

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2014

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

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

Textarchiv H. G. Petzold et al.

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

*Hilarion G. Petzold, Ilse Orth (2014a/2023): Regressionsideologien - Linearkausale Wirkungen „früher Störungen“ und das „undifferenzierte parentale Paradigma“ der Pathogenese und nachsozialisierenden Therapie **

Diese Arbeit hat die Sigle 2014a/2023 und ist erschienen in:

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie, S. 170-261; entnommen aus dem Beitrag von H. Petzold, J. Orth (1999a + b): ‚Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld - Präzisierungen Integrativer Positionen‘.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Diese Arbeit hat die Sigle.....

Zusammenfassung: Regressionsideologien - Linearkausale Wirkungen „früher Störungen“ und das „undifferenzierte parentale Paradigma“ der Pathogenese und nachsozialisierenden Therapie

Dieses Kapitel aus unserem Buch: *Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit.* Bielefeld: Aisthesis, wird hier erneut eingestellt, weil es gegenwärtig besondere Relevanz hat, obwohl sich Psychotherapieverfahren natürlich entwickeln (*Sieper et al. 2020*). Die Fragen nach Krankheitsursachen wird heute immer noch einseitig auf die Wirkungen elterlicher Erziehungsstile zurückgeführt. Das ist aber nur eine Einflusslinie. Zeitgeisteinflüsse dürfen nicht vernachlässigt werden. Die Rolle der Medien ist heute sehr bedeutsam (*Petzold, Orth-Petzold 2019*), das Wissen über die Bedeutung der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters hat zugenommen. Deshalb müssen die Konzepte zum Thema Regression und Reparenting, zum sogenannten „inneren Kind“ oder „ego states“ neu überdacht werden. Die Bedeutung „korrektiver kognitiver, emotionaler und volitionaler Erfahrungen“, **internalisiert** oder auch **interiorisiert**, muss in biographischer Bearbeitung auf ihre Realitätsqualität überprüft werden, damit man nicht veralteten Psychotherapiemythen tiefenpsychologischer Provenienz aufsitzt, die zur Entwicklung und Bahnung neuer, funktionaler Lebensmuster wenig beitragen. Heute in Zeiten einer bedrohten kollektiven und damit auch individuellen Zukunft wird „prospektiven“ Dimensionen, einer gezielten „Zukunftsarbeit“ besondere Aufmerksamkeit zu schenken sein. Wir haben stets eine kritische und zugleich vermittelnde Position vertreten (*Petzold 1992c, 1993c*), wie diese Neueinstellung einer älteren, aber dennoch aktuellen Arbeit zeigt, die Anstöße zu weiterem kritischen Überdenken geben will.

Schlüsselwörter: Regressionsideologien, frühe Pathologieursachen, Inner-Child-Ideologien, prospektive Therapiearbeit, Zukunftsorientierung in der *Integrativen Therapie*

Summary: Regression Ideologies - Linear Causal Effects of "Early Disorders" and the "Undifferentiated Parental Paradigm" of Pathogenesis and Re-Socializing Therapy

This chapter from our book: *Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): "Myths, Power and Psychotherapy. Therapy as a practice of critical cultural work.* Bielefeld: Aisthesis, is posted here anew because it has particular relevance at present, even as therapeutic practices are evolving, of course (*Sieper et al. 2022*). Today, questions about causes of illness are still one-sidedly attributed to the effects of parental parenting styles. But this is only one line of influence. Zeitgeist influences must not be neglected. The role of the media is very significant today (*Petzold, Orth-Petzold 2019*), and knowledge about the importance of adolescence and young adulthood has increased. Therefore, concepts about regression and reparenting, the so called „inner child“ or „ego states“ need to be rethought. The meaning of "corrective cognitive, emotional and volitional experiences", internalized or also interiorized, must be examined in biographical processing for their quality of reality, so that one does not fall for outdated psychotherapy myths of depth-psychological provenance, which contribute little to the development and paving of new, functional life patterns. Today, in times of a threatened collective and thus also individual future, special attention will have to be paid to "prospective" dimensions, to a targeted "future work". We have always taken a critical and at the same time mediating position (*Petzold 1992c, 1993c*), as this new posting of an older but nevertheless up to date text shows, which wants to give impulses for further critical rethinking.

Keywords: regression ideologies, early causes of pathology, inner-child ideologies, prospective therapy work, future orientation in *integrative therapy*.

Literatur:

Petzold, H.G.(1992c/2016): Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie. *Gestalt und Integration* 1, 100-109. *POLYLOGE* 14/2016, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-14-2016-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H.G.(1992c/2016): Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie. *Gestalt und Integration* 1, 100-109. *POLYLOGE* 14/2016, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-14-2016-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2018a): Naturentfremdung, bedrohte Ökologisation, Internetsucht – psychotherapeutische und ökopsychosomatische Perspektiven In: *Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R.* (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S. 327-448. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/03-2019-petzold-h-g-orth-petzold-s-2018a-naturentfremdung-bedrohte-kologisation-internet.html>

Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G.(2020): Psychotherapieverfahren entwickeln sich. Zwanzig Jahre **POLYLOGE** Entwicklungen der Integrativen Therapie seit 1965 zu ihrer „Dritten Welle“ 2000 – 2020. *POLYLOGE* 24/2020, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/24-2020-sieper-j-orth-i-petzold-h-g-2020-psychotherapieverfahren-entwickeln-sich-zwanzig-jahre-polyloge/>.

Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper

Mythen, Macht und Psychotherapie

Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit



AISTHESIS *psyche*

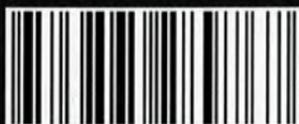


Ilse Orth, Hilarion Petzold,
Johanna Sieper vor der
„Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesund-
heit“, Hückeswagen

Psychotherapie ist „Kulturarbeit“ (*S. Freud*). Diese bedeutende Erkenntnis wird von den AutorInnen des vorliegenden Bandes in neuer Weise konkretisiert. Auf der Basis von vierzig Jahren internationaler Erfahrung in Psychotherapie, Supervision und Kulturarbeit untersuchen sie von PsychotherapeutInnen vernachlässigte Themen wie Ideologie, Mythen, Macht und gesellschaftliche Phänomene wie Flucht ins Magische, Gewalttendenzen, Fundamentalismus usw. Sie konfrontieren dysfunktionale Mythen und Praktiken in der Psychotherapie selbst: Triebtheorie, obskure Archetypen, inneres Kind, Familiengeheimnisse, Aufstellungen usw., die Selbstwirksamkeit, Gesundheit, freies Denken behindern und Expertenmacht zementieren (*M. Foucault*). Das macht Alternativen moderner, allgemeiner Psychotherapie der „Dritten Welle“ und einer „Integrativen Humantherapie“ notwendig! Die AutorInnen leisten dazu innovative, behandlungsmethodische Beiträge. Mit ihrem originellen, macht- und mythentheoretischen Ansatz liefern sie überdies beeindruckende Analysen zu kollektiver Mythenbildung: im „Dritten Reich“, Stalinismus und – höchst aktuell und brisant – in der aktuellen „Neonazi-Szene“ und ihrer rechtsradikal ausgerichteten Rock- und Black-Metal-Subkultur. Ziel solcher Kulturarbeit: Man muss dem „Schlaf der Vernunft“ (*F. Goya*) eine kritische Wächterfunktion entgegenstellen.

„Für alle, die mit Menschen psychotherapeutisch und pädagogisch aus geschichtsbewusster Achtsamkeit arbeiten, ein höchst inspirierendes, ja unverzichtbares Buch.“ Prof. Dr. Erika Horn, Graz

Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*, Dipl. Sup. *Ilse Orth*, MSc., Prof. Dr. phil. *Johanna Sieper* sind BegründerInnen der Integrativen Therapie und Supervision, bekannt durch zahlreiche Buchveröffentlichungen und therapiemethodische Innovationen. Sie leiten die Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit in Hückeswagen am Beversee.



ISBN 978-3-89528-976-7

Inhalt

Vorwort (2013)	I
Einführung (2013) – I. Orth, H. Petzold, J. Sieper	IX
Vorwort (1999)	9
Einführung: Psychotherapie, MYTHEN und Diskurse der MACHT und der FREIHEIT – H. Petzold, I. Orth, J. Sieper	15
PROLEGOMENA. Gespräch zwischen <i>Michel Foucault</i> und <i>Gilles Deleuze</i> . Die Intellektuellen und die Macht	67
I. Ideologien und Mythen in der Psychotherapie	77
THESEN: Die Psychotherapie ist in beunruhigendem Maße mit überflüssigen Mythen belastet – <i>Albert Ellis</i>	79
Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulengebundene Ideologie? - Probleme, Hintergründe, Argumente – <i>H. Petzold</i>	87
Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen – <i>H. Petzold, J. Orth</i>	125
II. Psychotherapie, Ideologie, Macht	263
THESEN: „Die Menschen werden verändert und transformiert“ – <i>Paul Parin</i>	265
Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis – <i>I. Orth, H. Petzold, J. Sieper</i>	269

III. Psychotherapie als Kulturkritik, Kulturarbeit und engagierte Praxis mit Patientinnen und Patienten	335
Der „Andere“ – der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von <i>Emmanuel Lévinas</i> (1906-1995) – <i>H. Petzold</i>	337
Patienten als „Partner“ – oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen – <i>H. Petzold, G. Gröbelbauer,</i> <i>I. Gschwend</i>	363
„Iatrogene“ Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, – <i>H. Petzold</i> ...	393
Mentalisierung an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität. Biopsychosoziale Kulturarbeit – ein Essay zu „dunklen Zeiten“ und darüber hinaus – <i>Hilarion G. Petzold</i> im Gespräch mit <i>Ilse Orth</i> und <i>Johanna Sieper</i>	401
Infernalisches Schreien in der rechtsextremen Musikszene. Mythotrophe und mythopathische Dimensionen des „National Socialist Black Metal“; des „Black Metal“ and „Death Metal“ – <i>Hilarion G. Petzold</i> , erstellt in Ko-reflexionen mit <i>Ilse Orth</i> und <i>Johanna Sieper</i>	619
Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013 – <i>Hilarion G. Petzold,</i> <i>Ilse Orth, Johanna Sieper</i>	671
Literatur (1999)	689
Literatur (2013)	735
Sachwortregister	806

3. Regressionsideologien: linearkausale Wirkungen „früher Störungen“ und das „undifferenzierte parentale Paradigma“ der Pathogenese und nachsozialisierenden Therapie

Ein Therapeut, der mit der Zielsetzung der „Einsicht in die eigene Lebensgeschichte“ in nachsozialisierender Absicht biographisch arbeitet, muß ein rational rekonstruierbares und wissenschaftlich durch Forschung abzusicherndes Regressionskonzept haben. Kurt Lewin (1941) hat mit seinen wenig beachteten Ausführungen hier wichtige Vorarbeit geleistet. Bei der Thematisierung biographischer Ereignisse aus Kindheit und Jugend kann es immer zu Regressionsphänomenen kommen (selbst wo sie nicht in die therapeutische Strategie eingepflanzt sind). Das Regressionskonzept des Integrativen Ansatzes wurde wie folgt definiert:

»Regressionen sind eine **Aktivierung** kognitiver-emotionaler-sensumotorischer Erinnerungen, wie sie in der „Lebenschronik“ des Leib-Gedächtnisses abgespeichert sind, und die aufgrund ihrer emotionalen Komponenten Ich und Selbst des Menschen überfluten. Seine Wahrnehmung, sein Denken und sein Verhalten werden temporär so beeinflusst, daß sie von Beobachtern (und auch von Resten des sich selbst beobachtenden Ich) nicht als altersangemessen erlebt werden. Dabei ist die Regression – phänomenologisch betrachtet – keine zeitliche, sie geschieht ja in einem gegebenen Hier und Jetzt, sondern sie ist zu sehen als ein generelles oder sektorielles Außerkräfttreten oder Zusammenbrechen des aktuellen kognitiven, emotionalen und behavioralen Differenzierungsniveaus von Kompetenz und Performanz über einen kürzeren oder längeren Zeitraum (situative bzw. Fokalregression, Dauerregression). Dies erfolgt auf eine Weise, daß frühere bzw. archaischere Formen [org. schèmes] kognitiven, affektiven und behavioralen Funktionierens in der Gegenwart wirksam werden und auf diese Weise eine erlebnisintensive, memorative „Näherung“ an zurückliegende biographische Ereignisse und die mit diesen verbundenen Erlebnisformen möglich wird. Eine Selbigkeit mit originären Situationen kann dabei niemals erreicht werden, weil der Patient immer weiß, daß er ein erwachsener Mensch ist, wenngleich in einer besonderen Situation, der regressiven, und weil immer das kognitive Niveau des Erwachsenen selbst in einem solchen Ausnahmezustand aktivierter archaischer Strukturen in gewissem Maße funktionsfähig bleibt und ein völliges Kindererleben und -verhalten verunmöglicht« (Petzold 1970c, 38).

Ein solches Regressionsverständnis ist Grundlage für das Konzept und den methodischen Ansatz der **therapeutischen Nachsozialisation**, der Vorstellung, daß durch Regressionszustände als „prozessual aktivierte Strukturen“ (Petzold 1998h, 159ff) vermittelte Erfahrungen, die dem psychischen Milieu des in der Regression evozierten biographischen Milieus *angenhäert* sind, so aufgenommen und verinnerlicht werden können, daß sie die Qualität dieses Milieus als

erinnertes zu verändern vermögen. Nicht die Geschichte wird also verändert, sondern ihre *Repräsentation*, ihr *appraisal* und ihre *valuation*, d.h. ihre kognitive Einschätzung und emotionale Bewertung (vgl. unsere ressourcentheoretischen Konzepte [Petzold 1998a, 353-394]), und sei es nur dadurch, daß weitere kognitive, emotionale, sensumotorische Repräsentanda (idem et al. 1994a) bei den vorhandenen „event representations“ verankert werden, womit das Spektrum von Erlebensmöglichkeiten und Verhaltensoptionen erweitert würde (idem 1998h, 161f). Klinische Erfahrungen zeigen, daß beruhigende und entspannende Berührung im Parenting-Kontext muskuläre Verspannung schneller und vor allem dauerhafter löst als rein funktionale Entspannungsübungen.

Das Konzept der *Nachsozialisation* greift weit. Es verlangt eine intensive Auseinandersetzung mit Sozialisationskontexten, Sozialisationsagenturen, mit Elternhaus und Elternrollen, Genderfragen, Schule und schulischen Einflüssen, mit nachbarschaftlichen Kontexten, dem Quartier usw. auf der Grundlage soliden sozialisationstheoretischen und entwicklungspsychologischen Wissens (vgl. besonders das Modell von Hurrelmann [1995], das Sozialisation als „produktive Verarbeitung der äußeren und inneren Realität“ ansieht). Nachsozialisation ist nicht nur auf den Frühbereich der Säuglings- und Kleinkindzeit begrenzt (bei dementen Alterspatienten erleben wir z.B. immer, daß sie sich als Jugendliche oder junge Erwachsene erleben).

Nachsozialisation ist therapeutisch und agogisch geplante und praktisch-interventiv umgesetzte kompensatorische und fördernde Sozialisationsarbeit im Sinne einer Formung und Entwicklung der Persönlichkeit aufgrund der Nutzung aktueller externaler gesellschaftlicher, familiärer, ökologischer Einflüsse und der durch das Subjekt auf diese Einflüsse erfolgenden inneren Resonanz, so daß ein ko-respondierender Prozeß wechselseitiger Beeinflussung von Subjekt und Kontext (Mitsubjekte, Therapeut, Konvoi, Mikroökologie) entlang des Zeitkontinuums gegeben ist. Therapeutische Nachsozialisation nutzt dabei u.a. mit „aktivierten Strukturen“ arbeitende Parenting-Strategien, wobei diese nur eine, wenn auch wichtige Möglichkeit in regressions- und progressionsorientierten Therapien sind. Nachsozialisation zentriert auf das gegenwärtige Vermitteln von „erlebaren Qualitäten“ persönlich bedeutungsvoller Bezugspersonen (significant caring others, meaningful relationship) und von salutogenen bzw. protektiven sozialen Klimata und Interaktionsformen, die verinnerlicht und in das eigene Verhaltens- und Handlungsrepertoire integriert werden können. Sie nutzt also Beziehungserfahrungen in der Therapie und die protektiven Momente und Ressourcen des aktuellen Lebenskontextes, an deren Aktivierung und Generierung sie spezifisch arbeitet (Petzold 1995a, 1997f).

3.1 Das „innere Kind“ – kryptoreligiöse und romantisierende Ideologeme

Von den Eltern nun zu den Kindern, denen Eltern genutzt und geschadet haben. Wollen Therapeuten der Gefahr entgehen, ein „romantisierendes, undifferenziertes parentales Paradigma“ zu praktizieren – d.h. die individualisierend verkürzende (Berlin 1998, 307-325) Annahme: Heilungsprozesse könnten nur durch Verarbeitung von durch die Eltern gesetzten Schädigungen mittels der „alternativen Erfahrung“ von „guten“, Selbstverwirklichung fördernden „Therapeuteneltern“ geschehen –, müssen sie mit diesem breiten Verständnis von „Nachsozialisati-on“ überprüfen, ob sie nicht eigene Regressionswünsche, kindliche Defizite oder eigene parentale Machtstrebungen befriedigen wollen, wenn sie sich aufgrund von übertragungszentriertem Vorgehen überwiegend in „guten“ Elternrollen sehen und andere „significant caring adults“ (Petzold et al. 1993) nicht ins Spiel kommen oder wenn sie – durchaus in der Parenting-Rolle – mit einem Teil ihrer Persönlichkeit an der Regression ihres „Patienten-Kindes“ partizipieren. Dies ist ja durchaus möglich, sonst gäbe es nicht das Phänomen des „self-parentings“, bei dem Menschen in selbstinduzierter, entlastender (benigner) Regression zu sich sprechen, sich selbst gut zureden, als würden sie mit einem Kind sprechen, eine Möglichkeit, die durchaus funktional sein kann. Therapeuten müssen Funktionalität und Dysfunktionalität solcher *self parentings* überprüfen, damit sich dieses nicht stabilisiert, wie man es zuweilen bei kognitiv und psychisch sehr eingeschränkten Alterspatienten beobachten kann, aber auch bei anderweitig regressiv fixierten Patienten, gefördert zuweilen von Vertretern der „Ideologie des inneren Kindes“: „... das Bedürfnis, das innere Kind zu finden, [ist] ein Aspekt der Reise eines jeden menschlichen Wesens zur Ganzheit“ (Bradshaw 1992). „In dir lebt ein inneres Kind.“ Ein beliebter Weg, mit diesem kleinen Innenwesen in Kontakt zu kommen, ist die Aufforderung: „Nehmen Sie einen Bleistift in die linke Hand, lassen Sie sich innerlich los und versuchen Sie ihr inneres Kind zu zeichnen, geben Sie ihm Raum, daß es sich Ihnen durch diese Zeichnung zeigt!“ In der Regel entdeckt man dann ein krakeliges, jämmerliches Kräpelchen, das einem das Mitleid ins Herz und die Tränen in die Augen treibt: „Was hat man dir (mir), mein armes Kind, getan?“ Hier ist „Bemuttern“ angesagt. Das innere Kind deshalb „wahrzunehmen und wertzuschätzen ist die wesentliche Voraussetzung, um eine heile, ganze Persönlichkeit zu werden“, so Chopich, Paul (1997, 19) in der 20. Auflage ihres Buches. Natürlich wohnt es in „der rechten Gehirnhälfte“ (ibid. 20), wohingegen der „innere Erwachsene“ der linken zugeordnet ist. „Das geliebte innere Kind ist im ganzheitlichen, nichtlinearen Sinne weise und wissend“ (ibid. 30). Es selbst wiederum ist abhängig vom liebevollen inneren Erwachsenen, „der von und mit dem inneren Kind lernen

möchte“ und sich darum bemüht, es „zu umsorgen ... kennenzulernen, zu lieben, zu unterstützen und im Kontakt mit ihm zu sein“ (ibid. 46f). Dabei ist der liebevolle „höhere“ Elternteil „dein transzendenter Teil, eine direkte Verbindung zu einer höheren Macht“, die „Präsenz des Göttlichen ... in jedem von uns“. Whitfield (1993) mit seinem in der Szene klassischen Titel „Healing the child within“ sieht „wirkliches Selbst, wahres Selbst, Kind in dir, inneres Kind, göttliches Kind und höheres Selbst“ als Synonyme. Chopich und Paul (1997) schließlich sehen als das „höhere Selbst“ die „Verbindung zwischen dem liebevollen Erwachsenen und dem geliebten inneren Kinde ... dem Gott und der Göttin, dem Männlichen und Weiblichen, Yin und Yang“. Wie auch immer, man muß das innere Kleinchen „bemuttern“ (ibid. 171ff), ihm täglich gut zureden, mit ihm im permanenten Dialogsein. Dabei ist man einmal in der Rolle des Kindes, dann in der des (hoffentlich) liebevollen Erwachsenen. Die Instruktion für den Patienten: „Wenn Sie als Kind sprechen, erlauben Sie sich, sich klein zu fühlen und mit einer Kinderstimme zu sprechen. Wenn Gefühle hochkommen, erlauben Sie Ihrem Kind zu weinen oder zu schreien. Wenn Sie als Erwachsener sprechen, bemühen Sie sich um eine ruhige und offene Haltung, wie Sie sie gegenüber einem fünfjährigen Kind, das Sie wirklich kennenlernen wollen, hinnehmen würden“ (ibid. 152). Nun wissen wir immerhin, wie alt das „innere Kind“ ist. Und so hören sich solche Dialoge an:

»Taminas Erwachsene: Hallo Kleines!

Taminas Kind: Mama, ich bin wütend.

Taminas Erwachsene: Sag mir warum!

Taminas Kind: Die Gefühle im Zusammenhang mit Männern machen mich so zappelig und unruhig ... Ich fühle mich so unwohl – ich möchte kotzen oder jemanden umbringen oder mir die Gedärme herausreißen. Mama, ich möchte sterben.

Taminas Erwachsene: Warum, meine Süße?

Taminas Kind: Weil sich niemand um mich kümmert. Niemand liebt mich. Ich bin ganz allein ...« usw. usw. (ibid. 224)

Im Dialog der adipösen Patientin mit ihrem inneren Kind geht es dann noch um Männerbeziehungen, Eßverhalten, und er endet wie folgt:

»Taminas Erwachsene: Ich liebe dich. Traum süß.

Taminas Kind: Paß ein bißchen auf mit dem Essen, Mama, bitte!

Taminas Erwachsene: Okay. Ich liebe dich« (ibid. 226).

Es wurde hier keineswegs ein Extrembeispiel ausgewählt. Es findet sich Schlimmeres in dieser inzwischen als eigene Therapieform, der „Inner child therapy“, etablierten Richtung. Sie greift für ihre „therapeutische“ Intensivmischung auf Gestalttechniken, auf Jungesches Gedankengut, auf das Kind-Ich-Konzept der Transaktionsanalyse zurück, auf Ethnologin Jean Liedloff (1991), auf etwas Bonding-Ideologie, auf die Objektbeziehungstheorie, auf Winnicotts „falsches

Selbst“ und auf ein bißchen *Alice Miller* (1981) und natürlich auf *Bradshaw* (1992a, b) und *Whitfield* (1993). „Das Arbeitsbuch zur Aussöhnung mit dem inneren Kind“ (*Chopich, Paul* 1996) verwendet ausgiebig die *Perls*schen „inneren Dialoge“ und gibt Anleitungen zum „liebvollen Umgang mit dem inneren Kind“, zum „Inner Bonding“, um „seelische Wunden zu heilen“ und der „Weisheit des inneren Kindes im Alltag Ausdruck zu verleihen“.

Das innere Kind wird hier als Chimäre von Weisheit/Hilflosigkeit/Haß aufgebaut, ein altersmäßig nicht genau einzuordnender kleiner Homunculus (die Angabe von *Chopich* und *Paul* von „fünf Jahren“ kann, blickt man auf die „Äußerungen“ von verschiedenen Sitzungstranskripten, keineswegs immer zutreffen). Bei den einzelnen Patientinnen haben die „aus dem Bauch“ (*ibid.* 140) sprechenden Kinder (man muß den „Kopf verlassen“, um in die „Gefühle zu gehen“, *ibid.*) offenbar ein stabiles Alter, sie wachsen nicht - ewige Kindheit.

Und der „innere Erwachsene“? Er ist in der Regel eine „Mama“, die offenbar auch nicht zur Oma wird. Der Vater kommt kaum ins Spiel. Von „Bevatern“ wird nicht gesprochen. Es wird die psychoanalytische bzw. objektbeziehungstheoretische Mutterstigmatisierung aufgenommen und in einem extremen „Mütterchen-Kindchen-Schematismus“ zur Grundlage eines perseverierend inszenierten Skripts vom „verletzten Kind“ gemacht, das durch die „Mutterliebe“ geheilt wird. Es wäre einer sorgfältigen **diskursanalytischen** Rekonstruktion wert, zu untersuchen, warum der „innere Vater“ abhanden gekommen ist und einseitig die „innere Mutter“ in den Vordergrund trat, so daß er praktisch keinen Platz mehr hat. War „Gottvater“, der über Jahrhunderte den Innenraum des Menschen (im Judentum und Christentum zumindest) erfüllte, zu streng und unerbittlich gewesen? Waren die Väter, die über Jahrhunderte die Erziehungsarbeit der männlichen Kinder in Händen hatten und sie im Weidwerk, Handwerk, dem Ackerbau, dem Fischfang, der Beize und der Kriegskunst unterrichteten, zu hart gewesen in permanent harten Zeiten? Haben die Frauen, die über Jahrhunderte machtlos, eine schwache und untergeordnete gesellschaftliche Position hatten, als im 17. und 18. Jahrhundert die Wichtigkeit der „Sorge um die Kinder“ (*Ariès* 1978; *Bell* 1977) von der Staatsmächterkannt wurde (man brauchte Arbeiter, Bauern und vor allem gesunde Soldaten) und damit ihre Stellung als Mütter zunehmend wichtig wurde bis hin zu dem neuen Magdendienst „perfekter Mutterschaft“ ... haben die Frauen also die Innenwelt ihrer Kinder als Territorium mütterlicher „Macht durch bindende Liebe“ aufgebaut? Diesen Fragen muß in psychohistorischen und kulturgeschichtlichen Studien nachgegangen werden, um die Stellung der Mutter im **Diskurs** der Psychotherapie zu verstehen und die „Inner child Therapy“ historisch zu werten.

Es sei nicht in Abrede gestellt, daß es im Gedächtnis archivierte „Kindschemata“ als Persönlichkeitsschemata aus verschiedenen Altersstufen („innere

Kinder“ also) gibt, die auch partiell memorierbar sind. Mit ihrer Hypostasierung in einem Phantasiebild – denn um nichts anderes handelt es sich –, wie bei den „Inner Child Therapies“ bzw. bei Therapeuten, die diesen Ansatz verwenden (und sie nehmen leider zu), wird einer regressiven Festschreibung Vorschub geleistet. Diese verhindert damit oft die Auseinandersetzung mit aktuellen Problemen des Erwachsenenlebens, und diese – z.B. Arbeitsplatzverlust, Jobstreß, Erziehungsprobleme, schlechte Psychotherapie – sind oft nicht weniger bedeutsam für die Pathogenese als Kindheitsschädigungen (Petzold 1996f). Auch die differenzierte Bearbeitung von verschiedenen altersspezifischen, infantilen Erlebens- und Handlungsschemata und ihrer etwaigen, durch sorgfältige Beobachtung feststellbaren Fixierung, kann durch die Zentrierung auf ein „inneres Kind“ fehlgeleitet werden.

Das Konzept des „inneren Kindes“ hat verschiedene kryptoreligiöse Aspekte. Ein Hintergrund ist der Gedanke der Geburt des „göttlichen Kindes“, des *puer aeternus* aus dem *semen divinum*, dem *logos spermatikos*, im Inneren des Menschen, in seinem Herzen (Hugo und Richard von St. Victor, Bonaventura, Meister Eckehard). Dieses Kind muß der Mensch als sein *eigentliches Wesen* umsorgen, pflegen, damit er in einer inneren Umwandlung ganz Gotteskind wird und Heil erlangt (Auer 1948; Rahner 1935). In der inneren Kindschaft ist auch immer im Hintergrund der „gute Vater“ zu sehen und die Sohnschaft, die Annahme, die *Adoption*, die auch in das Verständnis des therapeutischen Bündnisses hineinspielt: „Adoption ist die gnadenhafte Annahme einer fremden Person zum Sohn und Erben“ (Thomas Aquino, Summa theologica III q. 23 a. 1). Das sind Bilder von einer großen Kraft. Sie sprechen Menschen an. C.G. Jung wußte darum. Der Kindarchetypus, der *puer aeternus* fesselte sein Interesse (vgl. Das göttliche Kind 1940, GW 9 I; Zur Psychologie des Kindarchetypus, S. 163-195). Er betonte, daß es um den Knaben geht, „der aus der Reife des Mannesalters geboren wird, nicht [um sc.] das unbewußte Kind, das man bleiben möchte“ (Antwort auf Hiob 742, GW 11, 491). Das steht quer zum Getöse der „neuen Regressiven“ über das verletzte „innere Kind“, den Verfechtern des „child ego state“ in der Transaktionsanalyse oder den Adepten der „Inner bonding therapy“ bzw. des „inner child concept“, die erwachsenen Menschen suggerieren, ihre Kreativität hänge an einem spontanen, munteren, kleinen Kerlchen in der Seele, dem „kreativen Kind-Ich“, das es zu befreien und zu hätscheln gelte, denn aus dem „natürlichen inneren Kind fließen unsere Kreativität, unsere Intuition ...“ (Chopich, Paul 1997, 26), weil es „die Welt holistisch und nichtlogisch-linear betrachtet“, mit der „rechten Gehirnhälfte“ und aus der „Macht der Weisheit“ (ibid. 27).

Ohne Bewußtheit für die kryptoreligiösen Dimensionen solcher Vorstellungen läuft man in die Irre. Die in bestimmten Fällen fraglos funktionalen Konzepte „innerer Kindschemata“ oder des *self parenting* verkommen dann zu der

Ideologie, man müsse seinem armen „inneren Kinde“ etwas zugute tun, es umsorgen, sein Gefängnis sprengen, damit man Probleme oder Symptome loswird. Nur – meistens finden Patienten ohne Stütze dazu nicht die Kraft. Sie verbleiben – von ihren Therapeuten „am falschen Ende“ unterstützt – in der regressiven Klage über das dem Kind zugefügte Leid. Man verstärkt auf diese Weise eher „negative Kontrollskripts“ (Flammer 1990, 266f) und „Selbstkonzepte der Hilflosigkeit“. Am eigenen Zopfe hat sich bislang nur der bekannte Baron aus dem Sumpf gezogen. Die durchaus wünschenswerte „Sorge um sich“ (vgl. Foucault 1986), der sorgsame Umgang mit sich selbst, die Pflege der inneren Verwundungen kommt nicht zum Tragen, werden die Erwachsenenkompetenzen des Patienten nicht gestützt. Wer sonst als die reifen Persönlichkeitsanteile sollten denn das „self parenting“ gewährleisten, und wie werden sie aufgebaut? Es ist ja keineswegs einfach – sollte es sich um authentische Phänomene und nicht um hysteriforme Inszenierungen handeln –, auf die aggressiven Ausfälle des kindlichen Innenbewohners, die Wechselbäder von Liebe und Haß angemessen, ausgeglichen, verständnisvoll, ja, liebevoll zu reagieren. Das erfordert eigentlich eine reife, gefestigte Persönlichkeit. Doch es wird von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen berichtet, die zwar schwer zu behandeln sind, aber bei denen man Fortschritte erzielen kann, wenn der „Klient sich wenigstens auf eine halbe Stunde mündlichen und schriftlichen Dialog pro Tag“ mit dem inneren Kind einläßt (Chopich, Paul 1997, 222). Da aber bekommt man etwa auf dem Wege über „mit der linken Hand geschriebenen Briefen“ folgendes zu hören:

»Kind: Liebe Mami, ich brauch dich, ich vermisse dich ... Bitte beachte mich. Ich möchte deine Liebe“ etc. etc., aber auch: „Nun hau ab, und stell mir nicht mehr solche saudummen Fragen. Dumme Kuh ...“

Erwachsene: Das ist nun wirklich eine laute und klare Botschaft. Ich höre deinen Haß und deine Wut, aber ich weiß noch nicht auf was. Kannst du mir das genau sagen? (Sie hört aktiv zu und stellt Fragen zur Klärung.)

Kind: Bist du so blöd oder was? ... Ich will dich nicht in meiner Nähe haben ... Verpiß dich.

Erwachsene: Nein, das werde ich nicht ... Ich weiß, daß du im Grunde verletzt bist, und ich werde dich nicht länger allein lassen ...« (ibid. 141).

Der „innere Erwachsene“ braucht da schon eine ganz gute Portion „höheres Selbst“, um liebevoll und stützend mit den Unverschämtheiten dieser inneren Kratzbürste umgehen zu können. Daß man einer solchen Range auch einmal Grenzen setzen muß – wie auch realen Kindern, wenn sie grenzverletzend werden –, darauf kommen die „inner child“-Anhänger nicht. Und wenn dann der Patient mit der mobilisierten „inneren Rangelei“ nicht fertig wird, hat man ja seinen Therapeuten.

So verlangen Patienten, die durchaus genügend Selbstständigkeit hätten, normale Alltagsprobleme zu lösen, dann oft doch wieder und vorschnell nach

dem „guten Vater“, dem Therapeuten, der „guten Therapiemutter“, die dann die von der eigenen therapeutischen Ideologie hervorgerufenen Artefakte oder von diesen „Dialogtechniken“ verstärkten Phänomene regressiver Hilflosigkeit „behandeln“ können. Ein phantastisches „reinforcement“ von Dependenz! Hier liegen erhebliche Gefahren einer undifferenzierten Parenting-Ideologie, die selbst gesunde, vitale Phänomene wie die *Kreativität* nebst der als „kindlich“ apostrophierten *Spontaneität* auf ein *Kindniveau* festschreibt. Das ist dysfunktional und entspricht auch der Realität kreativer Menschen nicht – auch nicht der von Künstlern. Mehr als ein Aspekt der vielen Dimensionen der *Kreativität* darf hier nicht angenommen werden, wengleich im „Jahrhundert des Kindes“ (Ariès 1978) romantisierend oder mythologisierend die „*Kreativität des Kindes*“ oft genug beschworen wurde – z.B. von *Klee*, *Miró*, *Picasso*, wobei etwa die bildlichen Selbstzitate *Klees* von seinen Kinderzeichnungen die qualitativen Differenzen deutlich zeigen (Fineberg et al. 1995). Kinder heute stehen in post-moderner Lebensvielfalt überdies eher in einer „aufgezwungenen“ *Kreativität* als Überlebensstrategie. Ob sie ihnen immer guttut, darf man tunlichst bezweifeln (Metzmacher, Zaepfel 1995).

„Sorge um sich selbst“ muß über situatives „self parenting“ hinausgehende, sehr umfassende Dimensionen gewinnen (Foucault 1986), die weder die infantilisierenden noch solipsistischen Einseitigkeiten einer gewissen humanistisch-psychologischen Szene (z.B. der traditionalistischen Gestaltszene, vgl. Signer-Brandau et al. 1995) festschreiben, sondern auf den Kontext, auf den Anderen und auf eine *reflexive* bzw. *horeflexive* Geschichtlichkeit bezogen bleiben, denn auch egozentristischer Solipsismus erweist sich bei genauer Betrachtung oft als eine subtile Infantilisierung.

Einseitigen, vergangenheitsfixierten und deshalb dysfunktionalen *Regressionsideologien* (zumeist auf tiefenpsychologischem Boden) mit den hier aufgezeigten, vielfältigen und oftmals obskurantistischen Hintergründen stehen antiregressive Rationalisierungsideologien gegenüber (zumeist behaviorale und kognitivistische), die ahistorisch und Hier-und-Jetzt-fixiert auf ein „behavioral modeling“ zentrieren und Wissenschaftsideale hochhalten, die der „Religion“ des Positivismus, Rationalismus und des reduktionistischen Empirizismus verpflichtet sind. Eine differentielle und integrative Psychotherapie muß hier zwischen *Skylla* und *Charybdis* hindurchsteuern und die Extreme dieser beiden Positionen vermeiden, um den jeweiligen Patienten und Patientengruppen gerecht werden zu können und möglichst unverblendet von irrationalen oder einseitigen Ideologien mit dogmatischem Charakter zu einer Realitätseinschätzung zu gelangen, die adäquat ist, weil sie als „Ergebnis von Mutualität“ in *intersubjektiver Ko-responzenz* und den hier erfolgenden Schritten der Begegnung, Auseinandersetzung, gegebenenfalls der Annäherung zwischen der Sicht des

Therapeuten und des Patienten, vielleicht aber auch aus ihrer Differenz, ja, Divergenz gewonnen wurde. *Dies ist unsere Ideologie in der Integrativen Therapie!* Sie ermöglicht auch, aus „ernüchterter Perspektive“ das aus dem tiefenpsychologischen Fundus zu bewahren, aus dem humanistisch-psychologischen Brockenhaus auszuwählen und aus dem behavioralen Arsenal zu gebrauchen, was klinisch nützlich, empirisch hinlänglich abgesichert und therapieethisch legitimierbar ist.

3.2 Dysfunktionale protektive Mechanismen

Menschen umsorgen und schützen ihre Säuglinge. Die Evolution hat sie hierfür mit einem entsprechenden Verhaltensrepertoire ausgestattet. Die Kraft unserer genetisch angelegten Muster des „*intuitive parenting*“, der transkulturell praktizierten Brutpflegepraktiken der Hominiden ist offenbar stark (Papoušek, Papoušek 1981, 1987; Petzold et al. 1994a). Es spricht einiges dafür, daß sie bis in die Theorienbildung der Tiefenpsychologie hineinspielen. Unbewußt wirkende Muster der pfleglichen Fürsorge dem Säugling und Kleinkind gegenüber, Muster, die eine so große Kraft haben, daß sie die großen religiösen Mythen vom „göttlichen Kind“ hervorgebracht haben, scheinen auch in der Psychoanalyse und in den von ihr beeinflussten Psychotherapien in theoretischer und methodischer Hinsicht als *Projektion protektiver Programme zu Parentifizierungstendenzen* geführt zu haben. Alle Patienten, Klienten, Ausbildungskandidaten stehen dadurch in der Gefahr, von generalisierenden und überfürsorglich dramatisierenden Theorien zu Frühstörungen sowie durch parentale regressionszentrierte Behandlungsmodelle *auf Kindrollen festgeschrieben zu werden*, in denen häufig *Erwachsenenleid* verkannt und in *Kinderleid* transformiert wird, womit emanzipatorische Prozesse und altersangemessene Wachstumsdynamiken verhindert werden. Es erfolgt ein einseitiger Aufbau von Dependenzverhältnissen, der die Position von Therapeuteneltern gegenüber Patientenkindern sehr stark macht. Hier können protektive Mechanismen dysfunktional werden, wenn sie unerkannt bleiben und sich stereotyp inszenieren.

Das beeindruckendste Beispiel hierfür bietet der Ansatz der klassischen Psychoanalyse, die durch ihre bedeutende historische Pionierposition und ihre schulenimmanente hermetische Theorienentwicklung in besondere Probleme geriet. Zum multiplen Krankheitsgeschehen (und Krankheit ist immer vieldimensional zu sehen) fügte sie noch eine weitere Komponente hinzu: die der *Übertragungsneurose*, die entstehen muß, um Heilung zu bewirken, denn der „*Feind*“ *Neurose* könne – wie Freud meinte – nicht „in absentia“ und „in effigie“

geschlagen werden, d.h. durch bloße Memoriation. Deshalb wurde von Freud eine Bindungskonstellation mit Krankheitswert konstellierte, ja, analysiert man die Situationen und Prozesse in der Feinstruktur, induziert durch die Bedingung eines spezifischen therapeutischen Settings: der Patient wird in eine regressionsfördernde Abhängigkeitsstruktur gestellt, „zu Bett gebracht“ wie ein Kind. Es handelt sich bei Übertragungsneurosen – so unsere Erfahrung aus unseren eigenen Psychoanalysen, unserer eigenen Arbeit, als wir noch relativ „klassische“ Analysen durchführten, und aus unserer Tätigkeit als Supervisoren – vielfach um Artefakte, deren Installierung oder gar langjährige Stabilisierung (oft unter Demontage vorhandener Kompetenzen und Ressourcen) auch die Notwendigkeit langjähriger Auflösung nach sich zieht – sofern diese ohne Schaden gelingt. Der „therapeutische Schutzraum“ gerät leider zuweilen zum hermetischen Raum dysfunktionaler Dependenz, Überprotektion, ja iatrogenen Schädigung (Petzold 1996f). Das ist eine paradoxe Konzeption, wenn doch in Psychoanalysen paradigmatisch die Möglichkeit gesunder Beziehungsgestaltung, Emanzipation und Autonomie erfahren werden soll.

Derartige Konzepte, die Teilaspekte von komplexen Beziehungs- und Übertragungs-/Gegenübertragungsprozessen *generalisierend* überbetonen bzw. einseitig überwertig werden lassen, spuken auch in den Köpfen humanistisch-psychologisch ausgerichteter, ja, gewisser verhaltenstherapeutisch orientierter Praktiker und Praktikerinnen herum. Es herrscht überhaupt eine Tendenz in der „Psycho(therapie)szene“, sich eher obskurantistischen Ideologien, mythologisierenden Erklärungsmodellen und Interventionspraktiken zuzuwenden, neuen Varianten des „undifferenzierten Parentifizierungsparadigmas“ also, als sich den Aufgaben zu stellen, die durch neue Forschungsergebnisse aufgeworfen werden: zu komplexen Modellen der Verursachung von Störungen in vielfach determinierten Lebensläufen zu finden (Robins, Rutter 1990; Brown, Harris, Bifulco 1986), die im „convoy“, in der Bewegung sozialer Netzwerke durchschritten werden (Kahn, Antonucci 1980a, b; Antonucci 1985; Laireiter 1993; Petzold 1995a), um, darauf aufbauend, Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung der Persönlichkeitsentwicklung zu erarbeiten, mit Patienten kooperativ umzusetzen und durch Effizienzforschung abzusichern (so bei Petzold 1998h, 118ff, 142ff, 267ff, 528ff). Man bleibt statt dessen überwiegend – und deshalb häufig in dysfunktionaler Weise – beim „parentalen Paradigma der Pathogenese“ – die Eltern (vornehmlich die Mutter) sind an allem schuld – und vertritt ein „parentales Paradigma der Therapie“: die Eltern-Therapeuten können, sollen, müssen alles heilen – *ideale* Therapeuteneltern, die sich theoretisch wie methodisch selbst idealisieren, sich den Patienten zur Idealisierung anbieten und von diesen dadurch – stärker als dies ohnehin schon erfolgt – idealisiert werden. Eine solche *Aporie* (Selbständigkeit durch Abhängigkeit) muß Auswirkung auf die

Effektivität von Psychotherapie haben. Sie verhindert häufig Erwachsenwerden durch das Nutzen erwachsener Potentiale bei Patienten (wie regrediert sie auch immer in Bereichen ihrer Persönlichkeit sein mögen). Sie fixiert *Elternmacht* (d.h. auch *Therapeutenmacht*), was nicht zuletzt dadurch bestätigt wird, daß in vielen Schulen Ausbildungskandidaten parentifizierenden Normierungen unterworfen werden und behandelt werden, als seien sie Patienten und nicht erwachsene Menschen mit Studium, Berufserfahrung und oft genug eigenen Kindern. Und das Schlimme ist: Diese Kandidaten, einmal im Sog dieser dysfunktionalen, generalisierenden Einseitigkeit, vollziehen dieses Denken, Konzeptualisieren in der therapeutischen Interaktion oft genug undifferenziert mit, wodurch die Lehranalytiker *und* die Kandidaten/Kandidatinnen selbst von der *Realität* der Phänomene *überzeugt* werden, die in diesen Strukturen *erzeugt* werden. Es wird damit für sie die „Wahrheit“ der Theorien in *praxi* bestätigt, ohne daß sie ihren Artefakt-Charakter zu sehen und zu reflektieren vermögen oder zumindest doch die setting-abhängige, allenfalls partielle Gültigkeit der Phänomene erkennen können. In dieser Struktur liegt ein wesentliches Moment für die große Stabilität psychotherapeutischer *Glaubenssysteme*.

Das an *Mead, Marcel* und *Lévinas* orientierte Intersubjektivitätskonzept der *Integrativen Therapie* (*Petzold* 1980g, 1991e, 1992b, 1996k, 1997i) steht zu solchen Therapie-Ideologien quer, ist aber mit Blick auf die Probleme der Praxis keineswegs ungefährdet, was das Hervorbringen von Regressionsartefakten anbelangt, wie jedes beziehungsorientiert arbeitende Verfahren. Es geht also keineswegs nur um die Probleme psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch fundierter Therapien. Deshalb ist die kontrollanalytische bzw. supervisorische Metareflexion (*Petzold* 1993m) unverzichtbar sowie ein breites behandlungsmethodisches Instrumentarium, das den Wechsel der „Wege der Behandlung“ erlaubt. So ist der regressionsorientierte „zweite Weg der Heilung und Förderung“ nur *einer von dreien* in der *Integrativen Therapie*, und keineswegs der wichtigste, sondern *ein* wichtiger, der eine spezifische Indikation erfordert und immer – wie schon ausgeführt wurde – die drei anderen Wege einbezieht. Das theoretische Schrifttum, der Gesamtentwurf der „Integrativen Therapie“ mit starken Komponenten von Kreativitätstraining (*Sieper* 1971; *Petzold* 1985j; *Martin* 1973; *Petzold* 1973c), Agogik (*Petzold, Bubolz* 1976; *Petzold, Sieper* 1977; *Petzold, Reinhold* 1983) und übenden Transferschritten („vierte Phase“ der Neuorientierung) sowie übungs- und erlebniszentrierten Modalitäten (*Petzold* 1974j) neben den konfliktzentrierten, hat von seinen Anfängen an (auch schon wegen strukturierender Orientierung am *life span developmental approach*) niemals einer einseitigen Übergewichtung regressionsorientierter Therapie das Wort geredet. Regressionsarbeit ist *ein* wesentliches Moment. Dennoch hat sie bei vielen Kollegen im Feld der Psychotherapie und auch bei so manchen im Integrativen Ansatz offen-

bar den höchsten Stellenwert: Eine Verkennung des eigenen Ansatzes? – Wo diese Monoperspektivität und Einseitigkeit produziert wird, durchaus!

Wir meinen, daß die aufgezeigten generellen Hintergrunddimensionen und die starke informelle Orientierung am psychoanalytischen Konzept der „Frühstörung“, das in seiner einseitigen Ausrichtung das tiefenpsychologisch ausgerichtete Feld weitgehend dominiert (eben auch weil es auf „guten Boden“ in der motivationalen Lage von Therapeuten – und Klienten – fällt), hierfür ursächlich sind. Solchen Tendenzen im Rahmen unseres eigenen Ansatzes wird auf jeden Fall *nicht* durch die Theorie und Praxeologie der „Integrativen Therapie“ Vorschub geleistet, wie *Otte* (1995) mit ihren wichtigen kritischen Ausführungen zu meinen scheint, zumindest nicht, wenn ihre Konzepte sorgfältig rezipiert wurden und ihre Praxisstrategien, z.B. die „vier Wege“, ausgewogen zur Anwendung kommen. Und darum wird es gehen! Wir „sorgen“ uns natürlich, wo dies erforderlich wird, durchaus „protektiv“ auch um die „inneren Kinder“ (Plural) mit ihren „Kinderländern“, d.h. archaische, archivierte „Kindschemata mit ihren Kontexten“ (*Petzold, Orth* 1994a), wenn sie in unseren Patienten wirksam werden, weil sie – durch welche Umstände auch immer – aktiviert wurden. Das undifferenzierte Konzept des „inneren Kindes“ – es sei nochmals betont – verhindert jedoch in dysfunktionaler Weise eine differentielle Sicht auf unterschiedliche biographische Milieus und Persönlichkeitsschemata (Kindschemata) und führt oft genug durch ungute Selbstattributionen zu Strategien der *Selbstbehinderung* statt zu Strategien der Selbstbestätigung, des Empowerments und der Förderung von Kompetenzen und Performanzen. Es wird eben zumeist auf das verletzte, schwache, inkompetente Kind zentriert statt auf das kompetente, kreative, vitale. Aber neben der in einer gründlichen Diagnostik (*Petzold, Osten* 1998; *Müller, Petzold* 1998) fundierten Sorge um die *kindhaften Seiten* unserer Patienten muß in gleicher Weise die Sorgfalt gegenüber ihren kompetenten *erwachsenen Seiten* stehen, ihrer spezifischen Erwachsenen kreativität und reifen Bewältigungspotentiale, die es zu bekräftigen, stützen, weiterzuentwickeln gilt. Damit tritt neben die *Pathogenesezentrierung* die *Salutogenesezentrierung*, finden sich neben den „Strategien der Heilung“ die „Strategien der Förderung“. Es kann nicht genügend unterstrichen werden: Die „vier Wege“ verstehen sich ja – man schaue in den entsprechenden Text (*Petzold* 1988n, 175, 216, 1996a) – als „vier Wege der Heilung und **Förderung**“, und derartige Förderung ist eminent therapeutisch, Krankenbehandlung, die Heilung, Gesundheit, *wellness* befördert im Sinne eines „erweiterten Krankheits- und Gesundheitsbegriffes, wie ihn der Integrative Ansatz vertritt (idem 1992a, 553, 558; vgl. *Becker* 1995; *Amann, Wipplinger* 1998).

Sieht man diese „vier Wege“ in ihrer doppelten Orientierung gleich-gewichtig, so kommt man von einer einseitigen Fixierung an „Parenting-/Reparenting-

Modelle“ mit ihrer sehr spezifischen Indikation zu einer ganzheitlichen und zugleich differentiellen, einer breiten und dennoch sorgfältig zugepaßten Behandlungskonzeption, in der die wichtige vergangenheitsorientierte Arbeit mit positiven *und* mit belastungsorientierten *Regressionen* (Petzold 1992b, 1977a) neben der genauso wichtigen gegenwartsbezogenen Arbeit mit dem Fokus auf aktuellen Schwierigkeiten *und* Ressourcen (idem 1996f; 1998a, 353-393) steht und neben der Arbeit, durch die auch gute *und* bedrohliche Zukunftsvisionen in den Blick genommen werden: Denn unser Verhalten wird unter der chronosphischen Perspektive klinischer Zeittheorie (idem 1991o) auch durch antizipierte Probleme *und* Möglichkeiten, d.h. durch entsprechende *prospektive* Ausrichtungen, *Teleomotionen*, bestimmt, genauso wie es von *Aktualmotationen* beeinflusst ist, die sich aus der *aspektiven* Betrachtung gegenwärtigen Lebens erschließen lassen und natürlich auch – unter *retrospektivem* Blick – von *Kausal-motationen*, die in der Vergangenheit liegen (Petzold 1994a, idem et al. 1994a, b, 332). Dabei wird einseitige Pathologieorientierung im therapeutischen Konzept, wie z.B. in den tiefenpsychologischen Schulen, genauso als dysfunktional gesehen wie eine oberflächliche Wellness-Orientierung (Andersen 1987) bei gewissen humanistisch-psychologischen Richtungen.

Die aufgezeigten Zusammenhänge bilden den Hintergrund für eine weitere Betrachtung von *Regressionsideologien*, die zu den gewichtigsten und sehr einflußreichen Therapie-Ideologien im psychotherapeutischen Feld gerechnet werden müssen. Auf einige Aspekte sei noch näher eingegangen.

3.3 Das Ideologem des „undifferenzierten, globalisierenden Regressionsparadigmas“

Der undifferenzierte Rekurs auf ein „parentales Paradigma“ in der Psychotherapie steht im Zusammenhang mit einem anderen Ideologem: dem der *monokausalen*, frühen Verursachung (und ihrer linearen Wirkung) der seelischen Erkrankung, was eine Logik der Behandlung und Heilung durch das Wiederauffinden der frühen Traumatisierungen installiert, ein Aufdecken des „Urtraumas“ als *causa prima*. Deshalb wird regressionsorientierte Arbeit notwendig. Das ist ein sehr hinterfragbares Konvolut globalisierender ideologischer Annahmen im psychotherapeutischen Feld. Wir haben es als das „undifferenzierte, globalisierende Regressionsparadigma“ bezeichnet. Es findet sich praktisch bei allen im weiteren Sinne von der Psychoanalyse beeinflussten Therapieformen – damit auch bei der Mehrzahl der sogenannten „humanistisch-psychologischen“ Therapien, wie z.B. der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse, extrem der Bio-

energetik und Primärtherapie – und ist so persistent, weil es offensichtlich basalen Bedürfnissen und Mustern von Menschen entgegenkommt. Dabei wird angenommen, daß man, weil psychische Erkrankungen und Probleme im wesentlichen auf „frühe Störungen“ zurückzuführen seien (je schwerwiegender, desto früher!), durch die Regression in archaische Milieus gehen und frühe Traumatisierungen auffinden *müsse*, um auf diese Weise die Abfuhr verdrängter Affekte zu ermöglichen sowie um – durch *Einsicht* in die Zusammenhänge desillusioniert – von neurotischen, regressiven Strebungen und falschen Verknüpfungen zu lassen und sein Leben neu zu ordnen – so der klassische Weg *Freuds*. Dieses Regressionsparadigma wurde von den „neuen Regressionstherapeuten“ massiv konkretisiert und damit *simplifiziert*. Falsche Verknüpfungen wurden „falsche Glaubensmuster“, die der „inneren Wahrheit“ entgegenstehen (*Chopich, Paul 1997, 62*). Die nach *Freud* durch die Geburt verursachte Geburtsangst wird zum „Urtrauma“ und zur lebensprägenden Fehlentscheidung. Aus der Literatur ein Patientenbericht zur Illustration:

„In einer Rebirthing-Sitzung gelang es mir, eine Geburt noch einmal zu durchleben. Ich sah meine Mutter dort liegen, so stark mit Medikamenten betäubt, daß sie tatsächlich nicht mehr in ihrem Körper war. Die einzige andere Person in diesem Raum war der Arzt ... er schien ein liebloser, distanzierter Mann zu sein, dem vor allem daran gelegen war, daß die Geburt bald vorüber sein möge ... Ich erinnere mich daran, auf die Welt gekommen zu sein und mich unendlich allein gefühlt zu haben, getrennt von allen anderen Menschen ... und in diesem Moment legte ich mir eine meiner zentralen Ego-Überzeugungen zu: *Ich bin nicht wichtig*. Niemand war da, um mich zu begrüßen ...“ (*ibid. 63*). Man wird an *Ferenczi (1929a)* erinnert: „Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb“. Gut, wenn es sich um den Anfang einer „Geschichte der Vernachlässigung“ handelt, einen „narrative point of origin“ (*Stern 1985*), mag man die Metaphorik gelten lassen. Hier aber wird sie als eine ein Grundmuster setzende *causa prima* aufgefaßt, von deren Determinierung man frei wird, wenn man lernt, „aus den beständigen Bedürfnis nach Liebe von außen herauszuwachsen und uns selbst und andere lieben zu lernen“ (*Chopich, Paul 1997, 64*), mit dem „höheren Selbst“ versteht sich. In den klassischeren Ansätzen klinischer Therapie sollen durch elterliche Zuwendung von seiten der Therapeuten emotionale Defizite „aufgefüllt“ werden bzw. Patienten durch „korrigierende emotionale Erfahrungen“ (*Alexander*) eine andere emotionale Ausrichtung gewinnen (so das Reparenting-Modell von *Ferenczi* und seiner Schule). Das kann durchaus *eine* therapeutische Strategie sein, die bei entsprechender Indikation sinnvoll, ja, notwendig sein mag. Wir vertreten durchaus *Ferenczis* Modell, wo es indiziert erscheint. Wird es aber zur alleinigen oder vorherrschenden Behandlungsstrategie, wird diese falsch. In all diesen auf Frühstörungen ausgerichteten therapeu-

tischen Orientierungen werden regressive Tendenzen von Patienten aufgenommen oder zum Teil sogar induziert: Förderung einer Übertragungsneurose (Freud) oder eines Parenting-Klimas durch „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (Ferenczi). Da nach solchen einseitigen Ideologien prinzipiell fast jede psychogene Erkrankung in einem *prävalent frühen* Milieu angesiedelt wird (präödpale oder ödipale Probleme) und auch Folgen von Aktualtraumatisierungen mit frühkindlichen Vorschädigungen in Zusammenhang gebracht werden, wird stereotyp auch eine alleinige regressionsorientierte Behandlungspraxis verfolgt – oder ins gegenteilige Extrem umschlagend, einer absoluten Vermeidung regressiver Arbeit das Wort geredet –, statt hier *eine* Dimension im Behandlungsgeschehen zu sehen, der man unter anderen Dimensionen nachgehen kann oder muß, wie es in der Integrativen Therapie im sogenannten „zweiten Weg der Heilung und Förderung“, d.h. dem Weg emotionaler Nachsozialisation geschieht (Petzold 1988n, 236ff). Dabei wird aber nicht im Sinne einer „**Generalisierungshypothese**“ (Petzold 1995b, 164ff) angenommen, daß ein „Durcharbeiten“ der frühen Störungen in einem dyadischen Setting schon eine allgemeine verändernde Wirkung auf die Symptomatik und die Lebensführung habe. Eine solche Annahme kann nicht als gesichert angesehen werden, weil vieles dafür spricht, daß die Bearbeitung kindlicher Traumata im regressiven Setting mit Erwachsenen allein keineswegs *regelmäßig* auch generalisierende Effekte für die Lebensführung im Erwachsenenalter hat (für den Einzelfall sind diese natürlich nicht bestritten), es sei denn, es werden in der Therapie spezifische „**Transferleistungen**“ angestrebt, die alternative Kommunikations- und Interaktionsformen für das aktuelle Lebensfeld des Patienten erarbeiten und ihre Implementierung fördern.

Es ist nämlich durchaus nicht so, daß frühkindliche Interaktionsmechanismen, von denen – zu Recht oder zu Unrecht – behauptet wird, sie hätten sich so stabilisiert, daß sie im Erwachsenenalter fortgeschrieben würden, gleichzusetzen wären mit den als „infantil“ bezeichneten Verhaltensweisen oder als „archaisch“ apostrophierten Beziehungsformen und Abwehrmechanismen *erwachsener Patienten*. Vielmehr ist es höchst fraglich, ob dieses Verhalten im Erwachsenenleben tatsächlich dem Verhalten von Kleinkindern entspricht oder gar gleichgesetzt werden und aus diesem linear hergeleitet werden kann. Videogestützte Mikroanalysen von Interaktionen machen dies sofort sinnfällig. Ein Fünfjähriges zeigt Ängste oder Dependenz in ganz anderer Weise als eine 35jährige dependente und ängstliche Patientin. Selbst wo gewisse Ähnlichkeiten im Interaktionsverhalten ablesbar erscheinen, liegen doch Welten zwischen diesen Interaktionsformen des Erwachsenen und ihren Qualitäten und denen von Kindern. Die Texte (Transkripte?), die sich in der Literatur als Äußerungen des „inneren Kindes“ finden, zeigen klare Erwachsenensyntax mit komplexem

Satzbau und Erwachsenenmetaphorik, in denen sich zwar kindersprachliche Ausdrücke und eine ganze Menge Kinderjargon findet, die aber von Kindersprache weit entfernt sind (vgl. z.B. *Chopich, Paul* 1997, 141-146, 148-150 usw. usw.). Vor allem sind die Texte bis zum Überdruß gesättigt mit therapeutischen Klischees und Szenejargon. Trotz modischer Verweise auf nichtlineare Komplexität wird beständig mit simplen Kausalmustern gearbeitet: „Welche Erlebnisse aus der Kindheit haben diese [dysfunktionalen, sc.] Glaubensmuster verursacht?“ (ibid. 154): Das Kind wurde von den Eltern nicht geliebt, also wird der Erwachsene psychisch gestört und krank. Kann er aber mit seinem liebenden inneren Erwachsenen, seinem „höheren Selbst“ das Kind an sich lieben, wird er gesund. So einfach ist das! „Wenn wir beginnen, unser inneres Kind zu lieben, werden wir uns heilen. Wenn wir uns heilen, heilen wir die Welt“ (ibid. 245). „Seltsam, aber so steht es geschrieben“* nämlich als Schlußsatz des Bestsellers mit zwanzig Auflagen: „Aussöhnung mit dem inneren Kind“.

Natürlich gibt es Kausalitäten – in der Regel multiple (vgl. *Petzold* 1992a, 566, 611), die verschiedene Ansatzpunkte in der Behandlung erforderlich machen (idem 1993p). Selbst wo man mit einigem Fug und Recht linearkausale Beziehungen rekonstruieren zu können glaubt und ein Fokus bei der Regressionsarbeit angemessen zu sein scheint, sind die Konstellationen der Erwachsenenwelt und ihre „affordances“ (*Gibson* 1979; *Petzold et al.* 1994a) so unterschiedlich, daß Verhaltens- und Einstellungsänderungen in optimaler und *zeitökonomisch vertretbarer Form* nur erreicht werden können, wenn diese aktuellen Konstellationen neben einer biographisch aufdeckenden Einsichtsorientierung, einer Parenting-Strategie oder fokalregressiven Intervention (idem 1993p) selbst Gegenstand der therapeutischen Bearbeitung werden. Dies geschieht oft genug nicht, nicht systematisch oder nur marginal. Die alleinige Herleitung aus „frühen“ Konstellationen verhindert eine angemessene Wertung des bestimmenden bzw. prägenden Charakters auch späterer Einflüsse und der gegenwärtigen Interaktionsmuster und Beziehungskonstellationen in den Lebenszusammenhängen der Erwachsenenzeit (idem 1996f).

So werden Einstellungs- und Verhaltensänderungen oftmals nur durch Nebeneffekte, durch *indirekte Wirkungen* und nach langen Behandlungszeiten erreicht, und auch wohl nur, weil *allgemeine Wirkfaktoren* (*Huf* 1992) in Therapien zum Tragen gekommen sind, und nicht, weil die tatsächlichen Probleme in ihrer Komplexität und Spezifität theoretisch fundiert *gezielt* und mit adäquaten, durch

* Dies ist der Standardschlußsatz hinter jeder Gruselgeschichte in der Zeitschrift „Spuk-Geschichten“, einen der beliebtesten Kinderschmöker aus dem Bastei-Verlag, dem wir – unserem „inneren Kind“ freien Lauf lassend – hier zitieren müssen, denn es hat uns bei diesen Texten des Bestsellers so gegraust. Vgl. unbedingt „Spuk-Geschichten“ Heft Nr. 379 (1990) 16-21!

Forschung abgesicherten Mitteln angegangen worden wären. Das mäßige bis schlechte Abschneiden der *traditionellen* psychoanalytischen Verfahren, was die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen anbelangt, etwa im Vergleich mit Verhaltenstherapie oder Familientherapie, wird durch vergleichende Psychotherapiestudien – und nicht nur durch Metaanalysen mit all ihren methodischen Problemen – gezeigt (siehe eine Zusammenstellung der Vergleichsstudien in Form von Wirksamkeitsprofilen bei Grawe et al. 1994). Bei allen anmeldbaren Vorbehalten verweist diese Forschungslage auf die Probleme theoretisch einseitiger und methodisch zu knapp greifender Behandlungsansätze, die z.B. die Frage des **Transfers** vernachlässigen, Kontext und Netzwerkdimensionen ausblenden und so durch ihre therapieideologische Starre daran gehindert werden, *bessere Therapie* zu machen, wie Grawe et al. (1994) darlegen – eine Position, die trotz der heftigen Diskussionen (vgl. Märtens 1995; Fischer, Fähr-Barwinsky 1998; Tschuschke et al. 1997) nicht von der Hand zu weisen ist.

Weiterhin wird im „*undifferenzierten Regressionsparadigma*“ angenommen, daß es linearkausal wirkende „Erstursachen“ gebe, die eine „ungebrochene Durchgängigkeit“ hätten. Dies ist eine irrige Annahme, weil selbst dort, wo „frühe Schädigungen“ vorliegen, das Leben über sie hinweggegangen ist, protektive Faktoren mildernd oder kompensatorisch wirken konnten, nachfolgende Noxen weitere Schädigungen setzten, vertiefend wirkten oder andere Akzentgebungen in der Entwicklung einer „pathologischen Karriere“ (Petzold, Hentschel 1991) bewirkten. Die Interaktion von „Ketten adversiver bzw. negativer Ereignisse“ und „Ketten positiver Einflüsse“ sowie „prolongierter Mangelserfahrungen“ (Petzold et al. 1993) lassen bestimmte *Karrieretypiken* (Rutter 1988; Robins, Rutter 1990) entstehen, die in ihrer *Gesamtqualität*, insbesondere in ihren *aktualen Manifestationen*, bearbeitet werden müssen. Wenn man an der biographischen Perspektive und einer tiefenpsychologischen Sichtweise ausgerichtet ist – und wir können uns, bei aller notwendigen Kritik an Obskurantismen, einer *sozialwissenschaftlich ernüchterten*, durch Forschung fundierten, tiefenpsychologischen Position mit einem modernen, philosophisch, klinisch und neurowissenschaftlich begründeten Konzept des Unbewußten (Petzold 1988b; Perrig et al. 1993) immer noch zuordnen –, wird hier eine Bearbeitung der *auf den unterschiedlichen Niveaus der Biographie* gesetzten Schädigungen und ihrer Folgen erforderlich. Dabei gewichten wir mit Pierre Janet das Konzept der **Dissoziation** stärker als das u.E. überbewertete der *Verdrängung* (Singer 1990; Nemiah 1989, 1996; van der Hart, Friedmann 1989; Putnam 1989). Aber: Selbst wenn „strukturelle Homologien“ oder „strukturelle Ähnlichkeiten“ zu frühkindlichen Negativkonstellationen im aktuellen Verhalten bestehen, muß man sich vor Gleichsetzungen und Überbewertungen hüten, ansonsten werden „spätere Schädigungen“ nicht gesehen oder als weniger bedeutsam aufgefaßt nach dem Motto: „Früh ist

schlimm“, und wenn man das „Übel an der Wurzel packt“, die *Erstursache* bearbeitet, wird sich das generalisierend auf die Gesamtproblematik auswirken. Eine solche undifferenzierte Annahme widerspricht der klinischen Erfahrung. Wer kennt nicht die Vielzahl der Patienten, die alles über ihre frühen Traumata *wissen* oder zu wissen glauben, ohne in der Lage zu sein, ihre Gefühlslagen, Einstellung, Willensentschlüsse, ihr Verhalten und ihre Lebensumstände aufgrund dieser in der Therapie gewonnenen bzw. von ihren Therapeuten vermittelten und im schlechtesten Falle suggerierten oder subtil insinuierten „Einsichten“ zu verändern. Aus all diesem folgt: Der Erfolg von Therapien (in einem spezifisch klinischem Sinn betrachtet) muß in erster Linie an objektivierbaren Fakten – Symptommfreiheit oder -besserung, Problembewältigung oder -lösung, Verhaltens- und Einstellungsänderung, Veränderung von Emotionen, Motivationen und Volitionen, Zuwachs an Kompetenzen und Performanzen – gemessen werden. Wenn der Erfolg nicht eintritt – trotz aller „Einsichten“ –, dann müssen die Fragestellungen, diagnostischen Einschätzungen, Behandlungsziele und -strategien überdacht, überprüft und verändert werden, und dies zum Teil recht grundsätzlich, anstatt in der alten Linie „vertiefend“ fortzufahren und die Therapiedauer weiter und weiter zu verlängern. Wir haben als Kliniker und Supervisoren oft genug gesehen, daß Patienten nach jahrelangen erfolglosen Psychoanalysen, aber auch nach langen Gestaltanalysen (Frühmann 1993) in Integrativen Kurzzeittherapien (Petzold, Heintl 1980; Heintl 1996; Petzold 1993p, idem et al. 1999), in „lösungsorientierten“ systemischen und auch in verhaltenstherapeutischen *Kurzzeitbehandlungen* – für so manchen Analytiker undenkbar – ihre Symptomatik loswurden und ihre Lebensprobleme dauerhaft meistern konnten – *ohne „Symptomverschiebungen“*. Die häufige Patientenaussage: „Hätte ich doch diese Form der Therapie sofort gefunden, wo meine *wirklichen* Probleme gehört und ernst genommen wurden!“ Wir haben aber auch – wenn gleich deutlich seltener – Patienten gesehen, die nach einer Odyssee durch verschiedene behaviorale und humanistische Therapien von kurzer Dauer aufgrund einer mittelfristigen Psychoanalyse oder Integrativen „Gestaltanalyse“ (Frühmann 1993; Petzold 1993m) endlich gesund wurden.

Es gibt für beide Varianten der Therapie gute Gründe, die mit Fragen der Indikation zu tun haben, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann (Osten 1995). Unterstrichen werden soll nur: *Wo Behandlungserfolge nachhaltig ausbleiben, müssen diese nicht wegtheoretisiert werden, um das eigene Theoriegebäude nicht anzukratzen, sondern es müssen grundsätzliche Infragestellungen und gegebenenfalls Strategieänderungen erfolgen oder die Überweisung an anders arbeitende Kolleginnen oder Kollegen (der Geschlechterwechsel kann hier oft entscheidend sein), anstatt die Patienten doch noch in das Prokrustesbett der eigenen Annahmen und methodischen Ansätze zu pressen.* Um eine solche Praxis zu vertreten, muß man bereit sein, sich

den ausbleibenden Erfolg einzugestehen, ihn mit dem Patienten, ohne zu „schönen“, zu thematisieren und Konsequenzen zu ziehen. Das geht zuweilen an das „professionelle Selbstwertgefühl“ und wird besonders für Therapeuten schwer und fatalerweise zum Teil unmöglich, die „believer“ eines therapeutischen Glaubenssystems sind, dessen Dogmen „*de fide*“ (Ott 1961, 11) - ihre Verletzung ist eine Todsünde, eine Sünde „wider den heiligen Geist“, die nicht vergeben wird, „weder in dieser Welt noch in der zukünftigen“ (Mt 12, 32) - nicht angezweifelt werden dürfen. Die Zeloten aller Therapieschulen geben hierfür bedrückende Beispiele. Noch schwerer wird es, wenn diese Therapeuten im parentalen Paradigma und mit ihm voll identifiziert arbeiten, weil sie dann ja als „Eltern“ versagt hätten.

Ein „*differenziertes, spezifizierendes Regressionsparadigma*“, wie es die Integrative Therapie vertritt, sieht die Bearbeitung früherer Schädigungen in einem *klinischen Gesamtrahmen* (Petzold 1988n), der ein einsichtsorientiertes therapeutisches Vorgehen (*erster Weg* der Heilung und Förderung, *ibid.* 218) oder ein Parenting-Repenting-Modell (*zweiter Weg* der Heilung und Förderung, *ibid.* 236) nur als Maßnahmen *unter mehreren* betrachtet, etwa dem Vermitteln alternativer Erlebnismöglichkeiten im Hier und Jetzt (*dritter Weg*, *ibid.* 250) oder der solidarischen Bemühungen um Bewältigung von anstehenden Lebensaufgaben (*vierter Weg*, *ibid.* 260) durch praktische Strategien des *Empowerments* für den Alltag. Selbst der erste und zweite „Weg der Heilung und Förderung“ zentriert sich nie nur auf den Frühbereich, sondern es wurde in der Integrativen Therapie immer dezidiert vertreten, daß einerseits aufgefundene Hintergründe von Problemen stets auf den jeweils „*prävalenten pathogenen Milieus*“ (Petzold 1988n, 234) der memorierten Biographie bearbeitet und daß andererseits ihre aktuell feststellbaren *Folgen* mit ihren Manifestationen in den Kontexten „hier und heute“ spezifisch angegangen werden müssen, daß schließlich später gesetzte Störungen und negative Ereignisse (die etwa in der Adoleszenz oder im Erwachsenenleben eingetreten sind) „*Ursachen von Problemen und Störungen im eigenen Recht*“ sind. Für „*memorized adverse events*“ nebst ihren besonderen Folgen werden deshalb eigene Bearbeitungen mit spezifischen, diesen Situationen und biographischen Alterslagen angemessenen Interventionsformen notwendig werden.

Für nicht bewußte und nicht unmittelbar memorierbare, verhaltensbestimmende Muster, die sich unter biographischen Einflüssen herausgebildet haben und im „prozeduralen Gedächtnis“ (Tulving 1985) bzw. „fungierenden Gedächtnis“ (Petzold 1992a, 720) festgehalten sind, müssen aufgrund subtiler Mikroanalysen verbalen und nonverbalen Verhaltens (Petzold et al. 1994a) Konstellationen geschaffen werden, die ein „beiläufiges“ Neu- und Umlernen durch ein Angebot komplexer Kontexte, wie sie z.B. Gruppentherapien bieten, möglich machen. Es wird hier das „fungierende Gedächtnis“ angesprochen, ein „impli-

ziertes Gedächtnis“ (Schacter 1987) für das neues „Impliziertes Wissen“ im Sinne von Polanji (1989) bereitgestellt wird, damit wir in unserem „Leibselbst ... Gedankenkomponenten umfassen, die wir nur mittelbar, nebenbei, unterhalb unseres eigentlichen Denkinhalts registrieren“ (ibid. 10). Moderne Gedächtnisforschung zur unbewußten Informationsverarbeitung (Perrig et al. 1993) bietet hier die Grundlagen für die Nutzung von „impliziten Erfahrungen“ (ibid. 136ff), wobei wir Perrig et al. zustimmen, wenn sie aufgrund ihrer Untersuchungen feststellen: „Ähnlich wie bei der Beurteilung der unterschweligen Wahrnehmung folgen wir hier [beim unbewußten Erfahrungsaufbau, sc.] aber nicht den Annahmen der Psychoanalyse, die in ihrem analytisch interpretativen Tun komplexe Szenarios konstruieren, ihre Symbolik deuten und auf die psychische Störung beziehen. Für all dieses finden wir in unseren Analysen keine Rechtfertigung“ (ibid. 226). Vielmehr könnten aber „subtile unterstützende Beeinflussungsmaßnahmen [...] nach der individuellen Problemanalyse gezielter ausgewählt und eingesetzt werden. Dazu gehören alle Maßnahmen, die das Empfindungs- und Wahrnehmungsangebot modifizieren, wie z.B. Musik, Farben, Gegenstände usw.“ (ibid.). Solche Formen der Arbeit haben wir in der Integrativen Therapie mit ihrer „komplexen Bewußtseinstheorie“ (Petzold 1988n) entwickelt, wie es Ilse Orth (1994) in ihrer wichtigen Arbeit „Unbewußtes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien“ beschreibt (vgl. auch Petzold, Orth 1985a, 1990a; Müller, Petzold 1996, 1998; Petzold 1995a). Es geht also um mehr als um Einsicht in Eltern-Kind-Konstellationen, ihre Deutung oder auch Reinszenierungen, was alles immer nur Teildimension einer vielschichtigen therapeutischen Gesamtstrategie sein kann.

Warum nun wird mit solcher Persistenz dem „undifferenzierten parentalen Paradigma und globalisierenden Regressionsparadigma“ angehangen? Die so orientierten psychoanalytischen Diskurse – natürlich gibt es auch anders orientierte psychoanalytische Strömungen – kommen hier offensichtlich verschiedenen Grundtendenzen von Menschen entgegen. Zum einen ist da ein Kausalitätsbedürfnis und eine „Erklärungsnot“ – bei Patienten und Therapeuten gleichermaßen –, die psychische und psychosomatische Erkrankungen auf möglichst eine klare „causa prima“ zurückführen will und damit der ultrakomplexen „Geschichte der Verursachungen“ und ihrer differenzierten Bearbeitung entgegen zu können glaubt. Zum anderen sind da die Muster linearkausalen Denkens bzw. der Ursache-Wirkungs-Mechanik, die zumindest in unserem abendländischen Kulturkreis und in einigen fernöstlichen Bereichen vorzuherrschen scheinen: Sünde/Schuld, Strafe/Erkrankung (Buchinger 1992), Schuld/Strafe im Sinne karmischer Belastung. Erbsündenlehre und Karmalehre sind hier strukturell ähnlich in ihrem Regreß auf vorausliegende Verursachung, mit dem dann stets die Wirkung widriger aktueller Lebensumstände abgeblendet wird. Oftmals sind

es aber gerade diese widrigen gegenwärtigen Lebensumstände (Arbeitslosigkeit, schwierige sozioökonomische Situation, desolante soziale Netzwerke, iatrogene Therapie, vgl. *Petzold 1996f*), die Patienten wie Therapeuten an ihre Grenzen führen, weil sie so schwer zu beeinflussen sind, so daß die vorherrschende Ausrichtung auf „frühe“ biographische Verursachungen auch für die Therapeuten eine Vermeidung schwer veränderbarer Gegenwartswirklichkeit ermöglicht. Für Patienten bietet das „undifferenzierte Regressionsparadigma“ Vermeidungs- und Exkulpationsmöglichkeiten: „Weil es in meiner frühen Kindheit so schlimm war, ist es doch klar, daß ich im gegenwärtigen Leben nicht zurechtkomme!“ Diese ganze Thematik einmal im Lichte der Forschungen zu Kausalattributionen betrachtet (*Hewstone, Antaki 1992, 119*) – sie werden von Psychotherapeuten mit tiefenpsychologischer Orientierung offenbar nicht zur Kenntnis genommen – zeigt den massiven Ideologiecharakter, schlechte Heuristiken und *konzeptuelles Chaos*, was die Fragen nach verursachenden Momenten von Krankheit, Störungen und Problemen und ihrer Behandlung anbetrifft.

Die naive, platt pragmatische oder ideologiegeleitete Attribution von Kausalitäten führt oft genug – *Perls (1969b)* hatte dies einseitig rigoros vertreten – zu einer Verhinderung von Bewältigungsleistungen in der Gegenwart, Leistungen, die zum Teil durchaus möglich wären, so daß die Psychotherapie zur Zementierung dysfunktionaler „belief systems“ beitragen kann. Solche Behandlungen bewirken zuweilen sogar eine „durch Psychotherapie erlernte Hilflosigkeit“ (im Sinne von *Seligman 1978*), indem sie durch die disproportionale Fokussierung auf regressive Milieus angemessene, erwachsene Bewältigungspotentiale außer acht lassen und von den Therapeuten selbst z.T. als Artefakte der Behandlungstechnik evozierte, infantile Muster bekräftigen. Manche Therapieideologien sehen eine Alltags- und Gegenwartsorientierung oder „pädagogische“ Interventionslinien geradezu als „schädlich für die Kur“ an.

Weiterhin ist mit dem Erleben regressiver Klimata für den Patienten die entlastende Vorstellung und – bei gelingenden Reparenting-Prozessen – die emotionale Erfahrung verbunden, noch einmal eine gute Kindheit zu haben und durchleben zu können. Er flüchtet sich zum Teil dann auch in die „positive Regression“ des therapeutischen Settings. Dagegen wäre nichts zu sagen, wenn damit gleichzeitig eine – zumindest sektorielle – Förderung seiner *Realitätsorientierung* und eine differentielle Stützung seines erwachsenen *Bewältigungsverhaltens* einherginge. Therapien können ohne weiteres *zweigleisig*, ja, *mehrgleisig* laufen. Der 35jährige Patient mit einer Depression oder Angstsymptomatik wird selbst im therapeutisch induzierten oder krisenbedingten regressiven Zustand immer auch auf einer Erwachsenenenebene funktionieren können, die deshalb angenommen, aufgegriffen, ernstgenommen und gestützt, ja, positiv entwickelt werden muß. Dies erfolgt natürlich nicht von Therapeuten, die es in

der Bearbeitung frühkindlicher Schäden einerseits genießen, in der Rolle „guter Eltern“ sein zu können, und andererseits dabei oftmals unbewußt darum bemüht sind – und das ist nicht selten –, eigene Probleme und Bedürftigkeit durch den Patienten bearbeiten zu lassen. Das grandiose Erleben, in der Rolle „guter Eltern“ zu sein, die alles zum Guten zu wenden vermögen, ja, als „*container*“ (Bion 1965) sogar die Negativität des Kindes aufnehmen („und siehe, ich nehme auf mich ...“, der Therapeut als Erlöser!), sie innerlich umzuwandeln, eine solche Haltung behindert dann bei Patienten die Entwicklung realitätsgerechter, erwachsener Bewältigungsmuster. Sie gibt dem Therapeuten enorme *Macht über das Leben* des emotional abhängigen, regredierten Patienten und verhindert damit auch, daß Therapeuten *eigene Ohnmachtsgefühle* spüren müssen, die die Arbeit mit „frühen Milieus“ – seien sie nun pathogen mit Krankheitsfolgen oder nicht – in ihnen immer wieder provoziert, und sei die eigene Biographie noch so gut „durchgearbeitet“. Durcharbeitung bedeutet nämlich nicht, daß frühe Erfahrungen nicht mehr aufgerufen, „getriggered“ werden können, frühe Ängste und Belastungen nicht mehr anklingen. Dies ist keineswegs der Fall! Gutes Durcharbeiten bedeutet, daß es Möglichkeiten gibt, solche Erfahrungen und ihre Nachklänge zuzulassen und mit ihnen umzugehen. Dies ist möglich, weil sie andere Wertungen erhielten, anders emotional konnotiert werden können, wozu durchaus gelungene Parenting-Prozesse beitragen können. Die eigene Stabilisierung in der Rolle „guter, kompetenter und mächtiger Eltern“ verhindert aufseiten von Therapeuten ein solches Zulassen, die zum Teil schmerzliche Vergegenwärtigung und die erneute (wenn auch kompetente, weil in durchlebten Erfahrungen und Bewältigungsleistungen gründende) Auseinandersetzung, von der man nicht entbunden werden kann. Verletzungen des „Selbstwertgefühls“ – wir ziehen dieses Konzept dem ideologieträchtigen und dysfunktionalen „Narzißmus“-Konzept vor (Petzold 1992f) – werden so übergangen, und eigene Selbstwertproblematik wird mit „*subtiler*“ Grandiosität überspielt: man ist ein ernsthafter, warmherziger, den armen regredierten Patienten und sein „verletztes inneres Kind“ annehmender Therapeut, der sich für Patienten einsetzt und deshalb ein besonders guter Therapeut ist (aus diesem Grund „*subtile*“ Grandiosität). Diese unreflektierte Praxis „parentifizierender“ Zuwendung, die nichts mit dem zu tun hat, was wir in der Integrativen Therapie als „*Parenting-Prozesse*“ betrachten, in denen ein „*Aushandeln von Grenzen*“ (Petzold 1995b, 182) im Zentrum steht, ohne das die liebevolle Zuwendung zum Gefängnis wird, diese subtilen Formen der Bindung durch „entmächtigende Zuwendung“ führen zuweilen zu negativen Entgleisungen, nämlich zum Aufbau toxischer Dependenzmuster. Diese werden wiederum therapietheoretisch durch das Konzept „früher Störungen“ ideologisiert und deshalb abgewehrt.

Ein weiteres Moment besteht also in der Identifikation der Therapeuten mit vermuteten oder tatsächlich vorhandenen, in früher Kindheit geschehenen Verletzungen des Patienten. Diese rufen in ihm ubiquitäre, genetisch verankerte „protektive Impulse“ auf, Muster des „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981; Petzold et al. 1994a), die von der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung aufgefunden und herausgearbeitet wurden: Wenn ein Baby schreit, werden erwachsene Menschen „alarmiert“ und motiviert, Sorge dafür zu tragen, daß ihm nichts geschieht, und entsprechende Pflegehandlungen und Akte der Zuwendung vorzunehmen. Dieses „*display*“ von protektiven Programmen ist so stark, daß es sogar – wie wir schon ausführten – in der Theorienbildung der psychoanalytischen Therapie seinen Niederschlag gefunden hat, nämlich in dem die Pathogenesetheorie fundierenden Konzept des „*inkompetenten Säuglings*“, diesem „armseligen, triebgeschüttelten Wesen“ (Freud), eine Sichtweise, die hinter dem *undifferenzierten Regressionsparadigma* steht und allzulange verhindert hatte, daß man die Fähigkeiten des „*kompetenten Säuglings*“ (Dornes 1993) sehen konnte. Das von der empirischen Babyforschung falsifizierte Konzept einer „*symbiotischen Phase*“ (M. Mahler) ist in besonderer Weise Ausdruck des protektiven Dependenzmusters, welches zumindest genausoviel über die Dependenz von Eltern gegenüber ihrem Säugling aussagt wie über die Dependenz des Säuglings gegenüber erwachsenen Pflegepersonen. Wenn Melanie Klein offenbar keine andere Möglichkeit hatte, als Säuglinge in der Terminologie schwärzester Psychopathologie zu beschreiben und sie damit als schwerkranke Wesen hinstellt, so hat dies nicht nur mit kryptoreligiösen Annahmen über den Säugling, der noch nicht in der Gotteskindschaft steht, zu tun (vgl. Petzold 1996d), sondern kann wesentlich auch auf den genannten, (pseudo)theoretisch verarbeiteten basalen Protektionsmechanismus des „*intuitive parenting*“ zurückgeführt werden: Der Säugling ist nicht nur hilflos, er wird auch noch zu einem kranken Klienten, der deshalb der besonders intensiven Pflege bedarf! Damit wird Säuglingspflege und Krankenpflege synonymisiert, und die anderen Bedeutungen des „Pflegebegriffes“ (z.B. Kulturpflege, Pflege einer Kunst, einer Beziehung oder Freundschaft), welche Aspekte der Förderung, des Umhégens, des Entwickelns, des *Enrichment*, des *Empowerment* beinhalten, gehen verloren. Ein pathologiezentriertes Pflegeverständnis ist aber genauso schädlich wie ein pathologiezentriertes Therapieverständnis, das den weiten Begriff von „*therapeu-ein*“, der dem lateinischen „*colere*“ entspricht (dienen, pflegen, bebauen, verehren, hegen, fördern, kultivieren, heilen), ausblendet.

Mit der gesamten „*undifferenzierten Regressionshypothese*“ und These der „*prävalenten Frühverursachung von Störungen*“ verbunden ist eine „Tendenz zur Pathologisierung“ und eine „Tendenz zur Dramatisierung“ von Schlimmem. Dadurch können positive, nährende, benigne Regressionen im Sinne einer Aktua-

lisierung „positiver Quellen“ nicht eingesetzt werden, weiterhin werden spezifische, positive Konfluenzen des Erwachsenenenerlebens (Zärtlichkeit, Natur- und Kunsterleben etc. – sie sind eben nicht nur Reproduktionen infantiler Symbiose- bzw. Konfluenzzustände) nicht therapeutisch genutzt. Schließlich besteht die Gefahr, daß die gesunden, erwachsenen Potentiale des Patienten zuwenig gesehen oder wertgeschätzt und damit auch nicht gefördert und bekräftigt werden. Durch die einseitige Zentrierung auf regressive Hilflosigkeit kann die Persönlichkeit in einem Maße geschwächt werden, daß selbst die indizierte therapeutische Strategie einer „differenzierten Regressionsarbeit“ sich ins Negative wenden kann, weil sie eine generalisierende Kraft gewinnt, die die allgemeine Lebensführung, die Kompetenzen und alltagspraktischen Performanzen, ja, die gesamte Persönlichkeit des Patienten in „erlernte Hilflosigkeit“ führt. Allein oder überwiegend nach dem Regressionsparadigma durchgeführte Therapien werden so, was den zeitlichen Aufwand durch zu intensiv betriebene Regressionen anbelangt, nicht nur unökonomisch, sie können schädlich werden, indem sie zu *regressiven Fixierungen* und zur „Implantierung“ dysfunktionaler Ideologien führen, ja, sie können in *maligne Regressionen* (Balint 1968) entgleisen, weil eine zu große Schwächung der erwachsenen Persönlichkeitsanteile erfolgt, die immerhin doch – trotz aller biographischer Belastungen – ausgebildet wurden. Werden sie in einem Maße „demontiert“, daß ihre kompensatorische Wirkung fortfällt, kann eine Überflutung durch das vorhandene, durch die Evokation wieder aufgewühlte und dramatisierend überbewertete – d.h. eben fehlbewertete – biographische Negativmaterial erfolgen, eine negative Konfluenz „von innen“ (Petzold, Maurer 1978) stattfinden, welche auch durch die positiv stützenden „Parenting-Strategien“ des Therapeuten nicht mehr aufgefangen werden können. Wir haben derartige Situationen in Supervisionen und Kontrollanalysen immer wieder beobachten können:

Eine Kollegin, die immer wieder mit Angstzuständen zu tun hat, ihren Beruf und ihre Familie aber „ganz gut geregelt“ bekommt, sucht Hilfe in einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die sie stabilisiert. Von einer Freundin zu einem Selbsterfahrungswochenende mit Bioenergetik motiviert, erfährt und erlebt sie dort von den „Therapeuten“, wie schwer sie doch „frühgeschädigt“ sei, ihr wird „klar“ (gemacht), wieviel sie noch zu bearbeiten habe. Die Konsequenz: Die Klientin wird zur Patientin, sie wechselt die Therapie, kann ihren Beruf nicht mehr bewältigen und gerät in eine sich chronifizierende Negativkarriere bei großer Abhängigkeit von ihrer neuen Therapeutin, die ihr „endlich die Ursachen ihrer Ängste gezeigt habe“.

Eine andere an Kontaktproblemen und leichten Depressionen leidende Patientin in gestalttherapeutischer Behandlung, die gleichfalls sowohl eine Halbtagsstätigkeit (als Schreibkraft) als auch die Versorgung ihrer beiden Kinder (12 und 14) ganz gut bewältigt, nimmt während eines Kuraufenthaltes wegen ihrer Wirbelsäulenbeschwerden an einer analytisch geführten Therapiegruppe teil. Hier wird ihr ihre „schwere frühe Störung“ offenbart, die Hintergrund ihrer Depressionen und „psychosomatischen“ HWS-Beschwerden (zunächst als durch 20jährige Schreibmaschinenarbeit bedingt diagnostiziert) seien. Sie bricht ihre Therapie

mit schweren Vorwürfen an die Therapeutin ab. Diese habe die „wirklichen Ursachen“ nicht behandelt. Sie bricht die Beziehung zu ihren Eltern ab, kann ihre Arbeit nicht mehr bewältigen und muß für einige Wochen stationär aufgenommen werden, wobei sie auf einer „analytischen Klinik“ besteht. Hier wird der regressiven Tendenz gegengesteuert, aber zugleich an der Diagnose „Frühstörung“ festgehalten, was die Hilflosigkeits- und Unfähigkeitsgefühle weiter verstärkt. Nach einer mehrjährigen Karriere zunehmender Hilflosigkeit („learned helplessness by therapy“), die fast zum Zerbrechen ihrer Beziehung führt, nimmt sie die Therapie bei ihrer ursprünglichen Therapeutin wieder auf. Es wird auf ihre „guten Quellen“ zentriert, auf praktische Alltagsbewältigung, und die Patientin kann ihre alte Bewältigungsfähigkeit wiedergewinnen. Ihr Fazit: „Ein gigantischer Irrtum, eine schädliche Fehlleitung meines Denkens und Fühlens!“ Die Klientin hat seit Jahren nur noch geringe Beschwerden.

Uns ist klar, derartige Einzelfälle haben wenig Aussagekraft. Sie lassen sich für *alle Therapieformen* finden, nach unserer Erfahrung aber immer dann, wenn dogmatisch und indoktrinierend den Patienten ultimative Wahrheiten vermittelt oder aufgezwungen werden. Es ist also keineswegs nur bei Annahme eines noch unbewußten „wahrscheinlichen sexuellen Mißbrauchs“, wie sie in der „false memory debate“ diskutiert werden (Loftus 1993), eine kritische Infragestellung von *Insinuationspraktiken* angezeigt – bei Wachsamkeit im Hinblick auf jede Verharmlosung dieser Problematik (van der Kolk et al. 1996, 36ff) –, sondern gegenüber der oftmals allzu leichtfertigen *Insinuation* von „schweren Frühstörungen“ durch Therapeuten. Diese können bei Patienten einen höchst stigmatisierenden Effekt, massive Selbststigmatisierungen und maligne regressiv-Entwicklungen im Gefolge haben – eine „Spirale der Negativität“ (Hobfoll 1988) durch Ressourcenverlust oder **Ressourcenkontamination** (Petzold 1997p) aufgrund dysfunktionaler, ja, schädlicher Therapieideologie.

Derartig iatrogene Psychotherapie (Petzold 1996f) vermag – im Sinne von Reichs Annahme, daß Progression (auch und gerade psychotherapeutische) zu aktualgenetischer Regression wird, die infantile Konflikte aktualisieren kann – zu malignen Situationen einer sich stets weiter fixierenden Dependenz führen, in der der Therapeut einerseits Zuwendung gebender Helfer und zugleich mächtige Bindungsfigur wird: ein *circulus vitiosus* mit zuweilen fatalen Folgen. Wir wissen aufgrund unzureichender Dokumentation von Therapieschäden nicht, wie häufig solche massiven Entgleisungen sind. Sie kommen aber immer wieder vor – und das ist dann immer ein „zu oft“. Nach unserem Eindruck sind in der Therapieszene der psychoanalytisch und humanistisch-psychologisch arbeitenden Therapeuten und Therapeutinnen die milden, „blander Formen“ *maligner Dependenz*, wo über Jahre therapeutische Abhängigkeiten u.a. durch eine Daueraktivierung früher regressiver Milieus aufrechterhalten werden, *die in dieser Form nicht notwendig wären*, gar nicht so selten. Über Jahre hin werden Kälte, Unverständnis, Dominanz, Abwesenheit, Emotionslosigkeit etc. der Eltern, des Vaters, der Mutter für die gegewärtigen Probleme ins Feld geführt. Es ändert sich aber im Alltagsleben und an der Symptomatik des Patienten nichts oder nur wenig. In jeder neuen Gruppe werden die gleichen Themen gebracht, bereitwillig aufgenommen von den Therapeuten, in deren Interpretationsschemata derartige Probleme und solches Verhalten passen, welches sie dann verstärken. So

entstehen „Begründungslegenden“ (Petzold 1991o), die Mündigkeit verhindern und die erst mit vielen Mühen wieder rückgängig gemacht werden müssen. Nach „langer Analyse“ oder therapeutischen Langzeitprozessen kann man dann sagen, daß man „endlich“ einen therapeutischen Erfolg erreichen konnte – es war nicht leicht gewesen, das tiefverdrängte „böse Geheimnis“ aufzudecken, das verborgene frühe Trauma (=Schuld) aufzufinden – oder wurde es vielleicht erst durch permanente Indoktrination und Insinuation geschaffen? Obgleich Amnesien bei Erwachsenen nach schweren Traumatisierungen gut dokumentiert sind und Dissoziationsphänomene detailliert beschrieben wurden (vgl. van der Kolk et al. 1996, 282 ff) handelt es sich in der Regel um passagere Ausblendungen. Je jünger jedoch die traumatisierten Personen sind – z.B. violent sexuell mißbrauchte Kinder –, desto größer sind die Fälle von totaler Amnesie, die einer Gedächtnisaktivierung (memory retrieval) vorausgehen. Loftus (et al. 1994) geben aufgrund ihrer Untersuchungen 19%, Williams (1994) 30% an. Welche Ursachen hier zusammenspielen, ist derzeit noch weit von einer allgemein akzeptierten Erklärung entfernt. Auch für die Verdrängung unangenehmer, belastender Emotionen fanden sich keine eindeutigen Befunde. Depressive beschäftigen sich häufig mit derartigen Negativereignissen (Bower 1981). Selbst Forscher, die psychoanalytische Konzepte vertreten, konzedieren, daß es keine wissenschaftlich ausgearbeitete und überprüfbare Verdrängungstheorie gibt (vgl. Erdelyi 1985), sondern nur ein loser konzeptueller Rahmen vorhanden ist und die Forschung vor erheblichen methodologischen Problemen steht. Das Theorem hochverdrängter, unbewußter schwerer Traumatisierungen, der Verdrängung aufgrund unbewußter Abwehrmechanismen erfährt durch die empirische Gedächtnisforschung keine sonderliche Stütze (Loftus 1994; Singer 1990). Vielmehr ist einer solchen generalisierten Annahme gegenüber „größte Skepsis ... angebracht“ (Perrig et al. 1993, 157). Solche Verdrängungsphänomene sind eher selten. Traumatische Lebensereignisse aus der Zeit nach der „frühkindlichen Amnesie“ sind den meisten Betroffenen in der Regel mehr oder weniger bewußt und erinnerbar, und sei es nur vage und eingetrübt oder durch Dissoziation mühsam zugänglich (van der Kolk et al. 1996). Schon Janet (1889) hat gegen Freud gezeigt (Janet 1914/15), wie in einem Prozeß psychischer Verarbeitung unter Streßeinwirkung die integrativen Kräfte des Bewußtseins zerfallen, was zu einer Dissoziation von Bewußtseinsinhalten vom Hauptstrom des Bewußtseins führen kann, eine Annahme, die durch moderne Gedächtnisforschung (Tulving, Schaefer 1990; Marcel 1983a,b) gestützt wird, wobei die Dissoziation zwischen Erleben und Verhalten keineswegs nur als pathologisches Phänomen, sondern als Möglichkeit inzidentellen bzw. fungierenden Lernens gesehen werden muß (Perrig et al. 1993), als Aufbau einer „tacit knowledge“ (Polanji 1966).

Die Ergebnisse der „Neuropsychologie des Gedächtnisses“ sind derzeit jedoch noch so bruchstückhaft, daß man mit *Markowitsch* (1992) nur mit einer „integrativen Betrachtungsweise“, die die verschiedenen Erkenntnisse der Neuroradiologie, der experimentellen, klinischen und kognitiven Psychologie integriert, weiterkommen wird. Einseitigen oder neurowissenschaftlich veralteten Modellvorstellungen (Verdrängung, unbewußte Abwehr, Primärprozeß) sollte deshalb mit einer gewissen Zurückhaltung begegnet werden, auch wenn sie zu den Grundannahmen im „klinischen Alltag“ vieler Psychotherapeuten gehören, die sich durch bestimmte sozialpsychologische Mechanismen (z.B. selffulfilling prophecy) immer wieder zu bestätigen scheinen. Gerade das Selbstverständliche wird zu selten hinterfragt. Mit dem Verdrängungskonzept sind nicht nur viele gedächtnispsychologischen Probleme verbunden, auch klinische Fragen müssen aufgeworfen werden: Wenn es Mechanismen wie Vergessen, Verdrängen, Dissoziieren gibt, ist dann nicht unter einer evolutionsbiologischen Perspektive anzunehmen, daß es sich hierbei um funktionale Bewältigungsformen handelt? Warum muß Schlimmes unbedingt erinnert werden? Ist Vergessen nicht eine effektive Hilfe? „Die Zeit heilt die Wunden!“ Es gibt neurowissenschaftlich und psychoneuroimmunologische Argumente, die z.B. bei Akuttraumatisierten, aber auch bei PTSD-Patienten annehmen lassen, daß ein „reenactment“ des Traumas durch memorierende oder reinszenierende Therapie keineswegs positive Effekte hat. „Outcome studies of acute interventions increasingly question the utility of emotional ‚work through‘ in the initial phase of treatment“ (*van der Kolk et al.* 1996, 319). „Durcharbeiten“ kann zu einer Fixierung der Traumaphysiologie beitragen, zu zwanghaften Reinszenierungen (z.B. in Therapiegruppen und Workshops), ja, zu einer „addiction to trauma“ (*van der Kolk et al.* 1985) führen. Obwohl die meisten Menschen die wohlthuende Wirkung des Vergessens kennen, bei Belastungen froh sind, schlimme Ereignisse einmal für einige Zeit „verdrängen“ zu können, um sie dann irgendwann ganz beiseite zu legen, wird von Psychotherapeuten immer wieder die Wichtigkeit des „Erinnerns“ und des „Durcharbeitens“ betont. Warum, muß man fragen? Wo sind die empirischen Belege für die Effizienz eines solchen Therapiekonzeptes? Obwohl wir im Prinzip auch Verarbeitung von Vergangenheit, „aufdeckendes“ Vorgehen im Sinne einer Reflexion und Metareflexion der eigenen Geschichte für die *Herausbildung einer differenzierten Subjekthaftigkeit* für wesentlich ansehen, stellen wir solche Fragen aus Erkenntnisinteresse und in dekonstruktiver Absicht, weil sie uns zu ungeklärt scheinen.

Zu sehr erinnern manche Konzepte der psychotherapeutischen Vergangenheitserforschung, zumal unter der Perspektive der *Freudschen* „Grundregel“, an „ekkesiale“ Praktiken der skrutinösen Gewissenserforschung, die im „befreienden Eingeständnis“ von Schuld mündet. Unter diskursanalytischer Perspektive

könnte man annehmen, daß sich hier Strategien moralisierender Seelsorge, normierender Beichtpraxis oder gar inquisitorischer psychischer und physischer Gewaltanwendung (vgl. „regressionsfördernde“ Streßpositionen z.B. in der Bioenergetik) in solchen Konzeptualisierungen fortschreiben, in den Ansätzen einer „aufdeckenden“, die letzten Winkel des Unbewußten durchforschenden, langzeitorientierten, regressiven und dependenzfördernden Behandlungspraxis von Neurosepatienten und in der „formation“ von LehranalysandInnen. Diese Praxen sind keineswegs nur als rationale, klinisch notwendige und menschlich zugewandte Behandlungskonzeptionen zu sehen. Man muß hier kritische Fragen stellen! Unter zeitökonomischer und finanzieller Perspektive ist nämlich durchaus zu sagen: Kürzere Behandlungszeiten hätten es wahrscheinlich auch getan, oder eine *intermittierende* Folge von Fokalinterventionen wäre vielleicht genauso wirksam oder gar noch effektiver gewesen. Träfe dies zu – und viele Ergebnisse der Therapieforschung legen dies nahe (wobei wir hier keineswegs einseitig die kurzzeittherapeutischen „Moden“ favorisieren, vgl. Petzold 1993p, 1997b) – geht dies alles zu Lasten von Patienten! Patienten haben als leidende Mitmenschen und als Kunden, die die „Dienstleistung Psychotherapie“ in Anspruch nehmen (und sie sind natürlich nicht nur Kunden, und Psychotherapie ist nicht nur Dienstleistung; idem 1998a, 395ff) das Recht auf eine finanziell und zeitlich optimal ausgelegte Behandlung.

Gerade die letztgenannte, *intermittierende* Vorgehensweise erweist sich für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen – etwa vom Borderline-Typus, wie immer auch diese Diagnose zu sehen ist (es sei an die Vorbehalte im DSM-III-R und ICD-10 erinnert) – oft eher indiziert als hochfrequente Langzeitbehandlungen, die von diesen Patienten häufig nur schwer ausgehalten werden und die ihre partiell durchaus vorhandenen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung stärker außer Kraft setzen, als dies notwendig und wünschenswert ist. Regressive Behandlungssequenzen und -momente sind bei diesen Patienten durchaus möglich, zuweilen sogar wesentlich, aber sie dürfen nicht so eingesetzt werden, daß es dabei zu einer völligen Depotenzierung der Erwachsenenpersönlichkeit kommt. Verweigernde Abstinenz führt zur Verschärfung der Symptomatik. Die Patienten sind dann nämlich ambulant kaum noch zu halten und stellen für den Therapeuten Belastungen dar, die extrem werden können, die aber zum Teil auch „therapieinduziert“ sind. Die bei diesen PatientInnen oftmals vorfindliche schwache Ausbildung von primären und sekundären Ich-Funktionen (Petzold, Orth 1994a) macht es wichtig, diese, wo sie gut fungieren, stabil zu halten, ja, noch zu kräftigen und weiterhin therapeutische Strategien zu verwenden, in denen Ich-Funktionen aufgebaut werden. Zu den sekundären Ich-Funktionen gehört auch die Möglichkeit zur *emotionalen Involvierung und Restabilisierung* – sie ist eine äußerst wesentliche Fähigkeit des Ich. Durch sie wird über „dosiertes

Eintauchen“ in Regressionen flacher und mittlerer Tiefung soviel an Ich-Stärke und „state regulation“ aufgebaut, daß etwaig erforderliche tiefe Regressionen in weiteren Phasen der Therapie überhaupt erst möglich und sinnvoll werden und nicht zu schwerwiegenden Dauerregressionen führen. In der Arbeit mit Neurosepatienten ist es ja geradezu charakteristisch, daß Fokalregressionen (etwa in einer Sitzung, einer Sequenz von regressiven Sitzungen oder – intermittierend – auf unterschiedlichen Tiefungsniveaus) der Normalfall sind. Die Handhabung dieses Sich-Einlassens und Wieder-Stabilisierens muß selbst schon als ein wichtiges kuratives Geschehen angesehen werden. Bei schweren Persönlichkeitsstörungen liegt dies häufig nicht anders.

3.4 Parenting: mißverständene „Beelterung“ bei Frühstörungen statt sozialisatorische Vermittlung differentieller „elterlicher“ Qualitäten über die Lebensspanne

In Behandlungen gibt es immer wieder auch die Situationen, daß Patienten sehr regrediert in die Therapie kommen bzw. gebracht werden und zugleich desolante soziale Netzwerksituationen gegeben sind. Damit wird in der Regel nur über eine Langzeittherapie, welche zu einem Teil nach dem Parenting-/Reparenting-Modell verläuft, die aber gleichzeitig sehr viele andere „supportive“ Strategien mobilisieren („vierter Weg“), Netzwerke und „convoy“ (Petzold 1995a) aufbauen muß – es sind ja nicht nur Elternbeziehungen notwendig –, eine allmähliche Restitution möglich. Wie jeweils vorzugehen ist, hängt von einer differenzierten Diagnostik ab (idem 1993p; Petzold, Osten 1998; Osten 1995), die vorhandene Ressourcen, Kompetenzen und Performanzen (Petzold 1997p) genauso erfaßt wie Defizite oder anderweitige Schädigungen und daraufhin in **Ko-respondenz mit dem Patienten** zu einer therapeutischen Strategie findet. Sofern regressionsorientierte Arbeit indiziert ist, muß diese doch so erfolgen, daß vorhandene Potentiale erhalten bleiben. **Therapeuten sind in komplexen Behandlungsprozessen niemals nur oder überwiegend in Elternrollen oder in elterlichen Simile-Qualitäten gefordert. Es sind noch vielfältige andere Rollen von Bedeutung (fachlicher Berater, Mitkämpfer, Freund, Kumpel, Mann, Frau, Kollege etc.).** Dies ist selbst dann möglich, wenn man das prozessuale Modell: Plateauarbeit → regressive Viationen zu frühen, prävalent pathogenen Milieus → „Neubeginn“ → positive Progression (Petzold 1988n/1996a, 234ff) zugrunde legt, sich also für den „zweiten Weg der Heilung und Förderung“, einen Prozeß mit Parentingsequenzen entscheidet, was aber immer heißt, daß die drei anderen

„Wege“ soweit irgend möglich mit einbezogen werden – und sei es aus „elterlicher Fürsorge“.

Parenting-/Reparenting-Strategien in der Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen (die Spezifika der Kindertherapie stehen hier nicht zur Rede, vgl. Ramin, Petzold 1987; idem 1995a, b; Müller, Petzold 1998) sind demnach nur eine Gruppe von Interventionsinstrumenten in dem reichhaltigen Repertoire der Integrativen Therapie. Sie sind immer auf das Herstellen einer möglichst umfassenden Intersubjektivitätsfähigkeit gerichtet. Dies hat nur eine Chance, wenn Therapeuten beständig aus einer Haltung der „Wertschätzung der Andersheit des Anderen“ (Lévinas 1983; Petzold 1996k) und der „unterstellten Intersubjektivität“ (idem 1978c, 1991e, 85; 1993a, 1079) arbeiten, d.h. das Potential voller Intersubjektivität bei den jeweiligen Patienten sehen und sich entsprechend verhalten, ihnen in dosierter Form Grenzen und Auseinandersetzungen zumuten. Dies macht unterschiedliche Relationsmodalitäten (idem 1991b) und unterschiedliche Erfahrungen in der Handhabung von Nähe, Distanz und Grenzen erforderlich, wie dies in unserem Modell der Beziehungsmöglichkeiten systematisch dargestellt wurde (Maurer, Petzold 1978, idem 1980g, 1986h, 1988n, 46ff). Personale Identität wird durch die Erfahrung von Berührung und Grenze in intersubjektiven Prozessen gewonnen. Dies ist eine stets vertretene Grundposition der Integrativen Therapie (idem 1974j), die im Rekurs auf unsere und andere Ergebnisse aus der Babyforschung noch substantiiert werden konnte (idem 1990e, idem et al. 1994a). Akte der *Empathie* legen von seiten der *relevant caregiver* schon früh die Basis für *Selbstepathie* beim Kleinkind, ja, für die Fähigkeit, selbst empathieren zu können, *wechselseitige Empathie* zu praktizieren (idem 1986h, 1992a, 683f) mit wachsender Komplexität, Fremderfassungskapazität und damit Intersubjektivitätsfähigkeit durch permanente Erfahrungen von Berührung und Grenze, durch differentielle Qualitäten von Nähe und Distanz. Trotz einer gewissen Nähe zu Konzepten von J. Benjamin (1993) zur Intersubjektivität, die ja auch, wenngleich sehr einseitig rezipierend (u.E. in Fehlbewertung der „Phantasietätigkeit“ des Säuglings) auf die Babyforschung rekurriert, wird im Integrativen Ansatz eine andere Entwicklungslogik im Parenting-Konzept und in der Entwicklung von Intersubjektivität zugrunde gelegt: Möglichkeiten der Selbst- und Fremdempathie wurzeln im Empathiert-werden und verlangen nach Möglichkeiten zu *mutueller Empathie* in progredierenden Parenting-Prozessen sowie nach identitätskonstituierenden Prozessen *wechselseitiger* Attributionen (*Identifizierungen*), Bewertungen (*appraisal, valuation*) von Zuschreibungen, *Identifikationen* mit ihnen (Petzold 1992a, 528ff, 1998, 267ff) im Aushandeln von Grenzen. Parenting-Prozesse können nur im Kontext „differentieller Mutualität“ verstanden werden. Wesentlich ist nicht nur, was demjenigen geschieht, dem wir in positiver oder negativer bzw. stigmatisierender Weise (Goffman 1967)

Identität zuweisen – und auch die Verweigerung solcher Zuweisungen ist Attribution –, wichtig ist auch, welche *Rückwirkung* diese Zuschreibungen auf die Identität des Attribuierenden selbst hat, die wenig beachtete Perspektive des *Reziprozitätseffekts* (Petzold 1996j, 427ff). Was heißt das für einen Therapeuten, eine Patientin „zu beeltern“? Wie beeinflusst ein solcher Vorgang seine Identität? Wird er zum „Dauervater“, zur „Dauermutter“, bis zur *déformation professionnelle*? Was macht eine solche Konzeption mit Patienten?

Man kann keinen Erwachsenen beeltern, der dies nicht will. Schon bei Kindern gelingt dies nicht. Der Patient muß also das Parenting wollen oder annehmen. Freud hatte dies erkannt: „Setzt der Patient den Analytiker an die Stelle seines Vaters (seiner Mutter), so räumt er ihm auch die Macht ein, die sein Über-Ichs über sein Ich ausübt, denn diese Eltern sind ja der Ursprung des Über-Ich gewesen“ (Freud 1940, 100). Der Analytiker kann – so meinte Freud – aus dieser Position Einflüsse der Eltern verändern, Über-Ich-Funktionen korrigieren. Es wird hier beschrieben, was unserem Verständnis von *reparentage/reparenting* nahekommt (Petzold 1969b; Ramin, Petzold 1987), und es macht zugleich deutlich – und wir unterstreichen diese Position –, daß noch andere Rollen im Rahmen von Nachsozialisation wesentlich sind: „Wir dienen dem Patienten in verschiedenen Funktionen als Autorität und Elternersatz, als Lehrer und Erzieher ...“ (loc. cit. 1940, 107). Nur mit dem Blick auf die Notwendigkeit eines solchen *breiten Spektrums* werden Parenting-Strategien als eine Form der Nachsozialisation sinnvoll. *Parentings* können in drei Formen jeweils für sich oder miteinander verbunden bzw. kombiniert eingesetzt werden:

a) als das Schaffen von *Atmosphären* und darüber die Vermittlung von Gefühlen, die eine „elterliche Qualität“ haben, *an einen Erwachsenen*, bei dem durch seine aktuelle Lebenssituation (z.B. eigene Elternschaft) oder durch Prozesse einer biographisch vorgehenden Therapie *kindliche* Erlebniskontexte *mnestisch aktiviert* und *aktualisiert* worden sind. Ziel (Petzold et al. 1998) wird es dann, für defiziente Milieus in der Lebensgeschichte – z.B. etwaig fehlende Erfahrungen von Sicherheit, Zuwendung Angenommensein – in der *therapeutischen Beziehung* entsprechende (*similäre*), *erlebbare Qualitäten*, z.B. von Akzeptanz, zur Internalisierung bereitzustellen, damit diese mit dem defizienten Erfahrungsmilieu verbunden werden können und dieses komplementieren. Der Patient weiß dabei sehr wohl: „Dies ist eine Qualität von Väterlichkeit/Mütterlichkeit *ähnlich* der, die mir *damals* gefehlt hat, aber die – und das erlebe ich *jetzt* – prinzipiell auch für mich da ist, denn ich kann *Ähnliches* mit dieser Therapeutin erleben. Sie ist für mich zwar nicht die Mutter, aber *wie eine Mutter*.“ Wir sprechen deshalb von „*Simile-Qualitäten*“ und lehnen eine Unterstellung von *homologen* Qualitäten strikt ab.

b) Die zweite Strategie des *Parenting* ist darauf gerichtet, daß von seiten der Therapeutin elterliche Qualitäten einem Patienten entgegengebracht werden, bei dem aktuell nicht irgendwelche frühen Szenen wachgerufen sind, sondern der es als wohltuend erlebt, als erwachsener Mensch (mit Problemen und Lebensschwierigkeiten) von einem anderen erwachsenen Menschen Aufmerksamkeit und Zuwendung mit *väterlicher* und *mütterlicher Qualität* zu erhalten. Wir hatten dies schon einmal im Kontext der Überlegungen zur Übertragung erwähnt. Therapeutische „Wahlverwandschaften“, in denen mit *Parenting*-Strategien gearbeitet wird, haben immer wieder auch diese Qualität. Es ist eben zuweilen wesentlich, im Leben einen „väterlichen Freund“ zu haben oder den Zuspruch einer „mütterlichen Frau“, und deshalb gehören derartige Qualitäten auch in das Spektrum therapeutischer Verhaltensmöglichkeiten. Es wurde von uns in der Integrativen Therapie stets betont – und das sei hier nochmals unterstrichen –, daß es noch viele andere, wichtige Beziehungsqualitäten gibt, die in therapeutischen Beziehungen zum Tragen kommen können und oftmals auch müssen (geschwisterliche, brüderliche, freundschaftliche, kollegiale, kameradschaftliche, ärztliche etc.). Diese Möglichkeiten der *Relationalität* können in diesem Text nicht näher entfaltet werden. Sie kommen in der psychoanalytischen Literatur insgesamt zu kurz (etwa die Fragen zu *Freundschaft*), was u.a. zur einseitigen Dominanz der Eltern-Struktur für intime Relationalität steht. Ansonsten gibt es ja nicht viel neben der „Übertragung“ – nämlich nur das „Arbeitsbündnis“ (Greenson 1972), d.h. die professionelle Relation, die des Arztes, des Beraters, mit ihren sachlichen, neutralen Qualitäten bzw. Qualitäten der *Expertenmacht*. Diese gilt es sorgfältig im Kontext machttheoretischer Überlegungen für die Psychotherapie und Beratungskontexte zu reflektieren (Orth et al. 1995; Petzold 1998 a; Haffke 1995; Hitzler et al. 1994).

c) Die dritte Strategie greift in Situationen, in denen Patienten unter schweren psychischen und/oder physischen Belastungen so zusammenbrechen, daß sie in einem hohen Maße „pflegebedürftig“ werden, im Leben überhaupt nicht mehr zurechtkommen und – fallen die alltäglichen Stützsysteme des sozialen Netzwerkes weg – in einem stationären Setting aufgefangen werden müssen. Leider werden sie dort oft genug von „Mutter Klinik“ oder „Vater Anstalt“ *hospitalisiert*. Das Zur-Verfügung-Stellen eines Schutz- und Schonraumes für solche Menschen in ambulanten und stationären Therapien, in denen sie die Hilfe einer sehr umfassenden Versorgung erhalten – manchmal werden sie *de facto*, manchmal sogar juristisch entmündigt –, bringt die Hilfsagentur – z.B. eine „therapeutische Gemeinschaft“ oder Wohngemeinschaft (Petzold, Vormann 1980) –, das therapeutische Netzwerk, die behandelnden Therapeuten in die Situation eines *familiären Stützsystems* (das wäre die gewünschte, aber leider selten erreichte

Qualität), welches diesen Menschen mit Atmosphären familiären Wohlwollens und mitmenschlicher Akzeptanz annehmen, aufnehmen und durchtragen müßte. In der freien Praxis ist es nur in begrenztem Maße möglich, derartige Intensivprozesse anzubieten und durchzuhalten. Netzwerkorientierte und soziotherapeutische Interventionen (Petzold 1997b) müssen oftmals zusätzliche Stützstrukturen aufbauen oder bekräftigen, wo diese nicht vorhanden oder schwach sind, damit Parenting-Prozesse einen sicheren Boden haben. Nur vor einem solchen Hintergrund können wir in der Arbeit mit schwerkranken Menschen verantwortlich Parenting-Behandlungen durchführen mit einer Parenting-Qualität, die bei hohem Engagement der Betreuungstherapeuten die Charakteristik einer „emotionalen Adoption“ gewinnen kann, welche in bestimmtem Maße den Bezugsformen zu einem Kind *nahekommen* kann (*Simile-Qualität*), so lange, bis andere Behandlungsstrategien, andere „Wege der Heilung und Förderung“ Raum greifen können. Wenn psychisch schwerkranke Menschen nicht gänzlich dement geworden sind, werden immer noch wichtige Bereiche in der Erwachsenenpersönlichkeit anwesend sein, die Ansprache und aufbauende Impulse brauchen, damit es nicht zu einer „malignen Hospitalisierung“ kommt (und sei es eine therapiebedürftige „Hospitalisierung im Alltagsleben“). Die beiden anderen genannten Parenting-Strategien und ganz normale Erwachsenenkommunikationen müssen deshalb auch bei schwer labilisierten und beeinträchtigten Patienten Raum haben, soweit dies möglich und förderlich ist.

Parenting-/Reparenting-Prozesse als sozialisatorisches Geschehen gründen in dem Wissen, daß Entwicklungsprozesse neben Elternbeziehungen maßgeblich durch weitere soziale Beziehungen im „Netzwerk“, im „convoy“ in der Mikroökologie bestimmt sind, die in das therapeutische Geschehen zumindest mittelbar einbezogen werden müssen (Petzold 1995a, b), und daß auch schon kleine Kinder aktiv im Sozialisationsgeschehen mitwirken. Sie sind „*makers of their own identity and development*“ (Brandstädter 1985). Ein solches Wissen verhindert eine einseitige Fehlentwicklung des Parentings.

Sozialisation wird im Integrativen Ansatz verstanden als „die wechselseitige Beeinflussung von Systemen entlang des Zeitkontinuums“ (Petzold, Bubolz 1976) in Prozessen der Ko-respondenz, Kooperation und Kokreation mit Bezug auf die materielle, ökologische und soziale Wirklichkeit und deren gemeinschaftliche Interpretation und Gestaltung, durch welche sich Persönlichkeit, relevante ökologische und soziale Mikrowelt und Gesellschaft beständig verändern und mit ihren Kompetenzen und Performanzen entwickeln. Dies geschieht in einer Dialektik von Vergesellschaftung (Generierung kollektiver Kognitionen und Praxen) und Individuation (Generierung subjektiver Theorien und Praxen in pluralen Lebenswelten), deren Ergebnis eine je spezifische, in beständigen „**balancierenden** Konstitutionsprozessen“ stehende und in „Weltkomplexität **navigierende**“, **flexible** und **transversale Identität** des Individuums ist in einer globalen und transkulturellen

Gesellschaft mit ihren Makro-, Meso- und Mikrostrukturen und ihrem ökologischen Kontext (Müller, Petzold 1998; idem 1998a, 173, 26f; Petzold, Steffan 1999).

Hier wird in der für die Integrative Therapie charakteristischen Traditionslinie von G.H. Mead (1968, vgl. Joas 1982; Petzold, Matthias 1982) konzeptualisiert und auf eine Identitätstheoretische Folie (Petzold 1993d, Krappmann 1969) Bezug genommen sowie auf eine kompetenz-/performanztheoretische, d.h. Kognitions- und Handlungstheorie verbindende Folie (idem 1994a) sowie auf eine sozioökologische Folie (Fend 1987; Petzold et al. 1995). Die Ausrichtung an einem „life span developmental approach“ (Baltes et al. 1980), einer Lebenslaufperspektive der Sozialisation (Kohli 1991) führt dabei zu einem dynamischen Identitätsbegriff, der keine starre Selbigkeit vertritt und auch keine unbestimmbare „patchwork identity“ (Beck 1986), sondern einen Prozeß permanenter „**transversaler Identitätskonstitution**“ betont als Aushandeln von Identitätsformen und -qualitäten mit wechselnden **lifestyles** (Müller, Petzold 1998) in komplexen Lebens- und Sozialwelten **navigierend** mit dem Ziel einer **emanzipierten** bzw. sich **ständig emanzipierenden Identität** (Petzold 1993a, 530ff). Dabei wird das Moment der Wirkungsmöglichkeiten zum Anderen und auf den gesellschaftlichen Kontext hin, d.h. die veränderungswirksame Kraft des Individuums zum Kontext hin und für ihn (Berlin 1998) unterstrichen – Therapeuten müssen diese akzeptieren, zulassen und fördern, was immer auch Einschätzung der eigenen Macht bedeutet. Außerdem werden die Rückwirkungen von Attributionen auf die Attribuierenden, die **Reziprozitätseffekte** (idem 1996j, 427, 1998, 267, 285) in Identitätsprozessen beachtet: Stigmatisierungen haben nicht nur Negativwirkungen auf die Stigmatisierten, sondern auch auf die Stigmatisierenden!

Die basalen Erkenntnisse der Sozialisationstheorie und -forschung (Goslin 1969; Hurrelmann, Ulich 1991; Hurrelmann 1995; Fend 1970, 1988), werden in der Psychotherapie weitgehend ignoriert (das Gegenübertragungskonzept trägt dieser Tatsache nur marginal Rechnung, ja, dient der Ausblendung oder der Abwehr dieses Faktums). Sozialisations-theoretische, ja, gesellschaftstheoretische Überlegungen haben indes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit grundlegende Bedeutung (Hurrelmann 1988; Pongs 1998). Bei Parenting-Behandlungen als Strategien der Nachsozialisation muß das Faktum der „rückwirkenden Sozialisationseinflüsse“ (Petzold 1996j, 428) – hier des Patienten auf den Therapeuten – explizit in der Konzeptbildung und Praxis Berücksichtigung finden. Solange Therapeuten so tun, als ließe sie die Patientenarbeit unberührt, werden sie dem Wesen therapeutischer Prozesse nicht gerecht. Sie erschöpfen sich im Entwickeln von Abwehrtheoremen und Abwehrmethoden, um nicht zu sehen und zu spüren, daß und wie Patienten sie beeinflussen und verändern – in Richtung eines „clinical wisdom“ (Petzold 1992a, 395f) oder in Richtung professioneller Deformation oder Burnout bis hin zu malignen Formen des Ausgebranntseins (idem 1993g, Petzold, Petzold 1996b).

Es sei wiederholt: Patienten sind keineswegs nur oder selbst auch überwiegend „Therapiekinder“, Therapeuten keineswegs überwiegend „Eltern“, ja, genau betrachtet sind sie niemals im eigentlichen Sinne „Eltern“, selbst in inten-

siven Parenting-Prozessen nicht, weil es sich um „Simile-Beziehungen“ handelt. Patienten sind nur in der Kindertherapie wirkliche Kinder. Therapieideologien, die mit undifferenzierten Parenting-Annahmen an die Patiententemen herangehen, depotenzieren und infantilisieren durch Attributionen der Ohnmacht und Schwäche. Sie unterstellen Unmündigkeit und produzieren sie damit auch oder verstärken sie, zumindest im Sinne einer „self fulfilling prophecy“. In der wohlmeinenden Absicht, Mißbrauch zu verhindern, können derartige ideologieträchtige Konzeptualisierungen Mißbrauch Vorschub leisten: „In der unbewußten Übertragungsbeziehung der Patientin auf den Therapeuten wiederholt sich die Eltern-Kind-Beziehung mit ihrem Urvertrauen“ (Becker-Fischer 1995, 195). „Es entsteht *deshalb* ein besonderes Vertrauensverhältnis für die PatientInnen, die ihre Schutz- und Abwehrmechanismen langsam aufgeben. Dadurch sind sie in der therapeutischen Situation verwundbar und wehrlos wie ein Kind“ (ibid.). Das sind u. E. höchst undifferenzierte und problematische Aussagen aus der Feder einer Spezialistin für Mißbrauch und Übergriffe (Becker-Fischer et al. 1994), die einseitig *parentifizierend* argumentiert und zugleich ein impliziertes Therapiekonzept erkennen läßt, das wir als Therapeuten, die durchaus mit Parenting-Prozessen arbeiten, als dysfunktional und gefährdend betrachten würden.

In therapeutischen Beziehungen gibt es – Übertragungsphänomene zeigen dies – durchaus Wiederholungen familialer oder anderer für das Herkunftsnetzwerk charakteristischer Konstellationen. Wo sie stattfinden, haben sie *Simile*-Qualität, und diese machen keineswegs die [therapeutische] Beziehung *in toto* aus. Die elternzentrierte ideologische Abblendung vernachlässigt die anderen Aspekte und Qualitäten in Therapiebeziehungen: z.B. den Kundenaspekt – PatientInnen sind *auch* Kunden (Petzold 1998a) für die Dienstleistung Therapie –, den Klientenaspekt – PatientInnen sind *auch* Erwachsene, die Rat suchen usw. Es ist bedenklich, wenn das Entstehen von Vertrauensverhältnissen in der Therapie zentriert wird in der Übertragung als Wiederholung der Eltern-Kind-Beziehung und wenn das Aufgeben von Schutzmechanismen – sie werden sinnvollerweise von der Autorin von den Abwehrmechanismen differenziert – zur Bedingung erfolgreicher therapeutischer Arbeit erklärt wird. Ziel von Therapie sollte es sein, Schutz- und Abwehrmechanismen differentiell erkennen und kontextspezifisch einsetzen zu lernen, um nicht auf einen Automatismus, eine generalisierende Inszenierung festgelegt zu sein. Die totale Selbstausslieferung eines Menschen – z.B. im Sinne der psychoanalytischen Grundregel –, der man sich ohne Wenn und Aber anvertraut und hingibt, mag als Forderung einer Erlösungsreligion ja durchgehen, als Voraussetzung für erfolgreiche therapeutische Arbeit ist sie höchst fragwürdig. Auch Kinder sollten nicht ihrer Schutz- und Abwehrmechanismen beraubt, sondern in deren differentielltem Gebrauch

unterstützt werden. Genau darin ist eine wesentliche Aufgabe guter Elterlichkeit zu sehen. Das gilt auch in der Therapie solcher Erwachsener, welche durch Generalisierungen *dysfunktionale Stile* der Abwehr oder des Schutzverhaltens fortschreiben – mögen sie nun aus Kindertagen stammen oder, was ungleich häufiger der Fall zu sein scheint, aus späteren Sozialisationsbereichen, wo schmerzlich erlebt werden mußte, daß spontane Zutraulichkeit, Offenheit und Vertrauen böse Folgen haben können. Sich derartigen Erfahrungen der Adoleszenz und des Erwachsenenlebens zuzuwenden ist in der Psychotherapie von größter Bedeutung.

Es geht, wenn man von den „Elternrollen“ (Plural) der Psychotherapeuten spricht, eigentlich um metaphorisierende Kennzeichnungen von differentiellen „elterlichen Qualitäten“ aus unterschiedlichen Bereichen von Elternschaft (im Spektrum von Kleinkindzeit bis zu den erwachsenen Kindern hin), die in therapeutischen Beziehungen aufkommen können. Werden sie richtig genutzt, vermögen sie den Bedürfnissen der Patienten und den Erfordernissen der therapeutischen Situation entsprechend fördernde und heilende Erfahrungen bereitzustellen. Aufgrund der allen Erwachsenen prinzipiell zur Verfügung stehenden, genetisch disponierten Muster des „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1987), die nicht nur Kindern gegenüber, sondern auch bei Erwachsenen (zumeist, aber nicht nur, bei Sorge- und Pflegebedürftigen) aktualisiert werden können (Petzold et al. 1994a), ist ein *parenting* qualitativ realisierbar. Die Muster des „*intuitive parenting*“ und „*sensitive caregiving*“ (ibid. 587ff) sind überdies keineswegs Interaktionsformen, die Erwachsenen reserviert sind. Sie finden sich schon bei kleinen Kindern anderen kleinen Kindern oder auch kranken Erwachsenen gegenüber (etwa gegenüber alten Großeltern, vgl. Jury et al. 1982), wie Videoaufzeichnungen solcher Interaktionen dokumentieren (Petzold et al. 1994a, Abb. 21). Diese disponierten Muster werden durch die Erfahrungen in frühen Pflegeinteraktionen bekräftigt, so daß sie in das generelle Verhaltensrepertoire von Menschen eingehen und keineswegs nur an die Situationen des Umgangs mit Säuglingen gebunden sind, sondern auch in der Dauerpflege bei Schwerkranken oder hochbetagten Menschen zum Tragen kommen. Sie ermöglichen es, diese in humaner Weise durchzuführen und emotional durchzutragen und manchmal: zu ertragen.

Sie wirken also über den Frühbereich hinaus als „*Grundmuster intimer emotionaler Interaktion und Kommunikation*“ (ibid.) in verschiedenen Lebensbereichen (Pflege, Tröstung, Liebesspiel) und auch in der Therapie, wenn nämlich Therapeuten gewisse *Rollensegmente* von Elternrollen und die damit verbundenen elterlichen Qualitäten aktualisieren. Dies geschieht allerdings nur in Form von *Näherungen*. In gleicher Weise nähern sich erwachsene Patienten Kindrollen an, indem situationsspezifisch und differentiell sich in ihnen verschiedene vergan-

gene, archivierte „Kindschemata“ aktivieren (beileibe nicht das „innere Kind“). Sie werden keineswegs wieder „wie die Kindlein“ (Mt. 18,3), sondern es konstellieren sich durch die therapeutische Situation *näherungsweise* kindliche Erlebens-, Wahrnehmens-, Wollens- und Handlungsformen, die immer deutlich vom tatsächlichen Kindererleben und -handeln entfernt bleiben, denn es sind 20, 30 oder mehr Jahre Erwachsenenleben mit seinen vielfältigen Emotions-, Volitions-, Kognitions- und Interaktionsschemata darüber hinweggegangen, und dies in einer Weise, daß die ursprünglichen Formen für immer verstellt sind, wie die Gedächtnisforschung (Rovee-Collier, Bhatt 1995; Ackermann 1987; 1986a, b; 1988a, b) zeigt, und nie mehr in der *originären Qualität* erreicht werden können, wie tief die Regression auch sein mag. Videoanalysen und Tonbandtranskripte solcher Sitzungen (Petzold 1990g) machen dies in eindrücklicher Weise deutlich. Es wurde schon darauf verwiesen, daß die syntaktische und semantische Struktur der hier zuweilen auftauchenden „regressiven Sprache“ von wirklicher Kindersprache doch deutlich verschieden ist. Ein gleiches ist der Fall, wenn man die motorischen Muster von Körpertherapiesitzungen oder gar von Primärsitzungen (Janov 1970) betrachtet, in denen „Geburtserlebnisse“ aufkamen und motorisch inszeniert wurden. Hier wird in besonders eindrücklicher Weise klar, daß die videoaufgezeichnete motorische Performanz nichts mit peri- oder postnatalen Bewegungsmustern zu tun hat – wir konnten Regressions-sitzungen aus klassischer Primärtherapie (A. Janov, D. Freundlich, B. Swartley), aus der Rebirthing-Arbeit (*ad modum Leonard Orr*), dem holotropen Atmen (S. Grof) und eigenen thymopraktischen Sitzungen (Petzold 1975e) beobachten und teilweise auch als Videoaufzeichnungen untersuchen. Unser Fazit: Derartige Arbeiten sind Produkte der „Nachträglichkeit“ (Freud), von vielfachen Einflüssen – Erinnerungen, Berichten, Therapieideologien, Büchern, Filmen, Fernsehsendungen etc. – geprägt.

Möglicherweise finden sich auch einige „mnestische Relikte“ aus dem frühen perzeptuellen (Perrig et al 1993, 74ff), dem propriozeptiven oder atmosphärischen Gedächtnis (Petzold 1992c, 1992a, 710), wenn es gelingt, durch regressionsförderndes Setting eventuell spezifische Schlüsselreize (cues) bereitzustellen, die „Abruferrinnerungen“ (*retrievals*) aus dem „fungierenden Leibgedächtnis“ (Petzold 1992a, 716f), dem „primären Gedächtnis“ (White, Pillemer 1979), dem impliziten perzeptiv-motorischen Gedächtnis (Perrig et al. 1993) ansprechen und aufrufen. Bei der hohen Kontextgebundenheit solchen *fungierenden Lernens und Erinnerns* (Rovee-Collier, Bhatt 1995) müßte dann aber der Kontext sehr getreu reproduziert werden, was in der Arbeit mit Erwachsenen praktisch unmöglich ist. Und sollte man im unveränderten Kinderzimmer des ersten Lebensjahres mit einem vierzigjährigen Patienten die Gelegenheit zu einer Therapiesitzung haben, so ist die Reproduzierbarkeit der spezifischen „cues“ dennoch nicht

gegeben, da der Körper des Wahrnehmenden sich grundsätzlich verändert hat, Raum und Gegenstandsproportionen in Verhältnis zum wahrnehmenden Leibe aufgenommen und aufgezeichnet wurden. Affordance/effectivity-Konstellationen (Gibson 1979; Adolph, Eppler, Gibson 1993; E. Gibson 1988) sind durchaus an altersspezifische Performanzen gebunden. Myers (et al. 1987) bzw. Perris, Myers, Clifton (1990) konnten für indirekte Behaltensformen zeigen, daß fast Dreijährigen der Laborkontext vertraut zu sein schien (allerdings nicht im Sinne bewußten Erinnerens oder Erkennens), in dem sie als Sechsmontige an Experimenten teilgenommen hatten. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigten sie vertrautere Aktivitätsmuster. Weitergreifende Längsschnittstudien liegen nicht vor und wären von den experimentellen Bedingungen her auch schwer zu realisieren. Über die Bedeutung von frühen Erinnerungsrelikten für Pathogenese und aktuelle Störungen von älteren Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen kann also aufgrund derzeitiger Untersuchungen nichts Verlässliches ausgesagt werden. Es ist demnach sehr die Frage zu stellen, ob die durch gewisse Therapeuten erfolgenden einseitig kausalen Bedeutungszuweisungen mit umfassenden Erklärungsansprüchen, was die „frühen“ Ursachen von Erkrankungen anbelangt und Versuche, „aufdeckend“ früheste Erinnerungen aufzufinden, wissenschaftlich haltbar, klinisch vertretbar und ethisch zu legitimieren sind. Wir meinen nicht! Therapeuten sollten aufgrund des derzeitigen Standes der Forschung in der Gedächtnispsychologie, der *developmental psychopathology* und der longitudinalen *Entwicklungspsychologie keine festlegenden Aussagen über etwaige Frühverursachungen machen!* Was sollten derartige Spekulationen auch für den Patienten und seine Veränderungs- und Heilungsprozesse bringen? Bei dem hohen Gewicht von Therapeutenaussagen im Übertragungskontext ist vielmehr die Gefahr der Etablierung dysfunktionaler „belief systems“ erheblich, und der mögliche Schaden kann beträchtlich sein.

Derartige Attribuierungen können nämlich auch zu massiven *Selbstbehinderungen* und Selbstwertkrisen führen, zum Glauben an die determinierende Kraft angenommener oder tatsächlicher Früherfahrungen. Natürlich kann es sein, daß vorhandene frühe Erfahrungsrelikte aus dem zweiten oder dritten Lebensjahr oder geträumte Frühscenen, Szenenbruchstücke für Patienten eine wichtige „symbolische Funktion“ haben, wenn sich in ihnen nämlich atmosphärische Gesamteinflüsse der Sozialisation *verdichten*, innere Bilder entstehen, welche ähnlich wie im Traumgeschehen eine synthetisierende und damit emotional entlastende sowie kognitiv integrierende Funktion gewinnen können, die wesentlich ist und die es zu sehen gilt. Derartige *Symbolfunktionen* müssen sorgfältig und besonnen mit dem Patienten betrachtet und zuweilen entmythologisiert werden, denn auch Patienten sind ja mit den linearkausalen Pathogeneseerklärungen wohl vertraut. Die platte Gleichsetzung solcher Bruchstücke, Traumsze-

nen, assoziativer Einfälle mit historischen Realitäten aber wäre verfehlt. Wo dies geschieht, wo nicht von „*Näherungen* an frühe Erfahrungen und Atmosphären“ und bei Parenting-Prozessen nicht vom Aufkommen „elterlicher Qualitäten“ gesprochen wird, die mit Bezug auf den Frühbereich eine „*Simile-Qualität*“ haben, sondern von *biographischen Fakten* und von *homologen Qualitäten*, geschieht eine dysfunktionale Ideologisierung zum Nachteil des Patienten und zugunsten der Macht des Therapeuten, der in eine allgewaltige Elternposition gestellt wird oder in die eines übermächtigen Heilers, welcher die unzugänglichen Geheimnisse der Vergangenheit zu entschlüsseln vermag. Patienten werden dann nicht mehr in ihrer *Souveränität*, ihrer *Selbstwirksamkeit* gestärkt, sondern auf Kindpositionen festgeschrieben, bei denen die Gefahr besteht, daß sie das an Selbstwirksamkeit (*self efficacy*) und Bewältigungsfähigkeit (*coping capacity*) noch verlieren, was sie besaßen (Flammer 1990; Filipp 1990). Die *undifferenzierten* parentifizierenden Ideologien und Strukturen vieler Psychotherapieformen haben wenig mit Parenting-Behandlungen gemein, die auf der Grundlage entwicklungspsychologischer Längsschnitt- und Gedächtnisforschung ein ernüchtertes und wissenschaftlich reflektiertes Therapiekonzept zu realisieren suchen, weil ihr Ansatz zu generalisierend ist und die „*Erwachsenen-Fähigkeiten*“ der Patienten nicht ernstgenommen, erhalten oder gefördert werden.

Bei Behandlungen, in denen die therapeutische Beziehung überwiegend oder gar ausschließlich über längere Strecken am Parenting-/Reparenting-Modell orientiert ist, besteht die Gefahr, daß sich die Fähigkeiten zur Lebensbewältigung vermindern. Es kann eine „*therapieinduzierte Hospitalisierung im Alltagsleben*“ erfolgen, ein Aufbau von unnötigen, ja, schädlichen Dependenzverhältnissen, mit dem Resultat, daß therapeutische Prozesse länger dauern und geringeren Effekt haben, zumal wenn man sich klarmacht, daß – wie schon erwähnt – ohnehin die in dyadischen Therapien erarbeiteten Fortschritte (etwa die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit zwischen Therapeut und Patient in Parenting-Sequenzen) keineswegs automatisch durch Generalisierungseffekte in Alltagssituationen des Erwachsenenlebens übertragen werden, sondern eine differentielle Transferarbeit (4. Phase der Neuorientierung) notwendig wird (Petzold 1988n, 3. Aufl. 1996a). Dieses Faktum etwa wird in der gestalttherapeutischen Therapieideologie negiert. Perls (1980) glaubte durch seine dramatisierenden – zuweilen wahrscheinlich auch retraumatisierenden (vgl. z.B. Perls 1969b, 202ff) – kathartischen Sitzungen Verhaltensänderungen im Alltagsleben zu bewirken. Aber auch in der psychoanalytischen Therapie werden die Möglichkeiten der „*Heilung durch Interpretation*“ weitgehend überschätzt, schließlich auch in den körperorientierten Therapien, die nur mit Parenting-Modellen arbeiten und nicht sehen, daß Erfahrungen in regressionszentrierten, z.B. bioenergetischen Therapiesitzungen kein Selbstzweck sein dürfen, sondern Trans-

ferschritte für die gegenwärtige Lebenssituation und die in ihr zur Bewältigung anstehenden Probleme erforderlich machen. Der Gefahr, daß durch massiv „aufdeckende“ therapeutische Arbeitsformen (von der Psychoanalyse bis zur Bioenergetik) bei Patienten mit posttraumatischem Streß-Syndrom (PTSD, vgl. *van der Kolk et al. 1996*) es zu Retraumatisierungen und zu Schwächungen des Immunsystems kommen kann (*ibid.* 233, 477; *Petzold, Petzold 1996b*), wurde bislang noch kaum Beachtung geschenkt. Hier werden Revisionen in Theorie und Praxis, was die „Notwendigkeit“ des Erinnerens, Wiederholens und Durcharbeitens anbelangt, erforderlich, denn diese Strategie kann auch *iatrogen* wirken, wenn konsolidierte Strukturen aufgerissen werden. Erinnerung ist keineswegs immer heilsam, Vergessen dagegen oft. Wo erinnern notwendig ist und Vergessen, ja, Verdrängung sinnvoll, wird eine Frage der theoretisch wohlbegründeten Indikation werden müssen, ganz ähnlich, wie das Für und Wider von Parenting-Therapien und Parenting-Sequenzen in Behandlungen eine Indikationsfrage bzw. Frage der klinischen Strategienbildung ist.

Wie in dieser ganzen Arbeit wird wieder einmal deutlich: **Es gibt keine Standardlösung, das Richtige oder das Falsche, sondern es gibt verschiedene Möglichkeiten, die differentiell und situationsspezifisch eingesetzt werden können.** Einseitigkeiten und Eingleisigkeiten führen oft genug zu Fehlbehandlungen. „Die Beschäftigung mit psychischen Störungen geschieht nicht mit dem Anspruch, ‚wahre‘ Erklärungen zu liefern, sondern Betrachtungsheuristiken“ (*Caspar 1989*).

*So ist es im übrigen - das sei unterstrichen - eine gänzliche Verkennung des Integrativen Parenting-/Reparenting-Konzeptes, dieses nur auf den Frühbereich der Sozialisation zentriert zu sehen. Menschen haben Eltern in unterschiedlichsten Qualitäten zu den verschiedensten Zeiten ihres Lebensverlaufes notwendig. Jugendliche brauchen Eltern, die Gesprächspartner sind, an denen sie sich reiben können und die ihnen Freiräume geben. Junge Erwachsene brauchen Eltern, welche „Intimität in der Distanz“ ermöglichen, eine emotionale Qualität sozialen Miteinanders, die besonders für die Entwicklung der Elternrolle im Erwachsenenalter von Bedeutung ist (*Rosenmayr 1981*). „Intimität in der Distanz“ ist auch eine Formel, die in treffender Weise die Qualität beschreibt, die für viele Parenting-/Reparenting-Prozesse charakteristisch ist, denn die Nähe und das Engagement müssen in diesen Prozessen differentiell gehandhabt werden, von großer Dichte für den Frühbereich bis zur empathischen Distanz, etwa bei Adoleszenzprozessen (*Winitzky, Vogt 1995*) oder in Parenting-Phasen, die auf diesen Altersbereich zentrieren. Erwachsene Kinder, die selbst Kinder haben, bedürfen der Kommunikation mit ihren Eltern, die zum Großvater, zur Großmutter geworden sind: über Erziehungsfragen und über Erinnerungen, die ihnen durch das Aufziehen ihrer eigenen Kinder aus der eigenen Biographie hochkommen und für die sie Infor-*

mationen von ihren Eltern und Gesprächsmöglichkeiten mit ihnen erhalten sollten.

Parenting-Prozesse, die sich auf die Adoleszenz (Petzold 1995e) und das junge Erwachsenenalter beziehen, haben eine weit in das soziale Feld und in das soziale Leben ausgreifende Qualität. Sie sollen Möglichkeiten zur gemeinsamen Reflexion von Lebenswirklichkeiten bieten, bei der „guter Rat“, besonnenes Fragen, genuines Interesse durchaus elterliche „Qualitäten“ sind, die mit dem Fortschreiten des familiären „convoys“ (Antonovsky 1985; Petzold 1995a) auf der Lebensstrecke in zunehmender Weise Qualitäten der Wechselseitigkeit erhalten bis hin zu Situationen – zumeist im letzten Lebensabschnitt –, wo die Kinder „zu Eltern ihrer Eltern“ werden, wenn diese hilflos und pflegebedürftig geworden sind (idem 1982n).

Über die Elternrollen in der Adoleszenz, im jungen Erwachsenenleben und in der Erwachsenenzeit findet man in psychotherapeutischen Lehrbüchern wenig, weil dieser gesamte zentrale Lebensabschnitt aus der Sicht der am tiefenpsychologischen Paradigma orientierten Therapieformen weitgehend ausgeblendet wurde und wird. Psychotherapeuten würden hier auch vor höchst spezifische Auseinandersetzungsprozesse gestellt, weil die menschlichen Lebensverläufe im Erwachsenenalter (Lehr, Thomae 1987; Thomae 1982; Schroots 1993) eine so große Heterogenität aufweisen, daß die genannten Längsschnittforscher von höchst *differentiellen* Altersprozessen und höchst *individualisierten* Lebensverläufen sprechen, die sich in keine Typik pressen lassen (Schmitz-Scherzer, Tokarski 1991). Dieser Befund steht völlig quer zu den typisierenden neurosetheoretischen Modellen der Psychoanalyse, die als Resultat mißlungener Lebenskarrieren einige wenige „Grundformen“ der Angst (Riemann 1972) oder andere Neurose- bzw. Charakterstrukturen annehmen. Für Therapeuten, die einem an der Longitudinalforschung ausgerichteten, „entwicklungsorientierten Paradigma“ in der Psychotherapie folgen, und dies ist einer der wichtigen neuen „mainstreams“ unter den „Grundorientierungen“ der Psychotherapie (Petzold 1993h), ist es deshalb von zentraler Wichtigkeit, mit den Ergebnissen der „klinischen Entwicklungspsychologie“ (idem et al. 1993, 1994; Rutter, Rutter 1992; Kruse 1991), der „developmental psychopathology“ (Lewis, Miller 1990) vertraut zu sein und über eine solide Kenntnis moderner Entwicklungspsychologie (Oerter, Montada 1987, 1995) aus einer integrativen Perspektive (Petzold 1992a, 649ff, 1995a) zu verfügen, um über die Charakteristika der frühen Entwicklung (kognitive, emotionale, volitive, sensumotorische, sozialkommunikative, ökologische) informiert zu sein und vor einem solchen Hintergrund (Ramin, Petzold 1987; idem 1993a, 538ff) Parenting-Prozesse zu begleiten, geleitet weiterhin durch eigene Erfahrungen mit Kindern, das Erleben der eigenen Kindheit und vertrauend auf die disponierten Muster des „intuitive parenting“ und „sensitive caregiving“.

ving“ (idem et al. 1994a). Eine solche Fundierung verhindert auch ein fixiertes Festhalten an stereotypen Phasenlehren und öffnet den Blick für die Vielfalt von Entwicklungsverläufen im Wissen um die Essentials der Netzwerkentwicklung (vgl. Röhrle 1994), der kognitiven Entwicklung (Piaget, Kohlberg, Flavell, Bruner), der emotionalen (Izard, Kagan, Malatesta) und – vernachlässigt – der volitiven (Petzold 1998) Entwicklung (vgl. zum Ganzen z.B. Flammer 1996).

Da sich enggreifende Typiken wie in der traditionellen Neurosenlehre als Ergebnis typisierender Biographieverläufe offenbar nach der derzeitigen Forschungslage nicht ausmachen lassen – Depression oder Angstzustände z.B. können höchst unterschiedliche biographische Hintergründe haben –, ist der Rezeptionswiderstand von psychoanalytisch ausgerichteten Therapeuten longitudinaler Entwicklungsforschung gegenüber (es finden sich kaum Verweise auf die relevante Literatur bei psychoanalytischen Autoren) erklärbar, zumal daraus grundsätzlichere Revisionen in der Behandlungspraxis erfolgen müßten: z.B. hätte das autobiographische Memorian (Conway 1992) differentiell zu erfolgen (gegen Granzow 1994), im Sinne einer „Erinnerungstherapie“ (Teasdale 1978), die genau auswählt, auf welche Erinnerungsinhalte sie fokussiert (Flammer 1990, 290ff), um nicht durch die Vorgabe kanalisierender „Suchbilder“ bzw. „Deskriptoren“ (Williams, Hollan 1981), die Suchrichtung und deren Ergebnisse vorzugeben, wie die Forschungen von Ackermann (1982, 1987, 1988a, b) zeigen und wie es anhand von Tulvings (1976, 1979) Prinzip der Enkodierungsspezifität nahegelegt wird (Einzelheiten werden um so besser erinnert, je mehr andere in den Kontext passende episodische Einzelheiten erinnert oder vorgegeben werden). Die Stimmungsabhängigkeit von Erinnerungen (Bower 1981; Wippich 1985, 24-31; Perrig et al. 1993) wurde schon erwähnt. Weitere Veränderungen in der Behandlungspraxis werden erforderlich durch die Berücksichtigung der Netzwerkentwicklung, d.h. des „convoy“ (Petzold 1994c, 1995a), des Faktums, daß Menschen nicht allein auf der Lebensstrecke gehen und ihr Verhalten – funktionales wie dysfunktionales – von den Convoy-Qualitäten wesentlich bestimmt sind, womit auch Interventionen zum „convoy“ hin unverzichtbar sind. Macht man sich dann noch bewußt, daß diese Netzwerke in ökologischen Kontexten situiert sind (Ford 1987; Lantermann 1982) und in größeren sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhängen stehen, wird klar: Biographien müssen mit den Patienten jeweils in ganz spezifischer Weise rekonstruiert werden, und zwar nicht nur auf einer individualisierenden Schiene, sondern unter Einbezug von „übergreifenden Sozialisationsklimata“ (vgl. Elder 1974; Hurrelmann 1995), Strömungen des Zeitgeistes (Petzold 1989f), kollektiven Repräsentationen (Moscovici 1984; Jodelet 1989), also unter Berücksichtigung makrosoziologischer Perspektiven (Metzmacher, Zaepfel 1995) auf der Grundlage „sozialen Sinnverste-

hens“ (ibid.; Petzold 1995a, 224), nicht zuletzt auch der neuen virtuellen Welten (Turkle 1998; Müller, Petzold 1998).

3.5 Beyond parenting – soziales Empathieren, Arbeit mit „sozialem Sinnverstehen“ und „makrosozialen Klimata“

Parenting-Strategien – seien sie auf die frühe Kindheit oder auf andere Lebensabschnitte gerichtet – können ohnehin nicht ohne ein Verständnis der jeweiligen Elternrollen aus der Primärgruppe des Patienten und ihres **Kontextes/ Kontinuums** und den dort herrschenden *Genderperspektiven* (Petzold 1998h) angegangen werden. Genderfragen werden immer noch weitgehend in der Psychotherapie ausgeblendet. Man muß wissen, *welche Formen und Qualitäten* von „Väterlichkeit“ oder „Mütterlichkeit“, welche Vaterideologien oder Mutterideologien, Männer- und Frauenbilder in der Kindheit des Patienten geherrscht haben, d.h. in welcher Weise Eltern ihre Rollen inszenieren konnten oder mußten. Man muß nicht nur einen Einblick in ihre persönliche Lebenssituation haben, sondern ein Wissen um makrogesellschaftliche Klimata, den „Zeitgeist“, weil dieser einen immensen Einfluß auf Erziehungsstile und -klimata (Drölsch 1994) hat. Erfolgt dies nicht, so vollziehen sich Parenting-Strategien allein unter individualisierender Perspektive, wie dies für den Diskurs der Mehrzahl der Psychotherapien kennzeichnend ist, die Prozesse **„sozialen Sinnverstehens“** als Grundlage behandlungspraktischer Interventionen weitgehend vernachlässigt haben.

Das Einzelschicksal und allenfalls noch das persönliche Familiendrama wird gesehen, aber nicht die Netzwerkverflochtenheit dieser Familie und ihr Eingebettetsein in übergreifende Lebenszusammenhänge – seien sie nun gut oder schlecht. Welche Auswirkungen aber genau diese auf das persönliche Schicksal haben, wie derartige „kollektive Kognitionen“ (Moscovici 1988) die individuellen „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) prägen, zeigen die Longitudinalforschung und Daten, wie sie Elder (1974) in seinem Buch „Children of the great depression“ vorgestellt hat, in beeindruckender Weise.

Die allgemeine Lebenssituation ist von hervorragender Bedeutung für das Entwickeln eines „*Lebensgefühls*“ (Petzold 1992b, 823, 1995g). Sie muß vom Therapeuten durch Prozesse „sozialen Empathierens“ und vom Patienten durch „soziale Selbstempathie“, d.h. ein Gefühl für seine *Lebenslage* im gesellschaftlichen Kontext, erfaßt werden. Parenting- und Reparenting-Prozesse können primär nur auf der individuellen Ebene „*Nachsozialisation*“ anstreben. Auf der kollektiven Ebene gelingt dies nur in soweit, wie es der gegenwärtig herrschende

Zeitgeist, das aktuelle Lebensklima ermöglichen, und zwar einerseits dadurch, daß Therapeuten für diese Dimension sensibilisieren, Patienten die Dimension „sozialen Sinnverstehens“ eröffnen und realitätsorientierte Vergleiche zwischen den gegenwärtigen und vergangenen gesellschaftlichen Makroklimata anregen und fördern, indem sie sich weiterhin bemühen, positive, hoffnungsvolle Aspekte der gegenwärtigen Klimata zu aktualisieren und zu nutzen und „korrigierend“ neben die belastenden makroklimatischen Vergangenheitserfahrungen zu stellen, ohne wirklichkeitsfremde Rosarot-Visionen aufzubauen. Blicken Therapeuten aber selbst nur schwarzseherisch und seelenverdüstert auf die Schatten der „Risikogesellschaft“ (Beck 1986) und können sie die Chancen, die „postmodernes Leben“ auch bietet (Jung et al. 1986), nicht irgendwie spüren und aktualisieren, so geben sie – in depressiver Horizontverengung die Wirklichkeit einseitig betrachtend – Düsternis und Hoffnungslosigkeit weiter (Petzold 1995a). Haben sie aber realitätsgerechte, nicht verleugnende, problemorientierte und positive Perspektiven zur Verfügung, so können sie diese zuversichtlichen Qualitäten in ihrer „persönlichen Ausstrahlung“ (d.h. ihren Mikrosignalen) vermitteln. Natürlich – und dies erscheint als das Wünschenswerteste – kann ein Therapeut auch den Prozeß seiner *Balancierung* dieser beiden Aspekte – Risiken und Chancen – vermitteln, denn genauso, wie es im individuellen Leben *Risikofaktoren* und *protektive Faktoren* gibt, gibt es auf der makrosozialen Ebene *Risiken* und *Chancen* und die Balancierung dieser beiden Einflußgrößen bestimmt das „Lebensgefühl“.

Es ist ein Kennzeichen einer halbwegs intergrierten, erwachsenen Persönlichkeit und damit auch kompetenter Eltern, weder in Rosarot-Euphorie zu verfallen, noch Katastrophenszenarios nachzuhängen, sondern in einer „kritischen Lebensbejahung“, in einem „ernüchterten Realismus“ sich mit dem „Diskurs der Moderne“ auseinanderzusetzen. Nur so wird vermieden, daß Menschen an kollektiven Verleugnungen („Es ist ja alles nicht so schlimm!“ – „Kindern macht das alles nichts!“) oder kollektiven Dramatisierungen („Diese Welt ist eh nicht mehr zu retten!“ – „Die Kindheit ist vergiftet! Die Selbsterstörung ist programmiert!“) partizipieren, sondern daß sie jenseits unipolarer Fixierungen immer wieder ihr persönliches Gleichgewicht, ihr Gleichgewicht im Netzwerk und eine Ausgewogenheit im kollektiven Handeln, d.h. in der politischen Mitwirkung finden können. Eltern sind Mitglieder eines Gemeinwesens, einer spezifischen Sozialität (Pongs 1998), und eine ihrer *wichtigsten Parenting-Funktionen und Sozialisationsaufgaben* ist es, *Kindern und Jugendlichen ein Beispiel politischer Mündigkeit zu vermitteln*, denn nur eine „Gesellschaft von Mündigen“ wird in der Lage sein, mit makrosozialen Problemen umzugehen. Wenn derartige Dimensionen in therapeutischen Parenting-/Reparenting-Prozessen mit Patienten durch einseitige Orientierung auf den Frühbereich und eine individualisierende

Perspektive ausgeblendet bleiben und nicht angemessen in das therapeutische Handeln integriert werden, wird das Integrative Parenting-Konzept im Kern mißverstanden, weil es unserem Ansatz immer darum geht, die „**Ursachen hinter den Ursachen**“ und die „**Folgen nach den Folgen**“ (idem 1994c) mit zu berücksichtigen, soweit das möglich ist.

Wir hoffen, daß unsere Ausführungen zu einer „Entmythologisierung“ des *undifferenzierten parentalen Paradigmas* und der aus diesen abgeleiteten verengten Parenting-Konzepte beiträgt. Allein schon durch die Unterscheidung *Parenting* (d.h. Vermittlung von Gefühlsqualitäten und Atmosphären als Angebot zur Verinnerlichung bei vorliegenden Defiziten an elterlicher Präsenz) und *Reparenting* (d.h. eine Neubewertung verinnerlichter Elternbilder neben der Möglichkeit ergänzender Erfahrungen spezifischer elterlicher Qualitäten) haben wir stets nuancierte Positionen vertreten (Petzold 1969b; Ramín, Petzold 1987). Es bleibt die Gefahr, daß Therapeuten Parenting-Strategien und Regression als Machtmittel mißbrauchen und mit obskurantistischen Theorien und Praktiken – z.B. die Geburtstraumatheorien und Reinkarnationsideologien und mit ihnen begründete Techniken der Primärtherapie, des Rebirthing, des holotropen Atmens – ein „Abgeben der Vernunft“ propagieren und eskapistische Tendenzen fördern, sich in magisch-mythische Interpretationen von Weltzusammenhängen zu flüchten. Das kann zu schweren Problemen führen und insgesamt zu einer anti-emanzipatorischen Geisteshaltung und romantisierend-individualisierenden Praxis (Berlin 1998), die dysfunktionalen Dependenzwünschen von seiten der Patienten und Klienten entgegenkommt (Petzold 1977l, 1981j).

Wir möchten solchen Praktiken und Konzeptualisierungen im Felde der Psychotherapie und in der Psychoszene die rational fundierte, ernüchterte und besonnene Begründung der Parenting-/Reparenting-Praxis der Integrativen Therapie entgegenstellen. Wird sie sorgfältig rezipiert und richtig umgesetzt und nicht durch problematische Konzepte anderer Parenting-Ansätze kontaminiert, so können die von Otte (1995) aufgezeigten Gefahren von Parenting-Praktiken vermieden werden.

Der Integrative Ansatz unterscheidet sich von anderen Modellen (Balint 1968; Winnicott 1954; Schiff 1969; Schiff, Bay 1972) dadurch, daß er in einer solchen Praxis *eine* therapeutische Möglichkeit sieht, bei spezifischen Indikationen auch regressionsorientiert zu arbeiten, ausgerichtet an einem konzeptuell klaren, wissenschaftlichen Regressionsverständnis (Petzold 1970c; 1992b; Lewin 1941). Nur so kann man den „*zweiten Weg der Heilung und Förderung*“ (Petzold 1988n) in positiver Weise etwa bei Strategien der „*emotionalen Differenzierungsarbeit*“ (idem 1992b) in der Psychotherapie und in Lehranalysen einsetzen. Nur so kann man neben „*vertikalen Regressionen*“ (etwa in *einer* Fokalsitzung, idem 1993p) und kürzeren Parenting-Sequenzen mit regressiver Qualität

auch solche in „längerfristigen regressiven Beziehungen“ eingehen, wie sie zuweilen in der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Psychosen – will man sich hier auf einen psychotherapeutischen Zugang einlassen – unumgänglich werden, und wie wir sie in methodischen Aufsätzen beschrieben haben (idem 1987b). Auch geht es nicht um das Bereitstellen einer „idealen Mütterlichkeit“, sondern – wie wir immer wieder betont haben – um das Bereitstellen der *Qualitäten* von „good enough parents“ durch „good enough therapists“ in Überschreitung des mutterzentrierten Konzeptes Winnicotts. Nicht nur, daß eine „ideale“ Mütterlichkeit nicht durchzuhalten wäre, zumal nicht bei diesen schwierigen Patienten (z.B. bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen), sondern eine solche Idealqualität wäre geradezu toxisch. Sie steht in der Gefahr, übermächtige Elternqualitäten zu reproduzieren, an denen Patienten oft zerbrochen sind. Sie schränkt überdies die Möglichkeiten der therapeutischen Arbeit extrem ein, die aus folgenden Kernkonzepten besteht:

1. *Kontextsicherung* (z.B. Netzwerkarbeit, gegebenenfalls stationäre Aufnahme, betreutes Wohnen etc., idem 1980e, 1995a);
2. *Beziehungsarbeit*, d.h. Aufbau einer sicheren Beziehung über „informed consent“ und Erfahrungen von Kontakt und Begegnung (vgl. idem 1991b; 1998, 173)
3. *Bindung*, d.h. „emotionale Adoption“ (wo dies dem Therapeuten möglich ist und wo eine Chance für eine Wechselseitigkeit besteht – der Patient muß ja auch den Therapeuten annehmen, *ibid.*);
4. *Nachnähren* (was ein „zwischenleibliches“ Milieu erfordert, in dem auch Körperkontakt durch Berührungen des Haltens, des Trostes, der Stütze erfolgen kann, vgl. idem et al. 1994a, 12ff, Abb. 30-37; gegen Bauriedl 1998);
5. *emotionale Differenzierungsarbeit* durch nonverbales und verbales Modellverhalten für nuancierten emotionalen Ausdruck (vgl. idem 1992b, 851ff);
6. *Aushandeln von Grenzen* im Prozeß des „Gewährens“ und „Versagens“, der für eine *lege artis* durchgeführte Parenting-Behandlung zentral ist (vgl. *ibid.* 1126f, mit Bauriedl 1998);
7. *graduelle Verselbständigung* (was immer mit Netzwerkaufbau, Beziehungspflege, Self-Parenting, Transfer-, Realitäts- und Willensarbeit einhergeht (vgl. idem 1988n, 256ff);
8. *Empowerment* und *Kreativierung* durch experimentierende, ressourcen-aktivierende, kokreative Interaktionen (Petzold 1997f; Müller, Petzold 1998) und Netzwerkprojekte (Hass; Petzold 1998);
9. *Lösung, Abschied und Unterstützungszusage*, was mit Verzichts- und Trauerarbeit verbunden ist, und zwar mit komplexen Trauerprozessen (vgl. Petzold 1988n, 224ff). Der ehemalige *Patient*, jetzt *Klient*, kann sich ablösen, selbständig seinen Lebensweg mit den Menschen seines *convoy*s gehen. Er nimmt vom Therapeuten Abschied, der Therapeut verabschiedet sich von ihm und seinem *convoy*, in dem

er für die Zeit der Therapie „Weggeleit“ gegeben hat (Petzold 1995a), und er gibt dem Klienten, wenn es ihm stimmig erscheint, eine Zusage, bei Krisen und Schicksalsschlägen für Krisengespräche zur Verfügung zu stehen, um zu schauen, welche Hilfen notwendig werden.

In diesem komplexen Prozeß (er wird von Otte [1995, 153] verkürzt gesehen bzw. dargestellt) müssen mütterliche und väterliche Qualitäten zum Tragen kommen und können vielfältige andere Beziehungsqualitäten, Lebensbewältigungsstrategien und kreative bzw. kokreative Initiativen wirksam werden. Mit Blick auf das Parenting finden sich aufgrund der Progression der Entwicklung nicht nur frühe Qualitäten der Elternschaft. Vielmehr transformiert sich die Relationalitätsform der krankheitsbedingten Bindung des Patienten an seinen Therapeuten als „Gebundenheit aus Not“ mit mehr oder weniger stark ausgeprägten regressiven Tendenzen hin zur „Bindung aus Entscheidung“: Mit diesem Therapeuten will ich meine Probleme bearbeiten; dann zur Möglichkeit der Relativierung und Rücknahme der Bindung zur Beziehung (Petzold 1991b), womit die von psychotischen oder in ihrer Persönlichkeit schwer gestörten Patienten zuweilen als Realbeziehung erlebte „Beelterung“ nun als Simile-Beziehung erkannt, erfahren und bejaht wird (für den Therapeuten war sie dies immer, für nicht so schwer gestörte Patienten muß der Simile-Charakter stets klar bleiben bzw. klar gehalten werden, mit all den mit solcher Realitätsarbeit verbundenen Auseinandersetzungen und Arbeit an Volitionen, d.h. Entschlußkraft, Entscheidung und Durchhaltevermögen). Simile-Beziehungen gelingen bei schwerkranken bzw. schwer gestörten Patienten, die stationärer Behandlung bedürfen, oft nicht oder nur sehr partiell, was, neben dem personalen, ein weiteres Parenting durch „Mutter Klinik“ und die dort arbeitenden mütterlichen und väterlichen Menschen unumgänglich macht. Schwestern, Ärzte, Therapeuten werden dennoch auch im klinischen Rahmen immer wieder versuchen, noch andere Beziehungsmodalitäten als die der Elternschaft zu aktualisieren. Für manche Patienten ist es ein Schicksal, in einer lebenslangen, zumeist institutionell abgesicherten Parenting-Relation zu stehen, – die Institution hat sie „adoptiert“ –, ein Schicksal, das aus der Schwere ihrer Erkrankung und ihrer desolaten sozialen Situation resultiert. Sie können von Glück sagen, wenn es in einer derart unglücklichen Lebenskarriere mit verarmten sozialen Netzwerken genügend elterliche und mitmenschliche Erfahrungen bei engagierten Mitarbeitern in humanen Kliniken für sie gibt. Für andere, weniger schwer gestörte Patienten, die Parenting-Prozesse durchlaufen, gelingt es, mit dem Wachsen ihrer Intersubjektivitätsfähigkeit im „Handeln um Grenzen“ soviel an „Souveränität“ (Petzold, Orth 1998) zu entwickeln, daß sie aus der „emotionalen Adoption“ herauswachsen.

Ein Wissen um die evolutionsbiologischen Wurzeln des Parenting in genetisch disponierten „intuitiven“ Wurzeln (Papoušek, Papoušek 1981, 1993) einer-

seits und ein Wissen um das ideengeschichtliche Herkommen von Parenting-Strategien aus der „ekklesialen Tradition“ andererseits, wo die Gemeindeglieder unter der Obhut des „ehrwürdigen Vaters“ (Pfarrer) oder unter den Fittichen einer als Gemeindeglied fungierenden „ehrwürdigen Mutter“ (Klosterfrau) oder einer (frommen) „Schwester“ waren, geführt auf „rechten Wegen“ in der „Furcht des Herrn“, ein solches „genealogisches“ Wissen, das unter Beiziehung dekonstruierender Ansätze (Derrida 1972) und diskursanalytischer Untersuchungen (Foucault 1974, 1977), in „metahermeneutischen Triplexreflexionen“ (Petzold 1994a) erarbeitet, erlebt, erfahren wurde, ist nötig, um magisch-mythische Macht in Regressionsprozessen und ideologisierten Parenting-Therapien zu vermeiden und iatrogenen Therapieverläufen oder toxischen Lehranalysen vorzubeugen.

Wo immer Transparenz geschaffen werden kann, Mutualität möglich wird, Raum gegeben ist für wechselseitige Empathie, so daß ko-respondierende Intersubjektivität wachsen kann, werden in Parenting-/Reparenting-Behandlungen mögliche, schädigende Seiteneffekte durch Dependenzbildung, Mythenbildung, dogmatische Ideologisierungen (für die Regressionsversprechungen und Regressionspraxis einen idealen Nährboden bieten) vermieden. Die in den anderen „Wegen der Heilung und Förderung“ wirksamen Strategien des *Enlargement* (Orth, Petzold 1995), *Enrichment* (idem 1988n, 252f) und vor allen Dingen des *Empowerment* (idem 1994a, 277; Kasl 1991) sind in dem ko-respondierenden Bemühen um Transparenz in Therapien von zentraler Wichtigkeit. Das gilt auch und gerade bei Patienten, die sich in schweren exogen, durch kritische Lebensereignisse verursachten Regressionen befinden, oder bei Patienten, die in einer regressiven Phase ihrer Therapie sind. Selbst bei Patienten, die durch eine unglücklich verlaufende Lebenskarriere, genetische Dispositionen, Schicksalsschläge in einem schweren chronischen Krankheitsverlauf stehen, sollten auf dem Boden „unterstellter Intersubjektivität“ (Petzold 1991e, 508, 1079f) und in sorgfältiger Abschätzung ihrer Behandlungsmöglichkeiten die übrigen „Wege der Heilung und Förderung“, soweit wie realisierbar, zum Tragen kommen.

4. Kryptoreligiöse Ideologeme der Psychotherapie

„Die größte Gnade auf dieser Welt ist, so scheint es mir, das Nichtvermögen des menschlichen Geistes, all ihre inneren Geschehnisse miteinander in Verbindung zu bringen. Wir leben auf einem friedlichen Eiland des Unwissens inmitten schwarzer Meere der Unendlichkeit, und es ist uns nicht bestimmt, diese weit zu bereisen. Die Wissenschaften – deren jede in eine eigene Richtung zielt – haben uns bis jetzt wenig gekümmert; aber eines Tages wird das Zusammen-

fügen der einzelnen Erkenntnisse so erschreckende Aspekte der Wirklichkeit eröffnen, daß wir durch diese Enthüllungen entweder dem Wahnsinn verfallen oder aus dem tödlichen Licht in den Frieden und die Sicherheit eines neuen dunklen Zeitalters fliehen werden“ - H.P. Lovecraft (1928/1972, 193).

In den voranstehenden Abschnitten wurde herausgestellt: Durch moderne Längsschnittforschung und Entwicklungspsychopathologie (Achenbach 1990; Lewis, Miller 1990) bzw. klinische Entwicklungspsychologie (Rutter, Rutter 1992; Petzold 1994j) und durch ihre differenzierte und reflektierte Verbindung mit klinischen Ansätzen wie z.B. dem der „empathischen Verfügbarkeit“ (Emde 1995) oder dem der „vier Wege“ entfallen beliebte Erklärungsmuster und naive Kausalattributionen. Sie verlieren ihre bislang so starke explikative Kraft, oder sie erweisen sich nur als Teilerklärungen - und damit wird die Frage nach dem Herkommen psychischer Störungen und Erkrankungen wieder neu aufgeworfen. Offenbar besonders faszinierend und populär - weil so eingängig - sind Deutungs- und Erklärungsmuster, die *alleinig* oder doch überwiegend biographische Früherfahrungen (Kernberg 1979), Geburtstrauma oder sexuellen Mißbrauch für schwere Persönlichkeitsstörungen, für „Seelenmord“ (Wirtz 1997) verantwortlich machen - wohlgemerkt, wir wenden uns gegen die Monokausalität - oder die die „unbewußten Phantasien“ von Eltern mit einseitiger pathogener Gewichtigkeit belegen (Massie et al. 1988; Dornes 1994), Geheimnisse, die es „aufzudecken“ gilt, Bindungen und Delegationen, die gelöst werden müssen (Hellinger 1995). Derartige, oft unter Ignorierung der vielfältigen Kontexteinflüsse (z.B. „protektiver Faktoren“) aus sozialen Netzwerken und Mikroökologien vertretene Konzepte werden durch den *longitudinal research* im Hinblick auf ihre Eindimensionalität und Linearkausalität zum Teil massiv in Frage gestellt. Dennoch wird an irrationalen, quasireligiösen Doktrinen festgehalten, die die Grundlage für die *Deutung* komplexer Lebensläufe und persönlicher Schicksale abgeben. Das muß bedenklich stimmen! Es werden Erklärungen gesucht und Antworten gegeben, die in Strukturen von Befleckung, Schuld, Sühne und Reinigung, Glaube und Erlösung, Sünde und Vergebung optieren und zu magischem Denken Zuflucht suchen, zu linearen Ursache-Wirkung-Schemata. Sie führen oft genug zu einer Selbstausslieferung an Autoritäten durch das Eingehen von Dependenzverhältnissen, die Mündigkeit, Selbstverantwortung und kritische Vernunft einschränken, verhindern. Solche Muster stellen eine Form der Regression dar, die Bindung an eine Phase „magischen Denkens“, Unterordnung unter die Macht unhinterfragter Autoritäten und Mythen.

Wir nehmen hier mit Foucault (1982) das Fortwirken „kryptoreligiöser“ **Diskurse** der „Pastoralmacht“ in der Psychotherapie an und dahinterstehend noch archaischere **Diskurse** primitiver, originärer Formen der Religiosität, die manchmal - in Psychosekten (mit denen wir uns hier nicht befassen können) -

atavistische Qualitäten gewinnen können. Nicht das Religiöse ist das Problem, sondern das *Kryptische*, die „larvierten Phänomene“. Im Gewand von Theorien und Praxeologien, die mit dem Anspruch von Wissenschaftlichkeit auftreten, wie z.B. Psychotherapiesysteme, verbergen sich religiöse Elemente, die – dekontextualisiert und aus ihrem originären Hintergrund ausgegliedert – eine ungute Eigendynamik entwickeln können oder von Therapeutengurus und ekklesialen Schulen im Sinne dysfunktionaler „schlechter“ Ideologien als Machtinstrumente der Welt- und Lebensexplikation eingesetzt werden. Sie schreiben Abhängigkeiten fest und be- bzw. verhindern Emanzipation.

Es geht hier keineswegs nur um die „Deutungsmethodik und Deutungsmacht“ (Pohlen, Bautz-Holzherr 1994) in den konservativen Richtungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieschulen – d.h. nicht nur um die Psychoanalyse –, sondern auch um die Deutungsparameter vieler humanistisch-psychologischer Orientierungen, denen sich Menschen unkritisch unterordnen und dabei die „Macht der Interpretation“, d.h. ihre Souveränität abgeben. Das gilt z.B. auch für die impliziten Deutungsschemata der dezidiert Deutungen ablehnenden Gestalttherapie von Fritz Perls (1969b), der allerdings nach fast jeder Sitzung eine Sammeldeutung gibt (ibid. 1986, 191, 211 usw. usw.), von den Deutungen in seinen Therapieprozessen ganz zu schweigen, wie eine Durchsicht der Protokolle seiner Sitzungen zeigt. Es müssen hier auch die apodiktischen Interpretationsschablonen gewisser „systemischer“ Ansätze genannt werden (vgl. in jüngster Zeit besonders prononciert Hellinger 1993, 1994, 1995) oder der transpersonalen Richtungen (z.B. Grof, Orr u.a.), die schon ein erhebliches Maß an *Glaubensbereitschaft* voraussetzen und die eine Wertschätzung des *gesunden Menschenverstandes* (von allgemeinpsychologischem Fachwissen und soliden philosophischen und religionswissenschaftlichen Kenntnissen einmal ganz zu schweigen) sowie eine *besonnene Nüchternheit* vermissen lassen. Solche Phänomene müssen in ihrer letztlich regressiven Qualität gesehen werden: Höhere Autoritäten und Mächte – göttliche gar – bestimmen das Leben, denen man sich kindlich anvertraut und deren Wirkung und Lehren man folgt.

Es ist immer wieder zu betonen: *Kulturhistorisch betrachtet ist die Psychotherapie Nachfolgerin der traditionellen „ekklesialen Seelsorge“*. Unter dieser und dem Begriff „*doktrinärer Ekklesialität*“ wird hier ein machtvoller, indoktrinierender **Diskurs** verstanden mit dem Anspruch der Allgemeinverbindlichkeit (Katholizität) und rechtmäßigen Wahrheit (Orthodoxie), was die Wirklichkeitsauslegung anbetrifft, mit der Konsequenz, daß sich jeder dieser Doktrin unterordnen muß und andere persönliche Wahrheiten bzw. gruppale Wirklichkeitsauslegungen keinen Platz haben. So rigoros ist dieser „alleinseligmachende“ Anspruch, daß er das Denken und Handeln aller Subjekte durch und durch bestimmen muß. Abweichungen, Dissidenz, Häresie sind lebensgefährlich. In der mittelalterli-

chen Ekklesialität war diese durch die Macht der Institution ubiquitär. Im Prozeß der Aufklärung bzw. der Moderne wurde diese Macht in ihren offenen Manipulationen und Möglichkeiten weitgehend gebrochen. Wir richten uns hier – das sei ausdrücklich betont – nicht gegen die gegenwärtigen Formen kirchlichen Lebens in ihren sehr unterschiedlichen Qualitäten, sondern verwenden die Konzepte „*Pastoralmacht*“ und „*doktrinäre Ekklesialität*“ in dem hier umrissenen, sehr spezifischen Sinn. In Fundamentalismen aller möglichen Art (Huth 1995) finden wir *doktrinäre Ekklesialität* auch heute noch immer – keineswegs nur in bestimmten Aspekten der Amtskirche, in Religionsgemeinschaften und Sekten, sondern auch in säkularisierten „*ekklesioformen*“ Organisationen. Politische, weltanschauliche und auch psychotherapeutische Gruppierungen zählen dazu. Am deutlichsten wird dies in Randphänomenen, Splittergruppen. Die Phänomene der „*Psychoszene*“, „*Psychogruppen*“, „*Psychosekten*“ zeigen dies deutlich, zum Teil kraß (Goldner 1997). Aber auch die großen Richtungen der Psychotherapie tragen durchaus Elemente dieses **Diskurses** weiter und bedürfen deshalb beständiger kritischer und autokritischer Reflexion ihrer Theorie, Behandlungspraxis und Standespolitik. Die Psychotherapie trat die Nachfolge der Seelsorge vielfach unter fungierender Übernahme ihrer **Diskurse** an, d.h. ihrer strukturellen Organisation in Glaubensrichtungen mit spezifischen Lehrgebäuden, ihrer institutionalisierten Formen (Ausbildungsinstitute), ihrer hierarchischen, an Statusträger gebundenen Weitergabe (Lehranalytiker, Kontrollanalytiker), ihrer Orientierung an festen Glaubenssätzen und Lehrmeinungen. Exkommunikationen von Abweichlern und „*Andersgläubigen*“ sind in der Geschichte der Psychotherapie die Regel gewesen. Freud schloß „*Adler und seine Bande*“ aus und auch den „*hehren und brutalen Jung*“ – die verwendete Terminologie spricht für sich selbst. Freud reflektierte in seiner Selbstanalyse (Anzieu 1990) weder die kryptoreligiöse Qualität seiner Theoreme noch diese Einflüsse in seinen Schriften oder in der von ihm aufgebauten Organisation. So verlieh er seinen Paladinen, dem engeren Kreis und den Hütern des „*Goldes der reinen Lehre*“, Ringe mit einem geschliffenen Edelstein, Bischofsringe. Folgt man solchen Wächtern von Orthodoxie – sie sind zumeist Zeloten –, ganz gleich, in welcher Schule/Kirche der Therapie, so ist dies ein *Zeichen regressiven Kinderglaubens*, bei Kirchenvolk und Klerus, Patienten, Ausbildungskandidaten und von ihrem System fraglos überzeugten Lehrtherapeuten gleichermaßen. Organisation in „*Schulen*“ führt allzuleicht in *Scholastik*. Es ist schwierig, dem Sog zur ekklesialen Schulbildung, dem Menschen auch immer wieder aus Identitäts- und Territorialstreben, d.h. aus Sicherheitsbedürfnissen nachgeben, zu vermeiden. Wir sprechen deshalb bei der „*Integrativen Therapie*“ lieber von einer „*Orientierung*“ im Rahmen moderner Psychotherapie und klinischen Psychologie. Sie ist als Teil des „*Neuen Integrationsparadigmas*“ (Petzold 1993g, 1993h)

zu sehen. Vermutlich gibt es aber in diesem Paradigma auch bald „Schulen des Integrierens“, und es ist nur zu hoffen, daß durch metakritische Reflexion ein neues Verständnis von „Schule“ jenseits kryptoreligiöser Diskurse und scholastischer Tendenzen sich ausbildet: *Schule* als offene Lerngemeinschaft mit *pluraler, interdisziplinärer* Ausrichtung und *transdisziplinärer*, d.h. auf übergreifende Konzepte, bei Einhaltung der Vielfalt (Nicolescu 1996; Morin 1997), gerichteter Zielsetzung (Petzold et al. 1996a).

4.1 Schulenmacht zu Lasten von Patientenwohl, emanzipierter Pluralität und Transversalität

Der postmoderne Diskurs vertritt das Ende der großen *Metaerzählungen* (Lyotard 1982), ist rhizomatisch vernetzter Vielfalt (Deleuze, Guattari 1977) und einem pluralen, **konnektivierenden, transversalen** Denken verpflichtet (Petzold 1989a, 1998f; Welsch 1996). In dieser Pluralität kommt ein radikaler Respekt von der „Andersheit des Anderen“ (Lévinas 1983, Petzold 1996k) zum Ausdruck. Sie ist Bedingung von Humanität und verlangt Offenheit und Diskursivität in der Wissenschaft, der Politik, der gesellschaftlichen Praxis und u.a. auch in der Psychotherapie. Wir haben an anderer Stelle ausführlich zu diesen Zusammenhängen, ihren Hintergründen und Konsequenzen für Theorienbildung und Praxis geschrieben (Petzold et al. 1996a, 1998a) und müssen auf diese Publikationen verweisen.

Psychotherapie darf, wenn man sie als „Phänomen der Moderne“ begreift und sich einer *metareflektierten* Aufklärung verpflichtet sieht, keine Arkandisziplin sein und kann Formen ekklesialer und scholastischer Institutionalisierung nicht brauchen. Aber nicht nur bei den im Feld etablierten, traditionellen, sondern auch bei neueren Therapierichtungen begegnen wir leider häufig genau diesen Schulen-Strukturen. Es wird evident: Auch in modernen Ansätzen stehen die Dinge oft nicht viel anders als etwa in der traditionellen Psychoanalyse. Die Strukturen sind vielleicht etwas verdeckter, subtiler, zum Teil aber auch gröber.

Der ekklesiale **Diskurs** in der Psychotherapie läßt – nimmt man ihn unter die Lupe – viele Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen erkennbar werden. Einige seien genannt: Das *Unbewußte* hat den alten *Seelenbegriff* ersetzt, die *Verdrängung* das Konzept ungesühnter Schuld. *Widerstand* steht für die „Verstocktheit des Herzens“, die fehlende Bereitschaft zur Umkehr. Die *Symptome* sind die *Strafe* für Übertretungen – der Kinder wie der Eltern. Bei vielen Richtungen der Psychotherapie finden wir – offen oder verdeckt – eine Suche nach *letzten Wahr-*

heiten über den Menschen, das Leben, die Welt, Gott, und das mündet zuweilen in rigorose, z.T. fundamentalistische (Huth 1995) Argumentationsfiguren, und hier droht die Gefahr *totalitärer Wahrheitsdiskurse*. Es mag für manche Leser dies eine überzeichnete Sicht sein, aber die ganz banalen Realitäten des psychotherapeutischen Feldes heute, in dem wir alle – ärztliche, psychologische, humanwissenschaftliche, heilpraktische Psychotherapeuten – uns bewegen, weist z.T. drastische Analogien mit ekklesialen **Diskursen** auf: die Diskurse der Ausgrenzung, der Rechtgläubigkeit, der Machtsicherung, der Negierung der Wünsche des eigentlichen Adressaten, d.h. des Patientenwillens, der Kollaboration mit staatlichen Reglementierungsbestrebungen, der Vorteilssicherung durch Konkordate (leistungsrechtliche Regelungen) zu Lasten von Patienten. Bei den „gebändigten“, in den etablierten, akzeptierten gesellschaftlichen Formen versteckten **Diskursen** sind die Phänomene der Pastormacht schwach, kaum erkennbar. Sie wirken, wie Foucault gezeigt hat, subtil, eingekleidet in eine ungefährlich erscheinende Rationalität. Gerade in solcher Angepaßtheit und Eingepaßtheit liegen aber die Gefahren, wie sich gerade heute in einer Zeit sich drastisch verknappender Ressourcen zeigt. Die Psychotherapie – praktisch aller Schulen – ist offenbar zu jeder Anpassungsleistung theoretischer, konzeptueller, praxeologischer Art bereit, um den staatlichen Forderungen nach *ökonomischen* Heilungs- und Entwicklungsprozessen nachzukommen. „Hochschwellige“ Drogentherapieprogramme mit Langzeiteinrichtungen geraten in Schwierigkeiten, denn „niedrigschwellige“ Programme sind billiger und könnten ja genügen. Kurzzeittherapien sind angesagt, wo längere Begleitung und Behandlung notwendig wäre. Ausgerechnet bei „seelischer Gesundheit“, dem wichtigsten Kapital eines Gemeinwesens, soll „zugezahlt“ werden. Wenn eine Leistung aus der Regelversorgung herausfällt, das steht zu befürchten, ist es die Psychotherapie. In einem Bereich, der dringend vielfältiger *Diskurse* zu seelischer Gesundheit und Krankheit bedarf, weil es den „wahren“ Diskurs nicht gibt und transversale Vielfalt Ausdruck von Emanzipation und Humanität ist, verfechten zwei große Schulen einen durch und durch fragwürdigen Hegemonieanspruch, der als Anspruch „wissenschaftlicher Wahrheit“ vorgetragen wird, wo es doch *ausschließlich um Territorialmacht und monetäre Interessen geht*.

Die Psychoanalyse, die sich gerne als emanzipatorische und kritische Disziplin sieht, betreibt eine beinharte Ausgrenzungspolitik gegen letztlich alle anderen Verfahren. Die Verhaltenstherapie hätte man als notwendigen Bundesgenossen noch in Kauf genommen, hätte Grawe (et al. 1994) nicht den „Burgfrieden gebrochen“. Die Kartuschen fliegen gerade zurück. Die analytischen Wissenschaftler haben zum „Gegenschlag“ ausgeholt (Merten 1994; Tschuschke et al. 1997). **Von den Patienten redet niemand**. Welche Therapie sie wollen, danach wurden sie hierzulande nicht gefragt. Solche Forschung fehlt. Gibt es den thera-

pieerfahrenen, „mündigen“ Patienten nicht? Und wenn ja, warum? War emanzipatorische Therapie, der Anspruch, Persönlichkeitsentwicklung zu betreiben, nur Geschwätz? Wo sind die geheilten Patienten, die man befragen könnte, von Therapieverbänden oder Therapieforschern gefragt worden, was ihnen geholfen und gutgetan hat? Die Studie von Seligman (1994) zeigt, daß es möglich ist, die „Kunden“ zu befragen. Haben Therapeuten oder ihre Interessenverbände und Funktionäre kein Interesse an dieser Meinung, Willensäußerung, Wahrheit? Oder sind die Patienten nicht in der Lage zu beurteilen, was gut ist, für sie „gut“ ist? Selbst bei Militär oder Strafvollzug macht man Erhebungen und Befragungen. In keinen anderen Bereichen der Gesellschaft als in konservativer Ekklesialität und in der etablierten „Richtlinienpsychotherapie“ wird der Wille der Betroffenen, hier der Patienten (des Kirchenvolkes), so kraß ignoriert. VertreterInnen von *Psychotherapiepatienten* sitzen nicht in Gremien psychotherapeutischer Berufsverbände, z.B. in ihren Ehrengerichten. Sie werden nicht zu Verhandlungen über das Psychotherapeutengesetz beigezogen. Sie sind weniger repräsentiert als somatische Patienten. Offenbar sind sie Stigmatisierte, geisteskrank, seelisch nicht gesund, „nicht ganz normal!“ – Psychotherapiepatienten haben in ihren Therapeuten keine guten Advokaten. Sie haben keine Lobby, auch keine eigene potente Interessenvertretung. Die psychotherapeutischen „Großkirchen“ versuchen, wie gesagt, ihren derzeitigen Status in ein Konkordat umzuwandeln: *Gegen die Interessen der Patienten, gegen die weniger mächtigen Therapieverfahren, gegen die wissenschaftliche Redlichkeit (jeder weiß, daß die Forschungslage eine solche Ausgrenzung nicht rechtfertigt), gegen den eigenen emanzipatorischen Anspruch!* Auch die sozialkritische Orientierung der Verhaltenstherapie ist in dieser Situation nicht offensiv für Patientenrechte eingetreten oder in kollegialer Solidarität für die Mitglieder des eigenen Berufsstandes, um klinischen Psychologen anderer Orientierungen zur Seite zu stehen. Statt dessen wird ein phantasmagorischer „hoher Qualitätsstandard“ beschworen, der der „Richtlinienverfahren“, der in seiner klinischen Funktionalität und Qualität nach seriösen wissenschaftlichen Kriterien bislang nicht überprüft und evaluiert wurde und der in seiner Rigidität kreative Neuentwicklungen in der Psychotherapie – und sie lebt von diesen – extrem einschränkt, wenn nicht verhindert. Jeder weiß, es geht um Macht, Geld, Einflußsphären, berufsständische Interessen (die der Ärzte, der Kassenpsychologen, bestimmter Psychotherapieverfahren), jeder weiß, es geht um die Monetarisierung seelischer Gesundheit und Kostenminimierung bei seelischen Erkrankungen und menschlichem Leid. Gesprochen wird aber über „optimale Versorgung“ und „höhere Qualität“, über „wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit“ und „Schutz vor Scharlatanerie“ – die Erstattungspsychologen sind jetzt plötzlich alles Scharlatane oder unzureichend qualifiziert. *Das alles tolerieren Richtlinienpsychotherapeuten, obgleich sie wissen, wie*

es in Wahrheit steht: daß sie in ihren Praxen all die Verfahren praktizieren, deren Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit ihre Funktionäre bestreiten.

Sie bestreiten ihren Kollegen und Kolleginnen mit dem gleichen akademischen Studium und Abschluß die Kompetenz, den Sachverstand, Therapieverfahren auswählen und beurteilen zu können, und sprechen ihnen die Freiheit ab, solche „Verfahren mit hinreichendem wissenschaftlichen und klinischen Fundus“ erlernen zu dürfen. Genauso wollen sie intelligenten und mündigen Bürgern – und das sind die Mehrzahl der Psychotherapiepatienten – die freie Wahl „psychologischer Heilmittel“ (Sponsel 1995, 1997) absprechen, mit dem fadenscheinigen Grund, die eigenen Ansätze seien besser! Das ganze häßliche Geschehen ist neben ganz banalem Konkurrenzverhalten im Kampf um Marktanteile, weil es mit doktrinären Geltungsansprüchen und Wahrheitsfragen verbunden ist, nicht nur ein Gerangel zwischen wissenschaftlichen Richtungen, es ist Ausdruck verdeckter ekklesialer **Diskurse**, Kampf zwischen Weltansichten, mit ihren Menschenbildern, die von der Grundannahme ausgehen, es gäbe *den rechten Weg*. Daß dies keineswegs „weit hergeholt“ ist, kann sogar schon im „Focus“ nachgelesen werden, denn: „Exakt auf dieser Linie liegen die ‚Handlungsempfehlungen‘ der Enquêtékommision mit Gesetzesinitiativen, zum besseren Schutz der Verbraucher auf dem Psychomarkt: das seit 20 Jahren diskutierte Psychotherapie-Gesetz und ein Gesetz zur Regelung der gewerblichen Lebensbewältigungshilfen. Alles in allem ein Maßnahmenbündel, das den freien Religions- und Lebensberatungsmarkt in Deutschland systematisch austrocknen dürfte. Am Ende bleiben die Kirchen, die Schulmedizin und vielleicht ein paar Diplompsychologen mit therapeutischer Zusatzausbildung übrig“ – so die Einschätzung des Professors für Konfessionskunde *Gerhard Beiser* (1997) in seinem Beitrag „Religionsgesetze durch die Hintertür. Wie Staat und Kirche den Psychomarkt aufräumen möchten“. Das Perfide daran ist: die Richtlinienverfahren – allen voran psychoanalytische Verbandsfunktionäre – räumen kräftig mit. Sie sind vielleicht „tiefsichtig“, aber hier keineswegs weitsichtig, denn die Privilegien der Anciennität lassen sich durch Ausgrenzung auf Dauer nicht sichern und in der universitären klinischen Psychologie ohnehin nicht. So stehen sie in der Gefahr, von den behavioralen, kognitiven und systemischen Verfahren auf Dauer marginalisiert zu werden (was nur bei Aufgabe des aufwendigen Ausbildungssystems, in Sonderheit der Lehranalyse, verhindert werden könnte), und das wäre keineswegs wünschenswert für die Psychotherapie. Ein tiefenhermeneutischer „mainstream“ erscheint uns für unser Feld wichtig, allerdings ein von doktrinären Tendenzen gereinigter Ansatz.

Sich doktrinären Setzungen entgegenzustellen, ist emanzipatorisch ausgerichtete Psychotherapie seit *Janet*, *Moreno* und *Freud* angetreten: Man sollte dieses Erbe in der gesundheitspolitischen, berufspolitischen, wissenschaftspoli-

tischen Praxis nicht verraten, wie es derzeit auf vielfältige Weise geschieht oder zu geschehen droht. Die Art der Verrechtlichung der Psychotherapie unter dem Mäntelchen der „Qualitätssicherung“, wo es um Privilegiensicherung geht, die Art der Beschränkung von Vielfalt mit dem Pseudoargument der Wissenschaftlichkeit, wo es um Hegemonieansprüche geht, die Negierung von Patientenmeinungen und -wünschen, weil es um Dominanz geht ... all das sind keine guten Zeichen für die substantielle Qualität von Psychotherapie heute (Petzold, Steffan 1999).

Ekklesiale Institutionalisierung unter den Konditionen einer „radikalisierten Moderne“ (Giddens 1991) birgt die Gefahr der Petrifizierung, der Kastration der „Kulturwissenschaft Psychotherapie“ (Pohlen 1999), der technizistischen und monetären Verkürzung zur bloßen Dienstleistung, zum „Richtlinienverfahren“ – der Begriff könnte nicht besser und aussagekräftiger sein. Radikalisierte Moderne verlangt aber Pluralität und Flexibilität, Lebendigkeit. Was mit den Staatskirchen in ihrer weitgehenden Erstarrung geschieht, erleben wir derzeit. Was mit der institutionalisierten Psychotherapie geschehen wird, kann man sich leicht ausmalen. Es wird zwei Lager geben: die „etablierte“ und die „freie“ Psychotherapie. Der „Markt“ wird vieles „regulieren“, ob zum Guten, mag dahingestellt bleiben. *Doktrinäre Ekklesialität* indes wird sich, so fürchten wir, in beiden Lagern der Psychotherapie fortschreiben und manifestieren, und deshalb sei der Blick noch auf einige Phänomene gerichtet, die der kritischen Reflexion bedürfen.

4.2 Erstursachen, böse Geheimnisse und letzte Wahrheiten

Religiöser Glaube kann für Menschen eine wichtige, entlastende Funktion haben, Lebenszufriedenheit und Sicherheit stützen, Orientierungen geben. Das ist die Funktion von Religionen und Weltanschauungen, und darin können sie sinnvoll und nützlich sein. Das sei ausdrücklich betont! Nur: Psychotherapien sollten nicht die Qualität derartiger Glaubenssysteme haben und als solche fungieren. Patienten wie Therapeuten müssen von ihrer Therapiemethode *überzeugt* sein können, aber *Überzeugung* ist etwas anderes als „Glaube“. Da es um Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen, Behandlung von Krankheit geht, besteht die ethische Verpflichtung, Heilverfahren zu entwickeln, deren Wirksamkeit wissenschaftlich überprüfbar ist und von deren Bonität man *überzeugt* sein kann, man muß an sie nicht „glauben“. Psychotherapien sollten nicht – offen oder verdeckt – zu Ersatzreligionen werden. Das ist für uns ein sehr wesentliches Anliegen unserer Kritik. Auf dem „Markt“ der Therapie findet man indes zahlreiche kryptoreligiöse Phänomene: Die Arbeit am „Herzchakra“

(was immer das in Therapiekontexten meinen mag) hat in der Szene Hochkonjunktur. In manchen Therapiegruppen, die Qualitäten öffentlicher Kollektivbeichten gewinnen, werden „Abgründe des Gefühls“ offenbar, werden die „Herzen geöffnet“, ähnlich wie in stundistischen Versammlungen, in pietistischen Gebetskreisen oder charismatischen Gruppen gewisser Freikirchen. Dort sind die Mitglieder natürlich „Brüder und Schwestern“. In Therapiegruppen, die den Kontakt zur „frohen Botschaft“ nicht mehr in der Unmittelbarkeit haben, kommt es dann zu „Geschwisterrivalitäten“. An die Stelle des Presbyteros ist der Gruppentherapeut getreten und hat – noch ganz urkirchlich, wie in den frühen Gemeindeordnungen – oft genug eine Presbytera (meistens ist es nur eine Diakonisse/Co-Trainerin) an seiner Seite. Natürlich geht es um das persönliche Seelenheil – und vielleicht um ein „reines Herz“ –, hier wie dort.

Wo Geschwister, d.h. Gruppenkinder sind, kommen die Therapeuten *strukturell* in die Rolle von Eltern – guten, wissenden, versteht sich. Hier wie dort werden die Gruppenmitglieder zu „Kindlein“ und damit hilflos, ohnmächtig, unmündig (*infans*). Die initialen Schweigerunden, die die Dinge durchblickenden, deutungsmächtigen Therapeuten – so die gruppentherapeutischen Rituale bestimmter Schulen – unterstreichen das. Die Beziehung der Gruppenmitglieder untereinander ist im strengen psychoanalytischen Setting, in dem der kryptoreligiöse jüdisch-christliche **Diskurs** noch am prägnantesten ist – zumindest vom strukturellen Aspekt her –, durch ein rigoroses Abstinenzgebot und die Strenge der Inzestschranke geprägt. In den Gruppen humanistisch-psychologischer Verfahren hingegen war das Familienparadigma an dieser Stelle gebrochen. Der Traditionsstrom ist hier von Gründervätern und -müttern geprägt, die es mit dem Abstinenzgebot ihrerseits nicht so genau nahmen (zu *Fritz und Lore Perls* vgl. *Shepard* 1972; *Gaines* 1979). Im psychoanalytischen Feld wurden und werden Homosexuelle nicht zur Ausbildung zugelassen. Sie trugen das „klinische“ Stigma der Perversion. *Paulus* (1. Kor. 6, 9) spricht den Knabenschändern das Reich Gottes ab, und als „Verderber der Kinder“ wurde in der Kirche die biblische Empfehlung auf den Homosexuellen gemünzt, „daß ein Mühlstein an seinen Hals gehängt und er ersäufet würde im Meer, da es am tiefsten ist“ (Mt. 18,6). Homosexuelle und Lesben wurden aber in der gestalttherapeutischen Bewegung durchaus zu Therapeuten ausgebildet (*Goodman* 1978), womit der **Diskurs** des jüdisch-christlichen Familienparadigmas (*Boswell* 1980) wiederum gebrochen wurde und an andere, ältere Traditionen angeknüpft wurde, zumindest gilt dies für den Humanisten *Paul Goodman*, der sich in vielem, u.a. in seiner Sexualmoral (*Blankertz* 1990), auf die Antike bezog (vgl. *Ariès* et al. 1994; *Foucault* 1986a, b). Dies alles führte dann dazu, daß psychoanalytische Autoren die humanistischen Verfahren als die „unehelichen Kinder der Psychoanalyse“ bezeichneten, als „Sumpfb Blüten“ (*Ehebold* 1979; *Bittner* 1989). Die Tradition der

„Abwertung der Abweichenden“ – bezeichnenderweise werden sie wie im eklesialen Raum „Dissidenten“ genannt – schreibt sich fort bis in die jüngste Zeit (Cremerius 1982; Rohde-Dachser 1990).

Natürlich richteten sich humanistisch-psychologische Gruppenleiter nicht nach Konzepten psychoanalytischer Entwicklungstheorien aus, um die Dynamik der Gruppenentwicklung zu erklären – orale, anale, uretrale, genitale Phasen, Entwicklungsmythologien, die sich mit den Ergebnissen empirischer Säuglings- und Kleinkindforschung (Stern 1985; Dornes 1993; Petzold 1993c, 1994j) nicht konsolidieren lassen und eher ein unerkannter Niederschlag von Thora-Geboten und Talmud-Vorschriften zu Nahrung, Reinlichkeit und Sexualität sind. Wiederum war das Geschehen in der humanistischen Szene unregulierter, „unmittelbarer“, „spontaner“. Die Position der Gruppenleiter wurde dadurch aber auch willkürlicher, „herrgöttlicher“ (vgl. z.B. Simkin 1976 oder die Sitzungsprotokolle von Perls 1969b, 1973), eine Entwicklung, die sich zum Teil zu transpersonalen Guru-Positionen hin gesteigert hat. Aber offenbar spricht dies an, denn der Bedarf an Gurus in der Psychoszene ist erheblich, und die Naivität, mit der höchst obskure Konzepte begierig aufgenommen werden, ist beeindruckend, besonders wenn demagogische Übertragungsmacht mit mythologisierenden Konzepten östlicher Weisheit, „modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen“ – am besten „aus der Hirnforschung“ – und mit High-Tech-Ausstattung gepaart wird. So werden in einem süddeutschen Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke mit einem Fünfzehn-Quadratmeter-Klangboden auf Baßlautsprechern (von IBM zur Verfügung gestellte Anlage für DM 50.000,-) Patienten „behandelt“, auf der Grundlage eines „tiefenpsychologisch orientierten Konzeptes der pränatalen menschlichen Entwicklung“. Es wird die unbewußt „noch immer präsente Welt des Embryos“, für den Atmung und Puls „und was die Mutter beschäftigte“, Auswirkungen für seine Erlebnis- und Reaktionsweisen hatte – all dieses wurde „im Gedächtnis gespeichert“ (!) – evoziert. „Diese Welt und auch die nach der Geburt kann der Therapeut mit Hilfe der Computersteuerung nachgestalten und so Urerfahrungen zutage fördern, die bislang unbekannte Auslöser und Ursache für die spätere psychische Erkrankung sind“ – so die Statements aus dem Interview mit Projektmitarbeitern (Süddeutsche Zeitung vom 8. August 1995). Vorbei an der Forschung zum fötalen Gedächtnis und zur Memorationsfähigkeit im Kleinkindalter, vorbei an den Ergebnissen der Longitudinalforschung wird hier wieder einmal ein phantastisches monokausales Schema zusammengezimmert, das verhindert, die vielfältigen krankheitsverursachenden Einflüsse zu sehen, adäquat zu gewichten und zu behandeln. Klinikleitung und Fachpersonal (und natürlich – wohl indoktriniert – auch die Patienten) glauben offenbar an diesen Unfug. Die Vibrationen der Baßverstärker stimulieren über „vibrotaktile Erfahrungen“ sicherlich tiefe emotionale Erleb-

nisse, ja Erschütterungen als „akustische Übertragungsphänomene“, die – verbunden mit modischen Ideologemen über früheste Schädigungen – „intrauterine Traumatisierungen“ zu *produzieren* (nicht etwa reproduzieren) helfen: eine Fabrikation von Artefakten.

Viele PsychotherapeutInnen, AusbildungskandidatInnen und PatientInnen blenden wissenschaftliche Erkenntnisse aus und wünschen offenbar lineare, einfache bzw. einseitige Erklärungsschemata, denn diese *reduzieren Komplexität* und bieten „klare Ursachen“ und „eindeutige Gründe“. Das ist beruhigender, als vielfältig vernetzte Einflüsse in den Blick zu nehmen, die schwer greifbar, manchmal konfrontierend, beunruhigend und nicht einfach zu verändern sind. Das diesem 4. Kapitel vorangestellte *Lovecraft*-Zitat beleuchtet diese Zusammenhänge. Auf Seiten der Patienten werden mit „pränatalen Schädigungen“, mit einem „negativen Familienmythos“, einem „bösen Skript“, einer „frühen Störung“ wieder einmal *kausale Attributionen* möglich („Weil meine Mutter mich abtreiben wollte – ich hab das nach der letzten Sitzung ganz deutlich im Traum *erinnert* –, komme ich eben im Leben nicht zurecht und hab´ die Panikanfälle. Das ist ja kein Wunder!“). Sie werden in ihrer Einseitigkeit zur „*Begründungslegende*“, welche den Blick auf andere Einflußfaktoren verhindert und damit auch die Veränderung derselben erschwert oder verunmöglicht. Wir haben schon darauf hingewiesen, daß derartige Erklärungen aus dem Frühbereich Entlastung für die Therapeuten bieten, die ihrerseits nicht die komplexen Einflußlinien aufnehmen müssen, die eine Lebenslaufperspektive erforderlich macht. Man bevorzugt einfache Wahrheiten. Viele Psychotherapeuten verwenden Schulmeinungen als Muster der Lebensklärung, quasireligiöse Wahrheitsdiskurse, und sie bringen derartige schematisierende Vorstellungen für sich selbst und für ihre eigenen Probleme zur Anwendung: Sie haben vielleicht mit einer *Psychoanalyse* begonnen, und als diese zur Lebensklärung und Problembewältigung nicht ausreichte, suchten sie nach einer neuen *Konfession* und rituellen Praxis. Sie haben dann vielleicht eine *Gestaltausbildung* gemacht und nach weiteren „Bekehrungen“ eine *Körpertherapie* zur Erklärung ihres Lebens und Lösung ihrer Probleme, dann *holotropes Atmen*, und schließlich landen sie bei *transpersonalen* Ansätzen oder begeben sich nach all diesen *Wegen* – *for the time being* – reumütig wieder auf die Couch (selten hängt einer einmal den Beruf an den Nagel – häufiger wandert man ins Managementtraining ab, wo sich eine neue, zum Teil nicht minder „glaubenssehnsüchtige“ bzw. -süchtige Klientel findet, eine zahlungskräftige. Verändert haben sich diese Therapeuten – genauso wie manche ihrer Patienten mit ähnlicher Odyssee – in den Grundstrukturen nicht. Sie sind lediglich älter geworden. Das macht bei manchen die Eigenheiten prononcierter, bei vielen aber auch milder (das rheinische Sprichwort sagt denn auch: „Was Alter und die Zeit getan, das sieht das Aas als Besserung an!“).

Es gibt da diese Geschichte vom Patienten mit dem Schiefhals. Eines Tages wacht er auf, und der Kopf steht schief. Die Wärmflasche nutzt nichts, und auch die Spritzen des Hausarztes fruchten nicht. Der Patient sucht einen Orthopäden auf, und der war gerade auf den „Lindauer Psychotherapiewochen“ gewesen. Er überweist den Patienten zum Analytiker, und nach vier Jahren auf der Couch träumt der Mann, wie er versucht, „um die Ecke“ in ein dunkles Zimmer zu schauen – das elterliche Schlafzimmer, so wird ihm gedeutet, verbotene Neugierde, der Schreck über die „Urszene“ ... also deshalb! Am nächsten Tag ist der Kopf gerade – für vier Wochen. Nach dem Rückfall sucht unser Patient einen Gestalttherapeuten auf. Die Methode soll ja schneller wirken. Nochmal vier Jahre ... nein! Er spürt also und fühlt, setzt seine Mutter auf den „leeren Stuhl“ und seinen Vater, und da kommt eine Szene auf: „Junge, wenn du mir noch einmal Widerworte gibst, dann schaller ich dir eine, daß dir der Kopf schiefsteht!“ Ja, das ist es! Die Schlüsselszene! Am nächsten Morgen ist der Schiefhals weg – für vier Wochen. Verzweifelt geht man in die Bioenergetik. Die gehen die Dinge direkt am Körper an, und „der Körper ist der Ort der Wahrheit“! Der Patient wird über den Bock gelegt, kickt auf die Matte, macht eine Übung nach der anderen und auch die, wo sich die Therapeutin über ihn beugt, aber an ihm vorbeischaute. Und da wird ihm plötzlich klar: „Meine Mama hat mich beim Stillen nicht angeschaut und auch sonst nicht! „Mein armes ‚inneres Kind‘! Man hat dich nicht liebevoll angeschaut!“ Ein paar Wochen „parenting“, und das Symptom verschwindet – für ein Jahr! Und als es wieder auftaucht, ist die Verzweiflung groß. Ein letzter Versuch führt unseren Patienten zum Primärtherapeuten. In einem dunklen, ausgepolsterten Keller schreit er Wut und Verzweiflung hinaus. „Dieser verdammte Schiefhals. Meine verdammten Eltern!“ Und dann kommt die „Geburtszene“! Eine schwere Geburt und eine gefährliche, mit der Nabelschnur um den Hals. Deshalb die Vulnerabilität dieser Stelle, ein „locus minoris resistentiae“. Natürlich verschwindet das Symptom – glücklicherweise, denn die finanziellen Mittel des Patienten sind erschöpft. Er hat sich verschuldet. Als es dann doch zu einem Rückfall kommt, bewahrt ihn eine gute Freundin davor, zu „Scientology“ zu gehen oder zum „Verein für psychologische Menschenkenntnis“. Der VPM sei doch eine „Psychosekte“! Aber in München, da gebe es jemanden, da sei noch eine echte Chance mit Reinkarnationstherapie. Unser Patient borgt sich Geld von seinen Eltern, die wieder einmal einspringen, und fährt von Hamburg, wo er geboren wurde und gerade wohnt, nach München. Bei einer der Rückführungen kommt er in folgende Szene: Er sieht sich vor dem Henker auf dem Blutgerüst und hört sich sagen: „Und alle von meinen Leuten, an denen ich nach meiner Enthauptung vorbeistürze, die lasset frei!“ Das Schwert trifft den Nacken – Störtebeker rettet seine Kameraden! Der Bann ist gebrochen, das schreckliche Geheimnis offenbar. Der Hals ist gerade – auf Dauer!

Einige Zeit später in einer Fallbesprechungsgruppe auf den „Lindauer Psychotherapiewochen“ mit Therapeuten aus verschiedenen Schulen berichtet ein Psychoanalytiker: „Ich hatte da mal einen Fall ... einen Schiefhals ... erfolgreich therapiert ... verdrängte Urszene ... komplizierte Übertragung ... ödipale Situation etc. etc.“ – „Gemach“, sprach da ein Gestalttherapeut, „den Patienten kenne ich, das war doch der Herr –“. „Bitte keine Namen“, unterbricht der Balint-Gruppenleiter. „Na ja, der wurde bei mir in der Gestalt geheilt, als er mit seiner Aggression dem Vater gegenüber in Kontakt kam!“ – „Das meinen Sie“, meldete sich da die Bioenergetikerin, „der kam zu mir, und erst als er erkannte, daß seine Mutter ...“ – „Die Heilung konnte ja nicht anhalten“, warf der Primärtherapeut ein, „denn letztlich hat doch alles im Geburtstrauma seine Ursache. Bei mir wurde dieser Patient gesund, als er seine schwere Geburt durchgeprimalt hatte!“ – Der transpersonale Reinkarnationstherapeut verweist milde lächelnd auf sein Buch, wo er die Fallgeschichte veröffentlicht hatte – mit Langzeitkatamnese, bis heute symptomfrei, ein Beweis für die Wiedergeburtstheorie!

„Aber wenn er nicht vorher bei mir ...“ sprach der Analytiker, „und bei mir“, sprach der Gestalttherapeut, „ja, und bei mir“, sprach die Bioenergetikerin ...

Ein *Integrativer*, der auch in der Gruppe saß, meinte neunmalklug wie immer: „Aber das muß man doch mehr- und metaperspektivisch sehen! In all den Szenen geht es doch um Ohnmacht und Gewalt. Solche *Strukturen* müssen wohl auf verschiedenen Niveaus bearbeitet werden. Menschen erfinden Bilder und Geschichten, und die Enthauptung des *Störtebecker* symbolisiert in sehr direkter Weise Ohnmacht, Gewalt, aber auch Überwindung, Rettung für die Kameraden!“ Doch niemand war mit dieser Erklärung zufrieden, und jeder wollte dem anderen zeigen, daß er recht habe.

Am Abend sahen zufällig drei der Therapeuten den Patienten im Hotel Reutemann beim Abendessen sitzen – mit schiefem Hals. „Der ist eben therapieresistent“, sagte der Analytiker. „Ich denke, er hat noch nicht alles durchgearbeitet, da sind noch offene Gestalten!“, meinte der Gestalttherapeut. Der Integrative setzt sich zu dem Patienten an den Tisch. Was er denn auf den Therapiewochen mache, fragte er ihn. „Ich hab’ angefangen, noch Psychologie zu studieren, war vorher Lehrer! Also nach dem Märchenseminar von der Frau K. ..., also ich überlege mir, ob ich die *Jungsche* Ausbildung mache oder vielleicht diese neue, integrative Richtung. Was halten Sie denn von der ...?“ Der Integrative beginnt plötzlich heftig zu husten, verabschiedet sich hastig und geht – hin- und hergerissen von Verzweiflung und Lachanfällen – am nächtlichen Bodensee spazieren.

Wir haben in den vergangenen 25 Jahren nicht nur bei Patienten, sondern auch bei vielen Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedensten Schulen und in verschiedenen Ländern so manche „Karriere“ gesehen, wie sie in unserer Parabel oder Satire – ganz wie man will – beschrieben wurde. Immer ging es um dreierlei: *erstens* eine Leitidee für die Erklärung des Lebens, eine persönliche Orientierung zu erhalten und aus irgendeiner Ecke des Seelenarchivs, des „Unbewußten“, des Leibgedächtnisses, der „Aura“, der Akascha-Chronik usw. doch endlich eine Antwort auf die Frage zu bekommen, warum denn das Leben so schwierig sei und wie es einfacher werden könnte. *Zweitens* Trost und Hilfe zu finden bei Ängsten, Leid, Verzweiflung, vor allem Antwort auf die Fragen nach Sterben, Tod und das, was danach ist, zu erhalten. *Drittens*, die *W a h r h e i t* zu finden, die als **Ursache** hinter Krankheiten, Symptomen, Problemen, Unerlöstheiten steht.

In all den Wechseln der Methoden, der Rituale, Kulte, in allen *Konversionen* und neuen *Initiationen* hatte man viel gefunden, erkannt, so viele Einsichten gewonnen und „tiefe“ Erkenntnisse, manchen „falschen Glauben“ auch abgelegt, indes, die Erfolge waren mäßig, manchmal auch ganz ordentlich, aber ... der „zentrale Beziehungskonflikt“ (*Luborsky*), das „Grundproblem“ (whatever that may be) wurden noch nicht gelöst, das letzte Symptom nicht beseitigt, die „blaue Blume“, der „Stein der Weisen“, der „verborgene Schatz“ noch nicht gefunden. Vom „letzten“ Rätsel einmal ganz zu schweigen. Hier sind diskursanalytische Überlegungen, *metahermeneutische Triplexreflexionen* (Petzold 1994a, dieses Buch, S. 112) dringend angezeigt. Zwar sind unter dem Gesichtspunkt der professionellen Experimentierfreude vielfältige Konzepte der Lebensklärung interessant und unterschiedliche Wege der Selbsterfahrung für Therapeuten

sicher ganz gut und schön, ja notwendig – wir haben sie selbst beschriften, haben Vielfältiges kritisch-neugierig ausprobiert –, aber als Strategie der Bearbeitung problematischer Seiten der eigenen Persönlichkeit reicht das Herumexperimentieren nicht, und es müßte irgendwann doch die Frage aufkommen: War es wirklich eine Sache der *richtigen oder falschen Therapiemethode*, durch die man sein Leben „nicht auf die Reihe“ bekam, Lebens- und Verhaltenssicherheit letztlich doch nicht er- oder behielt – trotz aller Schulenwechsel – und durch die veränderungsrelevante Einsichten doch nicht gefunden wurden, so daß grundlegende und Verhaltensänderungen ausblieben? Wirkte das Verfahren nicht, oder wurde den *Mühen der Veränderung* ausgewichen – Therapie als Form der Abwehr? Oder hatte sich gar eine Regressionsucht (z.B. bei *Biodynamik*) oder ein „sensation seeking“ (bei *Gestalttherapie*) oder eine Interpretationsucht (bei *Psychoanalyse*) herausgebildet?

Das alles sind sehr verbreitete Mechanismen in der therapeutischen Subkultur. Therapeuten, die selbst in solchen Mustern gefangen sind, werden in der einen oder anderen Form ihre Patienten in eine ähnliche Richtung lenken. Aus eigener, ungestillter, unverarbeiteter Bedürftigkeit und romantischer Sehnsucht nach *ultimativen Wahrheiten* im eigenen Binnenraum (*Berlin 1998*) suggerieren sie in „pastoralen“, dyadischen oder gruppalen Inszenierungen ihren Patienten – legitimiert durch ihre Therapieideologie und getragen von soteriologischem Sendungsbewußtsein –, wie bedürftig diese doch seien, welche „Wunden der Ungeliebten“ (*Schellenbaum 1992*) noch der Heilung bedürfen, was alles an „frühem Material“ noch unbearbeitet, was noch im Unbewußten verdrängt sei, womit an Schlimmem man noch zu rechnen habe. Sie schaffen mit diesen „*disenabling strategies*“ auf seiten der Patienten zugleich Regression, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, aber auch Sehnsucht, Hoffnung, Heilserwartung. Für sich selbst schaffen diese Therapeuten Grandiosität und Bedeutsamkeit. Einsichten, Erkenntnisschritte in präformierten Wahrheiten – denn die Ideologeme der Schulen zählen, sind wichtig und werden geliefert, nicht die Gesundung oder Problemlösungen! *Sola fide!* Für so manche tiefenpsychologische, humanistische oder transpersonale Schule zählt allein der *Glaube* an die Doktrin der Therapie-Ideologie. In gut lutherischer Tradition sind die Werke – empirisch belegbare Veränderungen – offenbar unwichtig. Die Verhaltenstherapeuten halten dagegen: Die *Werke*, d.h. Verhaltensänderungen, nicht Wissen, Weltklärung und Sinnfindung zählen – ein alter Streit unter Theologen. Der Glaube, das Vertrauen in die „Wahrheit der *Lehre*“, zu der man sich aufgrund der neugewonnenen Einsicht bekehrt hat, ist in der Tat für viele Adepten von Therapie-Ideologien wesentlich. Für den, „der da ausharrt bis ans Ende“ (Mt. 10, 22), wird Gesundheit, Heil, Therapieerfolg schon eintreten.

Wird der Erfolg von Therapien oder Lehranalyse und Selbsterfahrung (in einem spezifischen, klinischen Sinn) nicht an objektivierbare Fakten, die Veränderung von kognitiven, emotionalen, volitiven, sensumotorischen, kommunikativen Stilen gebunden, sondern an „Ein-sichten“ in hypothetisch angenommene (strenggenommen ist mehr ja gar nicht möglich) „ursächliche“ Zusammenhänge, die vorwiegend im Frühbereich der Entwicklung liegen sollen, dann wird es problematisch. Solche Einsichten können nützlich sein, wenn die als verursachend angenommenen Fakten und Konstellationen tatsächlich objektivierbar sind (Quellen: Dokumente, Fremdanamnesen, prägnante, überprüfbare Memorationen) oder eine große Wahrscheinlichkeit aufgrund von Quellen (Fotoalben, Tagebüchern, Briefen etc.) haben. Sind Einsichten kompatibel mit den Ergebnissen der longitudinalen Entwicklungsforschung und sind sie auf dem Boden der klinischen Entwicklungspsychologie und „developmental psychopathology“ (Lewis, Miller 1992) rekonstruierbar, können sie durchaus für einen Therapieerfolg (in dem umrissenen, spezifischen Sinn) förderlich sein. „Aufgedecktes“ kann aber auch genau den gegenteiligen Effekt haben und Verzweiflung, Verbitterung und Resignation auslösen, Wunden neu aufreißen oder gar neu schlagen (durch skrutinöse Suche aufgefundene schlimme Fakten, die im Schutz – so kann man es [gegen Hellinger] auch sehen – des familiären Schweigens aufgehoben waren). Es gibt Dinge, die sind derart schrecklich, daß es gut ist, daß das Schweigen darüber ein Vergessen ermöglicht, denn es ist nicht alles „aufzuarbeiten“. Aber es gibt auch Dinge, die dürfen nicht vergessen werden. Auch hier ist jede Mechanik unangebracht. Aufdeckungswut und Verschleierungszwänge sind gleichermaßen dysfunktional. Nicht alles ist gut oder gar heilsam zu wissen, anderes muß man wissen! Genau diese Fragen thematisieren wir metareflektierend mit Patienten im Vorfeld „aufdeckender“ Therapiesequenzen.

„Die Wahrheit wird euch frei machen“ (Joh. 8, 3), dieses Theologoumenon, das vielen Therapieideologien zugrunde liegt, trifft in der Psychotherapie oft nicht zu. Wahrheit kann verletzen, zerstören, zu Zusammenbrüchen führen, nie verheilende Wunden schlagen. *Nochmals: Wahrheit heilt nicht!* Sie trägt zuweilen – und oft auch nicht – zur Heilung bei. Das kryptoreligiöse Wahrheitsideologem, das Psychotherapie zur Gewissenserforschung, Beicht- und Absolutionspraxis werden läßt (sie kann in raren Situationen einmal hierfür ein „funktionales Äquivalent“ sein, aber dann sollte man darum wissen), bedarf der genealogischen, diskursanalytischen Offenlegung und der *Dekonstruktion*. Es gibt immer wieder Konstellationen in der Psychotherapie, wo die Wahrheitsfrage eine existentielle Dimension gewinnt, und dabei geht es in der Regel weniger um die „Wahrheit als Wert“ oder die „Liebe zur Wahrheit“ (2. Thess. 2, 10) als moralischer Kategorie oder als religiöser Größe („Wer aber die Wahrheit tut, der kommt an das Licht“, Joh. 3, 21), sondern es geht im zwischen-

menschlichen Bereich um *Vertrauen und Enttäuschung*, Versprechen und Verrat, Lüge und Verletzung, Liebe und Liebesverlust, und im persönlichen Bereich geht es um Existenzängste, Angst vor dem Tod, um Fragen der Lebensziele und des Lebenssinnes.

Wahrheit hat in der Psychotherapie keine *klinische Funktion*, sondern eine moralische. Sie muß indes in ihren *Wirkungen* gesehen werden (z.B. ob sie ertragbar, aushaltbar ist), sonst wird sie ein Fetisch. Unter der Perspektive intersubjektivitätstheoretischer Ethik (Petzold 1992a, 500ff, 1991e) ist „unbarmherzige Wahrheit“ im Gefolge eines totalitären Wahrheitsanspruches abzuweisen. Therapie ist weder konfessionale Gewissenserforschung, die Sünden – auch die verborgensten – auffinden will, noch ein Schwurgericht, wo es um die „Wahrheit, die Wahrheit und nichts als die *reine Wahrheit*“ geht (die Wahrheit gefunden, der Patient suizidiert), noch ist Therapie eine Maschine, die Antworten auf Fragen nach dem Lebenssinn produziert. Psychotherapeutische Erfolgskriterien müssen anders orientiert sein als an der fiebrigen oder zwanghaften Suche nach „letzten Wahrheiten“ oder nach „bösen Geheimnissen“, verborgenen Informationen über böse Taten und Geschehnisse. Solche können „aufgedeckt“ werden. Ob dies heilsam ist, ist keineswegs immer gewiß. Deshalb sollten *aufdeckende Strategien*, wo sie gewählt werden, zuvor klinisch sorgfältig reflektiert worden sein. Man sollte sich auch durchaus der kriminaljuristischen und ekklesial-inquisitorischen Tradition des Konzeptes des einstmaligen *hochnotpeinlichen* „Aufdeckens“ bewußt werden: Es ging um das Aufdecken von verborgenem bösem Treiben mit Satan, Asmodis und anderen bösen Mächten. Den hohen Stellenwert, der in der Psychotherapie „aufdeckender Arbeit“ beigemessen wird, gilt es diskursanalytisch und dekonstruierend zu reflektieren, denn oft verfahren Therapeuten in Behandlungen in einer Weise, als ob es darum ginge, Verbrechen aufzudecken, verborgene Sünden aufzufinden, verdeckte Schuld offenbar werden zu lassen, deren Folge Leiden und Krankheit ist:

„Denn da ich's wollte verschweigen, verschmachteten meine Gebeine durch mein täglich Heulen. Denn deine Hand war Tag und Nacht schwer auf mir, daß mein Saft vertrocknete, wie es im Sommer Dürre wird (Sela). Darum bekannte ich dir meine Sünde und verhehlte meine Missetat nicht. Ich sprach: Ich will dem Herrn meine Übertretung bekennen. Da vergabst du mir die Missetat meiner Sünde“ (Psalm 32, 3-5).

Man gehe einfach einmal in einer Konkordanz die Stichworte Missetat, Sünde, Schuld, Buße, Reue, Umkehr, Vergebung durch, nehme dann noch Richten und Richter, Gesetz, Übertretung und Eifer hinzu, dann wird deutlich, „wes Geistes Kind“ die Theorie und Praxis bedeutender Strömungen der Psychotherapie sind. Der Zwang, die verborgenen bösen Wahrheiten aufzufinden, der in der Kirchengeschichte zu Inquisitionen, Ketzerverbrennungen, Juden- und Hexenverfolgungen geführt hatte, auf daß „*nichts verborgen ist, was nicht offenbar werde*“

(Mt. 10, 26) und alles „vor Gericht gebracht wird, was verborgen ist“ (Pred. 12, 14), führt zum Teil zu Phänomenen wie therapieinduzierten Artefakten, insinuierten „false memories“ (Loftus, Ketcham 1994). Die extrem kontroverse, zum Teil fanatisch geführte Diskussion zu diesen Themen zeigt ihre Nähe zu dysfunktionaler, ja, schlechter Ideologie.

Selbst wo böse Fakten im Untergrund der Biographie nisten, bleiben die Fragen: Wann ist „Aufdecken“ indiziert, notwendig, möglich? Wo droht die Gefahr einer Retraumatisierung? „... there may be a need to ‚protect‘ victims from the convergence of those who would offer help“, wie es profilierte Traumaforscher (van der Kolk et al. 1996, 477) formulierten. Sind die gefundenen Fakten überhaupt krankheitsverursachend? Haben sie eine prävalent pathogene Wirkung? (Was oft genug nicht der Fall ist oder sich nicht objektivieren läßt, da sich, wie jeder klinisch erfahrene Therapeut weiß, im Verlauf der Therapie immer wieder neue potentiell oder prävalent pathogene Faktenkonstellationen zeigen). Hat weiterhin „Aufdecken“ Heilungswirkung? Was gleichfalls häufig nicht der Fall ist, denn nach dem Auffinden solcher schlimmen Geheimnisse bleibt leider oft genug die Symptomatik des Patienten bestehen. Sofern Besserungen eintreten, sind sie meist durch andere „healing factors“ bedingt als durch den Faktor „Einsicht in Ursachen“, der in der Wirkfaktorenforschung keineswegs besonders hoch rangiert (Garfield 1982, 1992; Huf 1992; Tscheulin 1994; Petzold 1993p). Dennoch geben ihm sehr viele Psychotherapeuten einen immensen Stellenwert, trotz des bedeutsamen Gewichtes, das Faktoren wie „emotionaler Zuwendung“, „Akzeptanz“, „Wertschätzung“, „emotionaler Wärme“ zukommt. Oder geht es etwa um „Wahrheit um jeden Preis“, weil dem „Auge des Analytikers“, der in die Seele schaut, nichts verborgen bleiben darf. Dem „Auge Gottes“ kann ohnehin keine Übertretung und rein gar nichts verborgen bleiben.

Psychotherapeuten sind keine Priester, die „die Herzen prüfen“ und „die Geister“, denen Gläubige Sünden „bekennen“, welche nur nach aufrichtiger, reuevoller Offenlegung vergeben werden können. In der Psychotherapie ist das Einbekennen verborgener Missetaten und schlimmer Geheimnisse nicht Voraussetzung für Heilung. Diese im Lichte klinischer Theorie triviale Aussage ist aber keineswegs ein allgemein akzeptierter Grundsatz, wenn man auf die *Struktur psychotherapeutischer Praxis und ihre Implikate* schaut. Nach Mowrers und Jourards Konzeptualisierungen, daß „concealment“ krank mache und „self disclosure“ gesund (vgl. Weiner 1978), die in den Methoden der Humanistischen Psychologie, in der Gestalt- und Encounter-Bewegung bis zum Exzeß getrieben wurden, bis hin zu „nude marathons“ (Bintrim 1969) – man muß eben alles zeigen, bis man „nackt und bloß“ dasteht –, geht auch das verloren, was an Wahrem an diesem Konzept des „self disclosure“ ist. Der Zwang zur Offenlegung und Selbstof-

fenbarung kann genauso toxisch sein wie der Zwang zum „concealment“ und die Not des Sich-verschließen-Müssens. Wiederum geht es nicht um schematisches Richtig oder Falsch, sondern um differenzierende klinische Erwägungen. Es ist höchst bedenklich, wenn Therapien solche konfessionalen und poenitentialen Prinzipien reproduzieren und Strategien verwenden, die Menschen „in die Seele dringen“, *invasiv* sind, Strategien, von denen wir aus eben unserer klinischen Erfahrung wissen, daß sie das Seelenleben von Kindern beschädigen können. Die psychoanalytische „Grundregel“ der rückhaltlosen Selbstoffenbarung auf seiten des Patienten, der *alles* mitzuteilen hat, was ihm in den Sinn kommt, ganz gleich, ob es ihm unsinnig, unwichtig oder unangenehm erscheint (Freud 1940, 99; vgl. dieses Buch, S. 386ff), also hat eine *strukturell invasive* Qualität, auch wenn sie subtiler ist als die Gruppensequenzen der „Encounters“ und sie in die freundlichen Formulierungen der „Reisemetapher“ (Freud 1913c, 469) gekleidet wird. Ergibt sich dann „daraus die Technik, den Patienten zum Verzicht auf alle seine kritischen Einstellungen zu erziehen“ (Freud 1923, 214); so wird eine solch zweifelhafte Zielsetzung in einem rational begründeten und emanzipatorisch angelegten therapeutischen Vorgehen *n i c h t* zu unterschreiben sein, führt sie doch Patienten in unlösbare Aporien, die eine ähnliche Qualität haben wie die ethisch wie klinisch höchst problematische Formulierung der Abstinenzregel (Freud 1915a, 313): „Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung - Abstinenz - durchgeführt werden ... Sie erinnern sich daran, daß es ein Versagen war, das den Patienten krank gemacht hat, daß seine Symptome ihm den Dienst von Ersatzbefriedigung leisten ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, daß das Leiden des Kranken in irgendeinem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende findet“ (Freud 1919a, 187f). Trotz Bauriedl (1998) ist das problematisch.

Unseres Wissens wurde diese weitreichende und die psychoanalytische Behandlungspraxis nachhaltig bestimmende *Hypothese* (um mehr handelt es sich nämlich nicht) durch empirische Forschung unter experimentellen Bedingungen nie überprüft. Ein solches Experiment hätte auch Schwierigkeiten, die *Ethikkommissionen* von Forschungsinstitutionen zu passieren. Dennoch war und ist dies Konzept Leitprinzip für die therapeutische Praxis, eine Praxis, die sich nicht falsifizieren kann, sondern sich in absurder Weise bekräftigen muß, weil eine Suggestion implementiert ist, ein Rosenthal-Effekt erzeugt (Rosenthal, Jacobson 1971) und nicht mit Vergleichsgruppen gearbeitet wird. Freud hat gesprochen, und seitdem läuft ein kollektives *Milgramexperiment* (Milgram 1974) so lange, bis man den Beweis für diese Behauptung überzeugend erbringt, und selbst dann bleibt die Frage, ob „der Zweck die Mittel heiligt“ und es nicht für viele psychische Störungen bessere, schnellere, schonendere „Wege der Heilung“ gibt – und es gibt sie sicher, z. B. die lösungsorientierten (Kurzzeit)therapien oder der empirisch in seiner Effektivität gut gestützte klientzentrierte An-

satz (vgl. Grawe et al. 1994), der gerade wieder einmal von psychoanalytischen „Gutachtern“ im Prüfverfahren der Bundeskassenärztlichen Vereinigung [1997] abgelehnt wurde!

Der kryptoreligiöse **Diskurs** von „langen Jahren der Buße und Sühne“ durch eigenes Durchleiden wird in den Ideologemen und der Praxeologie *Freuds* und seiner Epigonen überdeutlich. Hier sind konzeptuelle Revisionen überfällig. Das „Abstinenztheorem und die Bestrafung der Sünder“ muß Thema systematischer, dekonstruktivistischer Arbeit werden, um eine sinnvolle Konzeptualisierung wirksamer psychoanalytischer Therapie zu erarbeiten und um Elemente inhumaner Theorie und Praxis und die damit verbundenen Aporien aufzulösen; denn soll auch das Leiden kein schnelles (vorzeitiges, wer bestimmt den Zeitpunkt?) Ende finden, so soll es doch zugleich darum gehen, den Patienten „an die Kur und an die Person des Arztes zu attachieren“ (*Freud 1913c, 473f*) – eine höchst problematische Mischung von emotionalem *attachement* und Qual. All diese Regeln liefern Patienten letztlich an Elternmacht aus und, wenn es schlimm kommt, an die Macht von Zeloten, die sich als „Retter verlorener Seelen“ gebärden und die glauben, dies um so gründlicher tun zu können, je schlimmer die Probleme sind, die im Untergrund lauern und der „Aufdeckung“ harren. Es ist von Glück zu sagen, daß viele Psychoanalytiker diese Doktrin in *praxi* nicht befolgt haben. Es ist bedrückend, daß viele ihr noch folgen, ähnlich wie in der Gestalttherapie viele der Anweisung von *Perls* gefolgt sind, Patienten keine Hilfe zu geben, denn „Helfer seien Betrüger“ (*beware of the helpers, helpers are con-men, Perls 1969b*). Wir haben von Patienten erfahren, die durch die beschriebene analytische Abstinenz, und von solchen, die durch gestalttherapeutische Konfrontation und Verweigerung von Hilfe in die Dekompensation und in den Suizid getrieben worden sind.

Nicht wenige Psychotherapeuten haben zuweilen eine eigenartige Lust am Schlimmen – *Angstlust* (*Balint 1972*) als Ausdruck von Ko-Regression bei gleichzeitiger Sicherheit im mächtigen Therapeutenstatus – , eine Lust, durch die sie das ohnehin schon Schwere zum Schrecklichen stilisieren. In einseitiger, zum Teil sensationslüsterner Dramatisierung bestimmter Einzelereignisse machen sie diese zu Hauptdeterminanten eines ganzen Schicksals und lassen dabei alle anderen bedeutsamen Einflüsse außer acht. Diese Tendenz hat Patienten gegenüber eine *stigmatisierende Qualität*. Schon krank, werden sie noch kränker gemacht, indem das Furchtbare intensiviert wird. In ihrer Not und aus ihrem blinden Vertrauen in „Expertenmacht“ glauben sie z.T. abstruse Hypothesen, die ihnen als „Erklärungen“ angeboten werden. Die mittelalterlichen Ablass- und Bußprediger hatten ähnliche Strategien. Aus einigen „läßlichen“ Sünden folgten die Drohungen des Fegefeuers oder gar der Hölle, wenn es nicht, ja, wenn es nicht die *Gnadenmittel* gäbe, mit denen das „Übel an der Wurzel“

gepackt und beseitigt werden könnte: Beichte, Einsicht, Reue, Buße, Umkehr, Beginn eines neuen Lebens! Wer es nicht schaffte, zahlte den Ablass.

Das „Einreden der Sünden“, der bösen Ursachen, die Menschen für das Leben zeichnen und schädigen, hat manchen Beitrag zu bestimmten neurotischen Erkrankungen geleistet – man hat auch von ekklesiogenen Neurosen (*Schaetzing 1965; Petzold 1972b II*), von Gottesvergiftung (*Moser 1989*) gesprochen. Nur ist zu fragen, ob nicht gewisse Argumentationslinien in therapeutischen Gesprächen mit Patienten und über sie (etwa in Supervisionen, wo oftmals ohne zuvor erfragte Zustimmung ihre Geheimnisse weitergegeben werden, vgl. *Petzold, Rodriguez-Petzold 1997*) nicht strukturell ähnliche Begründungsfolien verwenden und Klimata erzeugen. Wieviel wird an Katastrophen herbeigeredet, und wieviel wird durch unbedachte Äußerungen von Fachmännern und Fachfrauen an Irreversiblen unterstellt: „Für's Leben geschädigt“ (*Rensen 1992*) – woher weiß man denn das so genau und festlegend? Schlimme Mißbrauchserfahrungen werden zum „Seelenmord“ (*Wirtz 1982*, ein in vieler Hinsicht wichtiges, aber auch diskussionsbedürftiges Buch mit einem schlimmen Titel). Krieg, Flucht und Vertreibung werden zum unentrinnbaren Fatum (*Heinl 1994*), das dabei das Gewicht des „Expertenurteils“ erhält, welches – von den Patienten einmal übernommen – zu negativen Selbstattributionen, *Selbststigmatisierungen* führt. Das „große Unglück“ des schweren Schicksals setzt den Therapeuten in die Position, zum „großen Helfer“ zu werden, wenn es ihm gelingt, die bösen Wahrheiten aufzudecken und ihre negativen Auswirkungen zu meistern. Er „rettet“ den Patienten aus seinen Gebundenheiten, indem er ihm die guten Wahrheiten verkündet, eine „frohe Botschaft“ der „Befreiung vom Bösen“ und indem er ihn zugleich an sich und die Therapieideologie fesselt.

Vielleicht erscheinen vielen diese von uns aufgezeigten oder hergestellten Bezugslinien zu religiösen und ekklesialen Vorstellungen überzogen. Man gestatte sich aber die Blasphemie, die Schriften bedeutender und weniger bedeutender Autoren und Autorinnen von *S. Freud* und *Melanie Klein* bis *Alice Miller* und *Leon Wurmser*, von *C.G. Jung* bis *Arnold Mindell*, *Peter Schellenbaum*, *Bert Hellinger* unter dieser Optik zu lesen und die Folien ihrer Pathologiezentriertheit zu rekonstruieren. Der einseitige Blick auf die „böse Geschichte“, auf die „Schuld der Eltern“, die „Sünde der Väter“ erweist sich dann leicht als Fortschreibung des ekklesialen Blickes auf Sünde und Schuld. Oder man betrachte selbstkritisch die eigene Praxis, die eigenen Deutungsfolien unter dieser hier aufgezeigten Sicht. Wenn sich die hier aufgewiesenen Perspektiven als „völlig überzeichnet“ erweisen sollten – fein!

Es ist wirklich erhellend, sich einmal der Erfahrung auszusetzen und sich zu fragen, wieviel man als Therapeut und Therapeutin von der *Salutogenese*, den

Ressourcen (Petzold 1997p), guten Quellen bzw. den *protektiven Faktoren* (Petzold et al. 1993) eines Patienten weiß, die zu dem Faktum geführt haben, daß er z.B. – trotz schwerer Depression – 42 Jahre alt geworden, in der Praxis sitzt und in der Lage ist, ein Gespräch zu führen. Es ist weiterhin wichtig, sich zu fragen, wieviel man von diesen guten Vergangenheitserfahrungen als *Ressourcen* in die therapeutische Arbeit aufnimmt und wie oft man protektive Vergangenheitseinflüsse therapeutisch nutzt.

Die einseitige Fokussierung und die Dramatisierung biographischer Defizite und Traumafahrung sind genauso schädlich wie ihre Bagatellisierung. Daran darf kein Zweifel bestehen. Sieht man jedoch zuweilen die „Jagd nach dem Traumatischen – Dramatischen“ und die sensationslüsterne Qualität, die sie zuweilen gewinnt (z.B. in kollegialen Gesprächen über Patienten und Analysanden), ist die Frage zu stellen, inwieweit hier nicht die „*Sensation-seeking*“-Tendenzen von Therapeuten und Therapeutinnen zu einseitigen Therapiekonzepten führen, die dem Patienten mehr schaden als nutzen, weil sie wiederum häufig einseitige *Selbstentwertungen* im Gefolge haben. Das *Selbstwertgefühl* des Patienten – oft genug in dysfunktionaler Weise unter den obskurantistischen Narzißmusbegriffsubsumiert (Petzold 1992f; Wahl 1985) – als eines der wesentlichsten Momente in persönlichen Entwicklungsprozessen (Petzold 1992b, 688ff) und selbstreferentielle Emotionen, Kognitionen und Volitionen (z.B. Selbstachtung, Selbstgewißheit, Selbstvertrauen, Selbstbestimmtheit, *ibid.* 827) im therapeutischen Geschehen werden auf jeden Fall durch solche Strategien nicht aufgebaut. Wohl aber das *Selbstwertgefühl* des Therapeuten!

Das „Aufdecken“ verborgener, früher „Geheimnisse“ oder „*Familienmythen*“ (Hellinger 1995) impliziert immer auch – das sei wiederholt – eine Stärkung der eigenen Position als magischer Heiler und eine Bestätigung der eigenen Grandiosität: Es gelingt, etwas ganz Schlimmes, Belastendes aufzufinden, was im Verborgenen ruhte: den „*Fluch der bösen Fee*“, der nur durch liebevolle Beziehungsintensität überwunden werden kann. Das archaische Gut-böse-Schema, der gute Zauberer, der sich gegen die bösen Mächte stellt, St. Georg im Kampf mit dem Drachen, der Exorzist im Kampf mit den Dämonen spielen hier als *kryptoreligiöse Vorstellungen* hinein. So agierende Therapeuten werden zu „*Lichtbringern*“, die die „*Dunkelheit der Biographie*“ erhellen. Wie die guten Mächte verfügen sie über einen „*visionären Durchblick*“, der „*auf einen Schlag*“ das Problem erkennt, durchschaubar macht und damit eine *Lösung* gewinnt. Mit der Kraft der „*magischen Verwandlung*“ haben sie – das böse Geheimnis auffindend – die Möglichkeit seiner „*Wendung zum Guten*“ schon in den Händen. Sowohl Ströme des psychoanalytischen Diskurses wie auch der scheinbar von ihm so verschiedene Diskurs der Mehrgenerationenfamilientherapie (auch der systemischen) vertritt eine allmächtige, gleichsam magische Ursache-/Wir-

kungslogik (eine sehr „unsystemische“), wie wir sie in den großen religiösen Systemen finden: die Logik von Verbot und Übertretung, Sünde und Schuld, Krankheit und Tod im jüdisch-christlichen Traditionsstrom oder die Ursache-/Wirkungskette karmischer Verstrickung in der hinduistischen und buddhistischen Tradition, in welcher Schuld zur Wiedergeburt (gegebenenfalls Wiedergeburt auf niedrigerer Stufe) führt und Befreiung von der Gebundenheit des *Begehrens* Höherentwicklung bringt. Die bösen Familiengeheimnisse, die Familientherapeuten entdecken, sind zumeist Geschichten von bösen Taten oder schuldhafter Verirrungen, bei denen die „Sünden der Väter verfolgt werden bis ins dritte und vierte Glied“ (2. Mos. 20,5). Es lassen sich viele Beispiele für das Agieren mit „magischen Verbindungen“ etwa durch die unkritische Verwendung der Konzepte der „Delegation“ bzw. der „delegierten Gefühle“ oder der „Lebenspläne“ in Supervisionsgruppen, Weiterbildungsinstitutionen und natürlich in der Literatur finden. Eines sei zur Illustration aufgeführt: In einer Weiterbildungsgruppe brachte eine Teilnehmerin den Fall eines rechtsradikalen jungen Mannes, der seine Freundin in einem Ritualmord getötet hatte und nun in der forensischen Abteilung des Gefängnisses, in dem die Kollegin tätig ist, einsaß. Seine Eltern waren beide Akademiker in guten Positionen. In der Besprechung des Falles kommt dann der Kommentar einer Therapeutin: „Das hat der Vater ja gut hinbekommen mit der Delegation seiner Nazi-Sachen!“ Der Sohn, ein rechtsradikaler Krimineller, psychisch schwer gestört, ist natürlich das „Opfer“ seiner Eltern, und ohne Kenntnis der familiären Kontexte wird die Delegationshypothese ins Spiel gebracht. Dabei wurde nicht reflektiert, daß der Vater dieses jungen Mannes zur Zeit des „Dritten Reiches“ ein kleines Kind war!

Es gibt Delegationen, zweifelsohne, aber damit sie wirksam werden können, müssen sie als ein starker, längerwirkender und nicht durch andere biographische Momente kompensierter Sozialisierungseinfluß zum Tragen kommen. Daß derartige Einflüsse in der Regel „völlig oder weitgehend“ *verdrängt* oder *abgespalten* seien, widerspricht den Ergebnissen der empirischen Memorations- und Gedächtnisforschung (siehe oben 3.4). Sie sind im biographischen Material, in der Analyse von *Familienatmosphären* in der Regel aufzufinden und deutlich nachweisbar, etwa in Form memorierbarer Erziehungsstile, erkennbarer elterlicher Werthaltungen etc. Wo solche Einflußgrößen *nicht* herauszuarbeiten sind, sollte man auf Delegationshypothesen verzichten und nicht in das biographische Material Hypothesen „hineingeheimnissen“, die keine solide Grundlage haben. Im psychoanalytischen Diskurs mit seinen jüdischen Quellen (*Bakan* 1964), in denen eine über Jahrhunderte währende Geschichte kollektiver Traumatisierungen aufgehoben ist, müßten dann Schädigungen, die die Eltern erfahren haben, weiter auf ihre Kinder wirken, ja, bis zu deren Kindern hin. Wo wurde analysiert, welchen Einfluß diese Geschichte auf die psychoanalytische

Theorienbildung, insbesondere auf Kulturpessimismus, Determinismus, Traumaorientierung und Pathologiezentriertheit *Freuds* und seiner Schüler hatte?

Derzeit rücken in Erweiterung der Regressionsperspektive im generationsübergreifenden Raum die „unbewußten Phantasien“ von Müttern in das besondere Interesse. Mütter, die selber „in ihrer Kindheit nicht genug genährt“ wurden, werden bestimmend für das Schicksal ihrer Kinder und deren Kinder (*Massie et al. 1993; Dornes 1994*). Es wird hiermit eine deterministische Unentrinnbarkeit festgeschrieben, die – es sei nochmals unterstrichen – in keiner Weise zu vereinbaren ist mit dem, was empirische Längsschnittforschung (*Lehr, Thomae 1987; Rutter 1988*) oder phänomenologisch-hermeneutische Biographieforschung (*Jüttemann, Thomae 1987*) herausgefunden haben: die Multideterminiertheit von Familienschicksalen und menschlichen Lebensläufen. Aber es besteht offenbar eine hohe Anziehungskraft, was das Operieren mit „mythischen Diskursen“ – wie dem der generationsübergreifenden Schuld als Verursachung von Krankheit und Leid – anbelangt, sonst wäre eine solche Praxis nicht so verbreitet. Es werden sich als „Belege“ für derartige Annahmen auch sicher genug „Kasuistiken“ aufführen lassen, und wir schließen solche Wirkungskomponenten von Pathologie *im Einzelfall* auch keineswegs aus, aber eben nur als Komponenten und in besonderen Fällen. Es zeigt sich bei den negativen *mütterlichen* (natürlich den mütterlichen!) Phantasien als Erklärungsmoment für spätere Pathologie im Erwachsenenalter die ganze Problematik der *Struktur* tiefenpsychologischer Pathogenesetheorie und ihre wissenschaftliche Fragwürdigkeit: Was belegt, daß neben den vielfältigen, potentiell pathogenen Einflüssen im Leben des *Peter F.*, es besonders die vermuteten oder tatsächlich vorhandenen negativen Gedanken bzw. Phantasien der Mutter gegenüber dem Föten, Säugling, Kleinkind *Peter* sind, die ursächlich für seine Depression sein sollen? Und wenn es einen solchen Einfluß gibt unter den verschiedenen vorhandenen Noxen und „protektiven Faktoren“, welchen Stellenwert hat er, und welche Bedeutung soll er bei welcher Behandlungsstrategie haben? Symptombesserung bei *Peter* und Heilung der Störung können nicht als Beleg für die Richtigkeit einer solchen *monokausalen* Pathogeneseannahme gelten, denn das würde alle anderen vorhandenen pathogenen Faktoren negieren oder marginalisieren und würde bedeuten, dem Faktor „Einsicht“ in *eine* spezifische Problematik die ausschlaggebende Wirkung im Heilungsgeschehen zuzuschreiben. Dabei ist es völlig offen, welche Wirkfaktoren oder welche Kombination *unspezifischer Wirkfaktoren* für die Besserung der Depression *von Peter F.* verantwortlich ist. Und noch ein Aspekt: Wenn *Peter F.*’s Mutter dem Kind *Peter* gegenüber ablehnende Gedanken hatte und derartige Negativgedanken auch bei den Müttern einiger andere depressiver Erwachsenen nachgewiesen werden könnten (ein solcher empirischer Nachweis steht aus), was besagt das über die Wertung

negativer mütterlicher Phantasien insgesamt, solange man nicht weiß, ob diese Wirkungen bei großen *samples* von Kindern in einer longitudinalen Studie in signifikanter Häufung auftreten? Die Längsschnittforschung bietet hier bislang keine Belege (Vyt 1994; Bakeman et al. 1989). Und wo sind die Väter, Geschwister, Großmütter, Kindermädchen mit ihren Einflüssen, zählen die nicht? Schließlich darf man nicht hingehen, vermeintliche oder reale *Ergebnisse* zur Wirkung mütterlicher Ablehnung auf *Kleinkinder* als Prädiktoren späterer Pathogenese zu sehen. Auch hierfür fehlen die Beweise, und es finden sich Longitudinalstudien, die diesen Annahmen widersprechen (Weisner et al. 1990). Oft werden Patienten gesund, können ihr Leben in positiver Weise reorganisieren, ohne daß man hochtraumatisches Material gefunden hat, oder – interessanter noch – man trifft sie nach Jahren, der Erfolg hat angehalten, und sie berichten von sehr schlimmen Kindheitserfahrungen, die sie „in der Therapie nie gebracht hatten“ und die ihnen in ihrer Wichtigkeit erst durch die Geburt und das Heranwachsen eigener Kinder wieder deutlicher ins Bewußtsein gekommen seien. Die Konsequenz aus einer solchen Lage der Pathogenesetheorie: eine wenig festlegende Haltung linearen oder monokausalen Pathogenesehypothesen gegenüber. Die Komorbiditätsforschung (Wittchen, Vossen 1993) unterstreicht dies.

All das bedeutet keineswegs, daß tiefenpsychologische Pathogenesetheorien völlig obsolet seien und gänzlich beiseite gelegt werden sollten, aber ihr Erklärungsanspruch muß deutlich relativiert werden, denn die Erklärungen spielen im Hinblick auf therapeutische Effektivität – das zeigt die vergleichende Psychotherapieforschung doch sehr eindrücklich (Bergin, Garfield 1994; Grawe et al. 1994) – keine große Rolle. Es macht sich schlecht, wenn bei dieser Lage Vertreter der Psychoanalyse als Gutachter sich hybride und abfällig über die unzureichende Krankheitslehre der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie äußern. Offenbar sind andere Faktoren wesentlich, als man traditionellerweise annimmt. Analytiker stehen vor einer Situation, vor der auch der selbstkritische späte Freud stand, als er feststellte, daß die Psychoanalyse wohl eher ein Instrument des Erkenntnisgewinns über die Natur des Menschen sei [ein sehr eingeschränktes s.c.] als ein effektives Instrument der Behandlung (Laplanche 1996).

Das Arsenal psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Methoden hat sich inzwischen verbreitert, so daß man Freuds Pessimismus nicht folgen muß. Das gute Abschneiden von Verhaltenstherapie, klientenzentrierter Therapie, Familientherapie auch und gerade bei schwerkranken Patienten, z.B. Psychosomatikern, und das im Vergleich mäßige Abschneiden psychoanalytischer Therapien (Grawe et al. 1994 und für die Psychosomatik Thomas 1986) ist aber eine Konfrontation, nicht zuletzt mit Blick auf die Bedeutung biographisch zentrierter Pathogenesetheorien für die Behandlungspraxis, denn substantielle Thera-

pieerfolge gibt es offenbar auch ohne diese Theoreme. Wenn man allerdings über das Ziel der Symptombesserung und -beseitigung hinausgeht und auf weitgreifende Ziele der Persönlichkeitsentwicklung abstellt – auf *Salutogenese* neben belastender Lebensgeschichte –, wird zusätzlich ein hohes gesundheitsförderndes Moment gewonnen, denn es kann ein *sense of coherence* erreicht werden (vgl. Antonovsky 1979, 1987; Becker 1995), und es wird das Risiko erneuter Erkrankung gemindert. Dann kann auf biographische Arbeit, die umfassendes Selbst- und Weltverständnis vertieft, nicht verzichtet werden.

Das emanzipatorische Moment der Psychotherapie, **Psychotherapie als „Kulturarbeit“** (Freud 1940, 110; Petzold 1987d, 1994c, 1996j) verlangt die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, und das hat in einem übergeordneten Sinn wohl auch etwas Heilendes, selbst wenn es im spezifisch klinischen Sinne nicht als ein „*main factor of healing*“ zu betrachten ist. Der Ort und der Stellenwert solcher Arbeit sollte denn auch explizit gemacht werden. Der Anspruch biographiezentrierter Pathogenesekonzepte würde damit auf ein richtiges Maß zurückgebracht, und die Notwendigkeit generalisierender und festlegender Wahrheits- und Geltungsansprüche, die allzuleicht in eine repressive oder normierende Praxis führen, könnte entfallen. Damit wäre die Chance gegeben, daß eine von Dogmen befreite Psychotherapie, die von den „Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ (Petzold 1992a, 488) vordringt und nach den „Bedingungen hier und heute“, den „Ursachen hinter den Ursachen“ und den „Folgen nach den Folgen“ (idem 1994c) fragt – Moreno, Freud und Adler verbindend –, erst ihre eigentliche Fruchtbarkeit entfalten kann.

Wenn also in bestimmten Formen der Familientherapie oder in der Psychoanalyse oder einem anderen therapeutischen Ansatz mit Konzepten operiert wird, die monokausal Erkrankungen auf einen Familienmythos, ein frühes Trauma, frühe Störungen – etwa „*unbewußte Phantasien der Mutter ihrem Kind gegenüber*“ – zurückführen, so wird damit eine fragwürdige und durch empirische longitudinale Entwicklungsforschung nicht abgesicherte „Erklärungslogik“ in Gang gesetzt und mit dem „Aufdecken“ solcher „Ursachen“ eine „Wirkungsmechanik“ unterstellt, die klinisch keine besonders hohe Relevanz haben kann, weil der Faktor „*Einsicht*“ für Symptombeseitigung, ja, für Verhaltensänderungen eine weitaus geringere Bedeutung hat, als in solchen Hypothesen impliziert wird. Wenn *Einsicht* in Hintergründe und Zusammenhänge nicht schon die Lösung der Probleme bietet, sondern als ein unterstützendes kognitives Moment, ein „erster Schritt zur Besserung“, gesehen wird, wie es die Ergebnisse der Psychotherapieforschung deutlich machen (Märtens, Petzold 1995a), wird man für die erforderlichen komplexeren Prozesse des kognitiven, emotionalen und behavioralen Umlernens weitere Wirkfaktoren brauchen, zumal z. B. eine *Delegation*, in die man *Einsicht* gewinnt, nur als ein Moment unter minde-

stens sechs anderen wesentlicheren Faktorengruppen (Petzold 1992a, 566) für die Ausbildung einer schweren Persönlichkeitsstörung angesehen werden kann.

Haben wir in einer Familie z.B. einen faschistoiden Erziehungsstil („Hart wie Kruppstahl, zäh wie Leder ...!“ oder: „Die Türken, das sind doch Untermenschen ..., Ausländer raus!“ etc.), so sind mit den verbalen Aussagen auch immer spezifische Interaktionsqualitäten und situative Erfahrungen „über die Zeit hin“ verbunden, die vielleicht zu einer Verrohung oder Gewaltbereitschaft führen können, aber auch zum Gegenteil, zum altruistischen Engagement oder zu Angst vor Gewalt, alles aber nur, weil Einflüsse über längere Sozialisationsstrecken zur Wirkung kamen. Deshalb haben sich persönliche Stile entwickelt, die wiederum „über die Zeit“ in einem gewissen Einflußraum verändert werden können: durch kurzfristige, mittelfristige und langfristige Therapien, je nach Indikation (Krankheitsbild, -dauer, Lebenssituation, Persönlichkeit, Netzwerkbedingungen etc., Osten 1995), und in diesen werden niemals nur „frühe Störungen“ oder die ausländerfeindliche Kinderzeit oder die Adoleszenz im Punkermilieu etc. behandelt, sondern Schädigungen aus der ganzen Lebensspanne. Bei „frühen“ Schädigungen, wo sie anzunehmen bzw. wahrscheinlich sind, sind die Nachwirkungen als solche in ihren Manifestationen im Erwachsenenalter zu behandeln, d.h. als dysfunktionale oder hinderliche persönliche Stile der Lebensführung hier und heute. Es müssen dabei nicht nur Formen des Denkens, kognitive Stile, verändert werden wie in Ansätzen kognitiver Therapie, es müssen auch emotionale und volitive Stile durch emotionale Differenzierungsarbeit (Petzold 1992b), sozial-kommunikative Stile durch neue Interaktionsangebote heute verändert werden. Es müssen „korrigierende emotionale Erfahrungen“ (Alexander, French 1948) möglich gemacht und zugleich „alternative Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten“ (Petzold 1992a) heute bereitgestellt werden, und dies über einen längeren Zeitraum, als es etwa in einem Seminar zur „Familienrekonstruktion“ (Nerzin 1989) der Fall ist, in dem in der Regel eine solche Fülle von Bezügen hergestellt wird, daß sie weder von Patienten noch Ausbildungskandidaten in therapeutisch fruchtbarer Weise verarbeitet werden können. Stellt man sich kritisch die Frage, inwieweit allein derartige Einsichten in die „Geschichte“ im Verlauf von Therapieprozessen wirklich symptomvermindernd und einstellungs- und verhaltensändernd gewirkt haben, so wird diese Bilanz nicht den ganz großen Gewinn ausweisen. Vielmehr werden in der Regel Prozesse des Einsichtslernens mit Prozessen emotionalen und volitiven Lernens und leiblicher Erfahrungen - in soziale Interaktionen eingebettet - ablaufen müssen, Erfahrungen von „vitaler Evidenz“ also (Petzold 1992a, 916), um umfassende und nachhaltige Veränderungen persönlicher Stile in Richtung einer gesunden und befriedigenden Lebensführung zu bewirken.

4.3 Die Ideologie der „neuen Spiritualität“ in der Psychotherapie

Haben wir uns bislang mit Ideologien befaßt, die ihren Ausgangspunkt bei den Geheimnissen des Anfangs menschlichen Lebens – Geburt und frühe Entwicklung – haben, so sollen nachstehend Fragen aufgeworfen werden, die mit dem Problem der Endlichkeit der menschlichen Existenz verbunden sind. Dieses Problem, das sich dem „exzentrischen Bewußtsein“ (Petzold 1988a, b) stellt, und die Faktizität des Todes, die alles Lebendige betrifft, kann von der Psychotherapie als „säkularer Seelsorge“ auf Dauer nicht ausgeblendet werden. Es ist ihr indes – den Dissoziations- und Verdrängungstendenzen, die diese Themen aufrufen, entsprechend – lange genug gelungen, das Thema zu vermeiden. Die ärmlichen Aussagen, die sich in der psychotherapeutischen Literatur fast aller Schulen zum Problem des Todes oder zur Arbeit mit Sterbenden finden (vgl. aber Lückel 1981; Engelhardt 1985; Rösing, Petzold 1992), weisen dies aus. Mit dem Aufkommen der „neuen spirituellen Bewegung“ und ihren psychotherapienahen Praktiken (z.B. Maharishi Mahesh Yogi mit der „Transzendentalen Meditation“) oder dem expliziten Versuch, östliche Lebensweisheit und Meditations-techniken mit den humanistischen Therapieformen synkretistisch zu amalgamieren, wie es Bhagwan bzw. Osho propagierte, und mit dem von diesem Zeitgeist geförderten Aufblühen der „transpersonalen Psychologie“ (Zundel, Fittkau 1989) haben auch die Themen Tod und Jenseits und damit das Thema „Spiritualität“ in der Psychotherapie Konjunktur (Grof 1985; Dethlefsen 1988). Dabei findet aber keineswegs eine Auseinandersetzung mit dem „bitteren Faktum des Todes“ statt (Sternberger 1981), eine geistige Auseinandersetzung vor dem Hintergrund und auf dem Stand unserer kulturellen Entwicklung (Ariès 1980) und aus dem Kontext moderner oder postmoderner Lebenswelt heraus (Baudrillard 1982; Ziegler 1977), sondern es finden sich gelegentliche Bestandsaufnahmen (Condrau 1991; Rösing, Petzold 1992) und ansonsten eine nahtlose (und häufig verflachende und mißverständene) Übernahme von Ansätzen der großen Erlösungsreligionen – meist der östlichen. Karma- und Wiedergeburtstheorie, schamanistische Praktiken, Tao- oder Zen-Konzepte, Sufi-Lehren, theosophischer Synkretismus finden sich genauso wie die neuen Versuche zu „Megasyntesen“ eines Wilber (1986), Grof (1978) oder Mindell (1987). Von seiten einer sich mytizistisch verlierenden oder spiritualisierend verirrenden Naturwissenschaft sind Varela (et al. 1992) oder Capra (1984, 1986) zu nennen. Man lese als Kontrast C.F. v. Weizsäcker (1971, 1990, 1992), A.M.K. Müller (1971, 1978), N. Bischof (1997) oder die von H.-P. Duerr (1986) zusammengestellten Texte großer Physiker (die Arbeiten von R. Sheldrake [1983, 1991] sind für uns noch nicht gut zu beurteilen).

Der „Markt der Spiritualität“ im Markt der Psychotherapie hat unseres Erachtens bislang alles getan, um eine *wirkliche Auseinandersetzung* mit den brennenden Problemen der Gegenwart zu vermeiden, Probleme, die durch gänzlich veränderte Weltbedingungen ausgelöst werden: Veränderungen aufgrund einer wissenschaftlichen Hyperexzentrizität des Menschen, durch Megatechnologien mit weltweiten Auswirkungen sowie durch die nie zuvor mögliche Globalität von Kommunikation und medialer Vernetzung. Als Antwort auf diese Probleme, die nicht zuletzt das *individuelle Todesproblem* überschreiten und die Möglichkeiten des *kollektiven „Todes der Biosphäre“* einbeziehen, greifen spiritualisierende Psychotherapeuten auf religiöse Lösungen zurück, die vor zwei- oder dreitausend Jahren in gänzlich anderen, unvergleichbaren Lebenszusammenhängen, Weltkontexten und Exzentrizitätsmöglichkeiten entstanden sind. Es wird dabei von diesen Autoren – trotz allem modischen Gerede von „fuzzy logic“, Multi-kausalität, von Chaostheorie, dissipativen Strukturen, Fraktalen –, offensichtlich eine *erstaunliche Linearität* kultureller und geistiger Entwicklung für die Menschheit unterstellt und die Möglichkeit von „Lösungen in saecula saeculorum“ und von „ewigen Wahrheiten“ angenommen. Nicht gesehen wird, daß das Faktum der Vielfalt der zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Regionen entstandenen, zum Teil äußerst unterschiedlichen Religionen als solches schon folgendes zeigt: Religiöse Systeme sind unter Bedingungen von und als Ausdruck von spezifischen gesellschaftlichen, kulturellen, ökonomischen, ja, ökologischen Verhältnissen entstanden, evolutionsbiologisch herausgebildet für einen *Mesobereich* (Vollmer 1975). Sie spiegeln einen kulturellen Entwicklungsstand und die Vorstellungswelt der Gesellschaft, aus der sie sich als „Konvolut kollektiver Kognitionen“ allmählich herausgebildet haben, als Synergie individueller und kollektiver „*Emergenzprozesse*“ (Krohn, Küppers 1992; Petzold et al. 1995a, 1996a). Religiöse Systeme sind so als großartige Gedankengebäude zu sehen, Früchte multidimensionalen menschlichen Kulturschaffens, die mit dieser „Architektur der Ideen“ auch entsprechende rituelle Formen, mystische Praktiken, Werke der Musik, Hymnologie, Ikonographie, Baukunst hervorgebracht haben (Petzold 1966a II) – ein ganzheitliches Unterfangen im Versuch, die Geheimnisse des Lebens und der Welt zu explizieren, Ewiges an das Zeitliche zu vermitteln, Unsichtbares sinnhaft in den Werken sakraler Kunst erfahrbar zu machen.

Dieses Streben nach der *Totalität*, das zuweilen die gesamten Kräfte einer Kultur in Anspruch nahm – die Monumente religiöser Architektur dokumentieren dies –, wurde in der Regel totalitär und blutig, weil für andere Visionen und abweichende Wege des Denkens kein Platz blieb. Sie wurden zum Sakrileg, zur Bedrohung, zum todeswürdigen Frevel, weil sie durch das bloße Faktum einer anderen Sicht die Absolutheit der gigantischen kollektiven Anstrengung

in Frage stellen, *gegen den Tod* die Wahrheit eines „ewigen Lebens“ aufzurichten: mit Gedanken von unendlicher Tiefe – viele sind verloren und vergessen –, mit Bauten von unvergleichlicher Großartigkeit – die meisten sind verfallen oder wurden zerstört – und mit Kunstwerken von unvergänglicher Schönheit – sie wurden verbrannt, geplündert, Reste liegen unter dem Wüstensand, oder sie stehen in den Vitrinen der Museen und vermitteln uns einen Abglanz „vergänger Pracht“. Diese Zeugnisse menschlicher Ewigkeitssehnsucht bezeugen die Faktizität der Vergangenheit und Vergänglichkeit und künden zugleich von der Möglichkeit, mit dem Blick auf den Tod Schönheit hervorzubringen, Schönheit, die ein Gefühl (*aisthesis*) von Unendlichkeit vermittelt und das Erleben eines Überschreitens (*transcendere*) von Begrenzungen, selbst wenn diese Erfahrungen von der Zeit eingeholt wurden. Unter dem Aspekt der *Ästhetik*, die unverzichtbar zur Dimension der *Ethik* hinzutreten muß (sie würde ansonsten in alleinseligmachende Dogmatik und in die Gewalt eindimensionaler Orthodoxie entgleisen), unter der Dimension der *Schönheit* menschlichen Kulturschaffens, sind also Religionen selbst als kostbare Kunstwerke zu sehen und wertzuschätzen. Hier liegt, wie insgesamt bei großer Kunst, in aller Zeitgebundenheit ein „Ewigkeitswert“ als erlebbare Qualität von *innerweltlicher Transzendenz*, denn ihre Monumente sind in Raum und Zeit überkommen, überliefert, bis das Verschwinden sie aufnimmt und sie dem Vergessen anheimfallen.

Religionen, das sollte man sich klarmachen, haben sich als Antworten auf die Fragen einer bestimmten Zeit – sie liegt zumeist weit zurück – und auf die Probleme einer spezifischen, zumeist territorial eingegrenzten Kultur entwickelt, und deshalb sind sie kaum in der Lage, Antworten auf Probleme makrosozialer Verhältnisse und mundaner Zusammenhänge zu geben, wie *wir sie heute* – vielleicht zwei- oder dreitausend Jahre nach dem Entstehen dieser Religionsformen – *geschaffen haben*, Erklärungen für Verhältnisse der Moderne und Postmoderne, die die globale Lebenswelt und das menschliche Leben und Zusammenleben in einer ganz grundsätzlichen Weise verändert haben. Die Radikalität der Veränderungen und die Neuheit der Fragestellungen sind so gravierend, daß Aussagen wie: „Die grundsätzlichen Probleme der Menschen – Liebe, Geburt, Arbeit, Sterben, Tod – sind doch die gleichen geblieben!“ eher als Ausdruck von Naivität oder als Formen der Abwehr gegenüber dieser Radikalität zu sehen sind, denn Sterben (oder Nicht-sterben-Dürfen) auf der Intensivstation und Sterben auf der Strohschütte einer Bauernkammer – dazwischen liegen Welten. Hölle und Himmel und Fegefeuer, Dämonen, Geister und Hexen existentiell als *Realität* zu erleben oder ein Wissen über das expandierende Universum, über Moleküle, Atome, Quarks, über Radiosterne und schwarze Löcher im Kopf zu haben schafft einen nicht mehr zu überbrückenden *qualitativen Sprung* zwischen archaischen und modernen bzw. postmodernen Weltbildern. Die Konditionen

der modernen Welt, der *posthistoire* und die *conditio humana* der in einer solchen Welt sozialisierten und enkulturierten Menschen (Fend 1970) erfordern Antworten, die nicht im nostalgischen Regreß auf „uraltres“ Wissen gefunden werden können (es sei denn, man bedient sich regressiver Vermeidungsstrategien), sondern die aus sorgsamer, mehrperspektivischer, inter- und transdisziplinärer Analyse (Petzold et al. 1996a; Welsch 1996; Morin 1997) der Bedingungen unseres aktuellen Kontextes gewonnen werden müssen. Dabei werden der historische Rückgriff, die Rekonstruktion, die Genealogie (Nietzsche, Foucault) der Entwicklungsbedingungen, die zu diesen Lebens- und Weltverhältnissen geführt haben, und ihre Dekonstruktion (Derrida 1982; Culler 1994) genauso wichtig wie der antizipatorische Vorgriff auf das, was wir durch unsere Weltgestaltung mit unseren Megatechnologien für die Zukunft hier und heute determinieren. Die in der psychotherapeutischen Szene vorfindliche Tendenz des „Abdriftens ins Transpersonale“ enthebt Therapeuten wie Patienten der Mühe, sich mit den „Forderungen modernen Alltags“, mit den Bedingungen „postmodernen Lebens“, seiner Vielfalt, seinen Risiken und Chancen (Beck 1986; Beck, Beck-Gernsheim 1994; Jung et al. 1986; Metzmacher, Zaepfel 1995; Welsch 1987; Petzold et al. 1996a), mit seinen Mühen und Frustrationen auseinanderzusetzen. In eine größere Perspektive gewendet, vermeidet man die Auseinandersetzung mit den Zerstörungen, die wir in unseren Lebenszusammenhängen anrichten, mit den Entwicklungen, die zu solcher Zerstörung geführt haben und noch weiter führen, sowie mit Perspektiven, wie man substantielle Um- oder Neuorientierungen bewirken könnte. Ein *deus ex machina* wird uns dabei nicht zur Hilfe kommen, und das „Wassermannzeitalter“ wird uns eher ein Ansteigen des Meeresspiegels durch schmelzende Polarkappen bringen als die große Verwandlung. Dabei wird die Frage nach „neuen Visionen“, nach einer „anderen Geistigkeit“ oder neuen geistigen Einstellung von grundsätzlicher Bedeutung sein. Eine *neue Bewußtheit* tut not, ob aber eine „neue Spiritualität“ erforderlich ist und ob sie aus dem Rekurs auf alte Formen gewonnen werden kann und falls ja, in welcher Weise, ist offen. Einige Antworten auf diese Fragen werden vielleicht in meta-hermeneutischen, ideologiekritischen Reflexionen (Petzold et al. 1996; Welsch 1996) gefunden werden können. Es scheint derzeit nicht sehr viel dafür zu sprechen, daß die alten religiösen Systeme in der Lage sein werden, für die anstehenden Aufgaben überzeugende Perspektiven bzw. Visionen bereitzustellen (es sei denn, in ihnen entstünden *grundsätzlich neue* Bewegungen, wofür wir bislang keine Anzeichen sehen, was aber auch nicht auszuschließen ist). Die östlichen Großreligionen (Buddhismus, Hinduismus) hatten und haben offenbar nicht die Kraft, dem „Sog der Moderne“ etwas entgegenzustellen oder ihn in irgendeiner Form nachhaltig zu beeinflussen – man sehe auf die Situation in Japan, Korea, China, Sri Lanka, Indien etc. Die Religionssysteme des Westens

(die christlichen Denominationen) haben, wie die europäische Geschichte gezeigt hat und derzeit [1995] wieder blutig zeigt, es auch nicht geschafft, dank ihrer spirituellen Einflüsse ein friedliches, *mitmenschliches* Miteinander zu ermöglichen. Die Religionen des mittleren Ostens, die Hauptrichtungen des Islam, Sunniten und Schiiten, sowie das Judentum in Israel können nicht gerade als Beispiele konstruktiven Miteinanders genannt werden.

In der Geschichte der Menschheit haben die großen religiösen Bewegungen (und das läßt sich schon mit minimalen Geschichtskennntnissen nachprüfen) – seien sie nun theistischer oder atheistischer Art (der *Marxismus/Leninismus* der letzten 100 Jahre möge hier als ein Beispiel für eine säkulare Religion stehen) – nie zu einer nachhaltigen und umfassenden Verbesserung von Lebensverhältnissen geführt. Der Anspruch „alleinseligmachender Metaerzählungen“ hat vielmehr oft genug blutige Kriege und geistige Unterdrückung und Unfreiheit gebracht. Trotz alledem haben Religionen Grundlagen für wesentliche Wertsetzungen – Nächstenliebe, Altruismus, Barmherzigkeit, Brüderlichkeit, Gerechtigkeit – gelegt, die als ein bedeutender Beitrag zu den Möglichkeiten einer humanen modernen Kultur zu sehen sind (bis heute). Dieser Beitrag könnte vielleicht fruchtbar werden, wenn es den Theologen oder Denkern in den religiösen Systemen der Gegenwart gelingen würde zu reflektieren, *warum* die humanen Werte der Religionen so oft in den institutionellen Umsetzungen entgleist sind und ins grausame Gegenteil verkehrt wurden, warum Wahrheitsliebe zur Inquisition führte und trotz Nächsten- und Feindesliebe Religionskriege geführt wurden und werden. Spirituellen und transpersonalen Themen zugewandte Therapeuten müssen sich fragen lassen, warum sie dieses nicht überdenken und warum sie auf zumeist östliche Religionssysteme rekurrieren, obwohl sie deren Scheitern in den grausamen religiösen Auseinandersetzungen des indischen Subkontinents sehen können oder in der bellikösen Geschichte Japans oder Chinas oder im Umgang dieser Religionen und Kulturen mit Leben, Gesundheit und Rechten von Frauen – bis heute.

Es sei unterstrichen: Wo Frieden nicht nur durch ein „Gleichgewicht des Schreckens“, sondern mit der Qualität gutnachbarschaftlicher Verhältnisse zwischen Völkern und Kulturen erreicht werden konnte, geschah dies nicht durch das Wirken von Großreligionen – sie haben zu oft die Waffen gesegnet und göttlichen Beistand für die eigene, Untergang aber für die gegnerische Armee erfleht. Frieden wurde vielmehr gesichert aus einem *Zusammenwirken von Vernunft* – sie ist ein kostbares Gut –, *Lebensklugheit, staatsmännischer Weisheit, pragmatischer Kosten-Nutzen-Abwägung und von Wertsetzungen, die einer Humanität verpflichtet sind*, welche darum weiß, daß „die Menschenwürde unantastbar“ sein muß, wenn man nicht selbst eines Tages Opfer einer Mißachtung dieses Prinzips werden will. Die Großreligionen haben, wie die Geschichte zeigt,

derartige friedenssichernde Maßnahmen nicht oder selten bewirkt – im Gegenteil! Sie waren oft genug Anlaß von Kriegen durch ihre alleinseligmachenden Ansprüche. Frieden müßte deshalb von den „verschiedenen Himmeln“ auf die Erde kommen, denn der Hegemonialanspruch auf ein Himmelreich, das einzig wahre und richtige, führt in Glaubenskämpfe und verhindert, daß Frieden in die Ebene alltäglicher Zwischenmenschlichkeit wirken kann. Wo dies nicht geschieht, werden die verschiedenen religiösen Fundamentalismen (Huth 1995) – z.T. in neuer, säkularisierter Form – weiter wüten, wie eine Vielzahl der derzeitig stattfindenden Kriege zeigt.

Wo immer *Humanität* transzendental „ausgelagert“ wurde oder *Mit-menschlichkeit* allein durch religiös verordneten Altruismus motiviert wurde – er galt natürlich nur den eigenen Glaubensbrüdern gegenüber, oder er mußte mit dem Preis des Proselytentums bezahlt werden –, hatte Frieden keinen dauerhaften Bestand. Die Frage ist, ob eine radikale Rückbindung von Bemühungen um Frieden und Humanität an Hominität, d.h. an fundamentale Zwischenmenschlichkeit, ein besserer Weg sein wird als eine Rückbindung an eine gloriose Transzendenz, und zwar an eine Zwischenmenschlichkeit, die in konkret erfahrener Liebe, in der Bereitschaft des Mitleidens, in der Faszination am „Anderssein des Anderen“ (Lévinas 1983; Petzold 1996k) wurzelt. Konsequenter praktiziert wurde eine solche Haltung von großen Kollektiven noch nicht, obgleich hierzu in den Konstitutionen der demokratischen Staaten und in den neueren, säkularen, kollektiven Bemühungen von Menschen zur Kodifizierung von „globalen Normen der Menschlichkeit“ vielfältige Zeichen zu finden sind: von den Statuten des Roten Kreuzes bis zur Akte von Helsinki oder den Bemühungen von Weltklimakonferenzen – wie hilflos und wenig effizient bislang noch immer – um die Sicherung einer lebenserhaltenden mundanen Ökologie etc.

Moderne Psychotherapie ist unseres Erachtens nicht nur **klinische Wissenschaft** und Praxeologie, sie ist auch **Kulturwissenschaft** und **Kulturarbeit** (idem 1996j), ein aufklärerisches Unterfangen, eine emanzipatorische kulturelle Bewegung. (Sie muß in diesen beiden Funktionen indes gut differenziert werden, so daß keine automatischen und allzu selbstverständlichen Übertragungen von dem einen in den anderen Bereich stattfinden. Hier werden jeweils sorgfältige Untersuchungen von möglichen Konnektierungen erforderlich.) In diesem Sinne gab es im Altertum zwar eine *Heilkunst*, aber keine *Psychotherapie* – die schamanistischen Praktiken ganzheitlicher und sozialer Heilkunst, die asklepiadische Therapeutik in den Tempelkrankenhäusern und die hippokratische Heilkunst (Petzold, Sieper 1990b) können nicht als Psychotherapie im modernen Sinne verstanden werden, z.T. fehlte in diesen Zeiten eine hierfür erforderliche, komplexe Vorstellung von „Psyche“ (Böhme 1985; Schmitz 1990), und es fehlte auch die Intention, einen Teilbereich des menschlichen Wesens separat

zu heilen. *Psychotherapie* im modernen Sinne konnte sich erst entwickeln mit dem Aufkommen demokratischer Staatsformen, wie sich historisch leicht ersehen läßt. In absolutistischen, diktatorischen und autoritären Systemen, wo das *mündige Einzelwesen* keine Rolle spielt, ja, unerwünscht und damit in seiner Existenz gefährdet ist, kann keine Psychotherapie praktiziert werden, die auf die *Souveränität, die Autonomie und die Selbstbestimmtheit des Subjekts*, auf *Mutualität* und intersubjektive *Ko-respondenz* von Gleichgestellten setzt (Petzold 1991e). *Psychotherapie entstand im Milieu der Aufklärung. Sie sollte – das sei nochmals betont – dieses Erbe nie vergessen und diesen ihren aufklärerischen, emanzipatorischen Impetus pflegen*, statt sich auf obskurantistische Heilungspraktiken zu richten, nostalgisch sich auf Ethnorituale zu verlegen und antiken, weltenthobenen Spiritualitätskonzepten nachzuhängen oder transpersonalen Neomystizismus zu betreiben.

Das ist keine Aussage gegen Spiritualität. (Man muß „Spiri-Moden“ und „Wege geistigen Lebens“ sorgfältig unterscheiden.) Diese ist zweifelsohne ein ubiquitäres menschliches Phänomen. Menschen suchen nach „Geistigkeit“, die sich immer wieder selbst bestimmt. Wie vielfältig aber die Ergebnisse einer solchen Suche sein können (und wohl auch sein müssen), zeigt die unendliche Zahl von Religionen und Lebensphilosophien. *Religionen sind individuelle und kollektive Emergenzphänomene* (zu Emergenz vgl. Bunge 1977, Krohn, Küppers 1992, Petzold 1998a, 41, 240), das Produkt gemeinschaftlicher Gedankenbewegungen, ähnlich denen, die auch Kulturformen, Sprachen, Traditionen der Kunst, politische Konstitutionen, Rechtssysteme hervorgebracht haben und eben auch religiöse Systeme. Psychotherapeuten haben diese *Faktizität des Geistigen*, Spirituellen, Religiösen ernst zu nehmen, aber dabei aus „guter Exzentrizität“ sich bewußt zu bleiben, daß die Verschiedenheit der kollektiven Emergenzprozesse *und ihrer Produkte* – z.B. religiöser Traditionen – auch zeigt, daß spezifische Ausformungen transpersonaler „Weltanschauung“ nicht weiterführend sind, wenn sie als *ein* definitiver Lösungsweg mit alleinseligmachendem Absolutheitsanspruch hingestellt werden. Eine *kritische, klarsichtige Wertschätzung* der verschiedenen Möglichkeiten und Wege, spirituelles Leben zu realisieren, müßte die Haltung sein, die Therapeuten bei der Begleitung nootherapeutischer Fragestellungen einnehmen (Petzold 1983e; Orth 1993).

Die „gelebte Toleranz“ oder besser noch: die „praktizierte klarsichtige Wertschätzung für die *Vielfalt* des Geistigen“ ist natürlich gleichzeitig eine Relativierung spiritueller Hegemonieansprüche. Klarsichtigkeit umfaßt den wohlwollenden und den kritischen Blick, der Verschleierung und Obskurantismus zu durchschauen bemüht ist. Eine solche Geisteshaltung ist bei der *Sehnsucht nach dem „Totalen“* (es sei wiederholt: sie wird fast immertotalitär) oder den *Wünschen nach „Fundamentalem“* (sie werden fast immer fundamentalistisch), die in den Menschen zu nisten scheinen, nicht leicht, denn hier werden natürlich die

Fragen nach dem individuellen und kollektiven Tod (Lifton 1994) und die Hoffnungen auf mögliche Lösungen für das Unmögliche berührt. Diese Zusammenhänge machen es so schwer, daß solche exzentrischen, aufklärerischen, kritisch-emanzipatorischen Positionen auch und gerade bei Therapeuten Verbreitung finden. Ideologien vom „Erlösungstypus“ haben eine bessere Konjunktur als eine „sober-mindedness“, die kritische Fragen aufwirft, zu welchen allenfalls tentative Antworten erarbeitet werden können, und solche vermögten Erlösungswünschen nicht nachzukommen.

Mit dem „undifferenzierten Regressionsparadigma“ in den psychodynamisch orientierten Therapien sind – wie erwähnt – oftmals magische und kryptoreligiöse Vorstellungen verbunden, z.B. die der Entsöhnung, der Wiedergeburt oder Neugeburt, ein alter religiöser Glaube, der im säkularen Gewand weiterlebt. Psychotherapie wird hier zum Initiationsritus, wo der alte sündenbeladene und kranke Mensch wiedergeboren wird, zu einem „neuen Menschen“ wird und das „gute Leben“ bzw. das wahre (ewige) Leben gewinnt, befreit von Schuld, Leiden, Krankheit, sündigen Gedanken und bösen Geistern. „Wenn ihr nicht geboren werdet aus Wasser und Geist“ (Joh. 3,5) oder nicht „werdet wie die Kindlein“ (Mk. 10,15), d.h., wenn ihr nicht durch ein Bekennen und Durchleiden im Blick auf die gemachten Fehler – selbst die der Eltern – in einen Stand der Unschuld zurückkehrt, von dem aus dann ein unbeflecktes sündenfreies Leben nach erfolgter Reue, Buße und Umkehr geführt wird, dann kann Heil (Gesundheit) nicht gewonnen werden. Dieser Gedanke der Neugeburt findet sich nicht nur in Modellen transpersonaler Therapie (Zundel, Fitthau 1989) oder in den Geburtstherapien (Freundlich 1981) von Janov bis Orr und Grof und bei ihren unkritischen Epigonen, sondern auch – wohlversteckt – im psychoanalytischen Regressionsmodell und letztlich bei Perls – trotz aller Betonung des „Hier und Jetzt“ –, denn er stellt einem seiner wichtigen späteren Bücher den Satz voran: „To suffer one's death and to be reborn is not easy“ (Perls 1969b). Schamanistische Heilungsriten oder lebensverwandelnde religiöse Initiationen können aber nur in dämonologischen, polytheistischen oder fundamentalistisch-theistischen Weltbildern mit den von ihnen konstellierte normativen Anforderungen greifen. Bei Initiationen neigen Menschen meist zu „autoplastischen Verwandlungen“, weil Initiationsrituale Zurichtungen für und Einpassungen in rigide Sinnschablonen sind, welche für komplexe, postmoderne Realitäten nicht greifen. Solche, an religiösen oder kryptoreligiösen Schablonen ausgerichtete Therapien tragen deshalb nicht durch, oder sie führen zu „Drop-out-Phänomenen“: eine Eingliederung in subkulturelle Milieus, etwa in den „Halo“ der Modepraxis eines „Startherapeuten“, die Jüngerschaft eines Psychogurus, in eine fundamentalistische religiöse Gemeinschaft oder in eine der zahl-

losen neomystizistischen bzw. transpersonalen Bewegungen, die ein entsprechendes Netzwerk und damit eine *kollektive Sinngemeinschaft* bereitstellen.

Es kann aber nicht das Ziel und der Regelfall sein, daß Psychotherapie einen solchen Weg initiiert. Sie soll vielmehr für das Leben in alltäglichen Kontexten ausrüsten und hierfür „Daseinstechniken“ bereitstellen sowie dafür sensibilisieren, wie man zu guten Netzwerken (Petzold 1979c, 1994g, 1995a; Röhrle 1994) mit hoher intersubjektiver Qualität beitragen kann, weil in solchen „mitmenschlichen Klimata“ Gesundheit und Wohlbefinden durch „wechselseitige Hilfeleistungen“ (Kropotkin 1902) in der Bewältigung von Belastungssituationen realisiert werden kann. Das „undifferenzierte Regressionsparadigma“ als verdecktes religiöses Erneuerungs- bzw. Wiedergeburtsschema muß mit Blick auf die hier aufgezeigten Hintergründe als eine weitverbreitete und recht dysfunktionale therapeutische Ideologie angesehen werden. Diese Aussage darf nun nicht als eine antireligiöse Position betrachtet werden, in der Spiritualität oder spirituelle Erfahrungen abgewertet werden. Die „heilige Nüchternheit“ und lebensbezogene Pragmatik großer Mystiker (Hildegard von Bingen, Theresa von Avila, Franziskus von Assisi, Sergius von Radonez, um nur einige zu nennen) zeigt, daß sie darauf gerichtet waren, praktische altruistische Lebenshilfe zu geben – gratis versteht sich! (Der „barmherzige Samariter“ leistete nicht nur Erste Hilfe, sondern ließ den unter die Räuber Gefallenen in der Herberge „auf seine Kosten“ gesundpflegen.) Die kryptoreligiösen und magischen Aspekte der Ideologien der „neuen Spiritualität“ in der Psychotherapieszene, zumeist in *teuren Seminaren* vermarktet und oft mit Moralinsäure, kontrollierenden Haltungen und äußerst dominanten Geltungsansprüchen verbunden, erfordern von Therapeuten und TherapeutInnen eine klarsichtige, besonnene und ernüchterte Haltung und eine Praxis, die an einer wertschätzenden Zwischenmenschlichkeit ausgerichtet ist. Aus einer solchen Praxis werden sich angemessene Formen finden lassen, mit religiösen und spirituellen Fragestellungen in konstruktiver und weiterführender Weise umzugehen, zu Wegen der Integration und vielleicht einer „säkularen Mystik“ zu finden (Petzold 1983e, 1993o), um für Menschen bei den so wichtigen Fragen nach dem Lebenssinn (Orth 1993), nach dem Tod (Petzold 1980a; Lifton 1994) und nach persönlicher Spiritualität – in welcher Ausprägung auch immer (vgl. idem 1969d II; 1971a, b II) – ein aufmerksam zuhörender, mitdenkender und sensibler Gesprächspartner und Begleiter zu sein, der seine Möglichkeiten *und Grenzen* kennt und auf jede Gurupose verzichtet.

5. Metakritische Reflexionen

Die gegenwärtigen Entwicklungen in der modernen Psychotherapie stellen viele – durchaus nicht alle – der alten Konzepte in Frage, und das ruft natürlich Widerstände hervor und Ängste. Sie erfordern, die eigenen Theoriemodelle neu zu überdenken (Pohlen 1999) und die eigene Praxis zu befragen, ob sie tatsächlich auf der Höhe des klinischen und psychologischen Wissens ist, auf dem Stand der Erkenntnis- und Ethiktheorie (Kühn, Petzold 1992), auf dem Stand auch der Theorieentwicklung im eigenen Verfahren mit seinen Konzepten und Methoden (Petzold, Orth, Sieper 1995a). Diese Frage müssen sich natürlich auch Integrative Therapeuten stellen und nicht zuletzt die Lehrtherapeuten und Lehrtherapeutinnen jedes Therapieverfahrens. Hierzu einige abschließende Überlegungen, denn trotz unserer kritischen Überlegungen in diesem Beitrag und andersorts müssen wir natürlich auch die Praxis unseres eigenen Ansatzes befragen, befragen lassen, beforschen (Petzold et al. 1995), Fragen, die wir natürlich auch für unsere Ausbildungskandidaten ausarbeiten, um ihnen Anstöße zu kritischem Nachdenken zu geben.

Für unseren „Integrativen“ Ansatz z.B. müssen unseres Erachtens folgende kritische Fragen gestellt werden, und wir wollen sie hier im Bezug auf entsprechende Texte stellen, um die Chance zu erhalten, fehlende Fragestellungen oder ideologische Einseitigkeiten aufgezeigt zu bekommen: Sind die eigenen ideologischen und politischen Positionen klar (Petzold 1978a, 1991a, 1994g, 1996j,k), werden sie offengelegt und immer wieder kritisch reflektiert, diskursanalytisch und dekonstruierend betrachtet (idem et al. 1996a; Zaepfel, Metzmacher 1996) – auch und gerade mit Ausbildungskandidaten, wo angezeigt und möglich auch mit Patienten (Orth et al. 1995b)? Werden genügend „theoretische Quergänge“ gemacht und die Positionen anderer therapeutischer Diskurse vergleichend beigezogen, um den eigenen Standard mit anderen Perspektiven zu konfrontieren (Märtens, Petzold 1995a,b, 1997)? Geschieht dies ohne Überheblichkeits- und Überlegenheitsgetue, sondern aus Erkenntnisinteresse und Engagement für das Patientenwohl? Werden in *Ausbildungsgruppen* die Konzepte und Forschungen der „klinischen Entwicklungspsychologie“ ausreichend erläutert (Petzold 1993c, 1994j) oder relevante Ergebnisse der Therapieforschung (Grawe et al. 1994; Bergin, Garfield 1994; Märtens, Petzold 1995a, b, 1998) eingebracht? Wurde in ihnen – um die methodische Seite und die Probleme einseitiger Methodenfixierung anzusprechen – ausreichend mit verschiedenen Theoriekonzepten und Methoden, aber auch mit „kreativen Medien“ (Petzold, Orth 1990a) gearbeitet, mit Leib- und Bewegungstherapie (idem 1974j, 1988n; Hausmann, Neddermeyer 1995), damit sie nicht nur rein verbal verlaufen? Wurde in ihnen mit Psychodrama, einem der genialsten therapiemethodischen Ansätze (Moreno 1946, 1959; Petzold 1979k; Leutz 1974), und Rollentauschsituationen gearbeitet, um die „andere Perspektive“ zu verdeutlichen? Wurden Interventionen erklärt, d.h. gab es genügend *processing* als Prozeßreflexion, um das Therapie- oder Ausbildungsgeschehen transparent zu machen?*

* *Lehranalysen*, in denen nie Interventionen theoretisch reflektiert wurden, nie leibtherapeutische Sequenzen stattfanden, man nie mit Bildern und kreativer Imagination gearbeitet hat und in denen nie das soziale Netzwerk, die Mikroökologie, der institutionelle Kontext aktiv einbezogen wurden (Frühmann 1993; Petzold, Orth 1993a; idem 1995a, b), müssen daraufhin befragt werden, ob hier tatsächlich *Integrative Therapie* gelehrt wurde, denn „Theorie als

Wo nie „Ko-responsenden um Theorie“ oder Diskurse über die Theorie-Praxis-Verschrankungen stattfinden konnten, das Besprechen des Geschehens mit dem begrifflichen Apparat der Integrativen Therapie und *vergleichend* mit Konzepten anderer „Mainstreams“ (dem behavioralen, dem systemischen, dem psychoanalytischen z.B.) nicht erfolgte und dies alles kritisch und metakritisch befragt werden konnte, ist die Frage berechtigt, was denn an dieser Vermittlung „integrativ“ sei?*

Theoriearbeit und das systematische Sammeln klinischer Erfahrungen allein genügen indes nicht. All diese aufgeworfenen Fragen muß man natürlich mit dem Instrumentarium empirischer Forschung angehen.**

Der Integrative Ansatz ist, darum bemühen wir uns, und das ist unsere Überzeugung, mit den neuen Entwicklungen im Feld der klinisch orientierten Psychotherapie nicht nur gut kompatibel, er steht seit seinen Anfängen im Strom dieser progressiven Bemühungen und trägt zu ihnen – das ist unser Bestreben – durch weiterführende und übergreifende Theorienbildung, durch die Entwicklung theoretisch konsistenter, am *life span developmental approach* orientierter Behandlungsmodelle und -methoden substantiell bei. Aber auch hier muß man fragen, was daran *modischer Trend*, was *Anpassungsleistung* an „mainstream psychology“, gesundheitspolitische Tendenzen, was Wissenschaftsgläubigkeit ist. Wir stellen uns solche Fragen immer wieder, und man stellt uns natürlich solche Fragen aus dem eigenen Kollegenkreis, z.T. kritisch, manchmal auch erbot, zuweilen sogar extrem feindselig.

Intervention“ (Petzold, Orth 1994b), die Dimensionen der Leiblichkeit, des Kontextes und der sozialen Netzwerke sind Kernelemente kokreativer Interaktion und kreativen Gestaltens in der integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit (idem 1997c; Sieper 1985; Sieper, Petzold 1993c). Es muß natürlich auch über die Probleme der Komplexität, der Methodenvielfalt, über Methodenaktionismus und Agieren in Medien, Regressionsorientierung etc. (Metzmacher, Zaepfel 1996; Otte 1995) nachgedacht werden.

* Die von Petzold herausgegebene methodenübergreifende Zeitschrift „Integrative Therapie“ (1975ff) sowie die unter seiner Herausgeberschaft erscheinenden methodenplural und interdisziplinären Reihen „Vergleichende Psychotherapie“ (1979ff, 12 Bde.) und „Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften“ (1974ff, 61 Bde.) dienen dem Diskurs zwischen den *Schulen, Orientierungen und Disziplinen*, einer transversalen und transdisziplinären Kultur. Mit dieser Zielrichtung wurden sie ins Leben gerufen und bis heute ediert.

** Wir haben dies mit mehreren großen Evaluationsstudien zu unserer Ausbildungspraxis und mit der Implementierung eines Qualitätssicherungssystems, permanenter Evaluation und Zertifizierung getan (Petzold, Orth, Sieper 1995a; Petzold, Hass et al. 1995, 1998; Petzold, Steffan 1999; Schigl, Petzold 1997). Wir versuchen, durch Effizienzforschung zu unseren methodischen Ansätzen in der Integrativen Therapie (vgl. das Schwerpunktheft „Therapieforschung“, *Integrative Therapie* 3, 1997) die Wirksamkeit unserer therapeutischen Praxis und ihre Qualität zu überprüfen (Hass, Märten, Petzold 1997; Petzold et al. 1999).

Das hohe innovative Potential des Integrativen Ansatzes gründet in seinem lebendigen Kontakt mit den Entwicklungen in Psychotherapieforschung, der allgemeinen Psychologie, dem *longitudinal research* klinischer Entwicklungspsychologie. Das macht es für Lehrtherapeuten und Praktiker unseres Ansatzes nicht immer einfach, mit den Ausarbeitungen in Theorie und Praxis Schritt zu halten, sie in ihr therapeutisches Handeln einzubeziehen und in ihrer Ausbildungsarbeit und Therapiepraxis umzusetzen (Petzold, Steffan 1999). Aber in anderen innovativen Ansätzen steht es nicht anders.

Lehrende stehen in einer dreifachen Anforderung: zum einen die gravierenden Veränderungen im gesundheitspolitischen Kontext, zum anderen die Fortschritte im Feld der klinischen Psychologie und der Psychotherapieforschung zur Kenntnis zu nehmen und schließlich die Entwicklungen innerhalb des eigenen Ansatzes umfassend zu rezipieren und didaktisch umzusetzen. Es wird deutlich, wenn man in die Materie eindringt, daß die Entwicklungen im Integrativen Ansatz wesentliche Entwicklungen im Feld klinischer Psychologie und Psychotherapie aufgenommen und verarbeitet haben bzw. – weil es ein Strukturelement dieses Ansatzes ist – *er beständig im Prozeß ist, dies zu tun*. Das ist eine Aufgabe, denen sich der einzelne Lehrtherapeut und das Kollektiv der Lehrtherapeuten zu stellen hat. Das gilt für jede therapeutische Orientierung, für jede „Schule“ zumal, will sie sich nicht vom Erkenntnisfortschritt – und der liegt im interdisziplinären und transdisziplinären Diskurs, also jenseits der einzelnen „Schule“ – isolieren.

Die *ko-respondierenden* Entwicklungen, die Ausbildungskandidaten in ihren theoretischen Arbeitsgruppen bei der Aneignung unserer Theoriekonzepte (Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper 1995) machen, zeigen, daß lebendige, ja, spielerische Theorie-Praxis-Verschrankungen stattfinden können und fruchtbar sind (Guthnecht 1995) und daß sie vor allen Dingen dazu führen, ideologischen Festschreibungen auf monokausale Erklärungsmodelle entgegenzuwirken. Das erfordert die beständige metakritische Reflexion der eigenen Ideologien (Orth, Petzold, Sieper 1995b, 156ff), denn *ideologiefrei zu arbeiten ist eine Ideologie, der wir nicht anhängen*. Es wurden in der Integrativen Therapie eigens Ansätze entwickelt, die eine solche mehrperspektivische und „exzentrische Position“ zu den eigenen ideologischen Positionen ermöglichen sollen: Das *Ko-respondenzmodell* (Petzold 1978c/1991e), die *hermeneutische Spirale* (idem 1988b/1991a, 489ff) und die „*metahermeneutische Triplexreflexion*“ (idem 1994a, dieses Buch, S. 112) mit ihren Referenzmodellen der Diskursanalyse (Foucault 1974), der Dekonstruktion (Derrida 1982), die „*Beobachtung zweiter Ordnung*“ (Luhmann 1992) und der transversalen Konnektierung (Petzold et al. 1996a; Welsch 1996).

Das Faktum, einer komplexen Wirklichkeit mit *explorativen* Konzepten gegenüberzustehen, keine allgemeinverbindlichen Antworten zu haben, sich be-

wußt zu einer Praxis „heraklitischer systematischer Suchbewegungen“ entschieden zu haben (Petzold, Sieper 1988b), eine Ideologie, deren *Metaerzählung* es ist, keine übergreifenden, ewigen Metaerzählungen mehr als allgemein-verbindlich anzuerkennen (Lyotard 1982), wird all diejenigen zunächst einmal frustrieren, die nach endgültigen Sicherheiten (der diagnostischen Aufklärung von Problemen und der probaten Behandlungsschemata zur interventiven Seite hin) suchen. Sie könnten aber auch ent-täuscht werden. Das Erarbeiten von „multiplen Ursachen“ und das Entwickeln multidimensionaler Interventionskonzepte ist auf der einen Seite mühsam, auf der anderen Seite aber faszinierend und belohnend, weil es der komplexen Lebenswirklichkeit der Patienten und Klienten gerecht wird. Daß es sich in dieser Arbeit nicht um Beliebigkeit handelt, sondern um eine *systematische Suchbewegung* unter Beiziehung von theoretischen Konzepten und Erkenntnissen der klinischen Praxis, Ergebnissen der Forschung und besonders unter sorgfältiger Beachtung der „subjektiven Theorien“ und konkreten Rückmeldungen der Patienten und ihrer relevanten Bezugspersonen, steht außer Frage. Die permanente Befragung der eigenen Positionen im Sinne der „*metahermeneutischen Triplexreflexion*“ (vgl. S. 112f) macht den Reichtum des Integrativen Ansatzes aus. (I) die *Beobachtung* des therapeutischen Geschehens, (II) die *Beobachtung und Reflexion* dieses Beobachtens selbst und (III) das *gemeinsame Befragen* (etwa in der Intervision) dieses Tuns wiederum auf seine historischen und gesellschaftlichen, ideologischen und ökonomischen Bedingungen hin (idem et al. 1996a). Die Differenzierungen und Differenziertheit, die Fülle und Vielfalt eines solchen Ansatzes lassen sich wiederum einigermaßen integrieren, wenn man – all dieses betrachtend – in eine „*philosophische Kontemplation*“ (Russell 1968) eintritt, um etwas Gelassenheit den Ereignissen der Zeit, den Wirren und Turbulenzen eines persönlichen Schicksals, einer therapeutischen Schule bzw. Orientierung, eines Ausbildungsinstitutes, eines berufspolitischen Feldes gegenüber zu gewinnen, in einer Gewißheit lebt, die darin sicher ist, daß die *wirklich essentiellen Dinge sich auf Dauer durchsetzen* – allen Wirrungen, momentanen Fehleinschätzungen, Machenschaften und aller Ignoranz zum Trotz –, und sollte dies nicht geschehen, lohnt es der Sorge ohnehin nicht mehr. So, wie wir in die Selbstheilungskräfte unserer Patienten vertrauen, die wir unterstützen, für deren Kreativität wir Entfaltungsmöglichkeiten bereitzustellen suchen, so gilt es darauf zu trauen oder doch zu hoffen, daß sich die menschengerechten, die humanen Qualitäten in komplexen Organisationen, ja, Gesellschaften durchsetzen. Dieses Vertrauen ist allerdings kein blindes, dieses Hoffen ist kein naives, unreflektiertes, sondern kann hinlängliche Sicherheit nur gewinnen, wenn diese Zuversicht getragen wird von der eigenen engagierten Investition und vom aktiven Engagement vieler Menschen für ein menschenwürdiges Leben. Für ein solches Engagement wollen wir überzeugen,

begeistern – Ausbildungskandidaten, Kolleginnen und Kollegen. Diesem Ziel gilt unsere theoretische, praktische und lehrende Arbeit. Ein solches Engagement – davon sind wir fest überzeugt – ist nicht weltenthoben und nicht obskurantistisch. Es flüchtet nicht in *abgehobene* Formen der Spiritualität, die eher eine eskapistische Abwehrfunktion haben als eine Verankerung in den Erfordernissen des Lebens und in einer „guten Alltäglichkeit“.

Der *postmoderne Diskurs* steht in der Gefahr, sich in Komplexität zu verlieren, die zu einer verwirrenden, chaotischen Unüberschaubarkeit (Habermas 1985; Castoriadis 1981) ausufert, oder in eine apokalyptische Düsternis am Ende des Millenniums abzudriften (Derrida 1985; Sloterdijk 1989). Er hat aber auch die Chancen, zu einer *ernüchterten Haltung* zu finden, die dennoch engagiert ist (Metzmacher, Zaepfel 1995), die mit hinlänglicher Klarsichtigkeit auf die Vielfalt schaut und auf der Basis einer in „*philosophischer Kontemplation*“ gewonnenen Zusammenschau das zu tun versucht, was getan werden muß: im Alltag, im Patientenkontakt, in der Ausbildungstätigkeit, in einem verantwortungsvollen, bewußten politischen Handeln. Daß dies „*riskante Chancen*“ sind (Beck 1986; Beck, Beck-Gernsheim 1994), wird jedem politisch und zeitgeschichtlich bewußten Menschen klar sein.

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht: Psychotherapien sind offensichtlich in der Situation, daß sie subtilen Dependenzverhältnissen nicht entkommen können, daß sie immer ein gewisses Maß an Manipulation umfassen, welches nicht völlig transparent gemacht werden kann – denn Psychotherapie ist, das muß mit aller Offenheit zugestanden werden, „*methodisch eingesetzte Manipulation*“, die mit dem „*informed consent*“ (Robitscher 1978) des Patienten erfolgt, eine Manipulation, die diesem, soweit dies immer möglich ist, transparent gemacht wird und werden muß (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997). Es hilft wenig, diesen manipulativen Charakter zu leugnen oder ihn rationalisierend zu entschärfen. Die gesamte Struktur psychotherapeutischen Handelns ist durchtränkt von solchen Elementen. Patienten werden „*in die Supervision oder in die Kontrollanalyse gebracht*“ und wissen oft genug nicht davon, daß ihre „*intimsten Probleme*“ mit einem Dritten, Fremden erörtert werden (zu ihrem Wohle natürlich!) –, obgleich dies nicht rechtens ist (siehe *ibid.*). Der Einfluß dieser unsichtbaren Präsenz im Hintergrund, die Wirkung des Faktums, daß dies meistens nicht im „*informed consent*“ erfolgt, wird in der psychotherapeutischen und supervisorischen Literatur aller Schulen schlichtweg ausgeblendet (vgl. Petzold 1993m). Therapeutische Strategien oder ihre theoretischen Begründungen werden selten offengelegt. Die Arkandisziplin antiker Priesterärzte herrscht nach wie vor in den Handlungsstrukturen psychotherapeutischer Settings und in den Ideologien ihrer Schulen. Nur selten wird in der Patientenarbeit „*Theorie als Intervention*“ eingesetzt (Petzold, Orth 1994a), indem Zusam-

menhänge erklärt werden. Dabei sind psychologische und psychotherapeutische Erklärungsmodelle, sofern sie wohlbegründet sind, ein kostbares Gut, das nicht allein in den Köpfen der Psychologen verbleiben sollte, sondern auch den Patienten zur Verfügung gestellt werden müßte, und zwar mit der kritischen Haltung und der Exzentrizität psychologischen Theorien gegenüber, die Therapeuten selbst pflegen sollten, weil immer wieder zu sehen ist, daß sich solche Explikationsfolien auch erheblich ändern können, ja, sich auch als falsch erweisen. Theorien werden im *Lewinschen* Sinne als „eine gute Möglichkeit der Klärung“ vorgestellt. Sie werden nicht als „ewige Wahrheit“ mit dogmatischer Apodiktik verkündet, wie wir dies bei mythologisierenden „systemischen“ Ansätzen, etwa durch das „Einkreuzen“ skripttheoretischer Annahmen (*Hellinger* 1993, 1995) oder bei ekklesialer Verwendung *Freudschen* oder *Jungschen* Gedankengutes finden (*Schellenbaum* 1992; vgl. *Petzold* 1995, *Integrative Therapie*, 1, S. 98 f) oder bei naiver Wissenschafts- und Forschungsgläubigkeit. Dann nämlich kann auch „Manipulation durch Theorie“ erfolgen, und dies nicht zu knapp.

In der Psychotherapie muß man offenbar durch Abhängigkeiten hindurchgehen – wieder und wieder: die Abhängigkeit des Psychotherapeuten von seiner Schule, von den Schulgründern und deren Theorie, die Abhängigkeit von Forschungsergebnissen (*Grawe et al.* 1994), die Abhängigkeit von seinem Lehranalytiker oder seinem Ausbildungsinstitut. Man muß durch die Abhängigkeit des Patienten von seinem Therapeuten und von den ihm durch diesen Therapeuten vermittelten Weltauslegungen und theoretischen Visionen. Man muß hindurchgehen durch die Abhängigkeit von der Hilfe des Therapeuten, von seinen Qualitäten als Person. Dem therapeutischen Ideal der Integrativen Therapie: „*Wo Übertragung war, soll Beziehung werden*“ (*Petzold* 1991b) kann man sich nur annähern. Es ist nicht einfach in solchen Strukturen zu realisieren, und oft gelingt es uns nur unvollkommen. Dabei sei unterstrichen: Auch *Beziehungen* haben Geschichte, die in ihnen zum Tragen kommt. Sie sind biographisch „eingefärbt“, doch ist diese inhärente Geschichte im Unterschied zu *Übertragungen* bewußt bzw. bewußtseinsfähig. In Beziehungen können aber durchaus einmal Übertragungsqualitäten „aufflackern“, und in der Beziehungsarbeit geht es auch immer wieder um die Klärung von Übertragungsmomenten. Beziehung ist kein „aseptisches“ Geschehen „idealer“ zwischenmenschlicher Kommunikation/Interaktion, aber sie ist – im Unterschied zur Übertragung – nicht von einer „generalisierten Verkennung“ gekennzeichnet, die unbewußt bleibt. Wir verwirklichen die *Annäherung* an das oben erwähnte Postulat um so besser, je deutlicher wir uns *bewußt werden*, daß trotz aller emanzipatorischen Ideologien und aller beschworenen Mündigkeitsziele die immer wieder wirksam werdende Grundstruktur „*durch Auseinandersetzung mit Abhängigkeiten zur Selbstbestimmtheit und Souveränität*“

(Petzold, Orth 1998) mit all ihren Problemen und Gefahren zum Tragen kommt – quer durch die psychotherapeutischen Schulen (Hafke 1996):

Die *Psychoanalyse* zielt auf die Autonomie des Subjekts ab und legt dieses zunächst auf die Couch, in die Kindposition, stellt es unter die Verpflichtung der psychoanalytischen Grundregel, betreibt den Aufbau einer Übertragungsneurose, um in der Befreiung von dieser persönliche Freiheit zu erlangen. So wird „der Teufel mit Beelzebul ausgetrieben“. Das *Psychodrama* verkündet mit Moreno die spontane Kreativität des Subjektes, aber der „Psychodramadirektor“ ordnet den Rollentausch an, bestimmt das Spiel, die Szenenwechsel. Spontaneität und Kreativität des Patienten werden über die Partizipation an diesen Eigenschaften des Therapeuten gewonnen. *Gestalttherapie* will Menschen zur „awareness“ der eigenen Befindlichkeit, des eigenen Handelns und Tuns führen, und das geschieht über die „awareness“ des Therapeuten, der beständig die Wahrnehmungsbewußtheit des Patienten lenkt: „Was spüren Sie jetzt, schauen Sie, was Ihre Hand gerade tut, was fühlen Sie jetzt, was geht Ihnen jetzt durch den Sinn?“ Die *Gesprächstherapie* versucht in „nondirektiver Direktivität“, bei dem Patienten Authentizität, Selbständigkeit und Selbstkongruenz zu fördern (es ist schon ein hohes Maß an Determinierung von Kommunikation und Interaktion, das durch die klassischen GT-Variablen bestimmt und durch die damit verbundenen artifiziellen Kommunikationsmuster gewisser klientenzentrierter Therapeuten bewirkt wird). Der Therapeut zeigt dem Patienten durch sein eigenes Modell der Realisierung dieser Variablen, wie es gemacht werden muß.

Das „*interventive Paradoxon*“ der *Psychotherapie*: „Sei reflektiert, sei spontan, sei bewußt, sei autonom, sei authentisch, sei integrierend!“ findet sich durchweg, und auch Verhaltenstherapeuten entgehen ihm nicht: „Sei assertiv!“ Wenn dieser durchgängige, subtile „*double bind*“ verleugnet und nicht selbst von den Therapeuten und den Patienten zum Thema des therapeutischen Diskurses bzw. von Ko-respondenzprozessen wird, die sich selbst zum Gegenstand der Ko-respondenz machen – und das bedeutet *metakritische* Reflexion –, können emanzipatorische Ziele in Therapien letztendlich nicht erreicht werden, sondern es erfolgt die von Berger und Luckmann (1970) so treffend beschriebene *Einpassung* des Individuums in gesellschaftlich lizenzierte Sinngefüge und staatlich verfügte Ordnungssysteme. Sinnvolle Strukturen, wie die der *demokratisch-freiheitlichen Grundordnung*, werden so nicht aufgrund innerer und politisch ko-respondierender Auseinandersetzung des Subjekts bewußt und mündig bejaht oder in Frage gestellt oder abgelehnt, sondern sie werden durch die *Sozialisationsagenturen* „Therapie und Beratung“ an den Patienten herangetragen, ihm aufgeprägt, ja, zuweilen aufgezwungen, ohne daß er sich dessen bewußt ist (wie es vielfach Therapeuten selbst an einem solchen Bewußtsein gebricht).

In der Arbeit mit Patienten müssen deshalb die Emanzipationsideologien und die subtilen Dependenzstrukturen von Therapie, muß die Rolle und Funktion von Therapeuten als Agenten der medizinischen Versorgung bzw. des Gesundheitssystems und des gesellschaftlichen Anpassungsauftrags zum Thema werden und damit die *Funktion von Psychotherapie* – sowohl in ihren anpassenden, disziplinierenden als auch in ihren kulturkritischen, emanzipatorischen Dimensionen. Das, was wir für den Bereich der Supervision als Modell der „*metahermeneutischen Triplexreflexion*“ (Petzold 1998a, dieses Buch S. 112), der metakritischen Reflexion von Praxis in Kontext und Kontinuum vorgestellt haben, gilt uneingeschränkt auch für die Psychotherapie. Sie muß – *Ebene I* – den laufenden Prozeß (den des Therapeuten, den des Patienten, den der Therapeut-Patient-Beziehung, den der Setting- und der Feldeinwirkungen) betrachten und reflektieren. Sie muß – *Ebene II* – diesen Beobachtungs- und Reflexionsvorgang in Bemühungen *sozialen Sinnverstehens* (idem 1995a, 171) selbst betrachten unter Beziehung anderer im Sinne eines „Beobachtens zweiter Ordnung“ (Luhmann 1991, 1992, 102; von Foerster 1981), um Exzentrizität und Mehrperspektivität zu gewährleisten (Beobachtungen auf Einflußfaktoren, wie z.B. Rollenfunktionen, Statusgefälle, institutionelle Bedingungen und persönliche Lebenslagen). Sie muß – *Ebene III* – dieses „Beobachten des Beobachtens und des Beobachters“, dieses „Reflektieren der Reflexion“, für das die *Koreflexion* (Petzold, Orth 1996b) mit externalen Experten unverzichtbar ist, auf übergreifende Determinierung hin befragen (Zeitgeist, gesellschaftliche Trends, politische Klimata, kulturelle Normsysteme und verdeckte **Diskurse**). Solche reflektierenden „Sinngespräche“ sind für Ausbildungsprozesse unabdingbar und haben in Therapien durchaus Platz, ja, müssen Raum haben, und dies nicht zuletzt in Behandlungen von sehr schwer gestörten Patienten, deren *Luzidität* oft beachtlich ist, obgleich sie immer wieder von den stigmatisierenden Unfähigkeitsattributionen, „self-fulfilling prophecies“ des drohenden Scheiterns und von der Überlegenheitsattitüde der Therapeuten beeinträchtigt wird.

Reflexive bzw. koreflexive sinnorientierte Phasen in Therapien können mit Fug und Recht als „*nootherapeutische Sequenzen*“ bezeichnet werden, ganz gleich, ob sie nicht-religiöse oder „spirituelle“ Themen zum Gegenstand haben. Sie sind auf das Leben selbst zentriert, und was gibt es Bedeutsameres? Sie erschließen ein vertieftes Verständnis für Lebenszusammenhänge und tragen auf diese Weise zu Erfahrungen von „Lebenssinn“ bei. In ihnen ereignet sich immer wieder einmal eine Qualität, die nach unserer Auffassung wohl am besten mit dem hier wiederholt angesprochenen Begriff der „*philosophischen Kontemplation*“ (Russell 1964; Tiedemann 1993; Petzold 1994a) gekennzeichnet wird: Therapeut und Patient finden dann zu einem gemeinsamen Verständnis von Zusammenhängen, manchmal zu „*ontologischen Erfahrungen*“ (Albert 1972; Orth 1993), die nicht viele

Worte brauchen und keine letzten Erklärungen verlangen, weil sie vom ruhigen Fluß des heraklitischen Lebensstroms berührt worden sind - und sei es auch nur für die Zeit einer *Kairos-Erfahrung* (Petzold 1981e, 1991o). In ihr können „Ruhe in der Bewegtheit“ und immer wieder auch eine „engagierte Gelassenheit“ erlebt werden, Qualitäten, zu denen man sich in den Mühen und Freuden des alltäglichen Lebens und der ganz gewöhnlichen therapeutischen Routinearbeit, aber auch in den schmerzlich erkämpften Veränderungsprozessen hinwenden kann.