Coronarsportgruppe vermittelt (**PO**). Motivierung zum Beginn eines Budo-Sports (*Petzold, Bloem, Moget 2004*) oder zur Teilnahme an einem Chor oder für Gesangsstunden ist sehr vorteilhaft (**PO**). Ernährungsberatung ist angezeigt und insgesamt müssen Hilfen gegeben werden bei der Modifikation seines bewegungspassiven und gesundheitsabträglichen *Lebensstil* zu einem *bewegungsaktiven* und *gesundheitsbewußten* Lebensstil.

- **ad II: Psychotherapie** – Die Diagnostik findet biographische Belastungen in Kindheit und Jugend, Negativerlebnisse im frühen Familienmilieu (*psychodynamischer Aspekt*), die offenbar Nachwirkungen haben (*Heim, Nemeroff 1999*), denn sie trüben, wie die Exploration ergibt, auch die derzeitige Sicht auf das Leben ein. Negative Adaptierungen und Selbstattributionen behindern die Lebensbewältigung (*lernpsychologischer Aspekt*). Außerdem wird die **Krankheitsbiographie** angesehen, vorausgehende Angststörungen – eine sehr häufige Komorbidität – sind feststellbar. Es liegt insgesamt ein mittlerer Chronifizierungsgrad vor mit massiver „erlernter Hilflosigkeit“. Die Psychotherapie (**T**) muss bei diesem Befund integrativ sein. Eine gute Affiliation (*Petzold, Müller 2005*) ist anzustreben, um gegründet in einer Beziehungsarbeit mit „erlebnisaktivierender und konfliktzentrierter Biographiebearbeitung“ (*Petzold 2001b*) „Exzentrizität“ zu den biographischen Belastungen – insbesondere durch wichtige Bezugspersonen – zu gewinnen, sie in seinem Lebenskonzept einzuordnen, kognitiv zu verstehen (*appraisal*) und emotional zu bewerten (*valuation*). In der therapeutischen Beziehung des „*psychotherapeutischen Trajektes*“ wird versucht, „korrigierende“ kognitive und emotionale Erfahrungen möglich zu machen. Begleitend wird ein kognitivtherapeutisches Modeling von dysfunktionalen Kognitionen in Angriff genommen und werden Übungen (mit Hausaufgaben) für Willensübungen (gekoppelt z. B. mit dem Lauftraining) und zu „alternativem Emoting“ und „experimentierender Veränderung der Verhaltensperformanz“ gegeben: „Aufsetzen einer Mimik“ von Freundlichkeit und Interesse, um durch die „*movement produced information*“ der Gesichtsmuskulatur, die Tonusveränderung und Atemaktivierung den Hirnstoffwechsel zu beeinflussen. Hochfrequentes mimisch-posturales Emoting (Krankentagebuchgestützt) und assertiveness training über einige Wochen führt zu veränderter Mimik und zu Verbesserung der Stimmungslage, sowie zu vermehrten Sozialkontakten und assertiverem Verhalten (*Petzold 2004h, 1999q*). Die Inszenierung depressiver Bahnungen wird gehemmt, um zu einer Veränderung dysfunktionaler *emotionaler, kognitiver, volitiver Stile* zu gelangen. Das ist nur mit einem multimodalen, integrativen Vorgehen in der Psychotherapie möglich, die psychodynamische und behaviorale Aspekte berücksichtigt, verschiedene Behandlungsmodalitäten, -methodiken und „Wirkfaktoren“ (14 Heilfaktoren, idem 1993p) theoriegeleitet und prozessualdiagnostisch begleitend einsetzen kann (*Petzold 1988n, 1992a, 2003a*).
- **ad III: Nootherapie** – Die Diagnostik hat Sinnlosigkeitsgefühle, Orientierungslosigkeit, Desinteresse am Leben, No-Future-Haltung festgestellt, und dem gilt es zu begegnen. Der Bearbeitung von Werte- und Sinnfragen zur Beeinflussung der bei Depressiven oft vorfindlichen überstrengen, normativen Orientierungen kommt in der Therapie genauso Bedeutung zu, wie Versuche, sinngebende Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten und einen positiven Zukunftshorizont zu eröffnen, die gegen depressives Sinnlosigkeitsgefühl wirken sollen (**T**) : durch nootherapeutische Erschließung ästhetischen Erlebens (z. B. Musik- und Kunsterfahrungen, *Petzold 1983e, 1999q*), Ermutigung zu altruistischem Engagement (etwa Mitwirkung bei Amnesty-, WWF-Gruppen o. ä **I/P, PO**), was natürlich auch mit einer sozialen Aktivierung verbunden ist. Aus der Budo-Praxis können Übungen der Bewegungsmeditation angezeigt sein oder des meditativen Tanz-, Kunst- oder Landschaftserlebens. Teilnahme an einer Meditationsgruppe in einem Bildungszentrum wird erwogen (**I/P, PO**) und umgesetzt, womit ein *nootherapeutisches Trajekt* mit Beginn eines

„meditativen Weges“ eingeleitet wurde. Ziel ist die Förderung eines *geistig aktiven Lebensstils und das Erschließen von Sinnerfahrungen* (Orth 1993; Petzold, Orth 2005)

- ad **IV: Soziotherapie** – Die Diagnostik (**T**) hat Netzwerkverluste, ein atrophisches, ermüdetes Netzwerk festgestellt mit wenig Ressourcen und durchaus negativistischen Netzwerkatmosphären. Die „social world“ (= kollektive Kognitionen, Emotionen, Volitionen, *Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004*) der Kernpersonen im Netzwerk ist resignativ-misanthropisch. Soziotherapeutische und agogische Aktivierung (**I/P, PO**) durch Netzwerktherapie zur Kompensation von Netzwerkverlusten ist angesagt. Netzwerkkonferenzen können versuchen, klimatische Veränderungen im familialen und amicalen Netz herbeizuführen (*Hass, Petzold 1999*). Aufbrechen von Isolation und depressionsbedingtem sozialem Rückzug durch Erschließung sozialer Kontakte und „lifestyle communities“ muss angegangen werden. Teilnahme an Veranstaltungen der Erwachsenenbildung, des Budo- oder Breitensports, die ohnehin initiiert werden (**PO, I/P**), ein *soziotherapeutisches Trajekt* ist zu motivieren und zu begleiten (**PO**), um zur Eröffnung eines *soziablen Lebensstils* kommen (*Petzold 1979c, 1994e; 2000h; Müller, Petzold 1999*)
- ad **V: Ökotherapeutische Interventionen** – Die Diagnostik hat eine gewisse häusliche Verwahrlosung bei der Familie des Patienten festgestellt, obwohl die Wohnung ansprechend geschnitten und ordentlich eingerichtet ist, aber alles ist lieblos. Der Patient gräbt sich zu Hause ein. Geht nie spazieren. Wohnungsgestaltung, Umgebungsveränderung unter Hilfe von Freunden/Selbsthelfern ist angesagt (**P**), Naturerleben durch Wandern im Eifelverein oder einer Institution der Waldpädagogik (**PO, IP**), Reiten, pet therapy (*Petzold, Orth 1998c*) kann therapeutisch wirken und zur Mobilisierung der depressiven „Hospitalisierungen im Alltagsleben“ und eingetretener Fixierungen an Bett, Wohnung, Nahraum gegensteuern. Ziel eines solchen, *ökopsychosomatischen Trajektes* ist ein umgebungsbewusster, für *mikroökologische Einflüsse sensibler Lebensstil* (*Saup 1992*), in dem ein Lebensgefühl der „Frische“ – kaum diagnostisch-therapeutisch beachtet – unterstützt oder wiederhergestellt wird, das Gefühle der Zerschlagenheit, Mattigkeit, Lustlosigkeit, Überdruß auflösen kann.

Ziel all dieser Maßnahmen, der initiierten „Trajekte“, d. h. zielorientierte Wege, die der Patient bewusst beschreitet und ggf. mit den jeweiligen Partnern- oder Begleitpersonen seines Helfer-Begleiter-Förderer-Konvois ist nicht allein Symptomreduktion bzw. -beseitigung in *pathogeneseorientierter*, kurativer Therapie anzustreben, sondern auch Verbesserung der Lebensqualität und Veränderung gesundheitsabträglicher Lebensführung in *salutogeneseorientierter* Therapie (idem 2002a, *Orth, Petzold 2000, Lorenz 2004*), wie es dem Konzept der *„Integrativen Therapie als 'biopsychosoziales' Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit im „lifespan developmental approach“* (*Petzold 2001a*) entspricht.

Es geht also, das dürfte deutlich geworden sein, bei Menschen, die von schweren Störungen betroffen sind, und das heißt, in ihrer ganzen Persönlichkeit und ihrem gesamten Lebenskontext betroffen sind, nicht allein um die Veränderung einzelner Verhaltensweisen, sondern oftmals um die Veränderungen der Lebensführung, Veränderungen im persönlichen Kontext, **Veränderungen des „Lebensstils“** durch **„process organized and facilitated lifestyle change**).

Lebensstil, dieser kultursoziologische Begriff wurde von einem der Begründer moderner Soziologie, *Georg Simmel* (1.3. 1858 - 26.9. 1918 mit einem für die Psychotherapie durchaus relevanten Werk), geprägt, und von *A. Adler* in spezifischer Weise aufgenommen. Er bezeichnet die typische Art der Alltagsgestaltung von Personen mit ihren Einstellungen und charakteristischen Verhaltensweisen, die auch ihre Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen erkennbar macht. Eine solche Sicht gewinnt natürlich auch für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die Auffassung von Therapie und Persönlichkeitsentwicklung kardinale Bedeutung. In der *Integrativen Therapie* wurde der Begriff aktualisiert und weiterentwickelt. In den Kontext eines *transversalen*, modernen Theorienetzwerks gestellt definiere ich:

"Life styles sind durch Menschen in sozialen Gruppen, sozialen Mikro- und Mesowelten über eine hinlängliche Synchronisierung von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen inszenierte Formen des sozialen Lebens. In ihnen werden durch *'life style marker'*, d.h. geteilte Praxen, Symbole, Präferenzen (in Kleidung, Ernährung, Sexualität, Körperkultur, Freizeitverhalten, Musik, Lektüre, Film- und Videovorlieben, Internetuse etc.), durch spezifische Interaktionsformen und Rituale, Ziele und Werte, Affiliationen und Feindbilder Verbindungen zwischen

Individuen geschaffen, die sich von diesem *life style* angezogen fühlen und *Angrenzungen*, aber auch *Abgrenzungen* zu anderen sozialen Gruppen und *life style communities* in Virtual- und Echtzeit inszenieren. Persönliche **Identitätsstile** werden so intensiv mit den *life style markern* versorgt, daß die Adepten in die '*life style community*' aufgenommen werden und aus der damit entstandenen Zugehörigkeit eine *Stärkung* ihrer Identität erfahren. Diese Stärkung ist effektiv, so lange es nicht zu einer Fixierung auf *einen* eingegrenzten *life style* kommt, sondern eine Partizipation an verschiedenen '*life style communities*' möglich bleibt oder gar gefördert wird. Multiversale Partizipation an verschiedenen Life styles, die eine hohe Life-Style-Flexibilität (Life-Style-Hip-Hopping) bei hinlänglicher Stabilität im Bezug zu einigen '*life style mainstreamings*' gewährleistet, also ein extremes, inflationäres '*life style hopping*' mit der Gefahr der Identitätsdiffusion für den Einzelnen kontrollierbar hält, ist als Gesundheitskriterium zu werden" (Petzold 1994d, weiteres 2001p, Müller, Petzold 1999).

Eine solche soziologische Sicht und Position „klinischer Sozialpsychologie“ (Petzold, Müller 2005) – und damit geht das „life style“ Konzept über den alten Lebensstilbegriff *Adlers* hinaus – ist notwendig, will man tatsächlich Lebensstile verändern und neu- oder umorientieren, was oftmals – nicht immer – für eine nachhaltige therapeutische Wirkung unerlässlich ist.

All das, was bis hierhin ausgeführt wurde, liegt selbst für *integrativ orientierte* klinische Psychologen und Psychotherapeuten wie *Grawe, Norcross, Orlinsky, Strupp* außerhalb des Spektrum ihres Konzeptualisierens, greift aber nach unserer Auffassung bis in das Verstehen von Gesundheit und Krankheit (Petzold, Schuch 1991) und die Praxis von Therapie hinein (Orth, Petzold 2004). Es ist auch keineswegs ein hypertropher Anspruch. Die daoistische Medizin im alten China und asklepiadische Medizin, wie sie in den erwähnten Tempelkrankenhäusern und von den hippokratischen Ärzten als „**Anleitung zur rechten Lebensführung**“ praktiziert wurde (Petzold, Sieper 1990b), griff so breit aus genauso wie die antiken Seelen- bzw. Lebensführer *Cicero, Seneca, Epiktet* oder auch eine *Hildegard von Bingen* (Petzold 2001m, Petzold, Müller 2004). Und wenn man den Menschen nicht fragmentierend auf Körperliches oder Seelisches reduziert, ihn nicht dekontextualisiert von seinen Sozialbezügen und seiner Lebenswelt betrachtet, kann man gar nicht anders, als einen solchen breiten Rahmen diagnostisch und therapeutisch zu berücksichtigen, denn das *macht Sinn*, erschließt sich dem *common sense*.

Im Lichte moderner „ökologischer Psychologie“ (Gibson) gilt unabweisbar: Mensch und Welt sind verwoben, *animal and environment are intertwined*, Wahrnehmungen und Handlungen von Lebewesen sind kontextbestimmt und unlösbar durch „affordances“, Handlungsmöglichkeiten, verschränkt (Heft 2002). Deshalb müssen Verhaltensänderungen immer mit Lebenslageveränderungen (Petzold 2000h), Veränderungen im sozialen und ökologische Kontext/Kontinuum, Modifikationen der „affordances“ einhergehen¹¹⁴. Die Neurobiologie zeigt mit beeindruckender Evidenz, dass funktionales wie dysfunktionales Erleben und Handeln von Menschen *in allen Lebensbereichen* vom **Gebrauch** der dazu erforderlichen neuronalen Vernetzungen abhängig sind, „nutzungsbestimmt“, und bestätigt die schon im hippokratischen Corpus vertretene These, dass Gebrauch Funktionen erhält, Nichtgebrauch aber sie beeinträchtigt und verschwinden lässt – eine Theorie der *Aktivitätshypertrophie* bzw. *Inaktivitätsdystrophie*: „Use it or loose it!“, wie man auch heute weiß. *Neuronale Bahnungen und Bereitschaftspotentiale sind nutzungsabhängig*¹¹⁵.

Therapeutische Praxis und die ihnen zugrundeliegenden Konzepte und Modellvorstellungen, wie sie voranstehend umrissen und dargestellt wurden zeigen: differenzierte Paraxeologien wie eine Psychotherapie oder Humantherapie für die höchst komplexe, umfassende Aufgabe der kokreativen Arbeit mit Menschen unterschiedlicher Kulturen und ihren Netzwerken/Konvois in helfender, heilenden, fördernder, entwickelnder Absicht bedarf multitheoretischer Zugangsweisen – mit monotheoretischen Ansätzen greift man völlig zu kurz. Sie bedarf aber auch eines permanenten Forschungsbezugs zur Grundlagenforschung der verschiedenen therapierelevanten Natur- und Humanwissenschaften, zur klinischen Psychotherapieforschung und zur sozialwissenschaftlichen Forschung, die Themen untersucht, die für therapeutische Praxis wesentlich ist. Der Integrativen Therapie war dieser Forschungsbezug immer ein Anliegen¹¹⁶, auf das kurz eingegangen sei.

6. Integrative Therapie – ein forschungsgegründeter, multitheoretisch ko-respondierender Ansatz und sein „komplexes, offenes Wissenschaftsverständnis“

¹¹⁴ Petzold 1995a, b; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Orth, Petzold 1998a

¹¹⁵ Merzenich et al. 1983; Hüther, Rüter 2003

¹¹⁶ vgl. Petzold 1968b; 2001o, 2005i; Thomas, Petzold, Schay 2005; Steffan, Petzold 2001

Da es in der Psychotherapie um den Menschen als sich selbst beständig überschreitendes und interpretierendes Wesen geht, ein Wesen, das sich im historischen Prozess selbst zu verstehen sucht, braucht der Mensch wissenschaftliche Forschung, die zugleich Ausfluss seiner Kokreativität ist. Man kann den Forscher nicht von der Forschung trennen, die Wissenschaft nicht von dem, der Wissen schafft und sich dabei auch selbst erschafft, denn in seinem forschenden, erkennenden Tun wird der Mensch – zugleich Subjekt und Objekt der Erkenntnis – **zum Ereignis**, das sich mehrperspektivisch erfasst und nicht eindimensional verstanden werden kann.

Wir brauchen die empirische *nomothetische* Wissenschaft und Forschung für das *Erklären* und *Verstehen* der allgemeinen Dimensionen der *condition humaine* genauso, wie die *idiographischen* Zugeweisen zum *Erfassen* und *Verstehen* der Einzigartigkeit jedes Menschen und zwischenmenschlichen Ereignisses und jeder kulturellen Situation in ihrer Singularität. Der Mensch als „*événement dans l'ordre du savoir*“ braucht vielfältige Zugänge zu sich selbst, und jede sich als „wissenschaftlich“ verstehende Form von Psychotherapie bzw. Humantherapie muss deshalb Positionen zu ihrem Verständnis von Wissenschaftlichkeit entwickeln und vertreten. Der Integrative Ansatz hat das wieder und wieder unternommen und offen gelegt (Petzold 1988n, 2001o, 2003a), dass er einem „**komplexen Wissenschaftsverständnis**“ von **grundsätzlicher Offenheit** verpflichtet ist. Deshalb muss an diesem Verständnis immer wieder gearbeitet werden und man kommt zu keinem endgültigen Abschluss, sondern man muss immer wieder die relevanten Fragen im Lichte neuer Erkenntnisse und der Fortschritte in den epistemologischen und wissenschaftsphilosophischen Diskursen reflektieren, das verlangt die Offenheit, die einem „System Wissenschaft“ eignet. *Michel Foucault* hat hier kritische Wege gewiesen.

«Et cet événement s'est lui-même produit dans une redistribution générale de l'*épistémè*: lorsque, quittant l'espace de la représentation, les êtres vivants se sont logés dans la profondeur spécifique de la vie, les richesses dans la poussée progressive des formes de la production, les mots dans le devenir des langages. Il était bien nécessaire dans ces conditions que la connaissance de l'homme apparaisse en sa visée scientifique comme contemporaine et de même grain que la biologie, l'économie et la philologie, si bien qu'on a vu en elle, tout naturellement, un des progrès les plus décisifs faits dans l'histoire de la culture européenne, par la rationalité empirique» (*Michel Foucault, Les Mots et les Choses*).

Im Integrativen Ansatz sind wir überzeugt davon, dass therapeutische Verfahren ein recht umfassendes „Konzept von Wissenschaft“ vertreten müssen, denn sie befassen sich mit der biologischen Realität des Menschen, mit seiner sozialen Realität und mit seiner kulturellen Realität vor dem Hintergrund einer physikalisch und bioökologisch zu explizierenden Welt. Die in individueller und kollektiver Forschungsarbeit vor dem Hintergrund des jeweiligen Kulturraumes gewonnenen Weltbilder und Kosmologien wirken auf die soziokulturellen Realitäten zurück und damit bis in die Welt- und Selbstbilder der Individuen hinein: ein zirkulärer Prozess des Erkenntnisgewinns, auf Grund dessen sich schon eine einseitige Fixierung an ein Wissenschaftsverständnis, ein naturwissenschaftliches oder ein geisteswissenschaftliches verbietet, denn es führt in Aporien. Ein generalisierter, positivistischer Ansatz wird dann so falsch, wie eine generalisierte hermeneutische Orientierung. Therapiewissenschaft und wissenschaftlich fundierte Praxis von Therapie erfordern deshalb „komplexe Wissenschaftsbezüge“ und müssen sich mit der Anschlußfähigkeit bzw. der kategorialen Differenz der verschiedenen Wissenschaftsparadigmen auseinandersetzen. Die Probleme sind alt und haben die Wissenschaftsgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts bestimmt. Die Arbeiten von *Dilthey* und *Weber*, des Wiener Kreises, die Diskussionen von *Popper/Albert* und *Appel/Habermas* im „Positivismusstreit“, das breite Spektrum der Bemühungen von *Lakatos* und *Kuhn* bis zum „wissenschaftstheoretischen Agnostizismus“, des *späten Paul Feyerabend* haben zu keiner überzeugenden Lösung oder gar übergreifenden „Synthese“ geführt. Der Integrative Ansatz vertritt deshalb die Position: aus „exzentrischer Position“ die Vielfalt kennen, im „mehrperspektivischen Blick“ die Vielfalt differentiell nutzen und Positionen in Ko-responzen bringen, um „Lösungen auf Zeit“ finden, die damit den Charakter der Offenheit für Veränderung behalten. Ich habe hier das Modell einer „Metahermeneutik“ entwickelt, die in der exzentrischen Betrachtung aus verschiedenen zeitlichen/historischen Blickwinkeln, also in der Praxis einer prinzipiellen *Mehrperspektivität* bei den Prozessen der *transversalen* Durchquerung von Wirklichkeiten ein vielfältiges Bild dieser Wirklichkeiten erhält, das ihrer *Polymorphie*, ihrer Vielgestaltigkeit entspricht. Durch diese Differenziertheit (*différance*, *Derrida*) werden *Konnektivierungen* von Verschiedenem, *Synopsen* und *Synergien* möglich gemacht und „starke“ und „schwache“ Integrationen erforderlich und realisierbar. Diese werden selber wieder in verschiedenen Reflexionsebenen überdacht und es werden *soziohistorische* und *kulturelle* Determinierungen

metareflektiert, aber auch die neurobiologischen Voraussetzungen solcher Reflexionsvorgänge auf dem jeweiligen wissenschaftlichen Kenntnisstand. Damit erweitert sich die Hermeneutik zur *Metahermeneutik*, in der eine *Hyperexzentrizität* entsteht, die für uns *strukturell* als ein Arbeitsprogramm definiert ist – *open ended*. Aus unserer im Mesokosmos (Vollmer 1975) evolutionär ausgebildeten, begrenzten und humanspezifischen cerebralen Reflexions- und Imaginationskapazität – wir können z. B. nicht in n-dimensionalen Räumen phantasieren –, Grenzen, die wir im Prinzip kennen, wissen wir auch um ein „strukturelles punctum caecum“ unseres Erkenntnisvermögens, das uns gegenüber Einseitigkeiten und absoluten Gewissheiten skeptisch machen und uns für eine Offenheit gegenüber Neuem sensibel halten sollte.

So wird man gegenüber den Wegen *naturwissenschaftlicher* Erkenntnis, wie man sie etwa in der Humanbiologie, der empirisch-wissenschaftlichen Psychologie, in der biologischen Psychiatrie findet, und gegenüber den von diesen Disziplinen generierten Ergebnissen offen sein müssen, denn es handelt sich um unverzichtbare Referenzwissenschaften jeglicher therapeutischer Praxis. Aus diesen Disziplinen, die im nomothetischen Paradigma forschen, kommen Forschungsergebnisse, mit denen unserer Arbeit relevante Informationen über ihre *Wirksamkeit*, über *Nebenwirkungen*, *Unbedenklichkeit*, *Nachhaltigkeit* gewinnen kann. Sie müssen allerdings in breiter Weise kontextualisiert werden, also über den ursprünglichen, reduktionistischen Forschungszusammenhang hinausgehend im sozialen Rahmen gesellschaftlicher Wirklichkeit *interpretiert* und in politisches Handeln *transformiert* werden. Und dafür sind eben zusätzlich Wissensstände aus den „social sciences“ und den „cultural sciences“ beizuziehen, nicht zuletzt auch die Auseinandersetzungen mit der gesellschaftlichen Wirklichkeit und mit der Wissenschaft durch die *Kunst*, dieser eminenten Weise des Erkenntnisgewinns, auf die der Naturwissenschaftler meist in unzureichender Weise zurückgreift. Das zeigt sich auch an Vernachlässigung der bis heute nie wirklich gewürdigten „wissenschaftlichen Hermeneutik“ *Goethes*, des Dichters, Kulturtheoretikers und Anatomen/Naturforschers, bei der es weniger um seine Urbild- und Typenlehre gehen sollte (auf die die Anthroposophie abstellte), als um eine Würdigung seines *dynamischen, prozessualen Denkens*. Einem solchen Denken, Fühlen, Wollen und Gestalten (*poiesis*) ist der Integrative Ansatz verpflichtet. *Goethe* läßt eine Hermeneutik erkennen, unterwegs zu einer Metahermeneutik, die sich selbst in der *Triade von Naturwissenschaft, Kulturwissenschaft und Kunst* immer wieder überschritten hat und überschreitet also einen Typus von *Transversalität* aufscheinen lässt – wir finden ihn natürlich auch bei *Kant* oder *Merleau-Ponty* u. a. –, wie er die Entwicklung der *Hominität* (und damit verbunden der *Humankultur* und Humanität) vom Wesen her kennzeichnet.

Die Forschungsergebnisse der klinischen Psychologie oder neuroimmunologisch ausgerichteten Psychosomatik, der medizinischen Psychologie, behavioral medicine oder der klinischen Soziologie – um einmal wichtige Quellenwissenschaften zu nennen – sind für eine seriöse und **ethisch bewusste** Praxis von Therapie und ihre sozialpolitische Absicherung gänzlich unverzichtbar. Aber dazu müssen geisteswissenschaftliche Wissensstände, etwa aus der medizinischen Ethik und Rechtsphilosophie beigezogen werden, genauso wie die kritischen ethischen und ästhetischen Diskurse der Kulturarbeit und der Kunst, um naiven, kurzgreifenden Pragmatiken zu entgehen, in denen sich oft genug „**Dispositive und Diskurse der Macht**“ (Foucault 1978) und Wirkungen „**struktureller Gewalt**“ (Galtung 1985) reproduzieren. In unterschiedlichen Wissenschaftsparadigmata und Kulturprozessen generierte Wissensstände sind also unentbehrlich.

Für heilendes Handeln besteht die *ethisch* und *rechtlich* unumgängliche Prämisse, dass „**patient security**“ und „**patient wellbeing**“ gewährleistet sein müssen. Sie sind eine Kernqualität der von mir herausgearbeiteten heilkundeethischen Basiskategorie des „**patient dignity**“, denn die „Würde des Patienten ist antastbar“¹¹⁷.

Natürlich müssen Forschungsbestrebungen, die naturwissenschaftlich auf die Aufklärung von Feinstrukturen gerichtet sind, also mit einer bewussten Entscheidung zu einen aufgabenspezifischen *Reduktionismus* arbeiten, auch um die Grenzen bzw. Begrenzungen dieses Vorgehens wissen, und es muss versucht werden, die Detailerkennnisse auch wieder in größere Zusammenhänge zu stellen und forschungsgegründete Gesamtansichten anzustreben – eine „*synthèse panoramique*“, wie das *Ricœur*, dem wir hier folgen, genannt hat. Das bietet die Chance, in **multitheoretischer** Arbeit vielfältige Interpretationsmöglichkeiten, Bedeutungen und Sinngehalte aufzunehmen und freizusetzen, die Menschen gerecht werden (Petzold, Orth 2005). Genau darum wird es bei allen Ansätzen gehen, die den Menschen als vergesellschaftetes Wesen besser verstehen wollen und die ihm durch Formen sozialinterventiver Praxis

¹¹⁷ Petzold 1985d, 2000d, 2005h; Müller; Petzold 2002c; Petzold, Müller et al. 2005

(Therapie, Sozialpädagogik etc.) in Notlagen helfen oder bei Entwicklungsaufgaben (*Havighurst*) unterstützen wollen.

Ein Forschungsverständnis, wie man es in der internationalen Psychotherapieforschung (vgl. z. B. das führende Handbuch von *Bergin* und *Garfield* über alle Auflagen bis *Lambert* 2004) einschließlich der praxisorientierten Therapieforschung findet (vgl. z.B. *Petzold, Märten*s 1999), wird also auf reduktionistische Forschungswege nicht verzichten können und hat das nie getan, aber es hat immer auch die Öffnung hin zu übergreifenden Modellen einer Zusammenschau zu gewährleisten. Und darum war man auch bemüht.

Die **Integrative Therapie** kann in besonderer Weise als ein Beispiel für ein Therapieverfahren im Felde der klinischen Psychologie und der forschungsgestützten ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapie gelten, dem die Verbindung von Detailforschung – etwa in der Babyforschung (*Petzold* 1994j) oder der Psychotherapie- und Supervisionsforschung¹¹⁸ – und übergreifenden Reflexionen am Herzen liegt, in dem es die verschiedenen Methodologien und Ergebnisse *konnektiviert* und in „*Ko-respondenz*“ bringt, was zur Emergenz oder zur Erarbeitung größerer Übersichten (*Petzold* 1998a, 2003a) führen kann. Das wird aber nur möglich, wenn prinzipiell **Angrenzungen** von Verschiedenem, selbst Fremden, zugelassen, ja begrüßt wird, was Möglichkeiten der **Abgrenzung** nicht ausschließt, aber stets bemüht ist, **Ausgrenzungen** zu vermeiden. Mit dem **Ko-respondenzmodell**, Kernkonzept des Integrativen Ansatzes (idem 1978c, 1991e), wird hier eine praktikable und fundierte epistemologische und methodische Grundlage geboten, auf die hier nur mit einer kompakten Umschreibung eingegangen werden kann:

„**Ko-respondenz** kann in herakliteischer Tradition als das In-Verbindung-Setzen von Unterschiedlichem, ja Gegensätzlichem gesehen werden und eine Dialektik initiieren, die sich letztlich selbst in einer ‘Hyperdialektik’ (*Merleau-Ponty*) zum Gegenstand machen muss, womit das dialektische Paradigma sich selbst überschreiten kann, ohne Zwang, zu einer Synthese zu kommen. Vielmehr kann das Feststellen einer im Moment unaufhebbaren Vielfalt, das Erfassen des Spiels von Differenzen (*différance, Derrida*) selbst die Lösung sein.

Ko-respondenz gründet in **Prozessen** grundsätzlichen In-Beziehung-**Seins**, In-Beziehung-Tretens oder In-Beziehung-Setzens unterschiedlicher Realitäten: z.B. von Menschen und Gruppen, Wissensdisziplinen und -feldern, ein *Konnektivieren* mit hoher Vernetzungsdichte, das die Chance bietet, zu ‘**starken Integrationen**’ als intentional erarbeiteten Überschreitungen (Typ I) oder spontan emergierenden Transgressionen (Typ II) zu kommen – oft ist es eine Synergie von beidem -, zu einer innovativen Transzendierung des Bisherigen im Entstehen von übergeordneter Novität, fundamental neuen Formen, Strukturen, Qualitäten als ‘**starken Synergemen**’. Aber es gibt auch ‘**schwache Integrationen**’ als Generierung von Formen, Strukturen, Qualitäten von geringerer Novität, ‘schwache Synergeme’, die mit einem geringem Grad an *Konnektivierung* die Unterschiedlichkeiten des Gegebenen wahren, sie jedoch in neuer Weise in Beziehung setzen, indem sie etwa Collagierungen herstellen, Ko-respondenzen intensivieren, Prägnanzen erhöhen, Sinngehalte verdeutlichen. Dabei kommt es zu einem beständigen Wechselspiel von **Konsens** und **Dissens**, einer oszillierenden Diskursivierung von Wissensständen und Positionen mit den Möglichkeiten von Konvergenzen und Divergenzen, Realitäten, die konkordant und diskordant sein oder werden können, aber dabei durch ihre wechselseitige Responsivität Ausdruck von Verschiedenheit und Verbundenheit, Abgrenzungen und **Angrenzungen** sind und diese zugleich auch **schaffen**, indem sie beständig ko-kreativ Anderes, Wirklichkeiten von unterschiedlichen Graden an **Novität** hervorbringen und **komplexes Lernen** durch Differenzierung, Integration und Kreation/Kokreation ermöglichen. Die Epitheta ‘schwach’ und ‘stark’ sind nicht im Sinne einer Bewertung, sondern einer Differenzierung anzusehen“ (idem 1975h, 22; vgl. 1978c, 1991e, 2000h).

Diese epistemologische und wissenschaftstheoretische Position verdeutlicht, warum der Integrative Ansatz mehreren Wissenschaftsparadigmata verpflichtet ist, deren Leistungsfähigkeiten und Grenzen er kennt und deren Bewertung er im Kontext der internationalisierten Diskurse zum Verständnis von „Wissenschaft und Forschung“ – auch im öffentlichen Raum – reflektiert. Er vermag sie deshalb differentiell zu nutzen (was nachstehend kurz aufgezeigt wird). Ein Paradigma ist dabei ganz unstrittig ein Verständnis von Naturwissenschaft, die im Sinne der Begrifflichkeit von *W. Windelband* als ein „nomothetisch“, experimentell allgemeine Gesetze erarbeitender Wissenschaftstypus, verstanden wird:

Sciences: ensemble de connaissances sur un fait, un domaine ou un objet vérifiées par des méthodes expérimentales (Definition im Lexikon der Encyclopædia Universalis 2001)

¹¹⁸ *Petzold, Hass et al.* 2000, *Petzold, Schigl et al.* 2003; *Petzold, Müller* 2005.

Science, any system of knowledge that is concerned with the physical world and its phenomena and that entails *unbiased observations* and *systematic experimentation*. In general, a science involves a pursuit of knowledge covering general truths or the operations of fundamental laws. (Encyclopædia Britannica 2001, unsere Hervorhebung)

In dem Moment allerdings, wo sich Wissenschaft und Forschung komplexen Wirklichkeiten wie dem Menschen als Ganzem oder der sozialen Wirklichkeit zuwenden, aber auch dem ökologischen System der von Menschen bewohnten und genutzten/vernutzten Erde, reichen die nomothetisch-reduktionistischen Wissenschafts- und Forschungsstrategien allein nicht mehr aus. Wissenschaft muss deshalb auch Methodiken entwickeln, die Komplexität erfassen, reduzieren, aber nicht ausblenden oder zerstören. Der strikte experimentelle Ansatz muss durch andere Wege der Untersuchung *erweitert* (nicht etwa ersetzt) werden. Das Konzept der „Sozialwissenschaften“ – wie es etwa *Paul Lazarsfeld* elaboriert hat - oder das der „behavioral sciences“ haben versucht, mit den von ihnen entwickelten Methodologien ihrem komplexen Gegenstand, der gesellschaftlichen Wirklichkeit, gerecht zu werden, dabei aber auch eine klare quantitative empirische Orientierung zu erreichen, neben Arbeitsformen, die eine „qualitative“ Verstehensbasis anstreben, um Komplexität als Komplexes, also nicht-reduktionistisch zu erfassen. Damit wurden die beiden Wege „qualitativer“ und „quantitativer“ Forschung eröffnet, die miteinander in „sophisticated designs“ fruchtbar kombiniert werden können (*Petzold, Schigl 1996, Schigl, Petzold 1997; Steffan, Petzold 2001*).

Il convient de réserver le terme de «sciences sociales» – au sens de «sciences du comportement» – aux disciplines qui ont pour objet des opérations contrôlées et critiques d'exploration des faits humains collectifs dont la visée explicative est délibérément nomothétique, voire modélisante et systémique, à la rigueur structuraliste ... (Encyclopædia Universalis 2001)

Sozialwissenschaft ist ...die Gesamtheit der Wissenschaften, die das Verhältnis von Mensch und Gesellschaft zum Gegenstand ihrer theoretischen und praktischen Untersuchung haben. Sie stehen im Gegensatz zu den Naturwissenschaften, denen sie sich allerdings in ihren positivistisch und empirisch orientierten Richtungen annähern (Brockhaus multimedial 2001)

Wenn man weniger darauf gerichtet ist, die biologische „**Natur**“ des Menschen zu *erforschen*, als das „**Wesen**“ des Menschen zu *ergründen*, wie das einige existenzialpsychologische Richtungen tun, die **Psychotherapie** in „**geisteswissenschaftlicher**“ Weise aufzufassen und begründen suchen – man könnte sich hier etwa an *Diltheys* monumentalen Entwurf von 1873 anlehnen oder an *Heidegger* oder *Gadamer*, wie es etwa in der Daseinsanalyse (*M. Boss*) geschieht – dann greift man in andere Ebenen des Erkenntnisgewinns über die *conditio humana*. Das „Wesen des Menschen“, seine spezifische Eigenart, das, was ihn als Individuum und Kollektiv ausmacht, in aller Tiefe und in umfassenden Perspektiven zu begreifen, darum bemühte sich Menschengestalt sicher seit dem Neolithikum. Solche Erkenntnis über das Menschenwesen kann durch den nomothetischen *Diskurs* nicht gewonnen werden; idiographische Untersuchungen wiederum können kein Wissen von der Art neurobiologischer Forschungsergebnisse generieren. Und deshalb spricht vieles dafür, diese *beiden* genannten Wege der Erkenntnissuche zu beschreiten und ihre Wissens- und Erkenntnisstände in den Blick zu nehmen, auszuwerten, sie einander *anzunähern* – denn *zusammenführen* kann man diese Diskurse bzw. Diskursebenen nicht, das würde Diskurskontaminationen und Kategorienfehler zur Folge haben, die Erkenntnis behindern statt fördern. Leider werden solche Versuche immer wieder gemacht. Sie blieben unfruchtbar, stifteten Verwirrung. *Paul Ricœur* ist deshalb in seinem gesamten späteren Werk dafür eingetreten, die unterschiedlichen Diskursebenen und -formen in ihrer Eigenständigkeit ernst zu nehmen, zu erhalten und *differentiell zu nutzen* – und wir sind ihm hier gefolgt. Positionen, die alle Differenzen in Megalösungen einzuebnen versuchen oder solche, die in Taxonomien und (vermeintlichen) Integrationen letztgültige Ordnungen herstellen wollen, Hypersynthesen, in die sich alles einordnen lässt, wie wir sie etwa in den Versuchen *Ken Wilbers* (1986, 1987) finden, führen in einen *Synkretismus*, der alles und nichts erklärt oder Unterschiede verschmiert, die es zu bewahren und wertzuschätzen gilt. Genau eine solche entgrenzte, vereinnahmende Integrationskonzeption vertritt der Integrative Ansatz *nicht*, sondern er steht hier in guter französischer Tradition, die einer **Wertschätzung der Differenz** verpflichtet ist wie sie *Deleuze, Derrida, Foucault, Levinas, Lyotard, Ricœur* – bei all ihrer z. T. großen Unterschiedlichkeit – vertreten haben. Der Integrative Ansatz kann Differentes durchaus different sein lassen, weil er ko-respondierende Verbindungen zwischen verschiedenen Positionen von „unterschiedlicher Wertigkeit“ herstellt, ein *differentielles Konnektivieren* als methodischen Ansatz „schwacher Integration“ (*Petzold 2002b*) auf der Grundlage seines epistemologischen Ko-respondenzmodelles praktiziert. **Angrenzungen** von unterschiedlicher Schnittstellenbreite und Gewichtung sind ja möglich.

Ein Konzept der „*humanities*“, der Humanwissenschaften, scheint eine gewisse Integrationsmöglichkeit anzubieten. Indes sein Begriff des „Humanen“ ist bislang wenig expliziert worden. Wir könnten es aus integrativer Sicht im Sinne der französischen Konzeption der „*sciences de l'homme*“ aufnehmen, die die Sozialwissenschaften einbeziehen, aber durchaus auch die biologischen Disziplinen in deutlicher Empirieorientierung *und* in kulturwissenschaftlicher Ausrichtung, bei klarer Einschätzung ihrer **Differenz** in Zugehendweise, Erkenntnisinteresse und Methodologie. Die angloamerikanische Auffassung, der wir zurückhaltend gegenüberstehen, differiert hier von der französischen:

Humanities, those branches of knowledge that concern themselves with human beings and their culture or with analytic and critical methods of inquiry derived from an appreciation of human values and of the unique ability of the human spirit to express itself. As a group of educational disciplines, the humanities are distinguished in content and method from the physical and biological sciences and, somewhat less decisively, from the social sciences. The humanities include the study of all languages and literatures, the arts, history, and philosophy. (Britannica op.cit.).

Les sciences sociales traitent des activités humaines, de leurs résultats et de leurs conditions. Ces conditions ont elles-mêmes une base biologique qui est prise en compte dans la psychologie, la démographie (en liaison avec la génétique), dans l'anthropologie enfin (origines de l'homme, de son outillage et de ses productions culturelles). **Les sciences de l'homme** ont donc pour objet l'étude des conditions, naturelles et culturelles, des activités humaines. (Encyclopædia Universalis 2001)

Man sieht an diesen durchaus unterschiedlichen Definitionen aus unterschiedlichen Kulturräumen, die alle auch in Europa präsent sind (der angloamerikanische durch die Internationalisierung des Lebens – nicht nur der Wissenschaft), dass die Erarbeitung eines Wissenschaftsverständnisses für die Psychotherapie nicht jenseits grundsätzlicher wissenschaftstheoretischer und wissenschaftsgeschichtlicher Überlegungen und nicht jenseits der relevanten kulturellen Diskurse erfolgen kann und nicht *en passant* angegangen werden kann. Man sieht an allen Definitionen indes klar: überall wird affirmiert, dass ein starker nomothetischer Ansatz eine unverzichtbare Position ist. Die französische Definition: „*Die Wissenschaften vom Menschen haben das Studium der Bedingungen der menschlichen Aktivitäten, naturgegründeten und kulturellen als Ziel*“ (ibid.), weist ein differentielles Verständnis aus, das auch klar macht, dass die methodologischen Zugänge je nach Aufgabe und Aufklärungsanspruch verschieden sein müssen. Um ein Beispiel zu geben: In dem aufgezeigten Verständnis ist die philosophische Anthropologie eine „Humanwissenschaft“ (science de l'homme) und die biologische Anthropologie (etwa in Form der Paläoanthropologie mit ihrer starken anatomischen Orientierung) ist nicht minder Humanwissenschaft, und natürlich ist eine ethnosoziozoologische Anthropologie, wie sie *Claude Lévi-Strauss* betrieben hat, eine Humanwissenschaft. Jede dieser Disziplinen mit ihrer jeweils sehr unterschiedlichen, gegenstandsangemessenen Methodologie leistet für das Verständnis des Menschen unverzichtbare Beiträge, die in all ihrer Verschiedenheit und durch sie, uns Menschen über uns selbst wissender machen und uns ermöglichen, in immer besserer Weise zu unserem „Wesen“ zu finden **und es dabei weiter zu erschaffen**.

Die PatientInnen, die Öffentlichkeit, die Kostenträger, die Juristen, die Politik **wollen** – aus recht unterschiedlichen Motiven – Wirkungsnachweise, die auf empirischer Forschung im nomothetischen Paradigma gründen – und man sage nicht, solche Nachweise seien nicht möglich, auch wenn man um ihre Grenzen weiß! Patientinnen haben **ein Recht** darauf, das sei nochmals betont, mit Methoden behandelt zu werden, deren Wirkungen und Nebenwirkungen unter kontrollierten Bedingungen untersucht wurden, und natürlich muss man auch über die Leistungsfähigkeit und Begrenzungen solcher Untersuchungen kritisch informieren. Das vertreten wir dezidiert. Aus diesem Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Forschungsparadigmata, über ihre Leistungsfähigkeit und ihre Defizienzen sind wir heute in der Lage, sie differentiell zu nutzen (*Petzold 1994a*).

Wir vertreten deshalb eine *wissenschaftlich plural fundierte Psychotherapie bzw. Humantherapie*, die neben einer geistes-, sozial-, kulturwissenschaftlichen Orientierung, einer Rezeption von Erkenntnissen aus bildender Kunst und Literatur verbunden mit einer Wertschätzung hochkarätiger *qualitativer* Forschung unverzichtbar ein seriöses nomothetisches, auf *quantitativ-experimenteller* Forschung basierendes Fundament haben muss. Quellen- und Referenzwissenschaften sind hier unabdingbar die empirische Psychologie, die Bio- und Neurowissenschaften, die klinisch relevanten empirischen Sozialwissenschaften, die psychiatrische und allgemeinmedizinische Grundlagenforschung. Diese wiederum müssen durch epistemologische, anthropologische und ethiktheoretische Grundsatzreflexionen moderner philosophischer Wissenschaft unterfangen sein. Das eine geht nicht ohne das andere. Die

„Konnektivierung“ der unterschiedlichen Wissensstände in differentieller Gewichtung, diese permanente Aufgabe „konnektivierender Erkenntnisarbeit“, wird zu stärkeren oder auch schwächeren Integrationen führen, zu *multidisziplinären Auseinandersetzungen*, zu *interdisziplinären Angrenzungen* und manchmal auch zu *transdisziplinären Synthesen* (Petzold 1998a, 26f).

Diese knappe Umschreibung des integrativen und differentiellen Wissenschaftsverständnisses stellt die in den vorausgehenden Abschnitten vorgetragenen Ausführungen über das „**biopsychosoziale** bzw. **biopsychosozialökologische Modell**“ Integrativer Therapie in einen, so hoffe ich, nachvollziehbaren Rahmen. Obwohl es sehr tiefgreifend in philosophisch anthropologischen Positionen gründet – und die dürfen heute nicht mehr nur als „geisteswissenschaftlich“ gesehen werden –, ist es ohne beständigen Bezug auf wissenschaftliche Theoriebildung und Forschung *aus allen Wissenschaftsbereichen* nicht denkbar. Ich teile mit *Garfield, Grawe, Lambert, Orlinsky, Strupp* u.a. vollauf die Überzeugung, dass psychotherapeutische „best practice“ auf der Grundlage einer „Research Informed Psychotherapy“¹¹⁹ erfolgen muss. In der Betonung grundlagenwissenschaftlicher Fundierung und Forschungsausrichtung, klinischer Pragmatik und Methodenpluralität, Ressourcenorientierung und Interdisziplinarität bin ich mit *Grawe* in vielen Themen einig und bis in die jüngste Zeit im Kontakte gewesen, und natürlich gibt es auch Unterschiedlichkeiten (vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2005). Vor allem sehe ich die notwendige Basis des Einbezugs von Wissenschaften breiter als er und viele klinische Theoretiker und Praktiker: Wissensstände der Kultur- und Sozialwissenschaften, Philosophie, Soziologie, Politologie, moderne Geschichtswissenschaft (*Fried* 2004) und die gesellschaftsbewussten Arbeiten der Kunst müssen immer wieder herangezogen werden, um klinisch relevante Phänomene geschichtsbewusst im aktuellen gesellschaftlichen Kontext zu verstehen (*Schuch* 2003). Ein *multitheoretischer, interdisziplinärer* Zugang zur Psychotherapie als Teil einer **Humantherapie** im oben umrissenen Sinne – denn es geht ja um Menschen – ist unerlässlich, um immer wieder auch zu *transdisziplinären* Erkenntnissen (*Petzold* 1998a, 26f) zu kommen, auf die wir im Verstehen von Menschen auf der individuellen und kollektiven Dimension angewiesen sind.

Die Idee einer „**theorie-praxis-forschungs-fundierte Therapie**“¹²⁰ war für meinen Ansatz „Integrativer Arbeit“, für sein Modell der Generierung von Wissen/Kompetenzen und Können/Performanzen im „Theorie-Praxis-Zyklus“ (*Petzold, Lemke* 1979; *Petzold* 1991a) stets maßgeblich.

Im „**Integrativen Ansatz**“ erfolgt aus dem kulturellen und wissenschaftsgeschichtlichen Vergangenheitshintergrund und Gegenwartsstand mit seinen sich abzeichnenden Zukunftshorizonten: **Theoriebildung** → **Therapiepraxis** → **Forschung** → **Theoriekritik** → **Theoriweiterentwicklung** → **Therapie- und Ausbildungspraxis** → **Ausbildungsforschung** → **Theorieentwicklung** → **Praxis ...** und ggf. Rückkoppelungen in die Kultur, durch Beiträge zur Kulturarbeit [wie von Seiten der Integrativen Therapie der Integrationsgedanke, das Konzept der kreativen Medien, die Idee der Humantherapie, das integrative Identitätsmodell, der life span developmental approach].¹²¹

Proaktive Denker wie *Grawe* und proaktive Orientierungen wie der „Integrative Ansatz“ (*Petzold, Sieper*) sind, ich erwähnte es schon, oftmals nicht sonderlich beliebt, denn sie stören Trägheit auf, scheinen bedrohlich für diejenigen, die sich im Bestehenden eingerichtet haben. Sie gefährden „Identität“ derjenigen, die glauben, *eine* Lösung und Wahrheit für die Ewigkeit gefunden zu haben – „truth eternal“ – oder die ein „Markenzeichen“ zu besitzen meinen, dem sie *Daueraktualität* zuschreiben – „Psychoanalysis or Gestalt Therapy or Bioenergetics forever“. Wenn man das Prinzip „ewiger Wandlung“ des Dao¹²² erahnt, wenn man die Botschaft des *Heraklit* zu begreifen beginnt (*Petzold, Sieper* 1988), wenn man mit *Rilke* aus „entwerfendem Geist“ sagen kann „WOLLE die Wandlung“, weiß man: „Was sich ins Bleiben verschließt, schon *ists* das Erstarre“ (Sonette an Orpheus).

¹¹⁹ *Grawe* 1997; *Petzold* 2001e, o; *Steffan, Petzold* 2001

¹²⁰ *Petzold* 1968a; *Märtens, Petzold* 1995; *Petzold, Sieper, Rodriguez-Petzold* 1995; *Petzold et al.* 1998

¹²¹ Vgl. *Sieper, Schmiedl* 1993; *Petzold* 2000h, 2002h. Dieses Konzept wurde von mir mit *Johanna Sieper* seit 1972, der „Gründung des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie“ (FPI), und seit 1984 in der Forschungsabteilung der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (*Petzold, Märtens, Steffan* 1998; *Petzold* 2001e) praktiziert und war für mich natürlich seit 1979 an meiner Abteilung an der Freien Universität Amsterdam handlungsleitend.

¹²² *Oldstone-Moor* 2003; *Schmidt-Glintzer* 1990

PsychotherapeutInnen – ganz gleich welcher Schule oder Orientierung, also auch integrative KollegInnen – müssen das heute begreifen.

Die Integrative Therapie als ein „herakliteisches“, in beständiger Weiterentwicklung befindliches, Innovationen voranbringendes und Traditionen aktualisierendes und fruchtbar machendes Verfahren steht nicht mehr da, wo es vor dreißig, zwanzig oder auch zehn Jahren gestanden hat. Wie für alle anderen Richtungen geht es auch für sie darum, das neue Leitparadigma der *Neurobiologie* mit Erträgen der *Psychotherapieforschung* und moderner *Wissenschaftsphilosophie* und -forschung, z. B. der aktuellen Evolutionspsychologie und Anthropologie (Buss 2004; Petzold 2003e), Bewußtseinstheorie und Soziologie im Zeichen der Moderne und Globalisierung (Beck, Bourdieu, Castell, Giddens, Sennet), sowie mit den traditionellen Wissensständen der Psychotherapie, wo sie bewahrenswert und nützlich sind, durch metahermeneutische Arbeit zu verbinden. Und Traditionen aus der Philosophie, Kunst und Kultur – die PsychotherapeutInnen haben sie vielfach vernachlässigt oder hegemonial ihrem Diskurs subordiniert (wie oft etwa in psychoanalytischen Kunst- und Literaturinterpretation) – können hier höchst wertvolle Hilfen bieten, wenn man ihre Botschaften offen aufnimmt.

Die **Integrative Therapie** hat sich dieser Integrationsarbeit seit ihren Anfängen mit einem Programm *systematischer*, „proaktiver“ Theorie- und Methodenentwicklung verschrieben, wie ich in meinen, diese Kontinuität aufzeigenden Selbstzitationen zu verdeutlichen suche. (Sie sind keine Narzissmuskumentation, sondern sollen Navigationshilfen in einem höchst komplexen Lebenswerk bieten). Ich stand in meiner Entwicklungsarbeit immer gut gegründet auf den Schultern Anderer, wie ich durch die sorgfältige – manche nervende – Offenlegung meiner Quellen und Referenzen (Petzold 2002h) transparent zu machen suche. Ich gehe hier anders vor als etwa Freud oder Jung, die ihre Quellen immer wieder auch verschleiert haben – „Gehen sie mir mit Nietzsche, ich fürchte um die Originalität meiner Gedanken“ (so Freud zu Lou Adreas Salomé).

Ich stehe in *Konnektivierungen* und bin bemüht, mich in meiner persönlichen und wissenschaftlichen Identität mehr durch **Angrenzungen** als durch Abgrenzungen zu definieren, durch Begegnungen und Auseinander-setzungen (nach denen man sich auch wieder zusammen-setzen kann), denn das bedeutet Korrespondenz: ein wechselseitiges aufeinander Antworten in Konsens- und Dissensprozessen, das die Chance zu weiterführenden Entwicklungen bietet.

7. Innovativen Entwicklungen und lebendige Traditionen – der Integrative Ansatz als Prozess „permanenten Lernens“ und „konnektivierender Erkenntnisarbeit“

Die Entwicklung des Integrative Ansatzes war und ist für mich ein Prozess permanenten Lernens. Seit 1965, dem Jahr, wo ich den Begriff „Integrative Therapie“ das erste Mal gebrauchte, hat er sich permanent *proaktiv* entwickelt, und zwar aufgrund seiner *herakliteischen* Grundhaltung und nicht nur, weil die „Zeit weitergegangen ist“, sondern weil er immer wieder „neu ansetzt“, sich als ein „Projekt im Entwurf“ (Schuch) und in „permanenter Entwicklung“ (Petzold, Schuch 1991) definiert hat. Das vom „Integrativen Ansatz“ inaugurierte Modell einer „life span developmental therapy“ (Petzold 1981f, 1999c) für die Individual- und Gruppenbehandlung gilt auch für das Verfahren insgesamt, da es einem *evolutionären Denken* verpflichtet ist (Lorenz, Wuketis 1983; Riedl, Wuketis 1987). Es muss sich immer wieder „selbst zum Projekt“ machen, genauso wie sich jeder Patient und Klient, sich jeder Mensch „selbst zum Projekt“ (Petzold) machen kann und machen sollte, denn so vermag ein Mensch „Bildhauer der eigenen Existenz“ (Foucault) zu werden, kann seine eigene Entwicklung als „produktiver Realitätsgestalter“ (Hurrelmann) voranbringen. Ein Therapieverfahren braucht dazu eine ko-respondierende, polylogfähige Gemeinschaft (eine „community“ von Forschern, Praktikern und – last but not least – PatientInnen als Partnern und Partnerinnen, vgl. Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999).

Entwicklungsarbeit ist Lernen. In diesen Prozessen wurden von mir Konzepte wie „**klinische Entwicklungspsychologie**“ als Grundlage einer „**Lifespan developmental therapy**“¹²³, „**klinische Sozialpsychologie**“¹²⁴, „**klinische Philosophie**“¹²⁵ als Begriffe bzw. Ideen inauguriert. Sie erschienen mir notwendig, logisch aus einer Position „**konnektivierender Erkenntnisarbeit**“, wie sie im voranstehenden Abschnitt beschrieben wurde, erforderlich in dem Bestreben, das „klinische“ Denken (von griech. κλινεῖν, sich freundlich hinwenden, nichts also von aseptischer Sterilität) aus der neuzeitlichen, oftmals

¹²³ mit Referenz zu Pierre Janet und Michael Rutter, vgl. Petzold 1992d, 1994q; Petzold et al. 1991

¹²⁴ mit Referenz zu Serge Moscovici und Pierre Bourdieu, vgl. Petzold 1999r; Petzold, Müller 2005:

¹²⁵ mit Referenz zu Mikhail Bakhtin, Michel Foucault, Maurice Merleau-Ponty, Paul Ricœur, vgl. Petzold 1971, 2002h

verdinglichenden Medizinalisierung herauszuführen, die mit der ganzheitlichen Orientierung der asklepiadischen und hippokratischen Medizin nur noch wenig gemein hat (Petzold, Sieper 1900). Eine ganzheitlich und differentielle Heilkunst, eine Menschen zugewandte „ars medicinae“, darum ging es und geht es mir und meinen engsten MitarbeiterInnen. Schon früh wurden von uns in unseren Überlegungen für die Leib- und Bewegungstherapie Modelle einer „**klinischen Neurobiologie**“ reflektiert, wie sie von den russischen Neurophysiologen und -psychologen Pawlow, Bechterew, Ukhtomskij, Lurija, Anokhin, Bernstein, Zaporozec begründet und uns im Studium der Psychophysiologie vermittelt worden sind. Heute sind sie auch mit Namen wie Kandel, Damasio, Edelman, LeDoux, Gazzaniga, Freeman, Davidson verbunden, und werden durch **evolutionspsychologische** Erkenntnisse über den „WEG“ von 82tausend Generationen von Hominiden durch die Geschichte unterstützt (Buss 2004; Petzold, Orth 2004b). Damit sind Konzepte fundiert worden, die der Integrative Ansatz seit Jahrzehnten mit seinen Referenzautoren vertreten hat: *Leiblichkeit* im Sinne von Merleau-Ponty, die auf diese Weise mit den Konzepten kognitiver, emotionaler, volitionaler, behavioraler Regulation¹²⁶ verbunden werden konnte, wie sie heute von den *embodied cognitive and emotional sciences* präsentiert werden, weiterhin *lebenslange Entwicklung, life span development*, wie sie heute mit den Erkenntnissen der Entwicklungsneurobiologie verbunden werden kann (Hüther 1996; Herpertz-Dahlmann et al. 2004). All diese innovativen Ideen und Forschungsrichtungen lassen uns mehr über den Menschen lernen und wissen, verändern unser Verständnis vom Menschen (dazu grundlegend Petzold 2003e) in einer sich rapide verändernden Welt. Von Bakhtin (1975, 1981) und Ricœur (1990) werden die Persönlichkeitsmodelle der klassischen psychotherapeutischen Persönlichkeitstheorien genauso in Frage gestellt wie durch neurobiologische Untersuchungen zu Konzepten wie Ich und Selbst (Fletscher et al. 1995; Voegeley et al. 2001). Faszinierende Erkenntnisarbeit liegt wieder einmal vor der Psychotherapie, die Auswirkungen bis in ihre Praxis haben wird, wenn es ihr gelingt, das Neue mit dem Überkommenen in solider Weise zu verbinden, das Alte durch Neues zu ergänzen, aber auch Neues durch Altes in richtiger Weise einzuordnen.

Denn nicht nur die neuen Disziplinen wie die Neurobiologie bringt Innovationen und erfordert sie, auch „vergessene“ oder verdrängte Themen wie **Wille und Wollen** (Petzold, Sieper 2003), **Trost** (Petzold 2004l), **soziale Netzwerke** (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004), **Identität** (Petzold 2001d), **Alter und Altern** (Petzold 2004a, 2005a), **Gerechtigkeit, Tugend und Menschenwürde, patient dignity** (Petzold 2001m, 2003d) kommen heute in den Vordergrund von Therapie und werfen vielfältige, aber notwendige Fragen auf, die letztlich immer wieder auf **Sinnfragen** hinauslaufen, mit denen wir uns im Integrativen Ansatz fortwährend, von seinen Anfängen bis in die Gegenwart, beschäftigt haben und immer wieder beschäftigen werden¹²⁷. Das hat uns zu der Idee vielfältiger **SINNE**, dem Konzept von „polyprismatischem Sinn“ (idem 2001k) durch permanentes diskursives, koreflexives und metareflexives Lernen geführt, zum Konzept des „**komplexes Lernen**“ in zukunftsorientierter Ausrichtung.

7.1 Das Konzept des „Komplexen Lernens“ im Integrativen Ansatz

Diese Idee menschlicher Veränderung und menschlichen Lernens als „lifelong learning“ ist, wie verdeutlicht wurde, nicht nur auf der Mikroebene individueller Lernprozesse, sondern auch für das Modell von Wissenschaft maßgeblich, das die Integrative Therapie vertritt (Petzold, Sieper 2001e; Petzold 2001o). Es ist in dieser Sicht ja das Wesen von Wissenschaft, das in ihre menschliche Kollektive durch die Synergie komplexer Lernprozesse immer *neues Wissen schaffen*, altes falsifizieren, revidieren, zuweilen auch bestätigen, prinzipiell aber neues Wissen kreieren und Innovation anstreben nach den Prinzipien: „**Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären**“ und „**Konstatieren, Differenzieren, Integrieren, Kreieren**“ (Petzold 2003a). Und das ist auch das Wesen einer „herakliteschen“ Therapie, denn: „alles fließt, nichts bleibt, noch ist es je dasselbe“, eine Aussage, die dem *Herakleitos von Ephesos* zugeschrieben wird, der auch als einer der ersten Denker seine Ideen in *multitheoretischen* Argumentationen entwickelte. Wir brauchen deshalb für solche Prozesse kollektiven Schaffens von Wissen, kollektiven Lernens also, eine grundsätzlich *forschungsfreundliche* Kultur, die quantitative und qualitative Verfahren in „sophisticated designs“ verbindet, integrativ vorgeht (Steffan, Petzold 2001, Märten, Petzold 1995) und wir brauchen *forschungsfreudige Menschen*, die alles anfassen, sich jedem Thema zuwenden und dabei auch die Risikofrage nicht ausklammern. Aus Fehlern muss gelernt werden, man darf nicht nur auf die Fragestellung des Nahraums schauen, sondern muss auch angrenzende Themen in den Blick nehmen,

¹²⁶ Petzold 1974j Abb. III, Petzold, Orth, Sieper 2005

¹²⁷ Orth 1993; Petzold 1971, 1983e, 2000k, Petzold, Orth 2005

muss sich der Komplexität stellen. Nur dann wird „komplexes Lernen“ möglich. Für die Behandlung und Förderung von Menschen brauchen wir deshalb eine Forschungsorientierung, die über Psychotherapieforschung im engeren Sinne hinausgeht (Petzold, Märten 1999; 2005i) und dazu beiträgt, eine breit greifende Humantherapie zu fundieren.

Einige neuere Entwicklungen und wesentliche, weil immer noch in frischer Novität lebendige Traditionen im Integrativen Ansatz, wie sie in diesem Beitrag immer wieder deutlich werden lassen Veränderungsdynamiken und Durchtragendes erkennbar werden. Grundsätzlich wird „Veränderung als Lernen und Lernen als Veränderung aufgefasst“. Die „**komplexe Lerntheorie**“ (Petzold 1974k, Sieper, Petzold 2002) muss als Grundlage des gesamten Verfahrens und seiner Methoden gesehen werden, was oft nicht beachtet wird. Sie wurde im Integrativen Ansatz spezifisch unter Berücksichtigung der traditionellen, antiken Mimesis-Theorie „Lernen durch Nachahmung/Imitation“ (Aristoteles) – etwa im Rollenspiel (Petzold 1972a, 1982w), was heute durch die Entdeckung der Spiegelneuronen (Rizzolatti et al. 1996, Petzold 2002j) abgestützt wird – unter Beiziehung innovativer, neurobiologischer und lernpsychologischer Erkenntnisse und der Erträge russischer Psychologie (Lurija, Vygotsky u.a.) und aktuellen Neurowissenschaften (Kandel, Hawkins 1992; Spitzer 2002) erarbeitet. Zwei kompakte Umschreibungen mögen hier zur Charakterisierung der integrativen Position genügen.

„Leben ist Lernen, ist Verhalten in Lebensraum und Lebenszeit. Verhalten ist Lebensäußerung, Lern- und Gestaltungsprozess in Bezogenheit. ... Lernen ist das Differenzieren, Konnektivieren und Integrieren von Wahrnehmungs-, Erfahrungs-, Wissens- und Metawissensbeständen; ... im Erfassen, Verarbeiten und kreativen Nutzen der Komplexität dieser Prozesse selbst wird es *Metalernen*. Lernen nutzt die *multisensorische* und *multiexpressive* leibliche Verfasstheit des Menschenwesens.“ - „Im menschlichen Leben geht es um Lernen und Verhalten, Verhalten und Lernen“ (H. Petzold 1969c).

„Lernen ist das Feststellen von Differenzen im Kontext/Kontinuum-Bezug des Menschen aufgrund von bewussten, mitbewussten und unbewussten Prozessen des Wahrnehmens/Erkennens, d.h. mnestischen Leistungen des ‚impressiven‘ Kurzzeitgedächtnisses und ‚depositiven‘ Langzeitgedächtnisses (Petzold 1968b), das die Neuorganisation von Mustern (Bernstein) – physiologischen, motorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, kommunikativen – ermöglicht und die Regulation von Freiheitsgraden des Verhaltens bestimmt. Die Lernfähigkeit des Organismus auf der physiologischen und cerebral-neuronalen Ebene wurzelt in der prinzipiellen Lernfähigkeit lebendiger Materie und der in der Evolution ausgebildeten spezifischen Lernfähigkeit neuronaler Gewebe, die im Zyklus von ‚Wahrnehmen → Wahrnehmungsverarbeitung → Handeln → Wahrnehmen/Verarbeiten dieses Handelns‘ in der Interaktion mit Weltgegebenheiten *Muster* ausbilden, Programme, in denen sich die Geschichte der Interaktion eines Organismus und seiner genetischen Ausstattung mit der Welt (vgl. K. Lorenz) niedergeschrieben hat ...“ (Petzold 1970c, Sieper, Petzold 2002).

Diese Muster/Schemata werden auch Narrative genannt (sie haben die Interaktionsgeschichte aufgezeichnet“, die Grundlage für die Ausbildung von „Stilen“ in unterschiedlichen Bereichen bilden, bis hin zur Ausbildung von *life styles*. Die klinische Relevanz einer solchen Konzeption narrativer Schema- und Stilbildung durch „komplexes Lernen“ sei kurz aufgezeigt.

7.2 Komplexes Lernen und klinische Praxis

Lernen - und das heißt immer auch Veränderung auf vielfältigen Ebenen - erfolgt als ein „*differentielles* und *ganzheitliches Lernen*, das ‚*persönlich bedeutsam*‘ ist (Bürmann 1992)“, als „komplexes Lernen mit Relevanzcharakter für Lebensbewältigung und Lebensgestaltung“. Durch Lernen wird der Umgang mit sich selbst, den Mitmenschen und der Welt in den konkreten Lebensvollzügen ermöglicht. Es führt auf einer *Mikroebene* zur Ausprägung vielfältiger *Muster* und *Schemata*, die sich auf einer *Mesoebene* zu komplexeren Einheiten, *Stile* genannt, zusammenschließen, die sich - weiter synthetisiert - zu *lifestyles*, *Lebensstilen* ausbilden. Lernen wird in hohem Maße veränderungswirksam, wenn sich in ihm

„(1) *leibliches Erleben*,

(2) *emotionale Erfahrungen und*

(3) *kognitive Einsicht in*

(4) *zwischenmenschlicher Bezogenheit zu Ereignissen von VITALER EVIDENZ verbinden, die*

(5) *ein anderes Wollen und Handeln ermöglicht*“ (vgl. Petzold 1992a, 827, 916f; sowie Sieper/Petzold 1993 für die didaktische Konzeptbildung und dieselben 2002 grundlegend für die integrative Theorie „komplexen Lernens“).

Das 1. Element *leiblichen Erlebens* (das Spannung, Entspannung, Engung, Weitung, Erregung, Erleichterung, die Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung und die mit ihnen verbundenen

neurophysiologischen und biologischen Prozesse – etwa einer veränderten Genregulation - einbezieht) verändert z. B. „eingefleischte Gewohnheiten“, einen „dysfunktionalen Habitus“, verstärkt aber auch positive „Haltungen“. Es sind „**somatomotorische Stile**“, die verändert werden. Bewegungs-, kreativ- und sporttherapeutische Angebote sind hier die „Wege der Wahl“ für eine *multisensorische* und *multiexpressive* Praxis leibbezogener Arbeit (Schay, Petzold et al. 2005; Bloem, Moget, Petzold 2004). Das 2. Element, die *emotionalen Erfahrungen* sind damit eng verbunden, da durch „movement produced information“ (vgl. Petzold 2002j, 2004h, l) physiologische und emotionale Prozesse verschränkt werden. Die Modulation von Gefühlen und Stimmungen verändert „emotionale Ereignisbewertungen“ (*valuations*). Neue Möglichkeiten des „emotings“, des Aufrufens oder der Regulation von Gefühlen (idem 2003a, 617ff) sind für Veränderungsprozesse unerlässlich, die als Veränderung „**emotionaler Stile**“ gesehen werden können. Das 3. Element, die *Kognitionen* müssen ein „Reframing“ – andere kognitive und emotionale Bezugsrahmen durch eine Art „Rahmenanalyse“ (Goffman 1977) erhalten, andere *Inhalte* und *Bedeutungen* müssen aufgenommen, andere Bezüge hergestellt werden, andere „**Stile des Kognisierens**“ bzw. „**kognitive Stile**“ müssen sich etablieren, damit es zu alternativen „kognitiven Ereigniseinschätzungen“ (*appraisals*) kommen kann. Dieses Geschehen findet in der Regel 4. in „*interpersonalen Systemen von Bezogenheit*“, in zwischenmenschlichen Beziehungen statt: in der therapeutischen Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn oder in den interpersonalen Beziehungen einer therapeutischen Gruppe oder Gemeinschaft. Zentral steht aber auch der Transfer aus diesen Beziehungsereignissen in die Beziehungen des Alltags, wo ja letztendlich die Veränderungen stattfinden und Nachhaltigkeit zeigen sollen als Wandel von „**Beziehungsstilen**“: in den Alltag einer therapeutischen Gemeinschaft, später dann in den Alltag der Lebensbezüge, in denen der Patient dann steht. Hier wird eine konsequent *entwicklungsökologische* (J. J. Gibson, E. Gibson) bzw. *sozioökologische* (grundlegend Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) Perspektive vertreten, die darum weiß, dass der „Aufforderungscharakter“ (Lewin, Koffka) der Umgebung Verhalten bestimmt, von Kindesbeinen an über die Lebensspanne bis ins Senium, dass die „*affordances*“ der Umgebung und die Handlungsmöglichkeiten, die „*effektivities*“ des Menschen, miteinander verschränkt sind, sich bedingen – for better and worse – (Heft 2001), was für die Therapie in der Lebensspanne Konsequenzen hat und haben muss, für die Arbeit mit allen Altersgruppen in den jeweiligen Settings. Die **Settingvariablen**, die ein therapeutisches Programm bereitstellen kann oder muss (vgl. die Beiträge in diesem Band im Kapitel „Modelle“), müssen unter einer solchen Perspektive betrachtet und gewertet werden. 5. All diese Veränderungen können sich in *fungierenden* Prozessen vollziehen, sie können aber auch bewusste Entscheidungen und Veränderungsstreben einbeziehen, gerichtet auf Momente, die man verändern *will* und handlungskonkret verändert. Es können und müssen dabei auch „**Stile des Wollens**“, „**volitionale Stile**“ des Entscheidens und des Durchtragens selbst verändert werden, was zu den schwierigsten Fragen der Drogen- und Suchttherapie überhaupt gehört. Das Willenthema (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003a, b) ist indes nach wie vor in der Psychotherapie und der Drogentherapie ein vernachlässigtes. Die aufgeführten 5 Veränderungsmomente fließen und wirken zusammen in der Synergie der „**VITALEN EVIDENZ**“, denn es geht, wie deutlich geworden sein sollte, um komplexe Veränderungen von Haltungen und Verhalten, übergeordneten „Stilen einer Persönlichkeit“ mit ihren „persönlichen Lebensstilen“. Das zentrale Konzept der **Regulationskompetenz** im Integrativen Ansatz, das sei hier unterstrichen, muss deshalb immer mit einer differentiellen lerntheoretischen Konzeption (Sieper, Petzold 2002) verbunden gesehen werden, denn:

Die grundsätzliche und umfassende Lernfähigkeit der Hominiden, die Veränderbarkeit von Genexpressionen und Genregulationen, die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und Nervensystems und die damit gegebene Modifizierbarkeit von kognitiven Landkarten, emotionalen Stilen, Mustern der *Regulationskompetenz/-performanz* aufgrund „fungierender Lernprozesse“ oder/und „exzentrischer und reflexiver“ Auswertung und volitionaler Umsetzung von Erfahrungen sind die wesentlichsten, evolutionsbiologisch höchst sinnvollen Selektionsvorteile der Hominiden vom Sapiens-Typus. Diese fungierende und exzentrische Lernfähigkeit, die Ausbildung modulierbarer *Narrative* bzw. *Regulationskompetenzen* muss als das zentrale Programm, als das „Basisnarrativ“ des Homo Sapiens angesehen werden, von dem alle anderen Narrative bestimmt werden können. Diese Grundannahme gilt für jede Form von Therapie

Unter solchen Perspektiven wird der Integrative Ansatz als solcher und die Arbeit in ihm, mit ihm und an ihm als ein fortwährender Prozess des Lernens erkennbar, sind die Integrativen TherapeutInnen als eine

„learning community“ zu sehen, ist das Verfahren Ausdruck permanenter Lern- und Entwicklungsprozesse, in die im Folgenden weitere kurze Einblicke gegeben werden sollen.

8. „Heilen und Fördern“ durch leibzentrierte „thymopraktische“ Arbeit mit Kognitionen, Emotionen, Volitionen – einige Kernkonzepte und Anliegen des Integrativen Ansatzes

Ein Kernkonzept des Integrativen Ansatzes ist das der „Leiblichkeit“ mit der schon zu Eingang dargestellten Idee des „Informierten Leibes“ (Petzold 1970c, 2002j), der durch die Interaktion in der sozioökologischen Lebenswelt, in der „zwischenleiblichen Bezogenheit mit Anderen“, den Menschen des Netzwerkes, des gesellschaftlichen Zusammenhanges, kognitiv und emotional „informiert“ wird – in Prozessen „komplexen Lernens“ also, denn „Leiblichkeit, Lebenswelt, Sozialität“ sind unlösbar verbunden. Durch die Interaktion mit den Mitmenschen in der Welt wird der Mensch *leibhaftig enkulturiert* und *sozialisiert*, kann ein „kultiviertes Affektleben“ (Thymosregungen, Thymopsyche) und eine „kultivierte Geistigkeit“ (Noetik, Noopsyche) ausbilden, die im Konzept der „sinnlichen Reflexivität“ (idem 1971, Heuring, Petzold 2004) verbunden sind. In dieser Bezogenheit wird und bleibt er gesund, wenn sie gut und förderlich ist und er wird krank und elend, wenn sie destruktiv, behindernd, toxisch ist (als schädliche Anhängigkeit, Hörigkeit, als Gewaltbeziehung). Zum Thema Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit können in dieser Arbeit neben der schon im ersten Abschnitt (1. 2) zitierten Basisdefinition nur einige kompakte Leittexte zur Verdeutlichung dieser Konzepte beigezogen werden.

„Der Mensch [Mann und Frau] als *Leibsubjekt* ist durch ein differentielles und integriertes Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln unlösbar mit der *Lebenswelt* verflochten – mit den Menschen in *Zwischenleiblichkeit*, mit den Dingen in *Handhabung*. Er wird von den Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet und er selbst wiederum bewegt, bearbeitet, beeinflusst sie kokreativ durch sein Tun und Wirken – in konstruktiver und auch in destruktiver Weise“ (Petzold 2002j).

»Die Lebensvollzüge dieses Leibsubjektes werden durch das Erleben seiner *Selbst*, der *Mitmenschen* und der *Welt* bestimmt, wobei dieses Erleben ein leibliches ist, sinnlich-emotionale Dimensionen, das „Gefühlsleben“ als „Thymosregungen“ und „schöpferische Gestaltungskraft“ umfasst sowie reflexiv-rationale Dimensionen, die „Vernunft“ als „schöpferische Intelligenz“ und „ethische Grundausrichtung“ einschließt. Es verfügt über eine kokreative, synergetische Qualität „reflexiver Sinnlichkeit“, deren Ort die „Leiblichkeit“ (Petzold 1985g) mit all ihren Wahrnehmungs- Reflexions- und Ausdrucksmöglichkeiten ist. Solche Überlegungen haben einen starken Hintergrund in der abendländischen Kultur- und Geistesgeschichte. Es sei hier nur exemplarisch auf die „Ethica Nicomachea“ des *Aristoteles*, ein Werk über „praktische Wissenschaften“, verwiesen, das deutlich machen kann, was wir meinen, wenn wir über die Bedeutung von Tradition im „Integrativen Ansatz“ sprechen. *Aristoteles* verbindet in diesem Werk Theorie als Lebenswissen mit Lebenspraxis, deren Ziel und Letztzweck (*telos*), die „Glückseligkeit“ (*eudaimonia*) sei (NE I 1, 2), die durch das Tun des „praktisch Guten“, ein konkretes Leben von Tugenden (*arete*) erreicht werden kann. *Aristoteles* vertritt dezidiert, dass die Tugenden *durch* „Gewöhnung“ *erworben werden*, das meint der Begriff der „ethischen Tugenden“ (*Ethos* = habitualisiertes Verhalten), eine „vorsätzliche Haltung, welche die Mitte hält in Bezug auf uns“ (NE II 6) – etwa zwischen extremen Affektzuständen. Der *Wille* als *Vorsatz* (*prohairesis* = Wahl und Entscheidung) ist das „Prinzip der Handlung“, so dass Sinnlich-Affektives und Geistig-Noetisches, Thymos und Nous im Willen zusammenwirken und in ihrer Synergie zu „praktischer Wahrheit“ führen (NE VI 2). Die umfasst Klugheit (*phronesis*) und Weisheit (*sophia*) als *dianoetischen* Tugenden, in denen sich Theorie und Praxis verbindet und die Grundlage der Ethik und Metaphysik werden (NE VI 5, 7).

Als ich zu meinem Begriff der „**Hominität**“, des „Menschenwesens“, in einer Diskussion nach einem Vortrag eine Erläuterung gab, sprach ich von einem Wesen, das von „Tugenden geleitet werden könne“ und habe auf die breitere Bedeutungsgebung des Griechischen *Arete* verwiesen, an die ich auch in diesem Kontext erinnern möchte:

„Bei ‚*Arete*‘ handelt es sich in der griechischen Bedeutung des Wortes um eine ‚Qualität‘, nicht nur um einen Oberbegriff für verschiedene Tugenden, sondern auch um eine herausragende Eigenschaft eines Wesens – Mensch, Tier oder auch Ding –, in der sich seine Natur in vollkommener Weise ausdrückt. **Hominität** kann man deshalb durchaus als eine ἀρετή sehen, als eine **besondere Qualität der Integrität** des eigenen Menschseins, in der sich jeder Mensch der optimalen Gestaltung seines je spezifischen Wesens und seiner *humanitären* und *integren* Grundhaltung zu einer gegebenen Lebenszeit annähert, gemeinsam mit

den Menschen seines Lebenszusammenhangs (das ist unverzichtbar). Integritätsstreben ‚nach außen‘ im Engagement für die Gewährleistung der *Integrität des Anderen* (Levinas, Marcel) und Integritätsstreben ‚nach innen‘ im Bemühen um die beständige Entwicklung der *eigenen Integrität* (Sokrates, Epiktet) durch ‚Gewissensarbeit‘, um eine solche „Tugend der Integrität“ geht es im Leben. Die *Arete* indes ist *prekär*, man kann immer wieder an ihr scheitern, muss sie dann erneut anstreben, erarbeiten und kann sie nie vollends erreichen, denn in jedem Erreichen ereignet sich ein Überschreiten und eröffnen sich ein neuer Horizont mit neuen Aufgaben und Zielen. Der ‚Geschmack‘ aber der *Arete* wurde schon verkostet und motiviert das Selbst zu weiterem Streben, die eigene **Hominität** zu gestalten – als Künstler und Kunstwerk zugleich“ (idem 1988t).

Hominität, Tugend und Leiblichkeit sind für mich verbunden. Tugenden haben etwas Sinnhaftes“ und sie zeigen sich in leiblich-konkretem Handeln. Leib, dieser altertümlich anmutende Begriff, umschreibt in der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold 1993) des Integrativen Ansatzes die anthropologische Kernkategorie, wie in der obigen Definition ausgeführt. Sie sieht den ganzen Menschen als „bewegtes, personales Leib-Selbst“, als „interagierenden, kokreativen Mitmenschen“, der sich zum Anderen hin und mit ihm gemeinsam durch das Leben, durch die Geschichte, die Evolution bewegt, wie es schon in meinen frühen wissenschaftlichen Texten dargestellt wird (Petzold 1970c, 1974j). Es handelte sich um die Ausarbeitung eines „komplexen Leibkonzeptes“, das affirmiert: der Mensch ist „interagierendes, kokreatives Leibsubjekt in Bewegung“ - und eines „erweiterten Bewegungsbegriffes“ (idem 1974k, 1989h), der herausstellt „*Leben ist Bewegung und Bewegung ist Leben, Bewegtheit ist schöpferisch, in der Bewegung handeln Geist und Gefühl über den Willen leibhaftig*“ (idem 1970c). Therapie wurde damit als „Leibtherapie“ konzipiert, als „Behandlung in Zwischenleiblichkeit“, im „dialogue/polylogue tonique“, als „schöpferische Arbeit am Leibe“ und als „schöpferische Selbstgestaltung des Leibes“ (Iljine, Petzold, Sieper 1967-1970/1990). Diese Form der Arbeit wurde „Thymopraktik“ genannt, von griech. *Thymos* (θύμος), worunter die leibseelischen Regungen, die Herzensgefühle, die lebensvolle, mitschwingende Präsenz des Menschen verstanden wurde¹²⁸. In diesem Konzept wurde versucht, die französische leibphilosophischen Tradition (Maine de Biran, Marcel, Merleau-Ponty als Leibphänomenologen, Foucault als Theoretiker der „Biopolitik“ und des „geschundenen Leibes“, Ricœur als Denker einer Hermeneutik des Leibes), weiterhin die russische psychophysiologische und tätigkeitstheoretische Tradition (Anokhin, Bernstein, Iljine, Lurija, Zaporozec, Ukhtomskij, Vygotskij) zu verbinden. Hinzu kommen die körperseelisch-geistige Übung und ästhetische Erfahrung der Kampfkünste, die ich von Kindheit an praktizierte¹²⁹ sowie die altruismustheoretischen Impulse zur praktischen Hilfeleistung (Dunant, Kropotkine, Suttner, Tolstoj) meines Elternhauses (Petzold-Heinz 1957) - biographische Hintergründe kommen immer wieder auch in den wissenschaftlichen Konzeptbildungen von AutorInnen zum Tragen (Petzold 2002h). Aus diesen permanenten Versuchen der Konnektivierung von naturwissenschaftlichen, geistes- und kulturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen *Diskursen* im Konzept „*Leiblichkeit und Lebenswelt*“ (Lebenswelt umfaßt *Ökologie* und *Sozialität*) sind bis heute höchst fruchtbare Bewegungen der Weiterentwicklung hervorgegangen. Eine zentrale Idee sei hier herausgegriffen.

„*Sinnliche Reflexivität* ist ein Basiskonzept des Integrativen Ansatzes der Humantherapie (Psychotherapie, Soziotherapie, Leib- und Bewegungstherapie), dass die Idee eines ganzheitlich und differentiellen cerebralen Funktionierens (Lurija) in synergetischer Interaktion mit dem übrigen somatischen System (Damasio) und mit dem soziökologischen Umfeld (Gibson) zugrundelegt und von einer generalisierten „dynamischen Regulation“ des humanen Gesamtsystems (Anokhin) ausgeht. Dieses Basiskonzept liegt dem integrativen Begriff „bewegter, schöpferischer Leiblichkeit in Kontext/Kontinuum“ zugrunde. Im Sinne einer evolutionsbiologischen Sicht der Hirnentwicklung (Edelman), wird der Neokortex als Ort der Neokognitionen gesehen, der sich u. a. entwickelt hat, um die emotionalen Prozesse des limbischen Systems, insbesondere der amygdaloiden Gefühlsregungen – Gefühle können hier als *Paleokognitionen* (Bischoff) aufgefasst werden – weitgehend steuerbar zu machen, zu differenzieren und narrativ zu transportieren. Dadurch wurden *Besonnenheit*, eine *volitionale Steuerungsmöglichkeit der Affekte*, *koreflexive* und zugleich *kokreative „soziale Koordination“* erreicht, die einen massiven Selektionsvorteil boten und damit letztlich alle Kulturleistungen möglich machten.

Das reflexiv-rationale Steuerungsmoment wurde aber nicht vom limbischen System abgekoppelt oder ihm übergeordnet¹³⁰. Vielmehr bleiben die basalen emotionalen Steuerungen aktiv und unterfangen alles Kognitiv-Reflexive beständig mit emotionalen Tönungen, wodurch es ‚sinnlich-emotional‘ bleibt, wenn auch mit kognitiv-volitiven Regulationsmomenten versehen, so dass von einer Synergie der *Regulationsprozesse* ausgegangen werden

¹²⁸ Idem 1970c, 1974k, 1992b, Petzold, Vööbus 1977, Petzold, Heintl 1980, Petzold, Orth 1993e

¹²⁹ bei meinem Vater russischen Kolo, später Aikido, Kung Fu in Form des T'ang L'ang Ch'uan/Praying Mantis Stils; Petzold, Bloem, Moget 2004)

¹³⁰ Das würde zum Konzept einer ‚reflexiven Sinnlichkeit‘ (Dreizel) führen, welches von einem neurobiologischen Darwinismus (Edelman) nicht zu stützen ist (das Emotionale würde unter der Hegemonie des Reflexiven sich zurückbilden).

kann, die immer auch als Lern- und Entwicklungsprozesse gesehen werden müssen und die Lebensbewältigung und -gestaltung, ja eine *Lebenskunst* ermöglichen (im antiken Denken die Integration von Thymos/Affektivität und Nous/Geistigkeit durch den Willen). In einem solchen Verständnis müsste aus Integrativer Sicht auch die Idee einer 'emotionalen Intelligenz'¹³¹ gesehen werden: nämlich als *Synergem* von limbischen/emotionalen und neokortikalen/kognitiven *Regulationsprozessen*¹³². Das Konzept der leibgegründeten 'sinnlichen Reflexivität' ermöglicht sowohl die Idee eines „reflexiven Leib-Subjekts“ als auch der „volitionalen Steuerung des emotionalen Lebens“. Es hat im Hintergrund das Modell einer Verschränkung von wahrnehmend-spürend orientierter Phänomenologie und reflexiv-interpretativer Hermeneutik, die sich durch den Einbezug kulturhistorischer und neurobiologischer Wissensstände als Reflexions- und Narrationsrahmen - der weitausgreifend den leiblich-sinnenhaften Boden nie verliert -, zu einer Metahermeneutik übersteigen kann“ (Petzold 2000h).

In Selbsterfahrung und Therapie wird immer auf das Erleben der *Verschränkung* des reflexiven Moments mit dem multisensorischen, sinnlich-emotionalen Moment Wert gelegt, die emotionale Tönung eines Begriffes ausgelotet: z. B. der kognitiv gebrauchte Begriff *Wertschätzung*, wird im Kontext verdeutlicht als das, was mir wertvoll ist, wie ein Schatz, der mir am Herzen liegt – das gilt auch für die *Arete*. Die emotionale Aufwallung von *Begeisterung* z. B. wird überdacht auf das hin, was mir den Geist entzündet, auf die Ideen, die mich entflammen. So wird Sinnliches reflexiv und Reflexives zur Sinnlichkeit hin geöffnet. Vor dem Hintergrund solcher Konzeptualisierungen wie auch insgesamt in einer modernen, neurowissenschaftlich orientierten Psychotherapie¹³³ heute kann nicht mehr nur auf *kognitives* Lernen, wie es durch die „*cognitive neurosciences*“ (Gazzaniga 2000) zu einem dominanten Paradigma geworden ist, abgestellt werden, sondern es muss auch *volitionales* Lernen mit spezifischen „volitionalen Stilen“ (Petzold, Sieper 2003b) beachtet werden und natürlich auch *emotionales* Lernen (Petzold 1995g), das heute durch die „*emotional neurosciences*“ (Davidson 2000) betont wird. Sie haben das in der Integrativen Therapie schon 1974 (Petzold 1974j) vorgetragene und neben das Konzept der „kognitiven Stile“ gestellte Konzept der „emotionalen Stile“¹³⁴ in empirischen neurowissenschaftlichen Studien fundiert. Für die Psychotherapie heißt das, dass sie auf die *Beeinflussung kognitiver, emotionaler und volitiver Stile/Muster* in den sozialen Interaktionen der relevanten familialen, amikalen, kollegialen Netzwerke bzw. Konvois (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004) gerichtet sein muss.

Die moderne Emotionspsychologie und die *emotional neurosciences* haben gezeigt, dass Gefühle wie Trauer, Trost, Aggression, Neugier in der Psychotherapie *auch* auf einer neurowissenschaftlichen Basis verstanden und beeinflusst werden müssen, und da Gefühle mit Begriffen benannt und zumeist auch willentlich beeinflusst werden können, sind dabei immer auch kognitive und volitive Momente mit im Spiel¹³⁵. Gefühle und Willensregungen stehen aber immer direkt oder indirekt in *zwischenmenschlichen Bezügen*, die heilsam, aber auch destruktiv sein können und die deshalb als zentrale Größe besonders angesprochen werden sollen.

8.1 „Beziehung heilt!“ Das heilsame „Zwischenmenschliche“ als „therapeutischer Faktor“ – Förderung von affilialer Beziehungsqualität in polyadischen Netzwerken

Natura sanat! Dieses alte aklepiadische Dictum haben wir ergänzt (Petzold 2003e) durch ein „*persona sanat*“: Der Mensch verfügt über erhebliche Selbsteilungskräfte. Und weiterhin durch unsere Position, dass auch der human-humanitär handelnde Mensch des anderen Menschen Heilmittel werden kann (genauso wie er das Gift des Anderen sein kann, wenn er vergiftend agiert). *Praktizierte Humanität heilt!* Und auf dieser Grundlage und all dieses einbeziehend können wir heute mit gebotener kritischer Wachsamkeit im Blick auf die großartigen Möglichkeiten moderner Medizin sagen: *medicus sanat!* (ibid.), besonders wenn er die „heilsame Kraft des Zwischenmenschlichen“ gut zu nutzen weiß. Es ist eben nicht die „Droge Arzt“, ein eigentlich nicht weiter zu propagierendes Schlagwort, sondern der „Arzt/Therapeut als Mitmensch mit gediegenen, gut angewandten Spezialkompetenzen“ ist das wirklich optimale, Heilungschancen bietende Mittel der Behandlung. Und genau diese „Humanität und Fachlichkeit“ sollten wir von heilenden und

¹³¹ Der Begriff von *Goleman* nutzt die Forschungen von *LeDoux* etwas anders als in dieser Argumentation.

¹³² Die Antike sah den die „Lebenskunst“ [*techne tou biou*] beherrschenden Menschen als Steuerer [*kybernetes*] des Gefühls [*thymos*] durch den Geist [*nous*] und die *arete*, die Tugend (vgl. *Aristoteles* Nicomach. Eth. und Politika).

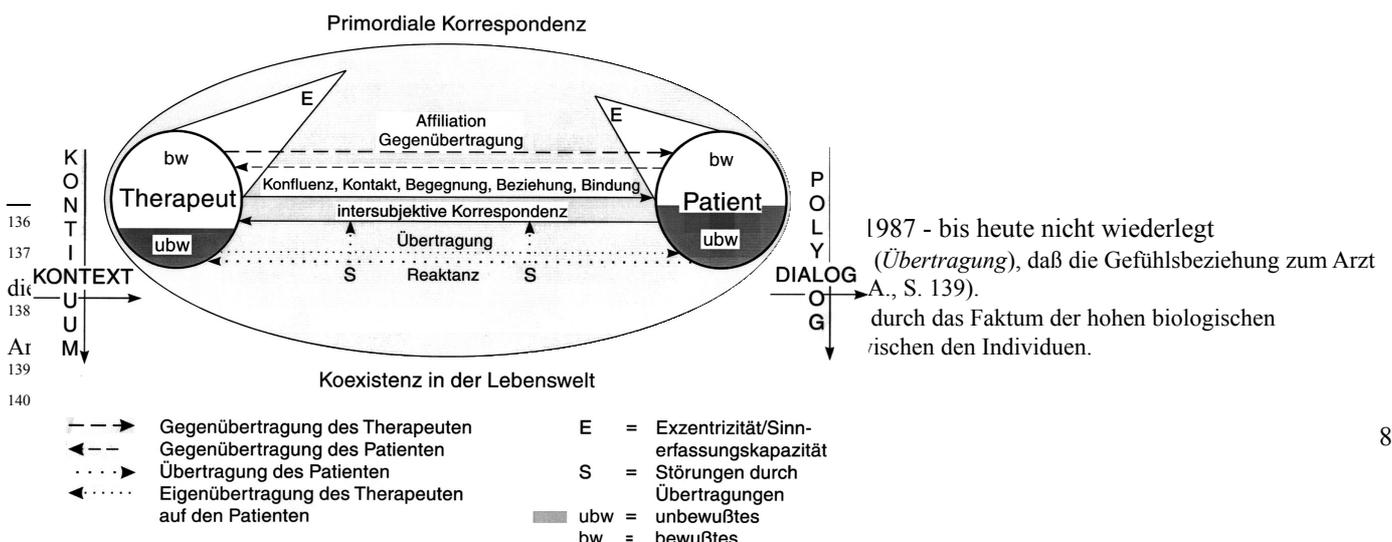
¹³³ *Grawe* 2004; *Petzold* 2002j, 2004i; *Schiepek* 2003

¹³⁴ *Ibid.* 308, vgl. auch *idem* 1992a, 833-839

¹³⁵ *Petzold* 1992a, S. 789-870; 2003a, S. 607 – 663.

helfenden Berufen erwarten (Marcel 1956). Warum das Zwischen- und Mitmenschliche so herauszuheben ist? Dafür gibt es viele Gründe. Einige seien genannt.

Die Selbsthilfe- und Lientherapeuten-Studien hatten schon in den achtziger Jahren gezeigt: professionelle Psychotherapie und Lientherapie geben sich nichts, was ihre Wirkungen anbelangt¹³⁶. Das bestärkte uns in unserer Auffassung, dass die „*therapeutische Beziehung*“ als vorgeblich stärkster Therapiefaktor sich bei genauer Betrachtung als eine Beziehungsqualität „guter, alltäglicher Zwischenmenschlichkeit“ erweist, wie sie in guten Familienverhältnissen und Freundschaften als wirksame Lebenshilfe zum Tragen kommt. Die Integrative Position zur „zwischenmenschlichen Beziehung“, die die „Andersheit des Anderen“ (Levinas, über Buber hinausgehend) wertschätzt und ihre grundsätzliche Unverfügbarkeit vertritt, sieht dieses Moment der „Zwischenmenschlichkeit“ als die „Kernqualität“ der „therapeutischen Beziehung“, womit ihre von vielen PsychotherapeutInnen oftmals geradezu „sakralisierte“ Zentralstellung und Überhöhung (Petzold, Orth 1999) auf eine angemessenere Dimensionen zurückgebracht wird (Dawes 1994; Märten, Petzold 1998). Selten können TherapeutInnen als professionelle HelferInnen den Einsatz und das Engagement, die Treue und Zuwendung aufbringen, die wir in guten Familien- und Freundschaftsbeziehungen finden. Das sollte nicht vergessen werden. Therapeutische Beziehungen sind Teil von Netzwerkbeziehungen und finden in Dyaden (Zweierkonstellationen) und Polyaden (Gruppen) statt, gemäß der integrativen anthropologischen Grundformel „Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum“ (Petzold 2003e), womit die dyadologische Fixierung der meisten Psychotherapienformen durchbrochen und die hegemoniale Stellung des „Ich“ in der Buberschen „Ich und Du-Formel“, die für so viele Schulen maßgeblich ist, verändert wird. Mit Levinas und Ricœur wird abweichend vom Duktus des tiefenpsychologischen Anspruchs, der Patient müsse sich dem Analytiker ausliefern, sich völlig auf die Analyse einlassen (Freud¹³⁷) die selbstbestimmte Beziehungsgestaltung ohne die Offenbarungsverpflichtung der psychoanalytischen „Grundregel“ vertreten. In den humanistisch-psychologischen Therapien ist die Betonung der „Heilung durch Begegnung“ und durch das Herstellen eines „Miteinanders“ (Rogers) die Leitidee. Erweiternd betont der Integrative Ansatz auch „Heilung durch Abgegrenzt-Sein“ und unterstreicht die grundsätzliche *Alterität*, die „Andersheit des Anderen“, ja das „Andere im Selbst“, dessen Fremdheit *aufzuheben*, kein unabdingbares Leitziel ist. So werden Marcells Intersubjektivitätskonzept¹³⁸ mit dem Gedanken grundsätzlicher *Verbundenheit* (Koexistenzaxiom) und Levinas' Idee letztendlicher *Andersheit* (Alteritätsaxiom) in einen dialektischen Bezug gestellt, der gut mit den sozialpsychologischen Forschungen zusammengeht, die beides, Affiliations- und Independenzstreben, für den Menschen als Charakteristikum sehen¹³⁹. Im Konzept der „*Souveränität als unter Souveränen ausgehandelter*“ (Petzold 2000h) kulminiert dieser Gedanke und findet zum integrativtherapeutischen Beziehungsideal (für Erwachsene): „*konviviale Partnerschaftlichkeit*“, die für polyadische und dyadische Alltagsbeziehungen und für Therapiebeziehungen gleichermaßen grundlegend ist¹⁴⁰. Für solche Partnerschaftlichkeit wurden sprachphänomenologisch „differentielle Beziehungsmodalitäten“ herausgearbeitet: „Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit“. Sie werden durch die sozialpsychologischen Affiliations-, Beziehungs-, Reaktanztheorien empirisch unterfangen und ergänzen die klinischen Übertragungs-Gegenübertragungsmodelle (bzw. schränken ihre Hegemonie ein). Das ist eine originelle, IT-spezifische Sicht (Petzold, Müller 2005).



„**Affiliation** ist das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum, zu Menschengruppen mit Vertrauensqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt, grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhalts, Fürsorge und Pflege, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten. Mit diesem **Affiliationsnarrativ** als Grundlage der Gemeinschaftsbildung konnten die Hominiden gesellschaftliche und kulturelle Formen entwickeln, die sie zur erfolgreichsten Spezies der Evolution gemacht haben.“

Beziehung dieser Qualität wirkt im oben beschriebenen Sinne als „Medikament“, weil sie im konvivialen Schutzraum des Zwischenmenschlichen Heil- und Regenerationsprozesse ermöglicht. Hinter dem Affiliationsprogramm stehen alte evolutionsbiologische Muster der Zugehörigkeit zu einer „In-Group“, zu deren genetischem Pool man gehörte, und damit auch genetische Programme affilialer Zugesellung. Gegenüber Out-Group-Personen fand sich eher Zurückhaltung, Vorsicht, ja Feindseligkeit. Die zu Belastungen, „affilialem Stress“, wie ich das genannt habe, führt.

„**Affilialem Stress** entsteht bei allen Formen der Ausgrenzung von Menschen aus *Nahraumverhältnissen* (Familien, Verwandtschaften, Freundschaften, Nachbarschaften, Kollegialitäten) und weiterhin durch alle Formen der Verletzung, des Liebesentzugs, der Demütigung und Entehrung, des Missbrauchs und der Misshandlung in *Affiliationsverhältnissen*. Solche „Beziehungsbelastungen“ werden besonders bei ‚starken‘ Affiliationen ein psychophysiologischer Stressfaktor erster Ordnung“ (Petzold 2000h).

„Affilialem Stress“ kann zu „Hyperstress“ mit allen Zeichen, Wirkungen, Auswirkungen und Folgen solcher psychophysiologischer Prozesse – man findet sie in den Traumaerfahrungen des „*man made disaster*“ (Petzold, Wolf et al. 2000), bei ethnischen und religiösen Verfolgungen und Pogromen (Petzold 1996j), Vertreibungen, Misshandlungen, bei Akten extremer Fremdenfeindlichkeit, Damit sich das intrinsische Affiliationsprogramm „inszenieren“ kann, müssen spezifische Nahraumqualitäten bereitgestellt werden, damit der In-Group-Mechanismus getriggert wird und Out-Group-Mechanismen blockiert werden, denn sonst kann keine gute **Passung** zustande kommen. Maternale und paternale Beziehungsqualitäten im Affiliationsangebot sind hier offenbar sehr förderlich, weshalb wohl auch die Mutter-, Vater-, Familienmetaphorik und die entsprechenden Denk- und Handlungsmuster im Bereich vieler Psychotherapien eine so große Rolle spielen (bis zu dysfunktionalen Bindungsmythen und -praktiken, Petzold, Orth 1999). Wichtig werden die empathiegegründeten Qualitäten von Takt, Wohlwollen, Zuwendung (die Wurzel von „klinisch“ ist gr. *klinein*, sich liebevoll hinwenden), von Verstehen und Verständnis, ohne Überlegenheitsgestus oder oberlehrerhaftes Besserwissen in konvivialer Zwischenmenschlichkeit. Diese Eigenschaften hatte schon *Ferenczi* (1927/28) als Qualitäten einer empathischen therapeutischen Haltung gefordert und in seinen mutuellen Analysen selbst praktiziert.

»**Empathie** gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, u.a. durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, cerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer *Performance* ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales *Wahrnehmen* „mit allen Sinnen“ erfordern, verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten *mnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisarchiven. Diese ermöglichen auch „wechselseitige Empathie“ (*Mutalität*) als **reziproke Einfühlungen in pluridirektionalen Beziehungen** im Sinne des Erfassens von anderen „minds“ vor dem Hintergrund und im Bezug auf ein Bewußthaben des eigenen „minds“. Das wiederum ermöglicht in einer „Synergie“ ein höchst differenziertes und umfassendes

Erkennen und Erfassen eines anderen Menschen (*personengerichte Empathie*) oder von Menschengruppen in *affiliativer Performanz* mit ihrer sozialen Situation (*soziale Empathie*) nebst ihren subjektiven und kollektiven sozialen Repräsentationen« (Petzold 2002b).

Diese „*empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität in affiliativer Performanz*“ kann als der „*therapeutische Megafaktor*“ – schulenübergreifend – für jede Form klinischer Praxis angesehen werden. Letztlich sind es diese Qualitäten empathischer Mitmenschlichkeit, die im Alltagsleben durch Therapie gefördert werden müssen, nicht aber als ein überhöhtes Spezifikum des „therapeutischen Raumes“ von TherapeutInnen reklamiert werden sollten (vgl. Petzold, Orth 1999). Bestärkt wird das durch Studien, die „social network interventions“ (z. B. Hausbesuche von Sozialarbeitern) als so effektiv erweisen, wie professionelle Psychotherapie. Das konnte Röhrle (1994) in seiner Habilitationsschrift mit einer Metaanalyse aller damals vorliegenden Studien zeigen. Daran hat sich nichts geändert. Das zeigt uns aber, wie bedeutsam sozialinteraktive Faktoren und ressourcenreiche Netzwerke für die Psychotherapie sind, die nicht „dyadisch verkürzt“ werden darf, sondern immer die Polyade „sozialer Netzwerke bzw. Konvois“ auch im dyadischen Setting einbeziehen und sie beeinflussen muss. Der Integrative Ansatz hat daher in besonderer Weise Entwicklungsarbeit im Bereich der „Netzwerk- bzw. Konvoithherapie“ geleistet¹⁴¹, die ein Spezifikum seiner Praxis darstellt. In ihr konkretisiert sich seine „Kultur polyadischer Angrenzung“ und „praktizierter Konvivialität“ (vgl. 8.2.4) wird sein Konzept „differentieller Affiliation“ umgesetzt.

- »**Affiliation** ist ein Bündel von Mustern der 'Zugesellung', ein evolutionsbiologisch ausgebildetes Basisnarrativ im Verhalten von Primaten, also auch im menschlichen Verhalten, das einen deutlichen Selektionsvorteil bietet: Vergesellschaftet, in sozialen Verbänden, Netzwerken, Konvois lebend, bringen Menschen überlebenssichernde Leistungen hervor, vereinzelt gehen sie zugrunde.
- **Affiliation** ist die Tendenz von Menschen, die Nähe anderer Menschen zu suchen, auch wenn keine gewachsenen emotionalen Beziehungen da sind, gleichzeitig auch die Tendenz, solche emotionalen Bezüge, ja Bindungen herzustellen, wenn das möglich ist. Durch die Fähigkeiten, sich motorisch, emotional und kognitiv zu synchronisieren (aufgrund der Ausstattung mit Spiegelneuronen und transkulturell gleicher Ausstattung mit Grundemotionen und Mustern der nonverbalen Kommunikation) werden Affiliationsprozesse ermöglicht, die auch kulturelle Fremdheiten im Fühlen, Denken und in kommunikativer Performanz weitgehend zu überbrücken vermögen.
- **Affiliationen** können verschiedene Grade von Intensität, d.h. emotionaler Besetzung haben. Sie sind der 'Leim', der soziale Netzwerke bzw. Konvois zusammenhält. Gute Freundschaften, fundierte Kollegialität sind durch hohe **Affiliationsintensität** gekennzeichnet – mit *konformierenden Affiliationsqualitäten*: Gruppengeist, Kameradschaft, bis zu Korpsgeist und Sektenmentalität etc., die aus gemeinsamer Geschichte, geteiltem Erleben, gemeinschaftlichen Interessen, eingeschworener Verbundenheit oder unentrinnbar gewordenen Abhängigkeiten resultieren – oder mit einer *elastischen Affiliationsqualitäten*, die ebenfalls in solchem gemeinschaftlichen Hintergrund wurzeln, aber für Differenzen offen sind, neben übereinstimmenden auch 'akzeptierte' verschiedene Perspektiven, Bewertungen, Interessen zulassen und eine Wertschätzung von Gemeinsamkeiten *und* Andersheiten ermöglichen.
- **Affiliationen** können auch zu Gruppen (Familienverbände, Kameradschaften, Klassen, Teams, Mannschaften, Landsmannschaften, Turnerschaften, Gemeinden, therapeutischen Gemeinschaften etc.) und zu Institutionen (Schule, Kirchgemeinde, Heim, Firma) aufgebaut werden, so dass man von „**kulturellen bzw. interkulturellen Affiliationen**“ sprechen kann. Sie stehen hinter Phänomenen wie commitment, Kohäsion, Vereinstreue, Zugehörigkeiten, interkultureller Kommunikation, aber auch hinter **negativen bzw. devianten Affiliation**, wie wir sie in Cliques, Banden, Drogenzirkeln, kriminellen Vereinigungen, im organisierten Verbrechen und bei Verschwörungen finden oder auch bei **Hyperaffiliationen**, wie wir ihnen in Sekten, Geheimbünden, fanatisierten oder fundamentalistischen religiösen, weltanschaulichen und politischen Gruppierungen begegnen, Gebundenheiten, Abhängigkeiten, Hörigkeitsverhältnisse, die für die Affilierten keine Möglichkeiten der Distanzierung und Exzentrizität bieten.
- **Affiliationsprozesse** gründen in einer genetisch disponierten **Regulationskompetenz** für Nähe-Distanz-Regulation, die indes durch Enkulturations- und Sozialisationsprozesse mit Lebensalter-, Gender-, Ethnie-spezifischen *Schemata/Narrativen/Scripts* der Annäherung und Abgrenzung, der freundlichen Gesellung und der feindseligen Ablehnung, der Näheteranz und der Reaktanz einschließlich der damit verbundenen verbalen und nonverbalen Kommunikationsmuster und Rituale usw. geformt werden. Diese bestimmen soziokulturelle Eigenarten von Affiliationsverhalten in seinen faktischen, interaktionalen Inszenierungen, prägen die „**affiliäre Kompetenz und Performanz**“, das „**affiliäre Potential**“ (d. h. Offenheit und Bereitschaft für Affiliationen) und die „**Affiliationsarbeit**“ von Subjekten in ihren Bemühungen, Beziehungen zu leben und zu gestalten, nachhaltig“.

¹⁴¹ Petzold 1979c, Petzold, Josić, Erhardt 2005; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004

- **Selbstaffiliationen** sind das Resultat gelungener oder misslingender **Affiliationsprozesse** mit ihren **Affiliationsqualitäten** in sozialen Netzwerken/Konvoys. Auf Grund der Internalisierung solcher Prozesse und Qualitäten entstehen Selbstwert- oder Wertlosigkeitserleben, wird der „Selbstbezug“ eines Menschen zu sich selbst, seine innere „Gefährtschaft“ (*Mead*) mit sich selbst ausgebildet« (*Petzold 1999r, 2000h, zum Ganzen Petzold, Müller 2005*).

8.2 Was uns „am Herzen liegt“ in der Integrativen Therapie - Kernanliegen therapeutischer Arbeit und mitmenschlichen Engagements

„Es ist unsinnig, ‚Herz‘ gegen ‚Vernunft‘ auszuspielen: der Mensch braucht beides.“ (*Kornhuber, Deecke 2005*)

„Als ich, in viele Länder verstreut, nach Heimat suchte,
entdeckte ich,
dass mein Herz schon immer meine Heimat war,
dass ich auf dem Wege war,
bei mir anzukommen,
wieder und wieder ...“ (*H. G. Petzold 1988t*)

Jedes Therapieverfahren hat Schwerpunktbildungen, die ihm besonders wichtig sind. Dahinter stehen Anliegen, die ihren BegründerInnen, Leitfiguren und den Menschen, die eine Therapieform vertreten und praktizieren „am Herzen liegen“ und die dann in der therapeutischen Arbeit, in der therapeutischen Beziehung, in den zwischenmenschlichen Prozessen und im mitmenschlichen Engagement, die in jedem Therapiegeschehen wirksam sind, zum Tragen kommen. Im Folgenden sollen einige wichtige Anliegen thematisiert und in ihrer Relevanz für den Integrativen Ansatz dargestellt werden, und es wird absichtsvoll mit den „**Herzensgefühlen, Thymosregungen und ihrer Bedeutung für die Therapie**“ begonnen. Das Konzept der „Herzensgefühle“ (*Petzold 1969 II 1, 1983e*) reicht bis in die Antike zurück, ja bis in die Anfänge des Menschseins – immer schon haben Menschen Herzensanliegen gehabt, die mit Herzensgefühlen verbunden waren. Natürlich muss in einer modernen emotionspsychologischen bzw. psychophysiologischen Sicht gesagt werden: „*Gefühle sind neurohumorale Erregungszustände*“. Aber „Herz“, dieser Begriff ist nicht auf solche Weise zu fassen. Er muss in einer kulturhistorischen Perspektive betrachtet werden, um zu Aussagen zu kommen, die seinen Bedeutungsgehalt freisetzen, und er muss in einer sehr persönlichen Art und Weise ausgelotet werden, um herauszufinden, was er für den jeweiligen Menschen, mit dem man zu tun hat, meint und bedeutet. Das „Herz“ ist in Psychologie und Psychotherapie eine unbekannte Kategorie¹⁴². Aber unsere Sprache weiß viel über das Herz, Herzensangelegenheiten, sie umfasst eine höchst differenzierte „Psychologie des Herzens“:

Das Herz lacht [Freude, Glück], brennt in Liebe, es weint (im Mitleid), schmilzt (in der Rührung und Barmherzigkeit). Man ist im Herzen traurig und betrübt [Schmerz, Leid, Trauer] oder das Herz ist finster und kalt, böse und zornig [Aggression, Hass, Verachtung]. Man empfängt Herzenstrost, hat Frieden im Herzen oder Sehnsucht nach der Geliebten, nach der Heimat. Man hat ein mutiges, ein ruhiges, ein fröhliches Herz, geht „frischen Herzens“ ans Werk ... Herzensdinge eben.

Kritisch- selbstkritisch muss man feststellen, Psychotherapeuten verstehen offenbar von diesen Dingen nichts oder wenig, anders lässt sich die Abwesenheit dieser zentralen, für Gesundheit, Krankheit, Lebensglück so wesentlichen Qualitäten in der psychotherapeutischen Fachliteratur, der klinischen Kasuistik, in den fachlichen Diskursen kaum erklären – oder ist die Psychotherapie als solche „verbildet“? Die Frage muss allen Ernstes, sie muss ernsthaft gestellt werden. Ein Mensch, dessen Herz „schwer“ und „belastet“ ist, kann keine Herzensfrische spüren, was zu einem generalisierten Verlust eines „Frischeerlebens“ führen kann, den wir bei vielen psychischen Erkrankungen finden. Die Werbefachleute und Trivialtexter wissen mehr von Bedeutung der Frische als Psychotherapeutinnen¹⁴³. Und beim „*gebrochenen Herzen*“ mussten offenbar erst die Physiologen kommen, die zeigen, diese Redewendung ist nicht nur eine Metapher. Das „Broken heart syndrome, technically known as stress cardiomyopathy“, zeigt, dass bei schweren emotionalen Belastungen die im Blut nachzuweisenden Konzentrationen von katecholaminergen Stresshormonen (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Derivaten) bei PatientInnen

¹⁴² Anders als in der Mystik oder der Kunst, *Petzold 1967II h, 1969II h, 1969II 1*

¹⁴³ Man denke an die „wilde Frische von Limonen“, an „Colgate Fresh Gel“ oder die Hits von Kool & the Gang „She’s Fresh ... Exiting“ (1996); oder „Fresh“ von Beat System usw.

mit Broken-Heart-Syndrom um das zwei- bis vierfache höher liegt als bei HerzinfarktpatientInnen, nämlich mit einer Erhöhung von um das 7- bis 34-fache der üblichen Konzentration von beschwerdefreien Menschen. Die Dauerausschüttungen der Stresshormone „can cause a decline in the heart's pumping capacity“. Es kontrahieren die feinen Coronargefäße, so dass es zu retrosternalen Schmerzen, Kurzatmigkeit, eingeschränkter Herzleistung und Wasser in der Lunge, zu Symptomen einer Herzattacke bzw. eines Herzinfarktes kommen kann (*Wittstein* 2005). In den Pflegewissenschaften wusste man schon lange um das „broken heart syndrome“ besonders bei Verlusterfahrungen älterer Menschen (*Pike* 1983) oder bei Müttern, deren Kinder eine lebensbedrohliche Diagnose erhielten (*Han, Oh* 1992). In diesem Zusammenhang ist auch das bei Trauma-Expositionen in der Traumatherapie oft festgestellte Exacerbieren von Herzfrequenz und Blutdruck zu erwähnen. „Zu allen Messzeitpunkten kam es zu einer signifikanten Zunahme der Herzfrequenz während der Präsentation des Trauma-Skriptes“, berichtet (*Sack et al.* 2003a, 52). Und da ist natürlich auch an kardiale Belastungen und Risiken zu denken, denn „Emotionaler Stress kann auch bei Patienten ohne koronare Erkrankung schwere, wenn auch reversible Dysfunktionen im linken Ventrikel auslösen. Überhöhte sympathetische Stimulation ist wahrscheinlich die zentrale Ursache dieses Syndroms“, wie *Wittstein* (et al. 2005, 548) ihre sehr beachtete Studie zum „Broken Heart Syndrome“ zusammenfassen. Aufgrund von plötzlichen psychischen Belastungen, u. a. objektiviert durch einen sehr hohen Plasmaspiegel an Katecholaminen, entwickelten die untersuchten Patientinnen eine „stressinduzierte Kardiomyopathie“. Unspezifische Herzbeschwerden werden ja vielfach von akut traumatisierten PatientInnen – etwa im Kontext von Erdbeben (*Watanabe et al.* 2005) – aber auch aus Debriefings berichtet und müssen zu den Debriefing-Nebenwirkungen (*Bisson et al.* 2000; *Gist, Woodall* 2000) hinzugerechnet werden. Emotionaler Stress – und Expositionen sind ein solcher Stress – kann eben diese neuerlich dokumentierten kardialen Probleme auslösen (*Maseri et al.* 2005; *Ziegelstein, Thombs* 2005) und zwar bei PatientInnen, die keine kardiale Anamnese bzw. objektivierbare Herzerkrankung – und die ist ja als Kontraindikation für Expositionen zu betrachten – aufwiesen. Deshalb ist hier ein bislang noch nicht ausreichend gewichtetes Risiko zu sehen.

Aber natürlich sollten nicht nur die negativen und bedrohlichen Herzensgefühle im therapeutischen Kontext fokussiert werden, Herz und Schmerz, sondern auch die protektiven Herzensregungen wie Herzensfreude, Herzenslust an Erkenntnis, Schönheit, Natur, Kunst, Musik gilt es zu beachten: „Wie lacht das Herz in Liedern die Wahrheit an ...“, wie es *Hölderlin* in seinem Gedicht „Wenn aus dem Himmel ...“¹⁴⁴ über Herzenerfahrungen besingt.

Es sollen im Folgenden einige Beispiele für „Thymosregungen“, „Herzensgefühle“ gegeben werden. Ihre Wertung für die Psychotherapie insgesamt profitiert immer, das ist unsere Erfahrung und Überzeugung, insbesondere aus der poesie- und bibliothераpeutischen Arbeit, die in der Integrativen Therapie ja eine lange Tradition hat (*Petzold, Orth* 1985; *Straub* 2002), wenn man

1. zur jeweiligen Emotion einen „Search“ in der großen Literatur macht, um zu sehen, was bietet unsere Kultur zu diesem Gefühl;
2. sind Gesprächs- und Erzählsequenzen in „narrativer Praxis“ (*Petzold* 2001b) mit dem Klienten/der Patientin fruchtbar, um seine subjektiven Bedeutungszuweisungen, kognitiven Einschätzungen (*appraisal* - präfrontal) und emotionalen Wertungen (*valuation* – limbisch) – so die Systematik unseres Ansatzes (idem 2001p) – zu diesem Gefühl und
3. die Wertsetzungen seiner „social world“ (*Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004), seines mikro- und makrokulturellen Lebenszusammenhangs zu explorieren.

Dann kann man hoffen, die „Gefühlslage“ des Gegenübers empathisch hinlänglich sicher treffen zu können, oder man kann sich bewusst sein: hier habe ich eine mir unvertraute, fremde, befremdliche Gefühlswelt vor mir, und das ist nicht selten. Es gibt Männer- und Frauengefühle, Emotionen mit *gender-, alters-, schicht-, ethniespezifischen* Tönungen, Bewertungen und Konnotationen. Dass dieses Faktum in der gesamten psychotherapeutischen Fachliteratur (einige genderbewußte, zumeist feministische Autorinnen können hier teilweise ausgenommen werden) ausgeblendet ist, verweist darauf, dass es um diese Thematik schlecht bestellt ist oder dass Therapeutinnen präferiert mit PatientInnen ihrer eigenen Schicht und „social world“ arbeiten (YAVIS-PatientInnen), oder dass sie ihre „empathische Kompetenz“ überschätzen und so ihren PatientInnen nicht gerecht werden. *Narrative Praxis als Entfaltung einer „erzählten Welt“* (*Petzold* 2003g), in der „Leib, Sprache und Gedächtnis“ Kontextualisierungen ermöglichen (*Orth* 1996), den Therapeuten hineinnehmen, in den Raum der Erzählung, das ist eine integrativtherapeutische Strategie, mit der man sich dem Fremden nähern kann, in der „Wertschätzung der Andersheit des Anderen“. Aus der Zahl wichtiger

¹⁴⁴ Hölderlin, F. (1963): Gedichte. Stuttgart: Reclam, S. 197.

Herzengefühle seien im Folgenden einige herausgegriffen, die für die Psychotherapie eine besondere Relevanz haben – kurz und exemplarisch und durchaus subjektiv. Es müssten viele dieser Herzengefühle – die dunklen und die hellen und die zwiespältigen (wie die Heimatgefühle) – betrachtet werden, man soll sie nicht süßlich romantisieren. So sind die „Ängste des Herzens“ noch anderer Art, als die klinischen Angststörungen, die oft nicht zu verstehen sind, wenn die existenziellen Ängste auf der Herzesebene nicht verstanden sind, wie *Kierkegaard* uns lehrte (*Bösch* 1994) und uns zugleich darauf verweist, dass auch die Liebe nicht erfasst werden könne, wenn kein Zugang gefunden werden kann zu ihrer verborgene „Stätte im Innersten des Menschen. Von dieser Stätte geht das Leben Leben der Liebe aus; denn 'vom Herzen geht das Leben aus'“ (*Kierkegaard* 1953, 107). In der entwicklungstheoretischen Grundausrichtung der Integrativen Therapie, die ontogenetische und phylogentische Einflüsse „zusammendenkt“ (*Petzold* 2008m), sehen wir mit der Entwicklungsneurobiologie genetische Programme „zum Anderen“ hin als Gerichtetsein auf „friedly compagnonship“ und „Affiliation“ (*Petzold, Müller* 2007; *Trevarthen* 2001). Menschliche Liebe aber bedarf mehr: nämlich der **Interiorisierung** erfahrener Liebe in „**Zonen proximaler Entwicklung**“ (*Vygotskij* 1992), die zugleich „**Zonen optimaler Proximität**“ (*Petzold* 2009h) sind – über ein Leben hin. Das Kind braucht Mutter-, Vater-, Caregiver-Liebe, Jugendliche, Erwachsene brauchen Partnerliebe, Freundesliebe, Eltern brauchen Kindesliebe, Großeltern Enkelniebe ... immer auch mit dem „Interiorisierungs-Effekt“, dass Menschen die erfahrene Liebe auch sich selbst gegenüber für die Selbstliebe nutzen zu können und aus diesem Schatz wieder ihren Nahraumpersonen Liebe geben. In frühen Kinderzeiten empfangene Liebe bietet die Grundlage dafür, sich lieben zu können, „philautie“ zu entwickeln, für sich Sorge zu tragen (*Foucault* 1986). **Geliebt worden zu sein, ist die Voraussetzung, lieben zu können.** Das ist die integrative Position. *Erich Fromm* (1956) nimmt gleichfalls an, dass es ein menschliches Grundbedürfnis sei, zu sich selbst und anderen ein Gefühl der Bezogenheit, zu entwickeln als Basis für seelische Gesundheit, betont dann aber, dass die Fähigkeit zur Selbstliebe die Fähigkeit grundlege, Andere lieben zu können. Wir setzen da den Akzent anders. Wir können Andere lieben, weil wir eine angelegte Möglichkeit zum Lieben haben, die aber, um wirksam werden zu können, Liebesfähigkeit und Persönlichkeit (sie sind eng miteinander verbunden) in Fülle zu entwickeln, unabdingbar die interiorisierbare Liebe Anderer braucht. Die Psychologie hat sich mit dem Thema Liebe praktisch nicht befasst, und man kann mit *Kierkegaard*, der affirmierte, dass die *konkrete Person dreimal verraten worden sei*: „durch die Philosophie, die Kirchen und den Staat“¹⁴⁵ durchaus fragen, ob sie nicht auch in diesen Dimensionen der Interpersonalität im Nahraum von *Psychologie und Psychotherapie verraten worden sei*. Denn wenn nach dem großen Dänen der Sinn des Existierens in der Einmaligkeit eines jeden liegt, der sein Selbst gefunden hat – die Alten würden sagen, „sein Herz gefunden hat“ – so muss die Psychotherapie zu solcher Sinnsuche und Herzensuche beitragen, weil sie (hoffentlich) darum weiss, dass man sein Herz letztlich über Herzenserfahrungen mit Anderen findet (*Petzold* 1969 II 1, 1983e; *Petzold, Orth* 2005; *Orth* 1993). *Kierkegaard* sieht die sittliche Existenz des Menschen nicht nur auf sich selbst bezogen, sondern betont den Einsatz für Andere, nicht zuletzt durch eine sokratische Maieutik – „Hebammendienste“, durch die er zur Selbstwerdung Anderer beiträgt. Aber sind das nicht letztlich Liebeserweise? Ist es nicht Menschenliebe, die Dienste für Andere motiviert und ist solche Liebe nicht ein Zurückgeben von erfahrener Liebe? Nimmt man das ernst wird das *therapeuo* als „Dienst am Anderen“, auch zu einem Herzensdienst. Es scheint mir unverzichtbar, dass Therapeuten ihre Arbeit auch in diesen Dimensionen reflektieren und zu durchspüren, zu durchfühlen suchen, um sich dieser Dimensionen bewusst zu werden, zu ihnen eine Position zu gewinnen, „einen Stil“ zu finden. „Sich bewußt werden, ... heißt vor allem einen Stil erwerben ... bedeutet nicht einen Ideenbazar zu empfangen“, eine Fülle von formalen Erklärungen und einfüllbaren Kenntnissen, denn „solch ein Formular ist nicht der Mensch“ (*Saint Exupérie* 1991, 46¹⁴⁵). Einen Stil zu finden heißt, sich Wesentlichem zuwenden. Das erlebniskonkrete Wissen um Herzengefühle *ist wesentlich*. Es allein kann m. E. die „empathische Melodie der Einfühlung“ als ein Erfassen des Herzens mit dem Herzen zum Klingen bringen – und das ist heilsam. Mit dem Thema der Liebe bin ich ein Leben lang „unterwegs“, habe dazu viele Gedanken, Erfahrungen, Erlebnisse. Es ist, in der Tat, ein Herzensthema, über das ich noch nicht schreiben will. Das Erfühlte will nicht immer in das Wort, und so werde ich einige andere Herzengefühle ansprechen, von denen aber grundsätzlich gesagt werden kann, dass die meisten auf im Boden der Liebe verwurzelt sind.

8.2.1 Trost – eine vernachlässigte Praxis emotionaler Arbeit

¹⁴⁵ *Saint-Exupérie, A. de* (1991): Man sieht nur mit dem Herzen gut. Ausgewählt und eingeleitet von Oswald von Nostitz. Freiburg: Herder.

Trost, eine vernachlässigte emotionale Qualität im psychotherapeutischen Feld, kommt in der Integrativen Therapie eine hohe Bedeutung zu, ja es wurde ein spezifischer Ansatz der „Trostarbeit“ entwickelt (Petzold 2004; Varevics, Petzold 20005). *Trost* ist eine *Herzensregung* für den, der ihn spendet und den, der ihn empfängt. In Volkslied, Dichtung und im Alltagsleben der Menschen spielt *Trost* eine sehr große Rolle. Jeden Tag werden Kinder getröstet, an vielen Krankenbetten ist der *Trost* unentbehrlich, die beste Freundin tröstet „ihre Beste“, wir trösten selbst „wildfremde Menschen“ in Katastrophensituationen, selbst Tiere werden getröstet. *Trostlieder*, *Trostbriefe*, *Trostbücher* haben eine große Tradition, es sei an *Cicero*, *Seneca*, *Boetius*, *Petrarca* erinnert. *Senecas* *Trostbriefe* z. B. sollten Psychotherapeuten lesen, um sie für ihre Arbeit zu nutzen. *Trost* wirkt beruhigend und lindernd bei „tiefen Schmerz und Leid“, hilft über existentielles Betroffensein, Gefühle der Leere und Verzweiflung. Die Fähigkeit des Tröstens ist ein allgemeinmenschliche Kompetenz, aber es gibt auch die Kunst des Tröstens, Menschen, *die große Tröster* sind – von ihnen sollte man lernen. Zu den Traditionsschätzen kommt die neurobiologische Sicht, unter deren Optik man feststellt: *Trost* puffert amygdaloides Hyperarousal und seine ggf. schädigenden Folgen, denn nicht fehlender oder schwacher Ausdruck von Trauer wirkt potentiell negativ (*psychosomatogen*), wie die tiefenpsychologischen und gestalttherapeutischen Trauertheoreme behaupten, sondern sehr tiefe und lange Trauerreaktionen bergen Risiken, wie große empirische Untersuchungen – z. B. die Arbeiten von Bonanno (1999) oder Stroebel (et al. 1993) zeigen – neurobiologisch einleuchtend und von den Autoren der Antike (z. B. *Seneca*) schon erkannt, die zu maßvoller und zeitbegrenzter Trauer rieten und statt einer „*Kultur der Trauer*“ eine „*Kultur des Trostes*“ entwickelten (vgl. Petzold 2004h). Wir geben einige Konzepte der integrativer Sicht auf „*Trost* und *Trösten*“ wieder:

„*Trösten* und *Beruhigen* sind transkulturell vorfindliche und deshalb wohl genetisch disponierte Handlungsmuster des zugewandten, sorgenden Umgangs von Helfern in hinlänglicher Selbst- und ggf. Situationskontrolle mit verletzten, verschreckten, traumatisierten, entsetzten, aufgewühlten Mitmenschen, deren „Übererregung“ durch diese Muster der *Tröstung* zu *Trost*, der *Beruhigung* zu *Ruhe* und zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung geführt werden sollen. Deshalb sollten derartige Muster mit ihrer „evolutionary wisdom“ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Trauerunterstützung, Krisenintervention und PTSD-Behandlung gemacht werden“ (Petzold 2004l).

Aufgrund einer neuen Konzeptualisierung der Trauerarbeit (idem 1982f) unter *kulturtheoretischer*, *ethnopsychologischer* und *neurobiologischer* Sicht (idem 2004l; 2005d), wurde das Konzept der Trostarbeit im Integrativen Ansatz vertiefend ausgearbeitet und wird wie folgt umrissen:

„*Trostarbeit* ist eine Form *intersubjektiver Beziehungsarbeit*, eingebettet in die Dauer eines verlässlichen (familialen, amicalen, professionell-therapeutischen) Beziehungsprozesses. Sie soll einem von Verlusten, Leid, Trauma, Schicksalsschlägen betroffenen und erschütterten Menschen in seiner „Überwindungsarbeit“ unterstützen, seinen Bemühungen, mit Furchtbarem fertig zu werden, dadurch, dass ein *empathisch kompetenter* Beistand/Begleiter/Tröster immer wieder im Verlauf des *Trauer-*, *Verarbeitungs-*, *Überwindungsprozesses* Hilfe, Rat und *Trost* spendet und damit Annahme, Halt, Linderung, Sicherheit, Beruhigung, Klärung, Zuversicht vermittelt und einen positiven Hoffnungshorizont eröffnet: damit der Betroffene/die Betroffene aus der Erschütterung und Beunruhigung zur *Ruhe* kommen kann, sich selbst wieder beruhigt und aus der Aufgewühltheit in Schmerz, Trauer, Verzweiflung und Leid wieder zu einer Ausgeglichenheit findet, sich selbst wieder *Trost* zu geben vermag, Gedanken und Gefühle ordnet und neue Hoffnung und Zuversicht entwickelt. Durch die *Tröstungen* und die *Trostarbeit* eines akzeptierenden, empathischen, ermutigenden, Hoffnung gebenden Helfers/Trösters kann sich ein verletzter und beschädigter Mensch wieder sich selbst zuwenden und auch annehmen, er kann sich den Anderen, der Welt, dem Leben gegenüber wieder öffnen durch das Beispiel, die Unterstützung, die Wertschätzung des Tröstendenden, der mit ihm zusammen die Arbeit der *Tröstung*, des Gewinns von *Trost*, der Konsolidierung und Neuorientierung unternimmt“ (idem 2004l).

8.2.2 Aggressionen, Bösartigkeit - verkannte Emotionen und Verhaltensmuster

Aggressionsnarrative

Aggressivität/Gewalt waren (sind) überlebenssichernde Funktionen des Primatenverhaltens in der Natur, die sich aufgrund von Jahrmillionen evolutionärer Erfahrung im Weg der Hominiden als Selektionsvorteil und damit als evolutionsbiologisch „sinnvoll“ erwiesen hatten und sich als Programme, als „Aggressionsnarrative“ stabilisieren konnten.

Aggression – Ärger, Zorn, Wut – das sind Formen einer starken *Thymosregung*. Jeder kennt sie auf der „Opfer-“ und auch auf der „Täterseite“. Dass *Aggression* in „wilden Zeiten“ für das Leben in einer Natur,

die vom Überlebenskampf bestimmt ist, eine wichtige Funktion ist, erscheint im Lichte der Biologie und der Untersuchung der *Naturgeschichte* als unstrittig. Aber der Mensch als das „kulturschaffende Wesen“ hat über die Jahrtausende Kulturen hervorgebracht, d. h. Gestaltungen von Natur, deren Ausrichtungen und Qualitäten er bestimmt, und welche Funktion und Wertung Aggression in der jeweiligen Kultur hat, ist von ihm bestimmt worden und muss mit den Mitteln der *Kulturgeschichte* betrachtet werden. Es sei hier wieder ein Zugang mit der „kulturtheoretischen Optik“ gesucht, denn die hilft bei diesem Thema in vieler Hinsicht weiter als eine alleinig klinische Sicht, und sie muss die unverzichtbaren biologischen Perspektiven ergänzen, um das menschliche Phänomen „Aggression“, „Aggressivität“ als menschliches Phänomen angemessen zu verstehen, zu interpretieren und in die auf Grund unserer Exzentrizitätsfähigkeit von *uns gewollten* „Prozesse der Kulturgestaltung“ zu stellen. Aggression ist also, wie jede menschliche Realität immer im Rahmen der jeweiligen Kultur und den Prozessen der Kulturarbeit zu betrachten.

Im phänomenologischen Zugang der Selbst-erfahrung, dem Ursprung jeglichen Erkenntnisgewinns, weiß man, worum es geht, wenn man „Zorn im Herzen“ hat, vor „Wut schäumt“ oder wenn man eine solche explosive Aggressivität erleiden muss, einen „Wutausbruch abkriegt“. Dann kann es schon zu Verletzungen und Beschädigungen kommen, die im Rahmen zivilisatorischer Kontexte mit einer entwickelten Rechtskultur in Probleme führen. Wir kommen mit dem Aggressionsthema in den Bereich der „gefährlichen“, der „destruktiven Herzensgefühle“, wenn eine „feuerrote Wut“ im Herzen brennt, Menschen Hassgefühle, Rachedgedanken, Bosheit „im Herzen“ tragen, ein „böses Herz“ haben, dann geht man am besten aus dem Felde, oder – man ist in der Lage „dagegen zu halten“. Viele Menschen haben ein Herz, in welchem man, wenn man sein Innerstes „öffnet einen reichen Vorrat an bösen Impulsen verschiedenster Art und viele schlimme Leidenschaften findet“ (*Demokrit*, Fragment 149), denn „Schwer ist es, gut zu sein“ (*Pittakos von Mytilene*). Altes und Neues Testament haben viele Beispiele für solche Herzensregungen – gute und edle, und schlimme.

Es wäre durchaus angebracht, in der Psychotherapie über die negativen Gefühle vermehrt und vertieft nachzusinnen, denn das wurde von ihr bislang tunlichst vermieden, offenbar abgewehrt von den humanistisch orientierten, wie *Carl Rogers*, wohl auch verleugnet, denn über diese Gefühle der Herzensabgründe, des finsternen Herzens liebt man in der Therapieliteratur wenig bis nichts: über Arglist und Bosheit, die so mancher Mensch im Herzen trägt, das dann ein Herz voller Lug und Trug, Grausamkeit, Gehässigkeit, abgrundtiefer Schlechtigkeit, übler Gesinnung ist. Bösartigkeit und Gemeinheit steigt aus solchen Abgründen auf und prägt das gesamte Wesen: Stimme, Haltung, Gestik, Mimik, Blick. In den „Caprichos“, den „Desastres“ und den späten „Pinturas negras“ des *Francisco José Goya y Lucientes* (*Held* 1998, *Buchholz* 1999) wird das in unübertroffener Weise festgehalten (ein „Muss“ für den mit der Finsternis des Herzens befassten Menschenforscher). *Goyas* Capricio 43 betitelt „*Der Schlaf der Vernunft bringt Ungeheuer hervor*“, sollte ursprünglich das Titelbild der Capricios werden. „Es ist, als fordere Goya dem Betrachter dazu auf, die Ungeheuer seiner eigenen Träume wahrzunehmen, Er hat uns seine privaten Ungeheuer und gleichzeitig die seiner Epoche vermacht. Den Leser überantwortet er seiner eigenen Fantasie und do entstehen die Ungeheuer, persönliche und kollektive, stets auf Neue“ (*Mena Marqués* 2005, 15). *Goya* hatte für seine Bilder die Grausamkeiten seiner Zeit, die er an Orten und bei Ereignissen des Schreckens - Schlachtfeldern, Exekutionen - erleben musste, als Anregungen, aber auch literarische Inspirationen in den „Sueños y discursos“ [1627] des *Francisco Gómez de Quevedo y Villegas* (1580-1645), die anprangern und selbst vergiften (*Querillacq* 1987; *Küppers* 1992).

„Vergiftungen des Herzens“ sind in der Regel Folgen grausamer Lebenserfahrungen mit Aggression und Gewalt in Milieus der Verelendung, Armut, Obskurantismus, gesättigt mit Entbehrungen, Kummer und Leid, die oft zu Verrohung und Gewaltbereitschaft, zu Verhärmung und *Verbitterung* führen. Man kann das bei *Seneca* nachlesen. Therapeuten suchen diese Milieus kaum auf. Diese Betroffenen erhalten selten, meist zu spät Therapie, vielleicht in der Forensik oder Psychiatrie. Die Opfer finden sich häufig in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, der Drogentherapie – Spezialbereiche der Integrativen Therapie (*Petzold* 1974c, 1994f; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2005), wo man den Fragen der „Vergiftung durch Gewalt“, der Funktionen von Aggression, dem Entstehen von Bösartigkeit viel intensiver nachgehen muss. In einer Zeit, wo diese finsternen Regungen als die Schubkraft für viele terroristische Aktionen anzusehen sind, von Menschen, deren „Herzen von Aggression, Hass, Rache“ erfüllt sind (wir neigen dazu „vergiftet“, „zerfressen“ zu sagen – eine Sache der Perspektive). Wir setzen uns heute in der Psychotraumatologie und Traumatherapie mit „*man made desaster*“, Folter, Missbrauch, Mobbing, Gewalt auseinander (*van der Kolk et al* 2000; *Petzold, Wolf et al.* 2002), und in der gesamten Literatur findet sich nichts über „herzlose Menschen“, Täter mit „grausamen Herzen“. Allein in *Wolfgang Sofskys* (1996) „Traktat über Gewalt“ klingt

diese Dimension auf. Jeder weiß letztlich, worum es geht: „Der Zorn brennt lichterloh in meinem Herzen“. „La haine me crève le cœur“. „My heart's burning rage makes my blood boil“.

Integrative Therapie nähert sich diesen Themen von Aggression, Angst, Schuld, Bösem, die hier angesprochen wurden, in phänomenologisch-hermeneutischen Suchbewegungen (*Ricoeur* 1960) und sie befasst sich mit ihnen, und das ist für ihren Diskurs charakteristisch mit ihnen auch unter dem Blickwinkel der Evolutionspsychologie, empirischer Aggressionspsychologie und neurowissenschaftlicher Grundlagenforschung.

»Unter **Aggression** verstehen wir ein **genetisch disponiertes**, d.h. in evolutionären Lernprozessen wurzelndes, jedoch durch kollektiv-geschichtliche und individuell-biographische Erfahrungen geformtes und deshalb **differenziell motiviertes** individuelles und/oder gruppaes **Verhaltensdispositiv**. Verhaltensdispositive bilden sich als „evolutionäre Narrative“ in der Interaktion von Organismen mit ihren „relevanten Umwelten“ heraus. Solche Dispositive sind bei ihrer Aktualisierung und Performanz/Inszenierung ein in spezifischen **physiologischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven und aktionalen** Mustern und ihren behavioralen Äußerungen - Proaktionen und Reaktionen - erkennbares Geschehen« (*Petzold* 2002q, 2003q; *Bloem, Moget, Petzold* 2004).

Bei Aggressionen kommt es, abhängig von der *Aggressionsart* (Territorialaggression, maternaler oder paternaler Schutzaggression, Sexualaggression etc.) zu spezifischen Genexpressionen und habitualisierten Genregulationen. Es werden neurohumorale Bereitschaften aktiviert, die oft in vorgängigen Aggressions- und Gewalterfahrungen bzw. -handlungen vorgebahnt wurden. Aggressionsperformanzen, können zu neuen Bahnungen führen oder alte vertiefen (*Bloem, Moget, Petzold* 2004), die schon als evolutionär prädisponiertes, starkes „**Aggressionsnarrativ**“ offenbar sehr empfänglich für solche Verstärkungen sind, denn „*Aggressivität/Gewalt waren (sind) überlebenssichernde Funktionen des Primatenverhaltens, die sich aufgrund von Jahrmillionen evolutionärer Erfahrung im Weg der Hominiden als Selektionsvorteil und damit als evolutionsbiologisch „sinnvoll“ erwiesen hatten und sich als Programme, als „Aggressionsnarrative“ stabilisieren konnten* (ibid.).

Die Neurobiologie der Aggression (*Maxon* 1998; *Maes, Coccaro* 1998) zeigt: es sind nicht nur „Muster im Kopf“, sondern Aktivierungen des Gesamtsystems des Organismus, die sich einschleifen können – das wird sogar in einer Brutalisierung der Mimik bei Gewalttätern erkennbar, die dann wiederum bei anderen Angst und Unterwürfigkeit auslöst, was das Gewaltmuster verstärkt. Für eine integrativtherapeutische Täterarbeit (*Schölzhorn* 2005) wäre hier einiges zu gewinnen. Auch unter einer solchen neurobiologischen Perspektive macht es aber durchaus Sinn, wenn Menschen „auf ihr Herz hören lernen“, „feinspürig für seine Regungen“ werden, die „Begierden des Herzens“ – etwa nach Rache –, „zähmen lernen“, das „Herz in Geduld und Sanftmut üben“. Die Arbeit mit „mouvement produced information“, willentlich gesteuerter „Veränderung der Nonverbalität“, von emotionaler Mimik und Gestik (*Petzold* 2004h) zur emotionalen und gesamtorganismischen „Umstimmung“ (idem 1992b) sind hier probate therapeutische Wege.

Von der Psychoanalyse wurde Aggression als *ein* „Trieb“ fehlverstanden (es gibt indes vielfältige Aggressionstypen) und von der Gestalttherapie wurde und wird sie fehleingeschätzt, denn der Gestaltansatz vertritt einerseits ein Konzept „aufgestauter Aggression“, andererseits die irriige Idee „positiver Aggression“ (*Petzold* 2001d). Die therapeutischen Strategien der „Sublimation“ in der Psychoanalyse oder der katharsistheoretischen Konzeption des „Ausdrückens von Aggression“, um sie „steuern zu lernen“ – in der Gestalttherapie als konstruktive oder kreative Aggression interpretiert (*Bongers* 2000) – sind aufgrund neurowissenschaftlicher (zugleich auch aus aggressionspsychologischer sowie auch aus philosophischer Sicht) als nicht mehr haltbar anzusehen (*Bloem, Moget, Petzold* 2003), denn mit jedem Ausdrücken von Aggression wird das neuronale Aggressionsmuster bekräftigt, nicht etwa besser steuerbar. Das ist neurowissenschaftlich „logisch“ und wird von der aggressionspsychologischen Forschung nachdrücklich bestätigt. *Bushman, Baumeister* und *Stack* (1999) kommen bei ihren Untersuchungen (n = 100, 180 und 707, also großen Populationen) zu folgender Schlussfolgerung, die als exemplarisch gelten kann:

„In our research, people who received procatharsis messages first chose to vent their anger by hitting a punching bag, but then they went on to show elevated aggression toward the person at whom they were angry. They even showed increased aggression toward an innocent third person. Pop writers may think they are offering helpful, sage advice on affect regulation, but the effect of advocating catharsis may be to cause a general increase in aggressive behavior. Perhaps media endorsement of cathartic release should come to be regarded as a potential danger to public health, peace, and social harmony.“

Die Position der modernen Psychologie findet sich in folgender Konsensusdefinition des psychologischen Feldes:

„Aggression ist jegliche Form von Verhalten, mit dem das Ziel verfolgt wird, einem anderen Lebewesen, das motiviert ist, eine derartige Behandlung zu vermeiden, zu schaden oder es zu verletzen“ (Baron, Richardson 1994, 7).

Nach Jahrhunderten der Glorifizierung von Aggression und Krieg als Veränderungskraften – z. T. mit dem fehlinterpretierten *Heraklit*-Logion „Der Krieg ist der Vater aller Dinge, der König von allem“, nach der revolutionären Doktrin von der Notwendigkeit gewaltsamer Umstürze zur Sicherung eines guten Lebens für die Unterdrückten und Entrechteten, hat man sich nach dem zweiten Weltkrieg in der Menschenrechtskonvention durchgerungen, Aggression als das zu betrachten, was sie ist – ein destruktives Verhalten¹⁴⁶ – und sie grundsätzlich zu ächten.

Ein gewaltiger Schritt in der Menschheitsgeschichte, der sieht: Aggression gehört zur *Natur* des Menschen, aber wir sind auch *Kulturwesen*, die ihre Natur kultivieren können, ja müssen. *Mahatma Ghandi* hatte schon mit der Doktrin des zivilen Ungehorsams und des „gewaltlosen Widerstands“ Gewaltlosigkeit nicht nur als ein politisches Mittel, sondern als ein umfassendes gesellschaftliches Grundbekenntnis verstanden, sich einem aggressiv-gewaltsamen Revolutionsverständnis entgegengesetzt und auch *Martin Luther King* stellte sich in einen bewussten Gegensatz zum Revolutionsgedanken mit Mitteln gewaltsamen Kampfes, denn ein naives „zurück zur Natur“, wo man sein „gutes Recht“ als Faustrecht durchsetzt, führt in die Barbarei. *Paul Goodman*, Mitbegründer der Gestalttherapie und wie *Fritz Perls* Protagonist der Ideologie von der „positiven Aggression“, vertritt naiv und dumm „a good fuck and a good fistfight“ (Goodman 1962/1986, 19, vgl. Petzold 2001d) als Lösung für das Aggressionsproblem und gegen die Machtlosigkeit, die Ursache von „Kriegsmentalität“ seien. Solche Positionen führen weg vom „WEG vom *homo sapiens sapiens*“, der den „*homo praedator intelligens*“ (intelligenter Raubmensch) allmählich hinter sich lassen könnte (Petzold, Orth 2004b). Aber wir sind immer auch noch solche aggressive Praedatoren (jede Randalie im Fußballstadion, jeder blutige Protestmarsch für gute Zwecke, jede Existenzen vernichtende „feindliche Übernahme“ im Kampf um Märkte und Profit, jede Gewalttat und jedes Massaker zeigen das). Der Sondersprachgebrauch der Gestalttherapeuten und Reichianer, die Aggression mit „*assertiveness*“, Beherztheit, Selbstbehauptungskraft, Mut verwechseln und sich kenntnisarm für „kreative Aggression“ stark machen – das sind dysfunktionale alte Zöpfe. Beherzt weg damit!

Das Faktum, dass *Menschen in ihrer Natur Aggression und destruktives Handeln als eine - und durchaus wesentliche - Grunddisposition haben*, die im Sinne einer Überlebensstrategie für „wilde Zeiten“ durch das damit verbundene Streben nach „überlegener Gewalt“ einen deutlichen Selektionsvorteil bot und bietet, hat natürlich immer auch Krieg, Verheerung, Gewalt, Grausamkeiten, Folter, Vergewaltigungen, Eroberungen, Unterwerfung, Besetzungen, Herrschaft/Schreckensherrschaft im Gefolge gehabt. Das ist für den modernen, „zivilisierten“ Menschen, aufgezogen mit den Idealen von Menschenrechten, vielleicht verstörend. Das Faktum bleibt aber in seiner ganzen Anstößigkeit. „Die Debatten zwischen den Forschern, die zur „Sevilla Erklärung über Gewalt“ führten (The Seville Statement on Violence 1990, die Aggression als destruktiv deklarierte, *American Psychologist* 45, 1167-1168) und die Folgediskussionen, zeigen die ganzen Mühen um eine Klärung des Aggressionsproblems, ähnlich wie die Auseinandersetzungen um *Konrad Lorenz*‘ Theoreme zur Aggression und die damit angestoßenen Diskurse. „Eine Verleugnung der menschlichen Natur mit ihren zerstörerischen Seiten kann aber nicht weiterführen, das ist eine Erkenntnis, die sich doch allmählich durchzusetzen scheint“ (Bloem, Moget, Petzold 2003), die aber auch zu einer eindeutigen Haltung führen muss: Die verschiedenen Aggressionsformen müssen differenziert betrachtet und in ihrem Destruktionspotential klarsichtig im Blick behalten werden. Menschen haben eine starke Tendenz, machtvollen, aggressiven Führern zu folgen, die Gewalttaten ihrer Helden zu glorifizieren, weil sie an ihnen vikariell teilhaben können bis in ein „Koemoting“ und die Produktion von „co-physiologies“ (z.

¹⁴⁶ **Ag|gres|sion** die; -, -en <lat.>: 1. rechtswidriger Angriff auf ein fremdes Staatsgebiet, Angriffskrieg. 2. (Psychol.) a) [affektbedingtes] Angriffsverhalten, feindselige Haltung eines Menschen od. eines Tieres mit dem Ziel, die eigene Macht zu steigern oder die Macht des Gegners zu mindern; b) feindselig-aggressive Äußerung, Handlung. **Duden** - Das Fremdwörterbuch. 7. Aufl. Mannheim 2001. [CD-ROM]. - „Unter **Aggression** wird ein deutlich erkennbares Verhalten verstanden, dessen Ziel die körperliche oder symbolische Verletzung beziehungsweise Schädigung einer anderen Person, eines Tieres oder auch einer Sache beziehungsweise Institution (Staat, Gesellschaft, Schule) ist. Von der *Psychologie* wird jedes, vor allem das affektive Angriffsverhalten des Menschen, das auf einen Machtzuwachs des Angreifers und eine Machtminderung des Angegriffenen zielt, als Aggression bezeichnet. **Brockhaus**, Bibliographisches Institut, 2001 [CD-ROM] – so in den grossen Lexika aller wesentlichen europäischen Sprachen.

B. bei Boxkampf-Spektakeln, dem Anfeuern von Kämpfern in Kämpfen „auf Leben und Tod“ von Menschen, Hunden, Hähnen, bei Sadopornos, Snuff-Filmen mit dem perniziösen Mix von Sexualität und Gewalt). Aggression als Überlebensgarantie, als lustvoll erlebbare Dominanzzerfahrung war über Jahrhunderte eine sozial hochgeschätzte Emotion, und das „sitzt noch tief“ in den Menschen. Das zeigt die (Un)kultur extrem aggressiver, brachial-aggressiver und sexuell gewalttätiger Filme und Computerspiele (z. B. Wargasm, <http://www.did.com>) und die Schwierigkeit, diese – selbst im Bereich des Jugendschutzes – einzudämmen. Vielleicht ist das Festhalten an der Idee „positiver Aggression“ in einigen Richtungen der Psychotherapie – auch jenseits eines naiven Biologismus sensu Lowen „Was natürlich ist, ist gut“ – ein subtiler Ausdruck des uns innewohnenden Aggressionsnarrativs, das die Verfechter solcher Thesen unbewusst aufrecht halten.

Aggression ist als tiefgreifende und zu überschießenden Entgleisungen der Angriffslust, Gewalttat und Zerstörungswut tendierende Thymosregung zu sehen, die es im Zaume zu halten gilt – jede euphemistische Uminterpretation ist unangebracht! Beherztheit, Mut, Selbstsicherheit, besonnene Durchsetzungsfähigkeit sind keine aggressiven Affekte. Aggression als Form der Durchsetzung individuellen oder kollektiven Machtstrebens mit Mitteln der Gewalt ist zu ächten. Aggressionspuffernde Affekte und Haltungen – Besonnenheit, Umsicht, Gelassenheit, Fairness, Friedfertigkeit – sind deshalb zu kultivieren und in Sozialisation und Erziehung nachhaltig zu vermitteln. Gesellschaftlichen Tendenzen der Förderung von Aggression und der Verherrlichung von Gewalt ist damit beherzt und klar entgegenzutreten. Das sind Aufgaben, die alle, auch die Psychotherapeuten, in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich wahrzunehmen haben.

8.2.3 Friede und Friedfertigkeit – als Themen und Aufgaben der Therapie

Friedensnarrativ

Die Möglichkeit zur Verwirklichung von **Hominität** aufgrund der Fähigkeit, sich exzentrisch zu betrachten, zu reflektieren und über sich zu lernen sowie in *freien*, ethisch verantworteten Entscheidungen für die Realisierung von **Humanität, Gerechtigkeit** und **Frieden** einzutreten, aus freien Stücken und aus *Menschenliebe* einen *gelebten Altruismus* zu verwirklichen, kann man als *evolutionäres Überlebensprogramm* des Homo Sapiens ansehen, *Friedensnarrative*, welche die gleichfalls vorhandenen *Narrative der Aggression* zu moderieren und kontrollieren vermögen. – In einer Welt mit Massenvernichtungswaffen könnte das wirklich überlebenssichernd werden.

Genauso wie Aggression durch *Bahnung* bestärkt wird, können auch *Friede* und *Friedfertigkeit* als emotionale Qualitäten *gebahnt* werden in der „Übung“, friedlich zu sein, auch wenn der Streit lockt, im *Wollen* von „Ruhe, Ausgeglichenheit und Frieden“, weil zuviel an Unruhe, Unausgeglichenheit und Friedlosigkeit zu belastend geworden sind und man den „gehetzten, rastlosen Lebensstil“ loswerden *will*. Auch das Streben nach „innerem Frieden“, weil man ihn vermisst, etwa durch meditative Übung, führt zu Bahnungen, leibseelischen Habitualisierungen, wie jeder weiß, der über längere Zeit sich auf einem meditativen Weg befindet. Solcher „Seelenfriede“ ist eine besondere Qualität von Frieden, die nicht immer in den Blick kommt.

Der Begriff Frieden/Friede ist vielfältig in seiner Bedeutung:

Frieden, der; -s, - [mhd. vride, ahd. fridu, urspr. = Schonung, Freundschaft, zu frei]:
1. a) <o., Pl.> [*vertraglich gesicherter*] Zustand des inner- od. zwischenstaatlichen Zusammenlebens in Ruhe u. Sicherheit: es ist, herrscht F.; F. schließen; die Erhaltung des -s; mitten im [tiefsten] F.; in F. und Freiheit leben; Ü die Geschwister haben F. geschlossen (*sich versöhnt*);
b) *Friedensschluss*: einen ehrenvollen F. aushandeln; den Besiegten den F. diktieren; den F. unterzeichnen.
2. <o., Pl.> **a)** Zustand der Eintracht, der Harmonie: der häusliche, eheliche F.; der soziale F. (Soziol.; *Abwesenheit innergesellschaftlicher Konflikte*); F. stiften; in Ruhe und F., in F. und Freundschaft/Eintracht miteinander leben; um des lieben -s willen zustimmen; **Spr** Friede[n] ernährt, Unfriede[n] verzehrt; ***seinen F. mit jmdm., etw. machen** (*sich mit jmdm., einer Sache aussöhnen*); **dem F. nicht trauen** (*skeptisch im Hinblick auf die Ruhe nach einem Streit o. Ä. sein*); **Friede, Freude, Eierkuchen** (ugs.; *wieder hergestellte [aber fragwürdige] Harmonie*): zwischen ihnen, in der Familie herrscht wieder F., Freude, Eierkuchen;
b) *ungestörte Ruhe*: man hat keinen F. vor ihr; ***jmdn. [mit etw.] in F. lassen** (Ruhe 3);
c) Zustand *beschaulich-heiterer Ruhe*: den F. (*die friedliche Stille*) der Natur lieben.
3. (christl. Rel.) *Geborgenheit in Gott*: Friede sei mit euch! (Segensspruch); Friede ihrer Asche!; er ruhe in F.!
Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 5. Aufl. Mannheim 2003 [CD-ROM].

In diesem Zusammenhang interessieren die Bedeutungen 2 b und c als *emotionale Lagen, Gemütslagen*. Diese sind natürlich abhängig von zwischenmenschlichen Situationen: „Es kann der Frömmste nicht in Frieden leben, wenn es dem bösen Nachbarn nicht gefällt“, sagt das Sprichwort. Gefühl und soziale

Ereignisse sind in hohem Maße verbunden, wie *Cannettis* Essay „Masse und Macht“ (1960) beispielhaft zeigt. Aggression ist wesentlich soziale Aggression, die den Zustand des Friedens aufhebt und Friedfertigkeit des Verhaltens zu verunmöglichen scheint, durch die Freisetzung destruktiver Gewalt, der selbst der .

So wird Frieden gesehen als

„Zustand eines verträglichen und gesicherten Zusammenlebens von Menschen auf verschiedenen Ebenen. Da Frieden ohne ein Minimum an Ordnung und Einvernehmen nicht lange bestehen kann, ist der Begriff des Friedens eng mit dem des Rechts verknüpft, der seinerseits Freiheit voraussetzt. Strittig ist, ob Frieden nur das äußere, vor willkürlicher Gewalteinwirkung geschützte Verhältnis bezeichnet oder auch eine über die Friedfertigkeit hinausgehende innere Anteilnahme meint. Frieden ist stets ein geschaffener Zustand, der mehr oder weniger ausdrücklicher Sicherungen durch Macht und Vereinbarung bedarf.“ Brockhaus, 2005

Zumindest im Mikrobereich des menschlichen Zusammenlebens ist Friede, der über den Zustand „satter Zufriedenheit“ und von „Ruhe und Frieden“ in einer Mussestunde hinausgeht, mit der „inneren Seelenlage“ der einzelnen Menschen verbunden, ihrem Willen, ihrer Fähigkeit und Bereitschaft „friedlich zu sein“, und das hängt von ihrer Fähigkeit der *affektiven Regulation* ab gegenüber Ärger, Zorn, Unruhe, Angst, Neid, Missgunst – alles Regungen, die den Frieden stören können und zu „innerem Unfrieden“ führen. Und dann liegt der soziale Unfrieden nicht weit, sofern man nicht gelernt hat, „Ruhe und Gelassenheit zu bewahren und Besonnenheit und Geduld nicht zu verlieren“.

„**Friede** ist die Fähigkeit, eine innere Balance und Ausgeglichenheit zu behalten, eine friedliche emotionale Gemütslage zu bewahren oder wiederzugewinnen, auch wenn Außeneinflüsse zu Störungen und Beunruhigung führen oder zu Ärger Anlass geben. Grundlage dafür ist eine **Regulationskompetenz**, die durch kognitive Einschätzung (*appraisal*) und affektive Bewertung (*valuation*) von Ereignissen (*events*) aufgrund von Lebenserfahrung zu einer Moderation limbischer Erregungspotentiale fähig ist, z. B. aggressive Impulse *hemmen* kann, sie *umzustimmen* vermag. Sie muss sich dabei auf sozialisationsvermittelte Wertsetzungen stützen, auf vorgängiges, übendes Bemühen, innere Ruhe und Friede nicht zu verlieren, zurückgreifen, auf eine *bewährte Friedfertigkeit*, die in der Meisterung von Erregungszuständen – ggf. unterstützt durch gute *Vorbilder* für beherrschtes Verhalten im Angesicht von Störaktionen – gewonnen wurde.“

Sozialisationsinflüsse, Erziehungsstrategien spielen bei der Ausbildung solcher Moderationsfähigkeit eine große Rolle. Nicht gewaltfreie Erziehung, die jegliche Auseinandersetzung vermeidet, ist angesagt, sondern ein Erziehungsstil der Konfliktfähigkeit, Auseinandersetzungsfähigkeit „in face of adversity“, die *Assertivität*, couragiertes Eintreten für sich und Andere schult und die Fähigkeit zur Deeskalation, zur Selbstberuhigung fördert, indem sie durch Vorbildfunktion in solchem Verhalten Imitationsmöglichkeiten, Spiegelneuroneneffekte ermöglicht. Bei einer solchen „*maîtrise de soi*“ (*Foucault*), einer Meisterschaft seiner selbst, sprach man in der Antike von *Sokrates* bis *Seneca* von „Tugend“ – offenbar ein Unwort in der (Über-Ich-phobischen) Psychotherapie, die hier dem Trend der Moderne folgt:

„**Tugend**, nur noch selten gebrauchter Begriff für die geistig-seelische Fähigkeit des Menschen, das Gute zu verwirklichen. Seinen Ursprung hat der Begriff der Tugend in der Antike; als wichtige Tugend, die dem Menschen helfen sollten, Maßstäbe für ihr Handeln zu finden, wurden im Mittelalter Maßhalten, Tapferkeit, Treue und Gerechtigkeit angesehen“. *Brockhaus* (2005)

Man findet das Wort „Tugend“ (dem man allzu oft und fälschlich eine moralinsaure Konnotation gibt) nicht in den Lehr- oder Handbüchern der Psychotherapie, ebenso wenig wie die Begriffe „Würde“ und „Gerechtigkeit“ (*Petzold* 2001m, 2003d), „Frieden“ und „Friedfertigkeit“, *menschliche* Qualitäten, die ein immenses heilenden Potential haben und nicht nur als eine Domäne der Religionen und TheologInnen gesehen werden dürfen. „*Friedensarbeit*“ (*Petzold* 1986a) gehörte stets zu den klinischen, politischen und humanitären Anliegen Integrativer Therapie. Die Förderung einer *Kultur des Friedens* und eines *humanen Zusammenlebens* im **Mikrobereich**, in „Herzen von Menschen“, ist durchaus als eine wesentliche therapeutische Aufgabe zu sehen, denn es gibt sehr viele Menschen mit einer inneren „Friedlosigkeit“, die Krankheitswert hat (etwa bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder PTBS oder bei Menschen mit einer pathologischen Gewaltbereitschaft). Weiterhin gehört die Arbeit für Frieden im **Makrobereich** zu den unverzichtbaren Aufgaben der Kulturkritik und Kulturarbeit von Psychotherapie (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000), die von der „community of psychotherapists“ in breiterer Weise in Angriff genommen werden müssen als dies heute zumeist geschieht. Konfliktfähigkeit einerseits und Friedensliebe andererseits sind

Qualitäten für *Wege des Friedens*, die es aktiv als Zukunft zu gestalten gilt. Nur so kann Frieden gewonnen werden.

„**Man muss im Frieden für den Frieden arbeiten!**“ (Petzold 1986a), denn:

„Der Friedenszustand unter Menschen, die nebeneinander leben, ist kein Naturzustand (status naturalis), der vielmehr ein Zustand des Krieges ist, d. i. wengleich nicht immer ein Ausbruch von Feindseligkeiten, doch immerwährende Bedrohung mit derselben. Er muss gestiftet werden“ (Kant, „Zum ewigen Frieden“ BA 18).

Deshalb ist ein „Weg des Friedens“ die Aufgabe und das konkrete Bemühen, beständig Frieden zu stiften, im Großen wie im Kleinen.

Weil **Friede** eben auch und wesentlich eine „emotionale Lage ist, eine Stimmung“ und ein „Lebensgefühl“ werden kann, das zu entwickeln und zu fördern ist, sind dafür in Therapien praxeologische Konsequenzen erforderlich und methodische Ansätze zu entwickeln.

Es geht hier, das sei unterstrichen, keineswegs allein um ethische, moralische, philosophische Fragestellungen, sondern unstrittig auch um klinische und psychologische Themen. In meinen entwicklungspsychologischen Arbeiten zur Emotionstheorie (Petzold 1995g) habe ich die Bedeutung von bestimmten Gefühlen und Stimmungen hervorgehoben, die ich als „**irenische Emotionen**“ bezeichnet habe (irene, gr. Friede):

Ruhe, Musse, Entspanntheit, Wohlsein, Gelassenheit, Zufriedenheit, Heiterkeit, stilles Glück, Zärtlichkeit, Behaglichkeit, Friede, Friedlichkeit

Diese Gemütslagen waren zentrales Ziel antiker Seelenführung und Therapeutik (Hadot 1991, 2001):

Ataraxie als Freiheit von seelischen Erschütterungen und Lust an Ruhe war der zu erstrebende Seelenzustand, der durch **Athaumasia**, das Sich-nicht-Wundern als notwendige Bedingung der Seelenruhe erreicht werden konnte und **Eudämonie**, Glückseligkeit, fördern sollte. Tugendhafte und maßvolle Lebensführung wurden von Sokrates, Platon, Aristoteles, Epikur bis Cicero, Seneca und Epiktet zum Erreichen dieser Seelenverfassung anempfohlen. Ein bekanntes Beispiel ist Sencas Schrift „Über die Seelenruhe“ (de tranquillitate animi). Es ist im höchsten Maße verwunderlich, ja befremdlich, wie wenig diese Gemütslagen, deren Fehlen Menschen unglücklich und krank erscheinen lässt, in den traditionellen psychotherapeutischen Kontexten angesprochen und in therapeutische Arbeit einbezogen werden. Die Psychotherapie muss sich hier fragen lassen, ob sie in der Freudschen Tradition sich nicht sehr von dem entfremdet hat, was Menschen wirklich brauchen. *Irenische Gefühle* fehlen als Arbeitsschwerpunkt in der Mainstreampsychotherapie, ja selbst bei den „humanistischen“ Verfahren weitgehend. Im Integrativen Ansatz spielen sie durch ihr Konzept einer „philosophischen Therapeutik“ – etwa in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (Petzold 2001m) – und unter einer Salutogenese Perspektive (Lorenz 2003) eine große Rolle. Unter den „Vorläuferemotionen“, die sich schon in der fötalen Mimik ausmachen lassen und die beim Säugling und Kleinkind gut zu beobachten sind (Petzold 1994j) gehören: glückliche, stille Zufriedenheit, Wohlgefühl, Heiterkeit. Diese „leisen Gefühle“ regulieren psychophysiologische Erregungszustände (arousal) „herunter“, entspannen, fördern Erholungsverhalten, sind ein starkes Antidot gegen Ängste, Belastetheit und Verstimmungen, erfordern allerdings auch den konvivialen Raum von Sicherheit, Zuwendung, Beruhigung, Trost, die liebe- und friedvolle Präsenz von „caring others“. [ahd. *fridu* = Schutz, Sicherheit, Freundschaft]. Für die Vielzahl der beunruhigten, unsicheren, ängstlichen, leicht verärgerbaren, gehetzten, gestressten, friedlosen Menschen, denen wir in Therapien begegnen sind deshalb „notherapeutische“ Wege, meditative Übungen, ökopsychosomatisches Naturerleben, ästhetische Erfahrungen durchaus wesentliche, sinn- und friedentiftende therapeutische Maßnahmen mit *klinischem Wert* (Orth 1993; Petzold 1981e; Petzold, Orth 2004b, 2005), für die wir viele Übungen entwickelt und für die bibliotheraeutische Praxis (Petzold, Orth 1985) literarische und philosophische Texte zur Orientierung ausgewählt haben. Religiös sicher gegründete Patienten mit Bedürfnissen nach „religiösen Frieden“ empfehlen wir an geschulte Seelsorger ihres Bekenntnisses (Petzold 2005b), denn adäquater religiöser Beistand – er ist m. E. nicht Sache von Therapeuten und Therapie – kann eine gesundheitsförderliche, heilsame Funktion haben, wie Forschungen zeigen (Andritzky 2005).

Die Menschen hatten in ihren *Wegen* durch die Geschichte wenig Friedenserleben und damit *wenig kollektive und individuelle Friedenserfahrungen*. Die Bedrohungen von außen und nach außen ließen Frieden noch am ehesten als „Binnenerfahrung“ im Schutzraum einer großen, ressourcenreiche Familie, einer starken Volksgruppe und ihrer Verbündeten erfahrbar werden. **Räume des Friedens** und der **Atmosphären der Friedfertigkeit** bereitzustellen im familialen Mikro- und gesellschaftlichen Meso- und

Makrobereich, ist deshalb eine zentrale Aufgabe für das Gemeinwesen und ihre Mitglieder, an der *alle* arbeiten müssen. Konkret heisst das: Da der Leib in Szenen steht, umgeben ist von Atmosphären, die ihn beeinflussen, zu denen er aber auch beiträgt, müssen wir die Aufnahme von benignen Szenen, Atmosphären, Stücken fördern, denn das ist ein Kerngeschehen in den Prozessen der Enkulturation, Sozialisation und im Bildungsgeschehen. Wir charakterisieren *Atmosphäre als ein „Zusammenwirken von subliminalen und supraliminalen Sinneseindrücken, die das totale Sinnesorgan Leib* aufnimmt und die durch die *Resonanzen[subliminale und supraliminale] aus dem Leibgedächtnis* angereichert werden (Petzold 1993a/2003a, 864). Es geht also um das Vermitteln von **irenischen Atmosphären und Szenen**. Weiterhin ist über „Inneren Frieden“ nachzudenken. Er wird in allen Traditionen des geistigen Lebens religiöser, mystischer, philosophischer Art als hohes Gut gepriesen. Ein „peaceful mind“, ein „ruhiger Geist“ hat auch einen „friedlichen Sinn“, macht Menschen „peaceful minded“.

Auch das Gefühl, die *Seelenlage* des Friedens und der Friedfertigkeit, obwohl offenbar als diskrete Emotion angelegt, bedarf der *Bahnung durch Bekräftigung* in Interaktionen, die in den frühkindlichen Pflegehandlungen in der Regel durchaus gegeben wird, die aber schon bald Kontrastierungen durch Zank, Streit, Gewalt, Unruhe, Gehetze, Distress erfährt. Diese aufstörenden Gefühlslagen können, wenn sie chronifizieren, eine ausgeglichene *Regulation* des Organismus verhindern und damit das „dynamische Regulationssystem“ des psychophysiologischen Leibes stören und ggf. schädigen.

Im therapeutischen Kontext darf das Friedensthema nicht auf die Arbeit mit Körperverletzern, Gewalttätern begrenzt sein (Schölzhorn 2005), nicht nur mit dem Aggressionsthema verbunden werden. „Frieden muss man *üben*“, wie der Volksmund sagt. Jede Tugend muss man *üben*: „*Und die Tugend, sie ist kein leerer Schall,/Der Mensch kann sie üben im Leben (...)*“ (F. Schiller, „Die Worte des Glaubens“, 3. Strophe). Friedfertigkeit erfordert *Praxis von Friedensliebe, Praxis von Friedensarbeit*. Ein Belächeln solcher „Pazifisten“, denen man in Analytikerkreisen leicht das Odium des „Weltverbesserertums“ anhängt, ist gänzlich unangebracht. Jeder Psychotherapeut sollte sich vielmehr nach seinem Seelenfrieden, seiner „Gelassenheit des Herzens“ jenseits allen Gurugehabes fragen. Seelenfrieden oder Gemütsruhe als eine beständige Lebensqualität – nicht nur als Geschenk eines geruhsamen, friedlichen Augenblicks – will erarbeitet sein, erfordert eine aufmerksame, geschärfte Selbstempathie, Selbstbeobachtung, die *Entscheidung* zur „Arbeit an sich selbst“, bei der die die Kraft der Selbstberuhigung und Mäßigung (*temperantia*) wichtig ist. Man muss den **Willen** zur Gelassenheit und zum „peace of mind“ haben, und das erfordert Willensarbeit, in der „*man sich selbst zum Projekt macht*“, wie eine Grundstrategie der Integrativen Therapie lautet. Solche Arbeit kann in den Therapiesitzungen begonnen werden. *Umsetzen* und *realisieren* indes muss man solche Entscheidungen und Projektziele im Alltagsleben. Dort muss man sie *durchtragen*, bis dass Resultate sichtbar werden, Unruhe, Umtriebigkeit, Gereiztheit abnehmen und Ruhe, Ausgeglichenheit und die Zeiten einer friedlichen Gestimmtheit zunehmen. Dann hatte die Therapie, die Arbeit an sich selbst, die Bemühungen um die Veränderungen eines *rastlosen Lebensstils* Erfolg, ohne dass damit Weltoffenheit, Entdeckerfreude, Neugier, Begeisterungsfähigkeit für Unternehmungen, an die man sein Herz hängt, verloren gehen. .

8. 2. 4 Gemeinwesen, Gemeinschaftsgefühl, Altruismus, Menschenliebe – auf dem Wege zu einer „Kultur der Angrenzung und der Konvivialität“

„Ich will, daß Dir zukommt,
was ich für mich beanspruche!“
(Petzold 1971)

Gemeinschaftsgefühl und **Gemeinwesen** sind konviviale Grundqualitäten des Menschlichen, die nahe beim Thema Frieden und Friedfertigkeit liegen. Im „**Konvivialitätskonzept**“ finden sich wesentliche – für die Therapiepraxis höchst relevante – Gedanken zu ethischen Qualitäten von Beziehung als *engagierter Hinwendung* und *Fürsorge, gelebter Gerechtigkeit* und *Solidarität*. Die Basis von **Konvivialität** ist einerseits in der Evolution der Primaten als in Gruppen lebenden und überlebenden Tieren zu finden und andererseits in der kulturellen Menschheitsarbeit über die Geschichte hin. Konvivialität kann nicht individualisierend erklärt und verstanden werden. Kein Gemeinwesen kann ohne diese konvivialen Qualitäten bestehen, und so nimmt es Wunder, warum sie in der Psychotherapie eine so nachrangige Rolle spielen und in der psychotherapeutischen Theorienbildung, aber auch in ihrer Praxeologie so sträflich vernachlässigt wurden. Allein bei *Alfred Adler* und seiner Schule, in der normativen Orientierung *Victor Frankls*, in jüngster Zeit *H.-E. Richter* und natürlich bei *J. L. Moreno* wurde nicht nur marginal zu den

Themen Gemeinschaft, Gemeinschaftsgefühl, Gemeinwohl gearbeitet. Natürlich finden sich auch bei *Lacan*, *Kohut* u. a. Ansätze, die diese Thematik streifen, allerdings in der Regel individualisierend. *Lacan* (1973) mit seiner Symboltheorie situiert den Menschen im Spannungsfeld von *Mangel* und *Begehren* (*désir*), von Gemeinschaft und Trennung. *Lacan* sieht den gelingenden Umgang des Menschen mit diesen Spannungen in seiner persönlichen Entwicklung, wenn er zu reifen Verzichtleistungen trotz des Begehrens fähig wird (so schon die Position *Freuds*, allerdings ohne den elaborierten symboltheoretischen Begründungszusammenhang). Verzicht ist sicherlich eine zentrale, reife Leistung des Subjekts, allerdings zuvor doch eine kulturelle Leistung der Gemeinschaft und, noch basaler, eine evolutionsbiologische Leistung, hervorgegangen aus der Sicherung der eigenen Art – wir finden das im gesamten Tierreich in unterschiedlichen Varianten als biologische „Programme“. Neben eine solche Position der Verzichtsethik, abgeleitet aus der anthropologischen Negativwertung des Tiebbegriffs bei *Freud* und – subtiler zwar – auch im *Lacanschen* Diskurs, treten aus integrativer Sicht Erfahrungen der Positivität von Gemeinschaft, die als wertvoll erlebt wird, durch all das, was in Konvivialitätsräumen an Schönem und Gutem erlebt werden kann. Verzichte, die in der persönlichen und kulturellen Leistung als Frucht bewusster Entscheidungen und Überwindungsleistungen angesehen werden müssen, weil die Erkenntnis Raum gewann, dass Verzicht Gewinn sein kann, werden ergänzt durch positive Wertsetzungen. Sie kommen zum Tragen, weil erfahrene, erlebte Werte höher und wichtiger geworden sind als das krude Begehren und seine Absättigung im Sinne einer bloßen Befriedigung basaler Bedürfnisse. Sinn, ästhetische Erfahrungen, Gerechtigkeitsstreben, Humanitätsmotive kommen als *höhere kulturelle Bedürfnisse* – Früchte von *kollektiver Kulturarbeit* in Netzwerken, Gruppen, Gemeinschaften – hinzu, die zur Ausbildung *kollektiver mentaler Repräsentationen* (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b) und daraus resultierender *sozialer Praxen* führte, die es zu berücksichtigen, zu untersuchen, interventiv zu nutzen gilt. Wir haben, in *Morenos* und *Moscovicis* Spuren gehend und diese Thematik aufnehmend, eine differenzierte Theorie und Praxis der Arbeit mit Netzwerken, Konvois und „social words“, d. h. kollektiven mentalen Repräsentationen entwickelt¹⁴⁷, um Interventionen auf der Ebene sozialer Mikrosysteme zu ermöglichen (*Petzold, Josić, Erhardt* 2003). Dahinter stehen Beobachtungen einer „klinischen Soziopsychologie“ einerseits und prinzipielle anthropologische Überlegungen zum *Wesen des Menschen und menschlicher Gemeinschaften* andererseits sowie Beobachtungen unserer Lebenszusammenhänge. Psychotherapie muss sich immer wieder auf die Bedingungen ihres Kontextes reflektieren und metareflektieren. *Luhmann* (1992) hat in seinen „Beobachtungen der Moderne“ ein solches Beobachten paradigmatisch aufgezeigt. Wir haben solchen Beobachtungen manche Arbeit gewidmet (*Petzold, Orth, Sieper* 2000; *Petzold, Müller et al.* 2005). Soziologen wie *Beck, Bourdieu, Sennet* haben seit vielen Jahren die Tendenzen der modernen Gesellschaften zur Vereinzelung und Individualisierung aufgezeigt. Aus den Analysen in „The fall of public man“ (*Sennett* 1974) kann man sehr wohl den Schluss ziehen, dass die Mainstrams der Psychotherapie, Psychoanalyse/Tiefenpsychologie, Humanistische Psychologie und auch Verhaltenstherapie mit ihrer überwiegenden Individuumszentrierung Ausdruck und *Symptom* dieser gesellschaftlichen Entwicklungen der Spätmoderne sind, wie so viele andere Kulturerscheinungen auch (Single-Gesellschaft, Entpolitisierung, Entscheidung gegen Kinder und Elternschaft). In der Antike hingegen waren Gemeinwohl und Gemeinwohlorientierung hohe Tugenden, um deren Verwirklichung und *Kultivierung* Menschen bemüht waren. Und in der Tat, um solche Kultivierungsarbeit muss es gehen, denn *Altruismus*; der über die Hilfeleistung für Menschen des unmittelbaren Nahraums hinausgeht, *Menschenliebe* praktiziert, die über die Nächstenliebe gegenüber den Zugehörigen des eigenen Genpools, der eigenen sozialen „In-Group“, ist uns nicht „in die Wiege gelegt“ worden (*Buss* 1999). „Out-Groups“ gegenüber haben wir eher Muster der Vorsicht und Abgrenzung, bis hin zur Fremdenfeindlichkeit. Affiliationen generalisieren sich nicht ohne weiteres auf Fernraumgruppen, wie sie heute in einer globalisierten Welt „nahe herangerückt“ sind. Das *Gemeinschaftsgefühl*, zu dem wir fähig sind, gründet in der „zwischenleiblichen Erfahrung“ der familialen Gemeinschaft, der Gruppe, Sippe, keineswegs nur in einer dekontextualisierten „Mutter-Kind-Dyade“ der psychoanalytischen bzw. bindungstheoretischen Modellbildungen. Die frühen Hominiden durchstreiften tausende von Generationen die Welt in **polyadischen** Gemeinschaften. In ihnen und durch sie haben sie überlebt in Mustern „intimer Kommunikation“, in *zwischenleiblicher* Nähe, die Wärme und Schutz bot, Beruhigung von Angst und Trost bei Leid, Linderung von Schmerzen, Zärtlichkeit, Wohlbehagen – „Grooming-Gefühle“¹⁴⁸. Das alles bot „Zwischenleiblichkeit“ im „*dialogue tonique*“, im

¹⁴⁷ *Petzold* 1979c, k, 1982b, *Hass, Petzold* 1999, *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004; *Müller, Petzold* 1998

¹⁴⁸ Grooming, die bei den Primaten zentrale Bindungsaktivität wechselseitiger Fell-/Hautpflege in Dyaden und Polyaden, die auch bei den frühen Hominiden das Sozialleben nachhaltig bestimmte und auch für uns Menschen heute im Austausch von

„Polylog der Berührungen“, in „polyadischen Angrenzungen“ (Ajuriaguerra 1962, 1970; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994).

Menschliches Leben vollzog und vollzieht sich in *sozialen Mikroökologien*, in denen Menschen füreinander Umwelt sind. In evolutionärer Perspektive waren das die kleinen Gruppen, Polyaden von 8 – 20 Hominiden, die im Paläolithikum und Neolithikum sich einen Lebensraum in einer wilden Natur schufen. Dieser *polyadische* Kontext, gekennzeichnet von intensiver *leiblicher Kommunikation*, *Nonverbalität*, *Prosodik* (Petzold 2004d), hat sich tief in unsere Menschennatur eingeschrieben und bestimmt unsere interaktiven/kommunikativen Narrative bis heute: in der Säuglings- und Krankenpflege, im Aggressions- und Kampfverhalten, im courting behaviour zwischen den Geschlechtern usw. Miteinander Leben ist überleben. Der Einzelne war verloren. Die Abstimmung, ja optimale Synchronisation des Verhaltens (beim Jagen, Sammeln, Wandern, Kämpfen, Tanzen) war lebenssichernd. Hier hatten die von Rizzolatti und Mitarbeitern (1996) entdeckten Spiegelneuronen eine wichtige Funktion für Gemeinschaftsaktionen und die Ausbildung von Gemeinsinn. Sie spielten wohl auch bei der kollektiven up-regulation bei Verteidigung oder Angriff und der kollektiven down-regulation bei Entwarnungen eine wichtige Rolle. Man geriet gemeinsam in Panik und beruhigte sich wechselseitig. Das ist auch heute bei allen Primaten noch so, natürlich auch bei uns Humanprimaten. Die Gruppe reguliert sich wie ein „funktionales System“ (P. K. Anokhin 1979), bestimmt von Regulationsmechanismen der Situationskontrolle, die dazu dienen, die vitalen Bedürfnisse bzw. Ziele der Gruppe bzw. der Einzelwesen zu erreichen. Auch in der intragruppalen Kommunikation spielten solche dynamischen Regulationen in den verschiedensten Situationen eine wichtige Rolle. So haben Äußerung von Schmerz oder Unbehagen etwa von Säuglingen und Kleinkindern (aber auch von Verletzten), die hyperton im Stress übersteuert mit Schreien und Jammern und Schmerzmimik etc. zur Ausbildung von Programme der Hilfeleistung beigetragen. Erwachsenen und ältere Kinder reagieren auf solches Wehgeschrei mit Lauten, Gebärden, Berührungen der Beruhigung und des Trostes, durch die ein amygdaloides Hyperarousal und eine damit verbundene Aktivierung der Stressachse herunterreguliert wird. Transkulturell wird dabei die *Troststimme* eingesetzt, Laute in einer tiefen Stimmlage. Sie werden durch einen niedrigen Tonus der Muskeln erzeugt, die an den Stellknorpeln des Larynx die Stimmbänder spannen. Es ist anzunehmen, dass hierdurch eine akustisch transportierte Reaktion der Spiegelneuronen, beim Säugling eine down-regulation des Tonus auslöst, die durch den *dialogue tonique* sanfter Berührungen, die Trostmimik, welche gleichfalls durch eine entspannte Gesichtsmuskulatur gekennzeichnet ist, unterstützt werden kann (der Ton wirkt in der Regel schon als solcher). In anderer Weise werden *beim cheering up* helle Töne verwandt, und eine Aufforderungsmimik – beides ist mit Tonuserhöhung der beteiligten Muskulatur verbunden und löst die entsprechenden Spiegelneuronenaktivitäten beim Säugling aus, wodurch entsprechende stimmungsmulierende Synchronisationen mit dem erwachsenen *caregiver* möglich werden. Im Rahmen der ökologischen Psychologie kann man von *affordance* (Gibson 1979) sprechen. Menschen haben füreinander einen spezifischen 'Aufforderungscharakter'. Sie sind in ihren Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmustern aufeinander abgestimmt, von 'social affordances' (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) gesteuert.

Weil die Gruppen der frühen Hominiden recht klein waren, haben sie solche Entwicklungen gefördert. Sie waren Überlebensgemeinschaften, die nur miteinander die „wilde und gefährliche Welt“ in verlässlichen Bindungen, in affilalen Nahraumerfahrungen überleben konnten. **Gemeinschaftsgefühl** aus polyadischen, zwischenleiblichen Bindungen, das ist eine Sicht, die die dyadisch verkürzte, auf die Mutter-Kind-Dyade begrenzte Bindungsforschung unbedingt ergänzen muß, denn dahinter steht der genetische Niederschlag von Zigtausenden von Generationen *polyadisch* lebender Hominidengruppen – auf 82 000 Generationen kann man die Humanevolution rechnen. Familienbande gelten auch heute noch als höchst wichtig, wie soziodemographische Forschungen für die jüngste Zeit zeigen (Kohli, Kühnemund 2000) – die Vereinzelung hat sie noch nicht geschwächt und die katastrophalen Entwicklungen und Folgen der „gerontotropen Dynamik“ unserer überalternden Gesellschaften (Petzold 2004a; Schirrmacher 2004) sind noch nicht in das Stadium ihrer vollen Auswirkungen getreten. Dann nämlich wird **Gemeinschaftsgefühl** gefordert sein, wenn es kaum noch junge Menschen gibt, und es werden affiliale Verhältnisse auch zwischen Menschen ohne Nahraumgeschichte praktiziert werden müssen, wollen sie nicht der Vereinsamung und Verelendung anheim fallen (Petzold, Müller 2005).

Zärtlichkeiten, Massagen, Kraulen, Rückenratzen etc. wichtig ist. Als Form intensiver nonverbaler Kommunikation trug Grooming auch zum Entstehen bedeutungsgeladener „vokaler Gesten“ und letztlich zur Ausbildung von Sprache bei. Vgl. Dunbar 1998; Waals, Lanting 1998, Pauls 1998, Sommer, Ammann 1998.

Auch im psychotherapeutischen Feld finden wir ein ungebrochenes Interesse an der Familie: vorwiegend der Familie als Ort der Pathogenese eines Einzelnen. Ihre heilenden und nährenden Qualitäten werden wenig herausgearbeitet, wie die tiefenpsychologische und z. T. humanistisch-psychologische Literatur zeigt. Das „innere Kind“ ist stets ein verlassenes, verletztes (Petzold, Orth 1999). Die Familie selbst wird in vielen Formen der Familientherapie vereinzelt. Sie wird selten in übergreifenden sozialen Netzwerken verortet (Hass, Petzold 1999), eingebunden ins Gemeinwesen gesehen. Familiensoziologische Perspektiven fehlen in der Familientherapie weitgehend und Themen wie: die Familie als Ort des Gemeinschaftsgefühls, als Quelle des Gemeinsinns, als Matrix der Menschenliebe, finden sich kaum. Der Geist von Virginia Satir's „People Making“ trug nicht sehr weit, denn das mythologisierende Interesse an Familiengenogrammen, Mehrgenerationentraumatisierungen, Aufstellungsarbeit, Kuckuckskindern etc. in der Psychotherapieszene zeigt eine andere Richtungsneahme auf, die letztlich wieder auf das Individuum zentriert: das steht im Mittelpunkt der Explorationen und Interventionen. Themen wie Generationengerechtigkeit, Intergenerationale Kompetenz (Petzold 2004a), Netzwerkpflege, Nachbarschafts- und Freundschaftskultur, interfamilieale Beziehungen, Gemeinwesenorientierung, Gesellschaftsarbeit haben offenbar keine Konjunktur. Die Mikrowelt des Individuums ist Vordergrund.

Die „kleine“ Sozialwelt der frühen Hominidengruppen ist indes seit dem Aufkommen der differenzierten Grosskulturen vor ca. 5-6000 Jahren verschwunden (seit dem 19. Jh. spricht man von „Hochkulturen“ in einer nicht ganz unproblematischen, weil lineare Entwicklungen unterstellenden Form, die übrighends nur die Kultur der Herrschenden in den Blick nimmt/nehmen kann). Wir leben stattdessen in dieser spätmodernen Zeit in ultrakomplexen Wissenskulturen und einer sich globalisierenden, kommunikativ und ökonomisch verflochtenen Welt. Sie gewinnt zunehmend für uns „Nahraumbedeutung“ und wir stehen vor der Situation, für die Bewohner vom Regionen im Fernraum (etwa in Dritt- und Viertweltländern) „globale Gemeinssinnorientierungen“ entwickeln müssen, denn sie brauchen Solidarität, wir aber brauchen die ihre. Ohne ihre Kooperation werden wir die gigantischen Probleme, vor denen wir stehen (Energie-, Wasser-, Klimakollaps, Biozid, Vernichtung der Biosphäre) nicht meistern können. Ein globaler Gemeinssinn und eine globale Gemeinwohlorientierung steht als Aufgabe vor uns. Kant hatte mit seiner Idee der „Weltbürgergesellschaft“ (Höffe 1995; Derrida 1997; Petzold, Orth 2004b) den Weg schon gewiesen und die Einrichtung internationaler Institutionen (UNO, WHO, UNICEF, WTO etc.) nach dem Desaster von zwei Weltkriegen zeigt eine Dynamik, die zu einer „Weltgesellschaft“ hin tendiert. Dass diese eine „Zivilgesellschaft“ werden kann und soll, in der Menschenrechte und Orientierung auf ein globales Gemeinwohl bestimmend sind, daran gilt es zu arbeiten. Ein friedliches „Global Village“ ist noch weit, weil Gemeinschaftsgefühl (als emotionale Dimension), Gemeinssinn (als kognitive Dimension) und Solidarität (als volitionale Dimension – ich will, dass es dir gut geht, und ich tue etwas dafür, bringe dafür Opfer) in globaler Orientierung fehlt. Es fehlt, auf einen Nenner gebracht an „generalisierter Humanität“ (Petzold 1978c, 2003e), die in unseren Programmen offenbar nicht stark ausgeprägt ist. Neoliberalistischer Weltkommerz hat diese Qualitäten nicht. Das hat klarsichtige Soziologen wie Pierre Bourdieu (Leitner, Petzold 2004) dazu veranlasst, „Raison d'Agir“ zu gründen, um etwas gegen das „Elend der Welt“ zu tun (Bourdieu 1998), und „Atacc“¹⁴⁹ mitzubegründen, denn in der Tat: „Die Welt ist keine Ware“, wie das Leitmotto dieser Initiative lautet. Der amerikanische Soziologe deutsch-jüdischer Herkunft, Amitai Etzioni (urspr. Werner Falk), hat Mitte der 1980er-Jahre die politische Bewegung des Kommunitarismus (von community) ins Leben gerufen, um der fortschreitenden Individualisierung, dem Gemeinschafts- und Gemeinssinnverlust entgegenzuwirken (Reese-Schäfer 2001). Das sind Beispiele für Bewegungen, die proaktiv, in klarer Sicht auf „dunkle Zukunft“ das Gemeinschaftsgefühl globalisieren wollen. „Hope in Dark Times“ (Solnit 2004) fällt nicht vom Himmel. Für sie muss ein solider Boden erarbeitet werden. Beiträge dazu leisten heute eine Vielzahl ökologischer, humanitärer und kultureller Organisationen, die aus übergreifenden Gemeinwohlorientierungen aktiv werden.

Derartige Aktivitäten gründen im Antrieb von Menschen, die aufgrund ihrer Enkulturations- und Sozialisationserfahrungen emotionale Qualitäten wie Mitmenschlichkeit, Gemein- und Gerechtigkeitssinn, soziales Engagement, Schuldfähigkeit vermittelt bekamen, Gefühle deren Ursprünge weit in die Menschheitsgeschichte, ja in prähistorische Zeiten zurückreichen (Petzold 2003d). Es sind also keine „neuen“ Gefühle, diese Werte bzw. Tugenden, die über die unmittelbare Nahraumfürsorge „für die Seinen“, über Vetternwirtschaft und Klüngel hinausgehen, haben Traditionen, auf deren Boden Menschen eine menschenfreundliche Haltung und eine allgemeine Fürsorge- und Hilfbereitschaft leben wollen. Sie haben in ihren Sozialisationsfeldern – zumeist in religiösen – vermittelt bekommen, dass es darum gehe, solche

¹⁴⁹ „Association pour une taxation des transactions financières pour l'aide aux citoyens“ Paris 1998.

Werte auf *alle Menschen* zu generalisieren. Darin liegt ein bedeutender Wert altruistisch orientierter, nicht-missionarischer religiöser Sozialisationen, und es stellt sich hier die beunruhigende Frage, was an die Stelle der verfallenden religiösen Sozialisationsfelder treten wird? Denn natürlich kann man mir *T. Moser* (1889) über „Gottesvergiftung“ schreiben und mit dem psychoanalytischen oder skeptizistisch mit dem gestalttherapeutischen Anarchimus (*Hoell* 1993, 1998) die Probleme religiöser Sozialisation pointieren. Aber was sind die Alternativen? Wahrscheinlich wird man sich „auf den *WEG*“ machen müssen, in breiter Gemeinsamkeit“, um neue oder ergänzende Formen der Wertesozialisation oder Ideen zu zu einem „erweiterten Seelsorgekonzept“ für eine „transversale Moderne“ (*Petzold* 2005b) zu finden und zu entwickeln, denn ohne solche Traditionen werden Gemeinsinn, Altruismus, Gemeinwohlorientierung, Menschenliebe auf Dauer keinen Hinter- und Untergrund, keinen tragfähigen Boden in den Menschen haben. Ganz säkular und pragmatisch habe ich schon früh (idem 1978c) etwa so argumentiert: „Aus Überlebensgründen und Selbstschutz ist es notwendig, dass Menschenrechte gelten, denn Opfer der nächsten Menschenrechtsverletzung könntest du selbst sein. Aus Selbstsorge müsste den Human Rights das ‚Recht auf Hilfeleistung‘ hinzugefügt werden, denn du könntest das nächste Katastrophenopfer sein, das auf freiwillige Spenden hoffen muß!“ *Hannah Arendt*, eine wichtige Referenztheoretiker des Integrativen Ansatzes (*Hässig, Petzold* 2004), affiziert das „Recht auf Rechte“. Das bedeutet aber, dass wir die Menschenrechte und unsere Rechtsordnungen weiter ausarbeiten müssen und vor allen Dingen, dass wir für ihre Umsetzung und Einhaltung sorgen, weil wir Menschenrechte, Gemeinsinn, Gemeinwohlorientierung in menscheitsgeschichtlicher Erfahrung als *wertvoll* erkennen können, sie uns „etwas wert“, ein Wert geworden sind. Aber da sie nicht genetisch stark „gescriptet“ werden konnten (die Zeiträume sind dafür zu kurz), sind sie auf Übermittlung in „**Traditionen des Denkens, Fühlens und Wollens**“ – alle drei Elemente sind notwendig – durch zwischenmenschliche Erfahrungen, exemplarische Beispiele, internalisierbares Gemeinschaftserleben, Erziehung, Sozialisation verwiesen, als „*felt ethics*“ und „*praktizierter Altruismus*“ in Kindheit und Jugend, aber auch in einem politisch bewussten und engagierten Erwachsenenleben ode in therapeutischen Massnahmen bei Menschen, die etwa durch Verfolgung, politische Traumatisierung ihre Werte und den „Glauben an die Menschheit“ verloren haben. Sie brauchen „normatives Empowerment“ als Behandlungsstrategie, die in der Thraumattherapie entwickelt wurde (*Regner* 2005; *Petzold* 2001m, *Petzold, Regner* 2005). Werhaltungen und wertegeleitetes Handeln können so über Sinn- und Wertegemeinschaften in „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001, *Petzold* 2003b) und „kollektiven Aktionen“ gegründet werden. - Es geht hier keineswegs um ein Plädoyer für einen „Reimport“ christlicher Werte in die Psychotherapie (die ohnehin jede Menge an krytoreligiösen Konzepten *for better and worse* mit sich trägt, *Petzold, Orth* 1999), sondern um ein Pädoyer dafür, die Wertefrage dringend auch im Diskurs der Psychotherapie aufzugreifen, denn Psychotherapie ist – jedenfalls in meinem Verständnis, das ich mit *Freud* teile – auch eine Disziplin der Kulturarbeit (*Petzold, Orth* 2004b, 2005a).

Bei Werten wie *Altruismus* und *Menschenliebe* handelt sich um Dispositionen des Denkens, Fühlens und Handelns, die sich in der Homisation ausgebildet haben, seit Beginn der Menschheitsgeschichte zu finden sind, in allen Gesellschaftsordnungen, Religionen als Früchten menschlicher Kulturarbeit – lange bevor das Christentum entstand, das zu dieser Arbeit indes unbestreitbar Wesentliches beigetragen hat. Es geht um die *Wertschätzung* und *Wertung* von „Humanessentialien“ (*Petzold* 2003d; *Regner* 2005), deren Fehlen zu „sozialen Erkrankungen“ führen kann, die wir nicht im ICD oder DMS finden. Ihre Folgen, die Folgen von Lieblosigkeit, Desinteresse, Hartherzigkeit und Grausamkeit bis hin zu Mißhandlungen und Folter finden wir bei den Patienten in unseren Praxen und Kliniken. Es geht mir nicht um das Propagieren von „Gutmenschentum“, sondern eine um Wertung von Befunden, die ich klinisch für höchst relevant halte. Wenn wir bei PatientInnen Gehässigkeit, Vergleichgültigung gegenüber dem Leid Anderer, Herzlosigkeit, Hinterhältigkeit finden, so ist das nicht primär unter moralischen Perspektiven zu sehen, sondern unter klinischen, denn diese Menschen verursachen Leid für ihre Mitmenschen und sie deformieren sich in ihren eigenen Möglichkeiten, werden für sich selbst beschädigend. Schon *Demokrit* mahnte: Menschen, die Not oder Unrecht leiden, „muß man nach Kräften helfen und darf nicht ruhig zusehen“ (fr. 261, *Capelle* 1968, 456, vgl. fr. 255), denn Herzenshärte führt zu Verhärtung, mit all den Folgen im psychischen, psychosomatischen und sozialen Bereich.

Deshalb müssen *soziale Gefühle, Kognitionen* und *Volitionen* gefördert werden, denn es sind „weiche“ Gefühle, die streßpuffernd, entspannend, angstlösend sind. Die Förderung einer solchen emotionalen Kultur kann nicht nur Aufgabe des primären Sozialisationsfeldes, der elterlichen und familialen Erziehung sein. Weil wir *immer wieder* in unserem Leben die In-Group-Orientierung überwinden müssen, weil es offenbar im Ewachsenleben sensible Phasen zu geben scheint und soziale Vulnerabilitäten gibt, die uns auf eine In-

Group-Orientierung ausrichten (z. B. Elternschaft, Hausbau, Arbeitsplatzverlust, Erkrankung), wird es notwendig, in der Arbeit an sich selbst, in der Gesatlung seiner Selbst, in der wir „Bildhauer der eigenen Existenz“ werden (*Foucault* 1998), Qualitäten wie *Gemeinschaftsgefühl* zu „kultivieren“ durch *Pflege* unserer familialen und amikalen Netzwerke, der Nachbarschaft und der Kollegialität (*Hass, Petzold* 1999). *Gemeinsinn* und *Altruismus* gilt es zu weiterzuentwickeln und konkret zu praktizieren in Projekten des sozialen Engagements. *Menschenliebe*, eines der wichtigen „Herzensgefühle“ ist eine Aufgabe der Herzenskultur, um die man sich bemühen muss. Sie wird uns nicht geschenkt. Die Psychotherapie wird hier auf ihre Defizite blicken müssen, auf die Probleme ihrer durchaus verbreiteten „(Un)Kultur der Abgrenzung“ – die „Abstinenz“ *Freuds*, die „wohlwollende Neutralität“ *Kernbergs*, das „Ich bin Ich“ im *Perls'schen* „Gestaltgebet“, die behaviorale, „manualisierte“ Fallkonzeption, die „klinischen Sachzwänge“ usw. Wieviel „Angst vor Nähe“ und wieviel Mangel an altruistischem Engagement mag da im Spiel sein? *Ferenczi* (1968) hatte den Finger auf diese Wunde gelegt (*Antonelli* 2003) und hatte beinhardt „Retaliationen“ von seinen psychoanalytischen Kollegen bekommen bis an den Rand der Existenzvernichtung (*Nagler* 2003).

Auch wenn man Prozesse in gesellschaftlichen Mikrobereichen nicht gleichsetzen darf mit makrogesellschaftlichen Dynamiken, also von Familienverhältnissen auf die Situation globaler politischer Entwicklungen schließen kann, lassen sich doch Verbindungslinien herstellen, denn Politik wird von einzelnen Menschen oder Menschengruppen (mit Steinzeitgehirnen, so *Konrad Lorenz*) gemacht und von Menschen (Wählern und Wählerinnen mit eben solchen cerebralen Strukturen und Programmen) unterstützt. Nun liegen in diesen archaischen Programmen ja keineswegs nur die Möglichkeiten des *homo praedator intelligens*, des intelligenten Räubers und Eroberers, sondern auch die des *zoon politikon*, des Sozialwesens, des Schicksalgenossen (consors) und Mitmenschen, der der Mitmenschlichkeit, des Altruismus, der Menschenliebe fähig war und ist, und der über die Humangeeschichte immer wieder *Gemeinschaftsgefühl* praktizierte und *Gemeinsinn* entwickelte, Werke der Gemeinwohlorientierung auf den Weg brachte. Er konnte letztlich den Sozialstaat und die Menschenrechte erfinden und entwickeln. Das alles wäre nicht da, wenn es nicht in den Möglichkeiten unserer evolutionären Programme gegeben wäre. Sie stehen ihnen auf jeden Fall nicht durch ein festlegendes, dominantes Agressions- oder Gewaltnarrativ entgegen. Unser Problem ist, die in den Mikrowelten kleiner Gruppen, in den In-Groups entstandenen Dispositionen, Programme, Narrative, aber auch Möglichkeiten in die Dimensionen eines sich beständig erweiternden Raumes, eines globalen Raumes, zu transformieren. Den Gobarraum zu erfahren, wird uns heute durch die Medien oder durch die Fernreisen erleichtert, aber *Nahraumgefühle* (Heimatgefühle) für den Amazonas, die Sahelzone zu entwickeln, *Affiliationsgefühle* für die Menschen in Fernräumen – die Unwetteropfer in Sri Lanka oder die Erdbebenopfer im pakistanischen Bergland – zu spüren, das ist schwer, und dennoch nicht unmöglich, wie die „Wellen der Hilfeleistung“ zeigen. Die Auseinandersetzung mit einem der wesentlichtens Herzensgefühle, dem „Heimatgefühl“ wird dazu notwendig, ein kaum bearbeitetes, keineswegs unproblematisches Gefühl, weil es mit Besitz, Besitzangst, Territorialhegemonie verbunden ist, mit Liebe und gloriosen Verherrlichungen, die einem Teilen des Landes mit Anderen, einer Konvivialität immer auch entgegenstehen und die auch verhindern, dieses Heimatgefühl zu globalisieren, auf die Welt auszudehnen. Die überhöhende Heimdichtung aller Völker zeigt das auf, mit all ihrer Tiefe und ihrem Zeugnis von Herzensbindungen an das Land, das das meine ist, an seine Geschichte, die die meine ist, an diesen Boden der mich ernährt, mir Lebensgrundlage ist, an dem mein Herz hängt. Das zu generalisieren, zu teilen, gemeinsam zu geniessen in mundaner Konvivialität, erfordert auf der individuellen wie auf der kollektiven Ebene tiefgreifende Arbeiten an den Herzensgefühlen zum Thema Heimat. Es sei nur an *Hölderlins* Gedicht „Germanien“ erinnert „Ihr heimatlichen Wasser! Jetzt mit euch/Des Herzens Liebe klagt ...“ (*Hölderlin* 1963, 152) oder an *Tennyson's* „Love thou thy land, with love far-brought“¹⁵⁰ - beispielhaft für tausende von Texten!

Die „konvivialen Räume“, die „Räume des Miteinanders“ in unserer Vergangenheit, in der Menschheitsgeschichte, waren eng, begrenzt – etwa in Höhlen als Schutzräumen –, oder sie waren umgrenzt, umfriedet – bei befestigten Lagerplätzen, Motten, Burgen – deren Sicherheit durch „Umfriedigungen“ (Holz- und Steinwälle, Wassergräben) gewährleistet werden musste, denn nur im

¹⁵⁰ *Tennyson, A.* (1950): Poems, selected by *Stephen Gwynn*. London: Oxford University Press, p. 38:

“Love thou thy land, with love far-brought
From out the storied Past, and used
Within the Present, but transfused
Thro' future time by power of thought.”

Binneraum waren Frieden und Sicherheit. **Abgrenzungen** waren notwendig um **Grenzverletzungen** und **-überschreitungen** abzuwehren. Gemeinschaftsgefühl und Gemeinsinn hatten oft genug die Funktion, Menschen gegen den „Aggressor von Außen“ zusammen zu binden oder zu eigenen, grenzverletzenden Eroberungszügen zusammen zu schweißen. Die „**Kultur der Abgrenzung**“ dominierte. Die „**Kultur der Angrenzung**“ blieb in der Regel auf den Binnenraum der Familie, der Sippe, des Stammes begrenzt, wo **polyadische Angrenzungen** in wechselseitiger Hinwendung, *Zugewandtheit* erfolgte, man war *verwandt*, stand in pluridirektionalen Affiliationen (Petzold, Müller 2005). Aber es gab auch andere Möglichkeiten: die der Gastfreundschaft, der guten Nachbarschaften, der Verbindungen, der Bündnisse, der Zusammenschlüsse, wo sich das Gemeinschaftsgefühl ausbreiten, der Gemeinsinn ausdehnen konnte, die Anderen einbezogen wurden. Gute Nachbarn wurden Anrainer, Anlieger, wo die Grenze Kontaktfläche wurde und nicht Demarkationslinie war. Soche **Angrenzungen** waren nicht problemlos, sie mussten gepflegt, kultiviert werden, damit Gemeinschaftsgefühl und Gemeinsinn – das, was man gemeinsam im Sinne hat – erhalten blieben. So entwickelten sich Freundschaften, Kulturen des Miteinanders (Derrida 2002), Konvivialität (Orth 2002; Petzold 2000h).

Kontakt, der durch *Berührung und Grenzerfahrung zugleich* gekennzeichnet ist, bietet die Chance zur **Angrenzung**, auf die offenbar vor allem *weibliche* Kontaktgestaltung zentriert. Sie sucht das Herstellen von Affiliationen (vgl. oben 8.1)¹⁵¹, d. h. von Nahraumverhältnissen für konviviales Geschehen. Das hat zweifellos mit der starken Ausrichtung von Frauen auf Situationen „intimer Kommunikation“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) zu tun, wie sie für Säuglingspflege, das Erziehen, Erheitern, Trösten von Kindern, die Pflege von Kranken und die Stütze von Alten sowie insgesamt in liebevollen Beziehungen kennzeichnend ist, denn das alles erfordert **zwischenleibliche Angrenzung**, Berührungsdialoge und -polyloge¹⁵² – die Familie am Schlafplatz zusammengekuschelt. Die Beruhigung von angstgeschüttelten Menschen und die Linderung bei schmerzgequälten Kranken verlangt den *dialogue tonique* – und wenn mehrere Kinder zu trösten sind, den *Polylog* auf der Ebene des Tonus¹⁵³, die tröstende Berührung. Angrenzung erlaubt auch die wechselseitige Identifizierung und das Entstehen von Persönlichkeit, persönlicher Identität (das dies schon bei sehr frühen Kulturen anzunehmen ist, habe ich in meiner Identitätstheorie ausgeführt¹⁵⁴).

Das männliche Paradigma der Beziehungsgestaltung und Identitätskonstitution läuft hingegen oft über konkurrenzierende **Abgrenzung** und zuweilen auch über **Ausgrenzung**. Wo solche Ausgrenzungen aus der Gemeinschaft drohen, entstanden und entstehen durch den Verlust von Gemeinschaftsgefühl und Zugehörigkeit für Menschen hohe Belastungen, die von Petzold (2000h) als „**affiliärer Stress**“ bezeichnet wurden.

Angrenzungsprozessen sind demnach zu kultivieren, will man in Gruppierungen, Gesellschaften Gemeinschaftsgefühl, starke Affiliationen und eine hohe **Konvivialität** erreichen. **Angrenzungsprozesse** müssen mit Engagement in unsere Alltagsbezüge, Arbeitswelten, in die Wissenschaft, den politischen Raum getragen werden, denn dort dominiert das **Abgrenzungsparadigma**. Das Feld der Psychotherapie ist davon nicht ausgenommen, ja gibt dafür besonders schwerwiegende Negativbeispiele, denn PsychotherapeutInnen vertreten eigentlich überwiegend eine „Beziehungsorientierung“, handeln aber oft in ganz anderer Weise, denn Psychotherapie hat eine überbordende und beschämende Geschichte der Ausgrenzungen und Exkommunikationen (Ferenczi, Rank, Reich, um nur die bekanntesten historischen Beispiele zu nennen, Manfred Pohlen und Tillmann Moser als Opfer jüngerer Kampagnen, vgl. Nagler 2003; Petzold 1996j, 1998e; 2002i; Hekerens 2005). Den drei „Richtlinienverfahren“ in Deutschland gelang es, alle anderen Verfahren der Psychotherapie mit einem unwissenschaftlichen und unwahrhaftigen Spiel um „wissenschaftliche Wirkungsnachweise“ auszugrenzen (die Psychoanalyse und die tiefenpsychologische Orientierung erbringen selbst die von ihnen gesetzten Maßstäbe nicht). So kann ein gutes Miteinander, für das Grawe (2005) in seinem letzten Interview erfreulicher Weise eingetreten ist (Petzold 2005q), nicht entstehen, können die *Konvivialitätsräume* sich nicht entwickeln, die wir für eine humane und patientenzentrierte Psychotherapie brauchen. Es fehlt an Gemeinschaftsgefühl und Gemeinsinn unter den PsychotherapeutInnen und ihrem „Schulen“. Indes: „*Psychotherapie muss einen gastlichen Raum bereit stellen, in dem man sich gerne niederlässt*“ (Petzold 1971, 2000a). Im diesem „therapeutischen Raum“ können dann Ruhe und Trost, Sicherheit und Freundlichkeit, Nähe und Vertrauen Platz haben und heilend

¹⁵¹ Petzold, Müller 2005

¹⁵² *Polylog*, weil sehr oft ja mehrere Kinder/Personen zusammen sind und Berührungskontakt haben.

¹⁵³ Ajuriaguerra 1962, 1970, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, Petzold 2004h

¹⁵⁴ Petzold 2001p

wirken, wenn die „Vertrauensfragen“¹⁵⁵ geklärt sind, denn es handelt sich bei ihnen um heilende, weil Hyperarousals beruhigende und Ängste auflösende Gefühle.

»**Konvivialität** ist ein Term zur Kennzeichnung eines „sozialen Klimas“ wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität, eines verbindlichen Engagements und Commitments für das Wohlergehen des Anderen, durch das sich alle ‘Bewohner’, ‘Gäste’ oder ‘Anrainer’ eines „Konvivialitätsraumes“ sicher und zuverlässig unterstützt fühlen können, weil *Affiliationen*, d.h. soziale Beziehungen oder Bindungen mit Nahraumcharakter und eine gemeinsame „social world“ mit geteilten „sozialen Repräsentationen“ entstanden sind, die ein „exchange learning/exchange helping“ ermöglichen. **Konvivialität** ist die Grundlage guter ‘naturwüchsiger Sozialbeziehungen’, wie man sie in Freundeskreisen, Nachbarschaft, ‘fundierter Kollegialität’, Selbsthilfegruppen findet, aber auch in ‘professionellen Sozialbeziehungen’, wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können.« (Petzold 1988t)

»**Konvivialität** ist das freudige, heitere Miteinander-Sein und Miteinander-Tun, der Antrieb, zusammen etwas zu unternehmen in der Erwartung eines guten Gelingens des gemeinsamen Unterfangens, über das man sich freuen, kann, das man feiern kann **Konvivialität** ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Miteinanders*, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der *Konvivialität* umfaßt Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine ‘*Konvivialität der Verschiedenheit*’ möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer *Zwischenleiblichkeit*, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammen sitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten *Gerechtigkeit* steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält.“ – „**Konvivialität als kordiales Miteinander** macht ‘gutes Leben’ möglich. Der ‘*eubios*’ aber ist für Menschen der Boden des *Sinnerlebens*. Er wird von dem integrativen „*Koexistenzaxiom*“: „*Sein ist Mitsein, Mensch ist man als Mitmensch*“ unterfangen« (Petzold 1988t).

Hinter diesem Konvivialitätskonzept findet sich die Idee und das Gefühl der *Menschenliebe*, eine Haltung der Menschenfreundlichkeit und der Hilfsbereitschaft, die einem universal gewordenen Gemeinschaftsgefühl entspringt, einem breit greifenden Gemeinsinn, der Solidarität *will* und bereit ist, einen *kritisch-selbskritisch geprüften Altruismus* zu praktizieren. Dieser ist gesundheitsfördernd, denn Helfen macht Freude, und gute, engagierte Hilfe zu erhalten macht dankbar und gibt Hoffnung. Die zuweilen ironisierenden Stigmatisierungen von Helfern – hilflosen natürlich, narzisstisch bedürftigen – in einer gewissen psychoanalytischen Literatur trifft *solchen Altruismus* nicht, denn *er ist heilsam und gesund*, wie die Altruismusforschung zeigt (Monroe 1996; Sober 1998; Zahn-Waxler et al. 1991). In ihm geht es nicht um das Agieren von Welterlösungsphantasien, sondern um konkretes Engagement, denn *Gemeinsinn* braucht Vernunft und Verstand, *Gemeinschaftsgefühl* erfordert Einsatz, *Menschenliebe* verlangt Hingabe – all dieses erfordert Arbeit an sich selbst und Arbeit miteinander. Dann können Therapien, können persönliche und professionelle Hilfeleistungen gelingen oder es kann ihr Scheitern ausgehalten werden – denn nicht alles ist machbar! Therapie bekräftigt dann *paradigmatisch* Konvivialität durch die Verwirklichung einer „**Kultur der Angrenzung**“ im *therapeutischen Raum*, die über die Therapiesituation hinaus in die Räume des Alltags getragen werden kann.

8.2.5 Freude am Lebendigen: Explorative Gefühle und Suchbewegungen - Neugier, Wissbegierde, Entdeckerfreude, Staunen, Poiesis, Gelingen – Dimensionen „warmer Kreativität“

Die Offenheit der Welt erleben können, den Freiraum zu spüren, der zu Suche, zum Erforschen und Entdecken einlädt und den Menschen Erkundungen, Explorationen unternehmen lässt, das sind Qualitäten von gesundem, spontanem, kreativen Verhalten, die wir bei jedem Kind, das nicht unter den Disziplinierungszwängen beschneidender Sozialisation verkümmert ist, finden. Besonders intensiv werden Menschen von der „*Freude am Lebendigen*“ angesprochen und berührt, Freude an der Schönheit von

¹⁵⁵ Die „Vertrauensfragen“ in der IT sind: 1. Habe ich Vertrauen in mich? – 2. Bin ich vertrauenswürdig? – 3. Haben die anderen Vertrauen in mich? 4. Sind die anderen vertrauenswürdig? — 5. Habe ich Vertrauen in die Anderen? – 6. Ist der Kontext (Team, Institution etc.) vertrauenswürdig? – 7. Was ist meine Geschichte mit Vertrauen?

Menschen, Tieren, Pflanzen, Landschaften, an den Bewegungen von Wasser und Wolken und dem Spiel des Lichts. Die Freude an Menschen als Lebendigen, an meiner Lebendigkeit, hat mich zu all meinen explorativen Erkundungen und zu meinem Engagement in der 'Menschenarbeit' motiviert, sie macht mich kreativ, eröffnet mit die Kokreativität mit anderen Lebewesen, macht mich reich“ (Petzold 1971k) – nicht zuletzt, weil die Qualität der Kokreativität ist, aus der diese Freude hervorgeht, eine „**warme Kreativität**“ ist, eine Qualität, die ich in der Integrativen Therapie mit meinen PatientInnen erfahren habe und als Konzept mit *Ilse Orth* und *Johanna Sieper* entwickeln konnte. Es liegt mir besonders am Herzen, weil hier das „Heilende des Schöpferischen“, die „Heilkraft der ästhetischen Erfahrung“ sich als Antidot für Klimata einer „kalten Kreativität“ erweist, die mit ihrer verdinglichenden, technizistischen, überreizten, hektischen ausschliesslich monetaristisch orientierten Qualität verdinglichend und entfremdend wirkt und sich damit im Sinne unserer „anthropologischen Krankheitslehre (Petzold, Schuch 1991) pathologiefördernd auswirken kann. In meinem Artikel „Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit kreativen Medien“ (Petzold, Sieper Integration und Kreation 1993, II, S. 568, 569. Schrieb ich

»In einer Zeit, in der die „simulated resp. virtual realities“ und die „artificial resp. virtual worlds“ mit der leibhaftig erlebten Wirklichkeit zunehmend in Konkurrenz zu treten beginnen durch neue, technische Medien wird ein solcher Ansatz zunehmend wichtig werden als Repräsentation einer anderen, einer „warmen Kreativität“. Mit ihrer Gegründetheit in Leiblichkeit und Intersubjektivität muss sie die Möglichkeiten der neuen technischen Kreativität unterfangen, damit diese menschlich bleibt....Gegen eine solche „kalte Kreativität lebensfeindlicher Technologie muss die „warme Kreativität“ für Menschen gestellt werden, die von **Herzenswärme** getragen ist. Kunst- und kreativitätstherapeutische Arbeit, die darauf gerichtet ist, solche Qualitäten zu fördern und zu erhalten, wird zu den Kräften gehören, die dazu beitragen, dass in unserer Zeit und in unserer Zukunft die Menschlichkeit nicht verloren geht.«

„Warme Kreativität“ ist der Mutterboden persönlicher und gemeinschaftlicher **Poiesis** eines Gestaltungswillens, einer Gestaltungskraft, durch die ich meine Persönlichkeit in meinem und mit meinem sozialen Konvoi gestalte, diesen Konvoi damit zugleich mitgestalte, indem ich der fundamentalen Antriebskraft der **explorativen Neugier** Raum gebe, damit sich Entdeckungen und Gestaltungen in *kokreativem Konflux* verbinden können. **Explorative Neugier** und **poietischer Gestaltungswille** als im Wesen der menschlichen Natur gründende Antriebskräfte werden in der Integrativen Anthropologie den Engführungen der *Freudschen* dualen Triebkonzeption an die Seite gestellt.

Schon Säuglinge, ja Föten im letzten Schwangerschaftstertial zeigen Explorationsverhalten. Suche nach Neuem ist ein evolutionsbiologisch höchst sinnvolles Überlebensprogramm und für die Hominiden durchaus nicht nur auf die „Suche im Jagdrevier“ beschränkt sondern auch auf *mentale* Explorationen für die *Neugierde*, *Wissbegierde*, *Entdeckerfreude* starke, motivierende Kräfte sind, ein „**explorativer Impetus**“, der Zielsuche, Zielstrebigkeit als Streben nach Zielrealisierung in Gang setzt und auf *Erfolg* ausrichtet. Das ist das explorative Programm des „*homo migrans*“ (Petzold 2005t). Das *Staunen* über Gefundenes und die Befriedigung über Erreichtes, das Glückserleben beim *Gelingen* durch „dopaminerge Belohnungen“ (Spitzer 2002; Sieper, Petzold 2002) sind wichtige Momente für das „**Suchnarrativ**“ des Menschen, seinen grundsätzlichen Antrieb zum Suchen „*nach allen Seiten* und in vielfältigen Ebenen und Bereichen“, der einen deutlichen Selektionsvorteil gegenüber der eingeschränkteren Explorationsradien anderer höherer Säuger einschließlich anderer Primaten darstellt. Deshalb ist die Förderung dieses bei allen Menschen stark disponierten *Narrativs* durch die Ermöglichung und Bekräftigung von Suchverhalten in Kindheit und Jugend – und dann über gesamte Lebensspanne hin – von größter Bedeutung, da dadurch die explorativen Fähigkeiten vertiefend gebahnt werden. Aufgrund der permanenten Lernmöglichkeiten bis ins Senium und der lebenslangen Neuroplastizität ist es wesentlich, das auch im Erwachsenenalter und Alter Frei- und Spielräume für das exploratives Verhalten offen bleiben, um das **Suchnarrativ** aktiv zu halten, denn auch hier gilt: „Use it or loose it“. Oft kommt es zu einem Abbau des explorativen Impetus, von Neugier und Entdeckerfreude, wenn keine Möglichkeiten zu „life long learning“ geboten, Expansionsmöglichkeiten beschnitten werden, wie das vielfach bei älteren Menschen aus benachteiligten Schichten der Fall ist, womit durch den Abbau von kreativen Suchbewegungen letztlich auch intellektuelle, emotionale und soziale Fähigkeiten verloren werden können, die poietischen Selbstgestaltungsimpulse absterben.

Das Fehlen lebendiger, explorativer Offenheit, eines Wagemutes, Grenzen zu überschreiten und in Neuland vorzustoßen, zu unbekanntem Ufern aufzubrechen, neue Wege zu beschreiten, sich zu gestalten in persönlicher Poiesis ist als eine gravierende Einschränkung zu betrachten, der durchaus Krankheitswert zukommen kann. Bei den meisten psychischen Störungen finden wir Einschränkungen der explorativen Suchdynamik und der poietischen Arbeit an sich selbst. Der Zwangsgestörte hat sein Suchverhalten

beschnitten, er ist perseverierend fixiert auf immer gleiche Muster, ohne offenen Raum und in einer schmerzhaften Gradlinigkeit ohne Abweichungsmöglichkeiten. Das Spektrum von „Flexibilität und Linie“, das vitale und gesunde Lebensläufe kennzeichnet, ist ihm verwehrt. Deshalb muss ihm die „mäandrierende Suchbewegung“ (wieder) erschlossen werden. Ein Fluß der sich seinen Weg suchen *will* (Petzold, Siper 2007c, Petzold, Orth 2007), die besten Möglichkeiten des Geländes nutzend, ohne indes die Richtung zu verlieren, ist eine gute Metapher für mentale Übungen und reales Einüben von explorativem Verhalten im Lebensalltag. Der muß zum „Projekt flexibler Gestaltung“ werden, genauso wie sich der zwangsgestörte Patient „zum Projekt machen“ muss, um ein Mensch zu werden, der auf das Leben neugierig wird und es in einer Haltung der Entdeckerfreude zu leben beginnt. In der depressiven Störung ist der Antrieb geschwächt, Suchbewegungen in Angriff zu nehmen. Eine öde Interessenlosigkeit, resignative Lähmung, Hoffnungslosigkeit hat alle explorative Energie absorbiert. Auch hier werden in der Therapie konkrete Projekte geplant und – durch mentale Übung vorbereitet – auch *in vivo* umgesetzt. In der „Integrativen Lauftherapie“ zum Beispiel, deren gute Wirksamkeit bei depressiven Störungen nachgewiesen ist (van der Mai, Petzold, Bosscher 1997, Petzold; Sieper 2007c), geht es ja nicht nur um ein cardiovasculopulmonäres Training, um Konditionsaufbau, sondern auch um eine grundsätzliche Mobilisierung, um „creative running“, bei dem im Waldlauf das Gelände entdeckt wird, Neugier auf die Strecke geweckt wird, Techniken des *Orientierungslaufens* aus dem Outdoorsport eingesetzt werden, um Entdeckerfreude zu stimulieren. Laufen mit „Neugierdemimik“, „Pausen des Staunens“ – an schönen oder interessanten Stellen wird angehalten und bewusst die „Mimik des Staunens“ aufgesetzt – nutzen die Bottom-up-Strategie (from muscle to mind) des „emotings“ (Petzold 1995g) aus den nonverbalen neuromotorischen Techniken der Integrativen Therapie (idem 2004h). Depressive Menschen haben oft das Staunen verloren und die damit verbundenen Gefühle der Überraschung, Verwunderung, Bewunderung, Beglückung, Freude über Gelingen kommen nicht auf. Das alles ist so selten geworden, dass die damit verbundenen neuronalen Muster und Bahnungen schwach werden und erneutes Reinforcement notwendig wird oder ein neuer Aufbau *assertiver* Muster (*mentales assertiveness training, behaviourdrama*, Petzold 1977f), eine Förderung von *Neubahnungen* von explorativem Suchverhalten erfolgen muss. Auch bei Angststörungen sind die Suchimpulse regelhaft eingeschränkt (Agoraphobien verhindern Wegsuche, soziale Ängste blockieren gemeinsame Wege) oder sie sind vereinseitigt – man sucht Schutz. Im defensiven „Rückzug aus Furcht“ wird auf Wege der Flucht zentriert, offensive Vorwärtsbewegungen werden verhindert und werden nach und nach immer schwächer. Hier gilt es alternatives Erleben zu ermöglichen, Versicherung zu geben, den „Konvoi“ (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004) zu aktivieren und zu stärken, damit durch gemeinsame Initiativen Neugierde aufkommen und „anstecken“ kann, exploratives Verhalten sich über „Spiegelneurone“ (Stamenov, Gallese 2002; Petzold 2002j) synchronisieren kann etc. Bei PatientInnen mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung sind Neugierde und Suchverhalten in den depressiven Stimmungslagen in ähnlicher Weise beeinträchtigt, wie dies schon für die depressiven Störungen berichtet wurde. Die häufigen, starken Stimmungsschwankungen führen aber immer wieder in ein chaotisches, zielverwirrtes Suchverhalten, zu überschiessenden, riskanten Suchmanövern, bei denen PatientInnen Verletzungs- und Unfallgefahr oft nicht richtig einschätzen und auf diese Weise sich selbst und andere gefährden können. Die explorative Neugier wird rastlos, das Suchen hektisch. Erfolge können nicht positiv gewertet werden. Staunen und Gefühle der Befriedigung kommen nicht auf oder sind nicht *nachhaltig*. Damit werden die Möglichkeiten einer systematischen Suche (die immer auch „Selbstsuche“ einbezieht), das „Ankommen“ (für einige Zeit zumindest, bis dass ein neuer Aufbruch sinnvoll ist) stark eingeschränkt und ggf. verunmöglicht. Dem „**Suchnarrativ**“, dem explorativen Impetus und den damit verbunden motivierenden Gefühlen (Neugierde, Entdeckerfreude, Erfolg/Gelingen) und dem „**Gestaltungsnarrativ**“, dem poetischen Impetus von Menschen, an sich zu arbeiten, aus sich etwas zu machen und dem daraus resultierenden Erleben und Fühlen der Selbstwirksamkeit, der Freude an sich Selbst, der „philautie“ der Zuneigung zu sich selbst (die oft ignorant als Narzissmus stigmatisiert wird) sind bislang in der Psychotherapie zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden, denn mit dem Etikett „Antriebslosigkeit“ (als Symptom von Depression etwa) ist das klinische Phänomen überhaupt nicht richtig erfasst. Erfolgreiche Behandlung mit SRIs führt keineswegs zur Restitution komplexer Muster des Suchen und Gestaltens im sozialen oder beruflichen Bereich, wenn sie erst einmal durch die Erkrankung verloren gegangen sind. Vielmehr müssen psychotherapeutische, sozio- und kreativtherapeutische sowie agogische Maßnahmen zum Einsatz kommen, um die lebensbereichernden (*enrichment*), horizonterweiternden (*enlargement*) und selbstwirksamkeitsfördernden (*empowerment*) Qualitäten des explorativen Suchverhaltens, seiner emotionalen Lagen und sozialen Aktivitäten wieder aufzubauen.

8.2.6 Sexualität und Gender – das Erleben und Gefühl einer sinnlichen Identität

Therapeutische Verfahren müssen darum bemüht sein, ihre Positionen zu den Themen „Sexualität“ und Frau-sein und Mann-sein sowie der Beziehungen zwischen den Geschlechtern und ihrer soziokulturellen Genderrealität zu klären – ein weites Thema, zu dem hier nur einige Kernpositionen aufgezeigt werden können. Im Integrativen Ansatz wird „*Sexualität als Bündel biologischer Funktionen in je geschlechtsspezifischer und kulturbestimmter Ausformung gesehen*“ (Petzold 1970c), einerseits zentriert auf Gender als der soziokulturellen Dimension des biologischen Geschlechts, zum anderen unter Beziehung empirisch-biologischer Erkenntnisse (Petzold, Sieper 1998). Dabei steht im Zentrum für die therapeutisch Arbeit die *erlebte sinnliche Realität* des Mann- und Frau-Seins in den verschiedensten Ausdrucksformen, Schattierungen, Möglichkeiten, die das persönliche Identitätserleben und Identitätsgefühl bestimmen und uns in unserem personalen Sein Dimensionen von ungeheurer Tiefe und Intensität erschließen, Herzensgefühle wie *Liebe, Lust, Leid, Glück und Verzweiflung*. Sie haben die Menschheitsgeschichte oft in wesentlicher Weise beeinflusst haben und sie bestimmen das Leben jedes einzelnen Menschen in existentieller Weise. Es können und sollen hier nur einige Aspekte dieses bedeutsamen Themenkomplexes angesprochen werden und es ist an anderer Stelle auf diese Thematik zurückzukommen, denn ihr kann sich niemand entziehen und jeder Theapeut, jede Therapeutin muss in ihrer Auseinandersetzung mit sich selbst hier Positionen finden.

Sexualität hat sich wahrscheinlich im Neoproterozoikum vor ca. 600 Millionen Jahren entwickelt. Von dort bis zur Ausbildung eines durch Hormone gesteuerten Systems zum Austausch von Erbinformationen im geschlechtlichen Verkehr bei den höheren Säugern war es ein langer Weg, auf dem Sexualität bei vielen Gruppentieren, spezifisch aber bei den Primaten, in soziale Strukturen eingebunden wurde und soziale Funktionen gewann, wie sich besonders beim gemeinen Schimpansen (*Pan troglodytes*, vgl. Goodall 1991; Goodall, Peterson 1994; Geissmann 2002) und mehr noch beim Bonobo oder Zwergschimpansen (*Pan paniscus*, vgl. de Waals 1998; Savage-Rubaug, Lewin 1995) feststellen lässt. Die Auseinandersetzung mit der Sexualität der Bonobos, unseren nächsten Verwandten (Kemp 2005; Paul 1998; Fouts, Mills 1998), die vom oralen Sex bis zur Homosexualität ein äußerst breites Spektrum an Sexualpraktiken haben, und mit ihren Familienverhältnissen (de Waal 2004) wirft durchaus Licht auf die menschliche Sexualität – etwa auf ihre Polymorphie oder die Unterschiedlichkeit männlicher und weiblicher Sexualität -, die bei aller verwandschaftlichen Nähe zu unseren „Cousins“, mit denen wir 98,6% genetischer Übereinstimmung haben, jedoch viele Besonderheiten hat wie z. B. entschiedene Verantwortung der Partner füreinander, Scham (Sexualscham findet sich im Tierreich nicht), Gender-Idealbilder und damit spezifisches, normativ bestimmtes Wahlverhalten usw. Herausragend ist die Breite kulturbestimmter Sexualvorstellungen und Verhaltensweisen, wie es sich in historischer, kunstgeschichtlicher und ethnologischer Betrachtung darstellt (Aries 1995; Bataille 1978, 1994; Eder 2002; Morris 2004). Der „nackte Affe“ und seine Sexualität (Morris 1968, 1982) kann seine Herkunft aus der Primatenfamilie nicht verleugnen und sollte - über dieses Herkommen informiert – seine Sexualität, ja sein Verhalten insgesamt reflektieren (Buss 2004; Kennair 2003).

Im Unterschied zu *Freuds* (pan)sexualistischen Konzeptualisierungen und seinem dualen Triebkonzept – entwickelt im Rekurs auf einen diffusen Biologismus – sieht die Integrative Therapie Sexualität als einen bedeutenden Antrieb (im Sinne einer Grundmotivation) im Kontext eines Konzeptes differentieller Antriebe als biologischen Dispositiven bzw. Narrativen, die sich im jeweiligen sozio-kulturellen Kontext aktualisieren. Ein *Narrativ* ist eben kein Trieb, sondern ein *evolutionäres Programm*, das aus der Interaktion eines Organismus' mit seinem Umfeld und den dort vorfindlichen Bedingungen, Lebewesen, vor allem Artgenossen hervorgegangen ist und – wird es getriggert bzw. durch Genexpressionen „aufgeschaltet“ – Verhalten hervorruft und steuert. Narrative sind deshalb grundsätzlich interaktional begründet. Damit treten wir aus der Einseitigkeit des *Freudschen* Diskurses zu den Themen Trieb und Sexualität heraus – der wie der Diskurs von *Wilhelm Reich* für uns nurmehr eine historische Bedeutung hat. Sexualität wird als *Humansexualität* betrachtet, die in lebenslangen Entwicklungs- und Veränderungsprozessen steht und von *biologischen, anthropologischen, psychologischen, soziokulturellen, ethischen und ästhetischen Dimensionen bestimmt ist*. Sie wird in dieser Differenzierung als *eine zentrale Dimension der Hominität*,

des Menschenwesens „als Mann und Frau“ aufgefasst. Humansexualität steht damit im Rahmen der „anthropologischen Grundformel“ (Petzold 1965, 2003e). „Der Mensch, Mann und Frau, ist Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Umfeld“. Im „Du-Ich-Wir“ in Kontext und Kontinuum gewinnt er seine Persönlichkeit und Identität in wechselseitiger Empathie, in Begegnung und Auseinandersetzung, im Aushandeln von Grenzen. Der biologische – genetische und neurowissenschaftliche - Befund zeigt uns: Männer und Frauen sind verschieden, „vom ersten Tag an anders“ (Baron-Cohen 2003; Bischof-Köhler 2002), nicht nur bezogen auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale, sondern bis in die *physiologischen* Grundlagen und von diesen bestimmt, nicht zuletzt bis das *psychische* Erleben (neben den kulturellen Determinanten). Bei allernprinzipiellen Gemeinsamkeiten ist also Verschiedenheit von kardinaler Bedeutung. Blickt man dann in die psychotherapeutische Theorienbildung, die psychologische und psychiatrische Diagnostik (DSM, ICD), das ist das fast völlige Fehlen geschlechts- und genderspezifischer Parameter in Diagnose und in Therapie geradezu ein Skandal, denn auch in ihrem Krankheitsgeschehen sind Männer und Frauen in vieler Hinsicht verschieden und bedürften unterschiedlich therapeutischer Massnahmen.

Die Biologie ist eine Realität und die Kultur ist eine Realität, beide bestimmen die Sexualität und das Verhalten der Geschlechter in kardinaler Weise. Die biologische Funktionalität des „*coire*“ der beiden Geschlechter ist als Mittel der Arterhaltung, der Weitergabe des genetischen Potentials zu sehen, ganz in *Darwinischer* Tradition, allerdings in einer modernen Form evolutionären Denkens (Mysterud 2003), dem wir uns zuordnen. Positioniert zwischen Mayr (2005) und Gould (2002) und mit Bezug auf K. Lorenz (1965, 1978) und die neuere Evolutionspsychologie (Buss 1999, Kenair 2004) vertreten wir allerdings nicht eine biologisch-reduktionistische Sicht, sondern auch einen evolutionären Kulturalismus (Richerson, Boyd 2005). Die Entwicklung *geschlechtlicher Liebe als zwischenmenschlicher Qualität*, die in der *intersubjektiver Zwischenleiblichkeit* (Marcel 1985) die biologische Funktion übersteigt (Fromm 1971) - in der Humankultur hat sie Menschen in der Volksmusik (Müller, Petzold 1998) zu Liebesliedern und in der grossen Kunst zu ihren bedeutendsten Werken inspiriert, ja sie geradezu in dieser *Verschränkung von Natur und Kultur* hervorgebracht – Kultur betrachten wir gleichfalls als ein Produkt der Evolution, die ja auch die „Mutter/der Vater“ aller „höheren Funktionen“ (Vygotskij 1992) des menschlichen Wesens und der ganzen Vielfalt der Formen menschlicher Kultur zu sehen ist (Richerson, Boyd 2005). Überleben wird ja in zentraler Weise durch die Generierung und Weitergabe von kulturellem Wissen an die in der Geschlechtlichkeit gezeugten und in elterlicher Liebe aufgezogenen und durch Erziehung und Bildung für das Leben ausgerüsteten Kinder gesichert. Mit dem Blick auf all diese Perspektiven werden auch ethische und ästhetische Dimensionen der Geschlechtlichkeit sichtbar, die wiederum die Verschränkung biologischer *und* kultureller Funktionen zeigen – beide sind lebens-überlebenssichernd. Aus der geschlechtlichen Liebe sind wesentliche Qualitäten liebevoller Intersubjektivität hervorgegangen, die Affiliationsprozesse mit verantworteter Fürsorge ausstattete und im Kulturationsgeschehen also auch ethisch unterfangen hat (Petzold 2003c). *Ethos* in der Bedeutung der durch sittliche Werte geprägten Gesinnung, das die Gesamthaltung und das geregelte Verhalten bestimmt, wird gewonnen in Bewusstseinsarbeit, Reflexivität und Diskursivität. Ethische Motive bestimmen denn auch nicht nur das liebevolle und verantwortliche Verhalten der Geschlechter zueinander, sondern auch den Bezug zu ihren Kindern. Geschlechtliche Beziehung als intimste Form personaler *Zwischenleiblichkeit* in basaler, intersubjektiver Gemeinschaft (G. Marcel) trotz letztendlicher Verschiedenheit und Anderheit des nächsten Menschen (E. Levinas, T. Adorno) begründet das Paradigma der Affiliation (Petzold, Müller 2005). In der Sexualität findet sich das Streben des begehrenden *Körpers*, der sein biologisches Programm zu realisieren trachtet, dieses aber in den Möglichkeiten menschlicher *Leiblichkeit* bzw. *Zwischenleiblichkeit* (Petzold 1985g) zu verwirklichen vermag. Es finden sich aber immer wieder auch Formen basaler sexueller Funktionslust, in der Interpersonalität keine grosse Rolle spielt - auch sie gehört in das Spektrum gängigen menschlichen Sexualverhaltens – und es findet sich kruder Sex, der in die Verrohung und die sexuelle Grausamkeit, in Missbrauch und Misshandlung, Devianz pervertiert. Und hier müssen die kulturellen und sozialen Normsysteme greifen, für deren Fundierung Sexualmedizin, Sexualforschung und eine moderne ethiktheoretische Reflexion unverzichtbar sind. Menschliche Sexualität kann in *Personalität* bzw. Interpersonalität auf dem jeweiligen kulturellem Boden – diesen immer wieder übersteigend - verwirklicht und gestaltet werden. Und genau in dieser Doppelrealität liegt das Wesen von „*Hominität*“¹⁵⁶ *als zweigeschlechtlicher*.

¹⁵⁶ Vgl. die Definitionen von Hominität 1.1.1

Geschlechtliche Beziehung und Liebe erweist sich damit in *eminenter* Weise als Entwicklungs- und Gestaltungsaufgabe auf der Ebene der individuellen Persönlichkeit, der Ebene der gemeinschaftlichen Paargestalt, der familialen Kultur und der Beziehungs-Erziehungsarbeit. Sexualität wird damit nicht nur als Movens der Prokreation, sondern interpersonaler Kokreation gesehen.

Die biologisch duale Sexualstruktur der Humanprimaten war und ist *Entwicklungsaufgabe* in den Prozessen der Kulturation in die Richtung vielfältiger, interpersonaler Geschlechtlichkeit, die durchaus dieses Beziehungsgeschehen in verschiedenen Formen adulten Geschlechts- und Beziehungslebens verwirklichen kann (auch in der Gleichgeschlechtlichkeit, und auch darin zeigt sich: sie ist nicht nur biologisches Programm, auch wenn sie nie ohne die biologische Grundlage geschlechtlicher Leiblichkeit ist, *Petzold* 1984). Sexualität entwickelt sich über die Lebensspanne und wird lebenslang sozialisiert und enkulturiert. Das Verstehen dieser biopsychosozialen Entwicklungsprozesse kann aber heute nicht mehr an die psychoanalytischen Mytheme zu einer psychosexuellen Entwicklung gebunden werden, sondern gründet für die Integrative Therapie auf den Ergebnissen psychoneurobiologischer Entwicklungsforschung und empirischer Sozialisationsforschung in genderspezifischer Ausrichtung (*Bischof-Köhler* 2002; *Bußmann, Hof* 2005), auf der Sexualmedizin, Sexualkunde und Sexualforschung (*Dannecker, Reiche* 2000; *Haelberle* 2003, 2005; *Sigusch* 2005a, b). Nur so kann eine umfassende und ideologiearme Sicht von Sexualität und sinnlicher Interpersonalität gewonnen werden, wie sie für die Psychotherapie erforderlich ist, die Männer und Frauen in ihrer jeweiligen biologischen Realität *und* ihrer genderspezifischen Situation verstehen muss (*Enderwitz* 1999) – *Butler* (1991) stellt sich gegen die Unterscheidung von *sex* und *gender* und vertritt die Auffassung, dass auch das biologische Geschlecht durch materialisierende Akte von Sprache entstehe. Wir halten es indes für notwendig, mit dieser doppelten Optik von Natur und Kultur zu schauen und auch Sexualität im Rahme der Gestaltung von Paardynamik und mit ihren Ausfaltungen ins familiale Leben zu begreifen (wir sehen *Dyaden* immer als Teil von *Polyaden*). Psychotherapie muss, so die integrative Position, auch in einer dyadischen Situation immer eine auf die *Polyaden* des sozialen Netzwerkes bzw. Konvois (*Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004) zielende Behandlung betreiben. Die nächsten Menschen eines Patienten/einer Patientin müssen im Blick sein. Damit können Sexualität und die mit ihr verbundenen Themen wie Liebe, Zärtlichkeit, Herzensbeziehung, Treue nicht ausgeblendet werden und zwar nicht nur unter der Perspektive möglicher Pathologie sondern unter den Perspektiven von Gesundheit, Kreativität und persönlichem und interpersonalem Wachstum. Die Gestaltungs- und Selbstgestaltungsmöglichkeiten, die Menschen mit ihrer Sexualität haben sind – allen durchaus vorhandenen Festlegungen und Prägungsmomenten zum Trotz – offen, von der generellen Plastizität der Menschennatur und ihres Gehirns gekennzeichnet (man denke an das Thema Sexualität im Alter, vgl. *Fooker* 2005). Das wird durch die Verschiedenheit der Sexualkulturen durch die Jahrtausende und quer durch die Völkerschaften belegt, durch die Vielfalt der Interpretationen, Philosophien, Ethiken, künstlerischen Gestaltungen der Sexualität. Die traditionelle Psychotherapie tendiert hier zu Vereinseitigungen, zu fixierenden, z. T. zu „schlechten Ideologien“ (*Orth, Petzold, Sieper* 1995), zu platten Biologismen und zu einem Negieren der Genderforschung und der feministischen Beiträge zu diesem Themenkreis, die indes aufgrund ihrer Analysen von *Machtdiskursen* zwischen den Geschlechtern unverzichtbar sind. Der Integrative Ansatz hat in dieser Frage, wie die zu Eingang dieses Abschnitts zitierte und früh formulierte Grundsatzaussage zeigt, stets eine biologische **und** kulturalistische Position vertreten.

Wir haben mit guten Gründen immer davon Abstand genommen, uns auf eine enge sexualethische Position einzugrenzen. Sie würde der Vielfalt menschlicher Sexualität nicht gerecht. Wir haben auch nie den Versuch gemacht, eine spezifische Sexualtheorie auszuarbeiten, wie das *Reich* und *Freud* – weitgehend ohne Anschluss an den Stand der Wissenschaft (er war damals ohnehin rudimentär) getan haben oder wie es die frühen feministischen Theoretikerinnen unternommen hatten – ein notwendiges politisches Unterfangen, weniger ein wissenschaftliches. In der Frage der Gendermacht muss man sich politisch positionieren. Man muss sich auch, aufgaben- und bereichsspezifisch wissenschaftlich mit dem Genderthema und damit verbunden (aber nicht darauf begenzt) mit dem Thema der Sexualität in sozialtherapeutischer und klinisch-psychotherapeutischer Hinsicht befassen (vgl. aus integrativer Sicht *Orth* 2002; *Petzold* 1998h, *Petzold, Sieper* 1998; *Vogel* 1994; *Sanders* 1998, 2000; *Spilles, Weidig* 2004). Wir wollten indes keine weitere spekulative Ideologie zu diesem Thema „auf den Markt“ bringen. Die Grenzen werden bei dieser Thematik leicht unscharf, wie die aus Kontext des Integrativen Ansatz hervorgegangene „Integrative Paartherapie und Paarsynthese“ zeigt, die *Michael Coellen* (1984, 2005) mit vielen nützlichen Ansätzen entwickelte, welche aber in ihrer Anthropologie das „Paar“ zur Grundlage des Menschseins macht (idem 1989).

Wir brauchen in dieser Thematik von Sexualität, von Mannsein und Frausein, solide Forschungen und forschungsgestützte Theorien zu den Fragen, die Geschlecht und Gender betreffen, und wir brauchen dabei immer auch die personale Auslotung, die Exploration unserer personalen Tiefe und die interpersonale, intersubjektive Auslotung dieser Thematik auf der Tiefendimension unserer Beziehungen, denn dieses Thema lässt sich nicht nur wissenschaftlich und forschungsbasiert bearbeiten, sondern hat einen existenzielle Qualität für jeden Menschen, die nicht ausgeblendet werden darf.

In der weltanschaulichen Auslegung der wissenschaftlichen Fakten kommt ohnehin und unvermeidbar Ideologie ins Spiel und da ist ein Spektrum von Auffassungen möglich und notwendig sowie – damit verbunden – eine in besonnener Reflexion und Metareflexion begründete Auswahl, denn es gibt hier ja durchaus problematische und diskussionsbedürftige Theoriepositionen, wie sie sich etwa bei *S. Freud*, *M. Klein*, *W. Reich* finden und die – dogmatisch vertreten – Schaden anrichten können und Schäden angerichtet haben (*Meyer 2005; Petzold, Leitner 2009*). Integrative TherapeutInnen haben sich hier unter den ReferenztheoretikerInnen des Ansatzes an einem *Spektrum von Positionen* orientieren können: mit *Gabriel Marcel* an einem durchaus wertekonservativen Protagonisten für dieses Thema und mit *Michel Foucault* an einem höchst liberalen Sexualtheoretiker sowie mit *Simone de Beauvoir* (1943, 1947) und *Judith Butler* (1991, 1993) an Protagonistinnen des feministischen Diskurses – alle vier sind EthikerInnen! (*Dauk 1989; Petzold 2004e, f*). Jede integrative Therapeutin und jeder Therapeut dieses Verfahrens muss sich in der persönlichen Auseinandersetzung mit diesen Positionen (und die können sich natürlich vermehren) und in *kollegialer Ko-respondenz* um eine *eigene Position* bemühen. Diese müssten im Sinne *Derridas* (1986) Positionsbegriffs – als Thema mit dem man immer wieder zu Gange ist - so flexibel gehalten werden, dass sie für die Erfordernisse des jeweiligen KlientInnen zuges passt werden können, damit eine „gute“ Passung möglich wird, man den PatientInnen und KlientInnen „gerecht“ wird (*Petzold 2003i, 2006n*) und ihre **Integrität** bei diesem so vitalen und existentiellen und zugleich delikaten Thema respektiert und sie nicht verletzt oder beschädigt.

8.2.7 Integrität als Anliegen, Hoffnung und Zielsetzung

Jedes der bislang dargestellten Anliegen und die mit ihnen verbundenen Konzepte Begriffe muss dynamisch, kontextbezogen konstituiert, ko-respondierend ausgelotet, kokreativ mit Sinn und Bedeutung angereichert und dabei mit anderen werthaltigen Begriffen *konnektiviert* werden, um ggf. Ergänzungen oder Korrekturen zu erfahren. Eine rein historische Rekonstruktion ohne Bezug zum begrifflichen Feld oder eine rein theoretische Bestimmung kann nur Perspektiven oder untergründige **Diskurse** (*Foucault*) offen legen, was durchaus wichtig sein kann, nicht aber vollumfänglich explikativ werden. Ohne Bezug zur praktischen Aufgabe, der Gefordertheit der Lage, in der ein Konzept eingesetzt werden soll, fehlt die Dimension des Konkreten, der „Sitz im Leben“, der immer wieder gesucht und gefunden werden muss, sollen die Konzepte der Integrativen Therapie nicht zu blutleeren Abstraktionen werden, die für das Leben von Menschen und zur Melioration von Situationen (*Petzold 2009d*) keine substantiellen Beiträge leisten können.

Beispielhaft sei das Konzept der „**Integrität**“ herausgegriffen, das mit jedem der voranstehend ausgeführten Anliegen und Kernkonzepten, die uns „am Herzen liegen“, wesentliche Bezüge hat.

Der Begriff **Integrität** wird von lat. *integer* abgeleitet und meist mit der Bedeutung *heil, ganz, unversehrt* aber auch *unbescholten, unbestechlich* wiedergegeben, in veralteter Bedeutung auch mit „*neu, sauber, unbeschädigt*“ (vgl. *Duden, Fremdwörterbuch 2005*).

Der Begriff ist aber vielschichtiger¹⁵⁷ und muss in seiner Herleitung von *integrare*¹⁵⁸ „wiederherstellen“, aber auch „erneuern“, kontextualisiert betrachtet werden. In der Integrativen Therapie als Heilverfahren wurde er schwerpunktmässig in die medizingeschichtliche Tradition gestellt mit dem „ersten und zweiten Weg der Heilung und Förderung“ (Einsichts- und emotionale Differenzierungsarbeit) zugleich aber auch in einen mit dem „zweiten und dritten Weg“ (Erlebnisbereicherung, Solidaritätserfahrung) in einen gesundheitsfördernden und sozialmelioristischen Diskurs (*Petzold 1988n; 2003a, 984ff; Petzold, Orth, Sieper 2006*). In der Tradition der Heilkunde bedeutete schon in der Antike die „*restitutio in sano*“, die Besserung/Meliorisierung und letztlich Wiederherstellung (so sie denn möglich ist) eines vorgängigen

¹⁵⁷ 1. unversehrt, unverletzt, unbeschädigt, unverwundet; 2. unverletzlich, unantastbar; 3. frisch; unvermischt, rein; 4. ungeschwächt, bei voller Kraft, frisch, gesund; 5. unvermindert, ungeschmälert, unverkürzt, ungeschwächt, unverändert, vollständig, noch ganz voll; 6. noch unerledigt, unentschieden; 7. geistig gesund, vernünftig, vorurteilsfrei, unbefangen, leidenschaftslos, unparteiisch; 8. *moralisch* unverdorben, unbescholten, sittenrein, lauter, unschuldig, *bsd.* unbestechlich, uneigennützig. - Langenscheid e-Wörterbuch..

¹⁵⁸ 1. wiederherstellen; 2. ergänzen; 3. geistig auffrischen; 4. erneuern, wieder aufnehmen (ibid.)

„Zustandes“ von Gesundheit nach einer Beschädigung. Das abgetrennte Bein hingegen bleibt verloren. Die Restitution *in sano* ist *nicht* möglich. Wohl aber kann eine „*resitutio ad integrum*“ als Wiederherstellung oder als Neugewinn einer „Integrität“ angestrebt oder gewonnen werden. Das richtungsgebende „*ad*“ weist die Prozessualität und Horizonthaftigkeit solcher Integrität aus, und das heraklische Grundverständnis, nach dem man „niemals in den gleichen Fluss steigt“ (*Heraklit* fr. 12), die Zeittheorie *Bergsons* (1920, 1921), der physikalische Zeitpfeil (*Hawking* 1988), die die zeittheoretische Sicht des Integrativen Ansatzes bestimmen (*Petzold* 1991o), machen klar, dass die „*resitutio*“ von uns nicht als „Wiedereinsetzung in den früheren Stand“, nicht als „Restauration“ gesehen wird, sondern als die „Wiederherstellung eines Vorigen und zugleich Neuen“ oder die Wiederaufrichtung eines gänzlich Neuen, etwa im Sinne einer „*resitutio urbis in maius*, Wiederaufbau und Vergrößerung der Stadt“ nach einer Beschädigung durch Krieg oder Beben. Das erfolgreiche Durchlaufen und Überwinden einer Krise führt uns nie in den Stand des Vorgängigen (das Scheitern an ihr ohnehin nicht, so die Integrative Krisentheorie *Petzold* 1982r, 1993g), sondern in ein Neues, das die Qualität der „Frische“ (*integer* Bedeutung 3, 4) hat. In der Psychotherapie aller Schulen ist die Idee der „Frische“ völlig ausgeblendet. Frische als Innovationsqualität und natürlich als Lebensgefühl ist für die integrativtherapeutische Arbeit zentral, die Abwesenheit dieses Lebensgefühls ist oft Krankheitszeichen (*Petzold* 2005r), das Fehlen dieser Innovationsqualität bedeutet Sagnation. Integrität, das sollte deutlich geworden sein, ist also ein Begriff, dessen Auslotung fruchtbare Vielfältigkeit eröffnet. Diese finden sich schon in der lateinischen Herkunftssprache und erschließt sich auch in seinem modernen Gebrauch.

Wie gesagt, alle Konzepte/Begriffe müssen, wenn sie im Integrativen Ansatz gebraucht werden in ähnlicher Weise bestimmt werden, sie müssen durch eine Hermeneutik, denn sie tragen keinen standardisierten **Sinn**. Die Integrative Sinn-Theorie (*Petzold, Orth* 2005a) spricht deshalb mit einem im Deutschen irregulären Plural von „Sinnen“, Sinnmöglichkeiten. Integrität hat demnach Sinn, hat *Sinne*, muss vielfältig betrachtet werden.

Und das gilt im Integrativen Ansatz für alle Leit-Begriffe (wie Intersubjektivität, Konvivialität, Integration/Differenz, Macht, Freiheit etc. etc.). Sie sollten *mehrperspektivisch* expliziert werden. Dabei müssen sie zunächst einmal regelhaft auf einer *Ebene subjektiv-persönlicher Bedeutungsgebung und Wertung* bestimmt werden. Diese betrifft bei „Integrität“ zumeist das persönliche Integritätserleben, das **Integritätsgefühl**, etwa positiv als „Identitätsgewissheit“ (idem 2001p) oder negativ als Angst vor Verletzung dieses Erlebens, stärker noch als Furcht vor der Beschädigung seiner Grundlage: des lebendigen, verletzbaren Leibes und Extrem im Erleben von Verletzungen und Schädigungen. (Die erlebte Bedrohung und Beschädigung solcher Integrität ist bekanntlich eines der wesentlichsten Risiken, die in der Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen von ICD-10/DSM-IV erhoben werden, vgl. *Petzold, Wolff et al.* 2000; idem 2001m).

„Integrität“ muss aber auch kollektiv bestimmt werden mit der Frage nach kollektiven Integritätskriterien: Was ist uns so wichtig und schützenswert, dass wir eine Beschädigung nicht wollen, oder eingetretene Schäden zu restituieren suchen oder Möglichkeiten einer Melioration zu befördern suchen. Eine solche Sicht sieht Integrität nie nur *aspektiv* als Gegebenes „hier und jetzt“, das als solches durchaus kostbar sein kann (z. B. leibliche Gesundheit, ökologische Intaktheit eines selbstregulierten Biotops, funktionierende demokratische Gesellschaft), sondern sieht sie immer auch im Retrospekt ihres Gewordenseins und in ihrer Prospektivität aber uns heute nicht mehr reicht bei dem Prekaritätspotential (*P. Bourdieu* 1998) moderner „Risikogesellschaften“, die zugleich aber ein „Potential an Chancen“ (vgl. *U. Beck, A. Giddens, R. Sennet*) bieten. Im Integrativen Ansatz sehen wir Integrität deshalb stets unter der doppelten Prospektivität von **Risiken** und **Chancen**, möglichen Einbußen und Gewinn an Ressourcen und Potentialen und setzen und setzen uns dabei von dem chronisch defizitorientierten und pathologisierenden Blick der PsychoanalytikerInnen (*Leitner, Petzold* 2009) und der meisten PsychotherapeutInnen und vieler SupervisorInnen ab. Wir sehen die „Prekarität“ und mögliche „devolutionäre“ Tendenzen (*Petzold* 1986h), aber wir sehen auch die individuellen und kollektiven, Entwicklungspotentiale, die poetischen Gestaltungsmöglichkeiten, die allem Lebendigen eignen, und besonders den Menschenwesen mit ihrer grundsätzlich kreativen, sich entwerfenden, ihre einzigartige Persönlichkeit im Miteinander mit „significant others“ entwickelnden Ausrichtung. In dieser personalen und gemeinschaftlichen, **selbstmelioristischen** Fähigkeit und Möglichkeit liegt ein wesentliches Moment der menschlichen „Würde“, womit dieser Begriff dem Integritätsbegriff zugeordnet ist, denn die Integrität dieser Würde sei nicht anzutasten – so das grundrechtliche Postulat. Die Einräumung von Grundrechten auf „Integrität“, etwa auf „Leben“, „Freiheit“, „pursuite of happiness“ weist das klar aus. Deshalb kann die Beschneidung, Hemmung, Beschädigung von

Würde, Freiheit, des „Potentials“ von Integrität durch dysfunktionale Macht bzw. Gewalt nicht hingenommen werden. Die Duldung nämlich der „Integritätsverletzung“ des Einen, wäre der Freibrief für die Integritätsbeschädigung eines Jeden. Menschen brauchen Zukunfts- und Entfaltungsräume, „potential space“, denn sie sind als Individuen und Kollektive grundsätzlich „offene Systeme“ in transversalen Prozessen. Restitution von Integrität kann dann nicht nur das *Wiederherstellen* beschädigter Potentiale, sondern muss dabei immer zugleich die meliorisierende Förderung der kreativen/kokreativen Fähigkeit zur Generierung von Potentialen bedeuten und mehr noch: die Entwicklung von *Potentialität*. Es geht im Integrativen Ansatz einer differenzierenden, integrierenden, kreativierenden Praxis stets um weiterführende, transversale Erschließung des Chancenreichtums und nicht *nur* um die Reparatur eines vorgängigen Zustandes (was natürlich immer wieder auch eine Aufgabe sein kann). Restitution der Integrität von „Gruppen und Lebensräumen“ (Petzold 1978c), die dem Meliorismustreiben des Integrativen Ansatzes ein „Herzense Anliegen“ sind, für die man „vorspringende und nachgehende Sorge“ tragen muss (die Prinzipien des „Dazwischengehens“, des „Engagements“, der „Parrhesie“ gehören hierhin, Leitner, Petzold 2005; Petzold, Orth 2004b), kann manchmal Wiederherstellung nach Beschädigungen sein, aber auch das parrhesiastische Aufzeigen „Das ist nicht in Ordnung!“. Das schließt immer das *Bemühen* um Wiedereröffnung beschnittenen Möglichkeitsraumes ein und das Bemühen um Wiedergutmachung von Beschädigungen und Unrecht, so weit das irgend möglich ist, und wo es nicht möglich ist, wird es öffentlich als Unrecht benannt (vgl. das Beispiel der Wahrheitskommissionen). Auch das ist **restitutio**, die Neubekräftigung von Recht.

Beratung, Therapie, Supervision haben in diesem Bemühen oft nur kleine Einwirkungsmöglichkeiten und bedürfen eines „Mutes zur Bescheidenheit“ (idem 1994b), was ihre Möglichkeiten anbelangt, aber sie haben immer wieder auch Chancen, Schlimmes zu verhindern oder zur Restitution „menschenwürdiger Verhältnisse“ und damit zur Wiederherstellung der Integrität Betroffener als Realverfassung und als Potential beizutragen, wie wir etwa durch unseren Einsatz bei Altenheimmissständen zeigen konnten (Petzold 1994a; Petzold, Müller et al. 2005) oder in der Arbeit mit Traumaopfern (idem 2001m), Suchtkranken (Petzold, Schay, Scheiblich 2006) u. a. m.

Die ethische Dimension sozialintervenitiven Handelns und die normative Verpflichtung zu einer „Sorge um Integrität und ihrer Entwicklungspotentiale“, weiterhin zu einer aktiven Praxis der aufklärenden Öffentlichkeitsarbeit für die Gewährleistung von Integrität und schließlich der konkrete, praktische Einsatz zu Sicherung und Schutz von Integrität – wie klein der Beitrag auch sei von jedem Einzelnen – ist aus der melioristischen Grundorientierung des Integrativen Ansatzes wesentlich. **Man muss das wollen und umsetzen!**

8.3 Wille und Wollen, Transferarbeit als Themen Integrativer Therapie

Die Fokussierung auf den *Transfer* in den Alltag, wo das in therapeutischen Kontexten Gelernte umgesetzt und *geübt* werden muss, wieder und wieder¹⁵⁹, ist für den Integrativen Ansatz charakteristisch, denn nur so besteht u. E. die Chance, dass *neue neuronale Bahnungen* von funktionalen Verhaltensweisen entwickelt werden und dysfunktionale *gehemmt* werden, also *Lernen auf der neurophysiologischen Ebene* stattfindet (Grawe 2004; Sieper, Petzold 2002). *Eine* angenommene Deutung, *eine* Einsicht, *eine* kathartische Entladung, *ein* emotionales Durcharbeiten in *einer* Therapiesitzung oder auch in mehreren hat kaum Chancen, zu nachhaltigen Neu- oder Umbahnungen zu führen. Psychoanalytiker und Gestalttherapeuten meinen immer noch, therapeutische Veränderungen fänden wesentlich in den Therapiesitzungen statt. Die Integrative Therapie hat seit ihren Anfängen vertreten: Sie finden durch den Transfer in den Alltag und in den Umsetzungen im Alltag statt. Die vierte Phase des „Tetradischen Systems“, die „Phase der Neuorientierung“ sah und sieht systematische Transferarbeit, etwa durch „behaviourdrama“ und durch „Hausaufgaben“ vor (Petzold 1988n, 203, 251) – parallel zur fortlaufenden Behandlung. Bei solcher *Transferarbeit* muss das Thema der Volitionen, des Willens und Wollens, so vernachlässigt in der Psychotherapie (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003b), aufgegriffen, und einbezogen werden, denn Neuorientierungen aufgrund von therapeutischen Lernschritten müssen, das sei nochmals betont, *entschieden, umgesetzt und durchgehalten* werden. Zur Aktualisierung des Willenthemas in der Psychotherapie wurden von der Integrativen Therapie entscheidende Beiträge geleistet (dieselben 2003a, b). Das Willenthema ist gerade in jüngster Zeit wieder ins Gespräch gekommen, nachdem es lange Zeit wenig „en vogue“ war. Nicht zuletzt durch eine von einigen Neurowissenschaftlern (Roth, Singer) ausgehende Diskussion über die „Willensfreiheit“ ist ein – bislang sehr oberflächlicher Diskurs in Gang gekommen, mit

¹⁵⁹ Schon Petzold 1971e, 1995a, neuerlich Grawe 2004 und von ganz anderer Seite Dürckheim 1967

der These, dass es den „freien Willen“ grundsätzlich nicht gebe oder aus neurowissenschaftlicher Sicht nicht geben könne (Roth 2001, Singer 2003b) mit z. T. abstrusen Konsequenzen für ein „neues Menschenbild“ (Singer 2003a). Glücklicherweise wird die Diskussion inzwischen etwas differenzierter (Petzold, Sieper 2005) und melden sich neuere, integrativ argumentierende Neurowissenschaftler zu Wort (Kornhuber, Deecke 2005), deren differenzierte Argumentation zeigt, dass der Wille unbedingt stärker in die Psychotherapie einbezogen werden muss und auch warum. Und hier ist die integrative Willenskonzeption fortschrittlich. Sie wird von folgendem Text umrissen:

»Der „Wille“ als Begriff im Kontext von Psychotherapie umfasst die „Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten (das *Wollen*) und ihre neurophysiologischen und psychologischen Grundlagen“, letztlich auch deren Umsetzung im *Wollen*, d.h. in *willensbestimmten Handlungen*. Der **Wille** ist deshalb einerseits als eine „Potentialität des Leibesubjektes“ zu sehen und andererseits *prozessual* als Willensvollzug, als sich *realisierendes Wollen*.¹⁶⁰ Seine „Abstrahierung“ oder „Hypostasierung“ – der „Wille“ –, wie sie im philosophischen Gebrauch des Begriffes noch sinnvoll sein mag, verbietet sich im psychologischen Gebrauch. Wille ist, wo Leben ist. Leben ist Prozess. Das *Wollen* richtet diesen Prozess auf Ziele als ein „Anderes“, zu Erreichendes aufgrund von Aufforderungsimpulsen (Lewin), inneren oder äußeren Anregungen. Mögliche Ziele motivieren „Antriebe“, ein Streben zu Anderem (das auch im eigenen Selbst liegen kann). Das wird als „*Impetus*“ bezeichnet, worunter vielfältige neurophysiologische Erregungszustände mit Aktionsorientierung verstanden werden (also eine *interaktionale* motivationale, statt einer monodirektionalen triebtheoretischen Ausrichtung)¹⁶¹

Der **Wille** kann unter vier Perspektiven gesehen werden:

1. ist er der fungierende *Impetus des Wollens* als eines ‘sich anbahnenden’, vorbewußten, innen- oder außenmotivierten Willensgeschehens;
2. ist er eine bewußt erfahrene prozessuale Realität, der Prozess, in dem sich die Kraft leiblichen Strebens, die Macht der Affekte, die Stärke der Vernunft *spürbar* zu einem *Synergem*, einer erlebten Qualität des *Wollen* verbindet und *sprachlich benennbar* wird.
3. ist der *Wille* das System der nicht-bewußten *und* bewußten cerebralen Prozesse, die der Negation (dem *volens*) oder Affirmation (dem *volens*) zugrundeliegen und *synergetisch* verbunden sind (au milieu du cerveau: Hirnstamm, limbisches System, neocorticale Areale/cingulärer Gyrus, Lobus frontalis, vgl. Lurija 1992; Kornhuber Deecke 2005).
4. ist der *Wille* Produkt sozialer Verhältnisse, die den *Impetus* und seine Qualitäten sozialisatorisch formen/deformieren durch Armut und Reichtum, Zugehörigkeit zu benachteiligten Schichten, Oberschichten, durch männliche und weibliche Geschlechterrollen etc.

Willensgeschehen ist also teils unbewußt, teils vorbewußt oder mitbewußt (Rohracher), teils aber auch bewußt, ist enkulturiert und sozialisiert, und folglich konstituieren sich verschiedene *Willensqualitäten*, variable *Freiheitsgrade des Willens*, deren Reichweite vom Grad der Emotionalisierung, Bewußtseinsfähigkeit und der Versprachlichung (Vygotsky) und von den Freiräumen und Begrenzungen des Kontextes abhängt – schon in den frühen sprachlich vermittelten Grenzen, die Eltern Kindern setzen und die die Grundlagen für Selbstbegrenzungen legen (auch von eigenem *Wollen* durch den eigenen Willen selbst), wird das sichtbar, worauf besonders Lurija hingewiesen hat. Willensfreiheit ist demnach ‘Freiheit in Begrenzungen’: eine *relative, differentielle Willensfreiheit*, die in sich jedoch die Chance *wachsenden Freiheitspotentials* birgt. Dabei kommen jeweils die mit den genannten cerebralen Zentren zusammenhängenden und mnestisch archivierten, individuellen und kollektiven lebensgeschichtlichen Erfahrungen zur Geltung – verbunden mit dem kulturellen Raum (Lévi-Strauss), „*Kulturen des Wollens*“, und verbundenen mit den verschiedenen Seiten der eigenen Persönlichkeit (Bakhtin), „*Stilen des Wollens*“, die in durchlebten motivationalen Lagen, Prozessen des Entschließens, Entscheidens und Durchtragens entwickelt wurden.

Entfaltet sich der *Impetus des Wollens*, gelangt er zur Dauer (*durée*), gesättigt mit der Informationsfülle der mnestischen Archive, dann wird er zu einer *Kraft*, mit der sich dieses *Synergem* „Wille“ in zielgerichtetem und zielstrebendem – eben willensbestimmtem - Handeln umsetzt: durch hinlänglich souveräne Willensentscheide und persönliche Willenskraft getragene Aktionen des Individuums, das seinen Willen verwirklicht oder einer Gruppe, die gemeinsames *Wollen* realisiert. Dabei wird die Fähigkeit, den eigenen Willen mit dem *Wollen* Anderer in Prozessen der Abstimmung und des Aushandelns *kovolitiv* zu koordinieren oder zu synchronisieren als wichtige Lebenstechnik besonders gut entwickelt, wenn das familiäre bzw. soziale Umfeld diese Entwicklungen unterstützt. *Psychologische Willenspathologien* wie Willensschwäche, Entschlußlosigkeit, Unentschiedenheit usw. können dann verhindert werden.

Diese Erfahrungen werden in Prozessen *komplexen Lernens*, u.a. auch ‘*Willenslernens*’, festgehalten und fördern nachfolgende Willensarbeit, ja formen die gesamte menschliche Persönlichkeit, die sich in ihren Lebenserfahrungen mit Anderen und mit sich selbst, mit ihrem Denken, Fühlen, *Wollen* und Handeln immer vertrauter wird, durch Reflexionen und Metareflexionen Perspektiven und Metaperspektiven entwickelt und dadurch ihr Selbst im Sinne der antiken Lebenskunst und Gemeinwohlverpflichtung (*Hadot*) immer bewußter gestalten kann. Dadurch wird *sozialen*

¹⁶⁰ Die seltener gebrauchte Form des Substantivs „*Willen*“ verweist auf diese Prozessualität, wobei die Begriffe *Wille*, *Willen*, *Wollen* in der Regel undifferenziert verwandt werden, *Wollen* häufig mehr die aktionale Seite, das Streben, bezeichnet.

¹⁶¹ Zum Triebbegriff der Integrativen Therapie vgl. Anhang II

Willenspathologien wie Übelwollen, Böswilligkeit, Unwillen, gleichgültiges Nichtwollen, aggressiver Gegenwille usw. entgegengewirkt.

Wird die Inszenierung dieses Wollens aber behindert und eingeschränkt – z. B. durch den Willen Anderer, durch anderes Wollen, wie es in der Sozialisation von Frauen besonders häufig geschieht (*de Beauvoir*) –, führt dies zu Belastungen, Frustrationen, negativen Emotionen, psychophysiologischen Überforderungs- und Stresserlebnissen (*Mierke*), die potentiell pathogen sind oder Einschränkungen der Persönlichkeitsentwicklung bedeuten können. Ihnen muss durch positive Emotionen der Ermutigung und durch Bestärkung des eigenen Wollens vermittels der Ermöglichung erfolgreichen Handelns und gelingender Willenskoordinationen gegengesteuert werden.“ (*Hilarion G. Petzold* 1969c, in Ko-respondenz mit *Johanna Sieper*)«

Die diagnostische Exploration der Willensvermögen (Entscheidungsfähigkeit, Willensstärke, Durchhaltekraft), die Bearbeitung der Willensbiographie, der Schädigung des Wollens muss in der Psychotherapie eine weitaus größere Beachtung erfahren, als das gemeinhin geschieht. Die Behandlung von Willensdefiziten oder Schädigungen, dysfunktionalen volitiven Stilen mit psychotherapeutischen (Willensübungen) und sporttherapeutischen Maßnahmen (Lauftherapie, van der *Mei*, *Petzold*, *Bosscher* 1997), mit begleiteter Projektarbeit usw. können das Stärken des Willens, das Nutzen von Entscheidungsfähigkeit und Willenskraft nachhaltig fördern.

8. 4 Sprache, Diskurs, Polylog im Kontext dynamischer Regulation

„In der Erscheinung entwickelt sich jedoch die Sprache nur gesellschaftlich“ *Wilhelm vom Humboldt* (1836)

„Sprache ist Welterkenntnis in Menschengemeinschaften, im *Polylog* konkreter Sprecher entstanden und weiter entstehend: durch kokreative Transformation von lebendiger Welterfahrung auf eine symbolische Eben. Sie ist deshalb *universal* und *individuell* zugleich.“ (*Petzold* 1971j)

Jede Form von Psychotherapie ist unabänderlich auf Sprache verwiesen und deshalb muss in einem Übersichtstext wie dem vorliegenden das Thema Sprache zumindest in den für das Verfahren relevanten Grundpositionen umrissen werden. In der Praxis der Integrativen Therapie wird dem Bereich der Sprache in Form der Poesie- und Bibliothherapie, die wir im deutschsprachigen Bereich eingeführt haben (*Petzold*, *Orth* 1985) besondere Beachtung geschenkt, aber auch in theoretischer Hinsicht ist – nicht zuletzt durch unseren Hermeneutikbezug – dieses Thema wesentlich.

Die *intrakulturellen* Diskurse und die seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts sich hin zum Zeitalter globaler Kommunikation multiplizierenden *interkulturellen* Diskurse und Polyloge multiplizieren auch die Möglichkeiten differentieller Sinnkonstitution und weiten die Chancen zu „polylogischem Denken“, und diese Möglichkeiten sind mir im Rahmen meiner Ausarbeitung des Integrativen Ansatzes zu gute gekommen. Es handelte sich also um eine völlig andere Situation als die, in der *Moreno*, *Freud*, *Adler* oder auch *Perls* oder *Berne* ihre Ansätze entwickelt haben. Aus solchem polylogischen Denken ist auch der vorliegende Text geschrieben worden. Eine solche Sicht steht hinter dem Integrativen Ansatz und sie entwickelte sich u. a. in der Auseinandersetzung mit Dialog-, Diskurs- und Beziehungstheorien¹⁶², etwa denen von *G. Marcel*, *E. Levinas*, *A. Losev*, *G. H. Mead*, *M. Bakhtin*, *J. Habermas* mit ihren komplexen philosophischen Konzeptionen einer sozialwissenschaftlich höchst relevanten „kommunikationsorientierten“ *Dialogik*¹⁶³.

Man kommt dann auch nicht darum herum, sich mit dem Thema des „Sprechens und der Sprache“ auseinanderzusetzen, nach *Ferdinand de Saussure* (1916) mit „Sprachsystemen“ *langue*, mit der prinzipiellen Sprachfähigkeit, „Sprache an sich“, *langage* und konkreten „sprachlichen Äußerungen“ *parole* – (vgl. aber *Bakhtins* Konzept der „*utterances*“, *Holquist* 1990, 60; *Bakhtin* 1979, 1986). Auf ähnliche Weise unterscheidet die generative Grammatik von *Avram Noam Chomsky* zwischen *Kompetenz* als dem Verfügen über ein bestimmtes Sprachsystem und *Performanz* als der Ebene der aktuellen Verwendung einer Sprache, eine Unterscheidung, die wir im Integrativen Ansatz mit der Kompetenz-Performanz-Differenzierung sozialen Handelns aufgenommen und in differenzierender Adaptierung für die Praxeologie fruchtbar gemacht haben (*Petzold* 1988n, 602ff; 1993a/2003a, 846, 1079f; *Petzold*, *Engemann*, *Zacher* 2003).

¹⁶² *Bauer et al.* 1991, *Bergman* 1991, *Clark* 1990, *de Man* 1989, *Hitchcock* 1993

¹⁶³ *Gogotišvili*, *Gurevic* 1992; *Brandist*, *Tihanov* 2000; *Holquist* 1990; *Marková* 2003; *Makhlin* 1997

Mit der Sprache ist ein immens komplexer Bereich angesprochen, der die Themen Sprache und Bedeutung, Sprache und Handlung, Struktur und Prozess, Sprechen und Denken, Sprache und Schrift, Schriftlichkeit und Mündlichkeit (Petzold 1969 II a) umfasst und hiermit sind nur einige Themen benannt. Fast alle humanwissenschaftlichen Disziplinen sind mit dem Thema Sprache befasst: Linguistik, Literaturwissenschaften, Philosophie, Psychologie, Soziologie, Neurobiologie, Evolutionspsychologie. Sprache ist ein Thema, dass bei aller „Verbalitätszentrierung“, allem „Logozentrismus“ in der Psychotherapie – nichts geht ohne Verbalisierung – zu den *vernachlässigten Bereichen* der psychotherapeutischen Theorienbildung für die Praxeologie der Behandlung gehört, trotz *Lacan*, trotz *Schaffer*, *Spence* und *Lorenzer*; um einige Protagonisten zu nennen, die allerdings kaum auf einen Theorie-Praxis-Transfer gerichtet waren. Bei der Komplexität des Themas ist das verständlich. Auch in der Integrativen Therapie ist wenig zu diesem Thema *publiziert* worden, wengleich wir viel zu dieser Thematik miteinander gesprochen haben, gearbeitet wurde, nicht zuletzt mit Blick auf den Praxistransfer. „Leib und Sprache“ ist das große Thema von *Ilse Orth*, die „Sprache der Bilder“ und „sprechende Bilder“ ist ein Lieblingsthema von *Johanna Sieper*, „narrative Praxis“ ist für mich ein Kernanliegen in der Therapie. Aber in Bereichen, in die man sich vertieft hat, in die Fragen einer „Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks“ (Petzold 1988b) oder der „leiblichen Äußerungen (Orth 1994, 1996, Orth, Petzold 1998a), wächst der Anspruch. Das Thema Sprache „wollte“ bei uns noch nicht in einer Form „zur Sprache kommen“, die uns befriedigt hätte, und so sollen hier zumindest Materialien aus der Denkwerkstatt zusammengestellt werden, um Richtungen der Konnektivierung aufzuzeigen und es wird künftige Arbeit der Weiterentwicklung unverzichtbar, zumal uns Sprache zu den Bereichen Kommunikation und Dialogik/Polylogik führt, den Themen Sinnkonstitution und Bedeutung/Deutung, normative Orientierung und Ethik, wie die Arbeiten von *Habermas* und *Ricœur* exemplarisch verdeutlichen.

Im Integrativen Ansatz zählte, wie schon erwähnt, die Arbeit mit Texten, eine poesietherapeutische Praxis zum methodischen Grundbestand integrativtherapeutischer Arbeit (Petzold, Orth 1985; Straub 2001), deswegen steht das Thema Sprache und Sprechen beständig im Praxiskontext als Herausforderung vor uns. Auch in der collagierenden, narrativen Hermeneutik der von uns gepflegten, therapeutischen und persönlichkeitsfördernden Arbeit mit Biographien (Biographiearbeit, Ch. Petzold 1972a,b, Petzold 2001b, 2003g, 2005k, Petzold, Müller 2004b) kommt man an dem Thema des Umgangs mit Sprache, leibhaftigem Sprechen (Orth 1996), aber auch an theoretischen Auseinandersetzungen nicht vorbei.

Sprach-, Dialog-/Polylogtheorien standen für uns so selbst deshalb in polylogisierenden Beziehungen, in vielfältigen Verflochtenheiten. Es ko-respondieren da *Herder*, *W. von Humboldt* und *Goethe*, dann polylogisieren *Vygotskij*, *Bakhtin*, *Florenskij*, *Losev*, es diskutieren *Ferdinand de Saussure*, *Roman Ossipowitsch Jakobson*, *Nikolai Sergejewitsch Trubezkoi* und *Maurice Merleau-Ponty* (La prose du monde), es stehen *Beneviste*, *Ricœur*, *Derrida*, *Kristeva*, *Sollers* im Diskurs, um einige Theoretiker der Sprache zu benennen, mit denen wir uns über die Jahre beschäftigt haben. Im Hintergrund lässt sich *Fénelon* (*Carcassonne* 1946) vernehmen, denn die „Lettre à l'Académie“ [1716], die wir 1967 lasen, haben uns für die Sprache und die Poesie die Bedeutung von Phantasie, Gefühl, Empfindsamkeit betont, die emotionalen Qualitäten also, ein romantisches Element, das uns für den Wert „emotiver“, Kognitives und Emotionales verbindenden Sprechens und Schreibens in der Poesietherapie mit Patienten sensibilisiert hat.

Beim Thema Sprache sind *Habermas*, *Wittgenstein*, *Austin*, *Searle* unübergebar (*Paul Goodman* soll nicht vergessen sein). „Sprache als Energieia, Handlung“ (*Humboldt*), „Sprachspiel“ (*Wittgenstein*) „Polysemie“ (*Eco*), „Mimesis II“ (*Ricœur*), „Phono-Logo-Zentrismus“ (*Derrida*), „kommunikatives Handeln“ (*Habermas*), „Name“ (*Florenskij*, *Lozev*), „Diskursereignis“ (*Beneviste*), „co-evolution“ (*Li*), Adaptivität (*Pinker*) usw. – das sind Konzepte, mit denen wir uns über die Jahre auseinandergesetzt haben, als wir uns in die Themen Verbalität/Nonverbalität, Verstehen und Erklären, Deuten und Interpretieren, *Signifikat* (Bezeichnetes, franz. *signifié*) und *Signifikant* (Bezeichnendes, franz. *signifiant*), Sinn und Bedeutung, Leiblichkeit und Sprache usw. vertieft haben – wir vertiefen uns weiter –, um für unser verbales und nichtverbales therapeutisches Handeln Fundamente zu erarbeiten. Das ist ein schwieriges Unterfangen, in dem wir immer noch „auf dem Wege“ sind. Aber die Sprache ist eben auch kein abgeschlossenes und abschließbares Geschehen, wie *Herder*, *v. Humboldt*, *Bakhtin* u. a. gezeigt haben.

So können hier nur Streiflichter aufgezeigt, einige sprachtheoretische Konzepte, die z. B. Perspektiven der Sprachphilosophie, Evolutionspsychologie aufgreifen und für uns wichtig sind, angesprochen werden.

» Eine allgemein gültige Definition gibt es weder für Sprache im engeren Sinn noch für Sprache im weiteren Sinn. Alle bisherigen Definitionen gehen jeweils nur von bestimmten Aspekten des komplexen Phänomens Sprache aus: So hat man Sprache u. a. als Mittel zum Ausdruck von Gedanken und Gefühlen, als wichtigstes und artspezifisches Kommunikationsmittel des Menschen, als strukturiertes System von Zeichen, als internalisiertes System von Regeln, als Menge der Äußerungen in einer Sprachgemeinschaft oder als Werkzeug des Denkens definiert. «
Brockhaus Multimedial 2005

Wir gehen in vieler Hinsicht von *Wilhelm von Humboldt* (1836/1980) als unverzichtbarer Basis aus, der affirmiert: „Sprache muss notwendig zweien angehören, und gehört in der Tat dem ganzen Menschengeschlecht an“. Oder: „In der Erscheinung entwickelt sich jedoch die Sprache nur gesellschaftlich“. – Sprache ist Handeln zwischen Sprechenden, wie die berühmte Definition *Humboldts* festhält: „Die Sprache, in ihrem wirklichen Wesen aufgefasst, ist etwas beständig und in jedem Augenblicke Vorübergehendes. ... Sie selbst ist kein Werk (Ergon), sondern eine Tätigkeit (Energie).“

Das sind Gedanken, die in den sprachtheoretischen Arbeiten der russischen Tradition von *Florenskij*, *Bakhtin*, *Lozev* aber auch bei *Vygotskij* – mit Auswirkungen zu *B. L. Whorf* und *E. Sapir*; was wenig beachtet wird – Wiederhall fanden. Wir haben uns mit den russischen Denkern besonders befasst. Natürlich findet sich der Einfluss *Humboldts* in sehr vielen Bereichen, in der Sprachinhaltsforschung von *L. Weisgerber* und bei *A. N. Chomskys* sowie in den sprachtheoretischen Arbeiten des Mitbegründers der Gestalttherapie *Paul Goodman* (1971, 1977).

Im *Humboldtschen* Sinne sehen wir im Integrativen Ansatz die menschliche Sprache einerseits in einem *kollektiven, strukturellen Aspekt* als ein komplexes, menschengespezifisches Phänomen (und das ist als transkulturelle Aussage gemeint), das Welt in symbolischen Systemen mit spezifischen Systemregeln (Syntax) gefasst hat, einschließlich der ideomatischen Qualitäten, „*the many ways to say things*“ (Intonationen, anspielende Verweise, Metaphern, nonverbale Akzentsetzungen), die den größten Raum unserer cerebralen Processing- und unserer Speicherkapazität in Anspruch nimmt (*Li, Homberg* 2003). Andererseits wird dieses „System Sprache“ - betrachtet man es unter der Perspektive eines *individuellen, performativen* Aspektes - von Menschen in je spezifischer Form genutzt, „es wird gesprochen“. Sprache kann dabei von ihnen in gewissen Massen auch gestaltet werden, wodurch sich Sprachformen verändern können. Sprache ist deshalb aus integrativer Sicht doppelwertig (die russische sprachphilosophische Tradition sieht sie „antinomisch“, ich spreche gerne von „konfigurativ“).

» **Sprache** gründet in den *kokreativen Tätigkeiten* von Menschen/Menschengemeinschaften in der Welt und in den dieses Tun begleitenden *Mentalisierungsprozessen*, durch die eine symbolisch erfassbare, beschreibbare und kommunizierbare „Humanwelt“ konstituiert wird, zu der Sprache unabdingbar gehört und für die sie ein *Strukturmoment* ist. **Sprache** aktualisiert sich in Sprechereignissen, im konkreten, lebendigen Gebrauch von und zwischen SprecherInnen, Einzelsubjekten und Gruppen in Kontext/Kontinuum – im Sprechen zur Informationsvermittlung, Handlungskoordination, Welterklärung, Weltgestaltung. Sie gewinnt dabei beständig an Komplexität und trägt in diesem konfigurativen Wechselspiel von *Struktur* und *Prozess* zugleich zur Komplexität von Gemeinschaften/Gesellschaft bei. Das führt zu komplexeren Sozialverhältnissen und damit wiederum zur Emergenz erweiterter und vertiefter sprachlicher Differenzierungen, ermöglicht Sprechen über Sprechen, Denken über Denken, Diskurse über Diskurse « (*Petzold* 1982c).

Die komplex vernetzten Einflüsse zwischen *Welt, Sprache, Gesellschaft, Ereignis, Einzelsubjekt* generieren Entwicklungsimpulse und es entstehen *dynamische Regulationsprozesse der Rückwirkung-Fortwirkung* (spirale Progredienz), die beständig Veränderungen hervorbringen und neue Versprachlichungen möglich machen, d. h. auch neue Wirklichkeit konstituieren. „Welt“ ist der soziokulturelle und ökologische *phänomenale* Gesamtrahmen allen möglichen Erlebens (*Merleau-Ponty* 1945/1966) mit seinem *transphänomenalen* Hintergrund (*Bischof* 1966, der erlebnismäßig nicht zugänglich ist, z. B. der atomare/subatomare Bereich). Welt umfasst das alles: Gesellschaft, Einzelsubjekt und die Ereignisse/Geschehnisse, in denen das Einzelsubjekt steht. *Mentalisierung* (siehe oben) bedeutet die Aufnahme und cerebrale Verarbeitung von Welteindrücken auf der individuellen und kollektiven Ebene, durch die auch die *Sprache*, die das alles zu benennen vermag – auch das Transphänomenale – entstanden ist und die ermöglicht, eine Humanwelt (*mental social world, représentations sociales*) zu schaffen, die intersubjektiv teilbar wird durch die „Archivierung“ von Ereignissen in den kollektiven Wissensvorräten des „kulturellen Gedächtnisses“ (*Assmann* 1988; *Halbwachs* 1968) zusammen mit den nicht-sprachlich archivierten „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001). Darunter verstehen wir z. B.

Bilder, Klänge, Stimmungen etc., die natürlich weitgehend versprachlicht werden können (es bleiben indes nicht-verbalisierbare, transverbale Bereiche, Sprachlosigkeiten, Wortlosigkeiten, Unfassbarkeiten, *Petzold* 1988b). Und es gab und gibt Bereiche „vor der Sprache“ auf der ontogenetischen Ebene (*Papoušek* 1994; *Petzold* 1994j) und auf der phylogenetischen Ebene (*Li* 2003; *Pinker* 1994) und es gibt Bereiche, wo keine Sprache mehr ist – Demenz, Delir, Koma.

Die phylogenetische Perspektive ist durch die evolutionstheoretische Orientierung des Integrativen Ansatzes von Bedeutung, denn wir sind überzeugt, dass ohne ein vertieftes Verstehen der Geschichte und der Bedingungen unserer Hominisation, der phylogenetischen Entwicklung der Menschen, uns zentrale Fragen zur menschlichen Natur unverständlich bleiben werden. Und so führt die Frage nach der Sprache natürlich auch in den Kontext ihres Entstehens. Mit zentralen Grundausstattungen des Menschen wie Denken, Fühlen, Wollen und eben auch Sprechen kann man sich heute nicht mehr ohne den Rückgriff auf evolutionswissenschaftliche Forschung und Theorienbildung auseinandersetzen (*Buss* 2000; *Mysterud* 2003). Einige Aspekte seien aufgezeigt:

Ums Feuer „im Rund“ sitzende oder in der Jagd und Sammlertätigkeit *kooperativ* handelnde Hominiden der jüngeren Altsteinzeit haben im Austausch „vokaler Gesten“ über Erlebtes, Getanes, zu Tuendes, die Grundlagen *komplexer Sprache* gelegt, die wahrscheinlich im „Big Bang“ kreativer mentaler Produktion, wie sie die *Bilderzählungen* der Höhlenmalerei (*Nougier* 1993; *Roussot* 1997) vor 40 000 Jahren in Mitteleuropa dokumentieren, kulminierte. Diese *ikonischen Narrationen* hatten wahrscheinlich Entsprechungen in der sprachlich-symbolischen Narrativität, z. B. in einer Epik, von der wir allerdings keine Dokumente haben. Wir sind auf indirekte Materialien verwiesen. Natürlich sind die Wurzeln von Sprache, einfacher Sprachformen zumal, älter (*Li* 2003). Die Herstellung von Werkzeugen und die Verbreitung der Herstellungstechniken wie in den Faustkeilkulturen des Acheuléen und Micoquien sind sicher nicht ohne eine Form lautsprachlicher Verständigung möglich gewesen. Wie immer man ihren Ursprung und ihre Funktion erklären mag, *Sprache* war Sedimentation von Welterkenntnis (*Strukturbildung, kollektiver Aspekt*), und *Sprechen* war und blieb symbolvermitteltes Handeln in Gruppen konkreter, sprechender Menschen (*Prozessualität, individueller Aspekt, Petzold, Orth* 2004b; *Petzold* 2005t). Sprache wurzelt deshalb im Kollektiv, in der Polyade des „Wir“, in gesellschaftlichen **Polylogen** und in Myriaden dyadischer, triadischer, polyadischer Gespräche.

Monokausalistische Hypothesen zur Entstehung von Sprache greifen sicher zu kurz: Sprache sei bestimmt vom „*mating mind*“, um Partnerinnen zu beeindrucken (*Miller* 2000) oder sei Nebenprodukt des immensen cerebralen Wachstums (*Chomsky* 1991; *Gould* 1987) – aber Hirnwachstum und Sprachgebrauch bewirkten sicher eine sich *wechselseitig verstärkende Entwicklung*, eine „*reafferente Progression*“. Sprache ist sicher auch *adaptiv* (*Pinker* 1994, 18ff), macht Kommunikation leistungsfähiger und ist damit ein bedeutender Selektionsvorteil, aber über das adaptive Moment hinaus ist sie höchst *kreativ*, löst in Menschen *proaktive* Impulse aus. Benennung, Umschreibung, Metaphorisierung gestaltet Welt und durch die Rückwirkung, die aus dieser Anregung/Stimulierung resultiert, gestaltet Welt auch Sprache. Sie fördert soziale Bindungen, zweifelsohne (vgl. die „*social gossip Hypothese*“ von *Dunbar* 1996), aber soziale Bindung ermöglicht und fördert auch Sprechen und Sprache. Sprache ist durch die Funktion von Spiegelneuronen in ihrer Entwicklung gefördert worden (*Li, Homberg* 2003), aber ihr intensiver Gebrauch trägt auch zur differentiellen Entwicklung von Spiegelneuronengruppen und -funktionen bei.

Für solche evolutionsbiologisch begründete Positionen zu Entwicklungen in evolutionären Prozessen nehmen wir im Integrativen Ansatz spontan *emergierende Selbstorganisation* an (*Krohn, Küppers* 1992) bzw. dynamische, spiralig fortschreitende Regulationsprozesse (ich spreche von *spiraliger Progredienz* durch Feedback-Feedforward-Prozesse) und diese schließen immer Entwicklungsgeschehen ein – man denke an *Eigen*s Modell des „Hyperzyklus“ (*Eigen, Schuster* 1979)!

„Als **dynamische Regulation** bezeichnen wir den *Operationsmodus im Regulations- geschehen von komplexen, lebenden Systemen*, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können“ (siehe oben).

Vor diesem Hintergrund sind denn auch unsere sprachtheoretischen Positionen zu sehen (*Petzold* 2000h). Das Prinzip „**dynamischer Regulation**“ – nicht-lineare, reafferent -progredient wirksame Prozesse, d. h. Rückwirkungs- und Stimulierungsprozesse (durch „multiple Stimulierung, *Petzold* 1988f, g) – führen zu Zuständen, die sich auf einem Spektrum zwischen Angeregtheit und Ausgeglichenheit, Dissipation und Homöostase darstellen. Dieses Kernprinzip Integrativer Therapie wird nicht nur als Modell für *intraorganismische* Regulationsprozesse angesehen (*Petzold* 1974j, Abb. III, *Petzold, Orth, Sieper* 2005), sondern auch als Prinzip der *intersystemischen* Regulation zwischen dem

System und anderen komplexen Systemen (*Petzold 1974j*): zwischen Organismus und Umwelt im evolutionären Entwicklungsgeschehen, zwischen Individuum und Gruppe/Gemeinschaft/Gesellschaft, zwischen Individuen, zwischen Gruppen und Staatswesen etc. So ist Sprache z. B. in ihrem Verhältnis von Einzelsprecher/-hörer und sprechender Gruppe und von dieser zur Sprachgemeinschaft in einer solchen Sicht zu betrachten oder soziale *Kompetenz* und *Performanz* sind in diesem Modell fundiert. Diese evolutionsbiologischen *Narrative interagieren* im personalen System. Sie haben eine hohe Stabilität, zugleich aber auch eine gewisse Plastizität. Sie können über spezifische Lernvorgänge, „komplexes Lernen“ (*Sieper, Petzold 2002*), verändert werden. *Narrative* dürfen nicht statisch gesehen werden. Sie sind Strukturelemente in Prozessen. *Narrative* (Muster) sind damit von den Prozessen, den *Narrationen* (Musterbildung), nicht abzulösen, haben selbst prozessualen Charakter. Prozess und Struktur, Erzählung und Erzählfolie, Narration und Narrativ stehen in einer dialektischen Verschränkung. *Regulationskompetenzen* (plur.) sind mit *Regulationsperformanzen* verschränkt.

Unser Verständnis von Sprache als Konfiguration von Prozess und Struktur, Individualität und Kollektivität „passt“ genau in dieses Modell und hat Bezüge zu *Humboldts* und in seiner Folge zu *Florenskijs*, *Lozevs* und *Chomskys* Konzeptionen. Sprache ist in ihrem Verhältnis von Einzelsprecher/-hörer und sprechender Gruppe und von dieser zur Sprachgemeinschaft in einer solchen *evolutionstheoretischen* Sicht zu betrachten, die damit auch die *sprachphilosophische* Position unterfängt, wie das prinzipiell für den Integrativen Ansatz charakteristisch ist, der bemüht ist, biologische und humanwissenschaftliche Perspektiven zu verbinden.

Unsere *sprachphilosophische* Ausrichtung kann hier nur umrissen werden. Sie steht natürlich im Kontext der sprachtheoretischen Debatten, die zwischen den großen Richtungen hin und her gingen und gehen: Existiert Sprache als ein ideales Objekt vor allen verbalen kommunikativen Akten oder hat sie Existenz nur innerhalb konkreter Sprechhandlungen? Aufgrund unserer evolutionsbiologischen Herleitungen (Polylog der Gruppe) tendierten wir natürlich zu der letztgenannten Auffassung, aber ganz so einfach liegen die Dinge nicht. Denn als sich Sprache einmal konstituiert hatte, hatte sie natürlich Rückwirkung auf die Ausbildung cerebraler Strukturen. Und da die Grundstrukturen von Sprache transkulturell gleich sind, muss angenommen werden, dass sich im Prozess der Hominisation auch genetische Narrative gebildet haben, die in den relativ homogenen „Out of Afrika“ Hominiden des Sapiens Typs eine hohe Übereinstimmung in der Disposition zum Sprechen und zur Sprache festgelegt haben. So ist durchaus eine *strukturelle Realität* von Sprache anzunehmen, noch über die kollektive Megarepräsentation einer „Sprachkultur“, die Jahrhunderte überdauert, hinaus. Deshalb hat eine strukturalistische Sicht durchaus Argumente: Sprache sei eine *objektive* Realität, die den Menschen in Form der Worte und Grammatik gegeben sei. Ein Mensch schafft die Sprache nicht, wird aber durch sie geformt. Dagegen steht die hermeneutische Auffassung, dass Sprache nur im lebendigen Sprechen, in der Kommunikation als kreativer Wechselseitigkeit von Sprechern, also als *subjektive* Realität existiert und es durchaus sprachschöpferische Momente gibt. Die *evolutionäre Generativität*, die hinter der *Humankreativität* steht (*Iljine, Petzold, Sieper 1990/1967*) – und aus beiden entstand und entsteht Sprache – komme zu keinem „Stopp“.

Aber man muss diese Positionen nicht polarisieren, wie schon *Plato* im „Kratilos“ aufzeigt, wenn er die heraklitesche, objektivistische und die sophistische *subjektivistische* Auffassung von Sprache als wechselseitig ergänzend ansieht. Bei *Humboldt* finden sich denn auch, wie eingangs schon erwähnt, beide Sichtweisen, wenn er Sprache als „Struktur“ - in seiner Terminologie *ergon* - und als „Handlung“, *energeia*, als „Prozess“ sieht. Beide Sichtweisen lassen sich gut mit der aufgezeigten evolutionstheoretischen Argumentationen verbinden und finden sich auch in der oben zitierten integrativen Bestimmung von Sprache (*Petzold 1982c*).

Die Sprache braucht mindestens zwei Personen, gehört aber der ganzen Menschheit. Ein Individuum versteht sich selbst, wenn es von Anderen verstanden wird und ein Gedanke braucht, um verstanden zu werden, einen anderen Menschen, der dem Sprecher gleicht und doch von ihm verschieden ist (*Humboldt 1936*). Diese *Humboldtschen* Positionen, eignen sich, das springt unmittelbar ins Auge, ausgezeichnet für die Fundierung eines therapeutischen und agogischen Ansatzes, weil es in diesem wesentlich auch um ein Handeln in Worten, mit Worten und durch Worte vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Sprache und Sprachkompetenz geht.

Humboldts antinomischer Ansatz wurde, wie schon erwähnt, insbesondere von den an *Plato* und am Neokantianismus orientierten russischen Sprachphilosophen aufgegriffen, von *Pavel Florenskij* in „*Мысль и язык*“ (Denken und Sprache 1922/1993c) und von *S. Boulgakoff* und *A. Losev* in ihren Philosophien des Namens. *Florenskij* (1922/1993c) affirmiert, dass es keine individuelle Sprache gibt, die nicht *zugleich*

universal ist und keine universale Sprache, die nicht in ihrer aktuellen, gesprochenen Wirklichkeit individuelle Wirklichkeit ist. Anders wäre keine Verständigung möglich. Im Integrativen Ansatz kommt diese Bezogenheit in der Verschränkung von kollektiven und individuellen “*mentalen Repräsentationen*” (vgl. Anmerk. 52) zum Tragen. Dieses kollektive Moment, gibt eine verbindende Basis, braucht aber die kommunikative Realisierung, um in Erscheinung zu treten. Wir wüssten nichts von der strukturellen Ebene der Sprache, würde sie nicht von Sprechern gesprochen. Obwohl ich *Losevs* Energiemetaphorik eher zurückhaltend gegenüberstehe, ist die Konklusion seiner Analysen überzeugend: Ohne Sprache wäre das Individuum in seiner Subjektivität gefangen, im Wesen anti-sozial, nicht-kommunikativ, es würde ein Nicht-Individuum sein (*Losev*, 1990, 49). Das Individuum ist in der Sprache als Sprechender einzigartig, dennoch ist es Individuum, weil es über die Sprache an der Sozialität und der benannten Welt partizipiert. Der in der russischen “Philosophie des Namens” eingeschlagene Weg mit *Humboldt* und über *Humboldt* hinaus hat bei *Mikhail M. Bakhtin* eine etwas andere Richtung genommen: die seiner radikalen Dialogik und seiner Diskurstheorie, in der gilt, dass die Strukturmomente der Sprache - Worte, Grammatik, *speech genres* -, in ihrer ausgesprochenen Form (*utterance*) eine *Einmaligkeitsqualität* haben, obgleich diese der Sprache als Kollektivum nicht entkommen kann. *Bakhtin* entwickelt hier einen seiner zentralen Gedanken, den einer “*individualisierenden Kommunalität*”.

“Es mögen zwei oder mehr Sätze absolut identisch sein (wie zwei identische geometrische Figuren), weiterhin können wir zugestehen, dass jeder Satz in formaler Identität unzählige Male wiederholt werden kann, aber als eine Äußerung [высказывание, *vyskaszyvanie*, engl. *utterance*] (oder ein Teil einer solchen) kann kein einziger Satz, sogar ein Einwortsatz, nie wiederholt werden: er wird immer eine neue Äußerung sein (sogar wenn es ein Zitat ist)” (*Bakhtin*, 1979, 286). – “Äußerung” ist bei aller performativen Qualität nicht mit *de Saussures* “*parole*” gleichzusetzen, der freien Expression des gesprochenen Wortes als Sprechakt, weil es immer “Äußerung auf” ist, auf die Äußerung eines Anderen, auf eine Kontextgegebenheit etc. “The Bakhtinian utterance is dialogic precisely in the degree to which *every aspect* of it is an give-and-take- between the local need of a particular speaker to communicate a specific meaning, and the global requirements of language as a generalizing system” (*Holquist* 1990/2000, 60). Sprache und Sprechen findet also in einem Milieu des “Dazwischen” statt, das sich allerdings von *Bubers* “zwischen” (*Waldenfels* 1971) grundsätzlich unterscheidet. Alle “Äußerungen” geschehen in einem gesellschaftlichen “Dazwischen”, sind eingebettet und bestimmt von gemeinschaftsgegründeter Praxis, sozialen Normen - “*représentations sociales*” würden wir mit *Moscovici* (2001) sagen -, die “in den Köpfen” der Individuen wirken. In *Bakhtins* “dialogism, of course, the ‘I’ of such individual minds, is always assumed to be a function of a ‘we’ that is their particular group. An utterance then is a border phenomenon. It takes place between speakers, and is therefore drenched in social factors” (*Holquist* 1990, 60f). Sprachtheoretische Überlegungen haben bei *Bakhtin* unmittelbar in den Bereich sozialer Wirklichkeit, sozialen Handeln in der Dialogik in “Polyaden”, Gruppen, Gemeinschaften geführt. Das hat für psychotherapeutische Praxis immense Konsequenzen, denn diese gemeinschaftsbestimmen Normen, Gedanken, Gefühle, Volitionen, die das Individuum durchziehen und in seinem Sprechen aus ihm sprechen, dieses “Wir” der Sprecher im Hintergrund – Sprecher aus einer Familie, Bezugsgruppe, einer “lifestyle community” (*Müller, Petzold* 1999), einer Schicht oder Ethnie – bestimmt maßgeblich über die “Passung” zwischen Therapeut und Patient die Veränderungsmöglichkeiten (will sich das “Wir” nicht verändern oder ist es zu stark, entstehen massive Probleme, so dass das “Wir” thematisiert, bearbeitet werden muss, einbezogen werden muss in die Arbeit, wo immer möglich, vgl. *Hass, Petzold* 1999). *Es muss eine Hermeneutik dieser Kollektivität erfolgen*, ihres Sprechens, Denkens, Fühlens. Der Therapeut muss in seiner Verstehensarbeit – wie in jedem Versuch, die Welt eines anderen zu erfassen – in spezifischer Weise die Rolle eines “hermeneutischen Zuhörers” einnehmen, der in Lebensszenarios hineinhört. *Voloshinov* aus dem *Bakhtin-Kreis* beschreibt diesen Vorgang gemeinsamen Verstehens von Ereignissen in einem Text von 1926. “... die Person, die zu verstehen bemüht ist, muss die Rolle eines Zuhörers einnehmen. Aber um diese Rolle übernehmen zu können, muss sie gleichermaßen die Position des Anderen genau verstehen” (zitiert bei *Holquist* 1990, 52). Man ist an einen *Moreno*-Text zum Rollentausch erinnert (*Moreno* 1914, 1946), wenn man diese Zeilen liest. Für eine Dialog-Polylog-Theorie findet sich bei *Bakhtin* und den genannten russischen Autoren kostbares Material und auch die sprachtheoretischen Einsichten, insbesondere des späten *Bakhtin* (1986a) haben für therapeutische Praxeologie Relevanz, aber es müssen zusätzliche Brücken geschlagen werden: zu einer Hermeneutik, die umfassender greift, wenn es um Verstehensprozesse geht, als es der Diskurs der russischen Tradition und ihr seinerzeitiger Diskussionsstand ermöglicht – sei es bei *Bakhtin*, sei es bei *Vygotskij*, denn die Diskurse sind weitergegangen und haben noch weitere Fragestellungen aufgezeigt: das Wahrheitsproblem, das Problem

der Normen, der Ethik, das Verhältnis von Sprache und Sinn. Auch die Fragen der normativen Orientierung müssen in der Auseinandersetzung mit dem Thema Sprache bedacht werden. Die monumentalen Werke von *Habermas* und *Ricœur* kommen dabei in den Blick, und natürlich können hier nur Aspekte angesprochen werden. Aber psychotherapeutische Richtungen müssen sich auch mit solchen Autoren und ihren Konzepten auseinandersetzen, weil sie Grundsatzfragen reflektieren, die für therapeutisches Handeln hohe Relevanz haben, denn über Sprache als „vernünftige Sprache“ bzw. über sprachlich fundierte *Vernunft*, wie sie sich in geregelten Diskursen artikuliert, sind Regeln gesellschaftlichen Zusammenlebens zu gewinnen, da es keine „objektive Erkenntnis“ gibt, wie *Habermas* (1968) in „Erkenntnis und Interesse“ herausgearbeitet hat, denn theoretische oder praktische Erkenntnisinteressen bestimmen die Wirklichkeit. Deshalb kommt sprachlich gefassten, diskursiven Prozessen immense Bedeutung zu und seine Entwicklung einer Diskurstheorie (idem 1971) ist die zwingende Konsequenz, die er gezogen hat und die dann folgerichtig zu seiner „Konsenstheorie der Wahrheit“ als ausgehandelte und erreichte Übereinstimmung in einer idealen Kommunikationsgemeinschaft führt (idem 1973). Meine „Ko-respondenz-Theorie“ (*Petzold* 1971, 1978c) steht in einem ähnlichen Diskurs und wurde in Auseinandersetzung mit den Überlegungen von *Habermas* in ihrer bis heute gültigen Form (idem 1978c/1991e) ausgearbeitet. Wie *Habermas* in seinem *magnum opus* „Theorie des kommunikativen Handelns“ (*Habermas* 1981) dann souverän begründet, liegen die normativen Grundlagen gesellschaftlicher Prozesse in der Sprache, denn sie fundiert „Wahrheit, Verständlichkeit, Richtigkeit und Wahrhaftigkeit“ als Basis der „Vernünftigkeit“. Damit kann für jede Form der Verständigung und für menschliches Handeln eine normative Basis gefunden werden, die nicht dogmatische Setzung ist, sondern immer wieder im Blick auf die Erfordernisse der sich beständig verändernden Weltverhältnis ausgehandelt werden müssen, wie sein jüngste Buch noch einmal dokumentiert (*Habermas* 2005). Eine solche situationsbezogene Konstitutionsarbeit wird auch notwendig, weil aus der Lebens- bzw. Sozialwelt der Menschen – auch über die Sprache – irrationale Kräfte (*Foucault* würde hier von den „Dispositiven der Macht“, untergründigen **Diskursen** sprechen) in die *Diskurse* einfließen, die sprachlich-diskursiv geklärt werden müssen, um Probleme zu lösen, wie sie durch dissente Geltungsansprüche zwischen Menschen und in jeder Gesellschaft auftreten können (vgl. *Habermas* 1992 in „Faktizität und Geltung“). Auch um zu zukunftsgestaltenden Zielen und Metazielen – etwa eine „politische Verfassung für die pluralistische Weltgesellschaft“ (idem 2005, 324ff) zu gelangen, ist eine sich universalisierende „diskursive Kultur“ notwendig – im Makro- wie im Mikrobereich. *Habermas* bietet für die metatheoretische Fundierung gesellschaftstheoretischer Positionen eine höchst substantielle Basis, denn solche Positionen müssen ja auch im Hintergrund jedes psychotherapeutischen Verfahrens reflektiert werden, da Therapie auch gesellschaftliches Handeln in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in gesellschaftlichem Auftrag ist – for better and worse (vgl. *Berger, Luckmann* 1970 und ihren Aufweis von Therapie als Disziplinierungsinstrument). Damit wird eine Hermeneutik des eigenen professionellen Handelns vor dem jeweils gegebenen gesellschaftlichen Hintergrund mit seinen historischen Bestimmtheiten erforderlich.

Deshalb sei noch kurz auf andere, weiterführende und vertiefende Quelle eingegangen, die eine solche übergreifende Hermeneutik bieten kann und zwar mit Blick auf sprachphilosophische, als auch auf geschichtstheoretische Positionen: ich spreche von *Paul Ricœur* (*Mattern* 1966). Auch hier können nur Aspekte ausgezeigt werden (weiteres *Petzold* 2005p). Wir beziehen uns heute im Wesentlichen auf Konzepte, welche er im Zusammenhang mit seiner phänomenologischen Hermeneutik in ihrer späten, ausgereiften und sozialwissenschaftlich anschlussfähigen Form entwickelt hat.

Für den großen französischen Hermeneutiker hat *Sprache immer einen Gegenstandsbezug* (*Ricœur* in: *Bouchindhomme, Rochlitz* 1990, 211), weil jedem Sagen eine zu sagende Erfahrung vorausgeht, die zur Sprache kommen will, ein Gedanke, der sich auch in „La prose du monde“ bei *Merleau-Ponty* (1969) oder bei *Bakhtin* (1979, 1986a) findet und der wiederum einen Rückbezug auf evolutionsbiologische Überlegungen möglich macht, aber auch sprachwissenschaftlich mit *E. Beneviste, R. Jakobson* u. a. begründet werden kann. Das führt natürlich in – durchaus fruchtbare – Auseinandersetzungen mit der poststrukturalistischen Sprachtheorie und *Derridas* Dekonstruktion. Deshalb wird der Bezug auf den „späten“ *Ricœur* wichtig, der seine frühen Engführungen überwunden hat und durchaus dem Diskurs mit *Derrida* standhalten kann. Wenn *Derrida* sich gegen eine „Beherrschbarkeit des Sinnes“ wendet, so teilen wir das (*Petzold, Orth* 2005a), und auch der späte *Ricœur* vertritt (anders als im Frühwerk) eine solche Position, in der Form, dass für ihn zur Sinnkonstitution die „Interpretation“ hinzu kommen muss, und so „Sinn“ im Raum von Sinnmöglichkeiten gefunden wird, ohne dass damit eine Exklusivität entsteht. *Ricœur* kontextualisiert und temporalisiert konsequent in seiner Hermeneutik wie in seiner Sprachtheorie. Mit

Beneviste hat er eine „Linguistik des Diskurses“ zur Verfügung, deren Gegenstand nicht Zeichen sondern Sätze sind: „Im Diskurs, der sich in Sätzen verwirklicht, bildet und formt sich die Sprache (*langue*). Hier beginnt die Sprache (*langage*). Um es mit einer klassischen Formel auszudrücken, könnte man sagen: Nihil est in lingua quod non prius fuerit in oratione“ .so *Beneviste* (1977, 150). *Ricœur* gelingt es auf dieser Basis, die Hermeneutik an das Sprechen, an die menschliche Existenz, die Sprecher in ihrem Ereignis-Kontexten zu bringen, ihr einen „Sitz im Leben“ zu verschaffen und den kreativen Ereignischarakter der Sprache neben ihrer strukturellen Qualität zu nutzen, denn: „da es zuerst etwas zu sagen gibt, weil wir eine Erfahrung zur Sprache zu bringen haben, ist umgekehrt die Sprache nicht nur auf ideale Bedeutungen gerichtet, sondern bezieht sich auch auf das, was ist“ (*Ricœur* 1976, 21). Sprache als kommunikativer Akt – etwa in Diskursen, Dialogen bzw. Polylogen – und als aktualisierte Sprache ist miteinander verschränkt, wobei die „*langue*“ Möglichkeitsbedingung der Kommunikation ist. *Sprache, Sprecher, Ereignis* sind in dieser Hermeneutik vor dem *Horizont von Welt* verbunden, wie wir auch in unserem oben umrissenen Verständnis von Sprache dargetan haben, und in dieser Verbindung kann sich „Sinn“ artikulieren. „Weil wir in der Welt sind und von Situationen betroffen werden, versuchen wir, uns darin im Modus des Verstehens zu orientieren, und haben etwas zu sagen, eine Erfahrung zur Sprache zu bringen und miteinander zu teilen“, so *Ricœur* (1988, 123) im ersten Band von „*Temps et récit*“ (idem 1983, 118). Für eine therapeutische Hermeneutik ist damit ein Ansatz gegeben, der den Sprecher, den Referenten des Diskurses, einbezieht, den „Text sozialer Situationen“ der Auslegung, gemeinsamer Auslegung zugänglich macht in Ko-respondenzprozessen, in denen in „Begegnungen“ und durch „Auseinandersetzung“ um Konsens bzw. Dissens „gemeinsamer Sinn“ gefunden werden kann“ (*Petzold* 1978c), und dieser muss sprachlich gefasst sein, um für Handlungstransfer, „Kooperation“ zu dienen (idem m1991e).

Ricœur verbindet damit auch höchst eigenständige sprach- und handlungstheoretische Positionen in „Redeakten der Interlokution“, d. h. in unsere Terminologie übersetzt: in dialogisch/polylogischen Gesprächssituationen, die über seine therapierelevante „Hermeneutik des Selbst in Eigenleiblichkeit und Weltbezug“ den Anderen und das Eigene, *Alterität* und *Ipseität* zusammengebunden in seinem zentralen Konzept „*narrativer Identität*“: das Subjekt erzählt sich, vermittelt sich, hat Zuhörer, in deren Geschichten es Bedeutung gewinnen kann, so dass das Selbstverstehen und das Verstehen des Anderen durch Zeichen, Symbole, Texte in *interlokutionären Redeakten* vermittelt ist. Die *Konkretisierungen Ricœurschen* Denkens in der Psychotherapie, am Beispiel des Ansatzes der Integrativen Therapie mit ihrer „narrativen Praxis“, ihrer Entfaltung des Gedankens „narrativer Identität“ zeigen: dieses Denken hat für die Psychotherapie hohe Relevanz (*Petzold* 2001b, p, 2003g, 2005p).

Dies mag für den *Ricœur*-Bezug an dieser Stelle genügen und es sein noch eine weitere Einflußlinie aufgezeigt.

Denken, Sprechen, Handeln erfolgt nach integrativer Auffassung aus einempolyadischen „Wir“, denn „der Mensch, jeder Einzelne, ist Mensch aus dem **Wir** menschlicher Gemeinschaft, eine andere Basis seines Menschseins ist nicht denkbar“ (*Petzold* 1971).

Mit dem entfalteten sprachtheoretischen Hintergrund können wir für unsere interaktive, verbale und nonverbale Integrative (Psycho-)therapie, für ihre **Dialogik** und **Polylogik** eine gute Basis finden, die unsere zentralen Konzepte des „**Polyloges**“ bzw. der „**polylogischen Ko-respondenz**“ unterfängt in einem neuen Verständnis von *interpersonalen*, aber auch *intrapersonalen* Beziehungen, das *Interlokutionen, Sprechakte* nach außen, etwa mit umstehenden SprecherInnen und im Inneren zwischen verinnerlichten SprecherInnen annimmt. Weiterhin wird eine Basis für unser Konzept der inter- und intradisziplinären Diskurse und Ko-respondenzen zwischen Wissens-Communities und Wissensfeldern, ja für inter- und intrakulturelle Diskurse und Metadiskurse (Diskurse über Diskurse) gewonnen. Damit wird die Chance eröffnet, aus der **Polylogik** transdisziplinäre und transkulturelle Erkenntnisse zu gewinnen und das ist doch – wie wir schon ausgeführt hatten - ein recht anderer Ansatz als die philosophische-theologisierende Dialogik *Bubers* (*Perlina*, 1984). In Hinter- und Untergrund unseres Ansatzes steht die immer wieder in diesem Beitrag durchscheinende integrative Idee, dass „Sein Mit-Sein“ ist (Koexistenzaxiom, *Petzold* 1978c), Mit-Sein mit der Welt, mit den Mitmenschen, ein pluriformes Sein, das das „**Wir**“ konstituiert. „Der Mensch ist die *Summe* der Welt, ihr gedrängter Konspekt“ (*Florenskij* 1994, 159). *Bakhtin* spricht von einer „existentiellen Qualität unseres Mit-Seins“ (события бытия). Schon die Antike betrachtete den „Menschen als einen Mikrokosmos“ (*Demokrit* fr. 34), der in den „Makrokosmos“ eingebunden ist¹⁶⁴. Deshalb ist die Welt für alle Menschen ein gemeinsam geteilter und zu pflegender „konvivialer Raum“ (*Petzold* 1971; 2002b; *Orth* 2002) und zugleich ein Ort, in dem alles Gesprochene anwesend ist oder sein kann und im Raum alles künftigen Sprechens

¹⁶⁴ *Florenskij* 1988; *Petzold* 1967 II e

auftauchen kann. Wir leben und sprechen mit den Gedanken, Dialogen, Diskursen Anderer und damit ist **Polylog**, ein Milieu *generalisierter* „Konvivialität“ gegeben: Wir sind immer mit Anderen. Dass dieses Mit-Sein zu einer „Gemeinschaft guten Miteinanders“ (κοινωνία) wird, dass *Konvivialität* in seiner gastlichen Qualität realisiert werden kann (Orth 2002), dazu ist in der Tat eine „Politik der Freundschaft“ (Derrida 2002) erforderlich oder eine Idee umfassender brüderlicher/geschwisterlicher/mitmenschlicher Verbundenheit, die ein „gutes Miteinander“ – *соборность, sobornost'* – in der Gemeinschaft **aller** Menschen **will**: alleinig aufgrund des Menschseins eines jeden (ohne religiöse oder politische oder ethnische Kautelen). Derartige Gedanken sind an vielen Orten immer wieder schon einmal gedacht worden: bei *Demokrit*, bei *Seneca* und *Marc Aurel*, bei *Kant* natürlich und zwar in eminenter Weise – wir verdanken ihm viel (Petzold, Orth 2004b). Wir finden ein solches Denken des Miteinanders (*sobornost'*) auch in der slavophilen Philosophie, wie sie von *Chomiakov*, *Solowjew*, *Kirejewskij*, *Florenskij* (z. T. auf dem Hintergrund der Theologie der Ostkirche) entwickelt wurde¹⁶⁵. Dieses Denken begegnet uns auch bei *Bakhtin* (Coates 1998), es ist ein Hintergrund zu seiner zentralen Idee der *Individualisierung in einer Kommunalität*. „Bakhtin and a host of other Slavic thinkers emphasized the social nature of language and felt that meaning resided neither with the individual, as the traditionalists believe, nor with no one, as deconstruction would have it, but in our collective exchanges of dialogue“ (Honeycut 1994).

In den Möglichkeiten des *Sprechens in der Polyade*, die die fundamentale Lebensform der Hominiden ist, haben die *Interlokutoren* eine schöpferische Freiheit – die des Selbstausdrucks, der die Chance des Verstandenwerdens impliziert, weil die Zuhörer, Gesprächspartner aus dem Hintergrund des gleichen Kontext/Kontinuums schöpfen, die „gleiche Sprache sprechen“. *Alexei Losev* hat dies in seiner „Philosophie des Namens“ auf den Punkt gebracht: „Das Geheimnis des Wortes liegt in seinem Umgang mit dem Gegenstand und seinem Umgang mit anderen Menschen. Das Wort übersteigt die Grenzen einer separaten Individualität. Es ist eine Brücke zwischen dem Subjekt und dem Objekt“ (Losev 1990). Das Selbst als sprechendes, ansprechendes und angesprochenes, als denkendes und gedachtes [„ich will Dein gedenken“] ist demnach immer anderen Selbsten als denkenden, gedenkenden verbunden, eingedenk des nicht aufhebbaren polyadischen „**Wir**“ der Menschengemeinschaft, das der Boden jedes Menschen, die Matrix jedes Selbstes ist. Diesem „**Wir**“ galt und gilt unser Engagement, denn wir **wollen** für die konviviale Qualität dieser Gemeinschaft der Menschen – heute mit globalen Perspektiven – unseren Beitrag leisten, wie bescheiden auch immer.

Es ist, so hoffe ich, mit dieser „tour de force“ ein wenig deutlich geworden, warum eine intersubjektiv ausgerichtete Form der Therapie, und das gilt natürlich nicht nur für den Integrativen Ansatz, sich mit dem Thema Sprache und Sprechen auseinandersetzen muss, und das in einer möglichst breiten Weise und sei es nur, um konsistente Referenzsysteme des Denkens zu finden, Quellautoren wie *Bakhtin*, *Habermas*, *Merleau-Ponty*, *Ricœur*, die für den eigenen Ansatz *anschlussfähig* sind, bzw. für die die eigenen Positionen Anschlussstellen bieten, denn es kann natürlich nicht darum gehen – und das ist das Problem psychoanalytischer Idiosynkrasie – Grundlagen nur aus dem Eigenen zu entwickeln, sondern auch das „Affine“ zu nutzen, wie es die Integrative Therapie versucht.

9. Integrative Therapie als Konnektivierung und Polylog von Philosophie, Psychologie, Biologie, Neurowissenschaft, Kunst ... – ein WEG mit vielfältigen Pfaden zu fundierter klinischer Praxis

Viele der voranstehend angesprochenen Themen verweisen in den Bereich der Philosophie, der Liebe zur und der Pflege von Weisheit. Inzwischen hat auch die Psychologie Weisheit als Forschungsgegenstand entdeckt und wurde „*wisdom research*“ ein neuer Themenbereich (Staudinger, Baltes 1996), der durchaus für die Psychotherapie relevant ist. *Albert Ellis* (1962), der Begründer der Rational-Emotiven Therapie (RET), ist einer der Wenigen, die auf philosophisches Lebenswissen (*Seneca*) zurückgegriffen haben, und neuerdings haben auch Psychotherapeuten, die ein „Embitterment Syndrome“ entdeckt haben und als eigenen DSM-Label zu propagieren bemüht sind (Linden 2003) eine „Weisheitstherapie“ entwickelt (Linden et al 2004, Schippan et al. 2004), die ziemlich flach erscheint. Psychotherapeuten hätten schon lange über den Prozess der Verbitterung bei *Seneca* Wesentliches nachlesen können, weil bei ihm auch schon ein gutes Therapiekonzept beschrieben ist, aber man hat ihn übersehen. Mich hatte er sofort fasziniert:

¹⁶⁵ vgl. *Gratieux* 1939; *Iljine* 1933; *Bird, Jakim* 2002

„Wie alle Fehlverhalten, wenn sie nicht bei ihrem Aufkommen unterworfen werden [*dum surgunt, oppressa sunt*] sich tief einnisten, so gibt auch das, was traurig und elend macht und gegen sich selbst wütet, der eigenen Verbitterung [*acerbitas*] Nahrung, und so wird der Schmerz zur schlechten Lust der unglücklichen Seele“ (*Seneca, ad Marc. 1, 314*).

Seneca, der Philosoph und Seelenführer, beschreibt hier luzide Prozesse der Bahnung in einem geradezu modernen *neurowissenschaftlichen* Sinne und vertritt die therapeutische Strategie der „Hemmung“, deren Wichtigkeit *Klaus Grawe* (2004) zu Recht betont hat – im Budo war sie schon lange bekannt und ist aus dieser Quelle sowie durch neuropsychologische Überlegungen *Lurijas* (1992) und *Bernsteins* (1965) in die Praxis der Integrativen Therapie gekommen. Weiterhin argumentiert er *psychologisch*, verweist er „integrativ“ auf eine psychodynamische Konstellation: ohnmächtig machendes Elend führt zu retroflexivem „Wüten gegen sich selbst“, aus der Verbitterung wird sogar negativistische Lust gezogen, ein anderer Zustand als die Kraft- und Lustlosigkeit der Depression. *Linden* und Mitarbeiter (2004) tun also Recht daran, Depression und „Embitterment“ zu differenzieren. Mit der Kategorie der „unglücklichen Seele“ bleibt *Seneca* indes *philosophisch*, denn in der Arbeit des Menschen an seinem Seelenleben mit dem Ziel einer Gelassenheit der Seele (vgl. idem, *de tranquillitate animi*), durch eine gemeinwohlorientierte Lebensführung und eine Kultivierung von Tugenden, soll er zu einer heiteren, friedvollen Seelenlage gelangen, zu „glückseligen Leben“ (vgl. idem, *de viata beata*).

Wir hatten uns in der Integrativen Therapie seit ihren Anfängen aus eigener, im Elternhaus geförderter „Liebe zur Philosophie“ – *Johanna Sieper* und ich lasen als Jugendliche „de vita beata“, Dank des humanistischen Gymnasiums im Original – die Idee einer „philosophischen Therapeutik“ im Sinne, nicht zuletzt aus der Erkenntnis ihres lebenspraktischen und klinischen Wertes. Ich versuchte mich an der Erarbeitung einer „klinischen Philosophie“ (*Petzold* 1971¹⁶⁶). Wir meinten und meinen, dass es wichtig sei, die Güter der Tradition an Menschenwissen, die Schätze der Menschheitswissens in innovativer Weise nutzen zu können – jenseits intellektueller Abgehobenheit, eingedenk des Rates von *Epikur*:

Es ist in der Tat „für niemanden zu früh und für keinen zu spät, sich um die Gesundheit der Seele zu kümmern“ (*Epikur, ep. ad Menoikus 122*)

Den antiken Weisheitslehrern und Seelenführern in Ost und West, in Daoismus und Epikureismus, Zen und Stoa ging es um Anleitung zu einer angemessenen, maßvollen Lebensführung (*diata*), einer „Lebenskunst“. Das wurde in der integrativtherapeutischen Praxis einer säkular ausgerichteten *Nootherapie* und Praxis zur „ars vitae“ aufgenommen¹⁶⁷. Eng damit verbunden war der Einbezug von Sinn und Wertefragen in der Integrativen Therapie, von meditativen Übungen und Wegen ästhetischer Erfahrung (*Petzold* 1983e; *Orth* 1993), allerdings ohne jede spiritualisierende New Age-Ausrichtung oder Rekurse auf eine „transpersonale“ Psychotherapie (ein für uns aporetischer Begriff, denn alles muss „durch die Person“ – selbst die tiefste meditative Versunkenheit, aus der wieder aufgetaucht, nur die personale Erfahrung Effekte für die individuelle Lebensführung haben kann).

Die integrative „Philosophische Therapeutik“ war bei unseren Konzeptualisierungen nie von der Psychologie losgelöst, denn wir arbeiten ja in der Moderne, nicht in der Antike und deshalb müssen die Erträge der wissenschaftlichen Psychologie – zu Wahrnehmung, Gedächtnis, Kognition usw. – einbezogen werden (*Petzold, Sieper* 2003, 2005). Sie hatte immer einen kulturtheoretischen Bezug (*Petzold, Orth* 1990, 2004b), denn wir stehen in einem kulturellen Leben, dessen Strömungen es zu berücksichtigen gilt: Kunst und Kulturbetrieb haben Wirkungen, die Menschen "schwimmen" in diesen Strömen, müssen auf ihnen *navigieren* (*Petzold, Orth, Sieper* 2000a). Unsere Konzeptentwicklungen waren auch nie vom naturwissenschaftlichen Diskurs abgehoben, der Evolutionsbiologie, den Neurowissenschaften, denn wir waren und sind davon überzeugt, dass komplexe Fragestellungen wie die des Bewusstseins, des Willens, der Aggression im Mikro- und Makrobereich etc. niemals losgelöst von diesen Disziplinen erfolgen kann, sie sind „ins Gespräch“ zu bringen, in *Polyloge*, wie ich in meiner *Polylogtheorie* (*Petzold* 2002c) deutlich gemacht habe, die *Bakhtin* (1981) so viel verdankt. Der *Polylog* zwischen den einzelnen Menschen, den Therapeuten, Wissenschaftlern, Patienten, hat dabei ihre jeweiligen kulturellen Hintergründe mit im Gespräch. Die Kulturen als „soziale Repräsentationen“ (*Marková* 2003; *Moscivici* 2001) sprechen miteinander als Verkörperte durch die Menschen, die sie „eingeleibt“ haben (*Schmitz* 1990). Die Kulturen

¹⁶⁶ Idem 1991a; *Kühn, Petzold* 1991; vgl. *Hadot* 1991, 2001)

¹⁶⁷ *Petzold* 1983e, 1999p; *Neuenschwander* 2005; *Osten, Petzold* 2004; *Petzold, Müller* 2004; *Hegi* 2004

„polylogisieren“, und darin liegt ein unendlicher Reichtum. Unsere philosophischer Lehrer in der „Multidiskursivität“, *Maurice Merleau-Ponty* und *Paul Ricœur*, sind exemplarische Beispiele für gelebte Polylogik.

Meine eigenen Ausführungen zu zentralen Themen einer „Integrativen Humantherapie“ oder die mit meinen engsten MitarbeiterInnen *Ilse Orth* und *Johanna Sieper* (2000a)¹⁶⁸ verfassten Kerntexte – etwa: „Transgressionen, das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch ‚Überschreitung‘ in der Integrativen Therapie“ oder meine „Theateraphorismen“ (*Petzold* 1982g, einer meiner wichtigeren Texte) – waren immer *polylogisch* ausgerichtet und oft in *Konnektivierungen* gegründet: des philosophischen und klinisch-psychologischen und des neurowissenschaftlichen Diskurses, oft auch des kulturwissenschaftlichen, künstlerischen (idem 1999p). Meine Theorien des „komplexen Bewusstseins“ oder die zentrale Konzeption des „Informierten Leibes“ (idem 1988n, 2002j) stehen dafür exemplarisch und natürlich mein/unser Gesamtwerk in seiner ganzen Breite. Leider, muss ich sagen, habe ich den kulturtheoretischen Diskurs, das Beiziehen von Kunst und Literatur, nicht immer ausreichend in meine Veröffentlichungen integriert – in meinem Denken und unseren Gesprächen war dieser Diskurs stets präsent. – Was wäre unser Denken ohne den „Zauberberg“, den „Mann ohne Eigenschaften“, die „Legende vom Großinquisitor“, „Die Verwandlung“ ... , ohne *Leonardo*, *Goya*, *Picasso* ..., von der Musik ist nicht zu schreiben, sie klingt auf! (idem 2002h).

Die Konnektivierung der genannten *Diskurse* ist dabei immer bemüht – auch das verdanken wir *Ricœur* –, die Eigenart und Eigenständigkeit der Diskurse zu nutzen, zu bewahren, sie nicht einem hegemonialen psychologisch-psychotherapeutischen Paradigma unterzuordnen, (wie es in der psychoanalytischen Literaturhermeneutik oftmals erfolgte) oder das psychologische Paradigma dem philosophischen unterzuordnen, wie es z. T. in der Daseinsanalyse und vielleicht zuweilen auch in *Frankls* Ansatz geschehen ist. Von *Frankl* wurde indes das Sinnthema deutlich in klinischer Ausrichtung angegangen, eine Thematik, die in der Mainstream-Psychotherapie sehr vernachlässigt wurde, obwohl genau dieses Thema zeigt: ohne Schnittstellen zwischen Philosophie, Psychologie, Neurowissenschaften und – *Fried* 2004 unterstreicht das neuerlich mit seinen Arbeiten – Kulturwissenschaften, kommt man nicht weit¹⁶⁹. Denn damit vergibt man Erklärungs- und Wirkungspotentiale, die in der spätmodernen Zeit der „neuen Unübersichtlichkeit“ (*Habermas*), der Orientierungsprobleme und normativen Unsicherheiten nicht verschenkt werden sollten. Orientierungslosigkeit beunruhigt, und prolongierte Zustände der Beunruhigung sind wahrscheinlich krankheitsfördernd. *Nootherapeutische* Themen und Sinnfragen waren für uns nie von einer naturwissenschaftlichen, klinischen und sozialpragmatischen Ausrichtung unserer therapeutischen Arbeit abgekoppelt¹⁷⁰, weil wir davon überzeugt waren und sind, dass psychologische, neurowissenschaftliche und philosophische Positionen verbunden werden können, ja sollten (*Petzold* 1988 a, b) und nicht in Unverbundenheiten verbleiben oder zur Reproduktion von Gegensätzlichkeiten in der eigenen Disziplin führen dürfen. *Vygotsky* (u. a. unter Bezug auf Spinoza) und *Lurija* hatten das schon in den zwanziger Jahren versucht (*Sieper*, *Petzold* 2002). „Innerhalb der Psychologie liegen diese Ansätze dem Streit zwischen der erklärenden, physiologischen und der beschreibenden, phänomenologischen Schule zugrunde. Einer der wichtigsten Faktoren, der mich zu Wygotskij gezogen hatte, war sein Beharren auf der Notwendigkeit, die Krise zu beenden“ (*Lurija* 1993, 178) – und der große Neurowissenschaftler blieb diesen Bemühen treu und setzte es beispielhaft in der Patientenarbeit um, wie sein großartiges Buch „Der Mann, dessen Welt in Scherben ging“ (idem 1991) zeigt. Viele Denker und Denkerinnen haben sich einem solchen Projekt der Konnektivierung von Diskursen verpflichtet: *Sherry Turkle* (1998) der Verbindung von Lacanschem Denken und Informationswissenschaft, *Donna Haraway* (1995) der Verbindung von Biologie und Kulturtheorie. Der Philosoph *Ricœur* und der Neurowissenschaftler *Changeux* (1998) haben in ihrem Dialog Wege diskursiver Annäherungen und sauberer kategorialer Trennschärfe gewiesen und geniale Naturwissenschaftler, Philosophen und Mystiker wie *Pawel Florensky* (1998) – er wurde in einem stalinistischen Gulag ermordet – oder *Teilhard de Chardin* (1959) haben gezeigt, dass es auch vielfältige Wege gibt, naturwissenschaftliche und religiöse Weltbilder aneinander *anzunähern*. Sie auf gleicher Ebene

¹⁶⁸ vgl. jetzt dieselben (2005): „Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung.

¹⁶⁹ vgl. *Dittmann-Kohli* 1995; *Fahrenberg* 2003; *Fried* 2004; *Hüther* 2004; *Ricœur* 2000, *Metzinger* 1995; *Singer* 2002, - eine recht umfassende Übersicht: *Petzold*, *Orth* 2005,

¹⁷⁰ *Petzold* 2002h; *Petzold*, *Orth*, *Sieper* 2000

zu verbinden, wie es esoterische, transpersonale oder neomystizistische Autoren immer wieder versuchen, erscheint uns nicht möglich. Man endet in Kategorienfehlern und Theoriekontaminationen (Petzold 2005b). Integrative Therapie hat für die Konnektivierung weit ausgegriffen, weiter als die meisten Ansätze der Psychotherapie – das man mag als Problem sehen. Mit ihrem Konzept des „informierten Leibes“ (Petzold 2002j, 2003a, Bd. III) wird aber deutlich, wie fruchtbar ein solcher Ansatz sein kann, denn es gilt, neue Entwicklungen miteinander aber auch zu den traditionellen Wissensständen hin zu verbinden. Neue Forschungsgebiete wie die *Evolutionarypsychologie*¹⁷¹ die – flankiert durch die „behavioral genetics“ (Plomin 2000) – auch auf die Psychotherapie Einfluss gewinnt (Kennair 2004, 2005; Petzold, Orth 2004b) sind zu rezipieren und auszuwerten. Gerade bei den derzeitigen Entwicklungen, in denen Psychotherapieforschung und Neuro- bzw. Biowissenschaften neue Paradigmen haben aufkommen und stark werden lassen, wird ein breiter, mehrperspektivischer Blick erforderlich, denn evidenzbasierte Psychotherapie (Bergin, Margraff), Neuropsychotherapie (Grawe, Schiepek) fordern die alten Verfahren, insbesondere die Psychoanalyse und die Humanistischen Methoden heraus, ja beanspruchen oft, sie grundsätzlich infrage zu stellen, und dann wird exzentrische Überschau erforderlich. Manche dieser Infragestellungen sind durchaus berechtigt und schon seit langem überfällig. Die angemeldeten Erklärungsansprüche – etwa der Neurowissenschaften – sind aber so solide nicht, wie sie sich geben. Vieles gründet auf Tierexperimenten, Vieles wird überstrapaziert und es werden Konklusionen gezogen, die die Forschungslage (noch) gar nicht hergibt – krass gerade in Bauers (2005) „Auswertung“ der Forschungen über die „Spiegelneuronen“ (Rizzolatti et al. 1996; Stamenov, Gallese 2002). Und auch die Pathogenese durch „frühe Schädigungen“, die derzeit durch die Entwicklungsneurobiologie wieder eine starke Stütze zu erhalten scheint, ist keineswegs überzeugend durch Longitudinalstudien abgesichert, die dem Stand dieses Paradigmas entsprechen, aber man titelt sofort und mit Triumph „Freud hatte doch Recht“, ohne zu sehen, dass die nachhaltigen Einflüsse früherer Erfahrungen eine Banalität sind – schon Aristoteles und Augustinus haben sie beschrieben –, dass aber die neuen Ergebnisse der Entwicklungsneurobiologie und der Longitudinalforschung der „developmental psychopathology“ keineswegs den Freudschen und traditionell psychoanalytischen linearkausalistischen Determinismus bestätigen, sondern nonlineare Verläufe aufzeigen, in denen *protektive Faktoren* „shielding-“ und „buffering-Effekte“ bewirken können, Resilienzbildung zu fördern vermögen (Petzold, Müller 2004). Es werden die Forschungen zum „neurowissenschaftlichen Unbewussten“ (Perrig et al. 1993) einfach analogisierend dem Freudschen Unbewussten parallelgestellt und damit die Richtigkeit seiner Annahmen behauptet (Roth 2002), ohne zu erfassen, dass es sich hier um kategorial gänzlich unterschiedliche Verständnisse des Unbewussten handelt, nämlich einmal in der Freudschen Hauptbedeutung „das Verdrängte“, das durch Analyse „aufgedeckt“ und dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden kann, zum anderen die fungierenden neurobiologischen Prozesse, die sich jeglicher Introspektion und Fremdempathie grundsätzlich entziehen, also Freuds Sicht und vor allem seinen therapeutischen Ansatz *nicht* stützen. Die offensichtlichen Probleme, die die neurobiologische Forschung für die Psychotherapie aufwirft, sind noch weit davon entfernt, gelöst zu werden: Da wird die kaum zu beeinflussende, determinierende Nachwirkungen belastender Frühereignisse vorgetragen – aber was soll dann Psychotherapie noch? Oder es wird eine sehr hohe Neuroplastizität aufgezeigt, ohne dass man schon differentiell weiß, für welche Bereiche und Funktionen sie vorliegt und wie man sie therapeutisch nutzen und steuern kann – Grawes „Neuropsychotherapie“ bietet neben einigem Innovativen für die konkrete Praxis nicht mehr als therapeutische Allgemeinplätze. Hier ist noch viel Forschungsarbeit notwendig, sind noch große Entdeckungen zu erwarten und wird deshalb besonnenes Abwägen erforderlich. Diese neuen Paradigmen sind weiterhin nicht unproblematisch, weil sie in der Gefahr stehen, aus neurowissenschaftlichen Detailergebnissen zu weitreichende Schlussfolgerungen zu ziehen: den „Freien Willen“ gebe es nicht, das Rechtssystem müsse grundsätzlich verändert werden (Singer, Roth u.a.), aber die Fragen sind noch gar nicht genug ausdiskutiert, als dass man sie populär/populistisch ausbreiten kann, wie unsere großen Reader zum Willenthema zeigen (Petzold, Sieper 2003, 2005). Naturwissenschaften dürfen, ja müssen in einem Paradigma des „experimentellen Reduktionismus“ arbeiten, aber die Ergebnisse dürfen – auch unter naturwissenschaftlichem Anspruch – nicht ausschließlich *reduktionistisch* interpretiert werden, die der *Komplexität des Menschen*, lebendiger Systeme, menschlicher Welt- und Lebensverhältnisse, den Fragen zu Gesundheit, Krankheit, Leiden und Lebensglück, Sinn und Gerechtigkeit nicht entsprechen. Prigogine (1973) hat das immer wieder betont, in dem er die Trennung von Natur- und Geisteswissenschaften, als in ihren unterschiedlichen Zeitverständnisse wurzelnd problematisierte. Lebendige Systeme müssen nach den für sie geltenden Regeln verstanden werden, für die Nicht-Linearität, die letztlich Unvorhersagbarkeit von

¹⁷¹ Buss 1999; Corballis, Lea 1999; Mysterud 2003

Entwicklungsdynamiken als Verzweigungskaskaden kennzeichnend sind (*Prigogine, Stengers 1993*). Derartige epistemologische Fragen müssen im Vorfeld oder zumindest „unterwegs“ geklärt werden, wenn man sich mit der Neurobiologie des menschlichen Gehirns befasst, weil man ansonsten biologische Systeme mit dem Paradigma Newtonscher Physik betrachtet, ein Problem, in das m. E. *Grawe (2004)* teilweise hineingelaufen ist. Zwar verweist er in seinem Werk 1998 (S. 460ff) auf die Modelle nichtlinearer Systeme u. a. auf *Prigogine (1973)*, aber er nimmt dieses Denken in „Neuropsychotherapie“ (*Grawe 2004*) nicht auf, so dass zumindest in dieser Hinsicht die beiden Werke seltsam unverbunden nebeneinanderstehen – ihre Kenntnisstände sind sicher nicht integriert –, ja die *Modellbildung*, etwa das Konsistenzkonzept (*ibid. 189*), fällt immer wieder hinter den Theorienstand bzw. die Elaboration der Modellbildung des Werkes „Psychologische Therapie“ (1998) zurück.

Neurobiologie klärt uns über Transmittergeschehen, Hirnstoffwechsel, neurohumorale Prozesse auf bis zu ihren Auswirkungen in die Neuroanatomie. Sie klärt uns *nicht* auf über emotionale Wertungen (*valuations*) und kognitive Einschätzungen (*appraisals*) auf individueller und kollektiver Ebene, über Interpretationen, Einstellungen, Haltungen, Entscheidungen des *personalen Subjektes in seinem Kulturraum*. Deshalb kann es nicht primär und letztendlich um die „Veränderung von Gehirnen“ (*Grawe 2004, 447*) gehen, auch wenn ohne dieses nichts möglich ist. Man bewegt sich hier am Rande des einen „schlechten Reduktionismus“ und auch *Grawe* sieht hier „eine Gefahr ... dass der Mensch mit seinem ganzen Leben ... in den Hintergrund rückt“ (*ibid.*). Er ist ihr nicht vollends entgangen, weil er die anthropologischen Fragen (*Petzold 2003e*) nicht geklärt hat. Klinische Entwicklungspsychologie und klinische Sozialpsychologie werden für die Erforschung und Klärung dieser Fragen herangezogen müssen, genauso wichtig aber sind kritische Kulturwissenschaften und eine moderne „**klinische Philosophie**“ (*Petzold 1971*) – so der Titel des ersten Bandes meines Werkes „Integrative Therapie (idem 1991/2003a). Sie muss versuchen, die *naturwissenschaftlichen* und *kulturwissenschaftlichen* Diskurse aneinander anzunähern, ohne den einen dem anderen hegemonial über- bzw. unterzuordnen.

Das Konzept „klinischer Philosophie“ versuchte ich wie folgt zu bestimmen:

„**Klinische Philosophie** ist eine *den Menschen zugewandte* (*κλίνειν* = sich hinwenden) Liebe (*φιλία*) zur Weisheit (*σοφία*), ein Lebenswissen, das Grundlage jeder engagierten Praxis von ‘Menschenarbeitern’ in helfenden und entwicklungsfördernden Berufen sein sollte. Sie nutzt die Schätze philosophischer Arbeit von der antiken Seelenführung (*Seneca, Epictet*) bis zu den Auseinandersetzungen mit der ‘*condition humaine*’ in der Philosophie der Gegenwart“ (*Petzold 1971*).

Andererseits versuchte ich, von den Bedingungen der klinischen Situation und ihren Wissensständen auszugehen.

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

Was wäre Psychotherapie heute ohne **Polyloge** mit **Biologie**/Molekularbiologie/Genetik, mit **Medizin**/Hirnforschung/Neurophysiologie/Immunologie, mit **Psychologie**/Kognitions-/Entwicklungspsychologie, **Soziologie**, **Linguistik**? Die Ergebnisse dieser Disziplinen müssen von theoretisch arbeitenden Spezialisten in der „community of psychotherapists“ rezipiert werden vor dem Hintergrund und unter Auswertungen „kultureller Diskurse“ (*Foucault*), um für die klinische Theoriebildung und Praxis Materialien der Reflexion und für die Reflexion zur Verfügung zu stellen. Das kann keine Sache von Einzelnen sein, sondern muss eine Angelegenheit der „community“ und ihrer Diskurse sein.

Klinische Philosophie will Materialien aus der psychotherapeutischen Theoriebildung und Praxeologie unter metareflexiver Perspektive untersuchen, etwa auf erkenntnistheoretische oder ethische Implikationen oder Konsistenzprobleme hin. Sie zielt schließlich darauf ab, TherapeutInnen eine *Exzentrizität* zu ihrem Denken und Tun zu vermitteln, einen selbstkritischen Blick, der Dogmatismen entgegenwirkt, was PatientInnen wie TherapeutInnen gleichermaßen zugute kommen soll.

Dabei muss „klinische Philosophie“ eine Brückenfunktionen haben. Sie ist weit davon entfernt, sich als eine Supradisziplin zu etablieren, denn Erkenntnisse mit **transdisziplinären** (Petzold 1998a, 27) Qualitäten werden aus vielstimmigen, **interdisziplinären Diskursen** gewonnen, die ich mit dem Begriff **POLYLOG** kennzeichne. Klinische Philosophie verbindet Therapie mit der Vielfalt des Denkens, der Mannigfaltigkeit des „überdachten Lebens“. Die *Sophia*, die Weisheit, der unsere Liebe und Freundschaft (*philia*) gilt, ist das Verbindende *kat' exochen*. Derartige Überlegungen führen zwingend zum Konzept einer „philosophischen Therapeutik“ (Kühn, Petzold 1991).

„**Philosophische Therapeutik** nutzt die theoretische und praktische Beschäftigung der Philosophie mit dem Menschen, mit der *conditio humana*, ihre Geistesarbeit und Reflexion von Lebensgeschehen, in denen das Bemühen von Menschen, der Menschheit kulminiert, sich selbst und die Anderen im Lebens- und Weltzusammenhang auf der *individuellen* und *kollektiven* Ebene zu verstehen, um zu lernen, mit sich adäquat umzugehen, sich zu handhaben, das Leben zu bewältigen, zu meistern, zu gestalten aus erworbenem *Lebenswissen* und aus *Lebenspraxen*, aus *Lebensweisheit*, die zu einer *Lebenskunst* führt. Dieses Wissen wird in der klinischen Arbeit mit Patienten und Patientinnen genutzt und umgesetzt: um *menschengerechte*, nicht-reduktionistische Therapiekonzepte zu gewinnen, Ziele und Metaziele zu begründen, erprobte Praxen der ‘philosophischen Seelenführer‘ (z. B. Lao-tse, Sokrates, Seneca, Ibn Sina/Avicenna, Spinoza, Kant u.a.) aller Zeiten und Kulturen nutzen zu können und wissenschaftlich durch klinische Erfahrung und empirische Forschung erarbeitete Praxeologie anthropologisch und wertetheoretisch bzw. ethisch und auf Sinn und Zieldimensionen hin zu fundieren. In einer solchen Perspektive werden **philosophische Therapeutik** und eine **klinische Philosophie** für jedes Therapieverfahren unverzichtbar und, ein Fehlen solider Überlegungen zu diesen Fragestellungen muss als ein erhebliches Defizit angesehen werden, das zu beheben mit erheblichen Anstrengungen in Angriff genommen werden sollte, damit Psychotherapie *Sinn macht*“ (Petzold 1971).

Die Anforderungen an eine moderne Psychotherapie haben mit kritischen Bestandsaufnahmen zu beginnen, um im Strom der Weiterentwicklungen weitgreifend zu navigieren, geht es in der Psychotherapie doch um nicht mehr und nicht weniger als um eine „angewandte Wissenschaft vom Menschen“, eine Wissenschaft, die darum bemüht ist, das Wesen des Menschen auf individuellen und kollektiven Dimensionen zu verstehen und seine Krankheiten (*Pathogenese*) und sein Gesunden (*Salutogenese*) in den Kontexten seiner Biographie und seiner gesellschaftlichen Realität zu begreifen, persönliches und soziales Sinnverstehen zusammenzuführen und angemessene „*WEGE* der Heilung und Förderung“ zu finden (siehe Petzold, Orth, Sieper 2005).

Es ist schon schwer genug, für eine moderne, integrative Position in der Psychotherapie die Diskurse von Philosophie, Psychologie und Neurowissenschaften theoretisch „hinlänglich konsistent“ (mehr ist nicht möglich) zu *konnektivieren* – möglichst auch noch Kulturwissenschaften und Kunst zu „konsultieren“, denn Kunst ist eine eminente Möglichkeit der Wirklichkeitserkenntnis und der Bereicherung des Menschswissens. In diesem Bemühen kommt man auf den *WEG* einer ganzheitlichen und differentiellen Humantherapie in Pflege ko-respondierender, inter- und transdisziplinärer Diskurse, die ein hinlängliches Wissen über die *Möglichkeiten und Grenzen des Integrierens* (Orth 1993; Petzold 1993o) umfassen müssen und einer Wertschätzung der *Differenz*, des *Differenten* verpflichtet sind (Petzold 2003a; Ricœur 2000). Solche konnektivierende Integrationsarbeit ist eine schwere und reiche Aufgabe voller Mühen, und sie führt zu keinen „glatten“ Ergebnissen, führt auch durch manche Unklarheiten und Dunkel und an kein Ende. In dieser Arbeit und diesen Versuchen des Navigierens »war uns der „dunkle“ *Herakleitos* zu einem Leuchtf Feuer geworden. Er hat „ein Licht angezündet in der Nacht“ (idem, Fragment bei Diels, Kranz 1964, 22 B 26), dessen „vernünftiges Feuer“ (ibid. 22, B 64) uns, die wir von Berufswegen als Psychotherapeuten mit Selbsterkenntnis und Welterkenntnis befasst sind, in der Undurchschaubarkeit der Welt und in der Finsternis des Unwissens leuchtet« (Petzold, Sieper 1988b/1991a, 418).

Deshalb soll man nicht zögern, diese Arbeit der Durchdringung der Meere des Wissens und des mutigen Steuerns in die Ozeane des Noch-Nichtwissens in Angriff zu nehmen, weil es in diesen Dunkelheiten Leuchtf Feuer gibt – und vielleicht wird man selbst für einige Zeit ein solches. Es kann uns dann selbst und es kann vielleicht Anderen leuchten.

Zusammenfassung: Integrative Therapie – neue Wege einer Humantherapie in der Lebensspanne. Das „erweiterte“ biopsychosoziale und entwicklungsorientierte Modell moderner Psychotherapie

Der Text stellt wesentliche Entwicklungen der Integrativen Therapie zwischen „Tradition und Innovation“ vor im Kontext des sich entwickelnden Feldes der Psychotherapie. Die Herausforderungen der Neurobiologie, von der Integrativen Therapie seit

ihren Anfängen mit den Arbeiten *Lurijas* u. a. beachtet, und der Komplexität der spätmodernen Lebenswelt verlangen neue Wege der Behandlung und Förderung, etwa eines „organizing and facilitating“ von Lebensstilveränderungen, den Einbezug einer „philosophischen Therapeutik“, das Aufgreifen von „vernachlässigten Themen“ wie Friedfertigkeit, Trost, Bossartigkeit, Wille in der Praxis der Behandlung. Integrative Therapie wird als „proaktiv“ orientiertes Verfahren dargestellt, das sich auf künftige Entwicklungen im Bereich der Therapie im Interesse ihrer Partner, der Patienten und Klientinnen vorzubereiten bemüht ist.

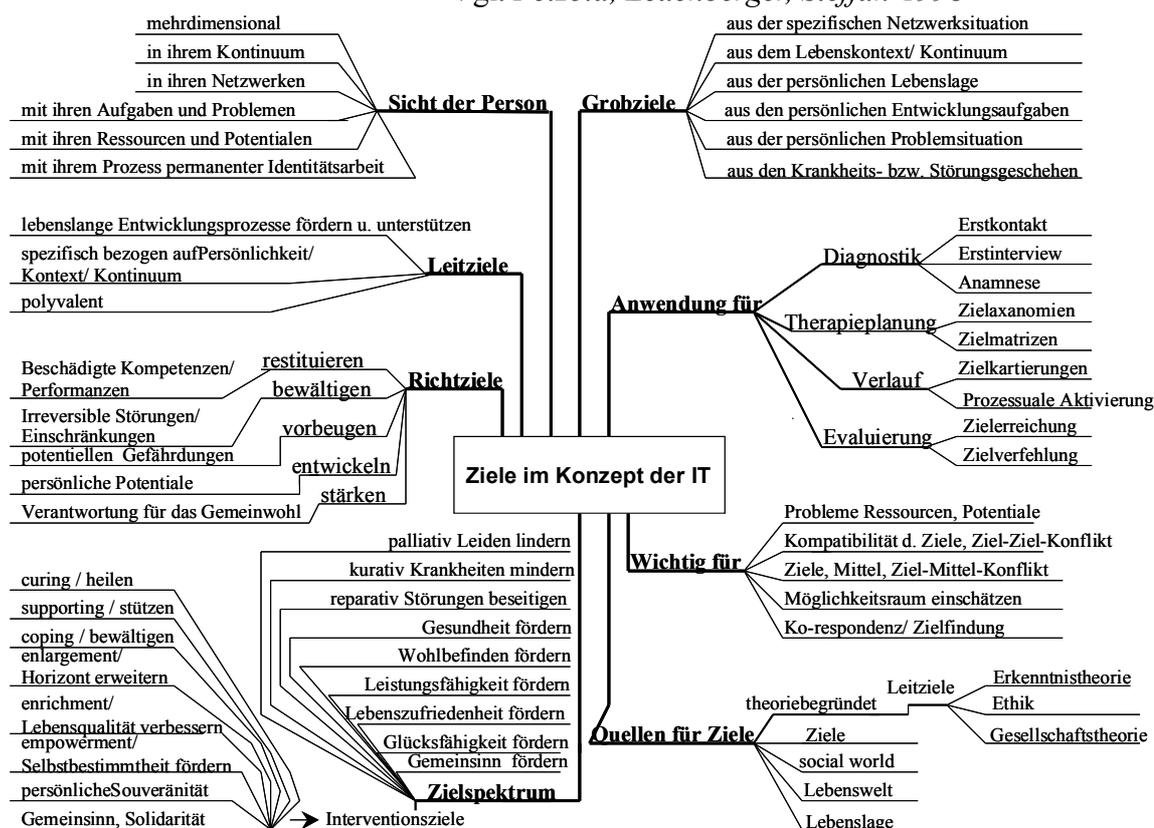
Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Theorieentwicklung, Lebensstilveränderung, Feldentwicklung in der Psychotherapie, Neurobiologie

Summary: Integrative Therapy – New Ways of Humane Therapy in the Life Span. The “Enlarged” Biopsychosocial and Development Centered Model of of Modern Psychotherapy

The text presents significant developments of Integrative Therapy between „tradition and innovation“ within the context of the developing field of psychotherapy. The challenge of neurobiology, being taken up by Integrative therapy since its beginnings with the work of *Lurija* a. o. and the complexity of the life world in late modernity is asking for new ways of treatment and fostering, e. g. of “organizing and facilitating” of lifestyle changes, using “philosophical therapeutics”, taking up neglected themes as peaceful mindedness, comfort, evil mindedness, will power essential for the practice of treatment. Integrative Therapy is presented as a “proactive” oriented approach, which is preparing for future developments in the domain of therapy for the sake of its partners, the patients and clients.

Key words: Integrative Therapy, theory development, lifestyle change organizing, field development of psychotherapy, neurobiology

**Anhang I:
Überschau zu Zielstrukturen in der Integrativen Therapie**
Vgl. *Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*



Anhang II

Zu den Begriffen Trieb, Antrieb, Narrativ in der Integrativen Therapie

Heute fassen wir den Begriff „Impetus“ oder „Antriebe“ wie folgt: „Das, was in der älteren Biologie und Ethologie als ‘**Triebe**‘ bezeichnet wurde, wird aus Integrativer Position als komplexe ‘*motivierende Verhaltensdispositive*‘ gesehen, d.h. als Dispositionen und Potentiale für einen *kontextualisierten, zielorientierten Verhaltensantrieb*. Solche *Dispositive* sind aus einer modernen, evolutionsbiologischen Sicht von ihrem Ursprung her *evolutionäre Programme*, die sich in der *interaktiven* Auseinandersetzung von Lebewesen mit ihrer relevanten Umwelt und untereinander als *evolutionary narratives* ausgebildet haben, Erzählungen über diese Interaktion mit all den Erfahrungen und Regeln (Muster, Schemata), die daraus resultierten und im Genom niedergeschrieben sind. Diese *Narrative interagieren* (*Narrative* über Fürsorge- und Vorsorgeverhalten, Brut- und Wundpflegeverhalten, Territorial-, Paarungs-, Aggressions-, Verteidigungsverhalten, einfaches und komplexeres Sozialverhalten: Arbeits-, Jagd-, Kampfverhalten, aber auch kultische Geburts-, Paar-, Jahreszeiten- und Totenriten in Gruppen, Stämmen, Völkerschaften – bis hin zu nationalen Inszenierungen in Makrogesellschaften, Nationalfeiertage, Sieges- und Befreiungsfeiern etc., denn mit zunehmender Komplexität von Gesellschaften abstrahieren und virtualisieren sich die Narrative). Durch Interaktionen von Narrativen kann z.B. ein Brutpflegenarrativ ein Jagdnarrativ *hemmen*, ein Unterwerfungsnarrativ ein Aggressionsnarrativ moderieren, eine Tributzahlung einen Eroberungskrieg verhindern, eine Konvention Gefangenentötung ausschließen etc. *Narrative* (re)inszenieren sich, wenn die entsprechenden Schlüsselreize bzw. Kontextstrukturen vorhanden sind bzw. angeboten werden und die *affordances of the environment* (Gibson) Handlungsmöglichkeiten bereitstellen, für die das Lebewesen Handlungsmuster (*effectivities*, Performanzmuster und -schemata) bereit hat. Sie können indes durch die in den (Re)inszenierungen gemachten Erfahrungen in mehr oder weniger großem Maße *modifiziert* werden. An die Stelle des Triebbegriffes stellen wir also den Begriff der *evolutionären Dispositive bzw. Narrative* als Grundlagen von geregelten ‘*perception-action-cycles*‘, sozialen Aktionen und Interaktionen zur Bedürfnisbefriedigung, Welt- und Lebensgestaltung, zur Regulation der Verhältnisse zwischen Einzelindividuen, Gruppen, ja Nationen [*Affiliationsnarrative*, die freundliches Miteinander ermöglichen, *Exterminationnarrative*, die Vertreibung, Unterjochung, Ausrottung programmieren]. Wir sind damit einer interaktionistischen Betrachtungsweise verpflichtet, die auch den sonstigen – anthropologischen, entwicklungspsychologischen, persönlichkeits-theoretischen - Konzepten des Integrativen Ansatzes entspricht und Erklärungsfolien für die soziale Mikro- und Makroebene ermöglicht“.

Antriebe (nicht Triebe) als z.B. durch Schlüsselreize ausgelöste Appetenzen, die sich in biosozial geformten Verhaltensmustern (Schemata, Stile, Skripts, das sind statische Begriffe) als *Verhaltensprozessen* inszenieren, sind also als *evolutionary narratives* Niederschlag der Interaktionen von Organismen mit ihrem Umfeld und untereinander, eine *Erzählung* über diese Interaktionen, ein *Handlungsrahmen* als *Verhaltensdispositiv*, festgehalten im Gedächtnis des Genoms (*embodied*), diesem Dokument höchster Generalität (allen Primaten gemeinsam) und höchster Spezifität (für jedes einzelne Exemplar der Spezies spezifisch) und festgehalten in den Möglichkeiten der Umwelt, in die der Organismus eingebettet (*embedded*) ist und die „Feldbedingungen“ für Verhaltensperformanzen bereitstellt (Petzold 2003e). Die selbst- bzw. hyperreflexive Kultivierung der menschlichen Antriebe steht grundsätzlich im Dienste einer Entwicklung von **Hominität**.

Anhang III

Einführungsbrief

Univ. Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold
Düsseldorf 2005-08-01
Forschung.EAG@t-online.de

Einführungsbrief an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer
der ersten Studienkorte für den „*Master of Science in Integrative Therapy*“
am „Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems“

Liebe Freunde und KollegInnen,

Ich habe mir die Mühe gemacht, für dieses Seminar kurzfristig noch einen Text zu schreiben, der die Besonderheiten der „Integrativen Therapie“ im Kontext der sich vollziehenden gravierenden Veränderungen im psychotherapeutischen Feld aufzuzeigen versucht: ihre Verortung vor dem biographischen und professionellen Hintergrund (1.-1.2) zwischen Innovation und Tradition, ihre Verbindung von Natur- und Kulturwissenschaft, Biologie und Philosophie, ihre ideologiekritische (und damit durchaus psychotherapiekritische Haltung, die auch auf das eigene Verfahren anzuwenden ist – *Nietzsche* (Morgenröte I, 1010) sprach von der „Wühlarbeit unter den eigenen Füßen“), ihr sozialpolitisches Engagement, ihre Position in den Entwicklungen des therapeutischen Feldes (2. 4.). Es werden zentrale Konzepte und Innovationsorientierungen dargestellt (ab 5.), und es wird noch einmal auf den Punkt gebracht, warum „**Integrative Therapie als Humantherapie**“ und nicht nur als *Psycho*-therapie konzipiert wurde - und das sind keine Wortspielereien. Warum ihr eine gesellschaftskritische Sicht wichtig ist und sein muss, zeigt ein Blick in die augenblickliche Weltlage. Ich habe etwas Zeit darauf verwandt, vernachlässigte Themen der Psychotherapie aufzugreifen: Trost, Friede/Friedfertigkeit, Aggression/Bösartigkeit, die indes für integratives Denken und Handeln m. E. zentrale Bedeutung haben.

Die forschungsfreundliche Haltung der IT habe ich unterstrichen. Menschen haben das Recht darauf, mit gut untersuchten, nebenwirkungsarmen und ideologisch-kritisch metareflektierten Methoden behandelt zu werden. Zentral ist, dass die IT in einer eigenständigen Theorie „komplexen Lernens“ gründet (vgl. *Sieper, Petzold* 2002), was oft nicht gesehen wird – aber wie will man Veränderungen bewirken, ohne ein konsistentes Konzept des *Lernens*? Die Psychotherapie als Disziplin zeigt in ihrer kurzen Geschichte überwältigend die Vorläufigkeit des Wissens, die „heraklische Frische“, mit der man sagen kann, dass „die Sonne jeden Tag neu“ sei (*Heraklit*). Sie zeigt mit all ihren Wandlungen, Irrtümern und Entdeckungen, wie bescheiden TherapeutInnen mit Blick auf „letzte Gewissheiten“ sein müssen und wie neugierig sie auf das Verstehen der Menschen und des Lebens, das Verstehen ihrer selbst, sein und bleiben können. Psychotherapie ermöglicht – wie wenig andere Disziplinen – in der „Erfahrung seiner selbst“ einen Blick auf das eigene Schicksal, die eigenen Schwächen und die Mühen und Freuden, Stärken, die Talente, welche es zu kultivieren und zu entwickeln gilt, um „Bildhauer der eigenen Existenz“ (*Foucault*) zu sein. Die differentielle Theorie der *Selbsterfahrung* der IT (*Petzold, Orth, Sieper* 2005) hat das herausgearbeitet. Jeder Überlegenheitsgestus erübrigt sich da, und das bestimmt dann auch die Haltung unseren PartnerInnen, den Patienten und Klientinnen, gegenüber.

Integrative Therapie ist keineswegs nur „talking cure“. Sie ist handlungskonkrete Begleitung auf dem *WEG*, zu einer heilsamen Lebenspraxis, um zu einem *konstruktiven Lebensstil* zu finden, und sie ist dabei auf die ganze Breite menschlicher Lebensvollzüge und Alltagserfahrungen gerichtet. Sie gibt Lebenswissen weiter und hilft, eigenes Lebenswissen und persönliche Sinnhorizonte zu entwickeln. -Dieser Text ist heute, für dem Seminaranfang, fertig geworden, und das ist ja ein „historisches Seminar“ für die Integrative Therapie. Ich hoffe, dass er dazu beiträgt, Sie noch mehr an den „Integrativen Ansatz“ heranzuführen – durchaus auch die, die sich schon lange mit diesem Ansatz befassen –, denn er fließt weiter im Strom des *Heraklit*. Ich wünsche mir, dass er zu Ko-responsenden und fruchtbaren Diskursen anregt.

Mit kollegialen Grüßen

Hilarion G. Petzold

Literatur beim Verfasser