

POLYLOGE

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

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 01/2006

Eine „Grundregel“ für Integrative Therapie Dekonstruktive Perspektiven, um „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf**

(2000a**, Updating 2006***)

1

¹ * Aus dem „Zentrum für IBT“, Lehrstuhl für Psychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, der Faculté de Philosophie, Institut St. Denis, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf.

**Ursprünglich als Vortrag gehalten auf dem Arbeitstreffen „Psychotherapie und Ethik“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Mai 2000, Hückeswagen. Dann im September 2000 als Text fertiggestellt für POLYLOGE. September 2005 überarbeitet, um einige Abschnitte erweitert und mit neuerer Literatur für das Updating in POLYLOGE ergänzt.

„Therapeutische Arbeit darf die Themen *Unrecht* und *Gerechtigkeit* niemals ausblenden. Zu viele Menschen sind in Unrechtssituationen verletzt worden, erkrankt. Es muss ihr Ziel sein, sich für *gerechte Verhältnisse* zu engagieren und sich in ihren eigenen Strukturen um die Qualität einer *thérapie juste* zu bemühen.“ (H.G. Petzold 1971)

„In einer modernen Therapietheorie heute muss alles erkenntnistheoretisch, anthropologisch, persönlichkeits-theoretisch, entwicklungspsychobiologisch, sozialisationstheoretisch und neurobiologisch hinlänglich abgestimmt und gesellschafts- und kulturtheoretisch reflektiert sowie ethiktheoretisch unterfangen sein. Darin liegt die große Herausforderung für alle Therapierichtungen als differentielle und integrative Formen von Humanwissenschaft und da liegt die immense Aufgabe, die von ihnen angegangen werden muss.“ (H.G. Petzold 1996e)

Zusammenfassung

Dieser Text stellt den Kontext und die Hintergründe für die Entwicklung und Konzeptualisierung einer „**Grundregel**“ für die „Integrative Therapie“ und für therapeutisches Arbeiten – ganz gleich in welcher Schulorientierung – vor. Diese basiert im Intersubjektivitätskonzept (G. Marcel), im Mutualitätsgedanken (Ferenczi) und im Alteritätsgedanken (E. Levinas) sowie in therapeutischen Maximen: der *Integrität* und der *Würde* des Patienten/der Patientin (patient dignity), Konzepte, die an allgemeine Gerechtigkeitsdiskurse anschließen (Arendt, Ricœur, Shklar). TherapeutInnen setzen sich für „gerechte Verhältnisse“ ein, verstehen ihre Praxis als „*thérapie juste, just therapy*“, weshalb die Zielsetzung der *Partnerschaftlichkeit* der Behandlung unverzichtbar ist, durch die die *Souveränität* und Selbstwirksamkeit der PatientInnen gestärkt, „empowered“ werden sollen und sie in Prozessen persönlicher und interpersonaler Hermeneutik (Ricœur) *Sinn* für sich und mit den relevanten Menschen ihres „Konvois“ gewinnen und *Sicherheit* und *Zugehörigkeit* durch das Erleben von zwischenleiblicher Präsenz (Merleau-Ponty) als Alternativerfahrung zu biographischen Entbehrungen verinnerlichen soll. Eine solche **Grundregel** kontrastiert natürlich andere therapeutische Basismaximen: die „psychoanalytische Grundregel“ rigoroser und einseitiger Selbstoffenbarung des Patienten Sigmund Freuds verbunden mit der strikten Abstinenzverpflichtung des Therapeuten oder die gestalttherapeutische „Hier-und-Jetzt-Grundregel“ von Fritz Perls und seine Authentizitätsverpflichtung für die TherapeutInnen („to be oneself every moment“), so dass auch zur Begründung eines solchen Unterfangens einer „neuen, **tentativen** Grundregel“ eine dekonstruktive theoretische und praxeologische Auseinandersetzung mit dem Diskurs anderer Richtungen, vornehmlich und gleichsam paradigmatisch mit dem *psychoanalytischen Diskurs* erfolgen muss, um Argumente für unterschiedlichen Ausrichtungen und eigenständige Entwicklungen in einer „integrativen Grundregel“ besser nachvollziehbar zu machen, die sich auch anderen psychotherapeutischen Richtungen als Leitlinie anempfiehlt.

Summary

This text exposes context and background for the development and conceptualisation of a „**basic rule**“ for „Integrative Therapy“ and therapeutic practice in general – no matter of its school orientation. It is based in the concept of *intersubjectivity* (G. Marcel), the idea of *mutuality* of (Ferenczi) and of *otherness* (alterité, E. Levinas) as well as on the core concepts of therapeutic ethics: *integrity* and *dignity* of the patient, which are grounded in general discourses on justice and equity (Arendt, Ricœur, Shklar). Therapists are engaged for just conditions, understanding their practice as „*thérapie juste, just therapy*“. Therefore the goal of partnership within the process of treatment is a central issue, by which the patient's **sovereignty** and self-efficacy shall be reinforced, „empowered“, so that he can generate in a process of personal and interpersonal hermeneutics (Ricœur) *meaning* for himself and with the relevant members of his „convoy“ and that he can feel through intercorporeal presence (Merleau-Ponty) security and a sense of belonging which can be internalized as an alternative experience to biographic privation. Such a basic rule is of course contrasting maxims of other approaches: the psychoanalytic basic rule of rigorous and one sided self-disclosure asked from the patient by Sigmund Freud connected with the pledge of strict abstinence for the therapists; or the basic „here-and-now“ rule of Fritz Perls' Gestalt Therapy connected with a commitment to authenticity for the therapists („to be oneself every moment“). *Consequently* for the endeavor to establish a new „tentative basic rule“ a theoretical and praxeological deconstructive discussion of the discourses of the other therapeutic orientations particularly and paradigmatically with the psychoanalytic discourse is necessary to bring arguments for different positions and independent developments that support the arguments of an „integrative basic rule“ that suggests itself also as a guideline for other psychotherapeutic approaches.

Keywords: Integrative Therapy, Basic rule, Core Principles, just therapy, ethics, comparative psychotherapy

***Dieser Text ist meinem langjährigen Freund und Kollegen Kurt Lückel gewidmet für die vielen Jahre geistiger Gefährtenschaft - wir lernten uns in Schwalefeld 1972 kennen und hatten so manchen guten Polylog.

“Grundregel der Integrativen Therapie”

» **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 auseinander zu setzen. 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 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 auseinander zu setzen, 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, forschungsgestützt 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«

(Petzold 2000).

1. Vorbemerkung

Integrative Therapie bestimmt sich aus ihrer „**Arbeit mit Menschen**“, sie ist letztlich nur in diesem Zweck begründet worden und ist mit dieser Ausrichtung immer auch eine „**Arbeit am Menschlichen**“: in einer persönlich-individuell ausgerichteten Qualität als Unterstützung eines Menschen in der Arbeit an sich selbst, seiner Gesundheit, Entwicklung, an seiner Persönlichkeit und **Hominität** und in einer kollektiv ausgerichteten Qualität als Mitarbeit an der Entwicklung von **Humanität** und einer menschengerechten Weltkultur (*Kant, Arendt, Derrida* u.a.). Therapeutische Arbeit ist auf diesem Hintergrund nie nur eine funktionalisierte Dienstleistung, sie ist Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Mitsubjekt, und von dieser Qualität wird man nie absehen können. Deshalb muss man Psychotherapie mit *dekonstruktivistischen* und *ideologiekritischen* Perspektiven betrachten. *Derridas* Ansatz, Zusammenhänge in immer wieder wechselnden Perspektiven zu betrachten, ist in sich schon ideologiekritisch, weil er den Ideologiecharakter der einzelnen Perspektiven erkennbar werden lässt und damit generalisierende Geltungsansprüche, wie sie sich in der Psychotherapie so häufig finden, relativiert. Er zeigt auch eine prinzipielle Vieldeutigkeit des scheinbar so Sicherem, Eindeutigen auf, macht erkennbar, dass menschliche Kultur vielfältig ist, weil Menschen so vielfältig sind. Die Mannigfaltigkeit möglicher Diskurse wird unter dekonstruktivistischer Optik deutlich (*Royle* 2003) und hier tritt *Ricœur* hinzu, beteiligt sich am Polylog (*Petzold* 2002c) und verweist auf die Irreduzibilität der einzelnen Diskurse, von denen jeder seine Aussage hat (*Mattern* 1996), die in sich steht und die Respekt verlangt. Und dennoch bleibt solcher „Respekt“ nicht in der Neutralität philosophiegeschichtlicher Betrachtungen, kultursoziologischer „Beobachtungen der Moderne“ (*Luhmann* 1992), denn es geht um die Schicksale von Menschen, vor denen man Respekt haben muss (*Sennett* 2002), und damit erhält die Dekonstruktion eine engagierte Ausrichtung und Zielsetzung: sie ist für Menschen, für ihr Wohlergehen engagiert, was gerade für das spätere Werk *Derridas* ein wichtiger Impetus ist. Dieser Text ist so intendiert, dass seine Problematisierungen (*Foucault* 1996) und seine Dekonstruktionen auch auf seine „Positionen“ angewandt werden können und müssen, denn er kommt zu keinen abschließenden Wahrheiten, sondern will zu einem „Stil der Problematisierung und dekonstruktivistischen Hinterfragung“ anregen: „Nach den Ursachen hinter den Ursachen“ und „nach den Folgen hinter den Folgen“ (*Petzold* 1994c).

Es wird in dieser Arbeit ein anderer *WEG* beschritten als der, den *Freud* eingeschlagen hatte oder die behavioralen Richtungen, denn die Positionen dieses Textes werden vom „Menschlichen her“ entwickelt, aus anthropologischen und erkenntniskritischen Perspektiven (*Petzold* 1980g, 2003e), ohne dass dabei die klinischen, psychologischen, soziologischen, neurowissenschaftlichen und evolutionsbiologischen Dimensionen zu kurz kommen dürfen. Insofern kann es auch um kein „zurück zur Humanistischen Psychologie“ (*Quittmann* 1985) mit ihren Individualisierungstendenzen und Ausblendungen der biologischen Grundlagen der menschlichen Natur gehen. Moderne Epistemologie und Anthropologie sind in besonderer Weise dazu geeignet, derartigen Engführungen zu begegnen¹. Man muss die Fragen über den Menschen für die Arbeit mit Menschen immer wieder neu thematisieren. Hier wird wieder einmal ein Ansatz dazu vorgelegt.

Der voranstehende und in dieser Arbeit diskursiv begründete Text einer „tentativen Grundregel für Integrative Therapie“ ist einerseits als Angebot für ein differentielles und integratives therapeutisches Arbeiten von Psychotherapeuten jedweder „Richtung“ gedacht, die an diesem konzeptuellen Rahmen Interesse finden und ihn für überzeugend halten. Andererseits soll dieser Text als praxeologische und behandlungsethische Leitlinie für Therapeuten und Therapeutinnen dienen, die spezifisch im Verfahren der „Integrativen Therapie“ ausgebildet wurden. Die in den folgenden Ausführungen dargelegten Positionen und Prinzipien sollen als Basis der Zusammenarbeit zwischen TherapeutInnen und PatientInnen dienen. Sie werden hier ausdrücklich als grundsätzlich „tentativ“ gekennzeichnet, weil sie in der praktischen therapeutischen Zusammenarbeit immer auf eine gemeinsame Suche verwiesen sind und auf Versuche, eine fruchtbare Zusammenarbeit auf einem hinlänglich sicheren Boden zu finden. Dabei können uns **Prinzipien** helfen, die von Menschen in ihrer „**Arbeit am Menschlichen**“ (*Petzold* 2005r) und aus ihrer „**Suche nach Wahrheit**“ (*Florenskij* 1994) formuliert worden sind und von denen hier einige benannt seien als Leitlinien *unserer* therapeutischen „Arbeit mit Menschen“. Sie ist bestimmt:

von einem Bemühen um den „**Respekt vor der Andersheit des Anderen**“ (*Emmanuel Levinas* 1963), bestimmt von der Wertschätzung seiner „**Würde als Subjekt**“ (*Gabriel Marcel* 1967), vom „**Engagement für seine Integrität**“ (*Hilarion G. Petzold* 1978c), von der „**Verantwortung gegen-**

¹ *Fahrenberg* 2004; *Hernegger* 1982, 1989; *Schilling* 2000

über der Menschengemeinschaft“ (Immanuel Kant 1784; Jaques Derrida 1997) und gegenüber unserer Lebenswelt als **„Verantwortung gegenüber der Natur“** (Konrad Lorenz 1983; Maurice Merleau-Ponty 1999).

Diese **Prinzipien** bedürfen der Reflexion auf unsere Geschichte, einer Bewusstheit für die **„Geschichtlichkeit menschlicher Existenz“** (Paul Ricœur 1998, 2000) und die in ihr fungierenden „Diskurse und Dispositive der **Macht“** (Foucault 1978). Ohne diese bewusste, gemeinschaftliche Reflexionsarbeit kann es keine gesicherte Ökologie, keine sicheren Gemeinwesen, keinen Weltfrieden, keine Menschenrechte und gegenwärtige Gerechtigkeit geben (Hannah Arendt 1948, 1958), gibt es auch keine fundierten Zukunftsentwürfe und kann es für uns Menschen – Männer und Frauen (Simone de Beauvoir 1949/1968) – in unserem „gefährdeten Leben“ und in unserer „unausweichlichen wechselseitigen Abhängigkeit“ (Judith Butler 2005, 8) keine zukunftsfähigen Entwicklungen geben.

Derartige **Prinzipien** von Denkerinnen und Denkern, die als ReferenztheoretikerInnen² für die Integrative Therapie betrachtet werden, unterfangen **Positionen**. Sie werden verstanden als Standorte, die ein oder mehrere Gegenüber ermöglichen und damit **Differenz (différance)** und **Angrenzung** als strukturelles Moment beinhalten, durch das Diskurs, Ko-respondenz, Polylog möglich werden. **Positionen** sind aber durch das Andere und die Anderen niemals völlig sicher. Sie sind prekär, und die größte Sicherheit, die sie gewinnen können, ist eine **„ausgehandelte Positionalität auf Zeit“**, getragen von „wechselseitigem Respekt“, vom **Willen und Wollen** (Petzold, Sieper 2003b), den Anderen als Gleichen anzusehen und wertzuschätzen: „Als Gleiche sind wir nicht geboren. Gleiche werden wir als Mitglieder einer Gruppe erst kraft unserer Entscheidung, uns gegenseitig die gleichen Rechte zu garantieren“ (Arendt 1949, 764). Solche Entscheidung muss gesichert werden von der Bereitschaft zu einer **Verantwortung** für die „Integrität des Anderen“ vor dem Hintergrund allgemeiner Prinzipien, die ein gutes Miteinander Leben in der Menschen-, der Menschheitsgemeinschaft ermöglichen. Jeder voreiligen Gewissheit über das „Wie“ der Gestaltung des zwischenmenschlichen Miteinanders in den vielen möglichen Kontexten auf unserer Welt wird damit eine Absage erteilt. Gewissheit entsteht allein in der gemeinsamen Übernahme von Verantwortung für das, was die Beteiligten als „sinn-voll“ erkannt haben, was ihnen „am Herzen liegt“ in der Rückbindung – und das ist wesentlich – an die großen Bemühungen der Menschheit um die Regelung des Zusammenlebens eingedenk der menschlichen Möglichkeiten und Strebungen zur „Ungeselligkeit“ (Kant), zur Selbstsucht, Aggression, Destruktivität. Dieses evolutionsbiologisch herleitbare „Aggressionsnarrativ“ kann durchaus auch einen „devolutionären“ Charakter gewinnen (Petzold 1986h; Petzold, Orth 2004b), wie die Eroberungszüge und Megakriege der Menschheitsgeschichte, nicht zuletzt im vergangenen Jahrhundert, grausam gezeigt haben, eine Drohung, die uns begleitet, noch lange begleiten wird. Sie verlangt bewusste Friedensarbeit, die Entwicklung eines „Friedensnarrativs“, (idem 1986a, 2005r), grundsätzliche Freundschaftlichkeit zwischen Menschen als koexistentielle Basisqualität menschlichen Miteinanders, die tiefer gründet als formale Rechte: in einem Empfinden und einer Idee grundsätzlicher Gerechtigkeit³.

Mit *Derrida* (2002, 409) müssen wir fragen:

„Wann werden wir für eine Erfahrung der Freiheit und der Gleichheit bereit sein, die auf diese Freundschaft, aus Achtung vor ihr, die Probe macht und schließlich gerecht, gerecht jenseits des Rechts, das heißt dem Maß ihres Unmaßes gemäß wäre? O Freunde, Demokraten ...“

² Wir haben diese AutorInnen in unseren Arbeiten für die Integrative Therapie immer wieder aus „Lust auf Erkenntnis“ (Petzold 2006a) herangezogen und ihr Denken für unsere Praxis ausgewertet. Einigen haben wir kurze Portraits, manchen eine Hommage gewidmet, anderen schulden wir noch Würdigung: **Theodor W. Adorno** (Herrschaftsfreiheit, Emanzipation, kritische Vernunft), **Hannah Arendt** (Recht auf Rechte, Haessig, Petzold 2005), **Mikhail Bakhtin** (radikale Dialogizität, idem 2005ü), **Simone de Beauvoir** (Gendersensibilität, idem 2005t); **Nikolai Berdjajew** (radikale Freiheit, idem 1971IIa), **Pierre Bourdieu** (demokratisches Bewusstsein und weltbürgerliche Verantwortung, Leitner, Petzold 2004), **Jaques Derrida** (différance, Ethik der Gabe), **Pawel Florenskij** (Liebe zum Lebendigen und Hinwendung zur Schönheit, idem 2005r), **Michel Foucault** (Sorge um sich, Bewusstsein für Macht, Parrhesie, idem 2004d), **Jürgen Habermas** (Kommunikative Kompetenz und Diskurs, idem 1978c); **Immanuel Kant** (Kritische Vernunft, Weltbürgertum, Petzold, Orth 2004b), **Emmanuel Levinas** (Andersheit des Anderen und „Ethik als erste Philosophie“, Petzold 1996j; Hässig, Petzold 2004), **Niklas Luhman** (Komplexität und systemisches Denken, Jüster, Petzold 2004), **Gabriel Marcel** (Inter-subjektivität und existenzielle Würde, idem 2004f), **Maurice Merleau-Ponty** (Leiblichkeit, Mitsein, être-au-monde, idem 2004g), **Paul Ricœur** (Narrativität des Lebens, Intersubjektive Hermeneutik, Respekt vor der Irreduzibilität von Diskursen, Petzold 2004c 2005p), **Judith Nisse Skhlar** (Blick aus der Perspektive der Opfer, vgl. insgesamt idem (2006a).

³ vgl. die Gerechtigkeitstheorie der Integrativen Therapie (Petzold 2003d)

Der Integrative Ansatz hat sich von jeher an den großen „Grundordnungen“, den demokratischen Verfassungen, orientiert (Petzold 1998a, 3ff) als Dokumenten der Arbeit der Menschheit an sich selbst, an ihrer *Hominität* durch das Entwickeln von Formen des Zusammenlebens, die auf *Humanität* bauen. Wir haben derzeit nichts Besseres und damit eine ausgezeichnete Basis, das Vorhandene zu nutzen, umzusetzen, zu verbessern – an jedem Ort unseres persönlichen und professionellen Handelns.

Psychotherapie ist ein Praxis des Zwischenmenschlichen und stellt in jedem Zusammentreffen einen Ort der Gestaltung von Zwischenmenschlichkeit, von „*Konvivialität*“ (Petzold 1971; Orth 2002) dar. Psychotherapie vermag in der Mikrostruktur – durchaus auch paradigmatisch für Makrostrukturen – „*Konvivialität*“ als ein gastliches Miteinander, Brüderlichkeit, Geschwisterlichkeit – im Eigentlichen: Mitmenschlichkeit – zu realisieren und muss diese Absicht auch deklarieren.

„Wer wird jemals einen Diskurs *über* Freundschaft *verantworten* können, ohne sich zu *erklären*? ... also auch die Verantwortung dafür zu übernehmen, dass er sich erklärt – zum Freund oder zum Feind, zum einen oder zum anderen, ja zum einen und zum anderen?“ (Derrida 2000, 305).

Dieser Diskurs über die „**Grundregel der Integrativen Therapie**“ ist im Sinne Derridas eine „Erklärung“, hat die verantwortete Absicht des Autors dieses Textes, **Positionen** zu erklären, zu klären, klar zu machen. Nur so werden sie greifbar für die erforderliche „Ko-respondenz“, die unabdingbare „Begegnung und Auseinandersetzung“, die Arbeit des „Aushandelns von Grenzen“, die Mühen der „Konsens-/Dissensprozesse“, in der die Souveränität jedes einzelnen Ko-respondenzpartners, jeder Ko-respondenzpartnerin Raum und Geltung bekommen kann (die gendersensible Formulierung kennzeichnet eine grundsätzliche Position dieses Textes). Der Idee „manualisierter“ und „funktionalisierter“ therapeutischer Beziehungen soll damit eine Absage erteilt werden, vielmehr verweist die **tentative** Qualität der integrativen Grundregel auf ihre fundamental prozessuale Ausrichtung und die Diskursivierbarkeit ihrer Positionen. Diese sollten in der Initialphase einer Therapie im Rahmen der erforderlichen und rechtlich verpflichtenden Informationen für einen „informed consent“ thematisiert werden, denn Therapeuten müssen PatientInnen über das Verfahren, mögliche Risiken und Nebenwirkungen und seine Grundannahmen informieren. Eine äußerst anspruchsvolle und schwierige Aufgabe, für die bislang noch kaum Modelle erarbeitet wurden⁴, und wo die Grundregel einige Hilfen geben kann (keineswegs eine Standardlösung). Ihre Positionen bieten sich überdies als eine ethische Orientierung und Praxis für *alle* Psychotherapieverfahren und Formen professioneller helfender Arbeit mit Menschen an, wobei entsprechende Zupassungen möglich und notwendig sind (vgl. Petzold 2004p; Orth, Petzold 2004, Beispiele siehe Anhang).

Die Basis für eine solche Grundregel sind die anthropologischen und metaethischen Grundpositionen der Integrativen Therapie, die diesem Text vorangestellt werden:

„**Du, Ich, Wir** in Kontext/Kontinuum, in dieser Konstellation gründet das Wesen des Menschen, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in **Polylogen** und **Ko-respondenzen** als Konsens-/Dissensprozessen findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen. Menschen entspringen einer polylogischen Matrix und begründen sie zugleich im globalen Rahmen dieser Welt. In der Erarbeitung von demokratischen Grundordnungen und Menschenrechtskonventionen haben sie sich einen metaethischen Rahmen geschaffen, der noch keineswegs abgeschlossen ist und als 'work in progress' betrachtet werden muss, denn die Menschen sind in ihrer **Hominität**, ihrem Menschenwesen, und ihrer **Humanität**, ihrer Menschlichkeit, ihrem Verständnis von Menschenwürde, Freiheit, fundierter Gerechtigkeit, Gemeinwohl und der konkreten Umsetzung dieser Werte in beständiger Entwicklung – auf dem **WEGE** zu sich selbst, zu 'kultivierter Subjektivität' und einer reichen Kultur der Gemeinschaft“ (Petzold 1988t, 2000a).

⁴ Mit Musterverträgen für die psychotherapeutische Behandlung ist es ja nicht getan. Man muss Patienten von unterschiedlicher Belastetheit und kognitiver Differenziertheit über den *modus operandi* der Therapie, ihrer Ziele, Methoden, Hintergrundsannahmen sachgerecht informieren, um *informed consent* zu erhalten. Beispiel: Ein Psychoanalytiker, der auf eine „Veränderung der Persönlichkeitsstruktur“ des Patienten abzielt, müsste ihn sehr explizit über eben dieses Ziel informieren und seine Zustimmung erhalten, zumal der Schutz der Persönlichkeit grundrechtlich sehr hoch angesiedelt ist. Eine fehlende Information über genau dieses Ziel und eine fehlende Zustimmung zu ihm könnte ggf. rechtlich erhebliche Konsequenzen haben. Hier liegen noch schwerwiegende und komplizierte Probleme, weil es um Informationsverpflichtung nach dem *Ärzterecht* geht und der damit verbundenen Rechtssprechung (zur Information über Medikamente, Operationen, ärztliche Behandlungsmethoden), die voll für die nunmehr heilkunderechtlich geregelte Psychotherapie zum Tragen kommen. Man müsste einen suizidgefährdeten Borderlinepatienten z.B. darüber informieren, dass durch eine Psychotherapie das Suizidrisiko durchaus wachsen *könne*, und sei es auch nur vorübergehend, oder dass es zu einer psychotischen Dekompensation, einer wahnhaften Entgleisung der Übertragung kommen kann, Risiken also).

Das eigene Menschsein zu *empfinden* und damit sich selbst aus dem eigenen Leben und Lebendigkeit als lebendig zu empfinden, das Leben zu empfinden – leibhaftig, denn „unser Sein beginnt und endet mit unserem phänomenologischen Leben“ (Henry 2005, 59) – und Leben und Leiblichkeit folglich auch *denken* zu können, macht eine Qualität von *Subjektivität* des Menschen als *Lebendem* aus, die von der *Subjektkritik* der Moderne und Postmoderne (von Kant über Heidegger bis Foucault) nicht erreicht wird, weil sie diese Kritik hintersteigt (Michel Henry hat sie als Äußerung des „Lebens selbst“ ausgewiesen). Das Subjekt wird aber in seiner Selbststiftung von der menschlichen Gemeinschaft „als Gemeinschaft von Lebendigen“ (ibid. 140) in ihrer jeweiligen lebensweltlichen (enkulturierenden und sozialisierenden) Präsenz imprägniert, denn sie gibt jedem ihrer Mitglieder, jedem ins Leben Kommenden bis in das „Wie“, bis in die Qualitäten seines Sich-Selbst-Erfahrens eine Erbschaft mit: Güter (z.B. „Schätze der Kultur“, familiales Lebenswissen) und Lasten (z. B. für viele Deutsche die der Nazivergangenheit auf der makrosozialen/gesellschaftlichen und ggf. auch auf der mikrosozialen/familiengeschichtlichen Ebene, ein „schlimmes Erbe“). In der Betonung dieser *kollektiven* Qualität des Lebens, die sogar bis in seinen primordialen Grund greift – z. B. gehören hierhin die Angst vor Tod, Schmerz und Leiden, die allen Menschen gemeinsam ist, oder das Aggressions- und Gewaltpotential (Petzold, Bloem, Moget 2004), das in uns allen als Erbe der bisherigen Hominisation im evolutionären Überlebenskampf wurzelt (Petzold, Orth 2004b) – gehen wir über das Konzept der „Subjektivität“ bei Henry hinaus und sehen **Hominität** „im Prozess“ ihrer Entwicklung unlösbar gebunden an Gemeinschaft und ihrer zu realisierenden **Humanität**.

Wenn man ein eigenes psychotherapeutisches Verfahren als neue „Richtung“ im Felde *klinischer Psychologie* und *wissenschaftlicher Psychotherapie* – und hier verortet sich der Integrative Ansatz – entwickelt, muss man bei der Vielzahl der schon vorhandenen Ansätze und Richtungen schon gute Gründe angeben, warum man das unternimmt, was man anders - vielleicht besser – macht als die traditionellen „Schulen“. Da die Mehrzahl therapeutischer Richtungen ähnliche Ergebnisse haben, was ihre Wirksamkeit (*effectiveness*) anbetrifft – mit einigen besonderen Stärken wie die der VT in der Behandlung von Angststörungen oder Schwächen wie die der Psychoanalyse in der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen (vgl. Grawe et al. 1994; Thomas 1986) – ähnliche Wirkung wohl, weil die „unspezifischen Wirkfaktoren“ in allen Methoden hinlänglich zum Tragen kommen, kann es nicht um einen „Kampf der Effektstärken“ gehen. Die Situation der empirischen Psychotherapieforschung, die Probleme der Messung von *Wirksamkeit* – besonders, wenn man die Maßstäbe rigoroser Methodologie zugrunde legt (kontrollierte, randomisierte, doppelblinde Studien, vgl. Mulder et al. 2000; Westen, Morrison 2001) – geben eine seriöse Argumentation über bessere Wirksamkeiten gar nicht her, besonders wenn man die Realität des therapeutischen Praxisalltags ansieht, die eher mit naturalistischen Studien von hoher „ökologischer Validität“ erfasst werden kann⁵, sondern es geht letztlich bei *parrhesiastischer* Betrachtung⁶ um Macht, Einfluss, Geld, um Privilegien unter Ausnutzung von Positionen der Definitionsmacht. Primär geht es also nicht um Inhaltliches, auch wenn im Hintergrund natürlich auch weltanschauliche Fragen stehen, Ideologien, Differenzen in *Menschen-* und *Weltbildern*, in erkenntnis- und ethiktheoretischen Fragen, Divergenzen im Wissenschaftsverständnis, in der Wahl der Referenztheorien. Diese Unterschiede, die größer und kleiner sein können, sind durchaus wichtig für das Gesamtfeld der Psychotherapie, denn in differierenden Paradigmen, in Diskursen über dissente Auffassungen und „Positionen“ (Derrida 1986), liegt Fortschritt, liegen unterschiedliche „Wege der Heilung und Förderung“ für die Vielzahl höchst verschiedener Menschen und ihre oft sehr unterschiedlichen Problemlagen und Erkrankungen. Und selbst bei Ansätzen, die sich in vielen Positionen nahe stehen, wie z.B. die „Allgemeine Psychotherapie“ Grawes und die „Integrative Therapie“ von Petzold et al. – beides sind dezidiert Formen „*psychologischer Therapie*“, greifen auf die empirische Psychologie als leitende **Referenzwissenschaft** zurück (so Grawe und Petzold, vgl. Petzold, Orth, Sieper 2005) bzw. als *eine* der leitenden Referenzwissenschaften⁷ - gibt es wesentliche Unterschiede, etwa in der Nutzung dieser Referenzwissenschaften. Ich greife neben dem Bezug auf die klinische Psychologie und Neurowissenschaften (Petzold 2002j, 2003a, 2004I, 2005a) viel stärker als Grawe auf Entwicklungs- und So-

⁵ Petzold, Hass et al. 2000; Steffan, Petzold 2001; Morrison et al. 2003; Stirman et al. 2003

⁶ Von gr. *Parrhesie*, die offene, freimütige, persönlich wahrhaftige Rede, die im Altertum als ein „Zeichen der Freiheit“ (Demokrit Fragment 226) galt und von Foucault (1992, 1996) als Prinzip ethisch verantworteter Praxis auch in der Moderne herausgestellt wurde.

⁷ Die Integrative Therapie bezieht sich neben Biologie, Evolutionstheorie, Neurowissenschaften auf Philosophie, Sozial- und Kulturwissenschaften (vgl. Petzold, Orth 1985, 1990, 2004; Petzold 2003a, 2004a, 2005a; Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005)

zialpsychologie (Müller, Petzold 2004, 2005; Petzold 1994j) zurück und natürlich auf eine klinisch genutzte Philosophie, eine „clinical philosophy“ (Kühn, Petzold 1992; Petzold, Orth 2004b; Petzold 2004i). Das führt zu Reflexionen, die – weil sie in eine größere *Breite* gehen – auch Gedankenbewegungen erfordern, die in die *Tiefe* gehen und *Grund* auszuloten suchen. Trotz Rekurs auf einen in weiten Bereichen gleichen Referenzrahmen wie der der „psychologischen Psychotherapie“ von Grawe (1998) findet sich im Integrativen Ansatz also deutlich eine breiter greifende Nutzung von Referenzwissenschaften – etwa der Philosophie, weil man sie für die Erarbeitung von grundsätzlichen **Prinzipien** und **Positionen** – etwa wie die einer „Grundregel“ für die therapeutische Praxis – braucht. Grawe sah offenbar diese Notwendigkeit nicht, und aus Sicht eines klinischen Psychologen kann man ein solch breites Spektrum durchaus als ein Problem sehen, weil das Moment fachwissenschaftlicher Spezifität verwässert werden könnte. Aber selbst wo Referenzen und Positionen übereinstimmen, werden immer wieder auch andere methodischen und behandlungspraktischen Konsequenzen aus diesen Referenzen gezogen - z.B. wird über die störungsspezifische Orientierung bei Grawe, die die Integrative Therapie durchaus teilt, hinausgehend, die persönlichkeitsentwickelnde und „life style“ verändernde Orientierung stärker in den Vordergrund gestellt (Petzold 2005r), um einmal ein Beispiel für Differenzen neben Gemeinsamkeiten zu nennen⁸. Und auch in Grawes (2004) „Neuropsychotherapie“, seiner neuerlichen Bewegung zu den Neurowissenschaften, die in der Integrativen Therapie immer schon wichtig waren (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold 2002j), werden Akzente anders gesetzt – etwa durch den bei Grawe völlig fehlenden Bezug auf den Begründer der Neuropsychologie A. R. Lurija (1978) und die russische Schule der Neurophysiologie⁹, die neben ihren Fundamenten in nicht-linearen systemtheoretischen Modellen die **Tätigkeit des Menschen**, sein **Leben in sozialen Systemen** und deren Wirkung auf neurophysiologische bzw. -psychologische Prozesse in der Tradition von L. S. Vygotskij stärker betont (Petzold, Sieper 2004). Diese biopsychosoziale Ausrichtung akzenturiert die **Sozialität**, affirmiert, dass jedes Entwicklungsgeschehen „zunächst zwischenmenschlich als *interpsychische*, dann ... als *intrapsychische* Kategorie“ gesehen werden muss (Vygotsky 1992, 236). In eine ähnliche Richtung weist die Vision eines „social brain“ bzw. einer „society of brains“ (Freeman 1995, 1999), wobei aus der Sicht klinischer Philosophie klar ist: Gehirne sind nicht „Subjekte“ von Erkenntnis, Spiegelneuronen geben keine Empathie. Das sind Kategorienfehler (Ryle 1949), die man leider immer wieder in neurowissenschaftlicher Literatur findet¹⁰. Gehirne sind die notwendige Voraussetzung für Bewusstseinsprozesse, aber diese sind nicht mit dem neurophysiologischen Geschehen in den Gehirnen gleichzusetzen. „Um Bewusstsein zu entwickeln, muss sich das Gehirn gewissermaßen selbst beobachten können“ (Hüther 2001, 115). Hier muss man das „gewissermaßen“ ganz groß schreiben, um dem Fehlschluss gegenzusteuern, dass das Gehirn „Bewusstsein habe“¹¹. Mit Vygotsky und Lurija meinen wir, „dass die psychische Natur des Menschen die Gesamtheit der gesellschaftlichen Beziehungen darstellt, die nach innen verlegt und zu Funktionen der Persönlichkeit und zu Formen ihrer Struktur geworden ist“ (Vygotsky 1992, 137 unter Anspielung auf die sechste *Marxsche* These über *Feuerbach*). Das geschieht allerdings auf einer neurobiologischen Grundlage, die diese Prozesse ermöglicht und von ihnen zugleich geformt wird, etwa durch die Ausbildung neuronaler Netzwerke und Aktivierungsbereitschaften, die ihrerseits wiederum durch Außeneinflüsse aus Natur und Gesellschaft verändert werden können, weil Neuroaktivität (Freeman 1995, 27ff) und Neuroplastizität das ermöglichen, ja weil die Disposition des Gehirns bzw. des neuronalen und perzeptuellen Systems zur „Informationssuche“ und „Informationsverarbeitung“ hierfür die organismische Basis und den *Impetus* (Petzold 1988t, 1990b) bereitstellt.

Unter *Impetus* habe ich eine doppelte dynamische Qualität gefasst, die aller lebendigen Materie, allen Lebewesen (*living systems*) inhäriert: 1. die Tendenz, aus ihrer relevanten Umwelt, in die sie eingebettet sind (*embedded*), Information zu suchen (vermittelt über biochemische bzw. biophysikalische Träger und aufgenommen über Rezeptoren bzw. molekulare Andockstellen) und diese zu *verleiblichen*. Damit wird auch die Umwelt/Welt mit den „Anderen“ der eigenen Spezies oder anderer Arten verleiblicht (*embodied*), wird der Organismus zum „**informierten Leib**“. 2. In ihm kommt der *Impetus* mit der zweiten Tendenz zum Tragen: aus dem Aufgenommenen Vorhandenes umzugestalten (neuronale Netzwerke, kognitive, emotionale Muster, Nar-

⁸ Petzold, Orth, Sieper 2005

⁹ P. Anokhin 1967; N. Bernstein 1965; vgl. Sieper, Petzold 2002

¹⁰ z.B. Hüther 2001; Bauer 2005, auch Grawe 2004 argumentiert immer wieder in dieser Weise

¹¹ Die Formulierung von Hüther (2001) und seine ganze Argumentationsweise in „Bedienungsanleitung für ein Gehirn“ ist leider epistemologisch unscharf. Das Gehirn „beobachtet“ sich nicht, auch wenn es für exzentrische bzw. hyperexzentrische Beobachtung die Grundlage bietet.

ative, Stile) oder Neues zu erschaffen - *internal* (Schemata, Formen, Skripts). Aber auch *external*, etwa in künstlerischen, technischen, wissenschaftlich-konzeptuellen Gestaltungen, die im Prozess der Fabrikation schon wieder modifizierend auf den *informierten Leib* und den *Impetus* zurückwirken. Das Konzept des *Impetus* ist an das Konzept des Lebendigen/des Lebens gebunden und nimmt in der Integrativen Theorie strukturell die Stelle ein, die im psychoanalytischen Diskurs der „Trieb“ inne hat (idem 1988t).

Es ist hier von einem nonlinearen, zirkulären Geschehen auszugehen, in dem bei den höheren Wirbeltieren und damit auch beim Menschen die *Umwelt/Organismus-Verschränkung* zum Tragen kommt: die Lebenswelt und ihre Erfordernisse und Möglichkeiten (*affordances*, *J.J. Gibson*) stimulieren, beeinflussen, formen den Organismus/das Gehirn/den Menschen und seine Entwicklung; und der Organismus/das Gehirn/der Mensch bearbeitet, formt, kultiviert die *Umwelt*, die als *Kulturwelt* in erneuter spezifischer Einwirkung den Organismus/das Gehirn/das Subjekt *enkulturiert*. Die Subjektgenese erfordert Kulturwelt und die Präsenz anderer Kulturwesen, braucht Mitsubjekte. Kulturschöpferische Prozesse sind damit zugleich *cerebral-evolutive* Prozesse und *vice versa*, und dabei sind individuelle und kollektive cerebrale Aktivitäten auf vielfältige Weise verschränkt. Sie bringen „individuelle und kollektive mentale Repräsentationen“ (siehe unten) durch wechselseitige Konnektivierungen hervor. Der Begriff *mental* umfasst hier emotionale, volitive und kognitive Qualitäten. Das Gehirn beschäftigt sich dabei in einem permanenten, „fungierenden Processing“, das der Introspektion und Fremdempathie *strukturell* nicht zugänglich ist, mit der *unbewussten Informationsverarbeitung* des aus der Umwelt und der somatischen Innenwelt aufgenommenen Informationsmaterials. Es beschäftigt sich zu 80% und mehr „mit sich selbst“ und das „*bewusste* Nachsinnen und Nachdenken“ macht nur einen kleinen, aber dennoch für uns in eminenten Weise wichtigen Teil seiner Aktivität aus. In der unbewussten und bewussten Verarbeitungsaktivität kommt das gesamte aufgenommene, kulturelle Wissen nebst den szenischen und interpersonellen Kontexten, in denen es aufgenommen wurde, zum Tragen (*Politzer* sprach von der *dramatischen* Qualität solchen Geschehens). Es kommen die verinnerlichten „relevanten Anderen“ (*Mead*) mit ins Spiel, die als Lehrer, Freunde, Wissensvermittler *in ihrer ganzen Personalität* (nicht nur als bildliche Imagines) von uns aufgenommen wurden und „in uns wohnen“ (*Bakhtin*) und wirksam werden können – sie sind Teil meiner Persönlichkeit. So kann „innere Zwiesprache“, können *innere Polyloge* möglich werden. Ich kann mich „in Gedanken“ mit meinen Freunden unterhalten, aber auch mit *Freud, Mead, Vygotsky, Freeman*, wie in dieser Textpassage, bei der ich im Hintergrund *Vladimir N. Iljine, Mikhail M. Bakhtin* und *Hugo Petzold*, meinen Vater, im Gespräch vertieft, murmeln höre, denn ihnen verdanke ich Vieles von diesen Überlegungen zu „polylogischem Denken“, in dem die Anderen immer anwesend sind – explizit und implizit, bewusst und unbewusst (unbewusst in einem neurobiologischen, nicht in einem *Freudschen* Sinne als Verdrängtes).

Eine solche Sicht, wie sie hier skizzenhaft entfaltet wurde (*Petzold* 2003e), berührt natürlich das **Grundverständnis** von Psychotherapie und muss sich damit auch in Grundaussagen zu Regeln therapeutischer Arbeit niederschlagen. Der Mensch ist nicht nur durch Biologie und Neurobiologie zu verstehen, aber ohne diese Grundlage, ohne die Berücksichtigung neurobiologischer Wissensstände einerseits, und ohne den Rekurs auf seine evolutionsbiologische und sozialgeschichtliche Entwicklung (*Buss* 2004; *Mysterud* 2003; *Petzold* 2005t) andererseits wird er für die Psychotherapie nicht greifbar bzw. für eine moderne **Humantherapie** nicht als „**Subjekt**“ begreifbar – und um anderes kann es nicht gehen, es reicht nicht, wie die *Perlsche* Gestalttherapie es tut, vom „Organismus“ zu reden.

Das Subjekt der „transversalen Moderne“ reflektiert sich über die *exzentrische* Bewusstheit der Menschen früherer Hochkulturen hinaus in historisch nie zuvor geschehener und möglicher Weise *hyperexzentrisch* an den Grenzen seines Bewusstseins (*consciousness*), weiß um die Begrenzungen seiner cerebralen Leistungsfähigkeit (z.B. Fehlen eines n-dimensionalen Vorstellungsvermögens) und des damit gegebenen „*strukturellen punctum caecum*“. Es weiß nicht nur um seine begrenzte persönliche Lebensdauer, sondern auch um die seiner Lebenswelt (solare Supernova in 3-5 Mrd. Jahren) sowie um die *Prekarität* der sozialen Stabilität (Überbevölkerung, Überalterung, Massenvernichtungswaffen) und der ökologischen Fragilität dieser Welt (Gefahr der Dekompensation von Ökosystemen bzw. der Biosphäre). Das führt diesen hyperkulturierten Menschen des Sapiens-Sapiens-Typus zu neuen Qualitäten seines Menschseins, die es auf vielfältigen Ebenen zu realisieren und mit seiner biologischen Basisausstattung zu konsolidieren gilt. Er war nie und ist nie nur „organism“ („wanting some food“, *Perls* 1969c). Ich ziehe deshalb mit guten Gründen den Term „Humantherapie“ den reduktionistischen Begriffen „Psychotherapie“, aber auch „Körpertherapie“ vor, denn das Selbst-bewusste Subjekt ist „embodied and embedded“ (*Petzold* 2004h; *Petzold, Orth*

2004b). Es lebt in koexistiver Leiblichkeit mit anderen Subjekten in Sozialität und ist nicht allein über das „Psychische“ – wie immer es auch bestimmt sein mag – zu erfassen. Um es zu verstehen müssen die Erträge moderner philosophischer Anthropologie und Epistemologie beigezogen werden, die bei allen Unterschieden im Punkt der grundsätzlichen Lern- und Entwicklungsfähigkeit des Menschen übereinstimmen (*Fahrenberg 2004*), die wir als das „**Basisnarrativ**“ seines evolutionären Lebens und Überlebens bezeichnet haben.

Die grundsätzliche und umfassende Lernfähigkeit der Hominiden, die Veränderbarkeit von Genexpressionen und Genregulationen, die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns und Nervensystems und die damit gegebene Modifizierbarkeit von kognitiven Landkarten, emotionalen Stilen, Mustern der *Regulationskompetenz/-performanz* aufgrund „fungierender Lernprozesse“ oder/und „exzentrischer und reflexiver“ Auswertung und volitionaler Umsetzung von Erfahrungen sind die wesentlichsten, evolutionsbiologisch höchst sinnvollen Selektionsvorteile der Hominiden vom Sapiens-Typus. Diese fungierende und exzentrische Lernfähigkeit, die Ausbildung modulierbarer *Narrative* bzw. *Regulationskompetenzen* muss als das zentrale Programm, als das „Basisnarrativ“ des Homo Sapiens angesehen werden, von dem alle anderen Narrative (Brutpflege-, Paar-, Aggressionsverhalten etc.) bestimmt werden können (*Petzold 2002b*).

Mit einem solchen Hintergrundkonzept wird deutlich, dass es im Kontext von Therapie nicht nur oder primär um eine Um- und Neubahnung eng umgrenzter cerebraler Areale gehen kann, sondern um die Reorganisation von komplexen bzw. komplex vernetzten „funktionellen Systemen“ (*Anokhin 1978*) mit ihren beteiligten Partialsystemen, die sich kontextbestimmt und aufgaben- bzw. zielorientiert *selbst organisieren*, wie es *Lurija (2001)* mit seinem differenzierten und integrativen neuropsychologischen Ansatz aufgezeigt hat. Es geht letztlich um die Veränderungsprozesse von Menschen. Denn: „Die höheren psychischen Funktionen sind kompliziert organisierte funktionelle Systeme sozialer Genese. Deshalb ist jeder Versuch, sie in speziellen, eng begrenzten Abschnitten des Kortex oder in 'Zentren' zu lokalisieren, völlig ungerechtfertigt“ (*Lurija 1970*).

Humantherapie erfordert Beeinflussung und Veränderung von neurobiologisch gegründeten, höheren Prozessen von Gesamtpersönlichkeiten und ihrer **Lebensstile** in ihrem lebensweltlichen Bezug, die mit diesen Prozessen unlösbar verbunden sind, erfordert damit aber auch Veränderungen von Lebenslagen und Lebenssituationen.

Es geht letztlich auch um einen Beitrag zu einer bewussten, persönlich und kollektiv verantworteten Gestaltung von Lebensprozessen und der Lebenswelt in Nah- und Fernräumen. Solche höheren Prozesse, „spezifisch menschliche Formen psychischer Tätigkeit wie willentliche Aufmerksamkeit, aktives Gedächtnis und abstraktes Denken müssen als ein im Ursprung soziales Phänomen verstanden werden und als Prozesse, die im Verlauf des Beherrschens allgemein menschlicher Erfahrung ausgebildet werden“ (*Lurija 1992*), weshalb auch immer Veränderungen von Umwelt bzw. der *Gehirn/Subjekt-Umwelt-Passung* angezielt werden müssen, wenn man Veränderungen von menschlichem Verhalten anstrebt – ein Aspekt, der bei *Grawe (2004)* weitgehend zu kurz kommt. *Lurija (1992, 59)* transportiert diesen Gedanken bis in die Neuropsychologie, wenn er affirmiert: das Soziale bildet „neue funktionale Systeme und benutzt dabei die biologischen Mechanismen, bezieht sie in neue Arbeitsweisen ein“ (ibid.). Deshalb ist die enge Verzahnung *biologisch-neurowissenschaftlicher* und *sozialwissenschaftlicher* Zugeweisen (*Lurija 1992*) unverzichtbar. Die komplexen, nicht-reduktionistischen Vorstellungen *Lurijas (1976)*, dieses genialen Neuro- und Sozialwissenschaftlers (*Vocate 1987; Jantzen 1994*), der sich stets gegen den Reduktionismus gewehrt hat, bieten ein Paradigma in dem weiter gedacht werden kann. „Diese Vorstellungen sind dem klassischen Assoziationismus, der Gestalttheorie, dem simplifizierenden Behaviorismus und der forschenden Tiefenpsychologie weit überlegen“ (*Lurija 2001, 347*). Ich teile diese Einschätzung, die wiederum Konsequenzen für die *Praxis der psychosozialen Interventionen* bis hin zu therapeutischen Orientierungen hat. Ich meine aber, dass heute weitere Ausarbeitungen in philosophischen, kulturtheoretischen und ethischen Leitkonzepten für eine hyperkomplex gewordene Welt erforderlich werden, wie ich das aus der Sicht des Integrativen Ansatzes immer wieder affirmiert habe. Die „**transversale Moderne**“ hat mit Internationalisierung und Globalisierung, Hyperstringtheorie (*Greene 2005*) und Nanotechnologie, Genetic Engineering und Molekularbiologie, Virtualisierung, Cyberspace, Hightechumwelt, Totalisierung medialer Kommunikation Qualitäten einer „transgressiven Kulturierung“ von Lebenswelt hervorgebracht. Sie zwingen die Psychotherapie/Humantherapie dazu, über die traditionellen Modelle (die zum Teil durchaus Bedeutung behal-

ten) hinauszudenken, statt an Konzepten des 19. und der beiden ersten Drittel des 20. Jahrhunderts festzuhalten, die das Denken der tiefenpsychologischen und humanistischen Verfahren heute noch ausschließlich bestimmen. Die Frage: „Wie therapiert man einen Cyborg?“ (Streb-Lieder 2005) steht als ein Realitätshorizont durchaus im Raum. Man denke an die „Selbstcyborgisierung“ mancher Spieler, die die Play Station schon als Extension ihres Selbst erleben und die Cyberwelt interaktiver Spiele als ihren Lebensraum sehen, man denke weiterhin an den implantierten, gelaserten Körper als Virtulkörper – und das sind nur Anfänge. Ein Abwiegen dieser Perspektiven oder ihre voreilige und alternatelose Pathologisierung mit überalterten psychodynamischen Schablonen durch eine zumeist sehr konservativ denkende „community of psychotherapists“ macht sie nicht weniger bedrängend. Neue Zeiten erfordern neue Konzepte, und die können durchaus auch aus wenig beachteten Traditionen kommen.

Die Ausbildung von Differenzen aufgrund unterschiedlicher Weltanschauungen und Menschenmodelle (Fahrenberg 2004; Herzog 1983; Petzold 1991I, 2003e) sind das zentrale Movens hinter der Herausbildung der Vielfalt von Psychotherapierichtungen. Deshalb müssen argumentative Begründungen für neue Entwicklungen auf dieser Ebene gegeben werden. In der Integrativen Therapie als differentieller und komplexer Humantherapie (komplex, dieser Term ist mir lieber als „ganzheitlich“, vgl. kritisch idem 1988n) wurde das von vielen Seiten her unternommen (Petzold 2003a). Ich habe begründet, warum wir dem *Psychodrama* nahe stehen (Netzwerkorientierung, aktionale, kreative Praxis) und was uns unterscheidet (z. B. dezidiert entwicklungspsychologische Orientierung, psychomotorisch-leibtherapeutische Akzentuierung usw., Petzold 1979k). Ich habe aufgezeigt, was uns mit der *Gestalttherapie* verbindet (erlebnisaktivierende Praxis, Begegnungsorientierung) und wo wir uns von ihr getrennt haben (durch hermeneutische/metahermeneutische Ausrichtung, eine solide anthropologische Fundierung, Orientierung an Evolutionspsychologie [Buss 2004] und Neurobiologie, an einer longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie, an forschungsgestützter klinischer Psychologie usw.¹²). Mit der *Verhaltenstherapie* verbindet uns die Zentrierung auf „Lernen“ und auf Umsetzung im konkreten Verhalten, aber es trennt uns auch vieles, selbst im Verbindenden (vgl. unsere, reduktionistischen Behaviorismus kontrastierende Theorien des „Komplexen Lernens“ und der „Performanz“, Sieper, Petzold 2003; Petzold, Engemann, Zacher 2003). Mit der *Psychoanalyse* verbindet uns die biographische Orientierung, die „Beziehungsarbeit“, ein tiefenhermeneutischer Zugang, und uns trennt sehr vieles (ihr Triebdeterminismus, ihre Entwicklungstheorie, ihre Pathologieorientierung usw. usw., vgl. Petzold, Orth 1999).

Man kann und muss, will man ein Verfahren im Felde der Psychotherapie neu positionieren, mit Blick auf die anderen Ansätze in diesem Feld auf Verbindendes *und* Trennendes, auf Konvergenzen *und* Divergenzen schauen (Petzold 1980b, 1982) und auf das, was man für *richtig* und was man für *falsch* hält, auf das, von dem man überzeugt ist, dass es nicht richtig sei, sondern vielleicht schädlich oder gar schädigend (Märtens, Petzold 2002; Petzold, Orth 1999). Vertritt man mit *Deleuze, Derrida, Foucault, Lyotard, Ricœur* eine „Philosophie der Differenz“ – und die genannten Autoren bieten hierfür recht unterschiedliche, beachtenswerte Argumente (Petzold 2004b, 2005j, r) – hindert das nicht, auf Gemeinsames zu schauen, aber man muss auch auf das Andersartige blicken, auf Trennendes, Dissentes und es *parrhesiastisch*, d.h. mit dem „Mut zur offenen Rede“ aussprechen. Ja man ist geradezu verpflichtet, unbequeme Wahrheiten zu sagen, weil man sie für wahr hält (Foucault 1996) – wohl wissend, dass man sich irren, täuschen kann, was eine Bereitschaft verlangt, sich auch *revidieren zu wollen*, wenn das erforderlich wird.

Die Mehrzahl der Psychotherapieverfahren sind aus Dissensprozessen zur Psychoanalyse hervorgegangen. Deswegen kommt man um die Auseinandersetzung mit ihr kaum herum. Es hatten sich entweder in ihren Reihen „Dissidenten“ gebildet (Adler, Jung), die andere Wege gingen, oder es wurden Protagonisten, deren „Positionen“ innerhalb der „psychoanalytic community“ als nicht mehr mit der Orientierung des main-stream konsolidierbar erschienen (Reich, Rank), ausgeschlossen, oder es entwickelten sich neue Verfahren, die sich vom *Freudschen* Paradigma klar abgrenzten (Moreno, die klassische Verhaltenstherapie). Sie alle stellten entweder Korrekturversuche zu Fehlannahmen der traditionellen Psychoanalyse dar oder Alternativentwürfe gegenüber als falsch angesehenen Positionen oder Vereinseitigungen des *Freudschen* Diskurses. Es ist beeindruckend und beunruhigend zugleich, wie viel Kritik und Dissens dieser Ansatz über mehr als ein Jahrhundert ausgelöst hat, beunruhigend, weil sich bei ihm offensichtlich so viele grundsätzliche Probleme fanden und finden, dass immer wieder kluge Männer und Frauen neue, andere Wege zu gehen für

¹² vgl. Petzold 1996h, 2002b, 2003e, 2005j

notwendig erachteten, beunruhigender aber noch, dass all diese Kritik und Dissidenz zu keinen wirklichen Veränderungen in der Main-Stream-Linie dieses Verfahrens geführt haben, was seine Basisannahmen und Grundprinzipien anbelangt, und dass viele der Dissidenten zum Teil etliche der Irrtümer mitnahmen, die andere zur Dissidenz motiviert hatten. Die extreme Ausfächerung der Psychoanalyse in Haupt- und Nebenströmungen, Sonderorientierungen – neoanalytische, kleiniansche, lacansche –, in „Schulen“ wie die britische, die ungarische, die Pariser, die Washingtoner, die Vielzahl „tiefenpsychologischer“ Orientierungen (Wyss 1992) macht es seit langem schwierig, von „der“ Psychoanalyse zu reden. Es gibt unterschiedliche Orthodoxien und sehr verschieden orientierte, progressive Gruppen, und das in einem Maße, dass Dialoge mit „der“ Psychoanalyse oder kritische Diskurse mit ihr praktisch kaum noch möglich werden (auch wenn sie sich im berufspolitischen Raum kontrafaktisch als eine recht geschlossene Richtung geriert).

Wenn in diesem Text von „der Psychoanalyse“ gesprochen wird, so bin ich mir dieses Faktums der „Pluralisierung und Differenzierung“ – zuweilen fast bis zur Unkenntlichkeit – durchaus bewusst. Aussagen, kritische und affirmative, beziehen sich hier, das sei zu Anfang herausgestellt, zentriert auf die Ausrichtungen nahe am *Freudschen Kanon* und zuweilen auf all die Orientierungen, die an *Kernkonzepten seines Diskurses ausgerichtet sind: an einem primär individualisiert konzipierten Unbewussten, am Theorem der Verdrängung, des Aufdeckens von Verdrängtem durch die Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung, an Widerstand und Abwehr unter der Verpflichtung des Patienten zur Selbstoffenbarung, an dem Anspruch der Veränderung von psychischen Strukturen, der Persönlichkeitsstruktur gar.*

Wenn man eigene Positionen entwickelt, so wird es deshalb praktisch kaum vermeidbar, *deutlich* zu machen, warum und in welcher Weise man sich von Basisannahmen der Psychoanalyse unterscheidet. Die Integrative Therapie hat sich indes nicht aus einem solchen „Impetus der Abgrenzung“ entwickelt, sondern aus der Erarbeitung eines eigenen *paradigmatischen Zentrums* im Kontext der **postmodernen Diskurse** im Paris der mitsechziger Jahre, in denen eine „**Philosophie der Differenz**“ entfaltet wurde durch die schon genannten poststrukturalistischen Denker, die der Autor selbst hörte, z.T. kannte, eine Orientierung des Konzeptualisierens, der wir uns in jener Zeit in manchen Aspekten selbst zugerechnet hatten – der antidogmatischen, ewige Wahrheiten bezweifelnden, Machtfragen kritisch aufwerfenden Seiten dieses Denkens, dessen Spuren im „Integrativen Ansatz“ auch heute noch nachwirken, ohne dass sie ihn indes vollends bestimmen, denn es kamen mit *Merleau-Ponty, Marcel, Levinas, Henry, Ricœur* noch Denker mit anderen Orientierungen aus der phänomenologischen und hermeneutischen Tradition hinzu.

Das Differenzdenken der Integrativen Therapie, das sie bis heute kennzeichnet, ist einer konsequent phänomenologischen Position verpflichtet, weil *wahrgenommene* und *erfasste* Phänomene immer eine Differenz ausweisen – z. B. die zwischen dem Wahrnehmenden/Erfassenden und dem Wahrgenommenen/Erfassten in seiner Vielfalt. „... nur weil eine Sache erscheint, ist sie auch in der Lage zu sein“, schrieb *Michel Henry* (2005, 14) und er formuliert, *Husserl* leicht verändernd, als Basisannahme: „soviel Sein wie Erscheinen“ (ibid.). Das erscheinende Sein ist vielfältig und zeigt, dass „Sein“ immer „Mit-Sein“ (συνουσία) ist – wie ich es als Maxime des Integrativen Ansatzes formulierte (*Petzold* 1978c). Die Synousie impliziert durch das „σύν“ die Differenz. Ek-stasis, Exzentrität, Mehrperspektivität sind in der Integrativen Therapie und für diesen Ansatz zentrale Begriffe, die eine prinzipiell differentielle Betrachtung grundlegen. Da phänomenal Wahrgenommenes und mnestisch Erfasstes (d.h. als bekannt oder unbekannt/neu Erfasstes) in unterschiedlicher Weise symbolisch gefasst, versprachlicht werden kann und auf unterschiedliche Bewertungen/Wertungen (emotionale „valuation“, limbisches System) und Verständnisse/Einschätzungen (kognitives „appraisal“, präfrontales System) trifft und damit differentiell kommuniziert werden kann, führt diese *Polyglossie* (*Bakhtin* 1981) und *Polylogik* (*Petzold* 1971, 2002c) zu einer vielschichtigen Hermeneutik. Sie vermag das vielfältig Wahrgenommene und Erkannte in mannigfaltiger Weise auszulegen durch eine *differentielle Hermeneutik*, wie sie *Paul Ricœur* in seinem Werk entwickelt hat. Sie bietet die Möglichkeit, Vielfältiges zu *konnektivieren* als „synthèse panoramique“ (ich sprach von „schwacher Integration“, idem 2002b), Übergreifendes zu schaffen („starke Integrationen“, ibid.) und dieses Tun nochmals „hyperexzentrisch“ in den Blick zu nehmen und „hyperreflexiv“ zu verarbeiten in „metahermeneutischen Mehrebenenreflexionen“. Dieses Modell und diese Methodik habe ich als „Hermeneutische Spirale“ von „**Wahrnehmen** ↔ **Erfassen** ↔ **Verstehen** ↔ **Erklären**“ bezeichnet (wobei das Verstehen noch durch eine diskursanalytische, dekonstruktivistische, transversalmehrebenenorientierte Hyperspirale laufen kann).

»Dieses Modell ist dem herakliteschen prozessualen „*panta rhei*“ („alles fließt“) verpflichtet und sieht therapeutische Arbeit als eine *gemeinsame* phänomenologisch-hermeneutische Suchbewegung, einen gemeinschaftlichen Prozeß neurowissenschaftlich fundierten, „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002) von TherapeutInnen und ihren PartnerInnen, den PatientInnen, den Familien in dialogischen, ja *polylogischen* Prozessen, da das *familiale* und *amicale Netzwerk*, das „Weggeleit“, der „Konvoi“ (Kahn, Antonucci 1980, Petzold 1995a) der signifikanten Anderen (G.H. Mead) stets real oder virtuell präsent ist: Es sind immer mehrere Sprecher und Zuhörer anwesend, wie *Mikhail Bakhtin* (1981) deutlich macht (Petzold 2002c), die miteinander in „**Ko-respondenz**“ stehen. Sie bestimmen in Konsens-Dissensprozessen Ziele und Verlauf einer Behandlung aus einer Position der „**Mehrperspektivität**“ – womit zwei „Kernkonzepte“ der IT genannt sind (idem 2002b). Die mehrperspektivische Betrachtungsweise beschreibt die Fähigkeit des „sensorischen Systems“, vielfältige Wirklichkeit aus unterschiedlichsten Blickwinkeln *wahrzunehmen*, des „mnestischen Systems“ sie aufgrund einer Vielfalt aktivierter Erfahrungen zu *erfassen*, und des „kognitiven Systems“ sie mit ihren Zusammenhängen vor den soziokulturellen und politökonomischen Hintergründen zu *verstehen*, vorhandene Komplexität zu *erklären* – so der neurokognitive und hermeneutische Prozeß –, um Problemsituationen dann kooperativ zu *strukturieren* und in Performanzen, Prozessen „komplexen Lernens und Handelns“ (Sieper 2001) aktiv zu *verändern*. Die Reflexion dieses gesamten Prozesses mit seinen neurobiologischen Voraussetzungen und in seinen kulturhistorischen Kontextdimensionen als Meta- bzw. Hyperreflexion wird als „**Metahermeneutik**“ bezeichnet« (Petzold 2002b).

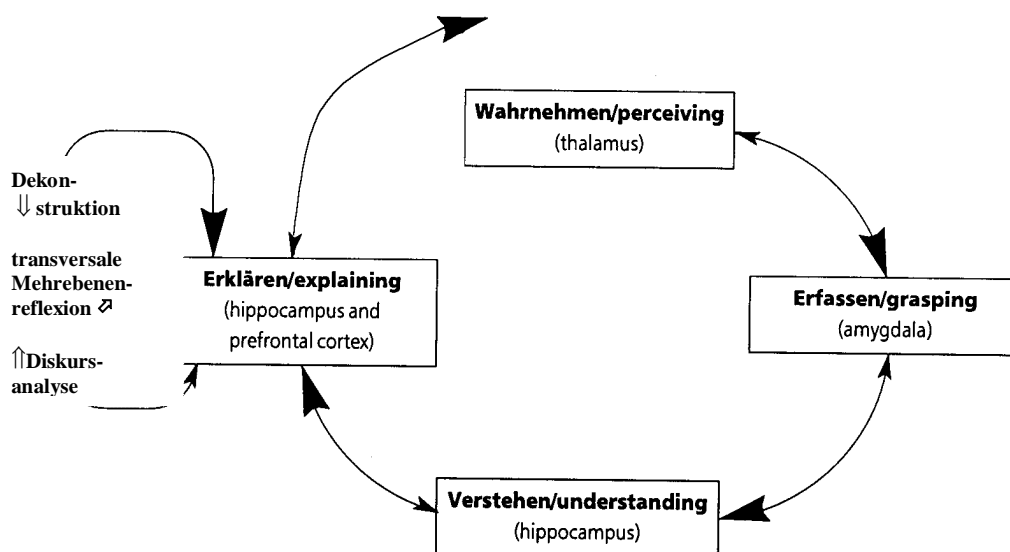


Abb. 1: Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen ↔ Erfassen ↔ Verstehen ↔ Erklären“ und ihre Überschreitung des Erklärens durch ↑ Diskursanalyse (Foucault), ↓ Dekonstruktion (Derrida), ↻ transversale Mehrebenenreflexion (Petzold) zu einer **Metahermeneutik** (aus Petzold 1998a).

Dieser spiralig progredierende, in sich rückbezügliche Prozeß beginnt mit dem *Wahrnehmen* (Innen- und Außenwahrnehmung) als der Grundfunktion, die auch in der Diagnostik von Wahrnehmungsstörungen als Basis zahlreicher Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsstörungen besondere Aufmerksamkeit erhält („Wie nimmt der Patient sich und die Welt wahr?“), denn damit ist die zweite Funktion des *Erfassens*, d.h. des *Aufnehmens*, des Erkennens bzw. Wiedererinnerns, Behaltens, Verarbeitens verbunden („Wie nimmt der Patient sich und die Welt auf, wie erfaßt er, verarbeitet er das Wahrgenommene?“). Auf diesem Prozeß gründet das *Verstehen* und das *Erklären*. Die Spirale ist damit in zwei Doppeldialektiken organisiert: *Wahrnehmen ↔ Erfassen ↔ Verstehen ↔ Erklären*, die erste als leibnahe Dialektik, die zweite als vernunftnahe Dialektik. In ihnen konstituiert sich leibhaftige Erkenntnis, in der die Polarisierung „Aktion und Kognition“ überwunden werden kann. Im Bereich des *Erklärens* können die habituellen Erklärungsdiskurse auf der Ebene der Alltagsreflexion oder der fachdisziplinären Reflexivität durch „Diskursanalysen“ (sensu Foucault), „Dekonstruktionen“ (sensu Derrida) und „transversale Mehrebenenreflexionen“ (sensu Petzold) überschritten werden zu einem „*polyvalenten Erklären*“, das um Aufklärung der Bedingungen seiner Erklärungsprozesse (der kulturellen wie der neurobiologischen) bemüht ist und die Mehrwertigkeit der *Erklärungen* hinlänglich zu überschauen versucht, wie es für die **Metahermeneutik** im Verständnis des Integrativen Ansatzes charakteristisch ist.

Diese Modelle erwachsen aus dem „Willen“ zu einer *differentiellen Sicht* und aus einer Sehnsucht nach einer *integrativen Übersicht*, jenseits jeglicher Intention, eine „Therapie-Schule“ im traditionellen Sinne zu gründen, denn *Johanna Sieper*, mit der ich seit den Anfängen am „Projekt“ der Integrativen Therapie arbeitete, sowie später die weiteren zentralen MitarbeiterInnen *Hildegung Heini*,

Ilse Orth, Waldemar Schuch waren davon überzeugt, dass Therapie eine vielfältige Orientierung haben müsse.

Wir stehen in keinem Paradigma *hierarchisierter Vertikalität* sondern *horizontaler Pluralität* – das muss mit Blick auf die Wissenschaften (auch auf den Bereich der Psychotherapie, trotz psychoanalytischer Hegemonialansprüche) gelten und muss mit Blick auf eine Weltbürgergesellschaft (*Kant*) Gültigkeit haben. Ideologische Hegemonialmacht, *das* ist 'passé', auch wenn solches Denken noch nicht vollends vorbei ist. In diesem Sinne – und nur in diesem – ist 'Integrative Therapie' nicht nur im Milieu postmodernen Denkens entstanden, sondern sie ist *post-modern*, weil sie den vielfältigen Versuchen, Letzterklärungsansprüche zu vertreten und anzustreben, 'die' Wahrheit, 'den' Sinn' zu erreichen, die bis in die Moderne fortwirkten oder in ihr neu aufkamen, eine Absage erteilt hat. 'Il y a sens' schrieb *Merleau-Ponty* (1945, 343). Ich affirmiere: 'es gibt Sinne' (das Singularetantum pluralisierend) und sage: 'es gibt Wahrheiten'. Und natürlich gibt es die *Sehnsucht* nach einer „letzten Wahrheit“, nach einem „Allgemeinen“ (*Florenskij* 1994, 314), sie ist legitim und schickt uns auf die Suche. Dann aber muss man im Meer pluralen Sinnes und pluraler Wahrheiten in Konsens-Dissens-Prozessen polylogisch ko-respondierend 'Positionen' (*Derrida* 1972/1986) finden – die Positionslichter, die für *Ewigkeiten* leuchten sollten, sind in der Postmoderne erloschen. Wo sie noch weiter leuchten oder neue Lichter erscheinen – auf Zeit, das wissen wir jetzt – zünden sie Menschen an, wieder und wieder, und machen *vielen* Fahrwege sichtbar. Und wiederum: Es ist auch möglich, dass es ein persönliches „Ankommen“ gibt – zu viele Menschen haben das erlebt, als dass man das leugnen könnte. Dennoch ist es heute möglich und wesentlich zu denken: es ist *mein* Ankommen. Ich kann es teilen, persönliches Zeugnis geben, aber daraus keine Verpflichtung, Verkündigung gar ableiten. *Teilhard de Chardin* und *Florenskij* haben „Visionen“ in ihrer Suche entwickelt. Sie sind für viele Menschen Inspiration zu eigener Weitersuche geworden, in der sie eigene Antworten für sich finden, die sie wiederum mit Menschen ihres Vertrauens, ihres Intimraumes teilen können, im Wunsch, sich verständlich zu machen¹³. Ein 'post' im Blick zurück kann heißen, dass ich für kurze Zeit stille stehe, an einem *Übergang*, an einer Grenze, aber genau dort können – so *Foucault* (1998) – „Blitze des Werdens aufflammen“. An solche Grenzen muss man gehen und ist Integrative Therapie immer gegangen, und deshalb ist sie ein „Ansatz“ geworden und geblieben, der „immer neu ansetzt“, wieder und wieder. Obwohl auch von den post-strukturalistischen Diskursen ausgegangen, angeregt, motiviert – es gab zahlreiche weitere Einflüsse –, sollte er darum nicht als ein „postmodernes“ Verfahren bezeichnet werden, sondern er ist weitergegangen an den Grenzen, hat sie mit neuen Ansätzen überschritten in Neuland, hat in solchen *Transgressionen* auch neues Land geschaffen – zumeist *proaktiv*, aus vorwegnehmender Theorie und Methodenarbeit, nicht *reaktiv*, weil von Entwicklungen eingeholt und überholt. Aus einer grundsätzlich *herakliteschen* Haltung haben wir den **transversalen** Charakter einer sich beständig selbst überschreitenden Moderne als ein Paradigma erkannt, in dem wir selbst stehen und stehen *wollen*: in einer „**transversalen Moderne**“, die offen ist für Innovation, Entwicklungen, die wir verantwortlich mitgestalten können und wollen als ein transversales Verfahren. In ihm wird Differentes wertgeschätzt, *konnektiviert* – was eine wesentliche, „schwache“, d. h. nicht hegemonial assimilierende Integrationsform ist. Sie lässt mit *Deleuze*, *Derrida*, *Foucault* und vor allen Dingen mit *Ricœur* Differentes different sein, wodurch ein „Spektrum von Differenz“ oder eine „*synthèse panoramique*“ entstehen kann. Das hat *Ricœur* (1990, 2000) in seinen Werken immer wieder gezeigt. Allein wertgeschätzte *Differenz* ermöglicht in Prozessen einer „**transversalen Hermeneutik**“ (*Petzold* 1988t) ein „**polylogisches Wir**“, ein „Wir im Gespräch nach vielen Seiten“ (*Bakhtin*), aus dem **Du** und **Ich** hervorgegangen sind und leben und in dessen Matrix für jeden – sei es als Einzelsubjekt, sei es als Gemeinschaft – *Transgressionen* zu Neuem möglich werden. *Mikhail Bakhtin* (1981) hat uns in dieser Erkenntnis bestärkt. Sein Denken ermöglicht, *Pluralität* neu zu werten und wertzuschätzen, menschliche Kultur in mundaner Perspektive und im Zeitalter der Globalität als *Polylog* zu begreifen.

Das Konzept des **Polylogs**, wie ich es im Integrativen Ansatz erarbeitet habe (1971, 2002c), hat hier eine zentrale Position, affirmiert es doch, dass menschliche Gemeinschaft, Sprache, symbolische Kommunikation im Prozess der Hominisation aus **Polylogen** hervorgegangen ist: aus der multidirektionalen Interaktion und Kommunikation in den frühen Hominidengruppen (*Petzold*, *Orth* 2004b), die primär **polyadisch** organisiert waren, wo „im Rund der Gruppe“ zwischen allen um Nahrung und Feuer Versammelten „vokale Gesten“ ausgetauscht wurden, also keine *dyadischen*, dialogischen Konstellationen dominierten. Vielmehr stand das „Wir“ im Vordergrund stand, aus denen „Du und Ich“ hervorgingen. Im Rahmen der sich entwickelnden Kulturen, ihrer „polylogischen Kulturarbeit“ differenzierte sich der **Polylog** mit der zunehmenden Differenzierung der *Polyadik* der Gemeinschaft hin zu Formen komplexer Vergesellschaftung.

¹³ *Florenskij* gibt für solche Suche und solches Mitteilen in einem seiner letzten Briefe aus dem Gulag vom 21. März 1937 (am 8. Dezember wurde er erschossen), gerichtet an seinen Sohn, ein beeindruckendes Beispiel: „Ich möchte Dir etwas über meine Arbeiten schreiben oder genauer über ihren Sinn, ihr inneres Wesen, damit Du die Gedankengänge weiterverfolgen kannst, die auszuführen und zu Ende zu führen mir nicht vergönnt war ... was habe ich mein ganzes Leben gemacht? – Ich habe die Welt als Ganzes betrachtet, als einheitliches Bild und als Wirklichkeit, aber in jedem Augenblick oder genauer gesagt in jedem Abschnitt meines Lebens unter einem bestimmten Gesichtswinkel ... von meiner frühen Kindheit an bis auf den heutigen Tag denke ich hartnäckig über ein und dasselbe nach, aber dieses Eine bedarf des Angangs von vielen Seiten. Vielleicht geht das über meine Kräfte, aber es ist keine Verzettelung, sondern ein ungeheuer arbeitsaufwendiges Unternehmen ... Aber im Einzelnen und Konkreten muss das Allgemeine, Universale aufscheinen ... Ich habe Dir das alles in der Hoffnung geschrieben, es könnte Dir vielleicht von Nutzen sein“ (*Florenskij* 1994, 313ff)

»**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“ ...

Polylog ist grundsätzlich offen, strukturell nicht ausschließend (wie Dyade, Triade, Dialoge, Trialoge). Deshalb kann gesagt werden: **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. - **Parrhesie** muss wieder und wieder in den Konsens-Dissens-Prozessen polylogischer Ko-responsenzen zum Tragen kommen, die offen sein müssen für jeden Sprecher, auch für den, der einen anderen Diskurs redet. Dabei wird **Polylog** *prekär*, kann scheitern. Ko-responsenzen können ausschließend werden, womit sie das „**poly**“ einschränken, gefährden, verlieren. Es kommen dann **Partialpolyloge** auf und produzieren Ausgeschlossene, Verfermte, Feinde. Sie stehen in der Gefahr, zu „**dunklen**“ **Partialpolylogen** der Stigmatisierung, der Gewalt zu degenerieren.

Polylog ist ein kokreatives Sprechen und Handeln, das sich selbst erschafft. Es erfüllt soziale Netzwerke, schafft Gemeinschaft, wird aus Gemeinschaft geschaffen.

Polylog ist aber auch zu sehen als „das vielstimmige innere Gespräch, innere Zwiesprachen und Ko-responsenzen nach vielen Seiten, die sich selbst vervielfältigen“.

Das Konzept des **Polylogos** 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/2002c).

In dieser Konzeption des **Polylogos**, der **polylogischer Ko-responsenzen** sind die anthropologischen Grundlagen gegeben, die menschliches Miteinander in Alltagskontexten aber auch in therapeutischen Zusammenhängen bestimmen. Weil, evolutionsbiologisch gesehen, das polylogische „WIR“ die Grundlage des Überlebens der frühen Hominidengruppen war (*Petzold* 2003d; *Mysterud* 2002; *Kennair* 2004) – das Einzelindividuum, das Paar hatten keine Überlebenschance – und polylogische Gemeinschaft als Qualität der Sicherheit konkret erfahren wurde, konnten in den Prozessen der *Kulturation* und *Mentalisierung*¹⁴ *idealtypische* Vorstellungen von Gemeinschaft entstehen, von Verbundenheit, Koinonia, Konvivialität, so auch Positionen wie die aus einer rigorosen phänomenologischen Betrachtung gewonnene, integrativtheoretische Grundannahme: **„Sein ist Mit-Sein“**. Die Entwicklung nahm einen langen Weg: vom ursprünglichen Austausch von Lauten, vokalen Gesten („exchange of utterances“) nach vielen Seiten im Vollzug des Polylogisierens beim primitiven Palaver bis zur Ratsversammlung oder zu demokratischen Gremien in den Hominidenpopulationen seit dem Paläolithikum über die „Zeit der Hominisation“ – und die dauert an, wir sind immer noch auf dem „Weg zu uns selbst“ (*Petzold, Orth* 2004b). Heute kann die hochkulturelle „Idee des **Polylogs**“ als idealtypisches Modell „multidirektionalen zwischenmenschlichen Austauschs in prinzipieller Offenheit“ gedacht werden. Der ideale **Polylog** bietet umfassende Möglichkeiten der

¹⁴ „Unter *Mentalisierung* verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die *informationale Transformierung* der konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelten Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen, die Menschen aufgenommen haben, in *mentale Information*. Die Transformierung geschieht durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf *komplexe symbolische Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja transversaler Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, kognitiven und emotionalen *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen, die Willensentscheidungen und Handlungen regulieren können. Prozesse der Mentalisierung wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-responsenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich *individuelle* und *kollektive „mentale Repräsentationen“* unlösbar verschränken. Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die Mentalisierungen mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst, ihrer „theories of mind“ (*Petzold, Orth* 2004b), und desto komplexer werden aber auch die Bilder/Vorstellungen von gesellschaftlicher Wirklichkeit, wie Globalisierung, die Idee eines vereinigten Europas (*Petzold* 2003m), globaler Menschenrechte etc.

Angrenzung, verfügt über Möglichkeiten der **Abgrenzung** „auf Zeit“ (zum Schutz, zur Verteidigung mit dem Ziel neuer Öffnungsmöglichkeiten) und steht gegen **Ausgrenzungen**. Wo diese eintreten, wird das „poly“ verloren, entsteht ein **Partialpolylog**, der immer die Gefahr der Destruktivität, des Krieges, der wechselseitigen Vernichtung birgt. **Polyloge** sind deshalb in einer Situation beständiger **Prekarität**, für die sich damit aber auch ein Diagnostikum für Grad oder Maß einer Gefährdung bietet: Je geringer die Möglichkeiten der Angrenzung werden, je größer die Notwendigkeit von Abgrenzungen wird, je häufiger Situationen der Ausgrenzung eintreten, desto größer wird die Gefährdung von Polylogsystemen – das gilt für Mikro-, Meso- und Makrobereiche. Bei Menschen, ihren sozialen Netzwerken und Konvois, bei Gemeinschaften sind deshalb die diagnostischen Fragen zu stellen:

„Wo sind die Polyloge blockiert durch Abgrenzungen, wo gefährdet durch Ausgrenzungen Anderer oder Selbstaussgrenzungen, weil für Angrenzung nicht genügend Sorge getragen wird? Wo wird ein Mensch nicht vom „polylogischen WIR“ eines stabilen sozialen Netzwerkes/Konvois (Hass, Pezold 1999; Brühlmann-Jecklin, Pezold 2004) getragen? Wo und weshalb ist es zu **Partialpolylogen** gekommen, und wohin und mit welchen Qualitäten polarisieren oder antagonisieren sie? Stehen sie in der Gefahr, zu „**dunklen Partialpolylogen**“ zu exacerbieren, zu malignen gar, die die Ausgeschlossenen beschädigen oder gar vernichten wollen und zu diesem Zweck mit dem Ausschluss der Stigmatisierten aus der Polyloggemeinschaft beginnen (siehe Pezold 1996j)?

Ich habe das unter anderem mit Rückgriff auf *Klemperers* (1947) „Lingua Tertii Imperii“ für die Strategien der Identitätsvernichtung durch *vernichtende Sprache* und Ausgrenzung aus der Gesprächsgemeinschaft vor dem physischen Holocaust in den Tötungslagern und Krematorien aufgezeigt (Pezold 1996j).

Polylog ist damit auch als eine *ethiktheoretische* Maxime zu sehen, deren *praktische* (auch politische) Konsequenz sein muss:

Die „**Offenheit**“ des **Polyloges** ist zu gewährleisten, zu bewahren, zu befördern. **Partialpolylogen** ist vorzubeugen oder zu begegnen durch die Wiederherstellung von Angrenzungsmöglichkeiten und Anschlussstellen und das Aufheben von Ausgrenzungen.

Polylog ist damit auch eine *ethische Praxeologie*, die im konkreten Vollzug des **Polylogs** als „einbeziehendes Sprechen nach vielen Seiten“ und im Ringen darum, Ausgrenzungen zu verhindern eine „Ethik der Konvivialität“ stiftet, des guten Miteinanderlebens in aller und trotz aller Andersheit.

Polyloge machen Reflexionen und Koreflexionen, Kreativität und Kokreativität möglich, bestimmen identitätsstiftende Attributionen, denn Identitäten (Pezold 2001p) gehen nicht aus Dyaden oder Triangulationen hervor, sie gründen in den **Polyaden** der Mitsubjekte, im „WIR“, in sozialen Netzwerken/Konvois, in denen Identität ausgehandelt wird.

»Integrative Therapie gründet in einer Theorie des reflexiven und koreflexiven **Leibsubjektes als Mitsubjekt**, das im Geflecht der intersubjektiven Beziehungen seines sozialen Netzwerkes/Konvois, dem **DU, ICH, WIR in Kontext und Kontinuum**, seine IDENTITÄT im POLYLOG mit den Anderen zu finden und zu sichern sucht und zu den Identitätsfindungs- und -sicherungsprozessen der Anderen nach besten Kräften beiträgt. Diese Prozesse führen in beständigen *Überschreitungen* zu einer „transversalen Identität“, die sich immer neu bestimmt – als weibliche, als männliche, als menschliche – und durch die therapeutische Arbeit in diesen Bemühungen unterstützt wird.« (Pezold 1988t)

Hier liegt eine klare und eigenständige „Position“ vor, die eine Standortbestimmung von hinlänglicher Festigkeit und Eindeutigkeit bietet, die aber gleichzeitig durch eine hohe Elastizität und durch Flexibilisierungsspielräume keiner Dogmatisierung und Petrifizierung Vorschub leistet, sondern in heraklitischem Geiste auf ständige Überschreitungen (transgressions) und die daraus resultierende **Transversalität**, d.h. das Prinzip beständiger beweglicher Querungen aller Wissensfelder, setzt und Menschen ermutigt, in einer „kultivierten Unsicherheit“ (Staemmler 1994) ohne Beunruhigung zu leben.

»**Transversalität** bedeutet eine Kultur der Durchquerungen vielfältiger Wissensfelder in beständigen Transgressionen des in der persönlich-individuellen und der gemeinschaftlich-kollektiven Ebene Erreichten, des in Wissenschaft und Technik Bestehenden, bei der diese Überschreitungen durch *polylogische Koreflexionen/Metareflexionen* über die „Ursachen hinter den Ursachen“ und die „Folgen nach den Folgen“ stattfinden und mit Blick auf das „mundane Gemeinwohl“ legitimiert werden können und in Zukunft – so ist zu hoffen – durch transnationale Gremien legitimiert werden.

Transversalität ist ein Kernkonzept, das das Wesen des „Integrativen Ansatzes“ in spezifischer Weise kennzeichnet: ein offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, das in permanenten Übergängen und Überschreitungen (*transgressions*) die wahrnehmbare Wirklichkeit und die Welten des Denkens und der Imagination, die Areale menschlichen Wissens und Könnens durchquert, um Erkenntnis- und Wissensstände, Methodologien und Praxen zu konnektivieren, ein „Navigieren“ als „systematische Suchbewegungen“ in Wissenskomplexität und Praxisbereichen, in denen die Erkenntnishorizonte und Handlungsspielräume ausgedehnt werden können « (*Petzold* 1988t, vgl. 2002b).

Das Wissen um solche **Transversalität** ist auch mit der Einsicht und Erfahrung verbunden, dass in der Psychotherapie alle wichtigen Richtungen „Wissen auf Zeit“ generiert haben und der Fluss des *Heraklit* ständig neue Wasser, neue Ströme des Wissens heranführt. Das kennzeichnet eine „**transversale Hermeneutik und Metahermeneutik**“ (idem 1988t). Wenn allerdings tote Flussarme, Altwässer entstehen, kann sich wenig Neues entwickeln, der Fluss stagniert. Mit Blick auf die Wissensströme der traditionellen Therapieverfahren kann man immer wieder Stagnation feststellen. Selbst Richtungen, die sich scheinbar bewegen, zeigen auf den zweiten Blick, dass sie ihr Paradigma nicht wirklich erweitern oder gar überschreiten¹⁵. Und so kann man zu der Konklusion kommen, dass die traditionellen Schulen der Psychotherapie Bedeutendes geleistet haben, dass sie zweifelsohne in einigen ihrer Erkenntnisse über den Menschen und über Wege, ihn zu heilen und zu fördern, groß sind, **groß aber auch in ihren Einseitigkeiten**. Es ist deshalb wünschenswert und notwendig, aus **exzentrischer Überschau** den Wert und die Problematiken dieser Unterschiedlichkeiten zu sehen. Die Konzepte der Schulen sind also nicht einfach ad acta zu legen, wie das *Grawe* (1998, und noch härter 2004) empfiehlt - und sei es nur, um Systematiken ihrer Fehler zu erkennen und sie nicht zu wiederholen, etwa einen unangemessenen Reduktionismus sowohl in Psychoanalyse als auch in klassischer Verhaltenstherapie, ein Reduktionismus, dem *Grawe* in seinem 2004 erschienen Werk „Neuropsychotherapie“ nicht entgangen ist. Immerhin: er hat offenbar meine Kritik, die ich ihm in dieser Sache zukommen liess, aufgenommen, denn er schließt sein letztes Interview vor seinem plötzlichen Tod mit einer neuen Qualität ab: „Wenn ich mich zu der einen oder anderen Therapierichtung kritisch geäußert habe, dann weil ich nicht glaube, dass in einem so frühen Stadium der Entwicklung der Psychotherapie irgendeine Richtung schon einen Wahrheitsanspruch stellen kann.... Fast alle Ansätze haben wirklich etwas Positives beigetragen. Aber alle Therapien haben auch wirklich ihre Grenzen“ (*Grawe* 2005, 78). Das „Nebeneinander dieser vielen Möglichkeiten [schafft] einen großen Integrationsbedarf“ (ibid.).

Das ist eine klassische Position der Integrativen Therapie, die wir lange vor *Grawe* vertreten haben und die er im Kontakt mit uns aufgenommen hatte (er war z. B. Mitherausgeber der von mir begründeten Reihe „Vergleichende Psychotherapie und Humanwissenschaft“, ab 1979. Die Vielfalt der Sichtweisen führte mich/uns zu der Motivation, aus dem „wertgeschätzten Differenten“ (*Petzold* 1971, 1974j, *Petzold, Sieper* 2001d) wesentliche Erkenntnisse und Praxen zu **konnektivieren**, zu verbinden und – wo sinnvoll und angezeigt – auf verschiedenen Niveaus zu „integrieren“.

In dieser konnektivierenden Leistung „**zentrierter Exzentrizität**“ besteht das, was wir in unserem Ansatz als „**Integration**“ bezeichnen. **Integration** heißt, nicht nur die positiven Perspektiven übergeordneter Verbindungen von unterschiedlichen Diskursen oder Lösungen von Problemen aufzugreifen, sondern auch die Schwierigkeiten mit und in Integrationsprozessen zu berücksichtigen, zu benennen, zu erklären – eine Konzeption **differentieller Integration**¹⁶. Diese ist eben kein *Eklektizis-*

¹⁵ Beispielhaft seien die entwicklungspsychologischen Öffnungen von *Martin Dornes* (1993, 1997) erwähnt, der Ergebnisse der Säuglings- und Kleinkindforschung der Psychoanalyse erschlossen hat, dabei aber die psychobiologischen Forschungsrichtungen (die die Axiomatik der Psychoanalyse problematisieren würden) nicht oder nur schmal rezipiert. Damit schreibt er letztlich die falsche Grundposition einer deterministischen, linear konzeptualisierenden Ursache-Wirkungs-Mechanik – „Frühe Schäden, späte Folgen“ – fort. Die Nonlinearität von Entwicklungstrajekten, die die empirische Longitudinalforschung aufweist, kann nur die Konsequenz haben, von einem solchen Paradigma abzurücken. Oder: die *psychoanalytisch-tiefenpsychologische* Sicht, die *Übertragung, Gegenübertragung, Arbeitsbündnis* differenziert, greift sehr eng und leistet Artefakten im Therapiegeschehen Vorschub. Einige moderne Psychoanalytiker haben diese Probleme erkannt und begonnen, die „Intersubjektivität“ für die Psychoanalyse zu „entdecken“ (*Atwood, Stolorow* 1993; *Stolorow, Atwood* 1979, 1992; *Stolorow, Brandcraft, Atwood* 1994), schon im Rückgriff auf zeitgenössische Philosophie – allerdings einem unglaublich schmalen – und auch in einer souveränen Ignoranz (oder hybriden Missachtung) all der beziehungstheoretischen Arbeit der anderen psychotherapeutischen Richtungen, und so reproduziert sich *Nicht-Intersubjektivität* genau in dem Unterfangen, sie zu erreichen. Nur so erklärt sich ein so gravierendes Missverstehen von *Intersubjektivität*, wie es dieser Ansatz reproduziert (krass *Orange, Atwood, Stolorow* 2001, 18ff).

¹⁶ Differentes wird vernetzt, in „bricolagen“ (*Lévy-Strauss*) zusammengestellt. Wir sprechen dann von „**schwachen Integrationen**“, auch „**colligierte Integration**“ genannt (vgl. *Petzold* „et al.“ 2001); oder: das Differente wird gezielt und

mus, wengleich ein „systematischer, kritisch reflektierter Eklektizismus“ als Prozess des Sammelns eine nützliche Durchgangsphase sein kann, um dann doch zu „sophisticated strategies for integration“ zu kommen.

Integration wird im „Integrativen Ansatz“ differentiell gesehen: 1. mit *Ricœur* als „synthèse panoramique“, ein Verbinden und Vermitteln *zwischen* verschiedenen *Diskursen* (Mikro-, Meso-, Makrodiskursen), *Diskursebenen* und *Diskurssphären*, zwischen unterschiedlichen *Diskurssystemen* als unterschiedlichen „*Sinnsystemen*“ – wir sprechen von der „Vernetzung von Diskursen“ und vom „Konnektivieren von Sinnsystemen“ als „*schwachen* Integrationen“ (*Petzold* 1994a, 1998a, 2000h; *Petzold, Orth* 2004b). 2. kann es bei hoher informationaler Vernetzung und Sättigung zu übergeordneten Diskursen (Makro- und Hyperdiskursen) als „*starken* Integrationen“ kommen.

Das „**Integrative Verfahren**“ ist dabei *interdisziplinär* begründet und wird als ein *polyzentrisches Netz von Wissen und Praxen, von Konzepten und Methoden* verstanden. In diesem Sinne sind der Integrative Diskurs und die Identitätsbildung des Verfahrens durch „**Angrenzung**“ motiviert, ohne die *Interdisziplinarität, Transdisziplinarität*¹⁷ gar, nicht möglich sind, und nicht primär durch „**Abgrenzung**“ oder gar durch **Ausgrenzung**. Das aber bedeutet nicht, dass nicht auch Abgrenzungen erforderlich sind oder werden, Grenzen gezogen werden müssen, Dinge *parrhesiastisch* als „falsch“ zu benennen sind, die man *für falsch hält* (wohl wissend, dass es nicht nur *eine* Wahrheit gibt), und die dann für den anderen Ansatz durchaus eine *Konfrontation* sind.

In dem Moment, wo man andere „Grundpositionen“ formuliert oder eine andere „**Grundregel**“ für die Praxis vorschlägt, wie das der vorliegende Beitrag unternimmt, entsteht eine Konfrontation. Deshalb wird auch in diesem Text um der Verdeutlichung der „Andersheit“ Willen unsere Position deutlicher akzentuiert, konfrontativer, was nach integrativer Auffassung bedeutet: *eine Auffassung/Position einer anderen gegenüber/entgegenstellen* (idem 1980g). Das führt unausweichlich zu *Auseinander-setzungen*, sofern die Konfrontation auf- und angenommen wird. Wenn dann ein „strittiger Diskurs“ in einer klaren Weise und *respektvoll* geführt wird, so dass *Konsens-* und *Dissenspositionen* deutlich werden, kann man sich in Übereinstimmung über Gemeinsames und Verschiedenes auch wieder *zusammen-setzen*. Es entstehen auch Chancen, dass *Kritik* gehört wird und eine *weiterführende* Qualität gewinnt, die *Transversalität* konstituiert, durch die es zu übergreifenden *transdisziplinären* Erkenntnissen kommen kann. Das wird umso schwieriger, je fundamentaler Kritik ausfällt, aber manchmal ist sie grundlegend, weil die Unterschiedlichkeiten grundlegend sind.

Derartige Strategien zeichnen das Vorgehen des *Integrativen Ansatzes* aus, seine praxeologische Performanz und seine konzeptuelle Fundierung.

absichtsvoll in einer übergeordneten Synthese zusammengeführt. Das wird dann **starke Integration I**, auch „**dialektische Integration**“ genannt; oder: es taucht aus „nichtlinearer Vernetzung“ in systemischer Selbstorganisation aufgrund der informationalen Dichte in den hyperkonnektivierten, polyzentrischen Wissensnetzen/Systemen eine wirklich *neue*, jede einfache Dialektik aufsprenge, umfassende und offene Realität auf. Diese wird **starke Integration II**, auch „**emergente Integration**“ genannt (vgl. *Petzold* 1988t, 5, 2002b).

¹⁷ „Unter **Disziplin** werden eine *‘community of experts’* und die von dieser *community* in ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen generierten *Wissensstände* verstanden, die in *Konzepten* ausgearbeitet wurden. Diese Konzepte werden in fortlaufenden Diskursen der *community* unter Einhaltung bestimmter Ordnungsprinzipien (*diciplina*) weitergegeben und weiterentwickelt, um in gesellschaftlichen Arbeitsprozessen von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen genutzt werden zu können. Eine Disziplin ist damit auch *ein gesellschaftlicher Wissensvorrat*, der in Form von ‘sozialen Repräsentationen’ der Gesellschaft zur Verfügung steht und durch Informationsagenturen (z. B. wissenschaftliche bzw. öffentliche Einrichtungen, Hochschulen, Bibliotheken) und durch Methodologien der *Konnektivierung* und *Distribution* von Wissen (z.B. Bildungsmaßnahmen, Beratung) genutzt wird. Diese Konnektivierungs- und Distributionsprozesse machen individuelles und kollektives Lernen möglich, wobei in ihnen selbst auch wieder Wissen generiert und der Gesellschaft zur Verfügung gestellt wird. Die Einzeldisziplinen können *monodisziplinär* oder in mehrperspektivischer Weise *multidisziplinär* genutzt werden, sie können sich in *interdisziplinären* Polylogen, d.h. Begegnungs-, Austausch- und Arbeitsprozessen ergänzen und dabei auch durch Emergenzen *transdisziplinäre* Wissensstände hervorbringen, so dass die *gesellschaftlichen Wissensvorräte* durch Wachsen des jeweiligen monodisziplinären Fundus, des durch Multidisziplinarität akkumulierten Wissens, der diskursiv geschaffenen inter- und transdisziplinären Erkenntnisse fortlaufend wachsen, nicht zuletzt durch das beständige Entstehen neuer Disziplinen aufgrund von Forschungsaktivitäten, Erkenntnis- und Wissensdynamiken“ (*Petzold* 1994q, vgl. 1998a, 27f).

2. Gründe für Dissens mit „machtvollen“ Strategien – Plädoyer für eine partizipative Ausrichtung psychotherapeutischer Arbeit

Psychotherapie hat ein strukturelles Machtproblem: Menschen in Leid, Not, Schwäche, belastet mit Traumen der Vergangenheit und Problemen der Gegenwart kommen mit einem Hilfersuchen zu TherapeutInnen, dem Wunsch gesund zu werden, Hilfe, Orientierung, Rat, Führung zu erhalten. Auf der anderen Seite haben wir die TherapeutInnen, ausgestattet mit öffentlicher Legitimation von Approbationen und Zulassungen, ausgerüstet mit Expertenmacht, in der Regel in einer Position guter materieller Sicherheit. Viele, die meisten wohl, halten sich für hinlänglich gesund, professionell und kompetent. Wie sollten sie sonst auch ihre Arbeit machen? So meinen sie. *Foucault, Goodman* und einige andere haben solche Sicherheit bezweifelt. Ich bezweifle sie auch, denn ich erlebe weite Kreise der Psychotherapeutenzene – unabhängig von der Orientierung – anfällig für Mythen und Heilsbringer (von *Janov* bis *Hellinger* haben wir die Moden kommen und gehen sehen, vgl. *Petzold, Orth* 1999). Wir haben dokumentieren können, dass unsere Kolleginnen und Kollegen recht unreflektiert sind, was mögliche „Risiken und Nebenwirkungen“ ihrer alltäglichen psychotherapeutischen Arbeit anbelangt – und zwar wiederum quer durch alle Schulen. In dreißig Jahren als Supervisor habe ich bei meinen KollegInnen neben hervorragender Fachlichkeit, menschlicher Integrität und selbstkritischer Reflexivität auch viel an falscher Gewissheit und mäßig begründeter Professionalität gesehen (bei Brusttonaussagen wie: „Ich bin ein Profi“ – ich sah das aber nicht. Oder: „Da besteht eine klare Indikation für ...“ Ich konnte diese Klarheit oft nicht teilen). Immer wieder konnte ich eine massive Tendenz beobachten, **Macht über Menschen auszuüben** – oft mit der unhinterfragten Legitimation von Lehrbuchideologemen der jeweiligen „Schule“ oder mit dem Gestus saturierter Praxiserfahrung: „Nach meiner Erfahrung kann ich das sagen...“ Ich habe solche Tendenzen, wie gesagt, in allen Richtungen, Schulen, Verfahren gesehen, häufig auch bei LehrtherapeutInnen, LehranalytikerInnen, auch in der eigenen Richtung, der Integrativen Therapie. Mit *Erica Brühlmann-Jecklin* (2002) bin ich der Meinung: Mangelnde Selbstreflexion ist die Hauptursache bei Fehlern in der Psychotherapie!

Ich habe mir mit sehr viel Fleiß ein sehr großes Theorie- und Praxiswissen angeeignet, empirische Forschung rezipiert und selbst betrieben, mit einem breiten Spektrum an Störungsbildern gearbeitet, habe mir in vielen Supervisionsstunden, die ich genommen und zahllosen, die ich gegeben habe, den Kopf an vielen Problemen zerbrochen. Ich habe Studien zu Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie und Supervision durchgeführt und zu diesem Thema zahlreiche Texte publiziert¹⁸ – mich also mit der Thematik ausgiebig befasst. Dadurch habe ich eine hinlängliche Sicherheit in etlichen Bereichen gewonnen und habe genügend Unsicherheiten (plur.) behalten. Ich kann nach all diesem und vor diesem Hintergrund nur den „Mut zur Bescheidenheit“ empfehlen und größtmögliche Sorge um die Würde und Integrität der Klientinnen und Patienten. Ein Engagement für **patient dignity** – diesen therapieethischen Term habe ich aufgrund vieler unguter Erfahrungen entwickelt und eingeführt¹⁹ – ist erforderlich, denn es laufen zu viele Menschen mit Verletzungen und Schädigungen aus der Psychotherapie herum, nicht aufgrund der großen, verwerflichen Übergriffe, die es gibt und die man nicht bagatellisieren darf, sondern aufgrund der Arroganz, Unsensibilität und falschen Gewissheiten von TherapeutInnen in ihren alltäglichen Praxisroutinen.

Man muss sich aufgrund der prekären Situation, die durch das Faktum des „strukturellen Machtproblems“ gegeben ist, mit einer doppelten *dekonstruktiven* Zielsetzung an die Arbeit machen: 1. eine Dekonstruktion der eigenen „belief systems“ und ihres Herkommens. Psychotherapeuten fragen hier in der Regel nur nach der Psychodynamik, dem Problematischen in der Lebensgeschichte. Die Geschichte des eigenen Denkens und seines Herkommens, der intellektuellen Biographie wird kaum Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. *Petzold* 2002h), selbst bei den „Kognitivisten“ nicht. Ihre Kongnitionsperspektive ist enggreifend, manchmal geradezu „narrow minded“, da der „Kultur des Denkens“ eines Menschen, die doch sein implizites Menschen- und Weltbild, seine Werte und Sinnfolien enthält, keine Beachtung geschenkt wird. 2. Die zweite dekonstruktivistische Perspektive zielt auf die Basisannahmen der Psychotherapieverfahren. Diese werden von ihren VertreterInnen

¹⁸ *Petzold* 1977m, 1987; *Märtens, Petzold* 2002; *Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt* 1999; *Petzold, Petzold, Rodriguez* 1997; *Petzold, Orth* 1999; *Leitner, Märtens, Petzold, Telsemeyer*, 2004a; *Märtens, Leitner, Steffan, Telsemeyer, Petzold* 2002.

¹⁹ *Petzold* 1977l, 1985, 2000d; *Märtens, Petzold* 2002

nur höchst selten dekonstruktivistisch auf ihre Richtigkeit, auf Fehlannahmen und Probleme befragt, ja hinterfragt. Wagte das jemand, so hatte er in der Psychoanalyse nur noch die Konsequenz, ob seiner „Dissidenz“ die Bewegung zu verlassen (so *Adler* und *Jung*) und seine eigene Schule aufzumachen, ehe er ausgeschlossen und verfolgt wurde (so *Rank* und *Reich*, die dann, beschädigt und gedemütigt, ihre eigene Richtung ohne Fortune aufzubauen suchten²⁰). Heute ist das etwas besser geworden und viele „Schulen“ verhalten sich weniger ekklesial. Dennoch ließt sich der Großteil der Psychotherapieliteratur mehr als Apologie der eigenen Positionen denn als kritisch-dekonstruktive Befragung der eigenen Proprien. Und dabei verlangt *Derrida* ja viel weniger Gefährliches als *Foucault*, der die untergründigen Diskurse und Machtdispositive aufspüren will, was für die Psychotherapie z.T. beunruhigende Ergebnisse zu Tage bringt (vgl. *Dauk* 1989). *Derridas* „besonderer Ansatz wird vielleicht am ehesten erfasst durch einen ‚beständigen Perspektivenwechsel‘“ (*Kimmerle* 2000, 48). Ein solcher ist im Integrativen Ansatz als strukturelles Moment eingebaut²¹. Ob damit diese Arbeit auch grundlegend genug geleistet wird, bleibe dahingestellt. Die Lexikondefinition sieht das „Verfahren der Dekonstruktion“ darin bestehend, „ein zu kritisierendes Denksystem zunächst probeweise zu übernehmen, um dann in dessen Nachvollzug seine eigenen inneren Unstimmigkeiten und Brüche aufzuzeigen“ (Brockhaus Multimedial 2005). Der Anhänger einer Schule müsste dann sein eigenes System auf Unstimmigkeiten und Brüche untersuchen, doch wer macht das schon? Aber: „Die Dekonstruktion muss von innen her erfolgen und sie muss radikal sein“, wie *Derrida* (1974) in „Glas“ (Totenglocke) betont. Sie ist eine „de-sedimentation“, ein Aufrühren von Ablagerungen, meint er in der „Grammatologie“ (1979).

In jedem Fall ist es unvermeidbar, dass Dekonstruktionen, obwohl sie *keine* Destruktionen sind und intendieren, mit „seismischen Erschütterungen“ einhergehen (*Royle* 2003, 25f). Meine Arbeiten sind in vieler Hinsicht als dekonstruktive Ansätze am „Konvolut der Psychotherapien“ zu sehen, als der Versuch, bestehende Konzepte, Strukturen, Praxen „in einem anderen Licht“ zu sehen, unter einer anderen Perspektive zu betrachten, einen anderen Sinn freizulegen – vielleicht auch Un-Sinn und Abersinn (*Petzold* 2001i).

Das rührte aus dem Kontakt mit den verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren her, die ich erlebt, manchmal erlitten hatte (was mich nicht vor eigenen Fehlern bewahrt hat) und mit denen ich mich theoretisch, in der Selbsterfahrung, in ihrer praktischen Anwendung befassen konnte. Durch diese Kontakte, Erfahrungen und gedanklichen Auseinandersetzungen hatte ich einen tiefen und wachsenden Dissens mit verschiedenen „**Grundregeln**“ dieser Verfahren entwickelt, die ich erlernt hatte und unter deren Einfluss ich in den Anfangszeiten meiner Praxis dennoch stand. Und dieses Unbehagen hatte auch *Johanna Sieper*, die in den gleichen Lern- und Erlebnisprozessen stand ergriffen. Wir teilten ein „*Unbehagen an der Psychotherapie*“, so wie wir sie erlebten und vermittelt bekamen, aber auch aufgrund der Reflexion ihrer „Positionen“. Das brachte uns auf *dekonstruktivistische* Wege oder Abwege, wenn man so will, zunächst die, ein Verfahren aus der Perspektive eines anderen anzusehen – ein erhellendes Unterfangen; dann zu sehen, welche *Sedimentationen* sich finden ließen, und dabei kam so manches kryptoreligiöse Material zu Tage und Männergeschichten – Penisneid, Geburtstrauma, Kastration, ödipale Triangulation (*Petzold, Orth* 1999). Das ergab „seismische Erschütterungen“ von Grundprinzipien der Theorie und natürlich auch von „Grundregeln“.

Die bedeutendsten Infragestellungen als ein „Rütteln an Konstruktionen“ erlebten wir indes durch die beeindruckenden Erfahrungen mit unseren PatientInnen, zum Teil sehr kranken und belasteten Menschen, Erfahrungen mit ihrer Besonnenheit, Lebensklugheit, ihrer Integrität und Humanität, ihrem Mut zu offenen Rückmeldungen, die für uns die Wahrheit der *Freudschen* „**Grundregel**“ mit ihrer einseitigen „Verpflichtung zur Offenbarung aller persönlichen Gedanken und Regungen“ nachhaltig erschütterte, so dass wir uns von ihr lösen konnten und auch von der *Perlschen* „**Grundregel**“ der strikten Arbeit im sogenannten „Hier und Jetzt“²² (kritisch *Petzold* 1981e). Beides wurde

²⁰ *Heekerens, Ohling* 2005; *Nagler* 2003; *Petzold* 1996j, q, 1998e

²¹ *Petzold* 1998a; *Gebhardt, Petzold* 2005; *Jacob-Krieger, Petzold et al.* 2005

²² Die theoretischen Probleme dieses Terms seien kurz angesprochen: die ganze Absurdität dieses Konzeptes zeigt sich im Lichte der longitudinalen Entwicklungspsychologie, wenn es für den Patienten darum geht, sein Leben, „sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen“ (*Petzold* 1981g): *Jetzt*, was ist das? Ausgesprochen ist es schon vorbei. *Hier*, was heisst das? In diesem Vorlesungssaal der VU, hier in Amsterdam, hier in Holland? Wie schon in der Husserlschen Verwendung des *Cogito* beschränkt sich auch die *awareness* im „Hier und Jetzt“ der Gestalttherapie in ihrer „Evidenz ... auf den schmalen Kern der Gegenwart ..., während alle vergangenen und zukünftigen Erlebnisse, alle Erinnerungen, alle

uns als Anweisungen zur *Unterwerfung*²³ evident. Wer in die Vergangenheit „auswich“, wurde von *Perls* (1969a) vom „hot seat“ verwiesen, zum Teil ziemlich rüde. Auch die Psychodramaregel: „Don't talk, act!“, haben wir nie strikt praktiziert. Wir – *Johanna Sieper* und ich – hatten diese Regeln in ihrer rigorosen Fassung nie wirklich akzeptieren können, denn sie entsprachen nicht unserem Empfinden für menschliche Würde, noch den Ideen, die uns von unseren philosophischen Lehrern und Leitfiguren vermittelt wurden²⁴. Sie zeigten uns in ihren Werken und, wo wir sie persönlich kennen lernen durften, in ihrer Lebenspraxis (*Petzold* 2004b), Dimensionen einer *kritisch reflektierten* Humanität (anders geht es, eingedenk der Humanismuskritik von *Foucault*, nicht). Auch klassische Autoren wie *Sokrates*, *Seneca*, *Epiktet*, *Marc Aurel* sind hier nicht zu vergessen. Ihre Schriften sollten PsychotherapeutInnen immer wieder lesen. Sie wären dann eher befremdet vom Stil *Freuds* und dem mancher seiner Nachfolger, was Beziehungsgestaltung anbelangt, oder von dem Stil, den *Fritz Perls* praktizierte, und den manche seiner Epigonen immer noch praktizieren, befremdet auch dem objektivierenden Stil klassischer Verhaltensmodifikation. Diese Stile, *das gilt es festzuhalten*, sind natürlich weder die „ganze Psychoanalyse“ noch die „ganze Gestalttherapie“ oder „Verhaltenstherapie“, noch ein Bild der Praxis aller ihrer VertreterInnen, die oft „ihrem Gefühl“ und nicht ihrem verfahrensspezifischen Theorievorgehen folgen. Es geht vielmehr um Seiten dieser Verfahren, die um ihrer selber und um der PatientInnen Willen der parrhesiastischen, „**weiterführenden Kritik**“ bedürfen. Diese Stile sind indes zugleich oft auch Ausdruck problematischer anthropologischer und therapieethischer Positionen, und das macht grundsätzlichere Stellungnahmen oft unerlässlich, wobei man immer wieder auch auf die Tendenz zwischen Therapieschulen trifft – etwa in übergreifenden Verbänden –, solchen Diskussionen auszuweichen, weil man „keinen Streit“ will. Aber derartige informelle „Stillhalteabkommen“ verhindern auch eine weiterführende Diskurskultur.

In der Psychotherapie aber sind kritische Diskurse unerlässlich, besonders zu therapieethischen Fragen, denn ethische Maximen stehen immer in der Gefahr, normative Zwänge zu generieren, die selbst zu Formen der Gewalt werden können, wie *Judith Butler* (2002) mit ihren wichtigen Ausführungen zu „ethischer Gewalt“ gezeigt hat, eine Dimension, die in den zumeist allein als „präskriptive Ethik“, als „Sollensethik“ gefassten berufsverbandlichen Regelungen im Bereich der Psychotherapie und ihren Ethikreglementen mit überwiegend punitivem Charakter völlig ausgeblendet wurde. Es ist deshalb dringend erforderlich, dass Bemühungen in der Psychotherapie um ethische Fundierung Anschluss an die relevanten Diskurse der Philosophie zu Fragen des praktischen ethischen Handelns finden. In der Moderne und Postmoderne oder, wie ich mich verorte, in einer „**transversalen Moderne**“, die durch eine beständige Überschreitung und einen permanenten Wandel gekennzeichnet ist, muss man das Verhältnis von **Strebensethik** und der vorherrschenden **Sollens- und Pflichtenethik** klären. Erst durch systematische Klärung der Bedingungen und der Geltung dieser Ethiken und ihrer mehrdimensionalen Ausarbeitung könnten die beiden Typen auf einer sekundären „praxeologischen Ebene“ für die sozialinterventive Praxis fruchtbar gemacht werden. In den ethiktheoretischen Bemühungen der Integrativen Therapie (*Petzold* 1992a, 500ff) wird ein solcher Weg beschritten, und *Hans Krämer* (1992) hat mit seinen Arbeiten zu einem dritten Ethiktyp einer „*Integrativen Ethik*“, der nicht auf eine additive, sondern rekonstruierende Zusammenführung strebens- und sollensethischer Argumente mit mehrdimensional angelegter ethischer Theorienbildung setzt, wichtige Wege gewiesen. Ein integrativer Ansatz muss in der Tat einen solchen Weg gehen (*Moser, Petzold* 2004), der einerseits auf ethische Traditionen setzt, andererseits auf ihre Diskursivierung im Kontext konkreter Lebenssituationen, so dass Zupassungen möglich werden, die man anstreben *will* und kein Absolvieren von Programmen einer Gehorsamsethik erfolgt, deren **Diskurse** (sensu *Foucault*) auch die Psychotherapieverfahren und ihre konkrete Praxis durchfiltern als

Vorstellungen und alle potentiellen Akte dieses Bewusstseins der genannten Evidenz entweichen“ (*Henry* 2005, 110). Vom *heraklitischen Fluß* hält man dann „nur noch eine zerrinnende Phase in der Hand ...“, die auf eine punktuelle und in ihrem Grenzfall ideale Gegenwart reduziert ist“ (ibid. Mit Verweis auf *Husserl*, *Die Idee der Phänomenologie*, Hamburg: Meiner 1986, 47f)

²³ Zur Begründung dieser Formulierung eine kleine Auswahl einschlägiger Textstellen: *Freud* fordert, dass man den Patienten dazu "verpflichtet, während der Dauer der Kur, keine lebenswichtigen Entscheidungen zu treffen, etwa keinen Beruf, kein definitives Liebesobjekt zu wählen" (idem, *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*, 1914, StA, S. 167) und er verweist verschiedentlich auf die Beichtanalogie, wenn er vom Neurotiker verlangt: „volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion. Das macht den Eindruck, als streben wir nur die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist groß, denn wir wollen von ihm nicht nur hören, was er weiß und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiß“ (idem, *Die psychoanalytische Technik*, 1940, StA, S. 413).

²⁴ Vgl. Anmerk. 2.

Manifestationen oft subtil verdeckter „Medizinalmacht“ (Attali 1981) und „Pastoralmacht“ (Dauk 1989)²⁵.

Die in diesem Text vorgestellte „integrative Grundregel“ als Grundlegung therapeutisch-praktischen Handelns steht genau in dieser Doppelqualität einer präskriptiven Vorgabe, die situativ und personenbezogen in *Ko-respondenz*, d.i. Begegnung und Auseinandersetzung über ein (ethisch relevantes) Problem mit allen an diesem Thema Beteiligten bearbeitet wird und in Konsens-Dissens-Prozessen zu stimmigen Lösungswegen und Lösungen vorangetrieben werden muss. Das bedarf der Diskurswilligkeit, einer hinlänglichen Konfliktbereitschaft und -fähigkeit, denn konfrontierende Kritik darf aus Gründen der *Parrhesie* (Foucault 1996), d.h. der offenen, der Wahrheit verpflichteten Thematisierung, nicht unterbleiben. Sonst geht nichts weiter. Es ist deshalb eine Konzeption von Kritik erforderlich, die handlungsleitend werden kann. Eine solche Konzeption „weiterführender Kritik“ wurde wie folgt formuliert:

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Fakten (z.B. Handlungen) oder virtuellen Realitäten (z.B. Ideen) aus der **Exzentrizität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit) und des *Kommunizierens* der dabei gewonnenen Ergebnisse in **ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise, das die parrhesiastisch kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**“.

²⁵ Die diskursanalytische Untersuchung der „Richtlinien“ und Praxeologien der „Richtlinienpsychotherapie“ in Deutschland macht das überdeutlich. Das System von Anträgen, Berichten, Gutachtern, Obergutachtern als „Regelfall“ für die Behandlung, dokumentiert eine *strukturelle* „Kultur des Misstrauens“, der „unterstellten Unfähigkeit“ oder „vermuteten Unseriosität“ und installiert eine strukturelle Kontrolle über die Therapeuten wie über die Patienten, die de facto zur Zustimmung gezwungen werden (wenn sie eine kassenerstattete Therapie erhalten wollen), dass ihre persönlichsten Daten von Belastungen oder Missbrauchs- und Traumaerfahrungen in einem Antrag an einen anonymen Gutachter weitergegeben werden. Der entscheidet dann nur nach Aktenlage – ohne den Patienten gesehen zu haben, wo gibt es das sonst in der Medizin?! – aufgrund schablonenhaft-schulenkonzorm abgefasster Anträge, die teilweise, was bekannt ist, von professionellen Antragsschreibern abgefasst werden. Warum genügt nicht eine ICD-/DSM-Diagnose? Man muss sich dabei immer wieder klar machen: Richtlinienpsychoanalyse als kostenminimierte Dienstleistung, als *lizensiertes Behandlungsverfahren* mit „Resozialisierungs- und Disziplinierungsauftrag“ (Berger, Luckmann 1970) und Psychoanalyse als emanzipatorische Praxis (im Sinne von H. E. Richter, P. Parin u. a.) haben nur wenig miteinander zu tun.

3. Die „psychoanalytische Grundregel“, Emblem eines strukturellen Machtdiskurses – Materialien, Kontexte, Hintergründe

„**Grundregeln**“ formulieren Grundsätzliches. Was, wenn sie falsch sind? Grundregeln machen die Regeln *transparent*, offen sichtbar. Was, wenn niemand des Kaisers neue Kleider sieht? Grundregeln machen klar, „was Sache ist“. Was geschieht, wenn man sein Herz ausschaltet, das prüfen könnte, ob es eine „gerechte Sache“ ist? Grundregeln setzen Normen. Was, wenn sie niemand auf Stimmigkeit und Sinn reflektiert? Grundregeln beanspruchen Geltung und Macht über die, welche die Regeln befolgen müssen. Was, wenn genau das, den Regelgebern zu Passe kommt?

„Grundregeln“ haben also immense Probleme!

Freud formulierte eine **Grundregel** für seine Arbeit und die Behandlungspraxis seines Verfahrens, die wir dekonstruktivistisch konfrontieren müssen, weil wir sie für „grundfalsch“ halten, wie so manches an der Psychoanalyse, die „mit dem grauen Gewand der Ideologie bekleidet ist“ (Henry 2005, 93):

„Wir verpflichten ihn [den Patienten] auf die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine *Selbstkritik* auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewusste zu *erraten* und *durch unsere Mitteilung* die Kenntnis seines Ich von *seinem* Unbewussten zu erweitern“ (Freud, Die psychoanalytische Technik, 1940, StA, S. 413, meine Hervorhebungen).

Die „*psychoanalytische Grundregel*“ verlangt,

„*dass man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt*“ (Freud)²⁶.

Das ist eine machtvoll Maxime, und wenn man davon ausgehen kann, dass Grundregeln Grundlagen bilden, Grundsätzliches aussagen, die fundamentalen Prinzipien eines Verfahrens zum Ausdruck bringen, dann kann man konkludieren, dass es sich um ein Verfahren handelt, dem ein struktureller Machtdiskurs inhärent, dessen Geltungsanspruch immens ist und sich schon in seinem Namen artikuliert: Er signalisiert den Anspruch (oder die Anmaßung) die „Psyche“, d.h. das Wesen eines Menschen in der Tiefendimension zu „analysieren“²⁷, zergliedernd erkennen zu können. Der Psychoanalytiker ist in diesem Prozess der „Ermächtigte“²⁸, der befugt ist, diese Analyse bei einem Analysanden durchzuführen, der dabei an die Analyse als Verfahren und den Analytiker als dessen Repräsentanten und an seine „Deutungsmacht“ (Pohlen, Bautz-Holzher 1994) ausgeliefert ist. Diese Struktur der **Macht** zeigt sich nicht nur in der „Grundregel“, in der Typik der Theorienbildung und der Behandlungsmethodik – die Couch, ein Symbol des Ausgeliefertseins und zugleich der Macht – und schlug bzw. schlägt durch bis in die Politik der psychoanalytischen Gesellschaften, ihre Regelungen und Verdikte (etwa durch das „geheime Komitee“), nicht zuletzt in der Politik gegenüber Abweichlern und „Dissidenten“ (prominente Beispiele sind Rank, Reich, Ferenczi, Adler²⁹) oder den Therapeuten, die in Deutschland nicht einem Richtlinienverfahren angehörten bzw. angehören³⁰. Dieser Machtdiskurs, der von vielen bedeutenden Denkern und Forschern, die die Psychoanalyse mit metakritischem Blick untersucht haben, herausgearbeitet wurde (von Deleuze, Foucault, Henry, Lurija, Ricœur, Vološinov/Bakhtin, Vygotsky, vgl. Dauk 1989), zeigt sich gleichsam emblematisch in der „Grundregel“. Der Text ist eindeutig: Er dokumentiert das Bestreben, gegenüber dem Patienten ein Herrschaftsverhältnis herzustellen, nimmt ihn jenseits der Möglichkeiten zur Kritik in die Pflicht. Sie ist antiemanzipatorisch, denn sie schwächt eines der wichtigsten Vermögen des Menschen: „Kritik und Selbstkritik“. Und was erhält er dafür? Die „Zusicherung von Diskretion“ und die Mitteilung von „Erratenem“ aus seinen „Unbewussten“ (Freud 1913), das ihn der Analytiker in der Funktion der „Aufklärung“ über lebensbehindernde Inhalte wissen lässt. Das *Freudsche* „Unbewusste“, dessen vieldeutige Konzeptualisierung durch den „Vater der Psychoanalyse“ diesen Begriff schwierig macht – hier figuriert es als das „Verdrängte“ – ist *nicht* gleichbedeutend mit modernen neuro-

²⁶ Freud, S. Zur Dynamik der Übertragung, 1912, StA., S. 167.

²⁷ „**analy|sieren**: etwas [wissenschaftlich] zergliedern, zerlegen, untersuchen, auflösen, Einzelpunkte herausstellen“. Duden - Das Fremdwörterbuch. 7. Aufl. Mannheim 2001. [CD-ROM].

²⁸ Der Term ist im Richtlinienverfahren gängig, etwa als „Weiterbildungsermächtigung“.

²⁹ vgl. Leitner 1998; Nagler 1998, 2003; Petzold 1996j, 1998e

³⁰ Obwohl sie oft über viele Jahre im Erstattungsverfahren erfolgreich als Psychotherapeuten gearbeitet hatten, wie die Untersuchung von Thomas und Schmitz (1993) nachwies, mussten sie sich einem Nachqualifizierungsverfahren unterziehen, das oft die Qualität eines „Konvertitenunterrichts“ hatte (Petzold, Orth 1999a).

wissenschaftlichen Konzeptionen des Unbewussten als „unbewusster Informationsverarbeitung“ (Perrig et al. 1993), das sei unterstrichen, denn heute nehmen Psychoanalytiker gerne mit der Maxime „Freud hatte doch Recht!“ die Neurowissenschaften für sich in Anspruch, keineswegs berechtigt, wenn man die Konzepte genauer betrachtet (vgl. Der Spiegel 16,2005: „Hatte Freud doch recht?“). Die Psychoanalyse geht aber auch an grundlegenden philosophischen Konzeptionen des „Unbewussten“ vorbei z.B. an seiner Qualität als „primordialer Qualität des Lebens“ (Henry 2005, 93ff) und reproduziert die Irrtümer einer verdinglichenden Bewusstseinsphilosophie³¹.

Vom Patienten wird die Annahme der „Grundregel“ ohne Begründung gefordert.

"Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher ... Geben sie dieser Kritik niemals nach und sagen sie es trotzdem ... Den Grund für diese Vorschrift - eigentlich die Einzige, die sie befolgen sollen - werden sie später erfahren ..." (Freud 1913)³².

Es ist ein Versprechen "voller Aufrichtigkeit"³³ zu geben, so dass es keinen Raum persönlicher Geheimnisse mehr geben darf, einschließlich der Verpflichtung, in der Analyse auch alles über dritte Personen sagen zu müssen, mit der "Mitteilung von Namen" und der "Geheimnisse fremder Leute" - die "ein anständiger Mensch [der Analytiker, sc.] bereitwillig vergißt" (Freud, *ibid.* S. 145). Freud empfiehlt (Zur Einleitung der Behandlung, 1913), dem Patienten bei einem "Widerstand gegen die Analyse" oder wenn er "Mißtrauen... der Analyse entgegenbringt", wenn er "abschreckende Dinge über sie gehört habe", Vorhaltungen zu machen, und stellt der Patient dies in Abrede, "kann man ihn durch Drängen zum Eingeständnis nötigen" (*ibid.* S. 197)³⁴. Das alles ist menschlich, klinisch und rechtlich höchst problematisch. Eine solche Praxis schafft Dependenz und ggf. Reaktanz, führt zu Parentifizierung und Klientelisierung, setzt den „locus of control“ external, bewirkt Hilflosigkeit, schwächt die Selbstwirksamkeit und kritisches Bewusstsein, d.h. unterminiert die Fähigkeit zu Kritik und Selbstkritik, verletzt Würde, Souveränität und einen intersubjektiven Umgang. Freuds Argumentationen: "Die psychoanalytische Behandlung muss sich über alle Rücksichten hinaussetzen, weil die Neurose und ihre Widerstände rücksichtslos sind" (*ibid.* S. 195), und: "Pour faire une omelette il faut casser des oeufs" (*ibid.*). Diese Argumente sind gänzlich unakzeptabel. Sie erscheinen mir höchst gefährlich, zumal sie für gewisse Tendenzen mancher Psychotherapien und Psychotherapeuten typisch zu sein scheinen, unbedingte *Kontrollmacht* über die Patienten zu gewinnen und Definitionsmacht über sein Leben und über die Interpretation seiner Lebensgeschichte und die Formen seiner Lebensgestaltung auszuüben. *Partnerschaft* geht so nicht! Und sie geht auch nicht durch eine Art „zweite Grundregel“, die Freud für die Seite der Therapeuten/Analytiker aufgestellt hat: die Durchführung der Kur in strikter, zurückgenommener Abstinenz.

Freud hatte dem Analytiker geraten, sogar "sein menschliches Mitleid beiseite zu drängen", alle Kräfte zu bündeln, um mit "Gefühlskälte", wie der Chirurg, die Operation, die analytische Arbeit dann in höchster Konzentration ausführen zu können. Das sei für "die Schonung des eigenen Af-

³¹ Henry kommt nach tiefgreifenden Untersuchungen des psychoanalytischen Diskurses zu der herben Konklusion: „Die Psychoanalyse gehört nicht zum Korpus der Humanwissenschaften, wozu man sie heute zählt und wovon wir sie in aller Sorgfalt lösen: sie ist vielmehr die Antithese derselben.“ ... Wenn das „Leben keine andere Zufluchtsstätte als das freudische Unbewusste hat und unter jedem der pseudo-wissenschaftlichen Attribute, mit denen letzteres sich ausstattet, eine lebendige Bestimmung des Lebens handelt und sich verbirgt, dann bleibt zu sagen: Die Psychoanalyse ist die Seele einer Welt ohne Seele, der Geist einer Welt ohne Geist“ (*ibid.* 101). Foucault hatte seine Kritik der Humanwissenschaften an der Psychoanalyse expliziert und kommt mit einem völlig anderen argumentativen Diskurs zu einem ähnlich harschen Urteil: die Psychoanalyse installiert die Macht bis in die Prozesse der Genese der Subjektivität (Foucault 1998, vgl. grundsätzlich Dauk 1989).

³² Freud, S., Zur Einleitung der Behandlung, 1913, S.194.

³³ "Endlich vergessen sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen diese Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist" (*ibid.*, S. 195).

³⁴ Dies sind höchst problematische Anweisungen, von denen man sich dezidiert distanzieren muss. Gegen derartige Formen der Einflußnahme auf Menschen, wie sie in diesem Kontext aus Freuds behandlungstechnischen Schriften referiert werden, waren die Bemühungen der *Enquête-Kommission des Bundestages gegen Psychogruppen und Psychosekten* gerichtet, wie aus dem Bericht der Kommission hervorgeht (Deutscher Bundestag, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/8179 Zwischenbericht der Enquête-Kommission „Sogenannte Sekten und Psychogruppen“, 07.07.1997). Die Psychoanalyse wurde von der Enquête nicht erwähnt. Sie wird in ihrer „etablierten Immunität“ nicht mehr auf ihre kritischen Seiten hin hinterfragt.

³⁵ "Endlich vergessen sie nie daran, dass Sie volle Aufrichtigkeit versprochen haben, und gehen Sie nie über etwas hinweg, weil Ihnen diese Mitteilung aus irgendeinem Grunde unangenehm ist" (ebenda, S. 195).

fektlebens" des Therapeuten und auch für den Patienten das Beste (*Freud*, S. Ratschläge 1912, StA, S. 175). Diese Seiten der Psychoanalyse sind um der Psychoanalyse Willen und um ihrer PatientInnen Willen zu kritisieren und müssen von ihr in aktiver Umgestaltung der entsprechenden Modellvorstellungen und Praxen verändert werden, damit nicht andere wesentliche psychoanalytische Wissensstände beschädigt werden.

Vom Hintergrund her entstand die „**Grundregel** der Integrativen Therapie“ *nicht* als Gegenposition zur psychoanalytischen Grundregel *Freuds*, obgleich sie de facto eine radikale Gegenposition darstellt, sondern sie wuchs, wie aufgezeigt, einerseits aus den französischen postmodernen Diskursen der sechziger und siebziger Jahren, andererseits aus ihrem eigenständigen intersubjektivitätstheoretischen (*G. Marcel*), leibtherapeutischen (*M. Merleau-Ponty*) und alteritätstheoretischen (*E. Levinas*) Fundus und ihrem Bezug auf die Ergebnisse entwicklungspsychologischer und sozialpsychologischer empirischer Forschung, auf Konzepte wie Affiliation und Reaktanz, Interaktion, Kommunikation, Medialität (*Petzold* 1977c; *Petzold, Müller* 2005). Sie entspringt auch dem Anliegen, „Intersubjektivität“³⁶ zum Behandlungsprinzip zu machen, dem Engagement für einen partnerschaftlichen und wirklich mitmenschlichen Umgang mit den Patientinnen und Patienten – genderbewusst und genderdifferentiell³⁷ –, einer achtsamen Haltung ihrer Biographie, ihrer Würde, ihrem Leben gegenüber³⁸. Es ging weiterhin um die Rückbindung an eine therapierelevante Ethik, denn das hippokratische „*nil nocere*“ (*Lichtenthaeler* 1996) reicht heute nicht mehr aus, sondern es müssen an relevante Ethikdiskurse (*Derrida, Henry, Krämer, Levinas, Ricœur* und von anderen Seiten *Bourdieu* und *Foucault*) anschlussfähige Konzepte erarbeitet werden, in denen „*patient dignity*“ (*Petzold* 1985d, 2005h) im Zentrum steht und aktiv Situationen der Inhumanität aufgespürt, untersucht und bekämpft werden³⁹.

Es geht mir in dem vorliegenden Text keineswegs darum, die Psychoanalyse in toto zu kritisieren und damit zu stigmatisieren, sondern darum, *exemplarisch* das als problematisch herauszustellen, was Erkenntnis verstellt und potentiell Patienten schadet, um spezifische Praxen und ihre Hintergrundtheorien, die notorisch ohne kritische Reflexion weitergegeben werden, *Mythen*, die in neuerer Zeit von Psychoanalytikern selbst als solche erkannt und tentativ dekonstruiert werden (*Orange* et al. 2001; *Pohlen, Bautz-Holz Herr* 1994) – wir hatten sie schon lange im kritischen Blick (*Petzold, Orth* 1999). Aus unserer Sicht müssen zu „problematisierende“ Konzepte (*Foucault* 1996) bei *allen Richtungen* aufgegriffen und metakritisch durchgesehen werden. Das muss auch für den Integrativen Ansatz gelten, denn auch die „Integrative Therapie“ macht Fehler und wird Fehler machen und auch ich, als einer ihrer Protagonisten, habe Fehler gemacht und muss mich, wie jeder andere in der Praxis stehende Kollege, wie jede Kollegin auch darum bemühen, Fehler zu vermeiden oder zu korrigieren – in nicht nachlassender kritisch/selbstkritischer Wachsamkeit, die über die Jahre mit der größeren Übersicht auch gewachsen ist.

Der *Anciennitätsvorsprung* der Psychoanalyse und ihrer Protagonisten gibt uns hier Kritikmöglichkeiten, die uns vielleicht noch erspart sind, auf Dauer aber nicht erspart bleiben können und dürfen. Im Unterschied zum kritikphobischen *Sigmund Freud* lade ich zu solcher Kritik ein. *Freud* und die Psychoanalyse hat hier die Bürde ihrer Vorreiterrolle zu tragen, die Last ihrer bis in die Gegenwart fortgeschriebenen Hegemonialansprüche und theoretischen Machtdiskurse, sowie das Erbe ihrer philosophischen Unbedarftheit bzw. ihrer Unwilligkeit über ihre erkenntnistheoretischen, bewusstseinstheoretischen, anthropologischen und persönlichkeitsstheoretischen Aporien mit der Philosophie – mit *Henry* (2005), *Ricœur* (1965), *Foucault* (1982) – in einen ernsthaften, nicht nur apologetischen Diskurs zu treten, was allerdings einiges an theoretischen Investitionen erforderlich machen würde und die Bereitschaft, Grundpositionen in Frage zu stellen. An dieser Situation kann für die gesamte Psychotherapie paradigmatisch deutlich werden: Psychoanalysekritik muss immer auch Mahnung und Anregung für differenzierte und institutionalisierte *selbstkritische Untersuchungen* bieten.

Es gibt in der Psychoanalyse natürlich Entwicklungen und innovative Strömungen, um die ich weiß und über die ich gut informiert bin. Das entbindet aber *nicht* davon, im tiefenpsychologischen bzw. psychodynamischen Basisparadigma überholte Annahmen zu konfrontieren, ohne voreilig zu sa-

³⁶ im Sinne *Marcel*s, nicht etwa im Sinne der fehlverstandenen neuerlichen Intersubjektivitätstheoreme in Strömungen der Psychoanalyse, vgl. *Stolorow* et al. 1994; *Orange* et al. 2001)

³⁷ *Vogel* 2004; *Spilles, Weidig* 2005; *Petzold* 1998h, 2005r

³⁸ *Petzold* 2001b; 2001m, 2003g; *Petzold, Müller* 2004a

³⁹ *Petzold* 1979l, 1989b, *Petzold, Müller* et al. 2005

gen: „Das sind doch überholte Positionen“ oder: „In der Praxis sieht das doch ganz anders aus“. Das mag mehr oder weniger zutreffen, aber dem dekonstruktiven, diskursanalytischen Blick zeigt sich, dass diese Machtdiskurse nach wie vor in ihren *Wirkungen*, *Nachwirkungen* und *Auswirkungen* zum Tragen kommen und sie vielleicht gerade in ihren subtileren Formen (etwa in der angesprochenen Praxis der „Richtlinientherapie“) übersehen werden könnten. Es geht also keineswegs nur um fundamentalkritische Argumentationen, wie sie z. T. mit massiven Problematisierungen von *Foucault*, *Henry*, *Ricœur*, *Vološinov/Bakhtin* vorgetragen wurden, sondern es geht uns wesentlich auch um die Praxeologie, weil von ihr Menschen betroffen sind. Dabei wurde der kritische Blick exemplarisch auf die deutschen Richtlinienverfahren gerichtet, deren normative und bürokratische Strukturen die Handschrift der psychoanalytischen Funktionäre und des aufgezeigten Machtdiskurses tragen (und interessanter Weise ist ihnen die Richtlinienverhaltenstherapie hier gefolgt, denn damit wurde auch ihre Hegemonialposition bestärkt). Derartige Entwicklungen müssen uns Anregung und Wachsamkeit für kritische Blicke auf den eigenen Ansatz sein, besonders wo er institutionalisiert wurde⁴⁰. Wir brauchen heute in der Kritik nicht mehr mit dem „Mut zu grundsätzlichen Alternativen“ vorzugehen, den etwa *Moreno* und *Rogers* hatten, keinesfalls auch mit den aggressiven und oft unsachlichen Abwertungen von *F. Perls* oder dem behavioristischen Überlegenheitsgestus der Effektstärkenüberlegenheit im Verteilungskampf gegenüber der Psychoanalyse: „Wir Verhaltenstherapeuten haben die Wirkungsnachweise, die der Mainstream-Psychoanalyse fehlen!“ Nicht alle kritischen Anfragen von Therapieschulen an Therapieschulen sind aus laueren Absichten und dem Bemühen hervorgegangen, bessere Wege in der Patientenarbeit und klarere Konzepte in der theoretischen Modellbildung zu finden. Wir sind heute in der Lage, mit einem Blick grösserer Exzentrizität kritische Fragen an die verschiedenen psychotherapeutischen Paradigmata zu stellen, für die wir hier das psychoanalytische und tiefenpsychologische *exemplarisch* ausgewählt haben. Sie müssen mit dem Ernst *sehr grundsätzlicher dekonstruktivistischer Anfragen* gestellt werden und der Zielsetzung „weiterführender Kritik“ verpflichtet sein, auch wenn sie im Sinne der Dekonstruktion *Derridas* (der übrigens Freud und die Psychoanalyse immer wieder auch verteidigte) an „Grundfesten des Verfahrens (*Royle* 2003,25) rütteln sollten“. Das muss uns allerdings auch bereit machen es zuzulassen, dass auch an die „Integrative Therapie“ Fragen gestellt werden, die an ihre Grundpositionen gerichtet sind und mit denen man sich dann ernsthaft und revisionsbereit auseinandersetzen muss – auch wenn solche Fragen nicht mit der Intention konstruktiver Diskurse gestellt werden. Man kann dem nicht entgehen.⁴¹

Eine über die voranstehende Diskussion der „Psychoanalytischen Grundregel“ hinausgehende, detaillierte oder gar umfassende Infragestellung wesentlicher psychoanalytischer Grundlagen kann und soll hier nicht geleistet werden, sondern die vorgetragene Hinweise und Argumente für den thematisierten Bereich müssen genügen. Mehr ist auch nicht notwendig, weil es über ein Jahrhundert Grundsatzanfragen an die Psychoanalyse aus ihr selbst - man denke an *W. Reich*, *S. Ferenczi* (vgl. *Nagler* 2003) und vor allem, weil besonders profunde, an *O. Rank* und *M. Pohlen* - und aus allen möglichen Disziplinen in aller Herren Länder gegeben hat (*Vološinov/Bakhtin* 1927; *Rillaer* 1980; *Eschenröder* 1984; *Russelman* 1983; *Masson* 1986; *Perrez* 1972, um ein Spektrum an Verschiedenheit auszufalten).

⁴⁰ z.B. seit Dez. 2005 in Österreich nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz

⁴¹ Im Verfahren für die gesetzliche Anerkennung der Integrativen Therapie in Österreich – ein Prozess, der über 4 Jahre lief und dessen Verlauf der Dokumentation Wert wäre – sind von Seiten der Vertreter der Therapieschulen in den zuständigen Gremien skrupulöse Fragen alle Theorie-, Praxis- und Forschungsbereiche der Integrativen Therapie betreffend gestellt und mit weit über tausend Seiten an Material und Dokumenten beantwortet worden – ein mühevoller Prozess. Auch im Evaluationsverfahren der „Wissenschaftskolloquien“ der Schweizer Psychotherapiecharta, in denen alle vertretenen Schulen ihre Position wechselseitig überprüfen und kritisch diskutieren – ein aussergewöhnlicher Prozess im Felde der Psychotherapie (vgl. *Forum Psychotherapie* 2003) – wurden alle Bereiche der Integrativen Therapie befragt, diskutiert und als wissenschaftlich angenommen (unsere Materialien in: *Petzold, Sieper* 2001o).

3.1 EXKURS: Wahrheitsdiskurse in der Psychotherapie – am Beispiel von Ferenczi und Freud

Geschichte als festgehaltene Geschehnisse, wie sie in Dokumenten Niederschlag gefunden haben, eignet sich, weil die Ebene lebendiger *Phänomene* verlassen wurde, in besonderer Weise zum Auffinden von *Strukturen*. Und darum soll es hier gehen, nicht um die Personen *Freud* und *Ferenczi* in ihrem persönlichen, bewertbaren Verhalten – hier wollen wir diesen beiden, tragisch verstrickten Protagonisten der Psychoanalyse gegenüber gerecht (*Derrida* 1987) oder auch nachsichtig sein. Es geht darum, die Strukturen von Wahrheits- und Machtdiskursen zu verstehen, weil sie sich in ähnlichen Konstellationen reproduzieren und reinszenieren können.

Freuds Sendungsbewusstsein und Machtanspruch, was die **Wahrheit** seines Diskurses anbelangt, die Radikalität seines „*Wahrheitsregimes*“ (*Foucault* 1998) verlangt die Einordnung/Unterordnung des Psychoanalytikers in eine „psychoanalytische Welt“ des Denkens und Fühlens. *Freud* sah die Psychoanalyse als einen „*Diskurs der Wahrheit*“, schrieb an *Ferenczi* „Wir sind im Besitz der Wahrheit“, allerdings, das muss gesehen werden, einer Wahrheit als Definitionsmacht, die zwischen Rekonstruktion und Konstruktion liegt und dabei für *Freud* in den Händen des Psychoanalytikers liegt, der natürlich auch die Unwahrheit sagen kann. – Unwahrheiten wurden *Freud* vielfach nachgewiesen und das in grundsätzlicher Weise, wie das der Schüler von *Norbert Elias*, *Han Israël* (1999) in seinem Buch „Die Geburt der Psychoanalyse aus der Lüge“ anhand der zahlreichen Daten- und Kasuistiken-Manipulationen *Freuds* dokumentiert, über die Materialien hinaus, die teilweise schon von *Ellenberger* (1972) in seiner monumentalen Forschungsarbeit zu Tage gebracht worden waren. Es geht um Situationen und Fakten, die z. T. auch *Ferenczi* bekannt waren und sein Verhältnis zu *Freud* zunehmend belastet haben⁴².

Es geht, wie die Auseinandersetzung von *Ferenczi* mit *Freud* zeigt (*Nagler* 2003; *Antonelli* 1997), um eine fundamentale Unterschiedlichkeit im *Wahrheitsverständnis* zwischen *Freud* und *Ferenczi*. *Freud* beanspruchte die Wahrheit zu *besitzen*, zu definieren oder doch in seiner Funktion als Analytiker herausfinden zu können und hielt an diesem Anspruch für sich und die Psychoanalyse zeitlebens fest. *Er entschied*, dass die Geschichten seiner PatientInnen Lügen seien, die Verführungen, Missbrauchserlebnisse Ausgeburten der Phantasie, Phänomene der Nachträglichkeit. *Ferenczi* hielt an der Wahrheit dieser Berichte als historischer Wirklichkeit fest – und die neuere Forschung zum Missbrauchsthema gibt ihm zum Teil Recht. Diese ganze Debatte ist sattem bekannt (*Müller* 1979; *Miller* 1981; *Ramin* 1993; *Masson* 1984). *Ferenczi* kam zu dem Punkt, dass die Wahrheit radikalisiert werden müsse, weil sie als einseitige Offenbarung des Patienten kein hinreichend heilsames Fundament habe, sondern dass in der therapeutischen Beziehung – letztendlich in jeder wahrhaftigen Beziehung – Wahrheit in „*Mutualität*“, in „*Wechselseitigkeit*“ konstituiert werden müsse. Aus philosophischer Sicht kann Wahrheit ohnehin nicht solipsistisch konstituiert werden. *Ferenczi* indes argumentiert nicht in dieser Weise, sondern auf der Grundlage seiner klinischen Erfahrungen, seiner Erfahrungen mit der Psychoanalyse und den Psychoanalytikern, in Sonderheit mit *Freud*, und aus seiner Lebenserfahrung heraus. Am radikalsten und klarsten argumentiert er in seinem „klini-

⁴² In einer detaillierten psychotherapiehistorischen Auseinandersetzung schreibt *Antonelli* (2003): „Es gibt keinen Zweifel, dass *Freud* lügt, und dies seit dem ersten klinischen, zudem *mythologischen* Fall der Psychoanalyse: Es ist der Fall der *Anna O.*, der Fall, der auch von *Breuer* behandelt wurde, bei dem *Breuer* nicht weniger log als ebenjene Hysterikerinnen, die *Freud* der Lüge bezichtigt hatte, obendrein der Fall, der von *Freud* zu einer Mythologie gemacht wurde. All dies wird von *Mikkel Borch-Jacobsens* Studie über *Anna O.* (*Borch-Jacobsen* 1995) zu ergründen versucht. Dort wird der stichhaltige Nachweis erbracht, dass alle lügen oder immerhin die Wahrheit, die sie nur heimlich miteinander teilen, verbergen. *Freud* ist einer, der Lügen erzählt. Die Geschichte der Psychoanalyse ist eine Geschichte fortwirkender Lügen. Lüge ist - zum Beispiel - die Frage nach der eingebildeten Schwangerschaft von *Anna O.*; Lüge auch deren erfolgreiche Behandlung auf Grundlagen, die das Fundament der Psychoanalyse bilden sollten; Lüge die Meldung, dass *Breuer*, erschrocken über seine Verstrickungen mit seiner Patientin, anschließend mit seiner Ehefrau nach Venedig geflohen sei. Es ist eine weitere Lüge, dass seine Ehefrau in jener Stadt die Tochter *Dora* empfangen hätte. Der Fall der *Anna O.* ist das Ergebnis einer zweiten Lektüre *a posteriori*, das Ergebnis der *Nachträglichkeit*, das Ergebnis eines therapeutischen, psychopolitischen Schacherns, wozu die nämliche Patientin mit ihren Simulationen beigetragen hat. Wenn es stimmt, dass die Psychoanalyse im Zeichen von *Anna O.* begonnen hat [...], so nimmt sie ihren Anfang in der Lüge. *Freud* lügt also. Wenn *Freud* lügt, so stehen ihm andere Psychoanalytiker hierin in nichts nach“ – so *Antonelli* (2003) in einem harten, durch Quellen wohl fundierten und fundierbaren Urteil zu *Jung*, *Steckel* usw. Es geht hier keineswegs nur um *moralische* Wertungen, denn Verfehlungen können überall vorkommen, wo Menschen sind – wer will sich da zum Richter machen? – es geht um eine *strukturelle* Problematik, die u. a. dadurch entsteht, dass der erfolgreich behandelte „Fall“ (will meinen: das Schicksal eines leidenden Menschen) zum Argument für die Fundierung und die Geltungsansprüche theoretischer Wahrheit und behandlungsmethodischer Wirksamkeitsansprüche gemacht wird. Das öffnet Missbrauch von Patientenmaterialien Tor und Tür.

schen Tagebuch“ (*Ferenczi* 1932/1988), dessen Erscheinen das psychoanalytische Establishment über Jahrzehnte zu verhindern gewusst hatte, genau wie den Ferenczi-Freud-Briefwechsel (*Nagler* 2003). Diese ganze Geschichte und der mit ihr verbundene Wahrheitsdiskurs ist für das Anliegen dieses Textes von größter Wichtigkeit – und psychotherapiegeschichtlich von immenser Bedeutung. Ja, mein so unzeitig verstorbener Kollege und Freund, *Norbert Nagler*, und ich waren der Auffassung: wer die Ferenczi-Freud-Geschichte nicht zur Kenntnis nimmt und versteht, eine Geschichte der Verstrickung, der Liebe, des Ringens um Wahrheit und eine Geschichte der Macht und der Intrigen, kann die *Psychotherapie als das „Drama menschlicher Schatteninszenierungen“* – und das ist sie *auch* – nicht verstehen und auch nicht den Umgang mit diesen Materialien (etwa die von *Freud* teilweise abgeleugnete von *Ferenczi* verteidigte Realität von Missbrauchs-Traumata: *Freud* selbst war als Kind offenbar traumatisiert worden⁴³).

Das was sich an Ungerechtigkeit und Trauma, Lieblosigkeit und Verrat in den Geschichten der Patienten inszeniert, spiegelt offenbar auch in die Strukturen der Psychotherapie – ähnlich wie Stationsdynamiken sich ins Behandlersteam oder Teamdynamiken sich in die Patientengruppe der Station spiegeln können. Und natürlich findet sich in den Bereichen der Psychotherapieorganisationen, wie in jedem Bereich des Menschlichen, die ganz gewöhnliche „Banalität des Bösen“ (*H. Arendt*, vgl. *Hässig, Petzold* 2005). – Leider wurde bislang noch keine „Geschichte der Psychotherapie“ geschrieben, die diese ihre Schattenseiten aufarbeitet, obwohl es ein reiches Material für alle „Schulen“ gibt⁴⁴. Norbert Nagler und mir war diese Erkenntnis ein Anliegen, durch eine historisch-wissenschaftliche Dokumentation und Diskussion dieser Freud-Ferenczi-Geschichte den in ihr liegenden „Wahrheitsdiskurs“ aufzuweisen und *Ferenczi* in seiner Rolle als „*Parrhesias*“, als Herold von Wahrheit, zu würdigen (*Petzold* 1998e, 2003r, 2006g; *Nagler* 2003).

An dieser Stelle können nur Schlaglichter dieser Geschichte aufgezeigt werden mit Zitaten aus *Antonelli* (2003⁴⁵), einem der besten Kenner dieses Themas. Er setzt mit *Ferenczi* beim Herzstück jeder Psychotherapie an, bei der „therapeutischen Beziehung“, ihrer Wahrheit, ich möchte sagen: bei ihrer Wahrhaftigkeit.

»Laut Ferenczi würde der Analytiker die Sprache der Empathie, deren der Patient bedarf, mit der Sprache der gewöhnlichen analytischen Korrektheit (im einzelnen der Höflichkeit, dem Versprechen, dem Patienten zuzuhören, der Neutralität, die standardisierten Techniken zur Interpretation der Übertragung und Gegenübertragung) vermengen (*KT*, 264). In Wirklichkeit jedoch verschleiern solche Verhaltensmuster die tatsächlichen, gelebten Gegenübertragungen des Analytikers, so dass es wegen solcher „Hypokrisie der Berufstätigkeit“ zu einer „Reproduktion des Traumas“ (*SP* II, 306) kommt. Der Patient spürt die Zwiespältigkeit der von ihm wahrgenommenen Wirklichkeit, zum einen bemerkt er die „Fühllosigkeit der Analytiker“ (*KT*, 39f) ihm gegenüber, zum anderen sieht er die Notwendigkeit, ihn aus dem guten, triftigen, unumgänglichen Grund zu verteidigen, weil er auf diesen dringlich angewiesen ist. Zwischen dem Analytiker, der sich hinter seiner Maske der Professionalität versteckt, um sich vor seinen Gegenübertragungen zu schützen, und dem Patienten, der schweigt, weil er seit jeher seine Fähigkeit, die

⁴³ Praktisch unbeachtet blieb, dass *Freud* als kleiner Junge die Beschneidung seines geliebten Bruders *Julius* erlebte, der darauf an einer Sepsis verstarb (*Coleman* 1994), ein *Freud* höchst belastendes Ereignis (z.B. Brief an *Fließ* vom 3.10.1897, *Masson* 1986), das immer wieder *intrusiv* in seinen Träumen und Gedanken auftauchte (*Petzold, Wolf* et al. 2000). Das Kastrationstheorem und *Freuds* Abgehen von der Traumatheorie müssten u.a. auf diesem Hintergrund reflektiert werden.

⁴⁴ Es wäre überdies dem Gedanken nachzugehen, welchen Effekt für die psychotherapeutische Theorienbildung, die Methodenentwicklung und die Institutions- bzw. Organisationspolitik der beständige Umgang mit dem von *Negativerfahrungen* gesättigten Material der PatientInnen hatte und hat. Das wurde nicht reflektiert, und ob nicht solche Materialien in die genannten Kontexte hineinspiegeln und wie das geschieht, welche Wechselwirkungen sich hier ggf. finden. Auffallend ist die negative Anthropologie *Freuds* und der Mainstreampsychoanalyse, auffallend auch, dass die Psychoanalyse nie eine „Gesundheitslehre“ entwickelt hatte. Die Theorien der „protektiven Faktoren“ und der „Resilienzen“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2004), der „Salutogenese“ (*Antonovsky* 1979; *Lorenz* 2004), der „Ressourcen“ (*Petzold* 1969c, 1997p) – so zentral im Integrativen Ansatz –, kamen aus der longitudinalen Entwicklungspsychologie, nicht aus der Psychoanalyse oder der Theorie anderer Psychotherapieschulen. Sie wurden, historisch gesehen, von mir (seit Beginn der siebziger Jahre Entwicklungspsychologie lehrend) in das Feld der Psychotherapie eingebracht, fanden dort aber besonders im psychoanalytischen Paradigma kaum Resonanz.

⁴⁵ Zitiert nach dem italienischen Originalmanuskript, dessen Übersetzung ich für seine Veröffentlichung in „Integrative Therapie“ 2/3,2003 lektoriert hatte. *Antonelli* bestand auf dem harten Begriff „Lüge/lügen“ – die Übersetzer hatten „Unwahrheit, Probleme mit der Wahrheit“ etc. zur Auswahl gegeben – um die Eindeutigkeit der Fakten, die Schärfe des Skandalons und die grundsätzlich Qualität des Diskurses „Wahrheit // Lüge“ klar zu kennzeichnen.

Wirklichkeit wahrzunehmen, in Zweifel stellt, beginnt sich eine Atmosphäre der Unaufrichtigkeit zu bilden, des Ungesagten, der Lüge, wodurch die therapeutischen Potenzialitäten tatsächlich präjudiziert werden.

Seit dem Augenblick, als [von Ferenczi, sc.] die Heilsamkeit der Beziehung erkannt wurde, ergibt sich die Folgerung, dass nur der völlige Verzicht auf die „Hypokrisie der Berufstätigkeit“ sich als therapeutischer Faktor erweisen kann. Aber wem kommt die Aufgabe zu, den ersten Schritt zu tun in diesem Tanz von Lüge und Wahrheit sowie im Aufstieg von der Lüge zur Wahrheit? Der Analytiker, denkt Ferenczi, weil der Patient im allgemeinen nicht imstande ist⁴⁶, seine Wahrnehmung dessen, was sich zwischen Analytiker und Analysand ereignet, auszudrücken. Doch dieser erste Schritt, der Schritt zur Wahrheit, wird nicht getan, weil der Analytiker sich der Analyse widersetzt, und er nicht bereit ist, seine Irrtümer zuzugeben. Der Analytiker, so behauptet Ferenczi im „Klinischen Tagebuch“, sollte die erste Autorität sein, welche seine Fehler und vor allem seine Hypokrisie eingesteht. Aber eben dies, was Ferenczi vielmals feststellt, unterbleibt. Somit ist die Analyse durch die Lüge, und nicht minder durch das „Zuvielwissen“ (Ferenczi/Rank 1924, 45) des Analytikers, zum Scheitern verurteilt« (Antonelli 2003).

Nochmals: es geht hier nicht nur oder überwiegend um faktische Unwahrheiten, sondern um *strukturelle*, es geht – übersetzt man die Probleme in *beziehungsphilosophische Kategorien sensu Marcel oder Levinas* – um die Wahrhaftigkeit von Subjekt-Subjekt-Beziehungen, um eine unverstellte, achtsame und grundsätzlich wertschätzende „*paritätische*“ Beziehungsqualität, nicht zuletzt weil Ferenczi und der in dieser Hinsicht *neoferenczianische* Diskurs der „Integrativen Therapie“⁴⁷ von der Annahme ausgehen, dass das Fehlen von „wechselseitiger Empathie“ die Ausbildung seelischer Erkrankungen im Gefolge haben kann. *Beziehungspsychologische Kategorien* kommen hier ins Spiel, die mit Bezug auf *Amsterdam, Papoušek, Trevarthen* u.a. interpersonale Beziehung von Grundstrukturen bestimmt sehen, die sich schon in der Säuglingszeit zeigen und über die Lebensspanne erstrecken (Petzold 1994j; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Damit treten wir in den Bereich der *mikrosozialisatorischen Prozesse* des individuellen und familialen Entwicklungsgeschehens, die es zu verstehen gilt, weil sie als strukturgebende Muster auch im psychotherapeutischen Geschehen zum Tragen kommen. In ihnen geht es um komplexe Empathieprozesse in *Polyaden*, z.B. in empathiegeladenen Familiennetzwerken, sozialen Konstellationen des Nahraumes, in denen die **„empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität“** zum Tragen kommt, die in der Integrativen Therapie eine so zentrale Rolle spielt.

»**Empathie** gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, u.a. durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, cerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer Performanz ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales *Wahrnehmen* „mit allen Sinnen“ erfordern, verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten *mnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisarchiven. Diese ermöglichen auch „wechselseitige Empathie“ (*Mutalität*) als **reziproke Einfühlungen in pluridirektionalen Beziehungen** im Sinne des Erfassen von anderen „minds“ vor dem Hintergrund und im Bezug auf ein Bewußthaben des eigenen „minds“. Das ermöglicht in einer „Synergie“ ein höchst differenziertes und umfassendes Erkennen und Erfassen eines anderen Menschen (*personengerichtete Empathie*) oder von Menschengruppen in *affiliativer Performanz* mit ihrer sozialen Situation (*soziale Empathie*) nebst ihren subjektiven und kollektiven sozialen Repräsentationen« (Petzold 2002b).

Diese **„empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität in affiliativer Performanz“** kann als der **„therapeutische Megafaktor“** – schulenübergreifend – für jede Form klinischer Praxis angesehen werden, denn die in ko-respondierenden Akten wechselseitiger Empathie, in „Begegnung und Auseinandersetzung“ ausgehandelten Bewertungen von Situationen und Ereignissen machen **„shared meaning“**, Konsensfindungen und konstruktive Kooperation und Wirklichkeitsgestaltung überhaupt möglich.

Es geht also nicht nur um fehlende Empathie oder Fehlempathie der Mutter, wie Kohut annimmt – er greift mit dieser Einseitigkeit zu kurz, wie auch mit der Mutterfixiertheit, denn natürlich ist auch

⁴⁶ Diese Position kann ich so generalisiert überhaupt nicht teilen, weil ich viele Patienten erlebt habe, die dazu sehr wohl in der Lage waren, und über meine Supervisionen und Kontrollanalysen auch solche, die dazu besser in der Lage waren als ihre TherapeutInnen.

⁴⁷ Johanna Sieper und ich haben in unseren Therapieanalysen/Lehranalysen bei dem Ferenczi-Schüler Vladimir Ilijine mit der späten „aktiven Technik“ und im fortgeschrittenen Verlauf der Analyse klare Mutualitätssequenzen durchlaufen, und das hat unseren therapeutischen Stil nachhaltig geprägt, zumal hier eine gute Konvergenz mit unseren beziehungsphilosophischen Referenztheorien vorlag.

die „stimmige“ Empathie der anderen „caregiver“ des Kindes wesentlich. Es geht auch um eine Reziprozität, darum, dass ein Kind seine Mutter, seinen Vater, seine relevanten Bezugspersonen *ein-fühlen darf*. Die elterliche Einfühlung ermöglicht dem Kind nicht nur *Selbstepathie*, sondern auch – auf der Grundlage der genetisch disponierten und cerebral vorhandenen Anlagen für diese Kompetenz, etwa durch vorhandene bzw. sich entwickelnde Spiegelneuronen, vgl. *Stamenov, Gallese* 2002) – die Möglichkeit, andere Personen und natürlich zunächst die des familialen Nahraums einzufühlen. Erhält es auf seine empathischen Bemühungen keine Resonanz, so wird es – ähnlich wie schon in den frühen Reaktionen auf „*still face*“ Situationen (*Petzold* 1994j) – beunruhigt. Erhält es falsche Rückmeldungen, wird es an seiner empathischen Wahrnehmung irre (dem „Mama bist Du traurig?“, folgt ein „Nein, nein mir geht's gut!“ mit verweinten Augen). Wird Empathie verweigert oder bestraft, so kommt es zu Verletzungen, denn es ist nicht nur schlimm, nicht geliebt zu werden, sondern es ist furchtbar, nicht lieben zu dürfen! Kindertherapeuten kennen das Leid von Kindern mit resonanzlosen oder -verweigernden Eltern, deren „Herz“ die Kinder nicht spüren können. ErwachsenentherapeutInnen behandeln die Folgen solcher Situationen. Die Entwicklungspsychologie des Kleinkindalters hat die frühe Empathiefähigkeit des Kindes gut untersucht (*Bischof-Köhler* 1989).

Vor diesem Hintergrund wird die die Einseitigkeit der Empathie festschreibende „Grundregel“ in ihrer Absurdität evident, und es wird das sie noch unterstreichende „Abstinenzgebot“, das die Herzenswärme der Empathie wegfiltert und sie zur „Neutralität“, eventuell zur „wohlwollenden“ verkürzt, in seiner Dysfunktionalität offenbar. *Ferenczi* hatte das klar erkannt und versucht, in seinen Experimenten zur „mutuellen Analyse“ Wege zu finden, die „Beziehungsdynamik der Wechselseitigkeit“ konstruktiv zu nutzen, Experimente, die von der „community of psychoanalysts“ bis heute stigmatisiert und abgewertet werden und – das wiegt am schwersten – völlig unverstanden geblieben sind.

»Der Analytiker beschränkt sich [in der mutuellen Analyse] nämlich nicht nur darauf, seine Irrtümer einzugestehen. Vielmehr geht er so weit, dass er die Rolle mit dem Patienten tauscht. *Ferenczi* wird sonach Patient seiner Patientin *Elizabeth Severn*. Er sucht sie in ihrem Hause auf, vermutlich zahlt er ihr ein Honorar, er legt sich auf die Couch, assoziiert, erzählt ihr seine Träume usw. Die Patientin, die später Analytikerin geworden ist, hört ihm still zu, interpretiert, vereinbart mit ihm weitere Behandlungstermine, usw. Dies ist ein radikales Wahrheitsexperiment ...« (*Antonelli* 2003).

Ferenczi war ein ernsthafter, verantwortungsvoller Kliniker, der für das Wohl seiner Patienten unbedingt engagiert war, und der keine leichtfertigen Experimente durchführte, zumal er bekannt und berühmt dafür war, letzte Zuflucht für Patienten mit besonders schwierigen Situationen zu sein. Dieses Engagement wurde stigmatisierend zum *furor sanandi* umattributioniert (*Grunberger* 1974) auf der Grundlage eines fehlgeleiteten Wissenschaftlichkeitsideals, das die Psychoanalyse von *Freud* bis *Kernberg* disfiguriert hat, weil es unter *Freuds* einseitig definierter „Junctim-Hypothese“ steht, die den Analytiker *zugleich* zum Behandler und zum Forscher macht, was den Analysierten als Patient zugleich zum *Objekt* von Forschung verdinglicht, ohne dass das problematisiert wird. *Moreno* (1941, 1953) hatte den Patienten zum „co-researcher“ gemacht und damit für Therapie und Forschung eine völlig andere situative Struktur geschaffen, die wir auch in der Integrativen Therapie als idealtypisch für die Psychotherapieforschung ansehen (*Steffan, Petzold* 2001) und die uns für eine partnerschaftlich ausgerichtete Therapie geradezu unverzichtbar scheint. Die *Mutualität* des späten *Ferenczi* liegt nahe bei der Intersubjektivitätskonzeption von *Gabriel Marcel*. Der große Ungar hatte indes eine Tendenz diese Position zu radikalisieren:

»Aber selbst die mutuelle Analyse stellt *Ferenczi* nicht zufrieden, weil er als dionysischer Psychoanalytiker nicht ruht, alle Grenzen zu überschreiten. Die *Wahrheit*, dieses unerfüllbare Versprechen eines ebenso unerreichbaren höchsten Gutes, hat ihn förmlich mitgerissen. Und so stellt sich *Ferenczi* eine Frage, seine Frage, wie nur er sie sich stellt, die ihn ängstigt: die Frage nach der „Ausbreitung der Mutualität“ (*KT*, 121). Wenn das Spiel mit der Wahrheit sich nur dann gewinnen lässt, wenn man alles auf die heilsame Kraft der Beziehung setzt, dann zögert *Ferenczi* nicht, das Spiel bis zu seinen äußersten Grenzen zu treiben. Das analytische Spiel/Joch wird zu einem analytischen Spiel/Joch bei „offenen Türen“ oder „'polygamen' Analysen“ (*KT*, 76f). Diese Ausdrucksweise spricht beredt für sich. Es handelt sich hierbei um die Beendigung jedweder Geheimnisse, jeder Heuchelei, jeder Lüge, welche die Möglichkeit „'polygamer' Analysen“ zwischen dem Psychoanalytiker und seinen Patienten und den Patienten mit ihren Analytikern beinhaltet⁴⁸« (*Antonelli* 2003).

⁴⁸ In jedem Fall wäre das vielleicht ein Remedium gegen die in diesen Zeiten weit verbreitete Indiskretion in Psychoanalysekreisen gewesen, die auch von *Freud* praktiziert worden ist, wie es gut dokumentiert ist. Er war hier – anders als der in dieser Hinsicht höchst sorgfältige *Janet*, der im hohen Alter alle seine Patientenakten zerstörte – kein gutes Vorbild.

Zur Wertung dieser Gedanken seines „klinischen Tagebuches“ gilt es zu berücksichtigen, das es sich hier um Berichte aus experimentellen Situationen handelt, aus denen *Ferenczi* durch seinen Tod herausgerissen wurde und die nicht als abschließende Ergebnisse gewertet werden dürfen, auch nicht als ein Scheitern, wie dies voreilig von der etablierten Psychoanalyse dargestellt wird, denn seine Schüler und Schülerinnen aus dieser Zeit (*Clara Thompson, Elisabeth Severn*) stehen für seine Arbeit. Aus heutiger Sicht und in der Weiterführung seiner Praxis durch *Iljine* und im Integrativen Ansatz durch uns, wird Therapie als ein „*kokreatives Geschehen*“ gesehen (*Iljine, Petzold, Sieper 1970/1990*), in dem jeder „das Recht auf Geheimnisse“ hat, und dennoch die „Selbstoffenbarungen“ ihre zentrale Bedeutung behalten. Aber wie viel „selfdisclosure“ sinnvoll und notwendig ist, wo Grenzen zu ziehen sind oder gewünscht werden im Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (*Levinas*), das ist „auszuhandeln“. So wird auch *Mutualität* nicht als eine rigorose Norm gesetzt, sondern sie ist eine Sache des ko-respondierenden „Aushandelns von Grenzen“ unter den praxeologischen Spielräumen der „selektiven Offenheit“ und der „partiellen Teilhabe“ (*Petzold 1980g*), eine „differentielle Mutualität“ aus „intersubjektiver Ko-respondenz“ im Spiel der Affiliations- und Übertragungsdynamik (*Petzold, Müller 2005*) und der Konsens-Dissensprozesse. Die „Mutualität“ wird damit auch von uns bewusst aus dem sehr ideologiegelastigen „Wahrheitsdiskurs“ herausgenommen – er muss an anderer Stelle und mit anderer Akzentsetzung geführt werden als in den psychoanalytischen Debatten⁴⁹.

Ferenczi ersehnte sich das Ende der Lüge, prophezeite sogar und »erwählt dieses Geschehnis zum Kriterium, welches das Ende der Analyse zu sanktionieren gestattet. Doch wann endet die Analyse wirklich? Dann, wenn das tatsächliche Ende der Lügen erreicht ist! Die Botschaft des ungarischen Psychoanalytikers könnte nicht ausdrucksvoller klingen als in dem prophetischen, utopischen Brief, den *Ferenczi* am 5. Februar 1910 an *Freud* schrieb:

„Ist einmal die Gesellschaft über das Infantile hinaus, so eröffnen sich bisher ganz ungeahnte Möglichkeiten des sozialen und politischen Lebens. Denken Sie sich nur, was das bedeuten würde, wenn man jedem die Wahrheit sagen könnte, dem Vater, dem Lehrer, dem Nachbar[n] und selbst dem König. (...) Die Ausmerzungen der Lüge aus dem privaten und öffentlichen Leben müsste notwendigerweise bessere Zustände herbeiführen; wenn die Vernunft und nicht die Dogmen herrschen werden (zu denen ich auch das Wort ‚Moral‘ rechne), wird sich von selbst eine zweckmäßigere, minder kostspielige und in jeder Hinsicht ökonomischere Versöhnung der individuellen Interessen mit dem Gemeinwohl herbeiführen lassen. (...) Ich denke nicht, dass die $\Psi\alpha$. psychoanalytische Weltanschauung zur demokratischen Gleichmacherei führt; die geistige Elite der Menschheit soll die Vorherrschaft erhalten. Ich glaube, Plato hat etwas Ähnliches verlangt.“ (*I/1, 205*).

Wir sind im Besitz der Wahrheit, wir, die psychoanalytische Elite. *Ferenczi* ist hier auf *Freuds* Seite, er teilt dessen nachdrückliche Forderungen, indem er sich mit ihnen identifiziert (*Antonelli 2003*).

Dieser (exemplarische) Text und die dazugehörigen Korrespondenzbeiträge und Ausgangstexte *Freuds* machen wohl unschwer deutlich, warum wir im Integrativen Ansatz – bei aller Achtung vor *Freud* und seinem Lebenswerk und bei aller Wertschätzung *Ferenczis* – diesen Diskurs nicht aufnehmen wollten, und weshalb wir auch die gerade von diesen beiden Pionieren eingeführten Praxisformen in Behandlung und Ausbildung als mikrosozialisatorischen Prozessen kritisch betrachten, untersuchen, zuweilen revidieren oder auch nicht aufnehmen. Nicht zuletzt unsere Untersuchungen zu den Entwicklungen der in Frage stellenden Abgrenzungen von *Freud* und seinem Diskurs bei *Rank, Reich* und *Ferenczi* und unsere therapiehistorische Aufarbeitung des Umgangs der institutionalisierten Psychoanalyse mit der sich entwickelnden und dann (von *Reich* und *Rank*) vollzogenen „Dissidenz“ haben uns (*Heekerens, Ohling 2005; Nagler 2003; Petzold 1998e, 2006g*) in der Auffassung bestärkt, dass es hier um strukturelle Probleme des psychoanalytischen Diskurses als **Machtdiskurs** geht und dass die Strukturen dieses Machtdiskurses offenbar der *Psychotherapie in Ausbildung und Heilbehandlung insgesamt* inhäriert, ein Thema, in das noch viel Arbeit investiert werden muss.

⁴⁹ Leider ist durchweg in der Psychoanalyse, ja auch sonst im Felde der Psychotherapie festzustellen, z. B. bei der laienhaften Diskussion in der Gestalttherapie um die Hermeneutikfrage (*Staemmler 1999*) oder bei den Systemikern in der schwachbrüstigen Konstruktivismusdebatte oder bei den Körpertherapeuten im unbedarften Umgang mit dem Leib-Seele-Problem, dass immer wieder „quasiphilosophische“ Diskurse zu komplexen epistemologischen, anthropologischen, ethiktheoretischen usw. Themen geführt werden in weitgehender Ignoranz der philosophischen Wissensstände.

3.2 Therapie, Lehrtherapie, Supervision – machtvolle Strategien „prekärer“ Sozialisation

Vor dem Hintergrund der Freud-Ferenczi-Geschichte als Ausdruck struktureller Macht-Wahrheitsdiskurse soll nun der Blick auf einen Aspekt dieser Diskurse gelenkt werden: *Therapie und Therapieausbildung als Sozialisationsprozesse*. Jedem Sozialisationsprozess inhärenten Macht-Wahrheitsdiskurse, und das macht sie prinzipiell *prekär* (Bourdieu 1997). Subjekten werden die herrschenden Wahrheiten, Werte, Verhaltenscodices der jeweilig dominanten Sozialität vermittelt, „aufgeprägt“, bis sie dem Subjekt „in Fleisch und Blut“ übergegangen sind, und oft dauert es ein halbes Leben und mehr (wenn es denn je gelingt), ein „Eigenes“ zu finden. Strategien und Instrumente der Erziehung und Bildung sind die Werkzeuge der Sozialisation. In der Psychotherapie und Therapieausbildung als Sonderbereich des Sozialisationsgeschehens (Berger, Luckmann 1970) wurden spezifische Instrumente sozialisatorischer Praxis eingeführt: die *Instrumente der Lehranalyse und Selbsterfahrung, der Kontrollanalyse und Supervision als mächtige Instrumente der „Synchronisation auf eine Ideologie“* geworden, Instrumente, die wesentlich von Ferenczi und Freud inauguriert worden waren. Der Term „Kontrollanalyse“ zeigt unverblümt, worum es geht, um Kontrolle. Der Term „Supervision“, den man heute, die wichtige Unterscheidung zur „Kontrollanalyse“ nivellierend (Petzold 1993m⁵⁰) auch im psychoanalytischen Feld generalisierend gebraucht, zeigt das gleichermaßen, auch wenn es ein genereller Usus ist, diese Kontrollaspekte zu verleugnen, wie wir in unseren Untersuchungen⁵¹ zeigen konnten. Wir haben, uns der sozialisatorischen Bedeutung von Supervision und Kontrollanalyse wohl bewusst, einen hohen Aufwand betrieben, diese Methodologien metakritisch theoretisch und empirisch zu untersuchen (Petzold 1993m, 1998a, Oeltze, Petzold, Ebert 2002; Petzold, Müller 2005) und eigenständige, moderne Formen der Praxis zu entwickeln. Wir sahen auch die Gefahren, in der *alle* Therapieverfahren stehen, die die „Selbsterfahrung“ in das Zentrum ihrer Ausbildung von PsychotherapeutInnen stellen (und das sind alle tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen), ohne ein theoretisch fundiertes, ideologiekritisch durchleuchtetes Konzept von „Selbsterfahrung“ erarbeitet zu haben – und das gilt für die meisten Ansätze⁵². Sie orientieren sich zumeist an nicht explizierten Modellvorstellungen und gehen ohne Problematisierungen davon aus, dass es ein „wahres Selbst“ (Winnicott) gebe, eine „wahre Natur“ (Lowen), ein „Kernselbst“ (Stern), die in den Selbsterfahrungsprozessen zu „erfahren“ seien. Dabei kann man in der Analyse solcher Praxis durchaus zeigen, dass diese Konzepte häufig wie kryptoreligiöse Konstrukte gebraucht werden und für die Vorstellung einer „Seele als innerem Wesenskern“ o.ä. (*logos spermaticos, scintilla animae, puer aeternus*) stehen. Die primordiale Dimension einer „absoluten Subjektivität“, als welche das „Leben selbst“ angesehen werden kann, wie es die radikale Lebensphänomenologie herausgearbeitet hat (Henry 2005, 46), ist hier nicht angedacht worden, genauso wenig wie therapierelevante persönlichkeits-theoretische Konzepte, die auch therapiepraktische Konsequenzen haben, beigezogen werden. In den Positionen der Integrativen Therapie wurde das indes versucht: das Selbst bildet sich in empirisch untersuchbaren, interaktionalen Entwicklungsprozessen (*life span developmental approach*⁵³) in „sozialen Netzwerken“ aus den und mit den sozialen Szenen als Sozialisationswirkung (Goffman 1959; Hurrelmann 1995), was Interaktions- und Netzwerkorientierung in der Therapie verlangt. In diesen Prozessen werden unsere Gehirne durch die Realität sozialer Situationen geformt (Lurija 2001; Freeman 1995), und damit sind auch die persönlichkeitsbildenden Prozesse verbunden, aus denen *Metakognitionen* (z. B. Selbstkenntnis, Selbstkritik) und *Metaemotionen* (Selbstgewissheit, Selbstsicherheit, Selbstzweifel) in Bezug auf mich selbst entstehen, eine „theory of my mind“, die Persönlichkeitsstrukturen Selbst und Identität (Petzold 2001p), welche über die gesamte Lebensspanne hin erhalten werden im Zusammenspiel von protektiven, belastenden und defizitären Ereignisketten (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004c). Damit steht der Integrative Ansatz im wissenschaftlichen Diskurs der „klinischen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ und hat im Felde der Psychotherapie „Entwicklungstherapie als neues Paradigma“ (Petzold 1994q) inauguriert. Sie thematisiert Fragen der Behandlung als Entwicklungs-, Sozialisations- und Enkulturationsgeschehen von der Säuglingszeit

⁵⁰ Wir differenzieren *Gruppensupervision* als die „Lernmöglichkeit von klinischer Vielfalt und multiplen Sichtweisen“ durch die Mannigfaltigkeit des in die Gruppe eingebrachten (okkasionellen) Materials von *Kontrollanalyse* als „Lernmöglichkeit klinischer Arbeit an Feinstrukturen in Kontinuität“ (Petzold 1993m).

⁵¹ vgl. Petzold 2005a; Petzold, Sieper, Ebert 1999; Petzold, Schigl et al. 2003

⁵² Ein solches Konzept von Selbsterfahrung, seit langem in der Integrativen Therapie überdacht und mit zunehmender Prägnanz umrissen (Petzold 1974k, 403ff, 1983i), durch Forschung fundiert (Petzold, Steffan 1999, 2000; Petzold, Rainalds et al. 2005), wurde jetzt elaboriert und zusammenfassend vorgelegt (Petzold, Orth, Sieper 2005).

⁵³ Petzold 1981f; 1992a, 1994j; Rutter, Rutter 1992

bis zum Senium und setzt sie behandlungsmethodisch um (*Petzold* 1995a, 1993c). In einer solchen Sicht wird auch affirmiert:

Psychotherapie muss als ein spezifischer Sozialisationsprozess verstanden und als solcher gehandhabt und genutzt werden – das gilt auch für Prozesse der Therapieausbildung.

Bei einer solchen theoretischen Linienführung zur Produktion von Selbstmodellen bzw. Ipseität (*Ricœur* 1996), für die Vieles im Hinblick auf den Gewinn therapierelevanter Selbst- und Identitätskonzeptionen spricht, steht allerdings die Gefahr im Raum – und das muss als Risikoperspektive (*Märtens, Petzold* 2002) beachtet werden –, dass durch psychotherapeutische Sozialisierungen in Behandlungs- und Ausbildungsprozessen vermittels der mächtigen, z.T. durchaus manipulativen Selbsterfahrungsprozesse Schädigungen möglich sind, wie sie die empirische Nebenwirkungs- und Schadensforschung für die Selbsterfahrung in Psychotherapieausbildungen aufzeigen konnte (*Lai-reiter* 2002), normierende Einflüsse, durch welche die Möglichkeiten des „Anders-seins“ (*Foucault* 1998) massiv eingeschränkt werden und die Gefahren der „kalibrierten“ seelischen Zurichtung immens sind (*Dauk* 1989) – man denke an den „durchanalysierten“ Menschen, den „Gestaltist“ den „NLPler“. Deshalb müssen in die Prozesse der Selbsterfahrung auch Möglichkeiten zur kritischen Exzentrizität und Mehrperspektivität methodisch eingebaut werden, die diesen Effekten entgegensteuern, sie offen legen, zur „Problematisierung“ und „weiterführenden Kritik“ (*Foucault* 1992, 1996) ermutigen – im Integrativen Ansatz wurden hierzu die Instrumente der „metahermeneutischen Mehrebenenreflexion“ und der „Mythenkritik“ entwickelt (*Petzold, Orth* 1999), welche im exzentrisch-hyperexzentrischen Blick die Prozesse der eigenen Subjektconstitution betrachten helfen, was nicht nur in der Ausbildung sondern auch in der PatientInnenarbeit (besonders in Langzeittherapien) einen Ort haben sollte. Die Thematik bleibt dennoch und unvermeidbar *strukturell prekär*. Das muss im Bewusstsein bleiben.

3.3 Strukturelle Konsequenzen in Institutionalisierungsprozessen und Institutionsverhalten

Es ist von höchstem Interesse festzustellen, dass Strukturprobleme des mikrosozialen Miteinanders, der *Angrenzung*, *Abgrenzung* und *Ausgrenzung*, des Umgangs mit Macht und Dependenz auch in mesosozialen Organisationsformen Auswirkungen haben können und sich in ihren Institutionalisierungsprozessen und ihrem Institutionsverhalten abbilden. Bislang ist zu diesen Fragen noch wenig gearbeitet worden. In den Ausbildungsformen des psychotherapeutischen Feldes, in den Strukturen von Ausbildungsinstituten, in den Ausbildungsprozessen lassen sich Phänomene, wie sie in den vorangehenden Abschnitten dargestellt wurden, auffinden. Psychotherapieausbildungen wurden als „Lehrjahre der Seele“ (*Frühmann, Petzold* 1995) gesehen und sind oft genug „Lehrjahre der Ideologisierung und Konformisierung“, als deren „Lohn“ der Adept die Partizipation an den Machtinstrumenten des Verfahrens seiner Wahl und an seinen Wissens- und Methodenressourcen teilhat und natürlich – wo gegeben – an seinen Privilegien (Kassenzulassung, Abrechnungsmöglichkeiten, Titelschutz etc.). Wiederum lassen sich aus der Geschichte der institutionalisierten Psychoanalyse aufschlussreiche Erkenntnisse gewinnen. Partizipation an Gemeinschaften ist immer auch Beteiligung an ihren Ressourcen, an Macht und Einfluss. In der Psychotherapie liegen die Verhältnisse nicht anders als in anderen Gruppierungen. Leitfiguren in solchen Gruppierungen haben u.a. die Funktion, für die Gewährleistung und den Zuwachs von Ressourcen für die Gruppe zu sorgen – eine *prekäre* Situation für die Leitfigur, aber auch für die Mitglieder einer Gruppe, wenn keine Wege partizipativen Austausches gefunden werden. *Freud* hatte strategisch sehr bewusst Machtpositionen angestrebt und aus seinen Aspirationen keinen Hehl gemacht: „Nun ist es klar, dass jeder Fortschritt unseres Wissens einen *Machtzuwachs für unsere Therapie bedeutet*“⁵⁴. Er erwartete für die Psychoanalyse in der Gesellschaft einen starken Zuwachs an „Autorität“ (ebenda, S. 127). „Die einschneidenden Wahrheiten wurden endlich gehört und anerkannt ... Es ist bisher noch immer so gegangen, und die unerwünschten Wahrheiten, die wir Psychoanalytiker *der Welt* zu sagen haben, werden das selbe Schicksal finden“ (ebenda, S. 129, meine Hervorhebung). Ob dann noch Platz für andere Wahrheiten, die Wahrheiten des Anderen, die Andersheit des Anderen (*Levinas* 1983, *Petzold* 1996k) bleibt? Dass in der Integrativen Therapie „Möglichkeiten der Partizipation“ und „**Freiräume der Alterität**“ gesichert werden, dafür bedarf es sorgsamer Wachsamkeit auf der Grundlage einer „**Wertschätzung von Andersheit**“ - und das ist mehr als Toleranz! Intoleranz, ja parrhesiastische Gegnerschaft indes ist angesagt gegenüber *Positionen*, die genau dieses Prinzip in Frage stellen und unterminieren wie die „psychoanalytische Grundregel“. Deshalb muss man sie ablehnen, was nicht gleichbedeutend mit einer Ablehnung der Psychoanalyse in toto ist und sein darf, indes auf eine substantielle Relativierung der allumfassenden Geltungsansprüche dieses Ansatzes hinausläuft, etwa was den – aus meiner Sicht – fatalen Triebdeterminismus durch die „duale Triebtheorie“ anbelangt oder die Dominanz des Konzeptkonvoluts „Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr“ als einzige Möglichkeit der Erklärung zwischenmenschlicher Relationalität. Das sind klinische Modellvorstellungen, die durch Konzepte aus dem Bereich der sozialpsychologischen Theorienbildung und Forschung sowie durch sprachphänomenologische Relationalitätsmodalitäten wie Begegnung oder Bindung (*Petzold, Müller* 2005) ergänzt werden müssen, eben weil die in ihrer Differenzierungsarmut reduktionistische psychoanalytische Theorie der therapeutischen Beziehung dringend ergänzungsbedürftig ist.

Die *Praxis der Ausgrenzungsprozesse* in der Psychoanalyse über ihre Geschichte hin, bis in die Gegenwart der Zulassung zur „anerkannten Richtlinienpsychotherapie“, zeigt eine offensichtliche und massive Mißachtung der *Alterität* (*Levinas*), der Wertschätzung anderer Positionen. Hier braucht die Psychoanalyse „weiterführende Kritik“, Kritik, die etwas verändert – nicht durch äußeren Druck, sondern durch Einsichtsprozesse der Kritisierten! Das Beunruhigende aber ist bislang: auf all diese Kritiken über die Dezennien wurde von der Mainstream-Psychoanalyse, wenn überhaupt, nur apologetisch reagiert. Grundsätzliche Infragestellungen „von Außen“ wurden in der Psychoanalyse nie wirklich beantwortet:

Unter anderem wohl, weil die Psychoanalytiker mit *Freud* meinten und meinen, es sei „überhaupt so schwer [...] , dem, der nicht selbst Psychoanalytiker ist, einen Einblick in die Psychoanalyse zu geben. Sie können mir glauben, dass wir nicht gern den Anschein erwecken, als seien wir Geheimbündler und betreiben eine Geheimwissenschaft. Und doch mussten wir erkennen und als unsere Überzeugung verkünden, dass niemand

⁵⁴ *Freud*, Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, 1910, StA S. 123, meine Hervorhebung

das Recht hat, in die Psychoanalyse dreinzureden, wenn er sich nicht bestimmte Erfahrungen erworben hat, die man nur durch eine Analyse an seiner eigenen Person erwerben kann“⁵⁵.

Infragestellungen von „von Innen“ führten in der Psychoanalyse regelhaft zur Marginalisierung, z.T. zur Verfolgung (*Reich*), zur Pathologisierung (*Ferenczi*) oder zum Ausschluss (*Rank*) der Kritiker. Eigentlich, das muss man leider mit Blick auf die psychotherapiegeschichtlichen Realitäten sagen, war *Psychoanalysekritik bislang ein völlig fruchtloses Unterfangen*, weil Kritik bei diesem Ansatz schon immer eine chancenlose Sache war: Man hat auf Kritik nie *diskursiv* reagiert. Aber genau *das*, muss wieder und wieder benannt werden. Und selbst wo sich im Modernisierungsprozeß dieses Muster *subtilisiert* hat, nicht mehr so massiv zum Ausdruck kommt, wird es ohne *dekonstruktive Aufarbeitung* wirksam bleiben, wie der Umgang mit Andersdenkenden, die Vorgänge der Vorteilsnahme und Ausgrenzung gegenüber den anderen Psychotherapierichtungen im Kontext des deutschen Psychotherapiegesetzes zeigte⁵⁶. Die Geschichte dieser Zusammenhänge als eine Geschichte der „Hermetisierung gegen Kritik“ ist beeindruckend und bedrückend und zwar deshalb, weil es hier *nicht nur* um die Geschichte der Psychoanalyse geht. *Freud* hat empathisch höchst stimmig das Beispiel der „Geheimbündler“ ins Spiel gebracht. Diese Gefahr ist überall dort gegeben, wo Diskurse nur in einem Binnenraum, unter *einem* Wahrheitsregime, dem Regime *einer* Wahrheit, stattfinden können und eine spezifische „community“ (die sich wissenschaftlich gibt, indes nur ideologisch ist) sich aus dem übergeordneten Diskurs der „Gesamtgemeinschaft Wissenschaft“ herausgrenzt, nur noch die Regeln der eigenen Gruppe gelten lässt und Außenstehenden keine wahrheitsfähigen Erkenntnismöglichkeiten zubilligt⁵⁷. Natürlich war/ist *Freud* als Wissenschaftler höchst wichtig mit den *Fragen*, die er aufgeworfen und den *Hypothesen*, die er aufgestellt hatte. Wo er sie aber grundsätzlich als „*Wahrheiten*“ missverstand, verliess er den Raum der Wissenschaft. Das muss man heute eben korrigieren, jenseits hagiographischer Stilisierungen des „Vaters“ der Psychoanalyse. Was *Freuds* Wirkungsgeschichte anbelangt, so war sie immens und ist immer noch bedeutend. Sein *Werk* – man muss den *Begründer* und das *Werk* durchaus differenzieren – habe ich stets in unterschiedlichen Intensitäten faszinierend gefunden und stets kritisch gesehen, wachsend kritisch, je mehr ich die Dinge zu durchschauen und verstehen lernte, je tiefer ich in die Materie eindrang, je weiter die Wissenschaften, die für das Verstehen des Menschen relevant sind (Biologie, Psychologie, Soziologie u.a.), deren Ergebnisse ich, soweit mir möglich, sorgfältig rezipierte, fortschritten. Sehr vieles in der Psychoanalyse hatte da für mich keinen Bestand halten können: die Metatheorie nicht (*Perrez 1972; Grünbaum 1987*), die Entwicklungstheorie nicht (*Stern 1985; Petzold 1993; Rutter, Rutter 1992*), bei genauer Betrachtung die Theorie des Unbewussten in *Freuds* zentralem Sinne des Verdrängten nicht (*Perrig et al. 1993*), der Anspruch auf empirische Wirksamkeit nicht – *effectiveness*, die über Effekte unspezifischer Wirkungsfaktoren hinausgeht –, zumal was die Langzeitanalyse anbetrifft (*Grawe et al. 1994*). An sich ist das nicht das große Problem. Viele der praktizierten Psychotherapieverfahren teilen diese Situation mittlerer Wirkungen. Das Problem ist vielmehr, dass dies nicht eingestanden wird. Im Gegenteil, es wird aus der Position überlegenheitsüberzeugter Richtlinienmacht agiert, und das mit viel weniger Boden als dies die – in so

⁵⁵ Vorlesungen, Neue Folge 31, Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit, 1933, StA, S. 507

⁵⁶ Es sei erinnert, und man muss aufgrund der fatalen Folgen für die bundesdeutsche Psychotherapie (Beschneidung einer fruchtbaren Methodenvielfalt) und aus *systematischen, psychotherapiegeschichtlichen* und *ideologiekritischen* Gründen daran erinnern: obwohl die Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie [ich rede nicht vom Integrativen Ansatz], was die empirischen Wirksamkeitsnachweise anbelangt, der Psychoanalyse und der tiefenpsychologischen Therapie überlegen waren, Nachweise erbringen konnten, die die genannten Richtlinienverfahren nicht erbringen konnten und z. T. immer noch nicht erbringen, zumal was die psychoanalytische Standardmethode anbetrifft. obwohl sie überdies noch über eine reiche, eigenständige und fundierte Theorie verfügen, wurden sie nicht anerkannt, und zwar weil diese Richtlinienverfahren (im Verein mit der VT) in den Entscheidungsgremien sitzend, Standards vorgegeben haben, die sie zum Anerkennungszeitpunkt selbst nicht erfüllt haben und sie sich aufgrund purer Definitivonsmacht einer unabhängigen Überprüfung nicht gestellt haben.

⁵⁷ Die hier erkennbar werdenden Muster konvergieren in unangenehmer Weise mit den Merkmalen, die die sozialwissenschaftliche Forschung zu Sondergruppen bzw. Sekten herausgearbeitet hat: „Typologisch lassen sich in Verbindung mit dem Phänomen Sekte besonders folgende **sektiererische Handlungsmuster** feststellen: die kompromisslose Fixierung auf das eigene religiöse beziehungsweise ideologische Lehrsystem (Fanatismus), darauf aufbauend die Postulierung religiöser beziehungsweise ideologischer Absolutheitsansprüche mit universellem Geltungsanspruch, damit verbunden die Unfähigkeit und der Unwille, Andersdenkenden und »Abtrünnigen« (Aussteigern, Dissidenten) wahrheitsrelevante Erkenntnisse zuzubilligen (Intoleranz) und in der Regel ein ausgeprägter, Nichtmitglieder strikt ausgrenzender Gruppenegoismus“ (Brockhaus multimedial, 2001; vgl. *Hemminger, H.*: Was ist eine Sekte? Mainz: Grünwald 1996²).

manchen Bereichen durchaus diskussions- und kritikbedürftige – Verhaltenstherapie. Der Integrative Ansatz hat hier in Vielem eine vermittelnde Position.

Dieses Faktum zahlreicher Fehlannahmen der Psychoanalyse im Sinne der *Parrhesie*, der offenen, wahren und nicht ungefährlichen Rede⁵⁸ anzusprechen, darum geht es. Wird das aber unternommen, ist das für viele PsychoanalytikerInnen, tiefenpsychologische TherapeutInnen und interessanter Weise auch für viele Nicht-AnalytikerInnen schon ein *Sakrileg*, gilt als destruktive Kritik, mangelnde Kollegialität, Hybris etc., und es entsteht Feindseligkeit, wenn nicht Feindschaft⁵⁹. Es ist hier wohl ein ganz spezifischer „*Nimbus der Psychoanalyse*“, der praktisch in der gesamten Psychoszene und darüber hinaus zum Tragen kommt. Dieser „Nimbus“ eines umfassenden, „tiefen“ Wissens, immunisiert die Psychoanalyse noch mehr gegen „weiterführende Kritik“ als ihre Kohärenztheoretischen Zirkelschlüsse und ihre Abwehrinterpretationen („Ohne eigene Analyse, kein Recht zur Kritik!“). Dieser *Nimbus* des Verfahrens und bestimmter, immer wieder propagierter zentraler Konzepte muss mit diskursanalytischem (sensu *Foucault*, vgl. *Bublitz et al.* 1999) und dekonstruktivistischem Blick (sensu *Derrida*, vgl. *Royle* 2003) betrachtet werden.

Man denke nur an die ubiquitäre Rede von „Widerstand und Abwehr“ in fast allen „Schulen der Psychotherapie“ (*Petzold* 1981b), die allzu lange den Blick auf Copingstrategien, Ressourcen und lösungsorientierte Arbeit verstellt hat. Psychoanalytiker müssten hier ihr Vorgehen korrigieren durch Erweitern und Ergänzen des Repertoires, aber nicht nur, um dann zur Tagesordnung überzugehen, sie müssten diese Ausblendungen auf *ihre Ursächlichkeiten* hin befragen und bearbeiten, denn hier liegen *strukturelle Probleme* der Psychoanalyse. Die generalisierte pathologiezentrierte Betrachtung des Menschen *ist grundsätzlich falsch* und wird in ihrer Vereinseitigung dem Menschen, PatientInnen „nicht gerecht“ (*Petzold* 2003i). Mit behandlungstechnischen Korrekturen, wie sie von fortschrittlichen Praktikern z.T. vorgenommen werden, ist es nicht getan. Oder man denke an die ubiquitäre Rede von „Übertragung und Gegenübertragung“ (von Arbeitsbündnis allenfalls, vgl. *Greenson* 1998), die den Blick auf die „Phänomenologie des Relationalen“ nämlich „Intimität/Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit“ reduktionistisch verstellt. Warum differenziert die Sprache wohl in dieser Art? Phänomene der Beziehung ausschließlich im psychoanalytischen Rahmenwerk zu sehen, hat die wichtigen, klinisch relevanten Forschungen der Sozialpsychologie zu „*Kommunikation, Interaktion, Affiliation, Nähe-Distanz-Regulation, Dependenz, Reaktanz*“ (*Müller, Petzold* 2003; *Clark, Pataki* 1995; *Stroebe et al.* 2003) verstellt. Ist es nicht gerade im Lichte dieser Forschungen notwendig zu fragen, in wie weit nicht das persönlichen Freiraum und personale Souveränität einschränkende psychoanalytische Setting mit seiner *Grundregel* Widerstände in dysfunktionaler Weise als *Artefakte produziert*, indem es *Reaktanz* auslöst? Das ist nämlich durchaus wahrscheinlich und hat dabei wohl auch einen negativen Rückkoppelungseffekt auf die Theoriebildung gehabt: Die Methode/Behandlungstechnik provozierte Widerstand als Reaktanz – eigentlich eine gesunde Reaktion der Ich-Stärke, von gesundem Menschenverstand, eines Gefühls für Angemessenheit – und führte nichts desto trotz zu Fehldeutungen bzw. Fehlbewertung der Phänomene als Ausdruck von Pathologie. Ähnlich muss gesehen werden, dass Übertragungen zu einem Teil als *Dependenzbildungen* aufgrund dieses Settings auftreten und auftreten müssen, womit es auch zu Fehlbewertungen ihrer klinischen Relevanz kommen muss. Warum, so ist zu fragen, haben Psychotherapieformen wie Verhaltenstherapie, wissenschaftliche Gesprächstherapie, Systemische Therapie, die dezidiert nicht übertragungsorientiert arbeiten, dieses Konzept zum Teil in Frage stellen oder sogar ablehnen, gleichgute und oft sogar bessere Therapieergebnisse als psychoanalytische oder tiefenpsychologische Behandlungen?⁶⁰ Ich meine keineswegs, dass man die Konzepte „Übertragung und Gegenübertragung“ aufgeben sollte. Sie haben – fasst man sie spezifisch und enggreifend – durchaus ihren Wert und ihre Nützlichkeit als *eine* Perspektive, und sie können dann auch einen behandlungstechnischen Nutzen haben, wie die Integrative Therapie stets betont hat (*Petzold* 1980g). Aber ihre einseitige Überbetonung zu Lasten aller anderen Qualitäten und Formen der *Relationalität* muss als durchaus problematisch gesehen werden und birgt ggf. Risiken für PatientInnen. Überdies ist auch festzustellen, dass trotz der attribuierten Wichtigkeit des

⁵⁸ *Foucault* 1992; 1996; *Petzold, Ebert, Sieper* 1999

⁵⁹ Bei den über Nachschulung zu „RichtlinientherapeutInnen“ gewordenen KollegInnen mag das verstehbar sein, aber bei den Abgelehnten? Hier ist mehr am Werk als eine „Identifikation mit dem Aggressor“, die indes durchaus eine Sicht ist, die man für die deutsche Szene ausgeschlossener PsychotherapeutInnen in Erwägung ziehen sollte.

⁶⁰ Eine solche in der Fachliteratur diskutierte Faktizität müsste eigentlich auch aus dem Binnenraum eines Verfahrens im Blick in den Außenraum der anderen Verfahren oder der Diskussionen in der klinischen Psychologie zur Kenntnis genommen werden und zu kritischen Fragen an die eigene Praxis bzw. Praxeologie als Theorie solcher Praxis (*Orth, Petzold* 2004) Anlass geben. Davon aber ist kaum etwas zu sehen.

Übertragungs-Gegenübertragungs-Paradigmas seine empirische Untersuchung und Absicherung mehr als mager ist. Methodenbewusste empirische Forschung zur Wirksamkeit von Übertragungsarbeit, zu Nützlichkeit oder Schädlichkeit dieses Konzeptes wären dringend erforderlich. Die theoretische Rekonstruktion steht gleichfalls auf sehr schwachen Füßen, da die Konzepte nicht im Lichte moderner Gedächtnispsychologie und -forschung aufbereitet wurden und hier kaum anschlussfähig sind. Da in allen Interaktionen und kommunikativen Akten mnestiche Aufzeichnungen vorgängiger Beziehungen aktiviert werden und überwiegend „fungierend“, also automatisiert und nicht-bewusst zum Tragen kommen – und das ist *etwas ganz Normales* - sind die Fragen um die Spezifität von Übertragungsphänomenen und ihre klinischen Handhabung wissenschaftlich weitgehend ungeklärt und haben nur den Status von *Heuristiken*, die dringend der Untersuchung bedürfen, genauso wie sie in der Auseinandersetzung mit beziehungsphilosophischen Theorien in ihrem Status geklärt werden müßten. All das ist noch offen nach mehr als hundert Jahren Psychoanalyse und trotz einer nicht mehr zu überschauenden Flut von Publikationen über die unterschiedlichsten Auffassungen von Übertragung, Gegenübertragung und ihrer Handhabung.

Derartige Fragen müssen auch mit Blick auf die Relevanz der psychoanalytischen „**Grundregel**“ gestellt werden, eben weil wir uns daran gemacht haben, eine Grundregel zu formulieren, die genau diese Phänomene des Übertragungs- und Widerstandsgeschehens in der Zuweisung ihrer Bedeutung kontrastiert.

4. Kritische Fragen an das „psychotherapeutische Paradigma“ der Regeln und Gewissheiten in der Tradition der Psychoanalyse und anderer Verfahren

Der größte Teil der traditionellen Psychotherapien verfolgt ein „psychotherapeutisches Paradigma“ das direkt oder indirekt im Zeichen der Psychoanalyse steht. Entweder sind es Formen der Psychoanalyse oder ihre *direkten* Abkömmlinge, „psychodynamische“ bzw. „tiefenpsychologische“ Ansätze, die klar das Theorem der *Pathogenese* durch *Verdrängung* von Konflikthaftem oder Belastendem ins „Unbewusste“ vertreten und das *Aufdecken* und „*Durcharbeiten*“ (whatever that may be) als den „**Königsweg** der Heilung“ ansehen, oder es sind Verfahren wie die meisten Ansätze der „Humanistischen Psychologie“, die indirekt von der Psychoanalyse abstammen, von ehemaligen Psychoanalytikern oder psychoanalytisch beeinflussten Therapeuten begründet wurden. Sie übernahmen dabei viele Theoreme und Praxen, z. T. in leicht abgewandelter Form⁶¹. Derartige kaum beachtete „Reste der Übernahme“ in das jeweilige „neue“ Verfahren – vieles blieb auch gänzlich unbeachtet –, die nicht dekonstruktivistisch und diskursanalytisch untersucht und bewertet wurden, können natürlich in Theorie und Praxis Wirkungen entfalten. Einige solcher problematischen Konzepte sollen im Folgenden kurz angeschaut werden, kurz, weil wir uns in unseren Büchern „Die Mythen der Psychotherapie“ (Petzold, Orth 1999) und „Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002) ausführlich mit diesen Themen befasst haben.

4.1. Gedanken zu Ideologisierungen und Überlegungen zu Fehlern, Risiken, Konsequenzen

Ideologisierungen haben eine grosse Persistenz. Konzepte, die sich etabliert haben, sind nur schwer zu revidieren. Das zeigt sich im gesamten psychotherapeutischen Feld. Obgleich Rogers und Perls sich kritisch vom Übertragungs-/ Gegenübertragungskonzept abgewandt hatten – Perls stellte den Begriff „contact“, Rogers den Begriff „encounter“ an seine Stelle, im gesamten Werk von Perls findet sich der Begriff Gegenübertragung nicht, und auch bei Rogers spielt er keine Rolle – trotz dieser Ablehnung also, ist das Begriffspaar Übertragung / Gegenübertragung im klinischen Feld omnipräsent. Ähnlich steht es mit dem Konzept des Widerstandes – von Rogers abgelehnt, von Perls in „avoidance“ umgeändert oder als positive Kraft gewertet. Uminterpretationen zeigen sehr oft, dass das abgelehnte Konzept dennoch präsent ist, die Ideologie weiter wirkt. Man denke an das explizit umgewertete Konzepte des „Widerstandes“ in der Gestalttherapie, wo *resistance* als *assistance* uminterpretiert wurde (Perls 1969). Ablehnungen werden zuweilen so radikalisiert vorgetragen, dass in der entstehenden theoretischen Leerstelle die angebotenen „Ersatzkonzepte“ nicht durchdringen und sich die alte Ideologie wieder durchsetzt. Man denke an die Perls'sche Ablehnung von Konzepten wie das der „Verdrängung“ oder der „frühkindlichen Traumatisierung“, die Perls (1969, 43) glatt als „Fälschung“ bezeichnete: „All the so called *traumata*, which are supposed to be the root of neurosis, are an invention of the patient to save his self-esteem. None of these traumata has ever been proved to exist. I haven't seen a single case of infantile trauma that wasn't a falsification. They are all lies to be hung onto to justify one's unwillingness to grow ... Psychoanalysis fosters the infantile state by considering that the past is responsible for the illness“ (ibid.). Abgesehen von der menschenverachtenden Diktion des „patient blaming“ von Perls und der klinischen Dummheit solcher Positionen in der Gestalttherapie – sie wurden ja von Simkin, Lore Perls, Rosenblatt und all den Hier-und-Jetzt-Adepten geteilt, bis heute finden sich in der klinischen Theorie der Gestalttherapie, wie das massgebliche Handbuch von Fuhr et al. (1999) ausweist, findet man keinerlei Bezüge zur „longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie“⁶². Im Konzept des „unfinished business“ aber lebt die freudianische Idee der lebensgeschichtlichen bzw. biographischen Verursachung seelischen Leids und psychosomatischer Erkrankungen auch bei Perls ungebrochen weiter, denn es genügt selbstverständlich nicht, nur eine andere „Metapher“ zu wählen – und die „offene Gestalt“ ist doch nichts anderes als eine neue Metapher für weiterwirkenden biographische Belastungen. Die dahinter stehenden neurobiologischen und immunologischen Ein- und Auswirkungen hat die klassische Gestalttherapie nie fundiert überdacht. Und so zeigt sich in den gegenwärtigen Versuchen, die Gestalttherapie klinisch zu fundieren, auch sehr deutlich eine klare Hinwendung zum tiefenpsychologischen Paradigma – so bei Hartmann-

⁶¹ Perls z. B. das Konzept der Abwehrmechanismen, Goodman das des „Es“, Berne das der Analyse und frühkindlichen Verursachung, Rogers – wie alle anderen auch – die dyadologisch-dialogische Orientierung usw.. Moreno, der keine direkte oder indirekte Freudianische Sozialisation hatte, muss hier ausgenommen werden, weil der das Begegnungskonzept durch seine radikale Netzwerkorientierung in Richtung des „WIRs“, des *Polylogs* überschritten hat.

⁶² Die Namen von Cicchetti, Garmez, Grossmann, Rutter usw. sucht man vergeblich, meinen kritischen Beitrag ausgenommen, denn die Integrative Therapie gründet als entwicklungspsychologisch fundierte Therapie in diesem Paradigma, vgl. Petzold 1992a, 1994j, 2005a, Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Orth, Sieper 2005

Kottek (2004), wo gestalttherapeutische Konzepte und tiefenpsychologische mit einigen generellen neurowissenschaftlichen Überlegungen amalgamiert werden. Vergleicht man das „Handbuch der Gestalttherapie“ (Fuhr et al. 1999) und die dort vorfindlichen Theoriestände, die als repräsentativ anzusprechen sind, und Hartmann-Kotteks Zusammenführungen, so wird alsbald deutlich, dass sie wenig miteinander zu tun haben. „Über die Gestalttherapie hinaus – Wege in eine allgemeine [oder klinische] Psychotherapie“, das wäre ein Titel, der in korrekter Weise wiedergibt, was die Autorin leistet (Petzold 2005). Bei Hartmann-Kottek wird der tiefenpsychologische Diskurs also nicht mehr wie bei den beiden Perls abgelehnt, vielmehr hat sich das Abgelehnte wieder durchgesetzt und ist erneut in den Vordergrund gekommen! Es ist ohnehin so, dass *Abgelehntes im Akt des Ablehnens und in der Stabilisierung einer Ablehnung präsent bleibt, ja ggf. durch die Gegenposition noch wirkt*. Solche indirekten Effekte zu vermeiden oder zu überwinden bedarf dekonstruktivistischer Theoriearbeit, die durch die Humanistische Psychologie nicht in ausreichendem Masse geleistet wurde, obwohl sich die „Third Force Psychology“ (Quittmann 1985) explizit als eine Infragestellung des psychoanalytischen Paradigmas (aber auch des Behavioristischen) verstand. Das systemische Paradigma kann in gleicher Weise als eine solche grundsätzliche Alternative und damit Infragestellung des Diskurses der Psychoanalyse *Freuds* gesehen werden, aber auch hier hat sich – etwa in der Aufstellungsarbeit, die an dieser Stelle, theoretisch betrachtet, geradezu „unsystemisch“ ist – *Freuds* Paradigma linearkausal wirkender Vergangenheitsverursachung fortgeschrieben.

Der Integrative Ansatz ist in seinen Fragen an die Psychoanalyse bislang weniger fundamental gewesen, da er sich nicht originär aus dem psychoanalytischen Fundus entwickelt hat, sondern im phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz der Leib- und Intersubjektivitätstheorien von Marcel, Merleau-Ponty, Ricœur u.a. gründete. Er wurde auch nicht *gegen* die Psychoanalyse entwickelt, weil er mit Psychodrama und Leibtherapie über nicht-analytische wichtige Quellverfahren verfügte und dennoch über die *Ferenczi*-Tradition einen wesentlichen Anschluss an die Psychoanalyse hatte, allerdings einen, in dem wichtige Positionen des *Freudschen* Diskurses durch die Auseinandersetzung *Ferenczi* ↔ *Freud* schon gebrochen waren. So brauchte der Integrative Ansatz nur Teilbereiche des psychoanalytischen Paradigmas zu distanzieren, andere aber konnte er trotz kritischer Betrachtung und ggf. mit Modifikationen in den Gewichtungen aufnehmen, nämlich *Freuds* Basisansatz *reflexiver Biographizität* (in dem auch ein in der Generalisierung eingeschränktes Übertragungs-/Gegenübertragungsmodell seinen Platz hat) und auch die einseitige Pathologieorientierung überschritten wird hin zum ergänzenden Einbezug einer *Salutogeneseperspektive* (Petzold 1992a; Lorenz 2004). Es wird auch die Grundausrichtung der *kritischen Hintergrunds-/Untergrundsanalysen* aufgenommen, die *Freud* von *Nietzsche* entlehnte, nämlich seine Forderung, auch den Boden unter den eigenen Füßen zu durchwühlen (Morgenröte I, 1011), also, wie ich das mit Blick auf *Foucault* und seine *Nietzsche*-Rezeption formulierte, nach den „*Ursachen hinter den Ursachen*“ zu fragen (Petzold 1991c, 1994c). Dabei hatte ich die individualisierende Einengung der Psychoanalyse aufgebrochen und mit den *proaktiven* Fragen „*zu den Folgen nach den Folgen*“ Perspektiven auf die *Prekarität* und die *Chancen* des Zukunftsraumes geöffnet (idem 2005o). Das sind durchaus gewichtige *Ergänzungen*, in denen Grundbestände des psychoanalytischen Diskurses *metakritisch überprüft* und dann evt. erweitert bzw. revidiert, zum Teil auch abgewiesen wurden, ohne dass es zu einem Gestus der generalisierenden Gesamtablehnung kommen musste. Es kommt vielmehr zu *differentiellen Infragestellungen*, und dann auch zu spezifischen Ablehnungen, wo dies erforderlich ist, immer verbunden mit folgenden Fragen:

Was tritt an die Stelle des Abgelehnten?

Füllt dieses Neue und Andere dann die durch das abgelehnte Konzept entstandene Lücke tatsächlich in neuer Weise?

Welche Konsequenzen hat das Ablehnen für die anderen Theorie-Praxis-Bereiche des Verfahrens und werden auch in diesen erforderliche Veränderungen durchgeführt?

Werden durch Veränderungen nicht tragende Säulen des Grundparadigmas erschüttert und wie wird dem begegnet?

All das ist wichtig zu fragen, damit nicht das Abgelehnte in anderen Bereichen, etwa in der Praxeologie, weitergeschrieben wird bzw. erfolgte Revisionen nicht zu den erforderlichen Zupassungen geführt haben, aber auch, weil ein neues Konzept so stark sein kann, dass die damit entstehenden Anschlussnotwendigkeiten an die anderen Theoriestände des Verfahrens nicht gegeben sind oder das Gesamtsystem überfordern⁶³.

⁶³ Was bedeutete es z. B. für die Gestalttherapie, als die zweite und dritte Generation der Gestalttherapeuten *Bubers* „Ich und Du“ als tragendes Theorem für die Gestalttherapie aufnahmen, obgleich *Perls* selbst nur viermal *Buber* zitiert, auch durchaus abgrenzend, sowie in seiner Autobiographie klar sagt, er habe ihn in Frankfurt nicht gehört (nur *Scheler*, der von der Gestalt-Community gänzlich übergangen wurde). Auch *Goodman* nimmt *Buber* nicht auf. Er findet sich nicht im Zentraltext der Gestalttherapie von *Perls, Hefferline, Goodman* (1951), und weder in ihm noch im gesamten *Perls*'schen Werk wird auf das „Dialogische Prinzip“ *Bubers* theoretisch und praxeologisch Bezug genommen. Ist *Bubers* Dialog-

4.2 Die „Grundregel“ der Psychoanalyse - die „Grundregel“ der Integrativen Therapie, nicht als „Gegenregel“ sondern als Korrektiv

Wenn von mir eine „Grundregel“ in der Integrativen Therapie angedacht und formuliert wurde, so geschah das, wie gesagt, nicht „gegen“ die Psychoanalyse, sondern aus den eigenen integrativen Grundsätzen meines Ansatzes heraus (sie wären auch formuliert worden, wenn es keine psychoanalytische „Grundregel“ gegeben hätte). Dennoch stellt sich natürlich die Frage: Sind damit nicht auch grundsätzliche Zweifel am psychoanalytischen *Paradigma* verbunden, nicht etwa mit Blick auf Behandlungserfolge, das Thema ist eigentlich nicht mehr relevant (Grawe et al. 1994), sondern mit dem Blick auf grundsätzliche Annahmen, Axiome? Durch die Formulierung eigener Grundsätze und Positionen, stellt sich natürlich auch die Frage, inwieweit sie anderen Grundregeln und Leitregeln entgegenstehen? Natürlich stehen sie solchen Regelungen entgegen, etwa denen der Psychoanalyse, oder z.T. auch einigen Leitregeln von Grawe (2004, 434). Und dann kommt es natürlich automatisch zu Infragestellungen – etwa bei der Psychoanalyse des im Prinzip linearkausalen Ursache-Folgen-Modells der Pathogenese, um eine gewichtige Dissensposition zu benennen. Wichtiger sind aber unsere Infragestellungen der Psychoanalyse durch unseren Vorstoß in Bereiche, die sie *nicht* aufgegriffen hatte, in Bereiche ihrer Skotomisierungen und Defizite: ihre Vernachlässigung des „Leibes“, der *Leiblichkeit* (Schmitz 1965, 1990, Petzold 1985g) – nicht nur des „Körpers“ -, ihre Ausblendung ja Stigmatisierung des familialen, amikalen, kollegialen Netzwerkes (Hass, Petzold 1999)⁶⁴. Ausgeblendet wurden auch die Bereiche des Geistigen, der Werte und des Sinnes (vgl. Petzold 2000k; Petzold, Orth 2005), wurden Wille und Wollen (Petzold, Sieper 2003a,b, 2006), ausgeblendet wurden Gesundheit/Salutogenese und Kreativität (Petzold 1973c, Petzold, Orth 1990; Petzold, Sieper 1996a), Themen, mit denen sich die Integrative Therapie ausführlich befasst hat. Hier, in der Thematisierung und inhaltliche Bearbeitung solcher Leerstellen durch die Integrative Therapie liegt genug an Infragestellung, ohne das Kontroversen zu dissidenten Inhalten aufgebaut werden mussten! Die Andersheit der Integrativen Therapie in sehr vielen Punkten ist evident, und dennoch gibt es auch Konsensbereiche.

Jede Form der Psychotherapie, die einen weltanschaulichen Anspruch erhebt – und das tut die Psychoanalyse wie auch die Mehrzahl der Therapieschulen – muss sich die Fragen gefallen lassen: Inwieweit sind solche Grundpositionen Ausdruck des „Zeitgeistes“ der Entstehungskontexte (Petzold 1989f)? Wie sind Akzeptanz oder Nichtakzeptanz, Erfolg oder Misserfolg dieser Positionen in ideologiekritischer Sicht zu betrachten? Welche Funktion haben erfolgreiche Paradigmen für gesellschaftliche Interessenlagen und Interessengruppen? Welche Funktion haben die nicht erfolgreichen Paradigmen und warum erhielten sie keine Akzeptanz (was kein Mangel an Qualität sein muss, Abgelehntes legt oft in zutreffender Weise einen Finger auf die Wunde und wird *deshalb* abgelehnt). Die Psychoanalyse ist, trotz aller Lamentationen, die oft aus ihren Reihen zu hören sind, bislang ein erfolgreiches Paradigma und es wäre nützlich zu wissen, warum sie erfolgreich war. Womit hilft psychoanalytisches Denken Menschen im Umgang mit zentralen Problematiken des ausgehenden 19. und des 20., 21. Jahrhunderts, d.h. worin hilft sie ihnen z.B. die Dynamik der *fundamentalen Modernisierungsprozesse*, die diese Zeit kennzeichnet, mit zu vollziehen und auszuhalten, geht es doch um die größten Umwälzungen der Menschheitsgeschichte (Informationsgesellschaft, Globalisierung, bio- und neurowissenschaftliche Revolution, Gentechnologie, Metaphysikverlust). Wie rüstet sie ihn aus, *aktiv Verantwortung dafür zu übernehmen*, was Menschen, die Menschheit in Politik, Wissenschaft, Forschung, Ökonomie in Gang setzen (and that's often pretty destructive)? *Freud* hat in seiner individualisierenden Vergangenheitsorientierung zur Problematik der *radikalen Modernisierung* wenig Erhellendes hinterlassen, obwohl sich die Entwicklungen abzeichneten. Die Psychoanalyse mit ihrer Version eines individualisierten Unbewussten affirmiert eine grundsätzliche Ohnmacht jedes Subjektes (einer Erbsündendoktrin gleich). Das „Ich“ des Menschen sei nicht „Herr

Prinzip mit dem Kontakt-Begriff von Perls konsolidierbar? Kaum! Sind *Bubers* Ich-Begriff, sein Du-Begriff, seine Personologie mit *Goodmans/Perls* Ich-Begriff und ihrer Persönlichkeitstheorie (Perls et al. 1951, 371ff) vereinbar? Überhaupt nicht. Und *Bubers* Anthropologie und die Anthropologie der „Gestaltbibel“ (1951, 307 ff), wie soll das zusammengehen? Der späte *Perls* gar rückt ganz vom Ich-Begriff ab und stellt den Organismus-Begriff, die organismische Selbstregulation, die „wisdom of the organism“, den Kontaktzyklus ganz in den Vordergrund. Mit *Buber* ist das nicht zu vereinbaren, verwies er doch schon 1923 auf die Grenzen des „Psychologismus“. Das alles wird in der gestalttherapeutischen Literatur indes nicht beachtet und bearbeitet, und so sind das Theoriechaos bzw. die Theoriekontaminationen, die auf diese Weise entstanden sind, kaum auflösbar.

⁶⁴ "Bei der psychoanalytischen Behandlung ist die Dazwischenkunft der Angehörigen geradezu eine Gefahr ... Den Angehörigen des Patienten kann man durch keinerlei Aufklärung beikommen ..." (*Freud*, Vorlesungen 1916/17, StA, S. 441ff)

im eigenen Hause“, wie *Freud* behauptet, zugleich aber verheißt er, die Psychoanalyse könne dazu beitragen, dies zu ändern, es vermöge der Mensch „durch unsere Mitteilung die Kenntnis seines Ich von seinem Unbewussten zu erweitern“ (*Freud*, Die psychoanalytische Technik, 1940, StA, S. 413), als ob psychoanalytische Interpretationen die strukturelle Realität der unbewussten Informationsverarbeitung (*Perrig et al.* 1993) irgendwie verändern könnte und als ob es nicht Reflexivität und Selbstreflexivität gewesen wären, die allen Fortschritt, auch den unseres Wissens über das Gehirn - von *Alkmaion von Kroton* bis *Gerald Edelman* - begründet hätte. Aber: Der Patient "hat vielmehr vor allem zu lernen, was keinem leicht fällt anzunehmen, dass durch geistige Tätigkeit von der Art des Nachdenkens, dass durch Willens- und Aufmerksamkeitsanstrengungen keines der Rätsel der Neurose gelöst wird, sondern nur durch geduldige Befolgung der psychoanalytischen Regel, welche die Kritik gegen das Unbewusste und dessen Abkömmlinge auszuschalten gebietet" (Ratschläge, 1912, StA S. 179, meine Hervorhebungen). Das Unbewusste wird hier hypostasiert, und es wird verschleiert, dass mit der kritischen Hinterfragung auch die Macht des Therapeuten hinterfragt würde. Eine derartige, von *Freud* und der Psychoanalyse „verkündete“ Doktrin trägt zur Schwächung der „Exzentrizität“ des Menschen bei, besonders der Exzentrizität gegenüber kollektiven Dynamiken der Verleugnung und des Aufzeigens von Megadestruktivität. Muss das „Ich“ übrigens „Herr“ sein, einem Paradigma des Herrschens folgen? Und was ist das „Ich“? Grundsatzfragen sind hier aufgeworfen!

Die komplexen neuronalen biochemischen und bioelektrischen Prozesse, die Bewusstseinsformen konstituieren, denen man den Begriff „Ich“ zuordnen kann, müssen keinem Paradigma der „*maîtrise de soi*“, der Herrschaft über sich selbst, folgen. Es genügt, wenn man mit sich vertraut ist, ein Paradigma der „Sorge um sich“ (*Foucault*) und der Sorge um die Anderen (*Marcel, Levinas*). Es genügt weiterhin in kritischer Bewertung die Ergebnisse der Neurowissenschaften zu rezipieren und dann ist das Faktum „unbewusster Prozesse“ keine so große „Kränkung“, wie *Freud* dies suggeriert. Denn das „Unbewusste“, das *Freud* als seine große Entdeckung propagierte (fälschlich, wie man weiß, *Leibnitz, Herbart, Nietzsche, Schelling, Schopenhauer, Janet* u.a. hatten es schon ausführlich thematisiert) ist etwas „Normales“ und wird nach heutiger Sicht neurobiologisch konstituiert und zwar anders als *Freud* es konzipierte, nämlich nicht als ein Verdrängtes, sondern als die Gesamtheit der Prozesse „unbewusster Informationsverarbeitung“ (*Perrig et al.* 1993). Und dass es dieses Phänomen gibt, wusste man seit dem Altertum: „Natur pflegt sich versteckt zu halten“, wusste *Heraklit* (Fragment 123), und von *Augustin* bis *Leibnitz* hatten gute Beobachter erkannt, dass das Gedächtnis beim Suchen nach einer Erinnerung weiterarbeitet – das Gesuchte taucht dann plötzlich auf – oder dass es am Rande des Bewusstseins „petites perceptions“ gibt. Das Unbewusste ist in dieser Sicht etwas Banales, Selbstverständliches, ohne den dramatischen Gestus verlorener Herrschaft oder der mystifizierenden Zuschreibung geheimnisvoller „Tiefe“ wie in der Tiefenpsychologie. Das „fungierende“ neuronale Unbewusste, das letztlich auch keiner Introspektion zugänglich ist, ist ein von allen Hominiden geteiltes. Alle Gehirne arbeiten in diesem Modus und zwar in einer Weise, dass Menschen miteinander kommunizieren können und so gut, effektiv und menschengerecht kommunizieren können – effektiv weil mit allen Schwierigkeiten. Der „homo migrans“ (*Petzold* 2005t) hat erfolgreich seine WEGE durch die Evolution gemeistert, konnte große Kulturen schaffen, kulturelle Leistungen vollbringen. Der Wegcharakter des menschlichen Lebens und der menschlichen Gemeinschaft durch die Millionen von Jahren der Hominisation belegt in überzeugender Weise, dass Menschen für das Zusammenspiel von bewussten und unbewussten Fähigkeiten in hervorragender Weise ausgestattet sind. Die Entdeckung der Spiegelneuronen (*Rizzolatti et al.* 1996), die für die hohen imitativen und empathischen Leistungen der Menschen eine neue Erklärungsgrundlage bieten, unterstreicht das.

Dem Aspekt des Bedrohlichen, der dem *Freudschen* Unbewussten anhaftet, stellen wir aus integrativer Perspektive die Betonung von Unbewusstem als Quelle von Kreativität einen anderen Akzent an die Seite (*Petzold* 1988a,b, *Orth* 1992) und, wir richten uns gegen das mit dieser Konzeption gegebene Implikat des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht, wenden uns gegen den anthropologischen Pessimismus *Freuds*, der so gut in das christliche Menschenbild des gefallen Menschen passt, welcher ohne die Hilfe Gottes, die *gratia praeveniens* gar nichts ausrichten kann. Wir vertreten – und hier hat uns der *Freudsche* Diskurs angeregt -, durchaus eine „desillusionierte Anthropologie“ (*Petzold* 1986h,1996j), aber eine „voller Hoffnung“: vertrauend auf die Plastizität unserer genetischen Ausstattung, die Kokreativität von Menschen, wenn es darum geht, Probleme zu lösen, eine Generalisierung des Altruismusmotivs auf die „global community“ aller Menschen. Es ist einer der gravierendsten Mängel der Psychoanalyse, den Impulsen genuiner mitmenschlicher Hilfeleistung keine wirkliche Aufmerksamkeit geschenkt zu haben, sie stattdessen mit der ihr zuweilen ei-

genen Haltung einer Psychologie „des Verdachts“ (*Ricœur*) belegt zu haben, die sich drastisch in ihren Vulgarisierungen zeigt (Helfertripp, hilflose Helfer, Sekundärbefriedigung usw.). Hier stehen wir in einem scharfen Dissens mit der Psychoanalyse. (Mir sind Menschen, die sich mit einem „Helfertripp“ für Andere wirklich *engagieren*, um vieles lieber, als die, die sich in „distanzierter Abstinenz“ üben oder auch in „wohlwollender Neutralität“). Die Sozialpsychologie des prosozialen Verhaltens hat mit ihren vielfältigen empirischen Untersuchungen zum Altruismus in seinen verschiedenen Ausprägungen (collectivism, principlism, vgl. *Batson* 1995) überzeugend gezeigt, wie wesentlich altruistisches Handeln ist, wie es in Empathie gründet und durch empathische Arbeit intensiviert wird. Psychotherapeuten, die nicht bereit sind, sich in ihrem Beruf konkret und engagiert *altruistisch* für Menschen einzusetzen, sollten in dieser Profession m.E. nicht tätig werden.

Ein **Unbewusstes**, dem der Mensch ausgeliefert ist, das seiner Verfügbarkeit entzogen ist, das stattdessen eine eigene, ungreifbare, bedrohliche Macht und Herrschaft entwickeln kann, die Herrschaft der Triebe, dieser „großen mythischen Wesen“, wie *Freud* sie sah ..., welche Funktion hat dieser „mythologisierende“ **Diskurs** von einem „mythomorphen“ Unbewussten für die, die ihn vertreten? Diese Frage ist zu stellen. Mögliche Antworten sind: Er stellt seine Vertreter, die Psychoanalytiker, in eine kaum anfechtbare Machtposition, denn sie beanspruchen, über die Möglichkeiten zu verfügen (etwa die psychoanalytische Kur), durch die „wo Es war, Ich werden kann“! Es bringt die, denen gesagt wird, sie seien an das Unbewusste ausgeliefert und könnten ohne die Analyse und die Analytiker keine Macht über sich gewinnen (also ihre Patienten, die nicht Analysierten), in eine strukturelle Position der Ohnmacht und – liegen sie erst auf der Couch – in eine Position des Ausgeliefertseins und der Dependenz. Die „psychoanalytische Grundregel“ ist Ausdruck eines solchen mythologisierenden **Diskurses**, schreibt ihn sogar fest (*Dauk* 1989). Als integrative Therapeuten wollen wir eine solche Position gar nicht haben, denn sie schwächt die *Souveränität* des Menschen, die ohnehin keine absolute und allzu stabile ist. Und um Souveränität sind wir sehr bemüht (*Petzold, Orth* 1998). Menschen von hinlänglicher gegründeter, stabiler Souveränität brauchen wir dringend: allerdings nicht im Sinne eines naiven „Autonomie-Ideals“ oder einer durch die „psychoanalytische Arbeit“ gewonnenen „Autonomie“, die uns vor diesem Hintergrund als ein fragwürdiges Versprechen erscheint (*Dauk* 1989) - wo kämen wir hin, wenn jeder nach seinem „Nomos“, seinem „Gesetz“ verfahren würde? Das psychoanalytische Autonomieideal wird ja durch keine „Theorie des sozialen Miteinanders“ unterfangen (Arbeiten wie die von *Fromm, Parin, Richter* fanden im Main-Stream, aber auch in der konkreten behandlungstechnischen Praxis der Psychoanalyse keinen Widerhall). Es geht vielmehr um Souveränität im dem Sinne, dass kompetente, problembewusste und konfliktfähige Subjekte sich austauschen, miteinander die *Grenzen ihrer Souveränitätsräume* und -ansprüche aushandeln. Wo das nicht gegeben ist, steht das Konzept eines *mythomorphen Unbewussten* in der Gefahr, individuellen und kollektiven Abwehrprozessen zu dienen, etwa denen, sich **nicht** mit den Grundsatzproblemen und Herausforderungen der **radikalisierten Moderne** auseinander zu setzen (wie denn und wozu denn auch, wenn man nicht „Herr im eigenen Hause“ ist?) oder auf die Spezialisten einer „Therapeutokratie“ zu setzen (so *Habermas* zur gesellschaftlichen Rolle von TherapeutInnen in der Moderne). Um zur Ausbildung von „verhandelbarer Souveränität“ beizutragen – und viele Disziplinen, nicht nur die Psychotherapie, die sich hier nicht überschätzen darf, müssen hierzu Beiträge leisten – brauchen wir eine von *Vernunft und Herz, Rationalität und Engagement* getragene Praxis, die an Werten wie „Gemeinwohl, Würde, Gerechtigkeit, Menschlichkeit“ ausgerichtet ist, die wissenschaftliche Erkenntnisse *wertegeleitet* nutzt und auf der Höhe der modernen wissenschaftlichen, ökologischen und humanitären *Diskurse* ist.

Wir sind keineswegs, wie eine mythologisierende Psychoanalyse uns immer noch glauben machen will, an ein *mythomorphes Unbewusstes* hilflos ausgeliefert. Wir erforschen es als einen Erkenntnisgegenstand der Neurowissenschaften (mit bildgebenden Verfahren, molekularbiologischen Untersuchungen usw.), als einen Reflexionsgegenstand moderner Philosophie (u.a. kognitiver Philosophie), als Forschungsgegenstand empirischer Psychologie und als wichtiges Thema moderner Sozial- und Kulturwissenschaften (Untersuchungen zu Literatur, Kunst, Theater etc.). Wir wissen auch um die Begrenztheiten unseres derzeitigen Wissens, und das ist ein Ausdruck einer modernen „*sophisticated sovereignty*“, die – selbstkritisch - der Qualität einer *selbst-bewussten Bescheidenheit* verpflichtet ist.

Deshalb muss man gegenüber einer Psychoanalyse kritisch sein, die – wie in ihrer Richtlinienversion – immer noch die im Grunde schlichten Modelle der Konflikttheorie verwendet, veraltete Theorien der Triebe, der Bewusstseinsprozesse, der Aggression etc. voller epistemologischer, psychologischer, neurowissenschaftlicher und gesellschaftswissenschaftlicher Ungereimtheiten, weil die durchaus vorhandenen Neuerungen im psychoanalytischen Diskurs letztlich zentrale Theoreme der

Axiomatik in der Pathogenese (z.B. die Verdrängungshypothese, was ist „Verdrängung“ neurowissenschaftlich gesehen?) oder Kernkonzepte in der Behandlung (z.B. was ist „Durcharbeiten“ *on the brain level?*) bislang nicht oder nur unzureichend aufgegriffen haben. Aber das kann sich ja ändern. Auch die Ergebnisse der Entwicklungspsychologie oder der „cognitive sciences“ wurden selektiv adaptiert, (man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, um Fehlkonzeptionen doch noch irgendwie zu sichern), ohne sich einmal an den mutigen Versuch zu machen, Falsches als falsch, Ungenaueres als unzutreffend zu benennen (*Freud* hat das Recht auf Fehler!), dann Positionen auch einmal grundsätzlich zu revidieren, wo das notwendig ist und damit den Raum für Neukonzeptualisierungen frei zu haben. Geschieht das nicht oder unzureichend, wird Psychoanalyse obskurantistisch wegen ihrer überholten Mytheme (z.B. ödipale Situation), wegen ihrer unaufgearbeiteten kryptoreligiösen Diskurse (z.B. Pastormalmacht), die *Foucault* aufgezeigt hat, und wegen der fehlenden Dekonstruktion und Verabschiedung, der ihr inhärenten Machtdispositive (sie wurden aus den eigenen Reihen immer wieder *folgenlos* kritisiert z.B. von *W. Reich*, *O. Rank*, *P. Parin*, *M. Erdheim*, *M. Pohlen*, *R. Schaffer* – und offenbar keineswegs grundsätzlich genug, vgl. *Parin*, *Parin-Matthey* 1985). Dieses Verfahren traditioneller „Psychoanalyse“ übt *als solches* subtile, „strukturelle Macht“ aus und ist in seinem Emanzipationsversprechen selbst durch seine Methodologie, bei der der „Geist der Grundregel“ paradigmatisch für eine Vielzahl emanzipationsverhindernder Prozesse steht, *herrschaftsbewahrend* (*Foucault*, siehe *Dauk* 1989). Auch durch die neuen Entwicklungen in der Psychoanalyse, etwa in der Ausarbeitung der Bindungstheorie (z.B. durch die Gruppe um Fonagy) ist der Machtdiskurs des traditionellen Main Streams keineswegs „ausser Kraft“ gesetzt, denn die Probleme werden nicht dekonstruktivistisch aufgearbeitet mit der Konsequenz veränderter Praxis, und so wirken sie weiter, wird der Machtdiskurs durch die institutionalisierten Vermittlungsformen (Lehranalyse, Supervision) fortgeschrieben.

Durch die „Unterwerfung“ unter die „Kur“ und ihre Regeln sollen – paradox – „Freiheit“, „Autonomie“ gewonnen werden. Die behandlungstechnischen Schriften *Freuds* sind von diesem zwieschlächtigen Diskurs durchfiltriert.

*„Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung - Abstinenz - durchgeführt werden ... Sie erinnern sich daran, dass es eine Versagung war, die den Patienten krank gemacht hat ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, dass das Leiden der Kranken in irgend einem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde. Wenn es durch die Zersetzung und Entwertung der Symptome ermäßigt worden ist, müssen wir es irgendwie anders als eine empfindliche Entbehrung wieder aufrichten“*⁶⁵. *Freud* war hier ambivalent, denn einerseits lehnte er es ab, beim Patienten "sein Schicksal für ihn zu formen, ihm unsere Ideale aufzudrängen" (ibid. S. 246). Andererseits will er den Patienten "nötigen", er will seine Widerstände im Kampf überwinden, durch ein "Stück Erziehungsarbeit", "Nacherziehung" (S. 118) gegen alles Ausweichen durch z. T. manipulierende Prozeduren (S. 193). Derartige Prozeduren⁶⁶ sollen den Patienten dahin bringen, dass "er sich soweit an den Arzt attachiert hat (*Übertragung*), dass die Gefühlsbeziehung zum Arzt die neuerliche Flucht unmöglich macht" (StA, S 139). Deutlicher kann man Unterwerfung und das Herstellen psychischer Abhängigkeit nicht darlegen. Als Essenz all dieser problematischen Aussagen kann die psychoanalytische „**Grundregel**“ *Freuds* gelten. Durch die Zwangsapparatur der Zurichtung des eigenen Seelenlebens vermittelt normierender „Deutungsmacht“ (*Pohlen*, *Bautz-Holzherr* 1994), deren Prämissen nicht kritisch reflektiert werden dürfen, wird das Versprechen eines Autonomiegewinns gleichbedeutend mit der „Freiheit“, den psychoanalytischen **Diskurs** zu glauben und ihn für sich zu übernehmen – so die schwer abzuweisende Analyse *Foucaults* (vgl. *Dauk* 1989), eine Kritik, mit der man sich in der Psychoanalyse nie wirklich befasst hat: die Frage welche Normierungsmacht Psychoanalyse ausübt, welche Freiheit des „Anderseins“ – ein zentrales Thema *Foucaults* – dieses Verfahren PatientInnen, LehranalytandInnen einräumt, einräumen kann. Und diese Frage muss sich **jedes** Psychotherapieverfahren stellen bzw. stellen lassen, selbstverständlich auch die Integrative Therapie. Man hat *Foucault* von psychoanalytischer Seite ob seiner kritischen Anfragen *ad hominem* angegriffen (wegen seiner Homosexualität) oder *Pohlen* durch Totschweigen diskriminiert. Was soll nun mit diesem Aufzählen von Kritikpunkten gewonnen werden?

Soll nur *am Beispiel* der Psychoanalyse aufgezeigt werden, dass selbst ein so großes und renommiertes Verfahren, das sich als besonders seriös geriert, „Richtlinien“ setzt und zu setzen beansprucht, höchst problematische Positionen vertreten hat und vertritt? Gewiss nicht! Die aufgeführten Zusammenhänge sind ja auch sattsam bekannt. Es soll vielmehr die *Kritikresistenz* dieses macht-

⁶⁵ *Freud*, S., Wege der psychoanalytischen Therapie 1919, StA S. 244f, Hervorhebungen im Original

⁶⁶ vgl. Zur Einleitung der Behandlung 1913, StA, S. 197

vollen Verfahrens warnend und *paradigmatisch* als Gefahr für jede Form institutionalisierter Psychotherapie aufgezeigt werden, indem auf seine andauernden hegemonialen Machtdiskurse verwiesen wird, wie sie sich z. B. an dem Faktum zeigen, dass in diesem „Richtlinienverfahren“ in der BRD jeder Antrag für Behandlungen, trotz offenkundiger Theorie- und Forschungsprobleme, in einem normierenden Klischee fragwürdiger und überholter Theoriephrasierung verfasst werden muss. Gleichzeitig wird aber noch vom „emanzipatorischen Potential“ der Psychoanalyse gesprochen.

Kritikresistenz ist oftmals mit Saturiertheit verbunden, mit zementierten Machtpositionen und Privilegien, wie sie die institutionalisierte Psychoanalyse entwickelt hat und wie sie jede in die Institutionalisierung geratende Psychotherapie zu entwickeln in Gefahr steht. Man muss übrigens hier differenziert vorgehen, darf den *Freud* der ersten drei Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts und die Psychoanalyse jener Zeit nicht mit der Psychoanalyse von heute verwechseln. Man darf *Freud* mit seiner Gefangenheit im patriarchalen Zeitgeist seiner Epoche kritisieren, muss sich aber hüten, in ein dämliches „*Freud bashing*“ zu verfallen, das seiner historischen Leistung nicht gerecht wird. „*Être juste avec Freud*“, dieses Postulat *Derridas* (1992) gilt es zu beherzigen, und das tut man, wenn *Kritisierbares* kritisiert und im jeweiligen Kontext gewertet wird, und Kritik ist kein Angriff! *Angreifen* muss man allerdings Positionen, die Kritik ignorieren. Psychoanalyse muss dort mit Angriffen rechnen, wo sie sich von umstrittenen und letztlich nicht haltbaren Positionen bis heute nicht offiziell distanziert hat, denn:

Die „Grundregel“ ihres Begründers erscheint so sakrosankt wie sie falsch ist – sowohl philosophisch, z.B. intersubjektivitätstheoretisch (*G. Marcel, E. Levinas, M. Henry*) als auch psychologisch mit Blick auf Attributions- und Kontrolltheorien (*Flammer 1990*), denn hier ist die Gefahr gegeben, dass „learned helplessness by therapy“ produziert wird, Dependenzstrukturen implementiert und perpetuiert werden.

Es ist auch die kritische Frage zu stellen: Geht man vielleicht *nicht* daran, dieses **Ideologem** zu entlarven, sich von ihm zu distanzieren, seine Problematik aufzuzeigen, weil es die **Macht** der PsychoanalytikerInnen bzw. der tiefenpsychologischen TherapeutInnen und all der humanistischen, systemischen und wahrscheinlich auch vieler „integrativer“ TherapeutInnen sichert und perpetuiert, die *de facto* und z.T. ganz selbstverständlich – ohne jede Vermutung einer Problematik - auch nach diesem Prinzip der *selbstverständlichen „Offenbarungspflicht“ für PatientInnen* arbeiten? Das von den mutigen selbstkritischen Psychoanalytikern *Pohlen* und *Bautz-Holzherr* (1994) eingeläutete „Ende einer Deutungsmacht“ ist offensichtlich noch nicht wirklich in Sicht, denn es ist schwer, eine hinreichende „Exzentrizität“ zu gewinnen und Konsequenzen für eine andere Praxis zu ziehen, besonders, wenn man dadurch Machtpositionen einbüßt.

Gerade durch *Manfred Pohlens* letztes Buch „*Freuds Analyse. Die Sitzungsprotokolle Ernst Blums*“ (*Rowohlt 2006*), das das einzigartige Dokument einer Analyse bei *Freud*, Stunde um Stunde von dem Analysanden, dem Schweizer Psychiater *Blum*, aufgezeichnet und von *Freud* für die Veröffentlichung approbiert, enthält und somit einen Eindruck der wirklichen Praxis von *Freud* vermittelt. Dieses Dokument bestätigt die von *Cremerius* (1981) in Fleißarbeit zusammengetragenen Zeugnisse von *Freuds* praktischer Arbeit: „*Freud* bei der Arbeit über die Schulter geschaut – seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten“. *Freud* selbst hatte seine Technik mehrfach verändert, war in seiner Praxis, die wir aus zahlreichen Berichten seiner Analysanden kennen (*Cremerius 1981*), offenbar fortschrittlicher, als in seinen behandlungstechnischen Theoremen, wie *Cremerius* feststellt (*ibid.*). *Roazen* (1999) hat mit seiner wichtigen Untersuchung „*Wie Freud arbeitete*“ ein ähnliches Ergebnis herausgearbeitet. *Pohlens* Analyse der Aufzeichnungen von *Blum*, sowie seine dialogischen Interviews mit *Blum* lassen ihn zur Charakterisierung von *Freuds* Praxisstil als „sympathetische Einstellung und aktivistische Einmischung“ (*Pohlen 2006, 50*) kommen. Es wird deutlich, dass die Beziehung der AnalysandInnen zu *Freud* und nicht die Inhalte von *Freuds* Deutungen das heilende Agens war und er sich „immer mit den ungewöhnlichen Tendenzen, mit den aufbegehrenden Intentionen dieser Analysanden identifizierte und verbündete“ (*ibid.*), also verselbständigend und emanzipatorisch arbeitete. Er griff jenseits jeder „Standardtechnik“ in das Geschehen ein, „was mit dem stereotypen Bild vom neutralen Therapeuten, wie es von den orthodoxen Verfechtern wie *Eissler* gekennzeichnet wurde, überhaupt nicht vereinbar ist“ (*ibid. 51*). *Pohlen* leistet eine bedeutende Rekonstruktion dieser Praxis, nicht nur durch die Veröffentlichung dieses einzigartigen Dokuments, sondern auch durch seine luziden Analysen der historischen Kontexte, der Irrungen und Wirrungen der psychoanalytischen Bewegung, die zu der rigiden Fiktion einer „Standardtechnik“ geführt haben, mit der „Generationen von Analytikern in die Irre geführt (*Roazen, l. c. S. 78*) bzw. in Scham und Schuld getrieben [wurden], weil sie in ihrer Praxis, die sie verheimlichen mussten, etwas anderes taten als ihnen vorgeschrieben, um die Not ihrer Patienten zu lindern“ (*Pohlen 2006, 52*).

Und was wurde den PatientInnen durch die seelenlose Standardtechnik, die schweigende, resonanzlose Abstinenz angetan? Darüber muss gesprochen werden! „Freuds berechtigte Angst und Sorge um die Zukunft seiner Schöpfung [der Psychoanalyse] pervertierte in der psychoanalytischen Tradition zu einer rigorosen Verfolgung neuer Ideen und Praxisexperimente und hatte eine vollkommene Immunisierung des Denkens durch das Verdikt der Häresie zur Folge. Diese Ketzerverfolgung bewirkte auch jene intellektuelle Verarmung der Psychoanalyse, die bis heute anhält und zu ihrem geistigen Niedergang geführt hat“ (ibid. 53). Diese parrhesiastischen Äusserungen von *Pohlen*, der selbst ja von vielen seiner PsychoanalytikerkollegInnen geschnitten wird ob seiner aufdeckenden Analysen, müssen natürlich zu der beunruhigenden Frage führen, was diese Phänomene mit *Freud* bzw. den Protagonisten seiner Bewegung zu tun haben. Wenn es zutrifft, dass *Freuds* Praxis seinen „Ratschlägen“ in seinen behandlungstechnischen Schriften entgegenstehen und – gravierender noch – der propagierten und applizierten Praxis der psychoanalytischen Main-Stream-Bewegung, die sich heute ja in der BRD gesetzlich legitimiert als Richtlinienverfahren in eine kaum noch hinterfragbare Machtposition bringen konnten, dann muss der Blick auf diese tiefgreifende Diskrepanz gerichtet werden. „Freuds Technik, das heißt die *Kunst* der therapeutischen Prozessführung, steht allem entgegen, was die orthodoxe psychoanalytische Theorie entwickelt und begründet hat, dass eben das Heil der Analyse von der Rekonstruktion der frühen Kindheit zu erwarten wäre. In den vorliegenden Berichten vertrat Freud in seiner Praxis eine ganz andere Haltung, dass sich nämlich die Probleme des Subjekts von selbst erledigen, sobald der Patient seine unbewusste Grundkonstellation erkennt, anerkannt hat und nicht mehr bekämpfen muss. Das Verstehen war für ihn, wie bereits gesagt, gleichbedeutend mit der Annahme des Schicksals und mit der Aufforderung, sich die Freiheit zu nehmen, darüber hinaus anders zu leben. *Freud* erkannte schon früh, dass sich die Technik nach der Eigenart des Krankheitsfalls richten muss, und diese Haltung widerspricht jeder Anwendung von so genannter Standardtechnik“ (Pohlen 2006, 55f, meine Hervorhebung). Psychoanalyse als „Kunst“ als „Erkenntnisstrategie“, als „Aussöhnung mit dem Schicksal“, wie es die Arbeitsweise *Freuds* zeigt, erinnert insgesamt an die Wege stoischer Therapeutik, wie wir sie exemplarisch bei *Seneca* und *Epictet* finden (Petzold 2004) – *Freuds* Liebe zu Antiquitäten, die seinen Praxisraum jenseits aller analytischen Neutralität füllten, schlägt hier vielleicht eine Brücke. Das macht die Diskrepanz zum schriftlichen Corpus eines bedeutenden Teil von *Freuds* Arbeiten und zu den psychoanalytischen Mainstreamorientierungen um so schärfer.

Hier muss das „Être juste avec Freud“ *Derridas* ansetzen, denn die Kritik, die an ihm – auch von mir immer – wieder geübt wird, muss spezifiziert angreifen und sie muss eine „weiterführende Kritik“ sein. In einer *Bakhtinschen* Perspektive muss man der „Plurizität“ der Person *Freuds* Rechnung tragen: der Praktiker, nein die Praktikerpersönlichkeiten, die wir in ihm finden – er analysierte Frauen anders als Männer, Juden anders als Amerikaner (!, *Pohlen* 2006, 57f) und den/die Theoretiker lassen sich nicht über einen Kamm scheren. Der *Freud*, der als lebenslanges Mitglied der Loge B’Nai B’Rith sein Judentum lebte und der *Freud*, der danach strebte, vom medizinischen/psychiatrischen Establishment mit seiner Psychoanalyse anerkannt zu werden, sind zwei Seiten dieses großen Mannes. Der *Freud*, der sich als positivistischer Naturwissenschaftler verstand bis hin zu einen „scientistischen Selbstmissverständnis“ (*Habermas* 1968) und *Freud* der subversive Kulturkritiker sind wiederum zwei Dimensionen seiner „Plurizität“. Ich habe mich stets gegen den *Freud* gewandt, der seine kreative Kulturhermeneutik positivistisch verkürzt, der die in einen dialogisch-diskursiven Zugang der Erkenntnissuche gewonnenen Erkenntnisse dogmatisierend festschreibt und eine Veränderung des status quo nur einem Hermeneuten zugesteht, sich selbst. Dadurch blieb er in seiner Theorieentwicklung *herakliteisch*, zwang aber einerseits andere Denker seiner Bewegung (Adler, den späten Ferenczi, Rank, Reich u. a.) in die „Dissidenz“ und bereitete andererseits der doktrinären Erstarrung der psychoanalytischen Orthodoxie, die nur einen letzten Hermeneuten, *Freud*, akzeptiert, den Weg. Mit einer generalisierenden Ablehnung *Freuds* wäre nichts gewonnen, denn hinter dem *Freud* der Grundregel, der Chirurgen- und Spiegelmatapher steht ein anderer *Freud*: der Ko-Protagonist in den Analysen, deren andere Protagonisten *Hilda Doolittle* (1975), *Helene Deutsch* (1975), *Smiley Blanton* (1975) und *Ernst Blum* (*Pohlen* 2006) waren. (Vergessen darf aber nicht werden *Freud*, der Analytiker der *Anna O.*, des *Sandor Ferenczi*, *Viktor Tausk*, des *Wolfsmannes*, dessen Behandlungen/Analysen durchaus problematische Seiten hatten; *Nagler* 2003; *Roazen* 1973).

Ein differentieller Blick, wird ein gerechter sein und ein angemessener, einer zumindest, der das zu erschließen vermag, was an der Psychoanalyse wesentlich und behaltenswert ist. *Pohlen* (2006, 371) postuliert, dass die „psychoanalytische Praxis das Tribunal ist, vor dem sich die psychoanalytische Theorie zu verantworten hat“. Das kann nur *ein* Tribunal sein, wenngleich ein wesentliches

(andere wären die Psychotherapieforschung, die neurowissenschaftliche Grundlagenforschung, die philosophisch-anthropologische Forschung), Theorie muss sich auch gegenüber Theorie rechtfertigen, wie *Apel, Canguilhem, Gadamer, Habermas, Ricoeur* – um nur einige gewichtige Autoren zu nennen – gezeigt haben, Theorie muss sich mit ihren Geltungsansprüchen und Herausforderungen „positionieren“. Und so manches von *Freuds* Theoremen hat hier durchaus starke Positionen, wie das immer wieder bestrittene Todestriebkonzept, das „nach Auschwitz“ wieder einmal in neuer Weise bedacht werden muss (*Petzold* 1989h; *Derrida* 2002). Es wird durch keine Hermeneutik eine abschließende Bewertung und Einordnung erfahren.

Die Praxis von *Freud* indes ist dennoch von zentraler Bedeutung, weil die Psychoanalyse als Therapie eine „Praxeologie“ ist (*Orth, Petzold* 2004), die aus der Theorie-Praxis-Verschränkung lebt und sich entwickelt. *Freud* verdeutlicht zu Beginn der *Blum*-Analyse *Ernst Blum* den „Geist der Analyse und die Verantwortung des Analysanden zur Freiheit ... nicht nur zur Freiheit der Selbstdeutung zu kommen durch die Verantwortung für einen selbstanalytischen Prozess in der Analyse; viel mehr noch, sich im Erkenntnisprozess zur Freiheit der Entscheidung, einer willentlichen Entscheidung zu bekennen – entweder so wie bisher weiterzuleben oder jetzt anders leben zu wollen“ (*Pohlen* 2006, 375). Darin wird „die Kunstfertigkeit des Analytikers [...] bei *Freuds* Tätigkeit exemplarisch in der Fähigkeit, den Analysanden zur Kunst der Selbstdeutung anzuleiten“ (*ibid.*). Das ist nicht von der „Grundregel der Integrativen Therapie“ entfernt. Diesem *Freud* und dem, der im „Eigentlich-Unbewussten den unverzichtbaren Teil des Subjekts“ sieht, „der den Menschen erst zum Menschen macht, und das Widerstandsmoment gegen totale Vergesellschaftung“ (*ibid.* 377) bietet, diesem Heros der Auflehnung und des subversiven Kampfes gegen die Strategien nivellierender Anpassung, in denen das Subjekt verschwindet, sieht sich der Integrative Ansatz vollauf verbunden. Wir wissen aber auch, dass nicht alles dem Umsturz Preis gegeben werden darf und dass sich in jeder Subversion das zu Unterminierende subtil reproduzieren kann, dass *deshalb* jede Strategie, und sei sie noch so überzeugend, immer wieder durch die „Dekonstruktion“ (*Derrida*), die „Diskursanalyse“ (*Foucault*), die „metahermeneutische Mehrebenenreflexion“ (*Petzold*) gehen muss (*Dauk* 1989; *Bublitz et al.* 1999; *Royle* 2003). Die Dynamiken der Macht (*Dreyfuss, Rabinow* 1982) und die Mechanismen der Entfremdung kommen in veränderten Rahmenbedingungen der Gesellschaft in jeweils anderer, neuer Weise zum Tragen, so dass hier wirklich von einer „unendlichen Analyse“ gesprochen werden kann, die permanente Aufgabe kritischer Vernunft ist, Arbeit unablässig fragenden Denkens und Fühlens, das sich selbst wiederum auch kritischem Reflektieren und klarsichtiger Hinterfragung auszusetzen bereit ist.

Der „*Freud der Grundregel*“ ist nicht zu eliminieren, das zeigt die Wirkungsgeschichte dieses Konzeptes, das wir sehr bewusst angreifen. Der „*Freud einer emanzipatorischen Praxis*“ darf bei solchen Angriffen nicht ausgeblendet oder verloren werden. Wir haben für ihn eine große Wertschätzung.

4.3. Die „rules“ der Gestalttherapie

Ich hatte mich in meinen Psychoanalysen, die ich durchlaufen habe, *selbst dieser Grundregel der „Offenbarungspflicht für den Patienten“ unterworfen*. Heute weiß ich, es hat mir nicht gut getan. Ich hatte Analytiker von einer – in Befolgung der ihnen von *Freud* auferlegten Grundregel – abgrenzend kühlen Abstinenz erlebt („undurchsichtig wie ein Spiegel“, mit der „Kälte eines Chirurgen“, so *Freuds* Anweisung), und das hatte mich nicht gefördert, um es einmal vorsichtig zu formulieren. In der *Ferenczianischen* Analyse bei *V.N. Iljine* hatte ich indes einen anderen Weg ohne diese beiden „Grundregeln“, die der Selbstoffenbarung für den Patienten und die der zurückgenommenen Abstinenz für den Therapeuten, kennen gelernt, und das war gut und aufbauend.

Ich hatte mich in meinen gestalttherapeutischen Erfahrungen – Seminaren bei „*Fritz Perls*, Workshops bei *Jim Simkin*, *Cynthia Harris*, *Helga Aschaffenburg* u.a. der gestalttherapeutischen „Grundregel“ des rigorosen „Hier-und-Jetzt“ unterworfen. Es war nicht richtig, denn Menschen haben ein *Recht*, über ihre Vergangenheit nachzusinnen. Bei „*Dick Price*, einem der Begründer des Esalen Institutes, habe ich eine *andere Gestalttherapie* kennen und schätzen gelernt.

Perls hatte ja einen Set von „rules“ und „games“ (*Levitzky, Perls 1970*) zusammengestellt, die für die Anwendung gestalttherapeutischer Techniken „guidelines“ (*ibid.* 140) darstellen sollten und als Regeln für den Patienten und für den Therapeuten gedacht sind. Allerdings gibt es für den Therapeuten eine Metaregel, nach der sich *Perls*, sieht man auf die zahlreichen Videoaufnahmen seiner Sitzungen, durchgängig verhielt: „To be oneself every moment“. Und man sieht gerade an diesen Filmen, dass diese Regel für die Patientinnen und Klienten oft einen harten Anfang bedeutete, denn mit ihr sind sie natürlich auch den „moods“ des Therapeuten ausgesetzt und vor allem: die Regel gilt nicht nach beiden Seiten. Die Klienten durften keineswegs sich so verhalten, wie es ihnen im jeweiligen Moment zu Mute war. „*Fritz*“ verwies sie dann oft vom „Hot Seat“, brach die Arbeit ab. „Augenhöhe“ war und ist mit einer solchen Regel nicht zu gewährleisten und auch die Idee, dass man alle Regungen ungefiltert im therapeutischen Kontext leben müsse, ist wirklichkeitsfern. Schon beim ersten Überdenken dieser Regel sollte das klar sein, und dennoch hielt sie sich und hält sie sich. *Ruth Cohn* hatte sie übernommen und natürlich im praktischen Vollzug adaptiert, das heißt aber auch außer Kraft gesetzt. Solche Regeln haben keinen Wert. Das dahinter stehende Autonomiepostulat muss ideologiekritisch befragt werden: „Gibt es überhaupt einen Lebensstil und ein Gemeinschaftsleben, wo jeder jeden Moment er selbst sein kann, sich so darstellt, wie ihm zu Mute ist, mit Wut, Gier, Gehässigkeit „ungebremst“? Es wird deutlich: Diese Regel ist höchst problematisch und wir stellen ihr folgende integrativen Prinzipien entgegen: 1. das „Aushandeln von Grenzen“ – das ist durchaus weit vom sogenannten „Gestaltgebet“ entfernt (*Perls 1969, 4*), denn es verlangt die Bereitschaft zum Aushandeln und vertritt kein „if not it can't be helped“ (*ibid.*) – und 2. das Bemühen um eine „situationsangemessene Passung“, dem das Gestalttherapieprinzip des „creative adjustment“, der kreativen Anpassung nur scheinbar entspricht, denn die „situationsangemessene Passung“ hat zwei konstitutive Momente: die Selbstmoderation/Selbstregulation, um sich kreativ (wo immer möglich) in die situativen Gegebenheiten *einzupassen*, und die Initiative, wiederum die Grenzen der Situation durch ein „Aushandeln“ zu verändern, ein „creative change“ – so ergänzte ich – anzustreben. In meinem ersten Buch über Gestalttherapie, dem ersten deutschsprachigen Text zu diesen damals neuen Verfahren (*Petzold 1973a*), hatte ich schon so manche der Regeln, die im Folgenden dargestellt werden, leicht verändert, um ihre Simplizität ein wenig zu mildern. „The rules are few in number and are usually introduced and described formally at the onset“. Die Regeln sind *nicht* als „Gebote“ (commandments) gedacht, nicht als „dogmatische Auflistung“ von Vorschriften. „... they are offered in the spirit of experiments that the patient may perform“ (*ibid.*). Leider hat *Perls* (nicht zu reden von seinen Epigonen), die „Regeln“ oft harsch und dogmatisch eingesetzt, zum Teil ein „Zu widerhandeln“ durch die Klienten mit Bloßstellungen oder dem Abbruch einer Sitzung quittierend: „So please get off the platform ... Go back to your chair“ (*Perls 1969, 203f*). Ein ziemlich grausliches und keineswegs untypisches Beispiel bietet ein Sitzungstranskript (*ibid.* S. 202-212, das die Anwendung einiger „Rules“ zeigt und die völlige Chancenlosigkeit des Patienten, der sich nur unterordnen kann, sich manipulieren lassen muss, ansonsten: „Runter vom Stuhl!“ John, einem Klienten in einem Esalen-Seminar, der einen „Gedanken“ formuliert und nicht sofort der Regel der „Ich-Sprache“ folgt, emotionale Konkretisierung erreicht, wird kurzerhand abgekanzelt, im Sinne des Wortes, und ihm wird unterstellt: „... you're sabotaging every step.“ Hilflos kann der Patient nur sagen: „And now, you know, I do something that - you know – in one sentence you don't approve of ... You instantly want to get me off your platform. Why? That doesn't seem fair to me.“ Aber der, der die Definitionsmacht hat, *Perls*, kann sich leisten zu sagen: „That's right. I'm not fair. I'm working.“ (*ibid.* 203). Es wird hier sehr drastisch deutlich, wie Regeln autoritär missbraucht werden können.

Die Regeln seien kurz aufgeführt und unsere Gegenpositionen kurz dargestellt:

1. **Das Jetzt:** Alles muss in erlebniskonkretisierender Präsens-Sprache vorgetragen werden. „Wir weisen den Patienten oft aktiv darauf hin, wie leicht er das Jetzt verläßt“ (Levitzky, Perls 1970, 141/1980, 194).
Verbalisierungen in der Vergangenheit, werden oft untersagt oder als Widerstand/Avoidance attribuiert.
► Damit werden wichtige Möglichkeiten „narrativer Praxis“ und Biographiearbeit, wie sie die Integrative Therapie pflegt (Petzold 2003g), und ein differenzierter, zeitbewusster hermeneutischer Zugang zum sich biographisch reflektierenden Subjekt⁶⁷ verunmöglicht. In der Integrativen Therapie berücksichtigen wir die einzelnen Zeitmodalitäten unter Rekurs auf psychologische Zeittheorien im Modell einer „chronosophischen Zeitkonzeption“ (Petzold 1981e, h, 1991o).
2. **„Ich und Du.** Mit diesem Prinzip bemühen wir uns darum, uns so konkret wie möglich klarzumachen, dass zu einer echten Kommunikation beide gehören – Sender und Empfänger“ (1970, 41/1980/1994). Konkrete Adressierung ist gefragt. „Der Patient wird oft aufgefordert, den Anderen beim Namen zu nennen wenn nötig zu Beginn jedes Satzes“ (ibid.).
► Da wird *Buber* nicht erwähnt, wie auch sonst von *Perls* nicht in diesen Kontexten, denn er bezieht sich bewusst nicht auf die *Bubersche* Dialogik, sondern auf ein kybernetisches Kommunikationsmodell des Kontakts mit „Sender und Empfänger“, das er in seinem zentralen Text „Gestalt therapy an cybernetic“ (1959/1980, 119-128) erläutert. Kontakt wird angestrebt, Beziehung und Bindung werden nicht fokussiert. Die Folge dieser Regel ist ein artifizieller, ritualisierter Dialog, fernab von lebendiger „Ko-respondenz“, einem natürlichen Dialogisieren oder Polylogisieren und einem qualitativ reichen Spektrum an Relationalitätsmöglichkeiten, wie es die Integrative Therapie vertritt (Petzold 2002c, 2003 Bd. III, 781ff) vertritt.
3. **„Es“-Sprache und „Ich“-Sprache.** Hier geht um „Verantwortlichkeit und Involvierung“. Wenn alle Es-Aussagen als Ich-Aussagen gemacht werden, „lernen wir, uns stärker mit dem fraglichen Verhalten zu identifizieren und Verantwortung dafür zu übernehmen.“ (1970, 142/1980, 195)
► Wieder wird auf Ritualisierung gesetzt. Ein äußert flaches Verständnis von Verantwortung (responsibility = response-ability, *Perls* 1969, 100) steht dahinter und die naive Annahme, ohne reflexiven Bezug und Willensarbeit zur Praxis einer „engagierten Verantwortung“ zu kommen, wie sie der Integrative Ansatz auf dem Boden einer ausgearbeiteten Gerechtigkeitstheorie, Sinn- und Willenskonzeption vertritt (Petzold 2003d, Petzold, Sieper 2003, Petzold, Orth 2005). Sprachtheoretische Überlegungen fehlen in der *Perls*'schen Gestalttherapie vollends. Der Integrative Ansatz greift hierzu auf *Bakhtin*, *Beneviste*, *Ricœur* zurück und auf poetologische Konzepte (Petzold, Orth 1985; Staub 2002).
4. **Das Bewußtseinskontinuum.** „Die Anwendung des sogenannten Bewusstseinskontinuums... - das 'Wie' der Erfahrung - ist für die Gestalttherapie unbedingt grundlegend .. eine der wichtigsten Neuerungen, ... die von der Gestalttherapie geschaffen wurden“. „Die Bewusstheit von unseren Körpergefühlen und von Empfindungen und Wahrnehmungen stellt unser sicherstes Wissen dar – vielleicht unser einziges sicheres Wissen ... deshalb: loose your mind an come to your senses“ (1970, 143/ 1980, 197). Warum-Fragen werden abgewiesen.
► Die Methode der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“. *Freuds* und *Husserls* Reduktion werden hier versinnlicht. *Perls* wurde zu diesem Ansatz von der *Gindler*-Schülerin *Charlotte Selver* (*Silber*) inspiriert, *Lore Perls* kannte den *Gindler*-Ansatz schon in Deutschland. Dieses Prinzip in der Psychotherapie konsequent einzusetzen, ist innovativ. Mit *Merleau-Ponty*, den *Perls* nicht kennt, hat man für einen solchen Ansatz einen guten Boden, und entgeht man auch dem reduktionistischen „loose your mind“ (mind!, nicht etwa rationality). Wir sagen: „Keep your mind and come to your senses“. Im übrigen, der gestalttherapeutische „seminative Phänomenologismus“ (*Tholey* 1984, 1986) muss wahrnehmungspsychologisch und -physiologisch unterfangen werden um zu einer differentiellen „Awareness-Arbeit“ und Nutzung von Nonverbalität zu kommen (Petzold 2004h). Das „continuum of awareness“, bewusstseins- und wahrnehmungstheoretisch unterfangen, ist auch im Integrativen Ansatz ein wesentliches Instrument, das wir der Gestalttherapie verdanken und sich in ähnlicher Weise auch zu *Rogers*, *Gendlins* Focussing usw. hin verbreitet hat.
5. **No gossiping, kein Tratschen.** Gefühle fördern, anwesende Menschen unmittelbar anreden, das soll „die direkte Konfrontation mit den Gefühlen erleichtern“ (1970, 144/ 1980, 197f).
6. **Asking Questions/Fragen stellen.** Fragen müssen in „genuine und scheinheilige unterschieden werden“, „notwendige und unnötige“, oder solche, die „laziness and passivity on the part of the patient“ (ibid.) repräsentieren.
► Die beiden letztgenannten Regeln laden geradezu zum Zensieren ein und der willkürlichen Interpretation des PatientInnenverhalten ist Tür und Tor geöffnet. Die gestalttherapeutische Literatur (nicht nur bei *Perls*-Transkripten zu sehen) zeigt die Problematik dieser Regeln.

Das Problem dieser gestalttherapeutischen „Rules and Games“ ist nicht nur, dass sie schon zur Zeit ihrer Formulierung vor ca. 40 Jahren schwach oder auch falsch waren, das Problem ist, dass sie in der Gestalttherapie bis in die jüngste Zeit nicht *insgesamt* problematisiert wurden. Mir ist bis heute [2000/2005] keine Arbeit bekannt geworden, die das konsistent unternommen hat (vgl. exemplarisch das autoritative „Handbuch der Gestalttherapie“, das das Themas ausgeblendet hat, *Fuhr* et al. 1999). Mehr als okkasionelle Äußerungen zu der einen oder anderen Regel finden sich nicht. Eine kritisch-metakritische Gesamtbearbeitung auf Konsistenz, wissenschaftliche Anschlussfähigkeit,

⁶⁷ vgl. *Ricœur* 1991, Zeit und Erzählung. Band III: Die erzählte Zeit.

Risikosensibilität fehlt, von der theoriegeleiteten Entwicklung eines alternativen Regelwerks, das mit dem übrigen Theoriebestand der Gestalttherapie konsistent ist, ganz zu schweigen.

Regeln reduzieren Komplexität, geben vermeintliche Sicherheiten. Ich hatte mich bei der *Freud*-schen „Grundregel“ nie wohlfühlt. *Dennoch* habe ich über viele Jahre „irgendwie“ am Prinzip der *Freud*-schen „Grundregel“ festgehalten, ihrer einseitigen „Selbstoffenbarungsverpflichtung“ des Patienten. Ich hatte sie aber dann durch *Ferenczis* Mutualitätskonzept, *Marceles* Intersubjektivitätsideal und *Levinas'* Alteritätsprinzip aufgebrochen (umfassend *Petzold* 1980g) und auf dem Boden dieser Referenztheoriker eine differenzierte „Theorie der Relationalität“ erarbeitet (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit⁶⁸). Die „Rules“ von *Perls* – das „continuum of awareness“ ausgenommen – hielt ich stets für naiv und unbrauchbar, zumal ich ihre Anwendung in höchst problematischer Form bei *Perls*, *Simkin*, *Latner* u. a. erlebte. Kürzere Zeit hielt ich an der Ideologie des „Hier-und-Jetzt“ fest, die *Perls* von *Moreno* übernommen hatte⁶⁹. Ich arbeitete aber schon bald kritisch dieses von *Perls* radikalisierte Konzept zu einem „perspektivischen Hier-und-Jetzt“ (*Petzold* 1974j) aus und erweiterte es dann durch eine differenzierte, moderne Zeittheorie, durch ein „*chronosophisches*“ Modell (idem 1981e, 1991o).

Viele der in meinen ehemaligen Ausbildungsverfahren vorfindlichen Regeln mit reduktionistischem Ideologiecharakter habe ich durch eigene Ausarbeitungen philosophisch, psychologisch und neurowissenschaftlich korrigiert: das *Reich-Lowensche* Körperkonzept, durch eine differentielle Konzeption von „Leiblichkeit“ als „informierter Leib“ (*Petzold* 1985g, 2002j), das um die *consciousness* verkürzte Awareness-Ideologem von *Perls* durch eine integrative Bewusstseinstheorie (*Petzold* 1988a, b, 2003a), den simplen Lernbegriff der klassischen Verhaltenstherapie durch eine differentielle Lerntheorie (*Petzold* 1974j, 309; *Sieper*, *Petzold* 2002). Ich ließ es in der Regel nicht bei der Kritik bewenden, sondern suchte neue, für die Patienten bessere und sichere Wege.

Aber immerhin, ich habe „schlechten Ideologien“ renommierter therapeutischer Leitfiguren „geglaubt“, habe sie – wenn auch nur für einige Zeit – aufgrund meiner Aus- und Weiterbildungen in meine Praxis übernommen, ja in den Anfängen der Integrativen Therapie gelehrt, obwohl ich mit ihnen keine wirklich überzeugenden Erfahrungen in meiner Selbsterfahrung gemacht hatte (was ich mir seinerzeit noch nicht eingestehen konnte) und das obgleich ich bei *Vladimir Iljine* (in der Psychoanalyse) und *Richard Price* (in der Gestalttherapie) andere, bessere Erfahrungen in diesen Quellenverfahren gemacht hatte (ich konnte die Differenz damals noch nicht gut genug beurteilen, das hat Jahre gebraucht).

4.4. Die „Leitregeln“ *Grawes*

Ideologien wiegen schwer, verdunkeln die Sicht. Ganze Szenen von TherapeutInnen hingen und hängen grobem Unfug nach, nicht nur in der Eso-Szene, der Orangen Szene und der Grauen Szene (vgl. höchst informativ *Goldner* 1997). Das *Janov*-Urschreiphänomen, das *Orr*-Rebirthingphänomen, das *Hellinger*-Aufstellungsphänomen (wahrscheinlich auch das *Bandler*-NLP- und z.T. das *Shapiro*-EMDR-Phänomen mit ihren Heilsverheißungen kurzfristiger Erfolge) machen das deutlich. Diese Ansätze haben überwiegend keine klinisch relevante und wissenschaftlich sorgsam begründete Theorie- und Praxeologiebasis, die am unverzichtbaren Fundus der wissenschaftlichen Psychologie mit ihrem Reichtum an empirischer Forschung und an den Ergebnissen der Sozialwissenschaften sowie der Neurobiologie – Quellwissenschaften der Psychotherapie – ausgerichtet sind und zu ihnen und den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung eine gute Anschlussfähigkeit haben. Letzteres ist unverzichtbar. Es geht allerdings „keineswegs [nur um, sc.] Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Therapieverfahren, sondern alle Ergebnisse aus Psychologie, Psychiatrie, Neurowissenschaften und Psychotherapieforschung, die Erkenntnisse über die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen und über die Wirkungsweise von Psychotherapie beinhalten“, sind, wie *Grawe* (2005a, 6) zu Recht betont, wesentlich. „Kontrollierte Wirksamkeitsstudien sind unverzichtbar und auch unter Praxisbedingungen möglich“ (ibid. 4). Aber: „Durch die empirische Validierung von Therapiemethoden entsteht noch keine wirksamere Psychotherapie. Es geht vielmehr darum, über die bestehenden Methoden und Therapieformen hinauszukommen. Nicht Therapiemethoden und Therapieformen, sondern Wirkfaktoren, Sichtweisen und

⁶⁸ vgl. *Petzold* 1986e, 1991b, 1996k; *Petzold*, *Müller* 2005

⁶⁹ *Moreno* hatte die „Hic et nunc“-Formel 1934 in die Psychotherapie eingeführt, der Sache nach schon 1923 in seiner „Rede über den Augenblick“ (*Moreno* 1923, 1934, vgl. *Petzold* 1981e). Er hatte aber nie die anderen Zeitdimensionen ausgeblendet, wie seine Methoden der „*Vergangenheitsexploration*“ und „*Zukunftspjektion*“ zeigen (*Petzold* 1979k).

Therapieausbildungen müssen empirisch validiert werden, wenn Psychotherapie insgesamt wirksamer werden soll, als sie heute ist“ (ibid. 4). Auch hier hat *Grawe* Recht. Über seine Konklusion: „Eine radikale Abkehr vom Denken in Therapiemethoden tut not“ (ibid.), darüber kann man streiten. Klar erscheint aber, dass eine radikale Abkehr von der Hermetik erforderlich ist, die viele „Schulen“ kennzeichnet. Die Mängel psychoanalytischer Standardliteratur, was die Rezeption allgemeinpsychologischer, z.B. persönlichkeitspsychologischer, gedächtnis- oder emotionspsychologischer Basis- und Forschungsliteratur anbelangt, also einen „Blick über den Zaun“ anzeigen würde, ist gravierend (*Mertens* 1991; *Treuniet* 1995). Gerade in einem modernen Handbuch zu Grundbegriffen der Psychoanalyse (*Mertens, Waldvogel* 1999) sollte man Quergänge zu den theoretischen Entwicklungen auch in „konkurrierenden“ Paradigmen erwarten. Ganz ähnlich sieht es in dem fast zwölftausendseitigen „Handbuch der Gestalttherapie“ (*Fuhr et al.* 1999) aus, wo in den klinischen Kapiteln kaum ein Beitrag auf dem Stand der Therapieforschung ist oder man Anschluss an die Kenntnisstände der klinischen Psychologie oder Neurobiologie hat⁷⁰. Patienten hätten ein Recht auf breitere Informiertheit ihrer TherapeutInnen, wie *Grawe* (1992) schon polemisch anprangerte und wie er auch aktuell beklagte: „Wenn das Ziel eine möglichst wirksame Psychotherapie ist, müssen alle Fakten zur Kenntnis genommen und berücksichtigt werden, die sich für das Therapieergebnis als relevant erwiesen haben“ (idem 2005a, 10), eine Position, die der Integrative Ansatz uneingeschränkt vertritt⁷¹.

Aber hier muss *Grawe* auch ergänzt und überschritten werden. Sein schon zitierter Satz: „Durch die empirische Validierung von Therapiemethoden entsteht noch keine wirksamere Psychotherapie“ (*Grawe* 2005a, 4) muss über seine empirizistisch verkürzte Begründung hinausgeführt werden. Es geht um mehr als nur um Wirkfaktoren: es geht um Menschenbilder, die die Metaziele von Therapien bestimmen (*Fahrenberg* 2004; *Hagehülsmann* 1984; *Petzold* 2003e), es geht um ethische, normative Orientierungen (idem 2003d, 2005r; *Regner* 2005, www.diss.fu-berlin.de/2006/34), ohne die Therapie seriös und verantwortlich nicht durchgeführt werden kann.

Grawes Arbeiten, seine Polemiken und streitbaren Einlassungen zeigen deutlich eine ethische Ausrichtung: nämlich für die PatientInnen optimal wirksame Methoden zu entwickeln und ihnen Fehl- und Irrwege, Risiken und Gefahren (und derer sind viele im Felde der Psychotherapie, *Märtens, Petzold* 2002) zu ersparen. Und dafür hat er in seinem letzten Buch auch „Leitregeln für die Therapiepraxis“ (*Grawe* 2004, 433ff) formuliert und zwar „in der Überzeugung, dass Therapeuten, die sich an diese Regeln halten, im Durchschnitt ganz besonders gute Therapieerfolge erzielen. Diese Überzeugung beruht darauf, dass jede Regel ein solides empirisches Fundament hat“ (ibid.). Es geht ihm also ums PatientInnenwohl und er legt dafür ein zentrales Rationale offen, das „Sinn macht“. „Es sind nicht Methoden, die validiert wurden, sondern störungs- und methodenübergreifende Leitregeln für die therapeutische Praxis“ (ibid.). Ehrlicherweise hebt er heraus, dass diese Leitregeln als „gut begründete Behauptungen“ – Destillate aus Forschungsergebnissen – ihrerseits validiert werden müssen. Die zehn von ihm formulierten „Leitregeln für die Therapieplanung“ (ibid. 434 f) machen auch aus integrativer Perspektive durchaus Sinn und dennoch haben wir mit Bezug auf diese Regeln und auch für die „Leitregeln auf den Therapieprozess“ (435 ff) einen tiefen und grundsätzlichen Dissens mit *Grawe*, nämlich dass die Mehrzahl der Regeln und die gesamte Herangehensweise **nicht „intersubjektiv“ angelegt ist**. Beständig wird vom Therapeuten etwas mit dem Patienten gemacht – Genderperspektiven fehlen in dem gesamten Buch. Der Therapeut plant, macht, tut ... Exemplarisch greife ich Planungsregel 4 heraus: „*Finde heraus, für welche der möglichen Ansatzstellen für Veränderungen der Patient die höchste motivationale Bereitschaft und die besten Ressourcen mitbringt*“. Oder 7: „*Wähle nur Ziele aus, für die der Patient intrinsisch motiviert ist ...*“ (ibid. 434). – Integrativtherapeutisch würde das so angegangen: 4. „*Erkläre (psychoedukativ und commonsenseorientiert) dem Patienten/der Patientin, wie Veränderungen in der Psychotherapie geschehen können, was Motivationen sind und wofür sie notwendig werden, sowie was Ressourcen sind, um mit ihm/ihr gemeinsam nach den besten Ressourcen und Motivationen zu suchen.*“ – Oder 7: „*Erkläre dem Patienten/der Patientin wofür Zielfindung gut ist und wie Zielrealisie-*

⁷⁰ Die beiden Spezialbeiträge von *Butollo* und *Greenberg* ausgenommen. Standardwerke der klinischen Psychologie (von *Bastine, Baumann, Margraf, Perrez* u.a. scheinen nicht auf, *Grawe* wird defensiv-polemisch behandelt, Namen wie *A. Beck, A.E. Bergin, S. Garfield, M.J. Lambert, D.E. Orlinsky, H.H. Strupp* – um damalige Protagonisten zu benennen – finden sich nicht oder nur okkasionell. Anschluss an die Neurobiologie gibt es nicht (kein *Damasio, Edelman, Freeman, Kandel, LeDoux* – selbst *A.R. Lurija* oder seinen populären amerikanischen „fan“ *O. Sacks* tauchen nicht auf in 1200 Seiten!).

⁷¹ *Steffan, Petzold* 2001; *Petzold, Hass et al.* 2000; *Steffan* 2000; *Märtens, Leitner, Steffan, Telsemeyer, Petzold* 2003; *Leitner* 2003, 2004.

„... gute Chancen haben kann und erarbeitete mit ihm/ihr gemeinsam eine realistische Zielstruktur“ (vgl. Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Ich bin überzeugt davon, dass Klaus Grawe mit meinen Umformulierungen ganz einverstanden wäre, dafür kenne ich ihn aus bald zehnjährigem Kontakt und Arbeit als Gastprofessor an seiner Abteilung (1980-1989) – er nahm an den von mir geleiteten erlebnisaktivierenden Seminaren teil, z. T. auch an den Supervisionssitzungen, die ich über Jahre mit dem Team der Praxisstelle durchführte – gut genug. Und dennoch wage ich zu sagen: seine fehlende intersubjektivitätstheoretischen und damit letztlich anthropologische Reflexion wirft ihn hinter den eigenen Anspruch zurück. Selbst wo es etwas intersubjektiver klingt, bleibt ein unnötig fremdbestimmendes Moment in der Formulierung: 6. *„Achte bei der Ausarbeitung der gemeinsam zu verfolgenden Therapieziele mit dem Patienten darauf ... Lass dich nicht auf die Formulierung von Vermeidungszielen oder negativ formulierter Ziele ein.“* Es ist der Therapeut, der die Ausarbeitung vornimmt, über Negativziele entscheidet. Damit wird in subtiler Weise der „locus of control“ *external* gehalten, trotz des gelegentlichen Zitierens von Flammer, der gleichfalls in Bern lehrte, nämlich des ausgezeichneten Buches „Erfahrung der eigenen Wirksamkeit“ (Flammer 1990). Alternativ: 6. *„Überzeuge den Patienten/die Patientin davon, wie wichtig es ist, gemeinsam die zu verfolgenden Ziele auszuarbeiten. Kläre ihn über die Probleme von Vermeidungszielen auf und motiviere ihn, solche zu entdecken und zu verändern ...“*. Hier wird ein „shared locus of control“ angestrebt und der Patient zur aktiven Mitplanung und Mitgestaltung seiner Therapie angehalten (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Bei den Leitregeln für den Therapieprozess liegen die Probleme ganz ähnlich: 1. *„Frage dich während einer Therapiesitzung immer wieder, welche impliziten Wahrnehmungen der Patient im Moment macht. Welche Bedeutung das hat, was gerade geschieht, für seine motivationalen Ziele und für seine Grundbedürfnisse ...“*. Wenn Klaus Grawe sich nicht so abgrenzend gegen die Psychoanalyse gestellt hätte, bis in seine letzten Verlautbarungen (Grawe 2005), könnte man meinen, er sei unter die Analytiker gegangen. „Woher weiss er, was im Kopfe des Patienten vorgeht, wie er Wahrgenommenes bewertet und mit Bedeutungen belegt? Alternativ formuliere ich:

1. *Sensibilisiere den Patienten/die Patientin für seine aktiven und rezeptiven Wahrnehmungen, versuche mit ihm über die Beziehung und das Beziehungsgeschehen ins Gespräch zu kommen ...* (Petzold, Müller 2005).

2. *„Überlege nicht nur jeweils, was du sagst und tust, sondern überlege und gestalte sorgfältig, wie du es sagst und tust“* (Grawe 2004, 436).

Ja, wie soll denn das gehen „jeweils“? Hier wird ein eher schlichtes Modell von Therapeut-Patient-Interaktion vorgelegt, das wenig interaktional ist. Als ob das interaktive Geschehen Sprechakt um Sprechakt, Nonverbalsignal um Nonverbalsignal von Seiten des Therapeuten gesteuert werden könnte. Hier fehlt eine Theorie der Nonverbalität und der Bezug auf die neuromotorische bzw. neurophysiologische Interaktionsforschung⁷² etwa die Forschungen zu den Spiegelneuronen (Petzold 2002j, 2004h, j).

In den Behandlungsregeln 4, 5, 12 (S. 437, 439) werden die Regeln ein wenig intersubjektiver, sie bleiben aber letztlich in dem verkürzten Intersubjektivitäts-, aber auch Interaktions-Kommunikations-Konzept stecken. 12. *„Beharre nicht auf Therapiezielen, für die der Patient sich nicht wirklich einsetzt ... Strebe stattdessen gemeinsam mit dem Patienten andere Therapieziele an. Wenn ... keine Fortschritte erkennbar sind, sei bereit, dein Fallverständnis grundsätzlich in Frage zu stellen und besprich das weitere Vorgehen mit einem erfahrenen Kollegen“* (ibid. 439). Die Formulierung zeigt, dass das „Fallverständnis“ (die „Therapiekonzeption“ würden wir, das verdinglichende „Fall“ vermeidend, sagen) allein im Kopf des Therapeuten vorzuliegen scheint. Intervention und Supervision sind sicher nützliche Instrumente der Reflexionshilfe. Aber warum soll das fehlende Weiterkommen, das nicht funktionierende „Fallverständnis“ nicht mit dem Patienten/der Patientin metakommuniziert werden, so dass man *gemeinsam* zu neuen Wegen zu kommen sucht? Hier findet sich offenbar ein Bias, was das Zutrauen in die Mitwirkungsfähigkeit von PatientInnen anbelangt. Eine subtile Unfähigkeitszuschreibung müsste da supervisorisch angesehen werden. Ggf. könnten Therapeut und Patient, wie wir das vorgeschlagen und gelegentlich in Supervisionen erfolgreich praktiziert haben, gemeinsam eine Supervision aufsuchen, wenn etwa eine therapeutische Beziehung sehr „verclinched“ ist (Petzold, Orth 1999). – Und natürlich gibt es auch PatientInnen, mit denen eine solche metakommunikative Arbeit nicht möglich ist, ja Grawes wichtige, und prinzipiell richtige Forderung „Gestalte jede Therapiesitzung so transparent wie möglich“ (Grawe 2004, 437) sich nicht umsetzen

⁷² Iverson, Thelen 1999; Thelen, Smith 1994; Rizzolatti et al. 1996; Stamenov, Gallese 2004; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994.

lässt, z.B. bei psychotischen oder schwer Borderline-persönlichkeitsgestörten PatientInnen. Und dann wird es schwierig. Dann liegen die Entscheidungen in sehr umfassenden Maße allein beim Therapeuten und ggf. seiner Supervisorin, seinem Team, wobei als Hilfsprozedur Entscheidungen in „unterstellter Intersubjektivität“ (Petzold 2003a, 802f) gefällt werden sollten unter der Fragestellung: „Würde der Patient, wenn er vollsinnig meine Entscheidung beurteilen könnte, der von mir für ihn gewählten Maßnahme zustimmen?“ Natürlich sind solche Prozesse supervisorisch zu begleiten, um das Risiko von Fehlentscheidungen zu vermindern.

Es sollte bis hierhin deutlich geworden sein: Therapieverfahren – praktisch alle – haben mehr oder weniger präzise, transparent oder weniger transparent formulierte mehr oder weniger theoretisch elaborierte Regeln bzw. **Grundregeln**, die allesamt nicht kritisch/metakritisch erarbeitet, reflektiert, geschweige denn beforscht worden sind – Grawe benennt, zumindest explizit, die Notwendigkeit der Beforschung seiner Leitregeln! Sie verfügen in der Regel auch über kein solides philosophisch-anthropologisches Fundament. Eine solche Situation muss dringend zu Konsequenzen führen: **zu kritischen Diskursen zwischen den Verfahren über ihre Prämissen und expliziten und impliziten „Grundregeln“**.

Besonders überzeugend für den obskurantistischen Sog von Therapieideologien ist das Festhalten weiter Kreise der psychoanalytischen und tiefenpsychologischen „community“ an vielen ethisch, erkenntnistheoretisch, entwicklungspsychologisch, neurowissenschaftlich höchst problematischer Ideologemen, die für die *„besonnene Überlegung“* – der „gesunde Menschenverstand“ ist ja zur Unnennbarkeit stigmatisiert – schon lange befremdlich waren, wie z. B.: die duale Triebtheorie, Primär- und Sekundärprozess, das Ödipustheorem, die einseitig medizinisierte Pathologieorientierung, die assoziationspsychologischen Ausrichtungen und das Zergliederungsmodell des Analysierens, das der Ganzheitlichkeit psychischer Funktionen nicht gerecht wird, das nur scheinbar eingängige Instanzenmodell der Persönlichkeit, welches keinen Anschluss an persönlichkeitspsychologische Forschung bietet, die Entwicklungsmythologie (oral, anal bzw. autistisch, symbiotisch etc..), das linear-kausale Pathogenesemodell mit seiner Frühstörungsfixierung, die einseitige Widerstandstheorie, die verweigernde Abstinenz usw. usw. *Freud* und viele seiner Epigonen haben zahllose Annahmen, Behauptungen, Geltungsansprüche in die Welt gesetzt, durchaus inspirierende und herausfordernde, doch die Herausforderung muss angenommen werden durch empirische Überprüfung.

Grawe, noch vor seinem Psychologiestudium fasziniert *Freud* lesend, kam dabei „immer wieder die Frage auf ... Woher weiß der, dass das richtig ist? Diese Frage hat mich eigentlich nie losgelassen“, schreibt er (*Grawe* 2005). „Auch bei den vielen Ansätzen, die ich dann später kennen gelernt habe, habe ich mich gefragt: Ist das eigentlich wirklich so?“ (ibid.). Mir ist es ganz genauso gegangen wie *Klaus Grawe* und ich habe dann Ende der sechziger Jahre mit einer systematisch vergleichenden Lektüre der Standardliteratur der großen Schulen begonnen und einen *„common and divergent concept approach“* für diese „Wege zum Menschen“ (*Petzold* 1984a) entwickelt, habe nach übereinstimmenden und divergierenden Vorstellungen gesucht, mich auch den verschiedensten Formen der Selbsterfahrung unterzogen, um nicht nur im theoretischen Raum zu bleiben, sondern auch den Raum emotionaler Erfahrungen zu betreten.

5. Lücken, Mängel, Fehlannahmen, Mythen in Theorie und Praxis

In dieser persönlichen Suche fand ich sehr viele wertvolle Konzepte und Methoden und immer wieder immense Einseitigkeiten, so dass ich zu der Konklusion kam: „Die traditionellen Schulen der Psychotherapie sind groß, allerdings auch groß in ihren Einseitigkeiten. Sie haben gemeinsame Konzepte und Praxen, „**Homologien**“, mit denen sie sich bestätigen, und sie haben divergierende Konzepte und Praxen, „**Differenzen**“, mit denen sie sich ergänzen könnten, wenn sie über den Tellerrand schauen würden. Es finden sich aber auch „**Divergenzen**“, Unvereinbarkeiten, die durch Forschung geklärt werden müssten“ (Petzold 1971f). Später (idem 1974j) habe ich dann die Überschneidungen und Divergenzen in Schnittmengendiagrammen herausgearbeitet.

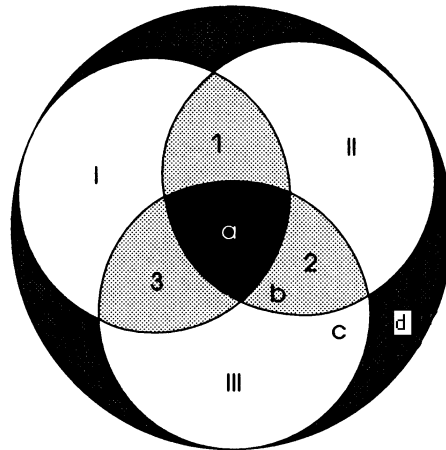


Abb.: Homologien und Differenzen – „*common and divergent concepts*“ in den Orientierungen der Psychotherapie (Schnittmengendiagramm aus: Petzold 1980q)

Legende:

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

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

III Verhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*)

a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)

b Similäres (hellgraue Felder)

c Divergentes und Differentes (weiße Felder)

d Synergetisches (mittelgraue Felder)

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

2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben

3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben.

Man könnte sich also ergänzen, aber das geschieht nur in sehr geringem Maße. Grawe und ich haben solche Ergänzungen in unterschiedlicher Akzentsetzung vorgenommen. Er hat z. B. drei Komponenten herausgestellt: 1. die Symptomatik mit ihrer Eigendynamik, 2. die unmittelbaren Entstehungsbedingungen im Lebenskontext, 3. die Bedingungen der Lebensgeschichte. „Wenn wir alle drei Komponenten berücksichtigen, werden wir wirksamer werden. Alle drei Aspekte werden aber bisher in keiner einzigen Therapierichtung verwirklicht. Deswegen glaube ich, das irgendeine Form von Integration oder Zusammenwachsen der verschiedenen Richtungen in der Psychotherapie die Zukunft sein muss“ (Grawe 2005). Genau das hatte ich 1998 in meinem Abschlussvortrag auf dem „Deutschen Psychologentag“ in Würzburg mit meinem Vortrag „Psychotherapie der Zukunft“ und an vielen Stellen zuvor vertreten und war mit der „Integrativen Therapie“ bemüht, genau dieser Aufgabe nachzugehen: Um der PatientInnen willen!

Ich habe auch, schon in den Modellen von 1974 (j, vgl. die Modelle S. 304 und 313), dem „Tetradischen System“, den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ (1988n) die von Grawe angesprochenen Komponenten durchaus auf dem jeweiligen zeitgegebenen Wissensstand berücksichtigt. Heute mit dem Integrativen Ansatz verfügen wir über ein sehr breites und umfassendes Modell (Petzold, Orth, Sieper 2005), das schon Vieles abdeckt – mehr als Grawe forderte, denn auch er greift in manchem zu kurz, wie ich meine.

Insgesamt fokussiert die **Integrative Therapie** im Sinne ihres grundsätzlich „**mehrperspektivischen Ansatzes**“ (Petzold 1974j, 301ff, 316; 1988n, 85, 181, 1991a, 1998a, 2003a, 947ff; Jakob-Krieger, Petzold et al. 2004; Gebhardt, Petzold 2005) in ihrer Arbeit auf einer Reihe zentraler Perspektiven. Die wichtigsten, die jeweils *multireferentiell* eingestellt und genutzt werden können, seien nachstehend aufgeführt:

1. **Leibperspektive**. Sie steht an erster Stelle, weil alle Prozesse des Wahrnehmens und Erfahrens, jede „*Selbsterfahrung*“ und alle „*dynamischen Regulationsprozesse*“ (= Selbstorganisationsprozesse) menschlicher Subjekte ihre Grundlage in der **Leiblichkeit** des Menschen haben (Petzold 1885g, 2003a. Die Leibperspektive wird fokussiert behandelt z. B. durch körperorientierte Psychotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Psycho- und Neuromotorik (Petzold 1974j, 1988n; 2002j, , 2004h; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997)
2. **Beziehungsperspektive** (interpersonale bzw. intersubjektive Ko-respondenz idem 1978c; 1988n, 285ff, 504f; Petzold, Müller 2005).
3. **Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne** (Petzold, Bubolz 1976, 1979; idem 1982f, 1988n, 199; 1992b/2003a, 515-606, 1999b).
4. **Kontextperspektive**, d. h. Netzwerk-, Social world, Lebenslage 1985a; 1988n, 185, 205; 2000h; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin 2004);
5. **Motivations- und Willensperspektive** (1974b, 1988n, 505f; 526ff; 1997p, Jäckel 2001; Petzold, Sieper 2003a, b, 2006).
6. **Störungs-/Problemperspektive** (1974j , 346-398; 1974b; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997, 2003a).
7. **Ressourcenperspektive** (1988n, 55f; 1993p; 1997p);
8. **Sinnperspektive** (1978c; 1983d; Petzold, Orth 2005a, 2004b).

Eine ähnliche Auflistung (ohne 1, 4, 8) bietet neuerlich auch Grawe (2005a), wobei er mit Recht die Wichtigkeit der empirischen Validierung für die einzelnen Perspektiven betont.

Obleich also die Breite der Perspektiven schon recht nahe an dem zu sein scheint, was PatientInnen brauchen (Petzold, Orth, Sieper 2005), und wir auch bei der empirischen Validierung Zug um Zug vorankommen (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002) sowie auf Erkenntnisstände der Psychotherapieforschung zurückgreifen können (Lambert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005), bleibt noch sehr viel zu tun, und ich bin überzeugt davon, dass die obige Aufstellung noch Ergänzungen, vor allen Dingen aber noch Spezifizierungen und Vertiefungen erfahren wird.

Gleicht man diese Aufstellung mit der offiziellen Praxis der „Schulen“ ab, so finden wir bei allen erhebliche Lücken in Theorie und Praxeologie, Einseitigkeiten und Reduktionismen. Im konkreten Tun breit weitergebildeter TherapeutInnen, die heute in verschiedenen Ansätzen Erfahrungen gemacht haben, wird man indes viel von den zusammengestellten Punkten finden. Die Praktiker sind hier oft weiter, als die Manuale und Text Books der Puristen, die häufig *Reduktionismen* verhaftet sind. Der *Reduktionismus* der klassischen Verhaltenstherapie, der z.T. auch bis in die moderneren Formen behavioraler Praxis durchschlägt, soll hier nicht unerwähnt bleiben. Er vertritt einen zum Teil naiven Mythos von Wissenschaftsgläubigkeit, bis zu einem Punkt, an dem der Psychotherapieforscher Grawe (2005) konzipieren muss: „Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder“. Wir haben ein ganzes Buch über die verschiedenen „Mythen der Psychotherapie“ gemacht (Petzold, Orth 1999). Und all das ist ja nicht ungefährlich, sondern „riskant“! So manche der Theorien und Praxen führen zu Missverstehen, Fehlbehandlungen und Verletzungen. Die analytischen Widerstandsdeutungen, gestaltischen Konfrontationen, systemischen paradoxen Interventionen können immer wieder zu seelischen Wunden führen. Verweigernde Abstinenz ohne Flexibilitätsspielräume kann genauso zu Dekompensationen führen wie ungefiltertes „selfdisclosure“. Fehldiagnostizierte und -interpretierte Parenting-Behandlungen, wo TherapeutInnen tatsächlich meinen, sie seien „Analyse-Mütter oder -Väter“ und KlientInnen tatsächlich glauben und im Glauben gehalten werden, sie seien „Analyse-Kinder“, können zu toxischen Bindungen und malignen Regressionen führen und die benignen Erfahrungen der Zuwendung und Unterstützung eines mütterlichen oder väterlichen Menschen/Therapeuten verstellen (vgl. für die Integrative Therapie kritisch-selbstkritisch Otte 2002, sowie Petzold, Orth 1999 und das dort dargestellte „differentielle Parenting/Reparenting-Konzept). Dass es kaum Forschung und Literatur über „*Schäden, Risiken und Nebenwirkungen*“ in der Psychotherapie gibt, *ist ein Skandal*. Wir haben hierzu ein Buch gemacht (Märtens, Petzold 2002).

Neben den Auslassungen und Fehlern, den Mythen und Einseitigkeiten der „Schulen“ gilt es natürlich auch für jeden einzelnen Therapeuten, für jede Therapeutin die eigene Praxis kritisch zu reflek-

tieren, nach Problematischem, Fehlerhaftem zu suchen, sich durch Supervision kontrollieren zu lassen (auch immer wieder durch *verfahrensverschiedene* Supervision, denn Supervisoren der eigenen Schule können durchaus die Fehlannahmen und Mängel des eigenen Therapieverfahrens verstärken, *Petzold, Schigl et al. 2003*). Bei sorgfältiger Reflexion kann man immer wieder einmal Fehler in der eigenen Praxis entdecken (*Brühlmann-Jecklin 2002*)

Ich habe selber Fehler in der Psychotherapie gemacht – wer könnte dem entgehen? – Fehler, die z.T. in der unzureichenden Reflexion einiger meiner und in der Gestaltszene gängigen gestalttherapeutischen Ideologeme und des gestaltischen „life style“ der sechziger und siebziger Jahre gründeten: Kathartisch-emotional überhitzte Arbeit, manchmal zu harsche Konfrontationen oder zu geringe Abgegrenztheit. Eine ganze Szene hat diese Fehler gemacht und macht sie zum Teil noch. Das exkulpiert meine Fehler überhaupt nicht, macht aber deutlich, wie vernebelnd solche „Szene-Ideologien“ sind oder sein können. *Ich habe, aus meiner heutigen Sicht, Fehler im Gebrauch bioenergetischer, reichianischer und neoreichianischer Körpertherapien gemacht* – zum Glück ist niemand ernsthaft zu Schaden gekommen -, weil ich meinen „Trainern“ und Lehrern gefolgt bin und ihre Praxis übernahm. Sie waren z.T. sehr beeindruckende Persönlichkeiten. Ich hatte dabei meine physiologischen und neurowissenschaftlichen Kenntnisse (ich hatte mich in den sechziger Jahren im Studium ausführlich mit *Lurija, Bernstein, Ukhtomskij* u.a. befassen müssen) einfach ausgeblendet, für einige Zeit, bis das Miterleben eines gravierenden Fehlers des Begründers der bioenergetischen Analyse auf einem unserer Intensivseminare (Gestaltkibbuz) Mitte der siebziger Jahre – massiver Druck auf die Halswirbel eines Klienten löste bei diesem eine Armparese aus – mich zum Nachdenken brachte. Ich änderte meine Praxis der Körperarbeit nachhaltig (*Petzold 1975e*). Ein weiterer Zwischenfall, bei dem mir die Krisenintervention „überlassen“ wurde (der Körperguru war einfach abgereist und ich war zufällig in der Tagungsstätte), ließ mich meinen Artikel „Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie“ schreiben (*Petzold 1977l*). Mir ging es damals ähnlich wie bis heute vielen PsychologInnen, die ihre Kenntnisse der Gedächtnispsychologie, Emotionspsychologie, Wahrnehmungspsychologie ausblenden, wenn sie in Psychotherapieausbildungen gehen – humanistisch-psychologische, aber auch in tiefenpsychologische/psychoanalytische Richtlinienausbildungen, die m.E. gar nicht unbedenklicher sind -, und dort neben soliden Wissensständen auch obskure Theoreme übernehmen, die dem, was sie im Studium gelernt haben, klar widersprechen. Man denkt einfach nicht nach, etwa über die Frage, welche Risiken und Nebenwirkungen die verhaltenstherapeutischen Expositionstherapien in der Angst- und Traumabehandlung für das Immunsystem haben könnten oder haben, was mit den 30-40 Prozent der Non-responder unter den AngstpatientInnen bei diesen Techniken ist, die Expositionen immer wieder auch als „Tortur“ beschreiben. Heiligt der Zweck die Mittel – 60-70% Prozent der beendeten (!, die Drop-out-Raten wurden zumeist nicht mitgeteilt) Therapien symptomfrei? Wir wissen nichts über Langzeitwirkungen, nichts über eventuelle Nebenwirkungen der „erfolgreichen“ Expositionen, nichts über die der „nicht erfolgreichen“. Es wurde bislang einfach nicht untersucht. *Klaus Grawe*, selbst ein wirklich engagierter und profilierter Psychotherapieforscher, schrieb unlängst in einer Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes:

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

Viele Probleme in Theorie und Praxis von Psychotherapie – aller Schulen und Richtungen –, viele Ausblendungen, Mängel und Einseitigkeiten sind bislang noch kaum ins Bewusstsein getreten. Manche wichtige Themen blieben marginal oder kommen erst relativ spät ins Bewusstsein des psychotherapeutischen Feldes. Hier konnte ich in einigen Bereichen wirkliche Pionierarbeit leisten, etwa in der Psychotherapie mit alten Menschen und Sterbenden⁷³ deren Praxis wir im deutschsprachigen Bereich de facto inaugurierten konnten oder in der „Körper- bzw. Leibtherapie“, die ich hier-

⁷³ *Lückel 1981; Petzold, Bubolz 1976, 1979, Petzold 1999l, 2004a, 2005a; Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Varevics, Petzold 2005.*

zulande weitgehend einführt⁷⁴. Ich sehe aber auch in der Entwicklung der „**Integrativen Therapie**“, wie lange manche Themen gebraucht haben – auch wenn ich sie schon früh gesehen hatte –, bis sie eine angemessene Ausarbeitung erfuhren, wie etwa das Thema des „Willens“ (idem 2001), der „Gerechtigkeit“ (idem 2003d) oder der „sanften Gefühle“ (idem 2005r), nicht zuletzt, weil sie z. T. im gesamten psychotherapeutischen Feld vernachlässigt waren und ich dann auf wenig Vorarbeiten zurückgreifen konnte. Durch meine „Einladung zur Mitarbeit“ von KollegInnen aus anderen „Schulen“ bei Sammelbänden zu solch vernachlässigten Themen versuchte ich dann immer wieder, auch das „Feld“ für wichtige Fragestellungen zu sensibilisieren. Auf einige solcher Themen sei kurz eingegangen.

5.1 Theorielücken – fehlende Gender-, Gerechtigkeits-, Ethikperspektiven als Quellen unzureichender Therapie

Es gibt nicht nur Fehler und Mängel in der Praxis sondern auch solche in der Theorie, die durchaus praktische Konsequenzen haben. Einige seien exemplarisch genannt: Mir unterlief z. B. in der Theorieentwicklung bis in die achtziger Jahre der Fehler einer Unterschätzung der Genderprobleme, die ich zwar kannte, aber nicht ausreichend gewichtete, was dann, nach wichtigen Erkenntnisritten durch die Auseinandersetzung mit feministischen Autorinnen und Kolleginnen 1984 zu einem „Gender-Projekt“ an dem von mir geleiteten Institut führte und 1988 zur Änderung der „anthropologischen Grundformel“ (Petzold 2003e) durch einen Einschub: „Der Mensch – *als Mann und Frau* – ist ein Körper-Seele-Geistwesen ...“. Insgesamt kam es zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit genderspezifischen Fragen in der Integrativen Therapie⁷⁵. Frauen und Männer in Diagnostik und Therapie nicht *spezifisch* zu betrachten, kann zu Fehlbehandlungen führen – sie sind gar nicht so selten – und Genderunrecht fortschreiben. Fehler bestehen in der *Vernachlässigung und Vereinseitigung von Themen*, und darin ist die Psychotherapie groß. Das Thema des *Körpers*, der *Leiblichkeit* (Petzold 1985a) wurde von den meisten Schulen ausgeblendet; das Thema des *Geistes*, der *Geistigkeit* (idem 1983e, Orth 1993; Petzold, Orth 2005) ohnehin - und damit ist nicht nur der „spirituelle“ Bereich gemeint und schon gar nicht New Age-Mystizismus, sondern Bereiche wie *Werte, Tugenden, Sinn, Gerechtigkeit, das Wollen eines Guten, Macht/Machtmissbrauch, Friede, Menschenrechte, Altern/Sterben/Endlichkeit, Schönheit* usw. Diese Bereiche sind bei den meisten Schulen *terra incognita*. Wir haben große Anstrengungen unternommen, diese Themen, die seit den Anfängen der Integrativen Therapie im Konzept einer „philosophischen Therapeutik“ wichtig waren (Petzold 1971, 1991a) aufzugreifen, auszuarbeiten und in den Diskurs der Psychotherapie zu tragen mit unseren Arbeiten zu „Sinn“⁷⁶, „Menscherechten“, „Gerechtigkeit“, „Friedensarbeit“⁷⁷, zum Machtthema⁷⁸ usw.

Bei der Mehrzahl unserer PatientInnen finden wir viele Verletzungen durch Unrechts- und Ungerechtigkeits Erfahrungen, Missachtung von Recht und Gerechtigkeit⁷⁹, Erfahrungen mangelnder *distributiver Gerechtigkeit* („Wir haben nicht erhalten, was uns zusteht“) und „*retributiver Gerechtigkeit*“ („Wir erhielten für das erlittene Unrecht keine Wiedergutmachung). Das führt oft genug zu Belastungen, Störungen und letztlich zu Erkrankungen (Dalbert 1998; Miller 2000), und deshalb nimmt es sehr Wunder, dass diese Themen in der Psychotherapie so notorisch ausgeblendet worden sind und werden, obgleich sie durchaus ein relevantes Thema sozialpsychologischer Forschung sind⁸⁰. In der Integrativen Therapie waren diese Themen immer lebendig. Hintergründe dafür sind u. a. familiärer, biographischer Art: der aktive Widerstand meiner Eltern im „Dritten Reich“, ihre lebenslange, konkrete Friedensarbeit, für die sie sich auf *Dunant, Nightingale, Suttner* bezogen⁸¹. Aber auch meine Suche theoretisch-konzeptueller Art spielte eine Rolle: die Auseinandersetzung mit den Ar-

⁷⁴ Petzold 1974j, 1977n, 1988n, 2004h).

⁷⁵ Frühmann 1985; Orth 2002; Petzold, Sieper 1998; Petzold 1998h, 2005r; Spilles, Weidig 2005; Vogel 2004.

⁷⁶ Petzold 2001k, Petzold, Orth 2005, 2. Bde.

⁷⁷ Petzold 1985m, 1986a, 1986h, 1996j, 2001m, 2004d.

⁷⁸ Orth, Petzold, Sieper 1995b; Petzold, Orth 1999a; Varevics, Petzold 2004.

⁷⁹ „**Gerechtigkeit** ist zu verstehen als menschliche Grunderfahrung, ein **Humanessential**, erworben in konkreten Szenen erfahrenen Lebens, wo Handlungen von Menschen Menschen gegenüber als *stimmig, gut* und *recht* oder als *unangemessen, böse* und *falsch*, also als *unrecht, ungerecht* erlebt wurden, was zu basalen Maßstäben von Recht und Unrecht, Gut und Böse führt, die die Qualität einer „existentiellen Gewissheit“ - und die kennzeichnet ein „**Humanessential**“ - gewinnen können“ (Petzold 2003d).

⁸⁰ Maes 1998; Mikula et al. 1990, 2001; Montada 1995, 2002; Montada et al. 1986; Walzer 1983; Wenzel, Mikula 1996.

⁸¹ Hugo Petzold 1956, Irma Petzold-Heinz 1957; Petzold 1986a, 2002h, Petzold et al. 2005.

beiten von *P. Kropotkin, L. Tolstoj, P. Florenksij*, den Texten von *Hannah Arendt, Pierre Bourdieu, Johan Galtung, Hans Jonas, Paul Ricoeur, Judith Nisse Skhlar* (Petzold et al. 2005), sowie der Literatur der Friedensbewegung (Luedtke, Strutynski 2000; Riesenberger 1985; Schindler-Saefkow, Strutynski 1996), eben weil ich erlebt hatte, durchaus im klinischen Kontext, etwa bei Suchtkranken, PsychiatriepatientInnen und natürlich in der Arbeit mit Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern⁸², wie massiv Unrechtserfahrungen für die Ausbildung von Pathologien wirken. Hier muss Therapie einschreiten: um Menschen an die Seite zu treten, wo sie Unrecht erleben mussten, um Gerechtigkeit zu unterstützen. Sie muss Hilfen bieten, Gerechtigkeit zu erlangen als „*thérapie juste*“, „*just therapy*“ (Petzold 1971; 2004d).

„Dem, welcher Unrecht leidet, muss man nach Kräften helfen, ohne untätig zuzusehen. Denn solches Handeln ist gut und gerecht, das Gegenteil aber ungerecht und feige.“
Demokrit (fr. 248).

TherapeutInnen sind gut beraten, dieser Maxime des großen antiken Denkers zu folgen, der hier eine der *Tugenden* (ein Fremdwort in der psychotherapeutischen Literatur) benennt, die Menschen die Chance zu einer *Eudämonie*, eines zufriedenen und glücklichen Lebens erschließen. Und von *Sokrates, Platon, Aristoteles* bis *Seneca* ist man dieser Position gefolgt. Für TherapeutInnen ist das eine Herausforderung, ihr *klinisches* Tun wieder an die ursprüngliche Bedeutung des griechischen „*klinein*“ rückzubinden: sich liebevoll, achtsam zuzuwenden zu dem, der darniederliegt (auf der *klinē*, dem Bett). Dann werden allerdings Qualitäten gefordert, die der psychotherapeutische Diskurs weitgehend vergessen hat: Zuwendung, Beistand, Trost/Trostarbeit⁸³, Güte, Nachsicht, Weisheit. „Die Milde/Güte hat die Macht freier Entscheidung, sie urteilt nicht nach einem bloßen Rechtsformalismus, sondern aufgrund des Billigen und des Guten“ (*Seneca, De clementia* II, 7,3). „Gerechtigkeit mit diesem Grund *will* das Gute und das Rechte für den Anderen – *für alle Anderen* -, weil der *Andere in seiner Andersheit* (*Levinas*), und das ist das Wesentliche (!), in seiner Qualität als *Mitmensch*, mit mir und allen anderen Menschen *convivus* (Gast, Mitbewohner) im 'Haus dieser Welt' ist“ (Petzold 2003d). Für ihn muss als Gerechtigkeitsmaxime gelten:

„Ich will, dass Dir zukommt, was ich für mich beanspruche!“ (ibid.)

Ethische Forderungen dieser oder ähnlicher Art, wie sie insbesondere von *Jonas* oder *Levinas* aufgestellt worden sind, werden leicht in den Bereich des Utopischen verwiesen, aber genau hier liegen die Aufgaben von Utopien, einen Horizont auszuspannen, in den man bei seinen Realisierungsbemühungen voranschreiten kann, und diese „Schritt für Schritt-Realisierungen“ nehmen solche Sozialutopien aus dem Bereich des Irrealen. Hier liegen auch die Grundlagen des „Konvivialitätskonzeptes“ der Integrativen Therapie und ihrer „klinischen Philosophie“, die einen „prinzipiell gastlichen Raum“ für jeden Erdenbürger postuliert – ein utopischer Gedanke, der sich indes in jedem „*konvivialen*“ therapeutischen Arbeitsbündnis, das eine ethische Qualität von Beziehung als *gelebter Gerechtigkeit* anstrebt, realisiert und damit zu einer Pluralisierung konvivialer Lebensräume und Beziehungsereignisse beiträgt. Das sind wesentliche und für die Therapiepraxis jeder Therapieschule höchst relevante Gedanken, durch die Therapie zu einem Instrument „normativen Empowerments“ werden kann, eine Qualität, die *Regner* (2005) in seiner integrativ orientierten Untersuchung zur Arbeit mit politisch Traumatisierten herauspräparieren konnte. Denn wo *Unrecht* geschieht, *Gerechtigkeit* verwehrt wird, *Ungleichheit* an die Stelle von *Gleichheit* tritt, geht es um die Verletzung von „**Essentialien des Menschlichen**“, und solchen Verletzungen müssen sich engagierte Menschen entgegenstellen, „*empowered*“ durch eine Gemeinschaft, die sich für die Gewährleistung von „Humanessentialien“ wie Konvivialität, Gerechtigkeit, Freiheit, Integrität, Menschenwürde etc. einsetzen. In diesem Begriff des „Essentials“ suchte ich, eine komplexe Realität zu fassen:

»Unter **Humanessentialien** werden „Kernqualitäten des Menschlichen“ (*human essentials*) verstanden, wie sie sich im Verlauf der Hominisation bzw. Humanevolution durch die „Überlebenskämpfe“ und die „Kulturarbeit“ der Hominiden herausgebildet haben: **kollektive Wertsysteme, Wissensstände, Praxen des Zusammenlebens als „komplexe mentale Repräsentationen“**, die eine Synchronisation von Menschengruppen in ihrem Denken, Fühlen, Wollen und Handeln zu „Überlebensgemeinschaften“ erlauben – z.B. Altruismus, Gerechtigkeit, Solidarität, Konvivialität, Würde, Integrität, Schuldfähigkeit, insbesondere *Menschenrechte, Grund-*

⁸² Petzold 1986a, b, 2001m, Petzold, Josić, Ehrhardt 2003.

⁸³ Petzold 2004l, 2005d, 2005r, Varevics, Petzold 2005

rechte, die **Humanität** ausmachen. Die **Humanessentialien** „puffern“ die artspezifische Aggressivität des Sapiens-Sapiens-Typus und ermöglichen „Kulturarbeit“ als kooperative, kokreative Entwicklung von Wissen, Kunst, Technik, Gemeinschaftsformen. In ihrer Gesamtheit machen diese Essentialien die **Hominität** aus, die spezifische Menschennatur, welche in *permanenter Entwicklung* ist – gegenwärtig gekennzeichnet durch Entwicklungen zu einer *globalisierten Humankultur*. Als „basale Humanessentialien“ werden das prinzipielle und unaussetzbare Lebens- bzw. Existenzrecht des Anderen (*Koexistenzaxiom*) aus der Qualität seiner **Hominität**, die ihm auf gleicher Ebene mit allen anderen Menschen gemeinsam ist (*Consors-Prinzip*), gesehen. In diesen Annahmen gründen alle Menschenrechte« (Petzold, Orth et al. 2001).

Die **human essentials**, die hier mit den Konzepten „Humanität“ und „Hominität“ verbunden werden, stehen in einer prinzipiellen **Prekarität**: z.B. kann **Würde** genommen oder verloren werden, **Integrität** ist verletzbar. **Treue** wird von Verrat bedroht, **Ehre** von Entehrung, **Gleichheit** von Benachteiligung, **Liebe** von schlimmen Zurückweisungen und Enttäuschungen, **Vernunft** und **Sinnhaftigkeit** von Unvernunft und Abersinn.

Dass Menschen ein Recht auf **Integrität** haben, dass es unbezweifelbar in menschlichen Gemeinschaften verankert sein muss - „Dieses Recht sei unverbrüchlich, unantastbar!“ -, eine solche Grundüberzeugung, die ein sicheres Lebensgefühl ermöglicht, kann immer wieder erschüttert werden. In der Therapie müssen demnach einerseits die Verletzung des persönlichen Integritätserlebens verarbeitet werden, andererseits Erschütterungen des Gefühls von „Eingebettetsein“ in einen integritätssichernden Sozialbezug (idem 2003d). Was aus dem Erleben und dem Erfahren der Verletzung solcher „human essentials“ resultieren kann, wird deutlich, wenn man etwa an das „*man made desaster*“ traumatischer Pogromerfahrungen denkt. Aus derartigen Überlegungen heraus verstand sich Integrative Therapie in der Arbeit mit von Unrecht und Traumatisierung betroffenen Menschen stets als „*thérapie juste*“.

„**Thérapie juste (just therapy), gerechtigkeitsorientierte Therapie** ist eine Behandlungskonzeption, die auf der Entscheidung zu einer in Theorie und Praxis ethisch-normativ ausgerichteten Grundhaltung basiert, welche an den Menschenrechts- und Gerechtigkeitsmaximen der großen demokratischen Konstitutionen und Menschenrechtsdokumente [1948, 1976, 1966⁸⁴] ausgerichtet ist. Sie befasst sich deshalb einerseits mit der Bearbeitung von Unrechtserfahrungen als Ursachen von Erkrankungen, aber auch mit Erschütterungen des Rechtsempfindens und Vertrauens in menschliche Rechtsordnungen, als deren Folgen seelische, psychosomatische und soziale Erkrankungen und Formen der Anomie entstehen können. Andererseits ist sie auf die Gewährleistung von PatientInnenrechten, von *'patient wellbeing, security, and dignity'* gerichtet, die keineswegs immer und überall in institutionellen Kontexten und bei therapeutischen und supervisorischen Maßnahmen gewährleistet sind⁸⁵, weil es auch 'riskante bzw. gefährliche' psychotherapeutische Behandlungen, ideologisch bedenkliche Therapiekonzepte und entwürdigende Behandlungsmethoden und -settings gibt. *Thérapie juste* legt ihre Prämissen und Handlungsprinzipien und -methoden gegenüber der Fachöffentlichkeit offen, aber auch gegenüber den PatientInnen, um *'informed consent'* zu erreichen, stellt sich Qualitätskontrollen, pflegt eine Kultur kritischer Problematisierung ihrer Konzepte und mischt sich parrhesiastisch ein, wo Menschen- und PatientInnenrechte bedroht sind und verletzt werden. Weil Therapie oft genug Arbeit mit von Unrecht und Ungerechtigkeit Betroffenen ist, muss sie nicht nur das *Gerechtigkeits*thema aktiv aufgreifen, sie muss auch dazu beizutragen suchen, Gerechtigkeit herzustellen und bereit sein, Kritik an den eigenen Prinzipien und Praxen – z.B. von PatientInnenseite – aufzunehmen, zu klären und ggf. Veränderungen vorzunehmen“ (Petzold 2000h).

5.2. Praxeologielücken – fehlende methodische Zugänge als Quellen unzureichender Therapie

Eng mit Theorielücken verbunden sind mangelnde methodische Entwicklungen zu therapierelevanten Aufgaben. Hier wird man – beginnt man erst einmal systematisch zu suchen – mit einer Fülle befremdlicher Ausblendungen konfrontiert. Das theoretisch defiziente Thema der Unrechtserfahrungen und Gerechtigkeitsmissachtungen führt natürlich auch zu Lücken, was eine methodisch konsistente und praxeologisch erprobte, ggf. empirisch validierte Arbeit mit dieser Thematik anbelangt. „Just talking“ dürfte wohl nicht immer genug sein. Natürlich werden die Formen „narrativer Praxis

⁸⁴ Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, verabschiedet von der UN-Generalversammlung am 10.12.1948; Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt, in Kraft seit 23.3.1976), Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt, in Kraft seit 3.1.1976), beide Konventionen verabschiedet am 19.12.1966 von der UN-Generalversammlung.

⁸⁵ Petzold, 1985d, 2000d; Märten, Petzold 2002; Petzold, Schigl et al. 2003; Petzold, Müller 2005.

und Biographiearbeit“ (Petzold 2003g) Möglichkeiten bieten, mit Brief- und Tagebucharbeit nützliche Interventionsformen bereitstellen (Petzold, Orth 1993a). Es können Wege der Bilanzierungsarbeit (Petzold, Lückel 1985) aufgegriffen und zugeschnitten werden, aber es sind natürlich spezifischere methodische Ausarbeitungen erforderlich. Ein anderes, sträflich vernachlässigtes Thema ist, wie schon erwähnt, das des „Willens“, wo die neuerlich von uns im psychotherapeutischen Feld wieder angestoßene theoretische Auseinandersetzung (Petzold 2001i, Petzold, Sieper 2003a, b) natürlich auch praxeologische Konsequenzen haben muss und hat (Petzold, Sieper 2006). Auch das Thema „Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn“ (Petzold, Orth 2005, 2 Bde.) kommt ohne methodisch-praktische Konkretisierungen nicht aus, sonst bleibt es bei konzeptuellen Philosophemen oder esoterisierenden Ideen. Hier haben wir über Jahre erhebliche Anstrengungen unternommen, Praxeologien für den Umgang mit Sinnthemen zu entwickeln (Petzold 1983e, Petzold, Orth 2004b). Bei dem in der Psychotherapie vernachlässigten Thema „Trost“ haben wir die Erarbeitung einer „Praxis der Trostarbeit“ in Angriff genommen (Petzold 2004l, 2005d, Varevics, Petzold 2005) und so könnte ich fortfahren, was alles getan wurde und noch weitergreifende Aufstellungen machen, *was alles nicht getan wurde*.

Für eine wichtige Ausblendung halte ich z.B. die Vernachlässigung der „intellektuellen und ästhetischen Biographie“ in den meisten Psychotherapieformen, die in ihrem Reduktionismus nicht sehen, welche heilende Kraft „ästhetische Erfahrungen“ (Petzold, Orth 1985a, 1990a; Petzold 1992m, 1999q) haben können oder auch, welche Beeinträchtigung es darstellt, wenn Kinder in „sensiblen Phasen“ keine Angebote und Freiräume für schöpferisches Tun erhalten, Erwachsenen keine Möglichkeiten in Therapien geboten werden, diese Bereiche wieder oder neu zu entdecken und für ihr persönliches Wachstum und Heilwerden zu nutzen. Auf der Grundlage der integrativen „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold 1993; Petzold, Sieper 1993) war uns das stets in Theorie und Praxis ein zentrales Anliegen, denn im kreativen Tun finden Menschen *ihre* Identität, weil sie *ihre* Ausdrucksformen, *ihre* Sprache (Petzold, Orth 1985a) entdecken und realisieren. Und damit haben sie auch die Chance, „ihr Denken“ zu entdecken, das nicht kognitivistisch um die „ästhetische Dimension“ verkürzt gesehen werden darf. Es wird in der Mehrzahl der Therapieschulen unterschätzt, welche Bedeutung diese Dimensionen für Gesundheit und Krankheit haben. So wird kaum in PatientInnenanalysen/Lehranalysen an Themen der „intellektuellen Biographie“, der „ästhetischen Sozialisation“ und der „geistigen Entwicklung“ gearbeitet, den wesentlichen Erkenntnis-schritten in Kinder- und Jugendzeit, z.B. dem *Verstehen* von Recht und Unrecht in sozialen Situationen, dem *Begreifen* der Bedeutung des Geldes für den Lebensunterhalt, das *Erfassen* der Notwendigkeit der Arbeit des Vaters für Wohnung und Kleidung, das *Erkennen* von Örtlichkeiten auf einer Landkarte, das *Erleben*, was Kunst, Kultur, Schönheit ist, die *Einsicht*, was Moral oder Gerechtigkeit oder Lebenssinn bedeuten usw. usw. All das sind Themen von größter Wichtigkeit für die „*Arbeit an sich selbst*“, die „Entwicklung und Kultivierung seiner selbst“, die in ganzheitlichen und differentiellen Formen von Psychotherapie als *WEGEN*, an sich selbst zu arbeiten, sich selbst mit seinen relevanten Bezugspersonen zu gestalten, unbedingt zum Thema werden müssten. Ich frage oft in der Initialphase einer Therapie: „Haben sie bewusst erfahren und erkannt, was es heißt, *an sich zu arbeiten*, 'sich selbst zum Projekt' zu machen, eine 'Kultur seiner selbst' zu entwickeln? – Und wann war das, in welchem Zusammenhang?“. Dabei wird gar nicht so selten deutlich, dass dies niemals wirklich erfahren wurde, weil keine Vorbilder da waren, oder dass es verschiedene Zeitpunkte für unterschiedliche Qualitäten, Tiefen, Reichweiten des *Arbeitens-an-sich-Selbst* gegeben hat, oder dass nur schuldbeladene *Selbstdisziplinierung* als eine solche Arbeit erfahren wurde. Die *geistige Entwicklung* in der „Biographiearbeit“ (idem 2001b), d. h. die intellektuellen und ästhetischen Einflüsse sollten nicht zu kurz kommen, eben weil das keineswegs exklusive Qualitäten von Ober- und Mittelschichtsozialisationen sind, wie aus einer kurzsichtigen Hybris angenommen werden könnte, sondern Allgemeinqualitäten des Menschlichen, die allerdings durch Entfremdungsprozesse gefährdet sind (Petzold 1987d; Petzold, Orth 2004b). Integrative Therapeutinnen müssen sich fragen: habe ich diese Thematiken nicht auch vernachlässigt, und wenn ja, warum, aufgrund welcher Vorurteilsstrukturen und welcher persönlicher Defizienzen? Jedes therapeutische oder auch supervisorische Verfahren muss sich derartigen Fragen stellen. Je älter seine Traditionen sind, desto mühsamer kann es werden, Überkommenes zu Problematisieren (Foucault 1996). Die Psychoanalyse, und deshalb schon muss man sie schätzen, hat nicht nur mit ihren zahlreichen Innovationen, sondern auch mit ihren zahlreichen Fehlern und Fehlentwicklungen dem Felde der Psychotherapie unschätzbare Dienste erwiesen. Grawe (1998) verkennt m.E. vollständig die Lage der Dinge, wenn er im Schlußkapitel seines wesentlichen *magnum opus* die Auffassung vertritt, man müsse aufgrund der Fehlerhaftigkeit der traditionellen Psychotherapieschulen von Grund auf

neu mit der Entwicklung einer wissenschaftlichen Therapie beginnen. Nein, man muss den Grund/Hintergrund/Untergrund, die Ursachen der Fehlerhaftigkeiten sondieren und verstehen lernen, nur so werden sich bestimmte Fehler nicht so leicht wiederholen. Die Aufzählung der Fehler der Psychoanalyse im vorangehenden Text hat *in erster Linie* die Bedeutung, aufzuzeigen, *welche Fehler auch in der Integrativen Therapie gemacht werden können*, wenn man die eigenen Konzepte nicht immer wieder kritisch/metakritisch hinterfragt, mit aktuellen Forschungsständen abgleicht, seine Werteorientierung überprüft usw. Wir haben den Bonus, als Verfahren noch keine so lange Geschichte zu haben, aus den Irrtümern der Psychoanalyse lernen zu können. Fehlern entgehen werden wir nicht, aber *hoffentlich werden wir sie korrigieren können*. Gerade wenn man daran geht, Grundregeln zu formulieren, muss man dabei gleichzeitig ihre Kritisierbarkeit und Revidierbarkeit als Grundprinzip festschreiben.

6. Noch einmal das Unrechtsthema – kritische Reflexionen mit Blick auf eine „Grundregel“

Die Themen „Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit“, die schon angesprochen wurden oder „Schuld und Schuldfähigkeit“, mit denen ich mich schon in meiner Antrittsvorlesung befaßte (idem 1971), gehören wohl deshalb auch zu den vernachlässigten Themen, weil so viel an biographischer Belastung mit einem hohen pathogenen Potential mit diesem Thema verbunden ist. Wie viele Menschen sind durch ungerechte Behandlung, in denen man ihre **Würde** verletzt hat, krank geworden? Das Thema „*patient dignity*“ – ein bis 1985 in der Disziplin unbekannter Term und ein no-topic –, das ich in den Bereich der Psychotherapie einbringen *musste*, weil ich mit „Verletzungen von Würde“ (PatientInnenmißhandlungen, ja -tötungen) über Supervision massiv konfrontiert war⁸⁶, zeigt: es ist im Bereich von Therapie um die Themen wie Unrecht, Gerechtigkeit und Würde nicht gut bestellt, und die jüngst von mir in dieser Sache unternommenen Initiativen bei Psychotherapieverbänden und -instituten (idem 2000d) hatten bislang keine gute Resonanz – offenbar kein Thema für die „community of psychotherapists“! –, obwohl ein wichtiger, ja zentraler Wirkungsbereich von Psychotherapie darin liegt, dass in *gelingenden therapeutischen Beziehungen altes Unrecht auf einer anderen Ebene wieder gut gemacht wird*. Viele TherapeutInnen, die das „Herz auf dem rechten Fleck“ haben, verwirklichen derartige „retributive Gerechtigkeit“ als *Wiedergutmachungen* in ihren Behandlungen und werden damit ihren „PatientInnen gerecht“. Reflektiert wurde dieses Thema in der Fachliteratur bislang noch nicht. Es taucht in den Lehrbüchern der Schulen nicht auf, und das ist, so finde ich, ein beträchtliches Problem (vgl. jetzt in einer integrativen Perspektive Regner 2005).

Deshalb gehört für mich die kritische und metakritische Reflexion des therapeutischen Ansatzes, den man lernt und praktiziert, unbedingt zur Verpflichtung von PsychotherapeutInnen. Geschieht das nicht, kommt man leicht in die Unrechtszone. Therapeutische Techniken sind so unproblematisch nicht (Märtens, Petzold 2000; Petzold 1999h). Gar nicht selten wird „**riskante Therapie**“ gemacht, und keineswegs nur durch die großen Übergriffe, sondern durch die alltägliche Routine, die schlechten Ideologien, durch die harten Konfrontationen, die übergriffigen Deutungen, durch „wohlwollende Neutralität“, die oft synonym steht, für die fehlende Bereitschaft, sich zu engagieren. Man findet das alles Tag für Tag in der klinischen Praxis. Da geschieht Unrecht.

Diese Ideologien und Praxen müssen Thema werden: unter AusbildungskandidatInnen wie auch bei PatientInnen. LehrtherapeutInnen wie auch TherapeutInnen müssen sich und ihr Verfahren hier befragbar machen, müssen vermitteln, dass es auch bei etablierten Verfahren immer wieder Hinterfragbares gibt und es deshalb *willkommen* ist, wenn „kritische Punkte“ thematisiert werden, „aufs Tapet“ gebracht werden. Das Gespräch über die Prämissen des eigenen Verfahrens, der eigenen Praxis dieses Verfahrens in der initialen Information von PatientInnen sollte diesen „Freiraum für Kritik“ schaffen, denn der ist für die meisten Menschen durch ihre biographische Erfahrung sehr prekär: es ist gemeinhin ja nicht ungefährlich, Kritik zu üben oder unbequeme Wahrheiten zu sagen (Foucault 1983, 1992, 1996).

Kritik jedoch trägt bei zur Herstellung von Gerechtigkeit. Parrhesie, wahre Rede, kann, wenn sie ermöglicht wird, einen heilenden Effekt haben. Auf jeden Fall stärkt sie Selbstwertgefühl und Souveränität, räumt „gerechten Verhältnissen“ eine Chance ein. Das ist auch und gerade in therapeutischen Beziehungen ein wichtiges Moment. Der Patient soll und muss darüber nachdenken dürfen, er muss sogar *kritisch* darüber nachdenken, was diese Form von Therapie mit ihm macht und wie die Beziehung zwischen ihm und seinem Therapeuten durch diese Form von Therapie gestaltet wird (was z. B. die Konzeption des Unbewussten bedeutet usw.), und er darf keineswegs, wie Freud dies forderte, sein kritisches Urteilsvermögen (sich selbst, dem Analytiker und der Analyse gegenüber) beiseite stellen⁸⁷. Eine solche Forderung ist ein Unrecht! Es muss über die Behandlungsprinzipien, offen oder verdeckt vorhandene Normen und „Grundregeln“ *Transparenz* herrschen. Der Patient/die Patientin muss über Regeln informiert werden, die er kritisch betrachten und überdenken darf, ja soll, ohne dass ihm Missbilligung droht oder situatives Unverständnis oder etwa das Ausbleiben von Einfällen (in der Psychoanalyse) oder von Gefühlen (in der Gestalttherapie) zum „Widerstand“ deklariert wird:

⁸⁶ Petzold 1985d; Müller, Petzold 2005; Petzold, Müller et al. 2005.

⁸⁷ Vgl. das obige Zitat „Ratschläge“, 1912, a.a.O., S. 179. „Besonders *unerbittlich* sollte man auf der Befolgung der Regel bei jenen Kranken bestehen, die die Kunst üben, bei der Behandlung ins Intellektuelle auszuweichen“ (ebenda, S. 179). Perls folgt Freud in der Diskreditierung der Reflexivität. Er vergrößert zu „*mindfucking*“ (Perls 1969, 73). Aber: Warum sollte man nicht intellektuell reflektieren *und zugleich* emotional an sich arbeiten?

"... man nehme die Herausforderung sofort an und rücke ihm [dem Patienten] an den Leib. Die energisch wiederholte Versicherung, dass es solches Ausbleiben aller Einfälle am Anfang nicht gibt und dass es sich um einen Widerstand gegen die Analyse handelt, *nötigt* den Patienten bald zu den vermuteten *Geständnissen* (Zur Einleitung der Behandlung 1913, StA, S. 197, meine Hervorhebungen). Dem Patienten bleibt, will er die Therapie fortsetzen, nichts anderes übrig, als "sich in die gemeinschaftliche Arbeit mit uns zu *fügen*" (Freud, Vorlesungen, 1917, StA Bd. I, 421, meine Hervorhebung).

Die psychoanalytische Grundregel, alles zu offenbaren, gewinnt hier eine *bedrängende* Qualität, die *Reaktanz* produzieren und dysfunktionale Genregulationen auslösen kann (Petzold 2001j). Menschen brauchen Geheimnisse, haben ein Recht auf Geheimnisse. Sie brauchen gerechte Verhältnisse und Freiraum, Raum für kritisches Denken und für kritische Äußerungen, für *Parrhesie*. Deshalb wird es darum gehen, mit ihnen zu einer „**Grundregel der Partnerschaftlichkeit**“ zu finden, die den *Respekt* vor dem PatientInnenauftrag und -willen und die Wertschätzung der Patienten zentral stellt (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999). Aber um den „Willen“ ist es ja in der Psychotherapie schlecht bestellt. Kein Wunder, PatientInnen dürfen keinen Willen haben. Ungerechtigkeit ist hier programmiert und die fast gänzliche Ausblendung des Willenthemas in praktisch allen Psychotherapieformen (O. Rank, A. Assagioli, R. May, I. Yalom sind die raren Ausnahmen) wird wohl als ein „Systemfehler“ der Psychotherapie gesehen werden müssen (Petzold, Sieper 1003a, b, 2006).

Ich habe mich – unterstützt durch meine engsten MitarbeiterInnen, Ilse Orth und Johanna Sieper – aus vielfältigen Gründen mit den Themen „Ideologien und Macht in der Psychotherapie“, „Fehler, Unrecht, Einseitigkeiten, Dogmatismen durch Psychotherapie“ und auch durch „Supervision“ befaßt (Petzold, Ebert, Sieper 1999; Petzold, Schigl et al. 2003), über das Thema „Therapieschäden“ in fruchtbarer Kooperation mit meinem Kollegen Michael Märtens (2002) gearbeitet: aus den kritischen Impulsen, die mir das Denken von Foucault, Deleuze, Derrida gegeben hat, aus den Korrespondenzen mit meinen engsten Vertrauten und Freunden, nicht zuletzt, weil ich als Leiter einer großen Ausbildungseinrichtung neben den standardmäßig vorhandenen institutionellen Strukturen (Ethikkommission, strukturelle Vertretung von AusbildungskandidatInnen in allen Gremien, Zentralkonferenz, Qualitätssicherungsgremien⁸⁸ etc.) die *Verpflichtung* fühle, diesem Bereich und diesen Themen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, aber auch, weil ich in meiner Profession, der Psychotherapie, die ich *schulenübergreifend* sehe, Verantwortung für die Vermeidung von Fehler übernehmen **will**, denn diese Profession liegt mir am Herzen; weiterhin, weil mir meine PatientInnen und AusbildungskandidatInnen lieb sind und ich dazu beitragen will, sie vor Fehlbehandlungen und schlechten Lehranalysen und Selbsterfahrungsseminaren (Petzold, Orth, Sieper 2005) zu bewahren, weil ich dazu beitragen möchte, dass sie selbst darum bemüht sind, Fehler zu vermeiden und selbstkritisch zu sein und zu bleiben; last but not least, weil ich daran arbeite, selbst Fehler in Theorien- und Methodenentwicklung und in meiner eigenen therapeutischen und ausbildnerischen Praxis zu vermeiden oder zumindest so gering wie möglich zu halten (mit den Hilfen von Supervision, Intervention und fachlichem Austausch) und mir die Möglichkeit zu eröffnen und weiter zu erschließen, Fehleinschätzungen, Irrtümer und Einseitigkeiten der Integrativen Therapie zu revidieren: im Diskurs der eigenen Orientierung und im interdisziplinären Polylog mit Kolleginnen und Kollegen der verschiedenen Richtung und Felder. „Wohl dem, der sich revidieren kann!“ So der Wahlspruch meines Vaters, dem ich mich verpflichtet fühle.

⁸⁸ Vgl. die Satzung der staatlich anerkannten „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit *Gestalt & Integration* 1998, 538-549.

7. Transparenz, Diskursivität, Narrativierung, proaktive Überschreitung – unverzichtbare Basis für eine „Grundregel“

In jedem psychotherapeutischen Verfahren gibt es Grundannahmen, Basisprinzipien, Regeln, Normen. Das gilt auch für die positivistischsten Hardliner nomothetischer Verhaltenstherapie, die dem Wert der „wertfreien Wissenschaftlichkeit“ verpflichtet sind. Sehr oft sind diese Regel oder Ethikprinzipien, sind die Regularien des Handelns und der Behandlung nicht sehr explizit. Vor „Grundregeln“ scheut man sich und man kann das auch mit guten Gründen, denn man steht damit unmittelbar vor den Fragen der Macht, ja der Gewalt. Nun ist Macht, *Foucault* hat das gezeigt und wir haben das in unseren machttheoretischen Analysen verdeutlicht (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000), keineswegs nur ein Negativum. Sie ist da, ermöglicht ein Machen, sie ist ein „generalisiertes Medium“ zur *Reduktion von Komplexität* (*Luhmann*), ist die Kraft, die aufgrund antizipatorischer und prospektiver Gedankenarbeit und zukunftsorientierter Theorieentwürfe „**proaktives**“ Handeln möglich macht und uns nicht nur auf hilflose oder unbesonnene Reaktivität festlegt. Sie kann mißbraucht werden, braucht deshalb *Legitimation und Kontrolle*. Sie braucht auch ggf. „Mittel der Gewalt“, wie die Exekutive in der demokratischen „Gewaltenteilung“ zeigt, um ihre Ansprüche durchzusetzen. Wo *subtile* und *verdeckte* Gewalt herrschen, wird es schwierig. Regeln und Normen, ja ethische Prinzipien – besonders in Praxen wie Psychotherapie, Supervision, Beratung mit *erheblichen Dependenzpotentialen* - können leicht die Qualität „ethischer Gewalt“ (*Butler* 2003), „Gewalt durch implizierte intransparente Normierung“ gewinnen. Als Supervisor in der Psychotherapie sieht man das oft, zu oft in der Hermetik von „Einzeltherapien“ – eigentlich „dyadischen Therapien“ – oder in Gruppensettings starker „TherapeutInnen“ (die häufig innerlich schwach sind, sonst müßten sie nicht solche Dependenz schaffen). Der unbrauchbare Term „Narzißmus“ (*Petzold* 1992f) verschleiert die Selbstwertproblematik und letztliche Identitätsschwäche dieser Menschen. Sie herrschen über bzw. vermittelt Normen, im Rekurs auf „höhere Autorität“. Die fehlende Offenlegung und Transparenz ihrer normativen Prinzipien oder zumindest deren unprägnante, implizierte Präsenz in ihrer Handlungspraxis macht eine intellektuelle und emotionale Auseinandersetzung mit solchen Maximen schwierig. Man kann sich von solchen Normen nicht distanzieren.

Das war für mich der wesentlichste Grund, für den Integrativen Ansatz in Psychotherapie, Soziotherapie, Kunsttherapie, Supervision die verstreuten normativen Prinzipien⁸⁹ zu einer „**Grundregel**“ zu formulieren, *Transparenz* zu schaffen, „proaktives“ Handeln zu ermöglichen, denn eine „*praemeditatio*“ (*Seneca*) der Grundregel, eine innere Auseinandersetzung mit ihr, führt zu einer „*preparedness*“, zu einem guten „Vorbereitetsein“ für die praktische therapeutische Arbeit und vielleicht in ihr auftauchende zwischenmenschliche Schwierigkeiten sowie auf das immer präsente Problem der **Macht** (*Foucault* 1984c; *Petzold, Orth, Sieper* 199a).

Therapie ist kein so einfaches Unterfangen, als dass man sich „unvorbereitet“ wie bei einem banalen Alltagsgeschäft in den „**therapeutischen Raum**“ begeben und „loslegen“ könnte, denn es ist ein Raum der Zwischenmenschlichkeit, der Mitmenschlichkeit, der Zwischenleiblichkeit und damit immer auch ein „Raum des Anderen in seiner Andersheit“ im Sinne von *Emmanuel Levinas* (1983, *Petzold* 1996k, *Haessig, Petzold* 2004). Das verlangt Vorbereitung und Nachbereitung, ein differentielles „Sich-Einlassen“, es erfordert „Intersubjektivität“, wie sie *Gabriel Marcel* (1985; *Petzold* 2004f) beschrieben hat. Natürlich muss gesehen werden, dass der „Therapeutische Raum der Begegnung“ ein *prekärer* Raum ist, umgeben von „Räumen der Macht“, den Regelungen der „Richtlinien“ bei den Richtlinienverfahren, den ökonomischen Zwängen des Gesundheitssystems usw. Deshalb ist es notwendig, den therapeutischen Raum nicht „undefiniert zu lassen“ und ihm der Beliebigkeit des „Augenblicks im Hier und Jetzt“ und der Willkür von TherapeutInnen zu überantworten – und die kann erheblich sein (*Märtens, Petzold* 2002). Die **Grundregel** will hier ein „Geländer“ bieten⁹⁰, Leitlinien, die allerdings immer wieder der „Problematisierung“ (*Foucault* 1996) bedürfen. Es können damit all die Fragen (und mehr) an diese Regel gestellt werden, die ich zu Eingang mit Blick auf die *Freudsche* Grundregel kritisch gestellt hatte.

⁸⁹ z.B. *Petzold* 1978c/1991e die Prinzipien des Ko-responzenzmodells oder 1990g, 1991b, 1996k die Prinzipien für die therapeutische Beziehung.

⁹⁰ „*Ich bin ein Geländer am Strom – fasse mich, wer mich fassen kann! Eure Krücke bin ich nicht*“ (*Nietzsche*, Also sprach Zarathustra II, 305).

Ich habe den Versuch der Formulierung einer Grundregel in voller Bewusstheit der Problematik eines solchen Unterfangens gewagt, der damit möglich werdenden „ethischen Gewalt“ im Sinne einer Normierung der individuellen ethischen Prinzipien durch eine allgemeine Regel. *Adorno* hat in den „Problemen der Moralphilosophie“ (1996, 35) auf diese Gefahr hingewiesen, wenn sich ein Allgemeines „darstellt als ein Gewalttames und Äußerliches, das für den Menschen selber eigentlich keine Substantialität hat“ (ibid.). Nur im Sinne einer präskriptiv-ethischen Regelung formuliert, greift jede **Grundregel** zu kurz. Sie kann nur Bestand erhalten, wenn sie **prinzipiell diskursivierbar** wird, in Polylogen aufgegriffen und verändernd *überschritten* werden kann. Für solche **Transgressionen** (*Petzold, Orth, Sieper* 2000) braucht es aber das „Moment des Expliziten“, den **Text**. Nur wenn ein solcher vorhanden ist, in narrativen Kontexten, in Gesprächs- und Erzählgruppen polylogisch mit der eigenen biographischen Erfahrung verbunden werden kann und diese in kollegialen Gesprächsgemeinschaften oder in der Erzählgemeinschaft einer Therapiegruppe *geteilt* wird (ich habe das wieder und wieder in PatientInnengruppen praktiziert, es geht, gut sogar!), wird aus dem präskriptiven Text ein „*erlebtes Ereignis*“ von persönlicher und gemeinschaftlicher Bedeutsamkeit und „Substantialität“ (*Adorno*). Dann besteht die Chance, dass „*experienced ethics and felt ethics*“ zu „*shared ethics*“ und „*ethical practice*“ wird. Die TeilnehmerInnen werden dann zu einer „Konsensgemeinschaft“ und teilen damit eine „*social world*“⁹¹, eine gemeinsame „Vorstellungswelt“, um die sie sich kümmern, der sie sich verbunden fühlen, die für sie „**Sinn macht**“ (2001i) und die sie im Handeln umsetzen.

Sie verfügen damit über „soziale mentale Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b), die wie folgt definiert werden:

»**Komplexe soziale Repräsentationen** – auch „**kollektiv-mentale Repräsentationen**“ genannt - sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten als *intermentale* Wirklichkeiten entstehen aus *geteilten Sichtweisen* auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt ...«. (*Petzold* 2003b)

Für den *kollektiven Bereich* erklärt das Konzept „*sozialer*“ bzw. „*kollektiv-mentaler Repräsentationen*“, eine hinlängliche **Synchronisation** im Denken, Fühlen und **Wollen** – und besonders der „kollektive Wille“ wird hier wichtig (z. B.: „Wir, Integrative TherapeutInnen, *wollen* diese Grundregel und bemühen uns, sie umzusetzen!) Da diese mentalen Welten natürlich auch individuell „verkörpert“ sind, die „subjektiven Theorien, Gefühle und Willensregungen“, d.h. die „*subjektiv-mentalen Repräsentationen*“ durchfiltern, kann eine Gruppe mit ihren Mitgliedern eine hohe Kohäsion gewinnen.

»**Komplexe persönliche Repräsentationen** – auch **subjektiv-mentale Repräsentationen** genannt - sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in *Enkulturation* bzw. *Sozialisation* erworbenen, d. h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörpert Bilder und Aufzeichnungen über die Welt« ..., die »von den „kollektiv-mentalen **Repräsentationen**“ (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, *Kompetenzen* für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d. h. für *Performanzen* zur Verfügung stehen.« (*Petzold* 2000h).

Mit so ausgerichteten Mitgliedern, die „an einem Strang“ ziehen, vermag eine Gruppe für sich insgesamt und für jedes Gruppenmitglied dann – hier mit Blick auf die „**Grundregel**“ – einen erlebten, „geteilten Konsens“ als tragenden Hintergrund zu generieren oder einen im Gesamten oder Partiiellen „respektvollen Dissens“ (*Petzold* 1991e), der ausgehalten werden kann oder zu Trennungen oder zu „Überschreitungen“ in ein Neues führt, ehe es zu Verstrickungen und Destruktivität kommt. Das schadenspräventive Moment einer solchen **Grundregel** liegt wesentlich in der angesprochenen *Diskursivierung* in *Gesprächsgemeinschaften* mit ihren vernunftbestimmten, kognitiven Einschät-

⁹¹ Unter „**social world**“ verstehe ich die „von einer sozialen Gruppe ‘geteilte Perspektive auf die Welt‘, eine ‘Welt-sicht/**social world**‘ (mit ihren belief systems, Wertvorstellungen, Basisüberzeugungen im Mikro- und Mesobereich), eine ‘Weltanschauung‘ im (Makro- und Megabereich). Soziale Welten in Makrobereichen prägen etwa über einen ‘Zeitgeist‘ Mikro- und Mesobereiche entweder konformierend – man stimmt zu - oder divergierend – man lehnt sich auf, stemmt sich gegen die Strömungen des Zeitgeistes. Sozialwelten formieren sich in Gesprächs- und Erzählgemeinschaften in Prozessen kollektiver Interpretationsarbeit bzw. Hermeneutik“ (*Petzold* 2000h).

zungen (*appraisal*) der Inhalte und in der *Narrativierung* in *Erzählgemeinschaften* mit ihren gefühlsgeleiteten Bewertungen (*valuation*) Ansprüche – eine Unterscheidung, die für den integrativen Ansatz in vielen Bereichen (etwa in der Identitätstheorie, *Petzold, Sieper* 1998) charakteristisch ist. Ihre explizite Formulierung gibt dem Anderen die Möglichkeit, seine Andersheit im Sinne des *Alteritätsprinzips* von *Levinas* (1982) – so zentral für unser Denken und unsere Praxis (*Petzold* 1996k) – zu spüren, zu artikulieren, sich mit unseren Positionen „aus-einander zu setzen“, um sich gegebenenfalls auch wieder mit uns zusammenzusetzen in einem „hinlänglichen“⁹² Konsens und in einer Qualität guter „*Konvivialität*“.

» **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)

Eine solche, für die therapeutische Arbeit in der Integrativen Therapie zentrale Konzeption, ist gesättigt mit ethischen Prämissen. Wir halten sie für gut, ja basal. Andere mögen sie ablehnen. Das ist ihnen alles zu nah, zu viel „Gutmenschentum“, was auch immer, und dann wird ein solches Konzept zur *ethischen Zwangsjacke*, zur *ethischen Gewalt* (*Butler*). Der Andere muss deshalb aufgrund von Transparenz die Chance haben, sich abgrenzen zu können, und wenn er **angrenzen** will, dann sollen ihm die Prämissen und Konditionen so klar wie möglich sein. Das ist mir der wichtigste Grund für die Formulierung einer „**Grundregel**“. Sie braucht genau deshalb nicht perfekt zu sein – sie könnte es ohnehin auch nie werden. Sie ist zupassbar – sie muss es sein, wenn sie nicht zur Zwangsapparatur geraten will. Sie ist kritisierbar – denn Fehlakzentuierungen sind womöglich vorhanden. Sie ist ein *Arbeitsinstrument* für die „Praxis von Ethik“, für die „Praxis von Ko-respondenz“, für die „Praxis von **weiterführender Kritik**“. Sie ist Leitlinie und keine dogmatische Setzung. Sie ist eine Grenze und damit auch ein Ort der „Überschreitung“, wo ihre Geltung und ihre Reichweite nicht mehr ausreicht.

„*Die Überschreitung ist eine Geste, die es mit der Grenze zu tun hat! An dieser schmalen Linie leuchtet der Blitz ihres Übergangs auf, aber auch ihre ganze Flugbahn und ihr Ursprung. Vielleicht ist der Punkt ihres Übertritts ihr gesamter Raum*“ – so *Foucault* (1963) in seiner „Vorrede zur Überschreitung“, die in seinem Lebenslauf eine Punkt markierte, in der die Grenze „geöffnet“ wurde und Werke wie „Der Wille zum Wissen“ oder „Sexualität und Wahrheit“ am Horizont erscheinen. *Überschreitung braucht Horizonte, sonst muss sie sich solche schaffen!* Und sie geht immer von einem Ausgangspunkt aus, der zugleich eine Grenze ist, die man voranschleibt oder die man übersteigt. Die Grundregel der Integrativen Therapie ist keine blutleere Vorschrift, keine einfach umzusetzende Anweisung. Sie ist ein Arbeitsprogramm. Ihre Substanz muss erarbeitet werden in immer wieder erforderlich werdenden Überschreitungen: *Transgression, das sind transformative Überschreitungen bisheriger Stile des Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns, nachhaltige Veränderungen von Sichtweisen, Konzepten und Praxen*. Das betrifft keineswegs nur den Patienten/die Patientin. Es betrifft Therapeut/Therapeutin gleichermaßen – in jedem therapeutischen Prozeß auf den er sich einlässt.

In der „Integrativen Therapie“ soll für die Behandlung freiwillig kommender, kommunikationsfähiger und hinlänglich kognitiv kompetenter Patienten⁹³ die „**Grundregel**“ im Sinne zentraler Leitlinien Sicherheit, Schutz, ethische Orientierung geben und die Möglichkeit zu Überschreitung, Möglichkeiten für die eigenen *Transgressionen*, die wir auf individueller und auf kollektiver Ebene brauchen werden: „*Vielleicht wird eines Tages offenkundig werden, dass [die Erfahrung der Überschreitung] für unsere Kultur ebenso entscheidend ist, wie vor nicht allzu langer Zeit für das dialektische Denken die Erfah-*

⁹² „hinlänglich“ im Sinne von *Winnicotts* „good enough“.

⁹³ Wir reden hier weder von forensischen Patienten noch von schwer geistig Behinderten, für die wir aus „unterstellter Intersubjektivität“ (*Petzold* 1991e) und unter kollegialer Kontrolle handeln können und für die auch besondere Behandlungsbedingungen gelten (vgl. *Petzold* 1993i).

rung des Widerspruchs. Noch sind die Zeichen verstreut; doch die Sprache, in der die Überschreitung ihren Raum und ihre Erhellung finden wird, steht vor ihrer Geburt“ (Foucault 1963/1978, 36).

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 (Petzold 2003a, 1998a/2005j). Sie sollte daher für dieses Verfahren und die, die es praktizieren, „Sinn machen“ (Petzold 2001i). Sie wurzelt im „**Ko-respondenzmodell**“, dem *Herzstück* der Integrativen Therapie (1978c, 1991e) mit ihrer konvivialen Ausrichtung:

„**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 gewährleisten⁹⁴.“

Das Modell kann idealtypisch in der nachstehenden sequentiellen Ordnung gelesen werden, wobei bei jedem Schritt und Übergang Störungen auftreten können und man eines Scheiterns des Prozesses gewärtig sein sollte. Deshalb muss man die Bereitschaft haben, mit einer neuen Ko-respondenz-Sequenz zu beginnen.

Polylogische Ko-respondenz ⇒ Konsens/Dissens ⇒ Konzepte ⇒ Kooperation ⇒ Kokreativität ⇒ Konvivialität ...
--

⁹⁴ (Petzold 1999r, 7; vgl. ibid. 23, vgl. 1991e, 55). Im Fettdruck der obigen Definition erscheinen Kernkonzepte des Modells.

8. Die „Grundregel“ der Integrativen Therapie als „Beitrag zu Heilungs- und Gesundungsprozessen und als Eintreten für gerechte Verhältnisse“

Der dieser Arbeit voranstehende Text einer „**Grundregel**“ für **Integrative Therapie**, stellt bei allem tentativen Charakter und vor dem Hintergrund der bislang dargelegten kritischen und metakritischen Reflexionen eine „**Position**“ dar, Positionen auch, der Plural trifft zu, und zwar zu Themen, mit denen ich von Kindheit auf befasst bin – *wer kann ihnen entgehen?* Es sind die Themen, die mit dem „*Aushandeln von Grenzen*“ verbunden sind, das alles, ja alles Zwischenmenschliche bestimmt. Erziehung, Partnerschaft, Freundschaft, Therapie ist „*Handeln um Grenzen*“ (Petzold 1971), und in sofern werde ich mit diesem Thema, diesem Themenkreis befasst sein bis in die letzten Momente meines Lebens. Einem jeden wird das so gehen, auch wenn er sich dessen vielleicht nicht bewusst ist. So sind denn auch die in dieser Arbeit vorgetragenen „Positionen“, durchaus im Sinne *Derrida* (1972, 1986) ein „Gestus aktiver Interpretation“, eine „Arbeit mit der ich noch beschäftigt bin“ (idem 1972/1986, 31). Mit dieser „**Grundregel**“ werden alle, die sie aufnehmen und umzusetzen streben, „beschäftigt sein“. Damit ist keiner Beliebigkeit das Wort geredet. Denn es gibt eine Position von erheblicher Festigkeit in der Grundregel, die sie insgesamt durchfiltert: die persönliche und gemeinschaftliche **Integrität** als Basis des *Sinnes* und jeglicher *Praxis* von Psychotherapie. Die **Integrität** ist das Zentrum der Arbeit und zugleich Basis für das generieren von **SINN** (Petzold, Orth 2005), der aus um Integrität bemühter zwischenmenschlicher Praxis (*consensus*) fließt.

Diese gesamte Grundregel, muss beständig durch die Konsens-Dissensprozesse der Begegnungen und Auseinandersetzungen, welche **Ko-responsenz** (idem 1991e) kennzeichnet. Sie eröffnet die Möglichkeiten der Überschreitung durch „weiterführende Kritik“ (siehe oben) in eine kreative „**Transversalität**“ (idem et al. 2005), die immer wieder durch empirische Validierungen sich ihrer Wirkungen versichert und Risiken und Nebenwirkungen auf psychologischer, sozialer und biologisch-physiologischer Ebene (neurowissenschaftlich und immunologisch erhobene Daten auswertend) zu erfassen sucht.

Die zum Text der „Grundregel“ hinführenden Konzepte, die ich über mein gesamtes Werk hin, über viele Jahrzehnte also, ausgearbeitet habe, sollten einen hinreichend fundierenden Hintergrund bieten für das Verständnis der Grundregel und ihrer jetzigen [2000] „**Deklaration**“, denn das ist sie heute: eine „öffentliche Erklärung grundsätzlicher Art“⁹⁵, bestimmt für die Öffentlichkeit des psychotherapeutischen Feldes. Ich deklariere mit dieser Grundregel: So sehe ich die Grundlagen für gute therapeutische Arbeit, mit der in wirksamer Weise Störungen behandelt und Leidenszustände vermindert werden und die dabei auf **PatientInnenwürde** und **-integrität** zentriert ist.

Ich verzichte bewusst darauf, diesen Text hier noch ausführlicher, über das im voranstehenden Diskurs Entfaltete hinausgehend, zu erläutern, denn ich will keinen Diskussionen vorgreifen, wobei sich von selbst versteht und dem Kenner meiner Schriften evident ist, dass jede Aussage mit vielfältigen Referenzen zu meinem/unserem Werk verbunden und von meinen/unseren Arbeiten unterfangen ist.

⁹⁵ Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 5. Aufl. Mannheim 2003 [CD-ROM]

9. Praxisimplementierung in komplexer, persönlicher und professioneller Selbsterfahrung – Materialien zu Evaluation und Forschung

Die „Grundregel“ muss entschieden und bewusst in die Praxis der psychotherapeutisch (soziotherapeutisch, kreativtherapeutisch o.a.) Arbeitenden implementiert werden. Dies geschieht in einer sorgfältigen Aus- und Weiterbildung der LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen⁹⁶ sowie einer qualitätsbewussten, differenzierten Ausbildung der Therapeuten und Therapeutinnen in elaborierten und beständig evaluierten Curricula⁹⁷. Diese Curricula vermitteln nicht nur ein hohes Maß fachlicher Kompetenz und Performanz, forschungsgestützter, evidenzbasierter „best practice“, wo immer das möglich ist (Sieper, Petzold 2001, Petzold, Märten 1999), sondern eine **Haltung**, die in einer ausgearbeiteten „professionellen Ethik“⁹⁸, einer Vorstellung von intersubjektiver und partnerschaftlicher, die „Andersheit des Anderen“ wertschätzender (Levinas 1983; Petzold 1996h) „Menschenarbeit“, die *engagiert* für die Belange Anderer eintritt⁹⁹.

Eine solche Haltung muss entwickelt und gepflegt werden. Sie lässt sich nicht durch Vorschriften und Verordnungen erreichen, sondern muss erlebt, erfahren und deshalb bejaht werden: *felt ethics* hat allein die Chance zu Nachhaltigkeit. **Selbsterfahrung** als ein Kernelement therapeutischer Ausbildung muss dem ethischer Auseinandersetzung deshalb angemessenen Raum einräumen, wie dies das „**differentielle Selbsterfahrungskonzept**“ des „Integrativen Ansatzes“ mit drei Dimensionen vertritt, das ich nach vielen Diskussionen mit Ilse Orth und Johanna Sieper (2005) wie folgt umrissen habe:

Differentielle und komplexe Selbsterfahrung im Integrativen Ansatz

»1. **Persönliche Selbsterfahrung** wird verstanden als Prozess eines sich in Kontext und Kontinuum und in relevanten sozialen Netzwerken/Konvois wahrnehmenden, im eigenen Handeln und in korrespondierender Begegnung und Auseinandersetzung mit den Mitmenschen selbst erlebenden **Leib-Subjekts**. Seine Prozesse der Informationsaufnahme und -verarbeitung sind bewusst, aber auch in großem Maße unbewusst, so dass es sich folglich teils fungierend und teils intentional steuert/reguliert und in diesem Lern- und Entwicklungsgeschehen eine differenzierte **Persönlichkeit** (Selbst, Ich, Identität) ausbildet. Diese Selbsterfahrungsprozesse geschehen in allen Bereichen und Dimensionen des Lebens und sind insgesamt als somatosensomotorische, perzeptive, affektive, reflexive, diskursiv-kommunikative und z. T. metareflektierte **Lebenserfahrung des Leib-Subjekts** in zwischenmenschlichen POLYLOGEN zu sehen. Die Selbsterfahrungsprozesse finden einerseits in der ganz gewöhnlichen Alltagswelt statt und andererseits in spezifischen „**sozialen Welten**“ (z. B. in klinischen Kontexten, Arbeits- und Ausbildungssituationen) als Wege „phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisgewinns“, „produktiver Realitätsverarbeitung“ und „differentieller Selbststeuerung“ in lebenslanger Entwicklung und Sozialisation, durch die ein Mensch seine **Regulationspotentiale, Metakognitionen über sich selbst**, seine **Identität**, eine „**theory of mind**“¹⁰⁰, **empathische Kompetenz** und seine **menschlich-mitmenschlichen Qualitäten** (Gelassenheit, Großherzigkeit, Engagement, Altruismus u. a. m.) ausbildet und beständig weiter entfaltet, wenn ihm das Leben gelingt.

2. **Professionelle Selbsterfahrung** als Prozess persönlicher und gemeinschaftlicher Professionalisierung in „beruflicher Sozialisation“ für den Bereich von Therapie, Beratung, Supervision oder anderen Formen der „Menschenarbeit“ richtet sich in besonderem Maße auf intensiviertes „eigenleibliches Spüren“, alters-, gender- und ethniebewusste Selbst- und Fremdwahrnehmung, die systematisch reflektiert und metareflektiert wird. Sie zielt auf **komplexe Bewusstheit** für die eigenen biographischen Entwicklungsprozesse und die dort erworbenen **Regulationspotentiale** - einschließlich erlebter protektiver, salutogener, aber auch pathogener Risiko- und Belastungsfaktoren (Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte) und ihrer etwaigen Nachwirkungen als persönliche Vulnerabilitäten oder als Resilienzen. Sie ist also im Sinne der **entwicklungsorientierten Ausrichtung** der Integrativen Therapie auf das Kennenlernen, Verwirklichen und Entwickeln der eigenen Persönlichkeit, ihrer bewussten und unbewussten **Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP)**, ihrer Belastungs- und Tragfähigkeit (*coping capacity*), der Innovations- und Gestaltungsfähigkeit (*creating capacity*) gerichtet, auf das Kennen der eigenen Stärken und Schwächen, der **empathischen Kompetenz und Performanz**, des eigenen Übertragungs-/Gegenübertragungsverhaltens und der persönlichen **Affiliations- und Reaktanzpotentiale**. Es wird eine „**Expertenschaft für sich selbst**“ vermittelt, indem für die eigene **I d e n**

⁹⁶ Petzold, Lemke, Rodriguez-Petzold 1998; Petzold, Orth 1993; Petzold, Frühmann 1993

⁹⁷ Petzold, Orth, Sieper 1995; Petzold, Sieper, Schay 2005; Petzold, Rainalds et al. 2005.

⁹⁸ Petzold 1993; Moser, Petzold 2004.

⁹⁹ Bourdieu 1997, 1998; Sieper, Petzold 2001; Leitner, Petzold 2004.

¹⁰⁰ Dieser Term bezeichnet die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, was im „*mind*“ eines Anderen vor sich geht: „Ich weiß, dass er weiß ...“. Es ist die Fähigkeit, Vorstellungen über Vorstellungen, Metarepräsentationen zu entwickeln.

*titätsarbeit und antizipatorische Lebenszielgestaltung sensibilisiert wird, für die Pflege des eigenen Netzwerks/Konvois, die Entwicklung der eigenen kreativen Potentiale und einer persönlichen **Lebenskunst** und **Parrhesie** (den Mut zu freimütiger Meinungsäußerung) – alles Qualitäten, die in der PatientInnenarbeit wesentlich sind und weitergegeben werden können.*

3. Methodische Selbsterfahrung ist auf behandlungsmethodische und -technische Fertigkeiten und ihre theoretisch-konzeptuellen und forschungsfundierten Hintergründe im Professionalisierungsprozess gerichtet und lehrt die angehenden „Experten für Menschenarbeit“ u. a. die differenzierende Wahrnehmung und Handhabung ihrer **Regulationspotentiale** auf der somatosensumotorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, kommunikativen Ebene im interpersonalen Bezug, um ihre Reaktionen auf spezifische Themen (Krankheit, Leid, Tod, Angst, Aggression, Sexualität, Begehren, Macht etc.) kennen zu lernen sowie ihre Resonanzen auf Menschen (Männer und Frauen, Junge und Alte) mit speziellen Störungsbildern (Angst-, Zwangs-, Borderline-Persönlichkeitsstörungen etc.), damit sie – unverzichtbar auch mit Bezug auf Theorie und Forschungs – einen persönlich und klinisch angemessenen Umgang mit diesen Reaktionen/Resonanzen entwickeln können. Es wird ihnen im Selbst-erleben der integrativen therapeutischen Methoden und Techniken „am eigenen Leibe“ und im Sich-Selbst-erfahren in der theoriegeleiteten und forschungsgegründeten Anwendung solcher Instrumente unter fachlich kompetenter Supervision und aufgrund integerer Begleitung durch ihre Lehrtherapeuten die sorgfältige, von Therapeut und Klient gemeinsam verantwortete Handhabung der **Integrativen Therapie** (shared locus of control) vermittelt. Sie erfahren und praktizieren die partnerschaftliche, wertschätzende und damit „Selbstwert“ und „Souveränität“ aufbauende Praxis des Integrativen Ansatzes, seine für Menschen engagierte, konviviale Qualität, der es um die Gewährleistung von „patient wellbeing, patient security“ und „patient dignity“ im Sinne der „**Integrativen Grundregel**“ und ihrer ethischen Orientierung geht (vgl. Petzold, Steffan 1999a,b).« (Petzold, Orth, Sieper 2005)

Eine solche Haltung, zu der die *persönliche, professionelle* und *methodische* Selbsterfahrung beitragen soll, ist ein anspruchsvolles Programm der „Arbeit an sich selbst“ und im „kollegialen, parrhesiastischen Miteinander“. Wer zu solcher Arbeit nicht bereit ist, sollte besser nicht Psychotherapeut werden, denn das ist nicht „irgendein Beruf“ (auch kein „unmöglicher“ Freud), sondern einer, der Einsatz für Menschen und durchaus eine altruistische Grundhaltung und menschliche Großzügigkeit verlangt. Engherzig- und Engstirnigkeit sind keine guten Voraussetzungen für die Psychotherapie und überzogene Gewissheiten sind eine problematische Basis für die Therapie.

Ein Blick auf die Geschichte dieser Profession, die – ganz gleich auf welche „Schule“ man schaut – von unschönen Machtspielen und von Einseitigkeiten, Irrtümern und Fehlern gekennzeichnet ist (wie übrigens jede Wissenschaft), neben guten Errungenschaften und Schätzenswertem, sollte bescheiden machen, vorsichtig, was Heilsversprechen und Geltungsbehauptungen anbelangt. Die Revolution der Neurobiologie, Neurowissenschaften, longitudinalen Entwicklungsneuropsychobiologie, deren Konsequenzen erst in Umrissen absehbar werden und deren – immer noch in vielen Bereichen vorläufigen – Erkenntnisse weit davon entfernt sind, in forschungsgestütztes Interventionswissen für die vielfältigen Störungsbilder, differenzierten Alters- und Gendergruppen und passend für die sozialen Lagen und Chronifizierungsgrade umgesetzt zu sein können nur auf besonnene, die PatientInnen als *vollauf informierte PartnerInnen* einbeziehende Arbeitsformen setzen. Sie muss suchend die jeweils optimalen *WEGE* zu finden trachten, denn es wird noch viel Zeit brauchen, bis positiv evaluierte, auf Nebenwirkungen geprüfte, *evidenzbasierte* Praxen (Lutz, Grawe 2000; Dobson, Craig 1998) für alle Störungsbilder vorhanden sind, die deutlich über die Wirkungen unspezifischer Therapiefaktoren (Märtens, Petzold 1998) hinausgehen, und bis forschungsgegründete „best practice“ auch für die kleineren PatientInnengruppen mit besonderen Problemen vorliegen (Sieper, Petzold 2000) – etwa für die ca. 30% der PatientInnen, die nicht ansprechen auf die verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlungen von Angststörungen (für die bislang keine freistellenden Nebenwirkungsnachweise auf der neubiologischen und immunologischen Ebene vorliegen, longitudinal erhobene ohnehin nicht). Eine kritische und selbstkritische Haltung ist angesagt, die mythologisierendem Heilergestus, den „Mythen der Psychotherapie“ (Petzold, Orth 1999) Besonnenheit, heilsame Nüchternheit, Gelassenheit, guten Willen, die Heiterkeit des Herzens, Trost und Menschenliebe entgegenstellt, von denen die antiken Seelenführer (Seneca, Epiktet, Musonius u.a.) nicht müde werden zu sprechen, „Tugenden“, die wir auch in einer modernen „philosophischen Therapie“¹⁰¹ empfehlen, praktizieren und zu fördern suchen, denn hier hat die Psychotherapie bedenkliche Skotome, wie das praktisch gänzliche Fehlen der theoretischen und methodisch-praktischen Auseinandersetzung mit therapie relevanten, zentral menschlichen Realitäten – ich

¹⁰¹ Petzold 1971; 2001m, 2004l; Petzold, Orth 2004a,b; Kühn, Petzold 1991; Achenbach 1980; de Botton 1999; Marinoff 2001.

spreche von „Humanessentialien“ (Petzold 1971, 2003d) – wie „Würde“, „Gerechtigkeit“, „Trost“, „Treue“, „Großherzigkeit“, „Seelenfrieden“ u. ä. zeigt (idem 2005r).

Ausbildung soll versuchen, vieles von dem zu vermitteln, was bis hierher angesprochen wurde. Und nur wenn sie das vermag, ist dieser Text nicht nur eine Zusammenstellung menschenfreundlicher Leitsätze. Dass die ihm zugrundeliegende therapeutische Haltung intersubjektiver, partnerschaftlicher, die „Andersheit des Anderen“ achtender Arbeit¹⁰² durchaus praktischen Niederschlag findet, zeigt sich in Ergebnissen aus dem Bereich der institutionalisierten Qualitätssicherung an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ aus umfangreichen empirischen Untersuchungen im Bereich der Integrativen Therapie sowohl bei Patienten¹⁰³ als auch in der Ausbildung von Ausbildern¹⁰⁴ und natürlich und am umfassendsten bei den AusbildungskandidatInnen¹⁰⁵ (zusammenfassend Petzold, Rainals, Sieper, Leitner 2005). In diesen Studien fand sich auf allen Ebenen folgendes Ergebnis:

Am höchsten rangierte die „erfahrene Wertschätzung“ durch die TherapeutInnen: 89-91.6% auf der 100-Prozentskala, also bei „sehr gut“; 8-10% im Bereich gut.

„Damit zeigt sich eine durchgängige Konstante, die sich von der Ausbildung der LehrtherapeutInnen (A), über die Ausbildung der TherapeutInnen (C), bis zur Ebene des PatientInnen/KlientInnensystems (G) durchzieht und dokumentiert, dass eine beziehungsorientierte Therapiekonzeption, ausgerichtet an den Konzepten der Intersubjektivität (G. Marcel, Petzold 2004f; Jaquenoud, Rauber 1981) und der Wertschätzung von Andersheit (E. Levinas, vgl. Petzold, 1996k), die PatientInnen (und natürlich auch AusbildungskandidatInnen) als PartnerInnen sieht (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999) sich auch in der Praxis und dann auch in den Forschungsergebnissen niederschlägt (Petzold, Rainals, Sieper, Leitner 2005).

Die Ausgebildeten haben das Erleben „*persönlich erfahrener Wertschätzung*“, an ihre PatientInnen weitergegeben (Petzold, Hass et al. 2000), denn diese gaben bei den entsprechenden Items die höchsten Scores. Das ist bedeutsam, denn es zeigt: Die Grundregel steht durchaus gut auf dem Boden von ersten Forschungen.

„Soziales Engagement“ und „Praxis von Intersubjektivität“, das „Wollen der Würde des Anderen“ sind also nicht nur edle Philosopheme und hehre Ziele von Ausbildungscurricula, die „Ideale transportieren *wollen*“ (idem 1996k, 1988n, 603f), sondern sie schlagen sich in der Praxis konkret nieder, wie die erwähnten empirischen Untersuchungen ersehen lassen. Sie sind also lehrbar, werden weitergegeben bis in die familialen Situationen der PatientInnen hinein! Psychotherapie kann also in Ausbildung und Behandlung – neben den kurativen und gesundheitsfördernden Zielen - auch als *wertevermittelnde Sozialisation* betrachtet und betrieben werden. Hier liegt ihre kulturkritische Zielsetzung und Funktion, die selbst immer wieder im Sinne „**weiterführender Kritik**“ (s.o.) von jedem Einzelnen und allen Beteiligten in den Blick genommen werden muss.

Die **Grundregel** muss Gegenstand weiterführender Forschung und vertiefenden Erfahrungsgewinns werden. Das kann aber nur gelingen, wenn möglichst viele TherapeutInnen diese **Grundregel** bewusst und entschieden zur Basis ihres Handelns machen, ihre Maximen im Sinne einer „*praemeditatio*“ (Seneca) immer wieder überdenken und den Text der **Grundregel** in der Initialphase der Behandlung in die Ko-respondenz mit ihren PatientInnen tragen. Da sie, um der Verpflichtung zum „informed consent“ nachzukommen, ohnehin ausführlich über die von ihnen eingesetzte Therapie – hier die Integrative Therapie – informieren müssen, könnte die **Grundregel** eine gute Basis bieten, mit einer partnerschaftlichen Ko-respondenz die gemeinsame Arbeit zu beginnen.

Literatur beim Verfasser

Die zitierten Arbeiten von Petzold und Mitarbeiterinnen können in der jeweils aktuellen Version der Gesamtbibliographie eingesehen werden in: Petzold, H.G. (2003). Gesamtbibliographie. Bei www.fpi-publikationen.de - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2003

¹⁰² Petzold 1980g, 1987g, 1991b, 1996k.

¹⁰³ wobei z. T. auch Familienangehörige mitbefragt wurden, n= 211, Petzold, Hass et al. 2000.

¹⁰⁴ n= 50 Sieper 1995.

¹⁰⁵ n = 465 KandidatInnen, mit einem 95-Items-Fragebogen, Petzold, Hass et al. 1995, 1998; 1997-1999, 24-Items-Evaluationsbögen n = 4150, Petzold, Steffan, Zdunek 2000; 1999-2004 n= 7068, Orth, Petzold, Zunker 2004.

ANHANG

Beispiele für Zupassungen:

I. Grundregel für Telefonseelsorgegespräche

Frank Ertel, Hilarion Petzold, Euregioday 4.9.04

Telefonseelsorge findet im Zusammenfließen mehrerer Qualitäten statt.

Der Telefonseelsorger bietet dem Anrufer einen „Raum“, in dem dieser sich willkommen fühlt, in dem soviel auf einander zu bewegen möglich ist, dass es zu einem „Du, Ich, Wir“ kommen kann.

Dies erfordert eine Partnerschaftlichkeit, in der beide miteinander die gemeinsame Aufgabe des Gesprächs in Angriff nehmen können. Es geschieht unter den Bedingungen eines geregelten Miteinanders, einer Grundregel:

- **Der Anrufer** bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in dem Gespräch mit sich selbst, seinem Anliegen, seinem Problem, seiner Störung, seinen Lebenshintergründen, seiner Lebenslage sowie mit dem Telefonseelsorger partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Dabei übernimmt der Anrufer seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten entsprechend selbst die Verantwortung für ein Gelingen des Gesprächs und seine weitergehenden Handlungen.
- **Der Telefonseelsorger** seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer zwischenmenschlichen, wertschätzenden Grundhaltung heraus mit dem Anrufer als Person und mit seiner Netzwerksituation partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Hierzu gehört das Achten auf seine Leiden, Störungen und Belastungen genau so wie das Beachten von Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsmöglichkeiten. Der Telefonseelsorger wird durch Zuhören und Gesprächsinterventionen dem Anrufer die bestmögliche Hilfe, Unterstützung oder Förderung zukommen zu lassen, ohne ihn dabei mit eigenen Lösungsideen zu überfordern.
- **Telefonseelsorger und Anrufer** erkennen das Prinzip der „doppelten Expertenschaft“ an. Der Anrufer ist Experte für seine Lebenssituation und der Telefonseelsorger für Telefonseelsorge und Gesprächsführung. Sie tun dies in Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ und vor ihrer jeweiligen „Souveränität“. Sie bemühen sich auftretende Probleme innerhalb des Gesprächs miteinander und lösungsorientiert zu klären.
- **Das Setting** der Telefonseelsorge am Telefon gewährleistet die Rechte des Kontaktsuchenden z.B. im Bereich der Selbstbestimmung über seine Daten und der Verschwiegenheit der Telefonseelsorge. Die Würde des Telefonseelorgers und des Anrufers sind jederzeit zu gewährleisten. Hierzu gehört auch eine „informierte Übereinstimmung“. Die Anrufenden sind über die Arbeitsweise der Telefonseelsorge soweit zu informieren, wie es die Integrität und den Schutz der Mitarbeitenden oder der Stelle zulassen.

II. Die „Grundregel“ im Integrativen Ansatz der Arbeit und Zusammenarbeit mit alten Menschen“

Petzold, H. G. (2004p): Die „Grundregel“ im Integrativen Ansatz der Arbeit und Zusammenarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta, S. 361-366.

» Die „fünf großen B's“ der Altenarbeit (**B**ehandlung, **B**eratung, **B**ildungsarbeit, **B**etreuung, **B**egleitung als kooperative Unterfangen) finden im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt:

1. Es ist eine Qualität der *Konvivialität*, d. h. eines guten Miteinanders erforderlich – die BetreuerInnen, die TherapeutInnen, die Pflegenden bieten einen „gastlichen Raum“, in dem Betreute, KlientInnen, PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können. In ihm können Nahbeziehungen (Affiliationen) möglich werden, „Gespräche nach vielen Seiten“ stattfinden – wir nennen das *POLYLOG*, ein Austausch unter dem Leitsatz „DU, ICH, WIR“, in dem der Andere in seiner Andersheit (*Levinas*), der alte Mensch als „DU“ der Ausgangspunkt des praktischen Handelns ist und die Angehörigen und BetreuerInnen als „WIR“ einbezogen sind¹.
2. Es ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der die PartnerInnen miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Beziehungsgestaltung in Angriff nehmen und am „Projekt eines konstruktiven, gelingenden Alterns und Alters“² arbeiten unter Bedingungen eines „geregelten Miteinanders“, einer **Grundregel**, wenn man so will, denn „*Arbeit mit alten Menschen ist in eminenter Weise Zusammenarbeit*“:

- **Der Betreuer** (Berater, Therapeutin, Pflegerin) bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem *Betreuten* als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* **partnerschaftlich** auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen*, *Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen*, *Kompetenzen*, *Potentialen*, *Entwicklungsaufgaben*, um **mit ihm gemeinsam** an Gesundheit, Bewältigungsaufgaben, Kompensationsleistungen, Problemlösungen und an prinzipiellen oder auch selektiven Optimierungen, an Persönlichkeitsentwicklung und Lebensgestaltung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter '*best practice*' Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

- **Der Betreute** (Klientin, Patient) bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich nach seinen Fähigkeiten in seiner Behandlung oder Beratung oder Betreuungssituation mit sich selbst, seiner Störung, seinen Problemen, ihren Hintergründen und mit seiner *Lebenslage* sowie (problembezogen) mit dem *Betreuer* (Therapeutin, Pflegerin, Helfer) und dessen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der der Patient - *seinen Möglichkeiten entsprechend* - „sich selbst und seine Lebensgestaltung zum Projekt macht“, seine Fähigkeiten (*Kompetenzen*) und Fertigkeiten (*Performanzen*), seine *Probleme* und *Potentiale* vor dem Hintergrund seiner subjektiven Theorien einbringt, er *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie/Beratung/Betreuungssituation mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* respektiert.

- **Betreuer und Betreuter** anerkennen die Prinzipien der wechselseitigen Wertschätzung und der „*doppelten Expertenschaft*“³ - die des Klienten/Patienten für seine Lebenssituation und die des Beraters/Therapeuten für fachliche Belange - des *Respekts* (*Sennett*) vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“⁴. Sie verpflichten und bemühen sich um eine „intersubjektive Haltung“ (*Marcel*), damit sie auftretende Probleme im Prozeß der **Begleitung**, **Beratung**, **Behandlung** und in der **Beziehung** gemeinsam korrespondierend, problembewusst und lösungsorientiert bearbeiten können.

- **Das Setting** muß gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen, fachverbandliche Regelungen, instituti-
onsinterne Kontrollen, *feldkompetente Supervision*⁵), daß Persönlichkeits- und Patientenrechte, „informierte
Übereinstimmung“, Fachlichkeit und die *Würde und das Wohlergehen des Betreuten* gesichert sind und der
Betreuer die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter
seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen. Erkrankt der Patient so
sehr oder nehmen seine geistigen Kräfte so sehr ab, daß seine Mitwirkung an den ko-respondierenden Pro-
zessen der „Begegnung und Auseinandersetzung“ nicht mehr möglich ist, haben die Betreuer, Angehörigen
und rechtlich Verantwortlichen aus „*unterstellter Intersubjektivität*“ (*Petzold 2003a*) zu handeln, nämlich so,
daß der Erkrankte, wäre er wieder im Vollbesitz all seiner Kräfte, die gewählten Maßnahmen gutheißen wür-
de.

- **Der methodische Ansatz** (das *Beratungs-, Betreuungs-, Begleitungs-, Bildungs- oder therapeutische Be-*
handlungsverfahren, die Methode) muß gewährleisten, daß in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund
klinisch-philosophischer, klinisch-psychologischer und sozialpsychologischer Beziehungstheorie sowie ge-
rontologischen Forschungs- und Fachwissens reflektierte, begründbare und prozessual veränderbare Regeln
der konkreten Beziehungs- und Situationsgestaltung im Rahmen dieser **Grundregel** mit dem/der Betreuten
(Patienten/Patientin) und ihren Bezugspersonen (Angehörigen) *ausgehandelt* und *vereinbart* werden - immer
wieder neu -, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, *sinnvolle* therapeutische Arbeit bieten. Die Grund-
regel kann dabei selbst, der jeweiligen Situation und dem Gesundheitszustand der Beteiligten angemessen,
verändert werden unter den Leitprinzipien:

*Gewährleistung der Würde, der Integrität und des bestmöglichen Wohlbefindens der Patientin/des Patienten,
des Betreuten/der Betreuten, der alten MitbürgerInnen für die wir alle Sorge zu tragen haben.*«
(Vgl. *Petzold 2000a*).

Die so formulierte und praktizierte **Grundregel** für den Kontext der Arbeit und für die Zusammenar-
beit mit alten Menschen *als unseren Partnern* und *Partnerinnen* (*Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt*
1999) stellt die persönliche und gemeinschaftliche **Integrität** als Basis des *Sinnes* von **Begeleitung**,
Beratung, **Behandlung**, **Betreuung**, **Bildungsarbeit** in das Zentrum der Praxeologie und Praxis (*Orth*,
Petzold 2004b). Sie ist weiterhin die Basis für das generieren von **SINN** aus zwischenmenschlicher
Praxis (*consensus*, *Petzold, Sieper 2004*). Diese gesamte Grundregel, muß beständig durch die
Konsens-Dissensprozesse der Begegnungen und Auseinandersetzungen hindurchgehen im
Dienste von Lebensqualität und Sicherung von PatientInnenrechten, durch all die Problematisierun-
gen und die Mühen um das partnerschaftliche Finden guter Lösungen, welche die **Ko-respondenz**
(idem 1991e) kennzeichnet. Diese **Grundregel** steht als Basis hinter all den Theorien, Strategien,
Methoden, Handlungstechniken, um die es in diesem Werk „Mit alten Menschen Arbeiten - Zu-
sammenarbeiten“ (*Petzold 2004a, 2005a*) geht.

¹ Eine solche Position, die an *E. Levinas* („der Andere ist immer vor mir“) und *M. M. Bakhtins* Dialogizität, sein Konzept eines „vielstimmigen Sprechens nach vielen Seiten“ anschließt, ist differenzierter und greift breiter als die traditionelle „Ich-und-Du-Dialogik“ von *M. Buber* mit ihrer hegemonialen Position des Ich (vgl. *Petzold* 2002c).

² vgl. *Saup* 1991; *Baltes, Lang, Wilms* 1998.

³ Dieses Prinzip wurde von mir im Kontext des „Exchange Learnings“ und der Selbsthilfearbeit formuliert (*Petzold, Schobert* 1991)

⁴ Wir ziehen diesen Begriff „Souveränität“ dem der „Autonomie“ vor, denn er impliziert das Prinzip des notwendigen „Aushandelns von Grenzen“ mit den *angrenzenden* souveränen Persönlichkeiten des Lebenskontextes und suggeriert nicht eine Autarkie, in der jeder nach seinem Gutdünken und Gesetz (Nomos) leben kann. Leben ist „Aushandeln von Grenzen und Souveränitätsräumen“ (*Petzold, Orth* 1997b/1998).

⁵ Sehr oft ist Supervision im Altenbereich nicht „feldkompetent“, haben die Supervisoren keine Erfahrung in der Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden und vor allen Dingen kein *fundiertes und aktuelles gerontologisches* Fachwissen, ein gravierender Mangel! So kann Supervision durchaus auch Negativeffekte im Altenbereich anrichten (*Petzold, Müller* 2005).