

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert*, *Apostolos Tsomplektis*, *Hilarion G. Petzold*, *Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 01/2009

Einführung zu einer Grundregel für die Integrative Therapie Kontext und Hintergründe (2000)

Hilarion G. Petzold, Hückeswagen *

Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/2009-2010

* Aus der „**Deutschen Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)**“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: *Cornelia Jakob-Krieger*, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf; *Hermann Ludwig*, Hannover; sowie 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*, Prof. Dr. phil. *Johanna Sieper*. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

Dieser Vortrag hat die Sigle 2000 und wurde gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 1. Mai 2000. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Textarchiv H. G. Petzold Jg. 2000. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>. - und in: *Petzold, Orth, Sieper* 2010, 437-460.

Zusammenfassung: Einführung zu einer Grundregel für die Integrative Therapie - Kontext und Hintergründe

Die „Grundregel“ wurde formuliert aus dem gesamten theoretischen Fundus der Integrativen Therapie, ihrer Anthropologie, Intersubjektivitätstheorie, dem *POLYLOG* mit ihren Referenztheorien, Gesundheits-/Krankheitslehre sowie auf dem Boden der Erfahrungen aus der integrativen Salutogenese- und Pathogeneseperspektiven fokussierenden Behandlungspraxis und Supervision. Sie sollte daher für dieses Verfahren und die, die es praktizieren „Sinn“ machen. Sie wurzelt im „Korespondenzmodell“, dem *Herzstück* der Integrativen Therapie mit ihrer konvivialen Ausrichtung.

Schlüsselworte: Integrative Therapie, Grundregel, Theorie IT, Theorienbildung, Ethik.

Summary: Introduction to a basic rule for Integrative Therapy - Context and backgrounds

The "basic rule" was formulated from the entire theoretical fund of the Integrative Therapy, its anthropology, intersubjectivity theory, the *POLYLOG* with their reference theories, health / illness theory as well as on the ground of the Experience from integrative salutogenesis and pathogenesis perspectives focusing treatment practice and supervision. Therefore for this procedure and those who practice it should make sense. It is rooted in the correspondence model, the heart of integrative therapy with its convivial orientation.

Key words: Integrative Therapy, Basic Theory, Theory IT, Theory Building, Ethics.

Einführung zu einer Grundregel für die Integrative Therapie Kontext und Hintergründe

Hilarion G. Petzold, Hückeswagen¹

»Zum Thema einer „**Grundregel für die Integrative Therapie**“, die ich heute vorstellen werde und in einem Theoriebeitrag konzeptuell zu begründen suche, möchte ich einige persönliche Bemerkungen zum Kontext dieses Unternehmens vorausschicken. In Grundregeln geht es meistens um Verhaltensanleitungen, Kontrollrichtlinien, methodische Regelungen, Qualitätsstandards, ideologische Vorschriften oder Glaubenssätze, auf die Menschen einer „community“ verpflichtet werden und/oder sich verpflichten. Darum geht es in unserer Grundregel nicht. Es geht in ihr vielmehr vor allem um die **Integrität** von Menschen, um die Gewährleistung, Sicherung und Förderung ihrer „Integrität in therapeutischen Kontexten“. Das ist das Primäre! Wir haben seit 1991 ein Ethikreglement an FPI/EAG, sind auf die Ethikstandards der Schweizerischen Therapiecharta durch unsere Mitgliedschaft verpflichtet. Warum also eine „Grundregel“? – Sicher nicht, weil es eine *Freudsche* Grundregel gibt, sondern weil sich in meiner Auseinandersetzung mit Fragen zwischenmenschlicher Beziehungen, mit dem Thema der therapeutischen Beziehung und auch mit dem Beziehungsthema in Ausbildung und Supervision neue, vertiefende Entwicklungen ergeben haben. Das Beziehungsthema ist ja ein zentrales und „klassisches“ im Integrativen Ansatz, dessen Basis ich 1978 in meinem „Ko-respondezmodell“ der „Begegnung und Auseinandersetzung“ in „Konsens-Dissens-Prozessen“ ausgearbeitet hatte (Petzold 1978c). Die Diskussion der Diskursmodelle von *Habermas* und *Foucault* war dabei wesentlich. Ich hatte dazu dann 1980 ein erstes schulenübergreifendes Buch zu diesem Thema in der von mir mit *Grawe* und *Wiesenhütter* herausgegebenen Reihe „Vergleichende Psychotherapie“ veröffentlicht „Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung“ (Petzold 1980g), in dem ich die Position der Integrativen Therapie ausführlich vorgestellt habe mit Bezug auf *Merleau-Ponty*, *Marcel*, *Levinas*, *Buber*. Andere AutorInnen des Bandes hatten Psychoanalyse, Gestalttherapie, Psychodrama und weitere wichtige Therapieverfahren vorgestellt. Die Positionen dieser Arbeiten sind bis heute gültig, wurden dann aber zu einer umfassenden „Theorie der Relationalität“ – Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung (idem 1986e) – ausgebaut und 1988 wurde das Thema klinisch-methodisch spezifiziert: „Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie“ (idem 1988p). Dann kam es 1996 mit meinem Nachruf auf *Levinas* „Der ‚Andere‘ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas*“, zu einer gewichtigen Fokuserweiterung. Neben *Marcel* wurde jetzt *Levinas* gestellt. Wir sind damit noch weiter von *Buber* und seinem hegemonialen „Ich“ im „Ich und Du“ abgerückt, seinem jüdisch-theologischen Hintergrund, und zur Formel „Du, Ich, Wir – Wir, Du, Ich in Kontext und Kontinuum“ gekommen, mit der noch

stärkeren Betonung des „Wir“, der „Polyade“ und dem Wissen über die „Andersheit des Anderen“, der „immer vor mir ist“, unbedingten „Respekt“ verlangt – so *Levinas*. Im Hintergrund stand der russische Philosoph *Mikhail Bakhtin* mit seiner radikal „polyphonischen Dialogik“, der mich in meinem Konzept des „**Polylogs**“, des „viestimmigen Sprechens nach vielen Seiten“² bestärkt hat, wie es Gruppen, Netzwerke, Bewegungen von Menschen erforderlich machen. Das alles ist in die Erarbeitung meiner „Grundregel“ eingeflossen, aber es waren nicht nur theoretische Erwägungen, es waren auch Herausforderungen in meinem Leben und in meiner Arbeit und in der Integrativen Bewegung, die hier eingegangen sind. Einige Hinweise dazu:

In der Entwicklung einer Bewegung in der Psychotherapie und in ihren Institutionen, gibt es Erfolge und Krisen. Es werden Erkenntnisse gewonnen, Entdeckungen gemacht und es geschehen Fehler und Irrtümer, durch menschliche Schwächen, durch falsche Ideologien, durch **Zeitgeisteinflüsse** (1989f), von denen man sich nicht immer hinreichend distanzieren kann. Es erfolgen Außeneingriffe mit inhaltlichen Konsequenzen, wie das deutsche Psychotherapiegesetz, Vorgaben für die man keine alternativen Handlungsmöglichkeiten hat und das uns existenziell bedroht hat, unsere Lebensarbeit. Derartige Einschnitte musste ich in meiner Tätigkeit als Institutsleiter, Ausbilder und Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Supervisor verschiedentlich erfahren. Es bahnte sich eine höchst rigide Regelung der Psychotherapie hierzulande. Unser Ausgangspunkt indes war ein anderer. Es sei erinnert: *Johanna Sieper* und ich hatten 1963 – 1971 in Paris studiert, mitten in der Befreiungsbewegung von 1968 – so erlebten wir das als Studenten damals. Seit 1967 konnte ich Amerika und Canada besuchen, wohin die Brüder meines Vaters emigriert waren und mit ihren Familien lebten. 1970 der erste Aufenthalt ich Esalen. Das war kein Ort für die Behandlung von Kranken, sondern ein für mich faszinierender Ort des Erlebens und Wachstums. Ich lernte dort *Ida Rolf*, *Fanita English*, *Geni Laborde u.a.m.* kennen. Ganz anders war die Atmosphäre am Lake Cowichan, einfacher, rustikaler, ein altes Motel eben. Ich erlebte die „National Training Laboratories“ (NTL) in Bethel, Maine, ein Ort experientialen Lernens (Erfahrungslernen) in der Tradition von *Lewin*, wo ich *Charlotte Selver*³ kennen lernte und die *Lewin*-Schüler *Benne*, *Bradford* und *Lippit*⁴ und mich zum Gruppendynamik-Trainer ausbilden lies (1972 abgeschlossen). Ich „erfuhr“ das Moreno-Institut in Beacon, mit „J.L.“ und *Zerka Moreno*, wo ich zum „Director of Psychodrama“ ausgebildet wurde (abgeschlossen 1972). Das alles waren für mich besondere Orte freien, **erlebnishaften** Lernens zwischen gleichrangigen, lernbegierigen Erwachsenen. Ich wollte ähnliches in Europa aufbauen.

Ich erlebte 1967 Daytop – ein nicht minder faszinierender Ort der Behandlung schwerstabhängiger Süchtiger und ich habe das Modell nach Deutschland gebracht zusammen mit *J.U. Osterhues*, der es ab 1970 in breiter Weise umsetzte (*Petzold* 1974b). Daytop war eine amerikanische Einrichtung für SuchtpatientInnen. Ich meinte, sie „europäisieren“ zu müssen, kreierte das „Four Steps Modell“. Das führte bekanntlich zu zahlreichen Drogeneinrichtungen, die ich Anfang der siebziger Jahre beraten konnte und aufzubauen half und die noch heute arbeiten⁵.

Therapieausbildungen im Esalen-Stil der kalifornischen Flower-Power-Zeit oder im Stil des „Gestaltkibbuz“ wie sie von uns und anderen (z.B. *Wolf Büntig*) seit Anfang der siebziger Jahre nach Europa gebracht wurden, konnten – das wurde mir bald klar – hierzulande keine angemessene Grundlage klinischer Professionalisierung bieten. Da war das erwachsenenbildnerische Modell der NTL in Maine schon eher geeignet und *Johanna Sieper* (VHS Dormagen) und ich (VHS Meerbusch) richteten dann auch in den von uns geleiteten Einrichtungen der Erwachsenenbildung beginnend 1970 die ersten Selbsterfahrungsprogramme im deutschen Raum ein – heute sind sie Standard⁶. Ich sah

Mitte der siebziger Jahre: Therapie und Therapieausbildungen würden reglementiert werden. Ich habe die Westküsten-Ideologie der Gestalttherapieworkshops von *F. S. Perls* und *J. Simkin*, den ich 1973 zu unserem „Gestaltkibbuz“, einem Intensivseminar, nach Dugi Otok holte, in Richtung NLP-Setting revidiert, denn die Esalen- und Cowichan-Formen des Trainings waren, wie ich sehen musste, für unsere Zeiten und Kontexte nicht angemessen. Wir wollten und mussten das „klinischer“ gestalten, wollten aber nicht das „lebendige Lernen“, die Qualität der „Learning Community“ verlieren. Wie haben Theorieveranstaltungen und Supervisionseinheiten in die Intensivseminare eingebracht und als Ausbildungseinrichtung in einem längeren Prozess eine „europäische“ Tradition entwickelt, die einer permanenten „Theorie-Praxis-Verschränkung“, eine „Integrative Agogik“ in der kognitives, emotionales, volitionales und soziales Lernen verschränkt wurden (*Petzold, Brown 1977*). Wir führten unsere Bildungseinrichtung konsequent zum gemeinnützigen, bildungsrechtlich geregelten Akademiestatus mit staatlicher Anerkennung (seit 1982)⁷. Angefeindet durch viele der „Goodman-anarchistischen“ Gestaltkolleginnen aus der damals unregulierten „humanistischen“ Therapieszene, führten wir früh die ersten geordneten Curricula ein (*Petzold, Sieper 1976*) – alle sind unserem Beispiel dann gefolgt. Wir gründeten auf meine Initiative den ersten schulenübergreifenden Dachverband (AGPF 1978, vgl. *Petzold 1993a, 1030ff*). 1985 konnte ich die „Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie“ ins Leben rufen, um institutionelle Sicherheit und Anerkennungsmöglichkeiten zu erreichen. Wir unternahmen – bekanntlich gegen heftige Widerstände in den eigenen Reihen des Lehrkörpers⁸ – die ersten empirischen Evaluationen von Psychotherapieausbildungen⁹, mit sehr guten Ergebnissen, führten Ethikreglements und die Beteiligung der AusbildungskandidatInnen in allen Gremien ein¹⁰, eine rechtlich festgeschriebene Mitwirkungsmöglichkeit, die man in den Richtlinien-Instituten so nicht hat. In ihnen dominiert – diskurstheoretisch betrachtet – das machtvolle Modell der traditionellen psychoanalytischen Ausbildungsinstitute. Das waren viele theoretische, praxeologische und organisationale Aktivitäten. Und sie waren nicht immer einfach und nicht konfliktlos, ging es doch auch um eine Ablösung von einer einseitigen Orientierung auf die *Perls*'sche Gestalttherapie. Sie war für einige KollegInnen zentral, aber sie war nie unsere einzige und primäre Ausrichtung. Wir hatten von Anfang an, seit 1972, an unserem Institut auch „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ (IBT, *Petzold*, seit 1974 auch *Heinl, Orth*) und „Integrative Therapie mit kreativen Medien/Kunsttherapie“ (IKZ, *Sieper*, seit 1974 auch *Orth*) neben unserer Version integrativ orientierter Gestalttherapie (*Petzold, Heinl, Sieper*), also unseren eigenen „Integrativen Ansatz“ gelehrt – seit 1973 auch mit einem soziotherapeutischen Zweig. Wir haben unseren Stil in zunehmender Vertiefung, mit Orientierung auf europäische Quellen besonders die französische und russische Schule und auf die wissenschaftliche Psychologie entwickelt. Ich lehrte seit 1971 als Professor der Psychologie und *J. Sieper* als Dozentin in Paris. Dann lehrte ich seit 1972 auch als Lehrbeauftragter Entwicklungspsychologie einschließlich der Gerontopsychologie, Gruppentherapie, Randgruppenarbeit an der PH Neuss und der FH für Sozialarbeit, Uni Düsseldorf, seit 1979 als a. o. Professor für „*Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik in der Lebensspanne*“, 1984 dann als ordentlicher Professor an der FU Amsterdam, was auch therapeutische und forschende Arbeit mit Babies und Kleinkindern, Psychiatric- und mit GerontopatentInnen umfasste¹¹. Von 1980 – 1989 war ich zugleich Gastprofessor an der Abteilung klinische Psychologie bei *Klaus Grawe* an der Universität Bern, wo ich auch als Supervisor der klinischen Praxisstelle arbeitete. Diese starke akademisch-wissenschaftliche Orientierung kontrastierte natürlich die erlebnisorientierte, auf „personal growth“ gerichtete humanistisch-psychologische Szene und führte bei mir zu einer z.T.

kritischen Auseinandersetzung mit gestalttherapeutischen Konzepten, ohne dass wir die Gestalttherapie mit ihren nützlichen Elementen gänzlich aufgeben wollten. Wir sahen und sehen sie als eine „Methode“ im Rahmen des „Verfahrens“ der Integrativen Therapie (Petzold 1993h). Das brachte Konflikte mit bestimmten Szenen und Gruppierungen auch in der eigenen Bewegung, und in solchen Kontroversen kommt man an eigenen Fehlern und an der Arbeit an solchen Fehlern nicht vorbei. Man macht Fehler in solchen komplexen Kontexten, in denen ich, auch ohne Erfahrungen, als doch noch recht junger Innovator tätig war (Zundel 1987). Ich habe jedenfalls Fehler in der institutionellen Arbeit gemacht. Obwohl das FPI von uns begründet worden war, mit unseren Mitteln, und wir auch die offiziellen Leitungspositionen inne hatten, habe ich – in 68er Manier – zuweilen nicht eindeutig genug geführt. Andererseits wirkte ich durch meine intellektuellen Potentiale übermächtig, ohne dass ich das damals ausreichend abpuffern konnte, denn das faszinierte, wurde aber zugleich auch als dominant erlebt. Das Beziehungsfeld war vielfältig und schwierig, z.T. war es übertragungsgesättigt, ideologiebehaftet, zum Teil war ich nicht klar genug abgegrenzt. Unterschiede in den Führungsstilen zwischen *Hildegund Heintz*, meiner Mitleiterin und mir, schlugen sich institutionsdynamisch nieder, obwohl wir miteinander in vielen Bereichen sehr gut arbeiten konnten. Das alles verlangte Lernprozesse und kostete immensen Einsatz. PsychotherapeutInnen sind große Individualisten. Es hat mich Jahre gekostet, immer wieder eine für mich und meine KollegInnen gute Form zu finden. Obwohl das von uns 1972 gegründete Ausbildungsinstitut sehr gut lief, lief es nicht immer ohne Reibungen. Es wuchs und gedieh mit unserer Innovationskraft, und ich muss auch sagen (was mir früher schwer fiel) mit *meiner* Innovationskraft, mit den vielen Kongressen, Tagungen, Verbandsgründungen, Projekten, Publikationen war ich sehr expansiv. Ich habe damit breite Bereiche der deutschsprachigen Psychotherapieszene – weit in den europäischen Raum hinein – nachhaltig beeinflusst. Das brachte Bewunderung und Neid, Skepsis, Konkurrenz, zumal ich ja sehr jung war. Mit meinem Einsatz für die Notwendigkeit von Methodenintegration – 1975 gründete ich die Zeitschrift „Integrative Therapie“, die ich bis heute herausgebe – zog ich die Projektion auf mich: ich wolle alles integrieren, eine Supertherapie schaffen. Ich hatte das nie im Sinn, sah allerdings die großen Schwachstellen vieler Psychotherapieverfahren, weil ich mich nie einer Richtung als Jünger zugesellt habe. Wenn ich dann seit 1975 immer wieder schrieb, die Zeit der Schulen gehe zu Ende, dann fühlten sich monomethodisch oder puristisch orientierte KollegInnen bedroht und ich polarisierte. Genau das passierte auch *Grawe*. Sein mit *Franz Caspar* geschriebener Text „Weg vom Methodenmonismus“ (Caspar, Grawe 1989) polarisierte gleichermaßen. Nun arbeiteten wir ja auch in eine ähnliche Richtung¹², gaben zusammen seit 1979 eine methodenintegrative Buchreihe heraus.

Es dauerte einige Zeit, bis immer mehr Leute auch die Qualität und die Innovationskraft sahen und die Kontinuität meiner Arbeit. Im universitären Bereich, an meiner Abteilung an der FU Amsterdam oder in meinen Gastprofessuren und Lehraufträgen an zahlreichen europäischen Universitäten, war für mich alles viel einfacher als in dem *methodenpluralen* und *-konkurrenten* und in der Vielfalt durchaus inflationären, humanistisch-psychologischen psychotherapeutischen Feld. Dessen Dynamik spielte sich auch immer wieder in unsere Institution hinein.

Ich wurde im wissenschaftlichen aber auch im therapeutischen Feld ein „etablierter Außenseiter“, der multizentrisch gut vernetzt war, in vielen Sprachen und Fächern lehren konnte. In meiner therapeutischen Arbeit mit den PatientInnen in der Klinik und in meiner Praxis war alles viel einfacher. In der Patientenarbeit kommt kein Therapeut, keine Therapeutin an der Auseinandersetzung mit den Schatten der eigenen Person vorbei, aber

in der dyadischen oder gruppalen Situation lassen sich die Phänomene besser festmachen, kann man sie besser greifen, sich auch leichter supervisorische Hilfen holen. In einer netzwerkartigen Organisation mit Regionalinstituten (Hamburg, Düsseldorf, Frankfurt, München, Wien, Graz, Basel, Zürich, Oslo, Amsterdam, Zagreb u. a. m.), an vielen Orten also, war das sehr viel schwerer. Ich fand aber an den unterschiedlichen Plätzen stets gute, interessante, engagierte MitarbeiterInnen, Freunde und Freundinnen, mit denen ich Projekte mit und für Menschen aufbaute, mit denen ich forschte, publizierte und denen ich viel zu verdanken habe. Ich gewann gute Kollegialität, Beziehungen, Freundschaften, einige wenige zerbrachen, einige wurden zu Lebensfreundschaften. Ich lehrte viele Menschen – praktisch und theoretisch in vielen Ländern, in denen ich die Integrative Therapie als eine Form der „**Humantherapie**“ verbreitete, eine am „ganzen Menschen“ engagierte Therapie. Unterstützt wurde ich von *Hildegund Heintl*, *Johanna Sieper*, *Ilse Orth*, *Jürgen Lemke*, *Renate Frühmann* und vielen anderen. Ich habe, so wurde mir stets zurückgemeldet, eine brillante Fähigkeit der Theorie-Praxis-Verschränkung und das nicht nur in der Lehre, im Ausbildungskontext, sondern auch in der Projektarbeit mit PatientInnen – Traumatisierten auf dem Balkan, Suchtkranken in vielen europäischen Einrichtungen, Kindern in Kinder-Familienprojekten. Diese Art der Arbeit fiel mir immer leicht, da konnte ich meinen Enthusiasmus, meine Kreativität, meine Freude an Menschen und an tätiger Hilfeleistung leben. Ich war nie nur Theoretiker und Forscher, ich war und bin auch Praktiker: **Praxeologe**, ein Begriff, den ich im psychosozialen Feld populär machte¹³. In der Arbeit mit KollegInnen am Institut, die erst bei mir und *Johanna Sieper* in Ausbildung waren, dann auch bei *Hildegund Heintl* und *Ilse Orth*, und die dann KollegInnen, LehrtherapeutInnen wurden, war es *zuweilen* schwieriger, nämlich der Übergang von der Lehrer-Auszubildender-Rolle oder SupervisdantInnenrolle, zur KollegInnen-Rolle (es waren für mich nie „Schüler“, ich hielt und halte das für den Psychotherapiebereich für unangemessen, es handelte sich ja um erwachsene, erfahrene PsychologInnen, MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen – viele sahen das anders, wollten Petzold-SchülerInnen sein. Ich habe dem immer gegengesteuert). Da waren Emanzipationsdynamiken unumgebar.

Das alles musste von mir erfahren und gelernt werden und das ging nicht ohne innere Auseinandersetzungen und Krisen. Das Zusammenstellen und Schreiben meines 1500-seitigen Magnum Opus 1991 - 1993, die drei Bände „Integrative Therapie“, war mit einer solchen Krise verbunden, denn mir widerstrebte es, ein herkömmliches Lehrbuch zu schreiben, das Lehrbuch einer „Schule“. Ich wollte keine Schule im traditionellen Sinne, sah und sehe Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin völlig prozessual. Dafür musste ich eine Form finden, die deutlich machte: hier wird Biologie, Psychologie, Philosophie mit einer differentiellen und integrativen, kreativen Therapiepraxis verbunden, nebst ihrer didaktischen Vermittlung und Supervision. Das war sehr schwierig und dann, als sich in mir ein Knoten löste, ganz einfach, als ich dann dieses Buch schrieb, als Buch aus meiner „Werkstatt“ permanenter Aneignung von Wissen auf hohem Niveau mit seinen praxeologischen Umsetzungen, seiner klinischen Erprobung und empirischen Evaluierung (*Sieper, Schmiedel* 1993), bei der wir dann derzeit angekommen sind (*Petzold, Hass et al.* 2000).

Eine schwere Erkrankung in dieser Zeit und die Auswirkungen eines gravierenden Beziehungskonfliktes waren Belastungen, die sehr mühevoll waren, zumal ich höchst eingespannt und angespannt in die Kämpfe um das deutsche Psychotherapiegesetz war – ich saß in wichtigen berufspolitischen Gremien als Vertreter der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie – in zwei Rollen also. Wir hatten uns da hinein kämpfen müssen und ich erlebte die jahrelangen Auseinandersetzungen und Intrigen hinter den Kulissen, die

Machtspiele der psychoanalytischen Verbände aus nächster Nähe, die Unfähigkeit und Unwilligkeit der Main-Stream-Schulen zur Kooperation, die ausschließlich auf Machterhalt, Privilegiensicherung und Ausgrenzung gerichteten berufspolitischen Grabenkämpfe der „Schulen-Funktionäre“ – alles höchst desillusionierend. Ohne meinen Status als Professor der Psychologie, wäre ich wahrscheinlich sehr beschädigt werden. Ähnliches lief mit Protagonistinnen der österreichischen und schweizerischen Gestalt-Therapie-Orthodoxie, denen meine kritischen Arbeiten zur Gestalttherapie nicht etwa Anlass gaben, längst überfällige Revisionen vorzunehmen und dabei meine Arbeiten zu nutzen, sondern stattdessen einen intrigreichen Krieg zu beginnen, der in Österreich dazu führte, dass die Integrative Therapie den Weg eigener Anerkennung nach dem dortigen Psychotherapeutengesetz ging, um sich von der zerstrittenen Gestalt-Szene zu lösen. In all diesen Situationen wurde ich durch die Gremienarbeit am Institut – obgleich sie nicht einfach war – immer wieder gut gestützt. Es half mir auch sehr mein Wissen um die Psychotherapiegeschichte. Es entstanden deshalb bei mir auch keine Ausschlussdynamiken wegen Abweichungen in der „Lehre“, wie es die *Freudsche Schule*, die *Lacansche Schule* etc. kennzeichnete. Ich kannte genau diese Seiten der Geschichte der Psychotherapie sehr gut. Ausgrenzende Schulmentalität wollte ich und will ich nicht, und sie ist nie erfolgt.

Ich habe nie von Nachruhm geträumt wie *Freud*¹⁴. Als zutiefst *herakliteisch* ausgerichteter Mensch (*Petzold, Sieper* 1988b) und als seit Kindertagen praktizierender Budoka, fernöstliche und slawische Kampfkünste Übender¹⁵, sah und sehe ich mich „**auf dem WEGE**“. Als logitudinal ausgerichteter Entwicklungspsychologe betrachte ich das Leben als Weg und habe die Integrative Therapie an diesem Paradigma ausgerichtet¹⁶.

Die „**Philosophie des WEGES**“¹⁷ ist ja eine Kernkonzeption des Integrativen Ansatzes, darin bin ich mir mit meinen wichtigsten Mitdenkerinnen und Mitleiterinnen, *Ilse Orth* und *Johanna Sieper* stets einig gewesen, ja dieser Gedanke verbindet uns zutiefst. Die Psychotherapien sah ich immer als „Wege zum Menschen“ – so mein großes Werk zur vergleichenden Psychotherapie (*Petzold* 1984a), sah sie selbst auf einem Entwicklungsweg (idem 1999p) und zentrierte unsere Praxis auf „Wege der Heilung und Förderung“ – die „Vier Wege“¹⁸. Als Wissenschaftler und Forscher bin ich mir der schnell laufenden Prozesse der „Vergestrigung“ im Schaffen von Wissen bewusst und ich habe nie für Nachruhm gearbeitet.

Mein Ziel: Zur Zukunft einer menschengerechten Psychotherapie und Humantherapie beizutragen¹⁹, Menschen für *WEG*erfahrungen zu ermutigen, Psychotherapie als *Weg kreativen Lehrens und Lernens* (*Sieper, Petzold* 1993) aufzuweisen, also nicht nur als Heilungsweg, sondern als *WEG* der Selbstentfaltung, auf dem das Selbst eines jeden Menschen „Künstler und Kunstwerk zugleich“ (idem 1999q) werden kann. Das sind letztlich *ethische Zielsetzungen*, die sich immer schon in meinem Werk finden. Die Zeiten innerer und äußerer Auseinandersetzungen Anfang der neunziger Jahre, die ich angesprochen habe, haben mich viele Fragen vertieft überdenken lassen. Ich dachte das Thema menschlicher Beziehung neu, das Thema der Konflikte, des Sinnes, der Identität, der Endlichkeit, des Trostes, der humanitären Katastrophen im Dritten Reich, der Überwindung von Leid, der sanften Gefühle, der Macht, der Schuld, der Gerechtigkeit, des Willens. Zu all diesen Themen verfasste ich größere Arbeiten, die sehr eigenständig integrative Positionen entwickelten und von mir als Beiträge für das Gesamtfeld der Psychotherapie intendiert waren. Vieles davon wird in nächster Zeit erscheinen²⁰. Insbesondere die Themen der PatientInnenrechte (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999) und des „*patient dignity*“ sowie der Therapieschäden²¹ und problematischen Therapieideologien (*Petzold, Orth* 1999) habe ich verfolgt, denn mir war sehr deutlich:

Beiträge zur Psychotherapie müssen in erster Linie Beiträge zum Wohle und zur Sicherheit von PatientInnen sein, die in ihrer „biopsychosozialen Ganzheit“ als „Körper-Seele-Geist-Subjekte“, als Menschen im Kontext und Kontinuum ihrer Lebensspanne (Orth, Petzold 2000) ernst genommen werden müssen. Deshalb müssen alle Ziele mit ihnen gemeinsam erarbeitet, angestrebt und umgesetzt werden (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), denn das entspricht ihrer Würde und Integrität. Hier liegen die Hintergründe zur Erarbeitung der „Grundregel für die Integrative Therapie“.

Diese Regel könnte durchaus zu einer schulenübergreifenden Diskussionsgrundlage für die Psychotherapie dienen²². Mir war in meinem eigenen Krisengeschehen in einer anderen Weise deutlich geworden, dass es in der Berufspolitik, der Institutionspolitik, in der Forschung, in der Theoriebildung, in all den Aktivitäten, die als solche ja so wichtig und sinnvoll scheinen, letztlich um die Menschen geht, und das muss man immer wieder spüren, sich erlebniskonkret vergegenwärtigen, sonst verliert man sich im professionellen und wissenschaftlichen Aktionismus. Zwei Impulse waren mir in diesen Arbeitsprozessen in mir und mit mir und mit engen MitarbeiterInnen wesentlich und hilfreich geworden: die Arbeit in der Selbsthilfe und mit Selbsthelfern – ich hatte eine „Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen“ nach langen Jahren des Engagements in diesem Bereich (Petzold, Laschinsky, Rienast 1979) an unserem Institut in Düsseldorf eingerichtet (Petzold, Schobert 1991). Diese Arbeit, in der ich erlebte, wie effektiv sich Menschen füreinander helfend einsetzen können, hat für mich vieles in der konkurrenten Psychotherapieszene relativiert. Der zweite Impuls kam Mitte der neunziger Jahre, als ich durch den aufkommenden Balkankrieg und in diesem Krieg durch immer wieder konkrete Erfahrungen in Projekten, die ich mit meinen Kollegen in Belgrad und Zagreb initiieren konnte, eine weitere Relativierung des Geschehens in unseren Psychotherapie-szenen bei mir erlebte, denn auch hier erlebte ich: es kommt in erster Linie auf den Einsatz von Menschen für Menschen an. Ich investierte in die Traumatherapie vor Ort im ehemaligen Jugoslawien und in Forschungsprojekte zum Traumathema in Amsterdam und im FPI, das sich in diesen Ländern engagierte und erlebte das als höchst sinnvoll (Petzold 2000g; 2001m; Petzold, Wolf et al. 2000).

Wenn man in so vielen Kontexten mit so vielen Menschen arbeitet – über viele Jahre, wird man in der interpersonalen und in der institutionellen Arbeit in Leitungsfunktionen mit vielen Problemen konfrontiert, die Herausforderungen sind. Sie müssen bewältigt werden und das hat mich viel an Mühen gekostet, aber auch Faszination beschert, weil ich Situationen und mich selbst stets auch – über das Emotionale hinaus – theoretisch begreifen wollte. Kam ich aus dem Erlebenskontext an das Thema der eigenen Identität, so habe ich mich auch theoretisch mit der Identitätsfrage befasst (Petzold, Mathias 1983), wurden mir Fragen in der therapeutischen Beziehung bedrängend, so habe ich nicht nur Supervision genommen, sondern bin diesen Fragen auch theoretisch nachgegangen (idem 1980g). Nach und nach bin ich auf viele Bereiche meines „Tree of Science“ (1992a) gestoßen, konfrontiert durch das Leben, die ich auf diese Weise ausgearbeitet habe²³. Wir wollten eine Bildungsinstitution, die bewusst mit einer Gremienstruktur von mir und Johanna Sieper konzipiert worden war, also kein „Petzold-Institut“, sondern wir hatten einen demokratischen Anspruch, wollten eine möglichst öffentlich-rechtlich strukturierte Ausbildungseinrichtung, wie wir sie aus unserer Arbeit in der öffentlichen Erwachsenenbildung kannten und schätzen gelernt hatten – ein Anspruch, der auch von unserer Mitgesellschafterin ab 1974, Hildegund Heintl, geteilt wurde, und den wir

schließlich 1982 mit der staatlichen Anerkennung als Akademie realisieren konnten. Dabei bin ich aber dem subtilen Problem nicht entgangen, dass ich dennoch der „spiritus rector“ einer Bewegung geworden bin. Das wurde eine schwere Bürde. Es wäre wahrscheinlich einfacher gewesen, mich in Schulengründermanier als autoritäre Zentralperson mit voller Definitionsmacht zu installieren. Das tat ich nicht, wählte eine institutionelle Rechtsform, die Mitwirkung festschrieb. Dennoch wurde mir projektiv immer wieder von außen das Image des alleinbestimmenden Schulenhauptes zugeschrieben, von Leuten, die sich nie mit der Institutsform und Verfassung (Petzold 1997a, Petzold, Sieper 1993) auseinandergesetzt und über sie informiert hatten. Gut, ich war in der Außenvertretung dieses Instituts stark sichtbar und durch meine Publikationen salient, wir, die Begründer, hatten einen anderen Anspruch, wir wollten **Partizipation**, sicher keine basisdemokratische, denn das hatten wir in unserer Pariser Studienzeit 1963 – 1971 in vielen gescheiterten Projekten beobachten können, sondern die Partizipationen von Lehrkörper **und KandidatInnen** (was damals keineswegs alle KollegInnen im Lehrkörper wollten) wie es in einer bildungsrechtlich verfassten Einrichtung des Landes NRW gegeben ist. Viele unserer KollegInnen mit einer 68er Sozialisation wollten aber ein generalisiertes, kollektives Mitbestimmungsmodell für den Lehrkörper (konsequent hätten sie das dann auch für die AusbildungskandidatInnen fordern müssen). Aber so kann man keine Bildungseinrichtung führen. Die Konflikte waren programmiert, die mit in einer Struktur *geteilter institutioneller Macht* verbunden sind (wissenschaftlicher Leiter, in einem Dreiergremium der Leitung und einem Fünfergremium der Gesellschaft, Geschäftsführung hier, inhaltliche Leitung dort usw. – und einem Hundertergremium der Lehrtherapeuten-vollversammlung, die einmal im Jahr zusammenkommt und *Mitbestimmung* will statt *Mitwirkung* zu praktizieren, wie es das Gesetz einräumt, das zugleich eine letztverantwortliche Leitung vorgibt – und die lag und liegt beim Leitungsgremium). Wir mussten uns explizit mit dem Machtthema auseinandersetzen (Orth, Petzold, Sieper 1995), nahmen Supervision und externe Beratung in Anspruch, arbeiteten auch theoretisch zum Machtthema, aber da gab und gibt es nicht viel in der Psychotherapieliteratur. Wir mussten einiges austreten, was Dienst- und Fachaufsicht, Weisungskompetenz und Verantwortlichkeiten anbelangt. Hier **Integrität** zu behalten oder wieder zu gewinnen, wenn sie ins Wanken gekommen war, war eine wichtige und mühsame Aufgabe für alle Beteiligten. Auch daran kommt man nicht vorbei. Zum Glück war niemand von uns wirtschaftlich von dieser Einrichtung abhängig. Wir arbeiteten ehrenamtlich, hatten unseren Hauptberufe und die amtlichen Kontrollen der zuständigen Regierungsbehörde stärkend im Rücken. Das erleichterte die Arbeit. Als Multifunktionsträger – hauptamtlich Universitätsprofessor und nebenamtlich Akademieleiter – kam ich nicht an Verstrickungen in den komplexen Strukturen mit KollegInnen, MitarbeiterInnen, Ausbildungs-kandidatInnen vorbei. Sie sind in einem großen Ausbildungsinstitut für Psychotherapie offenbar unvermeidlich – mit deutlich anderen Qualitäten als im Rahmen der Universität. So musste ich mich immer wieder mit den Themen der Macht, der Beziehungen, der Kollegialität und Rivalität, mit Parteilichkeit oder Unparteilichkeit auseinandersetzen, mit Projektionen, Übertragungen, Autoritätskonflikten, Neid, Ideologiekonflikten. Diese Dynamik wurde glücklicherweise gut aufgefangen durch die Strukturen des für uns geltenden gesetzlichen Rahmens. Ich war froh, hier Rechtssicherheit zu haben, der eine konstruktiv-strittige Auseinandersetzung in Gremien innerhalb dieses Rechtsrahmen ermöglichte, froh auch die Unterstützung durch sachlich orientierte KollegInnen, und nicht zuletzt durch die satzungsmäßig präsenten VertreterInnen der AusbildungskandidatInnen und ihre ausgewogene Mitarbeit zu haben.

Wir konnten so sorgfältig strukturierte Ausbildungen für LehrtherapeutInnen ein- und durchführen (Petzold, Orth 1993), machten kollegiale Kontrollen verpflichtend (Petzold, Frühmann 1993) und konnten gezielte inhaltliche Entwicklungsarbeit voranbringen.

Ein weiterer Impuls kam durch Therapiezwischenfälle, die ich als Supervisor im Bereich der Gerontologie entdeckte (Petzold 1985d) – der Skandal der PatientInnenötungen in Lainz –, dann durch supervisorischen Kontakt mit Vertrauensbrüchen im Bereich der Psychotherapie mit Patienten (idem 1987g). Dadurch haben wir uns mit den Themen der ‚Therapieschäden‘ befasst. Schon früh hatte ich hierzu aufgrund schlechter Erfahrungen mit Körpertherapie publiziert (idem 1977l) – ein vernachlässigter Themenbereich. Vernachlässigt war auch die Reflexion der Therapieausbildung, die ja keine Therapie ist, so die Ideologie der siebziger Jahre in der Westküstenmentalität der „Growth Centers“, wo man ja selbst PatientInnen zu „KlientInnen“ umbenannt hatte – so Carl Rogers. Berufliche Bildung von Erwachsenen ist keine Therapie. Aber in der Psychotherapieausbildung gibt es Schnittmengen, die gilt es zu verstehen und denen ist Rechnung zu tragen, das musste verstanden und durchgearbeitet werden. Wir sind diese Themen am Institut durch Ausbildungsforschung und Theoriearbeit einerseits und durch Gremienarbeit andererseits angegangen, also ganz anders als in den traditionellen Instituten der großen Schulengründer, wie man das im Freudschen Paradigma sehen konnte und noch sehen kann. Wir haben in durchaus strittigen Diskursen und gemeinsamen Lernprozessen zu – so denke ich – recht ausgereiften Modellen gefunden²⁴.

Auf diesem langen und oft beschwerlichen Weg war mir u.a. meine umfängliche historisch-wissenschaftliche Arbeit zu Freud, Ferenczi, Jung, Moreno, Perls, Reich usw. und zur Geschichte ihrer Bewegungen hilfreich – ich gewann eine Abständigkeit. Ich erlebte zugleich auch eine Konfrontation mit dem Thema Therapeutenmacht, das mich/uns nicht mehr losließ²⁵. Daraus erwuchs ein schulübergreifender, ideologie- und mythenkritischer Band „Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis“ (Petzold, Orth 1999a), der erste im Bereich der Psychotherapie – in Foucaultscher Tradition²⁶. All diese Veröffentlichungen und die mit ihnen verbundenen Praxis- und Forschungsprojekte waren als konkrete Beiträge zum **Integritätsthema** intendiert, zu „patient wellbeing, patient security and patient dignity“ – so unsere Differenzierung (Petzold 2000d; Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Das Buch von Masson (1991) zeigte uns: die Geschichte der Psychotherapie ist in der Integritätsfrage nicht unproblematisch²⁷. Deshalb haben wir auch mit eigenen empirischen Evaluations- und Wirksamkeitsforschungsprojekten, die derzeit [2000] laufen, es unternommen, neben den Wirkungen auch Risiken und Nebenwirkungen zu untersuchen²⁸. Durch vertiefende Arbeit an den ethischen Grundprinzipien, wie sie 1991 an unserem Institut beschlossen wurde (Petzold, Sieper 1993, 690, siehe Anhang I) kann ich nun eine ‚Grundregel‘ für die Integrative Therapie vorlegen, die ich durch umfängliche Theoriearbeit, Auseinandersetzung mit den Ethikern Gabriel Marcel, Hans Jonas, Emmanuel Levinas, Paul Ricœur ausgearbeitet und mit VertreterInnen der AusbildungskandidatInnen und KollegInnen des Lehrkörpers beraten habe, auf der kommenden Vollversammlung zur Verabschiedung vorlegen²⁹. Ihr Ziel ist es, die **Integrität** von PatientInnen, KlientInnen, AusbildungskandidatInnen zu sichern und neben der Wirksamkeit auch zur **Sicherheit**, **Unbedenklichkeit** und **Würde** in der Integrativen Therapie beizutragen. Deshalb habe ich neben dem Term der „Integrität“ (idem 1978c), den der „Unbedenklichkeit“ (*safeness of therapy*) und den Begriff der „patient dignity“ in die Literatur eingeführt³⁰. Das sind Werte, die müssen zentral stehen (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Es ist unverzichtbar, sich für diese psychotherapiespezifischen Werte zu engagieren, die eigene Praxis selbstkritisch zu überprüfen, um sie zu **revidieren**, wo das erforderlich ist. Das

bedeutet, dass man sich auch seiner therapeutischen Arbeit stellen muss. Ich hatte begonnen, meine wichtigen PatientInnen und meine LehranalysandInnen Mitte der neunziger Jahre zu kontaktieren, um zu hören, wie es ihnen h e u t e im Rückblick auf meine therapeutische Arbeit und unsere einstmalige Zusammenarbeit geht – im Blick Gutes, Schlechtes und Problematisches. Ich kann das nur empfehlen. Diese Rückmeldungen haben mich neben den Ergebnissen unserer sehr umfangreichen Ausbildungsforschung³¹ in der Ausformulierung dieser Grundregel bestätigt.

Die Sorge um **Integrität** – die der Anderen und der eigenen –, das ist eine nicht abschließbare Aufgabe, wie jeder feststellen wird, der mit ihr begonnen hat. Man kann sie nur mit Besonnenheit und Bescheidenheit angehen, wieder und wieder und man kann ihr nur in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit gerecht werden. Ich hoffe, ich kann mit der Ausarbeitung der „**Grundregel**“ einen Beitrag zu unserer gemeinsamen Arbeit an diesen wesentlichen Themen leisten und ich hoffe, dass mit dem Einblick in meine Motive und persönlichen Arbeitsprozesse zu dieser Regel ich deutlich machen konnte: Man kommt als Therapeut und Lehrtherapeut nicht daran vorbei, sich auf der Ebene der eigenen Person, auf der Ebene der theoretischen Auseinandersetzung und auf der Ebene der institutionellen Diskurse im Kontext von Macht und Verantwortung mit diesen Themen auseinanderzusetzen. Das wird zu einer Frage der persönlichen und gemeinschaftlichen Gewissensarbeit (Petzold 2000).



Das Online-Archiv der Zeitschrift Integrative Bewegungstherapie mit Artikeln aus früheren Ausgaben unserer Zeitschrift, Therapeutenliste und weiteren Informationen u.a. zur Deutschen Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie finden Sie unter der Internetseite:

www.iblt.de

Die „GRUNDREGEL“ der „Integrativen Therapie“ 2000³²

Die „Grundregel“ wurde formuliert aus dem gesamten theoretischen Fundus der Integrativen Therapie, ihrer Anthropologie, Intersubjektivitätstheorie, dem *POLYLOG*³³ mit ihren Referenztheorien, Gesundheits-/Krankheitslehre sowie auf dem Boden der Erfahrungen aus der integrativen Salutogenese- und Pathogeneseperspektiven fokussierenden Behandlungspraxis und Supervision. Sie sollte daher für dieses Verfahren und die, die es praktizieren „Sinn machen (Petzold 1988q, 2000k). Sie wurzelt im „Korrespondenzmodell“³⁴, dem *Herzstück* der Integrativen Therapie (1978c, 1991e) mit ihrer konvivialen³⁵ Ausrichtung. Die Grundregel lautet:

»*Therapie* findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen 'gastlichen Raum', in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines 'geregelten Miteinanders', einer *Grundregel*, wenn man so will:

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

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

- *Therapeut* und *Patient* anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung korrespondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

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

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

Der Text basiert auf den Ethikpositionen von *G. Marcel* (Intersubjektivität), *E. Levinas* (Andersheit des Anderen), von *P. Ricœur* (Gerechtigkeit), einer kritisch evaluierten Position der Mutualität des späten *S. Ferenczi* und auf den aus den Grund- und Menschenrechten entfließenden Konzepten der „Würde und Integrität“ (*H. Petzold*), was das Recht auf Leben und Unversehrtheit, das Recht auf die Wertschätzung als Mensch ob seines Menschseins umfasst, denn die Würde von Menschen und Patienten ist antastbar, deshalb wurde von *Petzold* (1985d) das therapeutische Konzept des „**patient dignity**“ eingeführt. Die Grundregel muss natürlich situationsspezifisch auf die Sprachebene, den Verstehensrahmen, die psychische Verfassung des jeweiligen Gegenübers zugespart werden, muss an seine/ihre subjektiven bzw. Alltagstheorien anschlussfähig gemacht werden. Die Leitprinzipien und Werte, die diese Grundregel enthält, lassen sich indes, ist man mit ihrer Substanz vertraut, ohne Schwierigkeiten im Kontext der Information über die Bedingungen der Therapie vor bzw. zu Beginn einer Behandlung vermitteln. Das gilt für PatientInnen aus allen Schichten und Milieus: aus dem bäuerlichen Bereich, wie aus der Arbeiterschaft, für Migranten und Suchtkranke, für Jugendliche und Alterspatienten, wie ich selbst und zahlreiche Kolleginnen und Kollegen das seit Jahren in der Praxis immer wieder erprobt und realisiert haben.



Autor:

Hilarion Petzold
forschung.eag@t-online.de
www.eag.fpi@t-online.de

Literatur:

Die Texte von *Petzold* und MitarbeiterInnen finden sich in der Gesamtbibliographie von *Petzold*: Polyloge Ausgabe 01/2009, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2009> bzw. im Update 2010

- Breger, L.* (2009): *A Dream of Undying Fame: How Freud Betrayed His Mentor and Invented Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Brooks, Ch.* (1974): *Sensory Awareness*, New York: Viking Press, dtsh. *Erleben durch die Sinne*, Paderborn: Junfermann, 1979.
- Caspar, F.M., Grawe, K.* (1989): *Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie*, *Bulletin der Schweizer Psychologen* 3, 6-19.
- Meyer, C.* (2005): *Le Livre noir de la psychanalyse*. Paris: Editions des Arènes.
- Scheiblich, W.* (2008): *Integrative Therapie als angewandte Praxis der Humanität - Dargestellt anhand der Entwicklung und Praxis moderner Suchttherapie*. *Integrative Therapie Jubiläumsheft* 3, 419-441.
- Sieper, J.*,(1971): *Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung*, *Volkshochschule im Westen* 2, 220-221.

- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold.* Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Sieper, J., Schmiedel, I.* (1993): *Innovatorische Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie, psychosozialen Arbeit und Agogik – ein Überblick.* In: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): *Integration und Kreation.* Band 1. Paderborn: Junfermann. 421-437.
- Steffan, A.* (2002): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting,* Berlin: Logos.

¹ Gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit 1. Mai 2000. Der Vortragstext ist hier um die Anmerkungen und Zitationsiglen ergänzt worden.

² Vgl. *Petzold* 2002c.

³ Ich war in Paris bei *Lily Ehrenfried*, einer anderen Gindlerschülerin in Behandlung gewesen, bekam einen guten Kontakt zu ihr und hatte ihr Buch mit *Charles Brooks* (1974), ihrem Partner, auf Deutsch herausgebracht.

⁴ Vgl. ihre Vorworte und Beiträge zu meinem Buch (1973c) „Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen“. Ich konnte zur Neuauflage ihres Grundlagenwerkes den Rollenspiel/Psychodrama-Beitrag schreiben (idem 1975i) und damit zur Versöhnung mit ihrem einstmaligen Lehrer *J. L. Moreno* (sie waren *Lewin*- und *Moreno*-Schüler) nach fast dreißig Jahren Streit beitragen.

⁵ *Petzold* 1974b; *Petzold, Schay, Scheiblich* 2006; *Scheiblich* 2008.

⁶ *Petzold* 1973c, *Petzold, Sieper* 1970; *Sieper* 1971

⁷ *Sieper* 1985; *Petzold* 1997ä.

⁸ Vgl. *Petzold, Hass et al.* 1995, 1998

⁹ Vgl. jetzt zusammenfassend *Petzold, Rainalds et al.* 2006.

¹⁰ *Petzold, Sieper* 1993, 687-693; *Petzold* 1997ä.

¹¹ Hier entstanden die beiden Bände „Psychotherapie und Babyforschung“ (1993c, 1994j), die Projekte mit „Alten Menschen arbeiten“ (1985a), seit 1985 die Lauftherapiestudien mit depressiven Patientinnen (zusammenfassend, *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997). Die entwicklungspsychologische und neurobiologische Ausrichtung (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993) meiner Arbeiten bestimmte auch die Integrative Therapie nachhaltig.

¹² Zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen der Grawe-Gruppe und uns vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2006.

¹³ Vgl. 1993a; *Orth, Petzold* 2004; *Petzold, Sieper* 2008

¹⁴ Vgl. jetzt *Breger* 2009 zu *Freuds* Wunsch nach „*undying fame*“.

¹⁵ *Petzold* 2004i.

¹⁶ *Petzold* 1992e, 2006u, *Petzold, Feuchtner, König* 2009; *Petzold, Müller, Horn* 2010

¹⁷ Zum WEG-Gedanken in der Integrativen Therapie vgl. meine/unsere zahlreichen Aufsätze: *Petzold* 2005t, 1988c; *Petzold, Sieper* 1988b; *Petzold, Orth* 2004b; *Petzold, Orth, Sieper* 2008; *Petzold, Feuchtner, König* 2009; *Sieper, Orth, Schuch* 2007.

¹⁸ Vgl. *Petzold* 1988n, *Petzold, Orth, Sieper* 2006.

¹⁹ Zur Entwicklungsdynamik der Psychotherapie als Disziplin vgl. *Petzold* 1999p, 2008h

-
- ²⁰ Vieles ist inzwischen erschienen, die beiden Bände über Sinn und Sinnerfahrung (Petzold, Orth 2005), über Wille und Neurowissenschaften (Petzold, Sieper 2004, 2008), über Trauma und Tost (idem 2001m, 2004i) usw.
- ²¹ Petzold, Märten 2002; Märten, Petzold 2002; Petzold, Müller 2005a.
- ²² Das alles wurde in einem Buchtext „Für PatientInnen engagiert“ ausgearbeitet (Petzold 2006n) zunächst einmal für unsere Arbeit.
- ²³ Vgl. jetzt zur Theorieentwicklung meines Gesamtwerkes Petzold 2007h
- ²⁴ Vgl. jetzt Petzold, Leitner, Orth, Sieper 2009.
- ²⁵ Neben Orth, Petzold, Sieper 1995, folgten Petzold 1998a, 2009d, Haessig, Petzold 2009.
- ²⁶ 2002 folgte dann wieder eine Premiere mit dem international ersten richtungsübergreifenden Band über „Therapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie (Märten, Petzold 2002).
- ²⁷ Das Thema hat uns weiter beschäftigt, so dass wir nach dem Buch von Meyer (2005) „Le livre Noir de la Psychanalyse“ eigene Beiträge erarbeiteten (Sieper, Orth, Petzold 2009; Leitner, Petzold 2009), nicht um die Psychoanalyse zu diskreditieren, sondern um aus Fehlern großer Bewegungen für eigne Praxis zu lernen.
- ²⁸ Die im Text angesprochenen Untersuchungen zur Wirksamkeit der IT durch die von uns ausgebildeten TherapeutInnen liefen unter Mitarbeit von Fremdevaluatoren (!), wie wir das immer praktizieren, und ergaben für die Integrative Therapie gute Wirkungen (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002) und keine signifikanten Nebenwirkungen. Sie zeigten darüber hinaus, dass die „erlebte Wertschätzung“ durch die TherapeutInnen sehr hoch von den PatientInnen eingeschätzt wurde. Weitere umfangreiche Studien bestätigten das (Leitner et al. 2008, 2010), was mit großen Untersuchungen zur unserer Therapieausbildungspraxis korrelierte. Die KandidatInnen bewerteten gleichfalls die „erfahrene Wertschätzung“ durch ihre Ausbilder besonders hoch (zusammenfassende Übersicht, Petzold, Rainalds, Sieper, Leitner 2006), was nahe legt, dass Werthaltungen wie die Integrative Ethik der Intersubjektivität (Petzold 1990g, 1996k) durch die Ausbildungssozialisation weitergegeben werden kann.
- ²⁹ Sie wurde dann im Nov. 2000 verabschiedet.
- ³⁰ Vgl. Petzold 1985d, 2002d.
- ³¹ Es gibt kaum eine Ausbildungsinstitut, das seine Ausbildungspraxis so intensiv beforscht hat wie FPI/EAG siehe Petzold, Hass et al. 1995, 1998, Petzold, Steffan 1999a, b, 2000b, Petzold, Steffan, Zdunek 2000b; zusammenfassend für die weiteren Studien Petzold, Rainalds et al. 2006.
- ³² Auszug aus »Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken.« Vortrag an der EAG, Hückeswagen 1. Mai 2000. Der Text hat die Sigle **2000a**. Die Regel wurde auf der Vollversammlung der LehrtherapeutInnen Nov. 2000 angenommen und als für die IT gültig beschlossen. Der überarbeitete und mehrfach erweiterte Vortrag findet sich in **Polyloge** <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Grundregel-Polyloge-04-2005.pdf>
- ³³ »**Polylog** wird verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, *vielfältigen Sinn* konstituiert oder einen hintergründigen oder untergründigen oder übergreifenden **Polylogos** aufscheinen und „zur Sprache kommen“ lässt – vielleicht ist dies ein noch ungestalteter, „roher Sinn“ im Sinne Merleau-Pontys (1945, 1964) oder ein „**primordialer Sinn**“, (Petzold 1978c), eine „implizite Ordnung“ (Bohm), die auch schon die Gestaltungsmöglichkeiten und -

formen enthält oder „chaotischen Sinn“ – warum nicht? - **Polylog** ist der Boden, aus dem **Gerechtigkeit** hervorgeht; sie gedeiht nicht allein im dialogischen Zwiegespräch, denn sie braucht Rede und Gegenrede, Einrede und Widerrede, bis ausgehandelt, ausgekämpft werden konnte, was recht, was billig, was gerecht ist, deshalb ist er der **Parrhesie**, der freien, mutigen, wahrhaftigen Rede, verpflichtet. - **Polylog** ist ein kokreatives Sprechen und Handeln, das sich selbst erschafft. – **Polylog** ist aber auch zu sehen als „das vielstimmige innere Gespräch, innere Zwiesprachen und Ko-responenzen nach vielen Seiten, die sich selbst vervielfältigen“. – Das Konzept des **Polyloges** bringt unausweichlich das **Wir**, die strukturell anwesenden Anderen, in den Blick, macht die Rede der Anderen hörbar oder erinnert, dass sie gehört werden müssen – unbedingt! Damit werden die Anderen in ihrer Andersheit (*Levinas*), in ihrem potentiellen Dissens (*Foucault*), in ihrer Différance (*Derrida*), in ihrer Mitbürgerlichkeit (*Arendt*) prinzipiell „significant others“, bedeutsame Mitsprecher für die „vielstimmige Rede“ (*Bakhtin*), die wir in einer humanen, **konvivialen** Gesellschaft, in einer Weltbürgergesellschaft brauchen« (*Petzold* 1988t).

³⁴ „**Ko-respondenz** als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d. h. in **Intersubjektivität**, ist ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differentieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene, ein **Polylog** über relevante Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes im biographischen und historischen Kontinuum mit der Zielsetzung, aus der Vielfalt der vorhandenen **Positionen** und der damit gegebenen **Mehrperspektivität** die Konstituierung von Sinn als **Kon-sens** zu ermöglichen [und sei es Konsens darüber, dass man **Dissens** hat, den zu respektieren man bereit ist]. Auf dieser Grundlage können konsensgetragene **Konzepte** erarbeitet werden, die Handlungsfähigkeit als **Ko-operation** begründen, die aber immer wieder **Überschreitungen** durch **Ko-kreativität** erfahren, damit das *Metaziel* jeder Ko-respondenz erreicht werden kann: durch ethisch verantwortete Innovation eine humane, **konviviale** Weltgesellschaft und eine nachhaltig gesicherte mundane Ökologie zu gewährleisten“ (*Petzold* 1999r, 7; vgl. *ibid.* 23, vgl. 1991e, 55).

Im Fettdruck erscheinen Kernkonzepte des Modells:

polylogische Ko-respondenz ⇒ Konsens/Dissens ⇒ Konzepte ⇒ Kooperation ⇒ Kokreativität³⁴ ⇒ Konvivialität.

³⁵ »**Konvivialität** ist ein Term zur Kennzeichnung eines „sozialen Klimas“ wechselseitiger Zugewandtheit, Hilfeleistung und Loyalität, eines verbindlichen Engagements und Commitments für das Wohlergehen des Anderen, durch das sich alle ‘Bewohner’, ‘Gäste’ oder ‘Anrainer’ eines „*Konvivialitätsraumes*“ sicher und zuverlässig unterstützt fühlen können, weil *Affiliationen*, d.h. soziale Beziehungen oder Bindungen mit Nahraumcharakter und eine gemeinsame „*social world*“ mit geteilten „sozialen Repräsentationen“ entstanden sind, die ein „exchange learning/exchange helping“ ermöglichen. **Konvivialität** ist die Grundlage guter ‘naturwüchsiger Sozialbeziehungen’, wie man sie in Freundeskreisen, Nachbarschaft, ‘fundierter Kollegialität’, Selbsthilfegruppen findet, aber auch in ‘professionellen Sozialbeziehungen’, wie sie in Therapie, Beratung, Begleitung, Betreuung entstehen können« (*Petzold* 1988t).