

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2000

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (2000d):
**„Client Dignity konkret - Patientinnen und
Therapeutinnen als Partner in
„kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative***

Erschienen in: *Integrative Therapie* 2-3/2000, Seite 388-395

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

Textarchiv H. G. Petzold et al.

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

* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) . Diese Arbeit hat die Sigle 2000d.

Zusammenfassung: „Client Dignity konkret - Patientinnen und Therapeutinnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative

Das Konzept „Patient Dignity“ (*H. Petzold*) als therapeutische Kategorie wird vor dem Hintergrund des Verständnisses im „Integrativen Ansatz“ von Therapie als „kritischer Kulturarbeit“ (*G. Politzer*) und „systematischer Problematisierung“ (*M. Foucault*) dargestellt und führt zu dem Postulat und praktischen Projekten, Patienten und Patienten-Organisationen in psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbänden Diskursforen und Mitwirkungsmöglichkeiten (z.B. bei Ethikkomitees) zu bieten.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, geduldige Würde, therapeutische Ethik, Kulturkritiker

Summary: "Client Dignity concretely - patients and therapists as partners in" critical cultural work "- an initiative

The concept of „patient dignity“ (*H. Petzold*) is presented as a category of psychotherapeutic ethics on the ground of Integrative Therapie's understanding that therapy is „critical cultural work“ (*G. Politzer*) and „systematic problematization“ (*M. Foucault*). Therefore it is postulated and suggested for practical projects that patients and patients' organisations should have within professional organizations of psychotherapists possibilities of cooperation, coaction (e.g. in ethics committees) and a forum of discourse.

Keywords: Integrative Therapy, patient dignity, therapeutic ethics, culture critics

„Integrative Therapie“ verstand sich und versteht sich seit ihren Anfängen im Paris der sechziger Jahre als „kritische Kulturarbeit“. Sie war dabei geprägt aus meiner biographischen Situation, dem Einsatz meiner Eltern als Pazifisten im antifaschistischen Widerstand während des Dritten Reiches, dem Engagement meines Vaters als Verfolgter des Naziregimes nach dem Krieg in der Friedensbewegung bis in sein letztes Lebensjahr [1983]. Mein eigenes politisches Engagement in der Psychologie und Psychotherapie als „kritischer Kulturarbeit“ war von dem französischen Psychologen *Georges Politzer* beeinflusst, der von den Nazis umgebracht wurde. Sein Werk ist unverdient in Deutschland nur wenig beachtet, weiterhin vom Konzept der Diskursanalyse und „kritischen Problematisierung“ des Psychologen, Philosophen und Kulturkritikers *Michel Foucault*. Die ethiktheoretische Grundlage der Integrativen Therapie leitet sich ab aus ihrem mit Bezug auf *Merleau-Pontys* Denken formulierten ontologischen Axiom: *Sein ist Mitsein – und zwar differentielles Mitsein*. Damit wird eine grundsätzliche „Verbundenheit in der Verschiedenheit“ affirmiert, ein plurales und doch prinzipiell konnektiviertes Sein, das auch im „mit“ die Signatur des „Anderen“ trägt. Aus dieser Annahme entfließen die anthropologischen Basiskonzepte der *Inter-subjektivität* (*Gabriel Marcel*) und der *Alterität* (*Emmanuel Levinas*) und das epistemologische Konzept, dass Wissen ein gemeinsames ist, *connaissance*, gemeinsamer Hermeneutik entspringt (*Paul Ricoeur*) und Sinn als *consensus* begriffen wird, als konnektivierter, in Bezügen gründender, aus *Ko-respondenzen*, d.h. Konsens/Dissens-Prozessen geschöpfter Sinn, und er damit immer ein pluraler Sinn ist (*Petzold 1991e; 2000h, k*). Diese Annahmen haben grundsätzliche Konsequenzen für die Praxis von Therapie, für die Bestimmung dessen, was wir metatheoretisch unter „therapeutischer Beziehung“ (*Petzold 1991b*) zu verstehen haben, und das unterfängt die ebenfalls wichtigen sozialpsychologischen, klinischen und entwicklungspsy-

chologischen Begründungen dieses Konstruktes (vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, idem 1981f, 2000h). Damit wird ein »**ko-respon-dierendes dialogisches Prinzip**« konzipiert, anders orientiert, als es ursprünglich bei Bubers „Ich und Du“ gedacht war, nämlich: „*Du, Ich, Andere*“ (idem 2000h) – der Andere ist immer vor mir (*Levi-nas*), seine *Andersheit* steht neben mir – mir eben darin, in dieser letzt-*endlichen* Alterität, ja Fremdheit, zugehörig. Das ermöglicht erst *Ko-respondenz* und frei entschiedene Verbundenheit ohne den potentiellen Zwang der Konjunktion „und“. Der *Dialog* ist eingebettet in „**ko-respon-dierende Polyloge**“, allein schon dadurch, dass unser Sprechen auf die vielstimmige Matrix der Sprache zurückgreift und dass aus mir, einer vielfältigen Persönlichkeit, einem intrapersonal dialogisierenden, „pluralen Selbst“ (*Bakhtin* 1985; *Petzold* 1999k, 2000b; *Rowan, Cooper* 1999) nicht nur „einer“ zu sprechen vermag. Aus einer solchen metatheoretischen Position erwächst eine ganz grundsätzliche „Wertschätzung von Anderheit und Differenz“ (*différance*, sensu *Derrida*), eine Bewusstheit für die Wichtigkeit von *Dissens*. Das muss in der Beziehung zwischen *Subjekten* zum Tragen kommen, auch und gerade in der Psychotherapie bis in ihre strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Setting, Rechte, Abwicklung, Honorierung, Transparenz etc.) hinein, und das geht weit über die – keineswegs hinlänglich gesicherten – „Patientenrechte“ hinaus. Therapie, die der Entwicklung von Kozepten wie der »*Menschenwürde in ihrem existentiellen Grund*« als gelebter Intersubjektivität (*Marcel* 1967) in Wertschätzung der radikalen »*Andersheit des Anderen*« (*Levinas* 1963/1983) verpflichtet ist, Therapie, die sich als emanzipatorischer *Polylog* versteht, der „*persönliche Souveränität*“ bekräftigt (*Petzold, Orth* 1999, idem 2000h), muss ihre „Praxis in der Praxis“ in dieser Weise gestalten. Sie muss sich dazu in der konkreten Arbeit mit dem „Partner/Patienten/Klienten/Kunden“ – und all diese Aspekte finden sich im Rollenrepertoire der Menschen, die in die Behandlung kommen (*Petzold* 1998a) – immer wieder kritisch dekonstruktivistisch reflektieren. Solcherart betriebene Therapie muss als eine bewusstseinserschaffende Form *kritischer Kulturarbeit* gesehen werden, denn PatientInnen gewinnen damit Exzentrität und sehen gesellschaftliche Machtverhältnisse, Experten-Status-, Rollenmacht, *strukturelle Gewalt* (*J. Galtung*), wie sie sich auch in der Psychotherapie finden, richtlinienkonformer zumal (Stichwort Gutachterverfahren mit seiner Problematik hinsichtlich Datenschutz und Schutz von Persönlichkeitsrechten). Sie erkennen die Disziplinierungs- und Anpassungsfunktion, die Psychotherapien haben können (*Berger, Luckmann* 1970), und versuchen, diesen gemeinsam mit ihren TherapeutInnen zu begegnen.

„*Systematische Problematisierung*“ und „*kritisches Hinterfragen*“ schafft in Therapien ein diskursives und reflexives Klima (*Petzold* 2000h), von dem beide, TherapeutIn und KlientIn/PatientIn, als sou-

veräne Subjekte profitieren können und das der *personalen Würde* von beiden gerecht wird. Damit werden zentrale therapeutische Kategorien in neuer und vertiefter Weise fundiert. 1. Der „*informed consent*“ wird so nicht nur eine Rechtskategorie, die Patienteninformation verfügt, oder eine behandlungstechnische Maßnahme, die „*compliance*“ (dt. = Willfährigkeit, Gefügigkeit, Folgsamkeit!) bewirken will, sondern ein *Konsensus*, der in einer „intersubjektiven Ko-respon- denz“ gewonnen wurde und „*cooperation*“ begründet. 2. „*Client welfare*“ und „*patient security*“ haben einen unverzichtbaren Rechtsrah- men, den des Patientenschutzes, der Therapeuten auf „*good/best prac- tice*“ (Dobson, Craig 1998) verpflichtet – und das ist mehr als *nil nocere* –, weshalb Evidenzbasierung durch Forschung und Qualitätssiche- rung unverzichtbar werden. Dieser Rahmen wird aber überstiegen, weil diese medizinischen Kategorien als essentiellen Hintergrund das Engagement für das Wohlergehen und die mitmenschliche Sorge um die Sicherheit des Anderen haben. 3. „*Patient dignity*“ (Müller, Petzold 2000) ist die die voranstehenden Kategorien fundierende Position, eben weil die „Würde des Patienten“ (die des Menschen ohnehin) *antastbar* ist. Sie ist in den „totalen Institutionen“ des Gesundheitssys- tems, der „Hermetik“ psychotherapeutischer Praxen, der „Ideologie- trächtigkeit“ vieler psychotherapeutischer Verfahren (Petzold, Orth 1999) und der Möglichkeit riskanter bzw. iatrogener Behandlung (Mär- tens, Petzold 2000) durchaus „*prekär*“ und gefährdet. *Würde* ist an sich eine prinzipiell *vulnerable*, weil von Anderen abhängige Kategorie, und deshalb ist besondere Sorge, Pflege und Wachsamkeit angesagt und ein mutiges und engagiertes Eintreten, wenn Würde bedroht und ver- letzt wird (idem 1985d). In diesem Sinne ist Folgendes erforderlich:

Für TherapeutInnen gilt es, die eigene Haltung, die eigene Ge- schichte mit Therapie als PatientIn und als TherapeutIn, – denn viele von uns waren in beiden Positionen – anzuschauen, neu zu betrach- ten, zu problematisieren, um keinen falschen (Selbst)Sicherheiten aufzusitzen, wohlmeinenden zumal. Man darf allerdings nicht in der Reflexion verbleiben, sondern sie muss gfls. Konsequenzen in der persönlichen Einstellung und im praktischen Handeln haben. Manch einer wird Positionen zu korrigieren haben. Mir ist es so gegangen. Fehler und Fehlhaltungen können deutlich werden, *und hier muss man sich revidieren*, kann aber auch Neuland entdecken. Die Auseinander- setzung mit meinem eigenen Lebenswerk anlässlich einer ernsten Er- krankung und damit persönlichen Konfrontationen, die Reflexion meines persönlichen und professionellen Lebens auf Gelungenes, Misslungenes hin, auf Fehler, Orientierungen und weitere Ausrich- tungen hat mich in diesem Zeitraum zwischen 1991 und 1996 zur er- neuen Lektüre u.a. der Werke von *Levinas* und *Marcel* (auch im Ver- gleich zu *Buber* und *Rosenzweig*) geführt und zur Revision einiger Po- sitionen meiner persönlichen und professionellen Praxis. Das hat in

mehreren grundsätzlichen Arbeiten z.B. zur »Andersheit des Anderen« und zu »Identitätsvernichtung« (1996 j, k) Niederschlag gefunden – ich glaube, sie lohnen der Mühe – und zu kritischen Einschätzungen der »Mythen in der Psychotherapie« (Petzold, Orth 1999). Die intensive Relektüre der großen Beziehungsphilosophen nach mehr als dreißig Jahren seit dem ersten Lesen dieser Autoren mit dem Erfahrungsraum langjähriger Arbeit als Psychotherapeut, Körpertherapeut, Lehrtherapeut, Supervisor und auch vor dem Hintergrund einer Reflexion der Stärken und Schwächen der eigenen Konzepte und Handlungen in Theorie und Praxis hat meine Interessen und mein Engagement in die Richtung der Arbeit mit Traumapatienten in Klinik und Feldarbeit (Jugoslawien), mit Schwerkranken und Sterbenden (Josic, Petzold 1995; Petzold, Wolf et al. 2000) wieder vertieft, Bereiche, in denen ich immer wieder schon gearbeitet hatte (idem 1982j, 1986b). Es genügt mir aber nicht – etwa im Bereich der Therapieschäden – zu forschen und praktisch zu arbeiten (idem 1999h, Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Märtens, Petzold 2000). Es ist mir auch ein Anliegen, *strukturell* etwas für das Empowerment von PatientInnen zu tun und das heißt für mich *politische Arbeit*, Engagement und kritische Kulturarbeit. Partnerschaft, Kooperation, Ernstnehmen der „Expertenschaft der PatientInnen“ (Petzold, Schobert 1991) heißt konkret etwas zu tun, dass das von mir inaugurierte Konzept des „**patient dignity**“ auch umgesetzt wird, besonders auch in den *Strukturen* des »professionellen Feldes« der Psychotherapie, denn hier liegt vieles im Argen: Parentifizierung, Klientelisierung, Depowerment, mangelnde Information (über Diagnosen, Krankheitsbilder und Ursachen, unter Offenlegung der Bereiche, wo noch kein hinlänglich gesichertes Wissen besteht, und das sind nicht wenige). Umfassende Information über Methoden, Wirkweisen, theoretische – wichtiger noch – ideologische Hintergrundannahmen (z.B. Menschenbild), über Ziele und besonders gravierend, weil **rechtlich verpflichtend, über „Risiken und Nebenwirkungen“**. Letzteres geschieht genauso selten, wie die (rechtlich gleichfalls verpflichtende) Einholung der Erlaubnis des Patienten, Materialien aus seinem Prozess in Supervision und Kontrollanalyse zu thematisieren (vgl. Petzold, Rodriguez-Petzold 1997). Macht man Ernst mit Patientenwürde, Wertschätzung, Intersubjektivität, Dialogik, Mündigkeit, *Freiraum, Souveränität*, damit diese Begriffe nicht zu Leerformeln geraten, die man sagt, aber nicht meint – wie Derrida (2000) anhand des Begriffes „Bruder“ beeindruckend gezeigt hat –, so muss auch Partizipation an Institutionen der MACHT eingeräumt werden, Möglichkeiten der Mitwirkung und Mitsprache. Ich habe schon verschiedene PatientInnenforen initiiert auf Kongressen, Gesundheitsmärkten etc. Mit diesem kurzen Beitrag möchte ich psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände und ihre Mitglieder, meine Kolleginnen und Kollegen in der psychotherapeutischen

Profession ermutigen und herausfordern, mit PatientInnen und Patientenverbänden Foren zu bilden und sie an verbandlichen Aktivitäten und gesundheitspolitischen Initiativen zu beteiligen. Das muss von PsychotherapeutInnen ausgehen, denn es geht hier ja nicht (nur), wie ich es jahrelang gefördert und praktisch betrieben habe, um den Dialog von Selbsthelfern und Professionellen (Petzold 1983f, 1990i, Petzold, Schobert 1991), sondern um gelebte, strukturelle Partnerschaft, wie ich es schon verschiedentlich verdeutlicht hatte (Petzold, Gröbelbaur, Gschwendt 1998, in: *Gestalt* 32, 15-41, repr. Petzold, Orth 1999). Solche Texte sind aber nur nützlich, wenn daraus praktische Umsetzungen erfolgen.

Ich habe mich deshalb an zahlreiche psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände in den deutschsprachigen Ländern mit nachstehenden Forderungen gewandt:

„Ich möchte mich in ihrem Verband für folgende Initiativen einsetzen:

1. Es sollten permanente »Begegnungsforen von PatientInnen – TherapeutInnen«, gfls. Angehörigen eingerichtet werden, wo Gespräche zu dieser Beziehung, zu relevanten Fragen von Therapie, Öffentlichkeitsarbeit, Stigmatisierung, Therapiefinanzierung etc. stattfinden. Wer würde sich für eine solche Initiative stark machen, AnsprechpartnerIn sein?
2. Im Sinne eines wirklichen Qualitätszirkels müssen bekanntlich alle Beteiligten eines Systems mitwirken, also auch die PatientInnen. Mit ihnen zusammen muss Qualitätssicherung diskutiert und gewährleistet werden und Qualitätsentwicklung geschehen. Ansonsten – ohne PatientInnen/KlientInnen/KundInnen-Beteiligung – bleibt das nur fachlich unfundiertes Wortgeklingel. Wer von den qualitätssicherungsbewussten KollegInnen übernimmt Initiativen, um zu einem fundierten Qualitätszirkel im Verband beizutragen?
3. Es sollte eine statuäre Verankerung im Verband erfolgen. Ich habe dazu eine Anregung an den Vorstand und die MV gesandt, die nachstehend abgedruckt wird, und hoffe, dass eine Kommission und Arbeitsgruppe in dieser Sache zustandekommt.
4. Es sollte eine Arbeitstagung zu diesen Fragen mit PatientInnen, Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen und Verbrauchervereinigungen stattfinden. Das wäre eine gute Sache für den Verband und für unsere Anliegen.“

Exemplarisch sei das Anschreiben an die „Schweizerische Vereinigung für Gestalttherapie und Integrative Therapie“ (SVG) wiedergegeben:

„Sehr geehrte Damen und Herren,

Mir persönlich und unserer Einrichtung ist es ein Anliegen, Patientenrechte und -mitbeteiligung in der Psychotherapie in allen Bereichen zu fördern und zu partnerschaftlichen Formen der Beziehung und Kooperation zwischen Patientinnen und Therapeutinnen beizutragen.

In berufs- und gesundheitspolitischen Situationen wäre eine solche Kooperation mit unseren Partnern, PatientInnen, Klienten, Kunden eine sehr nützliche Sache, um in der Öffentlichkeit *mit einer Stimme* zu sprechen. Es würde sich um eine richtungsweisende Innovation im Sinne unserer Grundanliegen handeln. Deshalb bitten wir, beim Vorstand und bei der Mitgliederversammlung der SVG folgende Anregungen zu bearbeiten.

1. Es wird angeregt, die relevanten Schweizerischen Patientenorganisationen zur Mitarbeit im SVG einzuladen. Die Patientenorganisation sollte in allen wesentlichen bzw. relevanten Gremien der SVG durch Vertreter von PatientInnen bzw. Ex-PatientInnen Sitz und Stimme haben und in entsprechenden Gremien mitarbeiten (z.B. Ethikkommission).

2. Wir regen weiterhin an, dass eine Sektion für PsychotherapiepatientInnen bzw. ehemalige PsychotherapiepatientInnen eingerichtet wird, in der sie Mitglieder werden und in die verschiedenen Gremien gewählt werden können.
3. Wir regen an, dass TherapeutInnen der SVG in ihren Praxen eine entsprechende Information auslegen, so dass PatientInnen auf diese Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden.
4. Es möge beschlossen werden: Bei den Mitgliedern des SVG sollen PatientInnen das Recht haben, immer wenn sie sich mit ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin in belastenden Problemen und Verstrickungen sehen (es ist hier nicht an Missbrauchsituationen gedacht, die anders geregelt sind), Supervision einzufordern.
5. TherapeutInnen sollen verpflichtet werden, ihre PatientInnen um Zustimmung zu fragen, wenn sie Materialien aus Therapien in Supervision und Kontrollanalysen bringen. Therapie-Supervisoren sollen verpflichtet werden, ihre SupervisandInnen nach derartigen Freistellungen zu fragen.
6. Wir regen an, eine Kommission einzurichten, die die Realisierung der gestellten Anregungen vorbereitet.

Begründung:

In der Psychotherapie vertreten wir schulenübergreifend ein grundsätzliches „Intersubjektivitätsprinzip“ (Petzold 1991 b). Von der Metatheorie her werden unsere Patienten als reflexive und kompetente Persönlichkeiten angesehen (in der Mehrzahl der Psychotherapieverfahren ist Reflexivität Voraussetzung und z.T. Modalität der Heilung). Außerdem wird neuerlich eine Kundenorientierung neben der Person- bzw. Klientenzentrierung betont. Mit der Umsetzung derartiger Prinzipien ist es bislang in der Psychotherapie schlecht bestellt [...] Patienten werden in ihren gesunden Seiten oft nicht ausreichend gesehen und beteiligt. Ihre Kompetenzen werden häufig zu gering gewertet (vgl. die Untersuchung Petzold, Hass, Märrens, Steffan 2000, dieses Heft). Das hat Geschichte (vgl. Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Aus diesem Grunde wäre es eine äußerst innovative Angelegenheit, die Psychotherapiepatienten/Klienten/Kunden [...] in psychotherapeutischen Organisationen und Institutionen statuarisch zu verankern, um sie partnerschaftlich einzubeziehen oder ihnen Mitwirkungsmöglichkeiten zu geben (ich höre schon all die ‚Wenns‘ und ‚Abers‘, aus unserer eigenen institutionellen Praxis kann jedoch anderes berichtet werden). Auch für die Möglichkeiten der Supervision gibt es Beispiele, etwa in Österreich die institutionalisierte Regelung von Regionalvertrauenstherapeuten, an die sich PatientInnen bei Problemen und Unzufriedenheit wenden können. In einer Rundfunksendung, die ich mit dem Österreichischen Rundfunk 1998 zu diesem Thema machen konnte, zeigte sich aufgrund der PatientInnen-Anrufe ein großes Interesse. Das von uns eingerichtete PatientInnen-Forum auf der AGPF-Tagung in München zeigte von der PatientInnenseite eine hohe Resonanz. Die an der Tagung teilnehmenden Psychotherapeutinnen zeigten erwartungsgemäß zunächst ein hohes Abwehrverhalten, dann aber auch großes Interesse. [...] Ich hoffe, dass Sie meine Anregung und meine Anträge aufnehmen, weil hier im Felde der Psychotherapie eine echte Innovation geschehen würde, bei der die theoretischen Ansprüche auch auf der institutionellen Ebene eingelöst würden.

Was die Freistellungsverpflichtung bei Supervision anbelangt, so ist sie mit den grundrechtlich verankerten Persönlichkeitsrechten, Vertrauensschutz, Schutz der persönlichen Sphäre, Verbot der Weiterabgabe von Geheimnissen, Schutz von Patientendaten, wahrscheinlich auch in der Schweiz rechtlich gegeben. In Deutschland ist bekanntermaßen vom Oberlandesgericht München ein Diplom-Psychologe, der in einer Supervisionsgruppe (mit schweigepflichtigen Kollegen) eine nicht radikal anonymisierte PatientInnen-Situation vorgestellt hat, rechtskräftig verurteilt worden (zur Problematik vgl. Petzold, Rodriguez-Petzold. *Familiendynamik* 3 [1997] 288-311). Im geriatrischen Bereich oder in der Kindertherapie müssen die Vormünder bzw. Erziehungsberechtigten gefragt werden. Die ‚radikale‘ Anonymisierung macht supervisorisches Arbeiten in der Regel nicht möglich.

Ich hoffe sehr, dass die Schweiz mit ihren demokratischen Traditionen und ihrer Sensibilität für Menschen- und Persönlichkeitsrechte im Bereich der Psychotherapie mit ihren Verbänden für die Etablierung einer besseren Partnerschaftlichkeit in der Therapeut-/Patientinnen-Beziehung eine Vorreiterrolle einnehmen wird, zumal durch die Einseitigkeit des Abstinenzprinzips und der *Freudschen* Grundregel die andere Seite, die des ‚Patienten als Partners‘, nicht oder nur eingeschränkt zum Tragen kommt.

Ich würde mich freuen, wenn meine Anregungen angenommen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. DDDr. Hilarion Petzold

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG)“

Ich hoffe, dass meine Initiativen Resonanz finden. Ich arbeite in einer Forumgruppe mit und das ist sehr faszinierend. So geht es bei derartigen Projekten nicht nur darum, dass die Praxis einer Profession sich an ihren Postulaten messen lassen muss, sondern auch darum, *dass es sich lohnt*, mit PatientInnen Gesprächsgemeinschaften, Erzählgemeinschaften, Diskursgemeinschaften (Petzold 2000 b) „außerhalb des Behandlungszimmers“, Foren der gemeinsamen Aktion zu finden, in denen andere Qualitäten des Miteinanders Raum greifen können, als in Praxisräumen und Behandlungssettings.

TherapeutInnen verlieren etwas, wenn diese trennende Kluft – eine der vielen, die das Feld der Psychotherapie kennzeichnet (vgl. ausführlich Petzold 1999p) – nicht überbrückt wird. PatientInnen können ihre Souveränität – zentrales Ziel der Psychotherapie neben dem der Gesundheit – nicht realisieren, wenn ihnen kein *Freiraum* der Mitwirkung in der partizipativen Verwaltung und Kontrolle von struktureller Macht gegeben wird. Dialogik, Beziehung, Wertschätzung, **Patient dignity** bleiben Leerformeln, wenn sie nicht von einer Psychotherapie, die sich als „*systematische Problematisierung*“ (M. Foucault), „*dekonstruierende Reflexion*“ (J. Derrida) und „*kritische Kulturarbeit*“ (G. Politzer) versteht, konkretisiert werden.

Zusammenfassung

Das Konzept „*Patient Dignity*“ (H. Petzold) als therapieethische Kategorie wird vor dem Hintergrund des Verständnisses im „Integrativen Ansatz“ von Therapie als „*kritischer Kulturarbeit*“ (G. Politzer) und „*systematischer Problematisierung*“ (M. Foucault) dargestellt und führt zu dem Postulat und praktischen Projekten, Patienten und Patientenorganisationen in psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbänden Diskursforen und Mitwirkungsmöglichkeiten (z.B. bei Ethikkommittees) zu bieten.

Summary

The concept of „*patient dignity*“ (H. Petzold) is presented as a category of psychotherapeutic ethics on the ground of Integrative Therapie’s understanding that therapy is „*critical cultural work*“ (G. Politzer) and „*systematic problematization*“ (M. Foucault). Therefore it is postulated and suggested for practical projects that patients and patients’ orga-

nisations should have within professional organizations of psychotherapists possibilities of cooperation, coaction (e.g. in ethics committees) and a forum of discourse.

Key words: Integrative Therapy, patient dignity, therapeutic ethics, culture critics

Literatur

- Bakhtin, M.M. (1981): The dialogical imagination. Austin: Univ. of Texas Press.
- Berger, P., Luckmann, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer.
- Buber, M. (1965): Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Derrida, J. (2000). Die Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Levinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000) (Hrsg.): Therapieschäden. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000) Patient Dignity? – Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen. In: Märtens, Petzold (2000).
- Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund. Frankfurt: Knecht.
- Petzold, H.G., 1981f. Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. in: Petzold, H.G., Stöckler, M., (1988) (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn, 47-64.
- Petzold, H.G., (1982j): Poesie- und Bibliothherapie mit Alten und Sterbenden, *Integrative Therapie* 4; auch in *Altenpflege* 10, 393-395; 11, 430-433; 12, 462-464.
- Petzold, H.G., 1983f. Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen, in: Petzold, H.G., Heintz, H. (1983): Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann, 409-449.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden; repr. in: idem, *Integrative Therapie*, 1991a, Bd. II, 3, S. 1047-1087. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., 1990i. Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, Schobert (1991) 17-28
- Petzold, H.G., 1991e. Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. in 1991a, Bd. II, 1, S. 19-90.
- Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen – über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung“. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6/99, 41-62
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisory Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem, *Familiendynamik* 3 (1997) 288-311; erw. in: Petzold (1998a).
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Politzer, G. (1974): Kritik der klassischen Psychologie [orig. 1929]. Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Rowan, J., Cooper, M. (2000): The plural Self. Multiplicity in Every Day's Life. London: Sage.
- Weitere in dieser Arbeit zitierte Literatur findet sich in Petzold, Integrative Traumatherapie, dieser Band.