

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2006

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Petzold, H.G.(2006z):
„Grau“ muss doch nicht schlecht sein!

**Ungekürzte Fassung des *bvvp-magazin*-Interviews
mit *Hilarion G. Petzold* - geführt von *Ursula Neumann* ***

**Erschienen in: *bvvp magazin*, Zeitschrift für die Mitglieder
der Regionalverbände im Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten e.V., 1 (2006) 30-32.
http://www.bvvp.de/news06/int_petz.htm**

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen 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 psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold leitet die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (Fritz-Perls-Institut)“. Er gehört zu den Pionieren der Methodenintegration in der Psychotherapie und ist „geistige Vater“ der „Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie“. Er lehrte u. a. in Amsterdam und Paris, verfasste Bücher zu den „Mythen der Psychotherapie“, zur Psychotraumatologie und zur Sucht- und Gerontotherapie. Die Kurzfassung des Interviews und eine Rezension des von ihm mitherausgegebenen Buchs „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ finden Sie im Januarheft des bvvp-magazins.. Die Fragen stellte Ursula Neumann.

Verhaltenstherapie, psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie haben die „höheren Weihen“ als anerkannte Richtlinienverfahren. Das legt für ihre VertreterInnen den Schluss nahe, „Graue Psychotherapie – das ist das, was die anderen machen“. Wie sehen Sie das?

Nun, ich kann mir kaum vorstellen, dass ernsthafte und einigermaßen fachlich informierte RichtlinienberaterInnen einen solche unfundierte Position vertreten, obwohl – Ultraorthodoxe und Dogmatikerinnen gibt es natürlich auch immer wieder oder Leute, die unliebsame Konkurrenz diskriminieren. Aber das dürften wohl nur Wenige sein. Die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, die systemische Therapie, die Integrative Therapie, das Psychodrama, die moderne Hypnotherapie, das alles sind theoretisch elaborierte, im klinischen Rahmen langjährig erprobte und auch hinlänglich gut untersuchte Verfahren. Sie als „graue Therapie“ zu klassifizieren, würde nicht für seriöse Fachlichkeit sprechen. Hinzu kommt, dass viele KollegInnen aus den Richtlinienverfahren Methoden und Techniken aus den genannten Verfahren oder aus Gestalttherapie, Körpertherapien, EMDR, NLP oder „systemischen“ Ansätzen – etwa sogenannte Aufstellungsarbeit – verwenden, die keineswegs puristischer Richtlinienpraxis entsprechen. Wir wissen aus etlichen Untersuchungen, dass PsychotherapeutInnen heute zwei bis drei Verfahren erlernt haben, und man kann dann auch davon ausgehen, dass sie in ihrer Praxis angewandt werden und zum Tragen kommen. Gute Praktiker verwenden „alles was sie können“, um gute „Passungen“ mit ihren PatientInnen herzustellen oder für ihre spezifischen Problemlagen gute „Tools“ einzusetzen. Die Praxis moderner Psychotherapeutinnen ist mehr oder weniger eklektisch ausgerichtet – amerikanische PsychotherapeutInnen bezeichnen sich zu weit über 50% als „integrativ“. Und wenn ich sehe, was an tiefenpsychologischen oder VT-Instituten in Richtlinienausbildungen angeboten wird, so ist das schon eine ganz schön bunte Methodenpalette – oder sollte man „graue“ sagen? In den Seminaren der Körpertherapeuten sitzen jede Menge von Richtlinienberaterinnen, nicht zu reden von den Massenveranstaltungen Hellingers. Das weiß auch jeder. Würde in der Praxis nicht so flexibel und methodenintegrativ gearbeitet, würde man für viele Patientinnen mit komplexen Störungen keine gute Therapie anbieten, vielleicht sogar riskante. Schwarz-weiß-Klischees sind problematisch, puristisches Zelotentum hat durchaus Gefahrenpotentiale – also „grau“ muss doch nicht schlecht sein? – Die Psychotherapieforschung jedenfalls attestiert eklektischen Verfahren durchaus gute Wirksamkeit, schon in Grawe, Bernauer, Donati 1994.

Mangelnde Transparenz, fehlende Selbstkritik und -reflexion, Manipulation der KlientInnen bis hin zur ihrer Unterwerfung, Strukturen einer Glaubensgemeinschaft – all das sind Vorwürfe, die man zahlreichen Gruppierungen auf dem „Psychomarkt“ z. T. zu Recht macht. Ist das aber bei den Richtlinienverfahren „ganz anders“?

Ich denke, von „zahlreichen Gruppierungen“ auf dem Psychomarkt zu sprechen, geht nicht an. Solche Dramatisierungen tun nicht gut. Es gibt „orange“ Therapie und durchaus eigenartige, auch gefährliche Gruppen, ohne Frage. Vor denen muss man warnen. Und schwarze Schafe gibt es auch – überall. Patienten und Patientinnen gehören in die Hände seriös ausgebildeter Psychotherapeuten, die in

möglichst zwei wissenschaftlich fundierten Therapieverfahren ausgebildet sind – eine gute Kombination sind hier für mich tiefenpsychologisch fundierte und kognitiv-behaviorale Ausbildung, auch wenn die Richtlinien hier m. E. dysfunktionale Grenzen setzen – und die überdies eine breite Palette weiterer Methoden zur Verfügung haben, welche sie reflektiert einsetzen auf dem Boden solider Kenntnisse der modernen wissenschaftlichen Psychologie und der Neurowissenschaften. Das ist heute der „metatheoretische Rahmen“ für psychotherapeutische Praxeologien. Der *traditionelle* Fundus der Richtlinienverfahren reicht hier nicht mehr aus. Die Zeit ist weitergegangen und geht weiter, Entwicklungsaufgaben liegen vor allen Verfahren und es gibt viel zu integrieren.

Ich möchte betonen: man darf den „Psychomarkt“ nicht mit dem „Feld professioneller Psychotherapie“ gleichsetzen. In die Eso-Szene, in das Rebirthing, Aufstellungsgruppen und Angebote anderer Psychomodern gehen Leute, die überwiegend keinen Bedarf haben, zu klinisch-psychologisch orientierten TherapeutInnen zu gehen. Einige wollen einen „Psychotripp“ nehmen, andere sind Sensation-Seeker oder ganz einfach neugierige Menschen. In Seminaren des transpersonalen Bereichs trifft man so manchen Richtlinientherapeuten. Leitfiguren der Richtlinienverfahren fraternisierten unlängst ja auch mit dem Dalai Lama. Wir leben in einer freiheitlich demokratischen Gesellschaft. Jeder darf nach seiner Façon selig werden. Der Psychomarkt ist ein Phänomen der erlebnishungrigen oder erlösungssehnsüchtigen oder sinnbedürftigen Spätmoderne. Die Heilige Inquisition ist abgeschafft. Dass sich auch PatientInnen in solche Gruppen verlaufen, vielleicht auch geschädigt werden, wird man durch Verbote oder Verteufelung nicht verhindern können. Hard-Core-Sekten, „Psychosekten“, sind für Menschen eine ernsthafte Gefahr. Man darf das aber nicht mit dem „Psychomarkt“ gleichsetzen. Dessen Angebote – von der Astrologischen Lebensberatung bis zum Aurallesen, vom Quadrinity Process bis zum Ritual mit importierten Schamanen – gefallen mir persönlich nicht. Das aber zu verbieten, gefällt mir noch viel weniger. Es gibt schlimmeres als das – Massen-Konsumprodukte wie Gewalt pornos, Snuff, in jeder Normal-Videothek oder im Netz in allen Variationen zu haben, zu haben, von denen viele Menschen süchtig-abhängig sind. Das wird ja auch nicht verboten.

Ich mache da offensive Bücher wie „Die Mythen der Psychotherapie“ (Petzold, Orth 1999) gegen Mythen des Psychomarktes, aber auch gegen Mythen der traditionellen Psychotherapieverfahren, denn denen mangelt es nicht an problematischen mythoformen Annahmen, die in diskursanalytischer Betrachtung (Foucault) oder im dekonstruktivistischen Blick (Derrida) oder im Lichte der Neurobiologie (Davidson, Freeman, Grawe, Yehuda) recht „alt“ aussehen. Es gibt Vieles, was zu problematisieren wäre. – Auch bei den Richtlinienverfahren: Von der dualen Triebtheorie der traditionellen Psychoanalyse über Animus und Anima bis zu Neomythen vom „inneren Kinde“ oder zum reduktionistischen Konditionierungsglauben (es gibt ja doch komplexere Lerntheorien vgl. etwa Spitzer 2000 oder Sieper, Petzold 2003). Problem potentiale liegen „strukturell“ in jeder Form der Psychotherapie: weil die „Hermetik des therapeutischen Raumes“ die Gefahr der Intransparenz birgt, weil einerseits die *Bedürftigkeit* vieler (keineswegs aller) PatientInnen das Risiko von Dependenzbildung mit sich bringt und andererseits die strukturelle Machtposition der TherapeutInnen die Gefahr der Klientelisierung und Parentifizierung birgt, die im krassen Fall zu Formen des Missbrauch führen kann. Da gilt es wachsam und sorgfältig zu sein, sich der kollegialen Kontrolle in Intervention und Supervision zu stellen – und bis auf die wenigen „schwarzen Schafe“ in *allen* Psychotherapierichtungen, sind die TherapeutInnen *aller* Therapieschulen (nicht nur der Richtlinien) sorgfältig.

Sie fragen mich, ob die Probleme bei den „Richtlinienverfahren *ganz anders*“ seien, als die gewisser Phänomene auf dem Psychomarkt. Es gibt durchaus *ähnliche strukturelle* Gefahren: die der Dogmatisierung, der Hermetik, der „strukturellen Gewalt“ (im Sinne Galtungs), der „strukturellen Machtausübung“. Aber wir finden bei seriösen Psychotherapieverfahren, und das sind natürlich nicht nur die Richtlinienverfahren, auch ein besonderes Maß an wissenschaftlicher Reflexion, externaler Kontrolle und Selbstkontrolle, an Professionalität und Engagement für die PatientInnen.

Eine vermehrte ideologiekritische Reflexion theoretischer und metatheoretischer Positionen täte allen Verfahren der Psychotherapie gut, wieder und wieder...

Wenn eine Richtlinien-therapie lege artis durchgeführt wird, kann sie nicht schaden. Wenn sie nicht fruchtet, liegt das nicht am Verfahren, sondern am Patienten bzw. an der Patientin. Wie sehen Sie das?

Natürlich können auch lege artis angewandte Richtlinien-therapien schaden!“ Was wirkt – und Psychotherapien wirken – kann auch Nebenwirkungen und schädliche Wirkungen haben. Die Schädigungen können auf verschiedenen Ebenen liegen etwa: 1. Psychische bzw. psychosomatische Reaktionsbildung aufgrund nicht gelingender interpersonaler Passung, 2. Unverträglichkeitsreaktionen

gegenüber der angewandte Methode (z. B. Exposition), 3. Fehlattribution bzw. -ideologisierung (z. B. „Ihre BPS ist eine ‚frühe Störung‘“, „Bei Ihrer ‚un aufgelösten Mutterbindung‘...“ usw.), 4. Stigmatisierung mit folgender Selbststigmatisierung, 5. Learned helplessness by therapy etc..

Und was heißt *lege artis*? Schauen Sie doch, einfach einmal an, wie man 1984 in Grawes Abteilung in Bern, an der ich von 1980-1989 als Gastprofessor tätig war und an deren therapeutischer Praxisstelle ich in diesem Rahmen für einige Zeit die Supervision durchführte, PatientInnen behandelte, und wie man sie 2004, dem Jahr des Erscheinens von „Neuropsychotherapie“ behandelt. Schauen Sie was dieses Buch in Frage stellt oder als künftige „Lege-Artis-Behandlung“ in Aussicht stellt. Viel wird sich weiterentwickeln und ändern müssen. Vieles sollte „aus dem großen Arsenal an therapeutischen Möglichkeiten“ aus den verschiedensten Therapierichtungen übernommen werden und das bringt „einen großen Integrationsbedarf“ mit sich (Grawe 2005, 78). Denken wir auch daran, wie man im psychoanalytischen Ansatz PTBS-PatientInnen falsch behandelt hatte, weil man das Syndrom nicht kannte und verstand (obwohl man von *Janet*, von dem *Freud* so vieles „geborgt“ hat, ein gutes Modell und eine gute Methodik hätte holen können). Der Psychoanalytiker *Ehlert-Balzer* (1999) sah sich veranlasst, gegen methodenprogressive Psychoanalytiker zu polemisieren: „Ist die Psychoanalyse Gift für Traumaopfer? Erwiderung auf L. Reddemann und U. Sachsse, Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet?“ – Oft ist man sich ja gar nicht einig, was *lege artis* ist, wie man an dieser Kontroverse sieht! Und behandelt man TraumapatientInnen jetzt richtig – etwa in der neuerlich beliebten Kombination mit EMDR? – Ist das psychoanalytische „Lege-Artis-Trauma-Behandlung“? Sind Expositionsbehandlungen – vielfach in den Richtlinienverfahren als „Lege-Artis-Methode der Wahl“ betrachtet – *sicher*? Zumindest bei komplexen PTBS bzw. DESNOS ist das Retraumatisierungsrisiko erheblich und bislang auch noch nicht diagnostisch vorab einschätzbar! Dennoch macht man massenhaft Traumaexpositionen, obwohl es auch risikoärmere Behandlungen gibt, und klärt die PatientInnen – obwohl das rechtlich verpflichtend ist – oft nicht ausreichend über Risiken und potentielle Nebenwirkungen auf (Suizidalität, psychosomatische und depressive Reaktionen, psychotische Dekompensationen). Manche Risiken sind noch gar nicht ausreichend erkannt, etwa die „stressbedingten Kardiomyopathien“ (*Wittstein et al.* 2005). Ich habe in den vergangenen Jahre zweimal Patientinnen nach Traumaexpositionsbearbeitungen zur Krisenintervention gehabt, die derartige, akute Herzbeschwerden bekommen hatten, eine musste in eine kardiologische Abteilung aufgenommen werden. Beide hatten keine „Herzanamnese“ (die wäre ja eine Kontraindikation für Expositionen gewesen), hatten aber dennoch den emotionalen Stress der Expositionsbehandlung nicht verkräftet. Offenbar hatten sie mit einem „Broken Heart Syndrome“ reagiert, das bei schweren emotionalen Belastungen auftreten kann (*Ziegelstein, Thombs* 2005) – sie lässt sich durch die im Blutplasma nachweisbaren hohen Konzentrationen von catecholaminergen Stresshormonen (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Derivaten) objektivieren. Man findet diese Reaktion auch als akute Traumafolge etwa bei Opfern von Erdbebenkatastrophen (*Watanabe et al.* 2005) oder bei Müttern, deren Kinder eine lebensbedrohliche Diagnose erhielten oder alten Menschen, die von Verlusten betroffen waren (*Pike* 1983; *Han, Oh* 1992) oder Trauma-Opfern nach Vergewaltigungen (*Josić, Petzold* 2004). Das sei nur als ein Beispiel genannt.

Lege artis, das sollte meiner Meinung nach heißen: „**evidence based best practice**“ (*Petzold* 1998; *Dobson, Craig* 1998). Aber können wir das gewährleisten für alle unserer Patientinnen bzw. Patientengruppen? Nehmen wir in der VT die gut manualisierten und relativ gut untersuchten Expositionsbehandlungen bei Angststörungen – *relativ gut*, weil man in fast allen Studien mit guten Ergebnissen in Form von hohen Effektstärken keine *physiologischen Parameter* (z. B. kardiovaskuläres Geschehen, Katecholamine, Glukokortikoide) erhoben hat, um potentielle Belastungen, Nebenwirkungen und Nachwirkungen zu erfassen. Nehmen wir die 70% der „erfolgreichen“ Behandlungen, wobei zumeist die Abbrecher nicht mituntersucht wurden, was die Erfolgsraten auch etwas runtersetzt. Was geschieht denn mit den 30 – 40% der Nonresponder? Wie viele davon haben *iatrogene* Nebenwirkungen oder Nachwirkungen? Das ist nicht untersucht. Sie gibt es aber, wie jeder aus der Praxis weiß, ich aus meiner von Angst-PatientInnen, die ich, weil ich keinen Platz hatte, an qualifizierte VT-KollegInnen verwiesen habe. Meistens mit guten Resultaten. Aber es kamen von ihnen auch PatientInnen in Krisen zurück: „Das hat mir überhaupt nicht gut getan!“ – trotz *Lege-Artis-Behandlung*!

Und wenn es „nur“ *keine* Wirkungen gegeben hat, bedeutet das doch nicht, dass die PatientInnen „schuld sind“, sondern dass man für diese, in der diagnostischen Vorabklärung bislang noch nicht spezifisch zu erfassenden Nonresponder – meist mit komplexeren Komorbiditäten oder besonders belastenden, wenig favorablen Lebenslagen – offenbar noch keine Methoden einer *evidenzbasierten „best practice“* hat. Ein Teil unserer Angst-PatientInnen können wir also nach diesem (höchst sinnvollen) *Lege-artis-Standard* der Evidenzbasierung nicht behandeln, sondern müssen versuchen, mit unseren klinischen Heuristiken weiterzukommen. So liegt das für den VT-Bereich.

Für den Bereich der beiden anderen Richtlinienverfahren liegen meines Wissens keine *kontrollierte* Studien vor, auf Grund derer man sagen könnte: die psychoanalytische *Lege-Artis-*

Behandlung von Angststörungen sei „evidenzbasiert“. Sie sind vielleicht theoriekonsistent, aber reicht das für eine Lege-Artis-Qualifizierung? (Darüber wird gestritten). Dies nur als Beispiele. Für die Mehrzahl der Störungen gilt, dass wir nur für einen *begrenzten Teil* der Störungen unserer PatientInnen evidenzbasierte Behandlungsformate haben und dass wir für doch immerhin recht große Gruppen bei diesen Störungen solche Formate noch nicht haben. Je komplexer die Störungen sind, desto weniger affirmativ können wir von Lege-Artis-Behandlungen sprechen. Für *ambulante* tiefenpsychologische und psychoanalytische Behandlungen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen gibt es zwar viele Ideen in dicken Büchern zu einem „Lege-Artis-Vorgehen“, aber durch kontrollierte Studien als „evidenzbasiert“ gesichert ist das für ambulante Behandlungen nicht – und man kann eben nicht die Resultate klinischer Behandlungen 1 zu 1 auf die ambulante Behandlungsmethodik übertragen, denn in der Klinik wirkt das *ganze Setting* (die Ergotherapie, die Anwendungen, die Musiktherapie neben der angebotenen psychoanalytischen Einzel – und Gruppentherapie. Was hat denn da gewirkt muss man fragen? – Das Gesamtsetting!)

Klaus Grawe, sagte mit der ihn auszeichnenden Ehrlichkeit in seinem letzten Interview: „Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder und eindrucksvolle Erfolgszahlen, weil sie meist nur abgeschlossene Behandlungen berücksichtigt“ (Grawe 2005). Und ich zitiere einfach mal weiter: „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 so rosig aus. Es ist eine dringende Notwendigkeit, das Psychotherapie besser wird“ (Grawe 2005, 78). Ich stimme ihm vollauf zu und wir waren immer einer Meinung in der Position: es ist derzeit nicht möglich, „dass in einem so frühen Stadium der Psychotherapie irgendeine Richtung schon einen Wahrheitsanspruch stellen kann“ (ebenda). Die Rede von „grauer Therapie“ sollte man da wirklich überdenken, denn „Fast alle Ansätze haben wirklich etwas Positives beigetragen. Aber alle Therapien haben auch wirklich ihre Grenzen“ (ebenda). Und alle Therapieformen haben spezifische und unspezifische Risiken und Nebenwirkungen, genauso wie sie (eher wenige) spezifische und viele unspezifische Wirkfaktoren haben.

Schadensforschung bei der Psychotherapie ist ein zartes Pflänzchen. Welche Rolle haben dabei die Psychotherapieschulen?

In der Tat ein zartes Pflänzchen. Und die Rolle, die die Psychotherapieschulen und die schulendominierte Psychotherapieforschung dabei spielt, ist nicht sonderlich gut. Denn in den Schulen meint jede: „Wir arbeite „*lege artis*“ und *nur wir!*“ Sonst müssten sie sich ja nicht bekämpfen. Das heißt aber, der andere arbeitet nicht *lege artis*. Man ist meist da einfach nicht ehrlich. Grawe hat zumindest offen gesagt, dass Psychoanalyse nicht sonderlich gut wirkt im Vergleich zur VT, bei psychosomatischen Störungen – eine ihrer Domänen – sogar gar nicht. Das hat ihm natürlich harsche Kritik (*retaliations gar*) eingebracht. Interessanter Weise aber nicht die: „Deine *Psychologische* bzw. *Allgemeine Psychotherapie* wirkt nicht“. Das war wohl nicht zu machen. Aber Nebenwirkungen hatte er seinen großen Wirksamkeitsstudien seiner Zeit auch nicht untersucht. Psychotherapeuten meinen eben: Wir (will meinen unsere Schule) machen's doch gut, was kann denn da schief gehen? Wir tun doch Gutes für die Menschen. Oder sie gestehen sich Misslingen nicht ein – die „Therapeuten schämen sich der Abbrüche“ (Grawe 2005) oder sie geben den PatientInnen die Schuld, die „im Widerstand“ sind, oder „therapieresistent“ oder die „keine Motivation“ haben. Alle Schulen haben ihre Form des „patient blaming“ – *Perts* war groß darin (Patienten seien „bear trapper“), für *Berne* machen sie „Spielchen“ usw. usw. Dabei scheinen auch wir TherapeutInnen *Widerstände* zu haben, unsere Arbeit kritisch anzuschauen. Es gibt in der internationalen Literatur nur wenig über Negativwirkungen von Psychotherapie, obgleich es viele publizierte Patiententexte gibt, in denen sie über ihre Schäden, Beschädigungen in Therapie und durch Therapie berichten, und zwar nicht nur aufgrund von unethischem Verhalten der „schwarzen Schafe“, sondern wegen misslungenen Standardbehandlungen. Deshalb haben wir ein Buch über „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002) gemacht, ein fachlich gutes und wichtiges Buch, so sagen die wenigen RezensentInnen. Dieses Buch ist nun – und das scheint mir charakteristisch für die Situation – von all meinen vielen Büchern (kaum eines ohne drei vier Auflagen), dasjenige, das sich bislang am schlechtesten verkauft hat. (Mein zweitschlechtestes, an dem immerhin Leute wie Ruth Cohn, Heinz Kohut, Grawe mitgearbeitet hatten, ging über „Widerstand - ein strittiges Konzept der Psychotherapie“, Junfermann 1981!). Ca. 600 Exemplare des Schadensbuches wurden von 2002 bis 2005 verkauft - bei ca. 30 000 psychotherapeutisch und sozialtherapeutisch tätigen Psychologen, Ärzten, Sozialarbeitern im gesamten deutschsprachigen Raum – es können auch mehr sein. Nach den vielen Zuschriften von PatientInnen auf dieses Buch, die mir Leidensgeschichten und Odysseen berichteten, zum Teil

schlimme Dinge, waren es nicht allzu viele KollegInnen, die sich über *potentielle* Risiken und Nebenwirkungen der vor ihnen ausgeübten professionellen Arbeit informieren wollten. Das fällt in die gleiche Richtung wie der Sturm der Empörung gegenüber „Grawe et al. 1994“, als sich da jemand anheischig machte, mal kritisch zu hinterfragen, wie gut und wirksam die behauptete Qualität der Psychotherapie denn sei! Ein Aufschrei der Schulen, anstatt zu fragen: Wo haben die vielleicht Recht. Bei Pohlen, Bautz-Holzherr (1994), Psychoanalytiker, die eine ideologiekritische Bestandsaufnahme des eigenen Verfahrens machten „Psychoanalyse – das Ende einer Deutungsmacht“, hat die eigene „Schule“ mit Ignorieren reagiert. Sind PsychotherapeutInnen besonders selbstgerecht oder kritikresistent oder einfach zu sehr gefangen von der erfreulichen *face evidence* in Behandlungen mit YAVIS-Patienten? Ich glaube das nicht, jedenfalls nicht von der Mehrzahl. Gute Therapien zu machen – vielleicht auch zu viele Therapien wegen der zuweilen mäßigen Punktsätze machen zu müssen – vielleicht auch zu viele – ist oft mühsam und anstrengend, besonders in einer Disziplin, in der es in allen Schulen um „Beziehungsarbeit“ geht. –Die Konfrontation mit dem Misslingen erfordert Kraft. Eine Kultur, die eigenen Schwachstellen anzusehen, ist bei den helfenden Berufen wohl noch zu entwickeln. Unser Buch „Supervision auf dem Prüfstand“ (Petzold, Schigl et al. 2003), das die gesamte wissenschaftliche Forschungsliteratur zur Supervision auswertete (mit ernüchternden Ergebnissen), löste keine Begeisterung aus, und unsere „Dunkelfeldstudie über Belastungen und Schäden durch Supervision“ (vgl. Supervisionsforschung. de – machen Sie mit!) soll etwa Licht in diesen Bereich bringen.

Die Schulen müssen sich *miteinander* bemühen, ihre Qualität zu verbessern, und da jede Schule auch ihre „blinden Flecken“ hat, ist es keine schlechte Idee, einen Teil der Supervision durch SupervisorInnen eines anderen Verfahrens durchführen zu lassen. Grawe hatte kein Problem damit, mir die Supervision seines Behandlungsteams in der Praxisstelle anzuvertrauen. Er glaubte ja, wie ich, „dass irgendeine Form von Integration oder Zusammenwachsen der verschiedenen Richtungen in der Psychotherapie die Zukunft sein muss“ (Grawe 2005, vgl. Petzold 1982, 1998). Außerdem müssen die „Schulen“ ohnehin vermehrt über die Zäune schauen.

„Effektive und sichere Psychotherapie ist erheblich mehr, als das Erzielen von guten Effektstärken in Forschungssettings“ schreiben Sie. Was schlagen sie vor?

Wenn wir gute, patientInnengerechte Psychotherapie machen wollen, geht es um eine integrale zwischenmenschliche, „partnerschaftliche“ Praxis (Petzold, Göbelbauer, Gschwendt 1999), in der der PatientInnenwille, informed consent, gemeinsame Entscheidung und „*patient dignity*“ – dieser Begriff ist mir besonders wichtig, denn die Würde des Patienten/der Patientin ist antastbar – im Zentrum stehen. Bei vielen Patienten finden wir belastende *Lebenslagen*, die verändert und bewältigt werden müssen, deshalb reicht Symptombeseitigung für *nachhaltige* Wirkungen bei komplexen Störungen oft nicht aus. „Der Anteil von unwirksamen Therapien liegt bei den komplexen Störungen bei weit über 50 Prozent“, so gibt Grawe (2005) den Forschungsstand wieder, ohne ein Wort über etwaige Schäden zu verlieren. Die sozialen *Netzwerke/Konvoys* müssen unterstützt werden, um bessere *Lebensqualität* zu generieren. In diesem Sinne arbeiten wir eigentlich nie „einzeltherapeutisch“, sondern mit dem virtuell präsenten „Konvoi“. Hilfen, einen „destruktiven Lebensstil“, dysfunktionale Lebensführung zu verändern, sind oft erforderlich. In einer Zeit, die uns in unseren „gerontotropen“ Gesellschaften weitsichtige Zukunftsplanung abverlangt, muss neben „dem dort und dann“ und dem „hier und jetzt“ auch die *proaktive* Zukunftsgestaltung in die Therapie einbezogen werden. Hier steht ein Paradigmenwechsel an (Petzold 2005r). Wir sind auch unsere Antizipationen! Bei den erwähnten komplexen Störungen und desolaten Lebenslagen werden schulenübergreifende und disziplinübergreifende Zusammenarbeit notwendig (z. B. mit SozialarbeiterInnen, Kreativ-, Körper- und SporttherapeutInnen, mit der Erwachsenenbildung, dem Breitensport), um Angebote bereitzustellen, die in jeder Reha- oder Tagesklinik selbstverständlich sind, werden, Maßnahmen der Lebenshilfe, Case Management wichtig. Reden allein genügt nicht! Unsere Disziplin, die Psychotherapie hat noch viele spannende Aufgaben und Entwicklungsmöglichkeiten vor sich.

Literatur in Auswahl:

- Dobson, Keith S. & Craig, Kenneth D. (1998): Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology. Thousand Oaks: Sage Publications.
Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
Grawe, K. (2005): Alle Psychotherapien haben auch ihre Grenzen. NZZ 23. 10. 2005, 78.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen: Hogrefe.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Petzold, H.G. (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1998): "Psychotherapie der Zukunft", Abschlußvortrag gehalten auf dem 4. Deutschen Psychologentag, Würzburg 5.10.1998. In: Integrative Therapie 4, 1999, 338-393
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2004j): Der „informierte Leib“ und performative Synchronisationen in der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie als psychophysiologisches Behandlungsverfahren. Psychologische Medizin 1, 2004, 10-20.
- Petzold, H. G. (2005r): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosozialökologisches“ Modell – Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. „Integrative Therapie“ 40 Jahre „auf dem Wege und auf der Suche“ [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2005.
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1999): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. Psychologische Medizin (Österr.) 1/1999 (S. 32-39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C.(2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/Opladen Leske + Budrich,.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spektrum.
- Watanabe, H., Kodama, M., Okura, Y., Aizawa, Y., Tanabe, N., Chinushi, M., Nakamura, Y., Nagai, T., Sato, M., Okabe, M. (2005). Impact of Earthquakes on Takotsubo Cardiomyopathy. *JAMA* 294: 305-307
- Wittstein, I. S. Thiemann, D. R. et al. (2005): Neurohumoral Features of Myocardial Stunning Due to Sudden Emotional Stress. *The New England Journal of Medicine* 6, 352:539-548
- Ziegelstein, R. C., Thombs, B. D. (2005). The brain and the heart: the twain meet. *European Heart Journal* 26: 2607-2608