

**Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2016**

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

***Hilarion G. Petzold (2016h):***  
**Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen  
für den systemischen Diskurs\***

Erschienen in: „*Systemmagazin*“ Online-Journal für systemische  
Entwicklungen, 02/2016

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 biopsychosoziale 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](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Der angedachte Kongress „**Was ist der Fall?**“ ist ein interessantes Projekt, zu dem ich jetzt, in einem frühen Stadium einen Diskussionsbeitrag leisten möchte aus einer „integrativ-systemischen Sicht“ und im Sinne „weiterführender Kritik“ (Petzold 2014e), auch wenn er nicht aus dem Mainstream deutscher therapeutischer Systemik kommt. Nach der Lektüre der vorbereitenden Briefe meine ich: Das Thema ist höchst aktuell, man hat da ein Gefahrenpotential gespürt, das des Diskurses bedarf, der breit ausgreifen muss. Über Diagnosen müssen immer wieder interdisziplinäre *Polyloge* geführt werden. Zu oft und zu schlimm sind Menschen durch Diagnosen stigmatisiert worden mit furchtbaren Konsequenzen. 2015 das Jahr des Gedenkens an die Befreiung der Vernichtungslager, in der Opfer wahnwitziger rassenhygienischer Diagnosen vernichtet wurden, sollte da Mahnung sein (Petzold 2015d), weil es aufweist: Der Kontext und die grundrechtliche bzw. menschenrechtliche Einbettung von Diagnosen muss **sicher** sein, denn andererseits kann kein Zweifel daran bestehen, dass „richtige Diagnosen“ im rechten Kontext immer wieder lebensrettend sind, wenn sie mit einer probaten Therapie verbunden werden können. Methodenentwicklungen für hilfreiche Therapien brauchen auch Diagnosen. Kontextdiskussionen (soziale, politische, ökologische Kontexte) werden deshalb unerlässlich und erfordern Diskurse der **Perspektiven** und *Polyloge* der **Meinungspluralität**. Mir fehlten in den Vorbereitungsbriefen wichtige Themen, und das kommt vielleicht daher, dass keine VertreterInnen anderer Systemverständnisse für die Vorbereitungsrunde eingeladen wurden. Da sind Ergänzungen nützlich. Ich denke da etwa an VertreterInnen biologischer oder soziologischer Systemtheorien, die die **ökologische Frage** in der Diagnostik eingebracht hätten oder **sozialpolitische Fragen** wie das Flüchtlingsproblem, um sie schon für die Vorstrukturierung einzubeziehen. Man könnte interessante Leute einladen. Ich denke da an *Norbert Bischoff*, den Konrad Lorenz-Schüler, Systemtheoretiker, Autor einer „Systemtheorie für Psychologen“ und einer der bedeutendsten Epistemologen in der Psychologie – kritisch dem radikalen Konstruktivismus gegenüber. Dann könnte man vielleicht einen Vertreter der russischen systemischen Schule (*Anochin, Bernsteijn, Lurija, Uchtomskij, Vygotskij*) beiziehen wie Prof. *Wolfgang Jantzen*, Bremen. Auch ich bin an dieser Richtung orientiert neben meiner Fokussierung der Theorien- und Methodenintegration. Das sind nur exemplarische Nennungen, man könnte auch an andere denken. Wichtig scheint mir: Man braucht Vielfalt schon im Vorfeld.

*Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer.*

Und man braucht Anregungen aus anderen Disziplinen, etwa von Neurophilosophen und Epistemologen wie *J. Metzinger*, Mainz oder *Wolfgang Welsch*, Jena. Besteht nicht die Gefahr, sich in Einseitigkeiten des Blicks aus selektierten systemischen Paradigmata zu fangen, Paradigmata, die vielleicht unter evolutionspsychologischer und -biologischer Perspektive ggf. in neuer Weise auf ihr Epistemologie- und das daraus erwachsende Diagnose-Verständnis blicken könnten (etwa mit den Ergebnissen von *Michael Tomasello*) und unter epistemologischer Sicht ohnehin (etwa mit den Ergebnissen von *Wolfgang Welsch*), was ggf. mit Folgen für Anthropologie und Ethik und Diagnostik und Therapeutik verbunden wäre. Warum *Tomasello*? Weil da ein eklatanter Mangel an entwicklungspsychobiologischer Theorienbildung im therapeutisch-systemischen Paradigma vorliegt (das doch mit Familienarbeit begonnen hatte), trotz der entwicklungs-systemischen Forschungen der *Gibsons* im ökologischen Ansatz oder von *Esther Thelen, Hanuš Papoušek* u.a. und der LongitudinalforscherInnen des „lifespan developmental approach“ (*Chichetti, Garmezzy, Masten, Rutter* u.a.), sie alle fehlen in der therapeutischen Mainstreamsystemik weitgehend. Die Rezeption ist lohnenswert, für uns sind sie in der integrativen Systemik zentral geworden. Die Entwicklungsperspektive bzw. ihr Fehlen oder Schwäche hat auch Auswirkungen für Diagnostik und Störungslehre. Störungen entstehen im Lebensverlauf, wie die klinische Longitudinalforschung beeindruckend zeigt und „Fälle“ entstehen in scheiternden Karrieren.

Der Begriff Entwicklungspsychologie oder developmental psychopathology fehlt also in den Briefen der Vorbereiter und diese Perspektive sei hier ergänzt, denn für uns steht das „systemisch“ für **prozessuale Entwicklungsbegleitung**.  
(vgl. den Beitrag meiner Schwester:

*Sieper, J.* (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Ich will mit diesem Schreiben Perspektiven ergänzen, die mir aus systemischer und integrativtheoretischer Sicht wichtig erscheinen und zwar nicht nur mit Blick auf den Dialog zwischen den Schulen. Wenn von Diagnosen und von „**Fallverstehen**“ in den Vorbereitungsbriefen gesprochen wird, dann stellt sich natürlich die anthropologische Frage: Wer oder was soll da „diagnostiziert“ werden? „**Fälle**“? Systeme? Oder gar, was soll da „verstanden“ werden, von wem? Systeme verstehen Systeme? Ist das so? Reicht das? Und damit sind wir schon in epistemischen Fragen, die allerdings nicht abgekoppelt werden können von anderen Themenblöcken. Welcher hat da Priorität? *Levinas* würde sagen: die Ethik.

Solange im systemischen Ansatz keine hinlänglich konsistenten und in der systemischen Szene keine hinlänglich konsensuellen Positionen zum Menschenbild, Weltbild und zur Frage des „Freien Willens“ und damit auch zur Ethik sowie zum Body-Mind-Problem (in der IT „Körper-Seele-Geist-Welt-Problem“) oder zum „Subjektverständnis“ oder zur Sicht der Persönlichkeit gefunden werden, ist die Diagnostikfrage nicht wirklich zu diskutieren. Da fehlt sonst viel an Basis. Ich habe da einige Vorarbeiten zu leisten gesucht.

*Petzold, H.G.* (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. Einführung siehe (2012 i).

*Petzold, H.G.* (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 2. Aufl. (2015): Bielefeld: Aisthesis.

*Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bd.I Willensfreiheit, Bd. II Willenstherapeutische Praxis. Bielefeld: Sirius.

Demokratiethoretisch und grundrechtlich ist die Frage nach dem Subjekt der Diagnostik hierzulande klar: Es sind mit einer prinzipiellen „Würde“ ausgestattete Rechtssubjekte (Art. 1 GG) einer demokratischen Zivilgesellschaft, die – sofern sie im *informed consent* zustimmen – diagnostiziert werden können (was auch immer das heißt) und die auch zur Therapie „informierte Zustimmung“ geben müssen, informiert über Risiken, Nebenwirkungen und Grundannahmen der Behandlung, das sind zwingend zu gewährleistende **PatientInnenrechte** (keine KundInnenrechte). Und das erfordert für jedes Therapieverfahren eine Auseinandersetzung mit seinen expliziten und impliziten Menschenbildannahmen und Therapieprämissen. Sind die an Art. 1 GG anschlussfähig? Eine weitere Frage ist: Sind die Annahmen des Verfahrens an die aktuellen interdisziplinären anthropologischen Diskurse anschlussfähig – etwa zum Thema des psychophysischen Problems, der „body mind-Frage“. Da müsste man sich etwa mit den („systemischen“) embodiment-embeddedness-Ansätzen, den Fragen der Emergenz/Supervenienz und der Qualia auseinandersetzen, denn ohne Klärung dieser Fragen, wird man auch bei der Diagnostik nicht weiterkommen. Da ist in der psychotherapeutischen Mainstream-Systemik noch wenig geschehen, meine ich, denn ich begegne in der Literatur epistemologischen Einseitigkeiten, die kaum je anthropologisch, ethiktheoretisch und gesellschaftstheoretisch vernetzend in die Breite gedacht wurden. Und immer wieder finde ich Kategorienfehler, über die man sprechen müsste. Und ich finde auch Defizienzen, was die Themen Leiblichkeit, Entwicklungstheorie, Emotionen, Volition, Sinn und Kreativität anbetrifft, Themen, die in

der Systemik unseres Integrativen Ansatzes (und das ist nicht Gestalttherapie!) gewichtig sind und die von uns sehr viel an Ausarbeitung gefordert haben, die wir stets dem gesamten psychotherapeutischen Feld zur Verfügung gestellt haben und die auch von anderen Systemikern genutzt werden können.

„Erarbeite therapeutische Konzepte und Methoden so, dass sie an die Grundlagenwissenschaften (z. B. Psychologie, Neurobiologie, Medizin) und die Forschungsergebnisse der Psychotherapieforschung anschlussfähig sind und durch neue Forschung überprüft werden können. Entwickle Beiträge so, dass sie nicht nur der eigenen Richtung dienen, sondern für das gesamte Feld der Psychotherapie und vor allem für PatientInnen von Nutzen sind. Was wirklich grundlegend wichtig ist, muss für alle Richtungen und für PatientInnen Bedeutung haben und mit ihnen partnerschaftlich umzusetzen sein.“  
(Therapietheoretischer Imperativ 2000, *Petzold* 2008b)

Man braucht das Wissen der anderen, etwa für die Frage: Welchen „Sinn“ macht Diagnostik. Reicht da die *Luhmannsche* Sinnkonzeption und wie weit reicht sie, oder was hat man da sonst noch und wo kann man etwas bekommen? Über diese und ähnliche für die Diagnostik und Therapeutik höchst relevanten Fragen muss man sich **interdisziplinär** auseinander setzen.

Mit meinem Konzept des „Informierten Leibes in Kontext/Kontinuum“ habe ich versucht, naturwissenschaftliche und kulturwissenschaftliche (früher geisteswissenschaftliche) Perspektiven „systemisch“ zu *konnektivieren*. Das könnte die Diskussion anregen, in der es nicht um „Recht haben“ oder „besser sein“ sondern um **transversale Perspektivenvielfalt** geht, die in Polyloge eintreten kann, damit transdisziplinäre Emergenzen möglich werden:

*Petzold, H.G., Sieper, J.* (2012a): „Leiblichkeit“ als „Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: *Petzold, H.G.* (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, **243-321**. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf>

*Petzold, H.G., Orth, I.* (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Und praxeologisch:

*Petzold, H.G., Orth, I.* (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoenehchkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

Wir haben bei diesen Themen von russischen systemischen Anthropologen, Entwicklungspsychologen und Kulturtheoretikern viel gelernt.

Von spannenden Referenten, Leute wie *Norbert Bischof* (emeritiert, aber ...) oder *Michael Tomasello* (systemischer geht's nimmer) oder auch Philosophen wie der Psychiater *Thomas Fuchs* oder der Philosophen und Psychologe *Bernhard Waldenfels* würde ich mir zum Thema großen Gewinn verspreche. Mir als war als Psychologe, Philosoph und Neuromotoriker **Interdisziplinarität** stets immens wichtig. Für die Diagnostikfrage scheint sie mir kardinal, wenn man den Gefahren des berufspolitischen Pragmatismus entgehen und nicht in einen prekären Sog der „Medizinalmacht“ (*Attali, Foucault*) geraten will.

Bei der Thematik „Diagnose“ muss sich Systemik natürlich auch selbst diagnostizieren: Welche Krankheits- und Gesundheitsverständnisse liegen vor? Wenn die therapeutischen Systemiker ihre Axiomatik(en, plur., denn was hat *Satir* mit *Selvini Palazzoli* zu tun?) nicht dekonstruktiv befragen und differentiell gewichten, geraten sie in die Gefahr, Beobachtungen höherer Ordnung zu verpassen.

Philosophie ist eben wichtig zur permanenten selbstkritischen Befragung gerade auch der Axiome. Sie bedürfen des „basalen Zweifels“, denn ohne Zweifel kein Fortschritt.

Petzold, H. G. (2014e): Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2014e-zweifel-1-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie-polyloge-02-2014pdf.pdf>

Petzold, H. G. (2014f): Zweifel II – Impulse zum Thema Zweifel und Zweifeln. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2014-petzold-h-g-2014f-zweifel-ii-impulse-zum-thema-zweifel-und-zweifeln.html>

Mit „episto-babble“ (J. Lask, 1987) kommt man zum Beispiel zu keiner handlungsleitenden Wertetheorie – die *Habermas-Luhmann-Debatte* hätte, wäre sie auch im Therapiebereich geführt worden, Impulse setzen können. Aber sie ist ja immer noch völlig offen in dieser Frage der Werte. Man muss durch die „Mühen des Begriffes“ und seiner Begründung, ja Legitimation hindurchgehen und gewonnene Positionen – etwa das Verfechten von **Menschenwürde** und **Integrität** – bis in das „wording“ der eigenen Konzepte durchkämmen.

Und hier möchte ich einen Hinweis geben, warum ich diesen Einwurf zum Kongressthema schreibe: Mich hat das „wording“ des Themas betroffen gemacht und ließ mich emotional reagieren (man möge mir das nachsehen): Ich war betroffen wie – für mich – unbedacht und unsystemisch von allen Briefschreibern (Briefschreiberinnen sind erstaunlicher Weise nicht beteiligt) der Vorbereitungsgruppe mit dem Begriff „**Fall**“ umgegangen wurde – offenbar keinen Hauch von Dissens aus ihrer Szene antizipierend. Ob auch das etwas über die Szene etwa aussagen könnte? Eher nicht, denn auch die anderen Richtungen – allen voran die subtil verdinglichende Psychoanalyse – sprechen von „Fällen“. Von der Systemik hätte ich das so nicht erwartet. Vielleicht wegen ihres Kundenbegriffes – den ich allerdings nicht liebe, aber dazu später.

Da findet man es spannend und innovativ auf „**Supervisionspodien Fälle vorzustellen**“. Ja, ‘das hat was’ auf den ersten Blick, aber ich hatte sofort einen erheblichen Dissens:

„**Menschen sind keine Fälle**“, und wo sie es sind oder zu solchen gemacht werden, tritt Inhumanität auf den Plan, denn „gut sozialkonstruktivistisch“: Sprache schafft Fakten!

Das war meine spontane Reaktion. „Fälle“ werden stets Opfer der Verdinglichung, wie zu oft im Medizinalsystem (und nicht nur dort, man blicke auf das gegenwärtige Flüchtlingselend). Ich gehe davon aus, dass keiner der Briefautoren und der Initiatoren verdinglichende Tendenzen hat. Aber das kennzeichnet ja die „anonymen Diskurse“ (sensu *Foucault*) der „Macht“, dass sie sich jenseits der Reflexivität fortschreiben. Als Kongresstitel war mir, ist mir das zu stark. „Fall“ bedeutet Verdinglichung, Aprozessualität. Deshalb haben wir in der Integrativen Therapie den **Fall-Begriff** seit längerem „geächtet“ – ähnlich den psychoanalytischen Unfug der „Objektsprache“, der Rede von „Objektbeziehungen“. **Objekte können sich nicht beziehen!** Und Menschen sind keine Objekte, sondern aus **Intersubjektivität** hervorgegangene **Subjekte**. Aber das meinen wir doch, wird dann entgegnet, aber warum dann das Beibehalten reifizierender Sprache, trotz der Kritik aus dem eigenen Reihen *Roy Schafer* (1976): *A New Language for Psychoanalysis*. Objekte, Fälle, Systeme? Da kommt mir unmittelbar wieder die anthropologische Frage auf: Hat die therapeutische Systemik einen Subjektbegriff, und wenn ja, welchen, und hat ein sie **Intersubjektivitätskonzept**, und das ist mehr als das Spiel von Kommunikationsregeln und intersystemischer Relationen? Sind diese Fragen beantwortet? Hat sie – wie es der späte *Varela* mit seiner skizzierten Neurohermeneutik einzuholen versuchte – eine Theorie des *Verstehens*, um das „**Fallverstehen**“ in ein „mitmenschliches Verstehen von Menschen in belastenden Situationen“ zu transformieren? Als Lehrender in Therapie und Supervision haben mich diese Fragen umgetrieben. Meine Konklusion: als Lehrsupervisor und wissenschaftlicher Leiter von drei-Studiengängen für Supervision im MSc-Format (Au, DUK, Krems; No Univ. Stavanger; D Beversee EAG), mache ich keine „**Fall**supervisionen“ und unsere KandidatInnen schreiben keine „**Fall**berichte“. Ich mache „**Prozess**-Supervisionen“, weil ich mit meinen SupervisorInnen und ihren PatientInnen bzw. KlientInnen und mit den Menschen in ihren

sozialen Netzwerken in **Prozessen** multipler empathischer Wechselseitigkeit stehe (in „Mutualität“, Ferenczi), die „Zonen der nächsten Entwicklung“ (Vygotskij) ermöglichen, in denen „komplexes Lernen“ (Sieper, Petzold) stattfinden kann, und ohne Lernen keine Veränderung! **Das** ist für mich „systemisch“ – **Prozessualität!** Sie kann natürlich auch interpersonal oder intersubjektiv konzeptualisiert werden. Man kann auch „multitheoretisch“ arbeiten, mit unterschiedlichen „Optiken“. Vielleicht ist das eine Lösung für das von Tom Levoid für das Tagungsthema umrissene Problem, denn man wird kaum das systemische und das psychoanalytische Paradigma amalgamieren können, die bisherigen Versuche sind alle brüchig geblieben.

(vgl. Petzold, H.G. (2007a): Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [1. Aufl. 1998a]. 2. erw. Aufl. 2007; norweg. Übers. 2012).

Josef Egger (2015): Integrative Verhaltenstherapie. Wiesbaden: Springer VS.

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): 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 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

*Multi-, inter- und transtheoretisches* Arbeiten ist immer auch „systemisch“, aber dann muss man sich mit Sprache befassen, und etwas prinzipieller als unsere systemischen „narrativen Brüder“ aus Australien. (An einer Wittgenstein-Debatte kommt man nicht vorbei, und man wird dann aber wahrscheinlich in einer modernen, neurowissenschaftlich und kultursoziologisch unterfangenen Hermeneutik bzw. Metahermeneutik landen, wie der späte Ricœur (Petzold 2005p)– irgendwie muss man sich ja verstehen auf Kongressen, trotz radikalkonstruktivistischer Aporien).

Petzold, H.G. (2005p): „Vernetzendes Denken“ Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - *Integrative Therapie* 4 (2005) 398-412. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>

Beim Diagnostikthema kommt man natürlich auch um **gesellschaftlichen Konsens** nicht herum, besonders, wenn er in Gesetze gegossen wurde. ICD-10 und DSM-V sind solche Konsense. Ohne die letztgenannten zahlen die Kassen nicht. Genauso wenig zahlen sie für rogerianische „KlientInnen“ und schon gar nicht für systemische „Kunden“ – der Kundenbegriff ist – ich wiederhole das seit Jahren – eine dysfunktionale, ideologische systemisch-therapeutische „Konstruktion“ (mehr ist es ja nicht), und er ist zugleich eine diagnostische Kategorie. („Ist er Kunde oder was?“). Ich werde ein paar Sätze zu diesem Begriff „Kunde“ sagen, denn er macht vieles deutlich.

**Patientin sein, heißt in unserem Sozial- und Gesundheitssystem: eine ICD-Diagnose haben**, so der gesellschaftliche Konsens, so geltendes Recht. Das bedeutet deshalb aber auch:

**Patient sein, heißt, einen Rechtsstatus zu haben** (also nicht nur eine Rolle), einen Status, der grundrechtlich abgesichert ist (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit Art. 2 II 1 GG), aus dem sich alle anderen PatientInnenrechte ableiten und auf dem alle patientInnenbezogenen obergerichtlichen Urteile basieren. Daran sollte man eigentlich nicht rühren – es geht ohnehin nicht. Also unbekümmert diagnostizieren? Nein! Es gilt nämlich immer wieder zu sehen, wie prekär, ja gefährlich Diagnosen auch sein können, Verdinglichung festschreibend, Entfremdung produzierend. Die deutsche therapeutische Systemik läuft aber mit dem „Kundenbegriff“ als scheinbare „Alternative“ in eine ähnliche Prekarität, weil „Kunde“ (wohl durchaus in guter Absicht) leichtfertig und ohne solide Hintergrundsanalysen gebraucht wird (oft noch mit einer fragwürdigen etymologischen Begründung, von *kundig*, er kommt aber von *künden*, in einem Wirtshaus Kunde

bringen, vgl. Kluge 2005). Es wird der Kundenbegriff im falschen Kontext angewandt und es kommt mit ihm *klandestin* die neoliberale Markt-Macht ins Spiel, die *Bourdieu* zu Recht immer wieder angegriffen hat. Sie ist im Hintergrund**diskurs** dieses Begriffes virulent, und das wird nicht gesehen. Mit diesem Kundenkonzept wird der Erosion der zivilgesellschaftlichen Solidaritätsverpflichtung Vorschub geleistet. Der Kundenbegriff verstellt das Faktum, dass PatientInnen **Leistungsberechtigte** sind, und eben keine „Kunden“ (von totalen Selbstzahlern vielleicht abgesehen und beim Kauf der Zeitung am Krankenhaus-Kiosk). **PatientInnen** – und nur diese – haben im Gesundheitssystem einen besonderen **Schutz** (Schweigepflicht, Datenschutz etc.), sie haben **PatientInnenrechte**.

*Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem "differentiellen Kundenbegriff". Düsseldorf: Fritz Perls Institut. Erw. Gruppendynamik 2 (1998) 207-230, und in: Petzold (1998a) 395-431 und 2007a, 321-349.*

In ihrer „persönlichen mentalen Repräsentation“ erleben sich erkrankte Menschen – sozialisatorisch von „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Moscovici*) geprägt – als „PatientInnen“, wenn sie zum Arzt gehen, und nicht als „Kunden“. Und Pflegende erleben sich primär als Helfende und professionell Heilende und nicht primär als Dienstleister.

Sind die Menschen gefragt worden, ob sie von systemischen Beraterinnen und TherapeutInnen zu Kunden „umattribuiert“ werden wollen? Nein! Dann aber wäre das ein Akt „struktureller Gewalt“, der der subtilen Monetarisierung des Gesundheitssystems geschuldet ist, wie der Übernahme-Run von vormals kommunalen Kliniken durch privatwirtschaftliche Klinikkonzerne zeigt. Finden wir da eine humanere, menschengerechte Medizin? Das ist durchaus hinterfragbar. Ist der Kundenbegriff nicht vielleicht gefährlicher als ein bewusster, kritischer Umgang mit diagnostischen Kategorien, die allerdings nicht zum stigmatisierenden „Label“ verkommen dürfen und die dann aber beständig in kritische Diskurse gestellt werden müssen, Diskurse auf Augenhöhe mit „mündigen“ und informational und psychoedukativ empowerter Patientinnen! Die sollen dann nicht mehr „compliant“, d.h. folgsam und unterwürfig sein, „*undue submission*“, so die Wortbedeutung, sondern sie sollen gemeinsam mit den Behandlern eine „*adherence*“, ein Mitwirken am konsensuell vereinbarten Behandlungsplan praktizieren.

*Leitner, A. (2009): Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. Integrative Therapie 1, 71–86.*

Haben wir SystemikerInnen einmal hinreichend gesellschaftspolitisch reflektiert, in welchen Schlingen des neoliberalistischen Systems (*Bourdieu* konnotiert das mit ausbeuterischem Turbokapitalismus) des sich progredierend privatisierenden Gesundheits- und Kliniksektors man sich mit dem **Kundenbegriff** verfangen kann? – Nicht zu reden von einem Kategorienfehler: Leistungsberechtigte Bürger einer Zivilgesellschaft, in der sie eine „Mitgliedrolle“ (*Luhmann*) haben, haben ein **Recht**, in Krankheit und Leiden Hilfe zu erhalten. Sie sind eben keine **Kunden**, das sei nochmals unterstrichen. Kunden kann man „elegant über den Tisch ziehen, damit sie die dabei entstehende Reibungswärme für mitmenschliche Zuwendung halten“ (aus einem Verkäufertraining in der Autobranche). Leistungsberechtigte, d.h mit PatientInnenrechten Geschützte sind da (hoffentlich) weniger gefährdet, übervorteilt zu werden. Wo ist der Kunde denn „König“, wo ist da „Augenhöhe“? Wo sind demente Altenheimbewohner (ohne Geschäftsfähigkeit und Kundensouveränität) oder Psychiatrie- und SuchtpatientInnen denn Kunden? Sie haben „keine Kundenkarte“ und stehen in der Gefahr, zu **Fällen** zu werden, die verwaltet werden, event. supervidiert von Supervisorinnen mit Kundenideologien im Kopfe, die jenseits der rechtlichen und klinischen Gegebenheiten stehen. Ich höre gerade mental wieder die nicht-verstehenden Interjektionen vieler systemischer KollegInnen, mit denen ich dieses Thema diskutiert habe. Sie sind von der Richtigkeit des Begriffs so überzeugt, wie die Psychoanalytiker vom „Objekt-Begriff“, von dem sie nicht lassen können – eingeschliffen eben, genauso wie die Gestalttherapeutinnen nicht von dem menschenverachtenden Begriff „Hot Seat“ lassen können, der „Elektrischer Stuhl“ heißt, von

*Perls* mit Referenz zu den Hinrichtungen in Sing Sing geschmacklos als Metapher eingeführt und breit in alle Therapieszenen vulgarisiert.

**hot seat s** - Am. sl. elektrischer Stuhl (Muret Sanders e-Großwörterbuch Englisch)

Petzold, H.G. (2007j): „Hot seat?“ - Kritische Überlegungen zu einem problematischen Begriff, zu Therapieideologien und „risikosensibler Praxis“ – Über die Notwendigkeit weiterführender Entwicklungen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 02/2007 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2007-petzold-h-g-hot-seat-ein-problematischer-begriff.html>

Systemik heißt aber auch Dekonstruktion und Kompatibilitätsprüfung (etwa von „Passungen“) und dann muss man fragen: Wie lassen sich die grundrechtliche Kategorien der „Menschenwürde“ (Art. 1 GG) und „Integrität“ (Art. 2 II 1 GG ) mit dem Begriff „Fall“, der auch Gender und Diversität nivelliert, konsolidieren? Seit dem [Vertrag von Amsterdam von 1997/1999](#) ist Gender-Mainstreaming Rechtsmaxime der Europäischen Union, die im Nationalrecht umgesetzt werden muss. Im Art. Art. 3 Abs. 2 GG. und der daran anschließenden Gesetzgebung ist das geschehen und geschieht das noch. Aber wo ist Gender in der Diagnostik des ICD und des DSM? Eine genderspezifische Diagnostik ist nicht vorhanden, obwohl die gendermedizinische Forschung das nahelegt. So etwas muss mit in einen kritischen Diskurs zu Diagnostik hinein. Der Aspekt sollte auch im Kongressthema nicht fehlen – fehlt aber bislang, vielleicht auch, weil Systeme *genderneutral* zu sein scheinen? Aber darf das auch für eine therapeutische Systemik gelten? Wir denken nicht.

Weder die Begriffe “Fall” noch “Kunde” – so verschieden sie sein mögen – scheinen mir anschlussfähig an Menschenrechtsdiskurse, und ob sie es an Gender- und Diversity-Diskurse sind, bezweifle ich? Ich kenne hierzu keine fundierten Ausführungen in der systemischen Main-Stream-Literatur. Es geht dabei um Fragen der Macht, eine weitgehend ungeklärtes Thema in der Psychotherapie.

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: *Abdul-Hussain, S.* (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu “Genderintegrität”. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html> und <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/139284/1a13e1be241ccadc33b5974071dc6504.pdf?sequence=1>

Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>

Mit Diagnostik und Labels sind vielfältige Probleme verbunden, die die Sozialpsychologie gut untersucht hat. Patientin, Klient, Kunde sind Labels (und sind damit diagnostizierbar). Werden sie mit klinischen Labels verbunden, muss das auf Konsistenz untersucht werden. *Major Depression* und *Dysthymie* sind z. B solche Labels für den **klinischen Rahmen**, relevant für Kostenübennahmen von ambulanten und stationäre Therapien, für Krankschreibungen (!!! ohne sie gibts keine), für Medikation, für Forschung und natürlich für Behandlung durch “Approbierete” – aber die meisten SystemikerInnen sind keine approbierten PsychotherapeutInnen oder von Rente Bund und Kassen anerkannte SoziotherapeutInnen. In wie weit beeinflusst das die Diskussion? Ist die Therapie von diagnostizierten Störungen *evidenzbasiert* erfolgreich, führt das zur Anerkennung des Verfahrens. Das hat auch für die “Systemische” dazu geführt – sie bewegt sich also schon im medizinalisierten Paradigma (das man nicht verteufeln soll, aber durchaus kritisch sehen muss, ich verweise nur auf die generalisierenden und z. T. sehr problematischen



Pathologisierungstendenzen des DSM-V, die leider wohl auch zum ICD hinüberschwappen werden). Weil das für die Systemiker so ist, muss jetzt nachgearbeitet werden. Dafür ist der Kongress ein (allerdings schon recht später) Ort. Fragen wie: Ist das alles für den "Kundenbegriff" und den rechtlichen Status von "Kunden" kategorial passend, was ich nicht glaube, und was man besser garnicht versuchen sollte (man müsste Gesetze ändern), müssen also mit in die Diskussion hinein, auch wenn sie marginal scheinen. Sind sie aber nicht, wenngleich die problematisierenden Fragen nach dem Status eines (alleinig) "lösungsorientierten" oder dominant "ressourcenorientierten" Vorgehens vielleicht gewichtiger sind. Angesichts einer dominant defizit- und störungsorientierten Diagnostik verlangen die Richtlinienverfahren (und dahinter die Kostenträger) eine ebenso Störungen und Defizite beseitigende Therapeutik, die für Gutachterverfahren geeignet ist (so unsinnig dieses Verfahren auch ist). Für Health Care und Wellness zahlen die Kassen nicht. Diese medizinisierte Position des Gesundheitswesens verlangt Adaptierung für das Systemische Paradigma, damit Theorie und Praxis und Wording nicht auseinanderfallen. Das wird schwer werden und braucht integrationstheoretische Konzepte und Arbeit.

*Sieper, J.* (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu korrespondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, 3-4, 393-467 und erg. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit*. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 393-467. - In: *POLYLOGE* 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>

Das Kongressthema ist also brisant, und es ist gut, dass man das Thema anfasst und dabei in den Vorbereitungsbriefen auch auf die impliziten Freiheitsdiskurse im systemischen Feld zurückgreift. Die könnten noch expliziter herausgestellt werden, weil Therapie ja immer auch Kulturarbeit und Gesellschaftsarbeit ist.

*Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: *Petzold, Orth, Sieper* (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. *Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit*. Bielefeld: Aisthesis.

Da in den Vorbereitungsbriefen nur die „epistemologische“ Frage imponierend angesprochen, wird nicht die „ethische“, sind Ergänzungen nützlich, so hoffe ich. Der Begriff **Ethik** kommt an keine Stelle vor. Verweist das auf ein Defizit an ethiktheoretischer Diskussion in weiten Bereichen des systemischen Feldes? Die Literatur dazu ist nicht sehr umfänglich. Der Begriff des **Politischen** fehlt nicht minder in den Briefen, genauso wie die damit verbundenen Begriffe „Macht“ oder „Stigma“, die in einer Diskussion über „Diagnostik“ (labelling approach) nicht fehlen sollten, denn mit Diagnosen wird Macht ausgeübt. Für mich als jemand, der sich als „Integrativer“ und als „Systemiker“ versteht und schon Anfang der 1970er Jahre dezidiert auf *Luhmann* in der integrativen Theorienbildung zurückgegriffen hat (*Petzold* 1974j, aber auch auf die systemische „russische Schule“) ist diese Nicht-Benennung der Ethik-, Macht- und Politikfrage eine Einladung zur Ergänzung. Ich will hier an die *Habermas-Luhmann-Debatte* 1971 in dieser Zeit erinnern, bei der noch keine systemischen TherapeutInnen auf dem Plan waren und mitdiskutieren konnten. Ich habe da mitdiskutiert und aus dieser Diskussion eines meiner wichtigsten Konzepte erarbeitet.

*Petzold, H.G.*(1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58

In der systemischen Szene ist diese Debatte nie kritisch aufgearbeitet worden, soweit ich sehe. Das Kapitel scheint gleichsam geschlossen, was zur Folge hat, dass die bedeutenden demokratiethoretischen (und durchaus „systemischen“) Arbeiten des späten *Habermas* nicht ausreichend in den Diskurs genommen werden, leider, denn die bieten Perspektiven, die auch für das Diagnose-Thema und die Themen der Ausgrenzung und der Solidarität, der Erosion der Zivilgesellschaft und der Aggravierung gesellschaftlicher Pathologiepotenziale Bedeutung haben.

Man kann das auch von *Bourdieu* her fundieren (*Leitner, Petzold* 2005/2010). Wichtige Fragen sind: Wem nützen die Diagnosen, wo schaden sie? Wer kontrolliert die Diagnostiker? Welche Politiken und Kontrollen muss man entwickeln, um Missbrauch zu begegnen? (vgl. den „Fall“ *Gustl Mollath*). Systemisch gesehen, kann man das Diagnostik-Thema nicht von dem Thema der Medizinalmacht (*Foucault*) und der Macht der Pharmakonzerne und von den Fragen nach unserem eigenen Demokratieverständnisses abkoppeln. Systemisch geblickt, kann man auch nicht davon ausgehen, dass es nur ein systemisches Paradigma in der therapeutischen Systemik geben kann. Das zeigt ein Blick in das Feld: Systemik heißt immer auch Vielfalt. Ein dominantes Paradigma, wäre prekär und glücklicher Weise ist das Feld sehr breit aufgestellt. Das muss in der Diskussion und in Entscheidungen zum Diagnostikthema unter den Richtlinien-Cautelen berücksichtigt werden. Alles andere ist nicht dem Fortschritt dienlich, ja wäre prekär! Und man soll seiner Positionen auch nicht zu sicher sein. Das lehrt die Psychotherapiegeschichte – auch die Systemische (einst arbeiten manche KollegInnen nur mit vollständigen Familien).

Die empirische Entdeckung der Gravitationswellen, veröffentlicht heute, am 12. Februar, eröffnet für das *Verstehen* des Universums gänzliche neue Möglichkeiten, denn wir hatten bislang nur einen Informationszugang über elektromagnetische Wellen. Vieles wird man ganz neu denken müssen. Das sollte uns in der Psychotherapie eine Mahnung sein, nichts auszugrenzen, gerade auch, weil die Richtlinienverfahren ein dysfunktionales Paradigma der Ausgrenzung praktizieren – ein ungutes Erbe von *Freud* und vielleicht entdeckt man dereinst diese Dysfunktionalität.

*Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.*

Das Feld der therapeutischen systemischen Theorien muss – bei aller vorhandener Heterogenität – darauf achten nicht von den „Richtlinien“ homogenisiert zu werden, nicht entpolitisiert zu werden, keinen Kotau vor dem unguten Erbe der Machtdiskurse zu machen, Diskurse, die sich in einer immer noch nicht hinreichend dekonstruierten und reformierten Medizinalmacht verbergen und manifestieren.

Mit *Lurija-Vygotskij u.a.* VertreterInnen der „kulturhistorischen Schule“ kann man da so manches anders sehen (ohne eine sowjetideologische oder altlinke Brille aufzusetzen, vgl. jetzt *Yasnitsky, A.; van der Veer, R. & Ferrari, M. (2014): The Cambridge Handbook of Cultural-Historical Psychology. Cambridge: Cambridge Univ. Press.*) und das ist in unsere „Integrative Systemik“ eingegangen.

*Petzold, H.G. (2006v): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 06/2006. Überarbeitet und wesentlich erw. 2009h, Integrative Therapie 2, 2010, 161 -250. - <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2009h-mentalisierung-und-arbeit-mit-der-familie-im-kopf-integrativ-systemische-humantherapie.pdf>*

*Petzold, H. G. (2010d, Hrsg.): Integrativ-Systemische Arbeit mit Familien – Quellen und Ausrichtung: Schwerpunktheft Integrative Therapie 2/3, Wien: Krammer Verlag. In: Textarchiv 2010, Familientherapie 2010d <http://www.fpi-publikation.de/artikel/integrative-therapie/2010-2-3-integrativ-systemische-arbeit-mit-familien-integrativ-systemische-entwicklungs-und.html>*

Das ist ein anderer Blick, und wieder ein anderer kommt von der Synergetik – da gibt es Verwandtes und einiges an Differenz, und das ist gut so. Nichtlineare Systemik (*P. Anochin*, der Entdecker des Feedback 1932, *N. Bernstein*, Begründer der Neuromotorik, *A. Lurija*, Begründer der Neuropsychologie, *A. Uchtomskij*, Begründer der neurozerebralen Dominanz-Theorie, alles Theoretiker nicht-linearer Systemik in den 1920er/1930er Jahren !!!) bieten anderes als die Referenzen der deutschen und amerikanischen therapeutischen Systemik. Diese wiederum könnten auch den russischen Diskurs bereichern. Systemtheorie heute muss heißen, so meine Sicht: Vielfalt und Differenz zu handhaben.

Deshalb ist mir noch abschließend ein ergänzender Hinweis wichtig: Es ist heute für die Systemik von größter Bedeutung, der ökologischen Frage Beachtung zu schenken. Das gilt auch für eine **ökologische Diagnostik** weit über den schon sehr nützlichen **ICF** hinaus, der mir von Systemikern noch nicht häufig genutzt zu werden scheint, trotz seiner Systemik. Es ist eine eminent systemische Aufgabe im Mikrobereich **ökologisch-diagnostisch** zu schauen (z. B. auf Infant-Caregiver-Interaktionen im Kontext/Kontinuum).

*Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2.: Paderborn: Junfermann, 491-646. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-beek-hoek-1994a-grundlagen-intime-kommunikation-intuitive-parenting-polyloge-02-2016.pdf>

Es ist nicht minder wichtig **ökologisch-diagnostisch** in den Makrobereich zu blicken. Auch globale Ökosysteme sind in einer **ökologischen Systemik** mitzudenken: in jeder Minute, die uns dem Kollaps des globalen Ökosystems näher bringt, wenn wir nichts tun.

*Petzold, H. G.* (2015c): Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit. Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit Textarchiv. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit-transdisziplinaer.pdf> und *Z. Psychologische Medizin* 2, 2015, 56-68.

Aber der ultrasystemische Begriff „**ökologisch**“ taucht in keinem der Vorbereiter-Briefe auf. Man scheint gleichsam fixiert durch die Frage: Wie kommen wir in die Richtlinienverfahren, ohne unsere (vermeintlich) identitätsstiftenden Ideologien (das „Mark“) zu beschädigen? Man übersieht dabei vielleicht, wohin der Zug in den Therapiewissenschaften international geht: Zu schulenübergreifenden Modellen (eigentlich fein systemisch!) und dieser Trend wird auch hierzulande ankommen. Man gibt den Richtlinienverfahren zu viel Macht, die – das sollte man doch sehen – machtbesessen, rigide, undemokratisch, exkludierend statt *inklusive* sind. Man sollte das eher weiter offenlegen, statt sich zu unterwerfen.

Man übersieht vielleicht auch, dass man derzeit auch den **systemisch-diagnostischen** Blick auf die Lebens- und Weltverhältnisse nicht mehr nur aus der Perspektive des Menschen richtet und richten sollte, sondern aus einer **mundanologischen Perspektive** als **Blick auf den Zustand der Welt**. Geht es der schlecht, geht es unseren lebendigen Mitbewohnern dieses Planeten und uns Menschen als „Kindern der Welt“ schlecht. Die schon faktisch anwesende Bedrohung wird immer noch dissoziiert, denn es wird nicht gehandelt.

*Petzold, H. G.* (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015. Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken – Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben.html>.

*Kolbert, E.* (2014): *The Sixth Extinction: An Unnatural History*. London: Bloomsbury.

*Welsch, W.* (2011): *Immer nur der Mensch? Entwürfe zu einer anderen Anthropologie*. Berlin: Akademie Verlag.  
*Welsch, W.* (2012b): *Menschen und Welt. Eine evolutionäre Perspektive der Philosophie*. München: Beck.

Ich hoffe, dass mein Beitrag mit seinen ergänzenden Themen etwas anstoßen kann. Ich finde das Auslassen der Ökologie aus dem Diagnostikthema muss eine Ergänzung erfahren. Ich meine auch, von „**Fällen**“ zu sprechen, ist kein unbedeutender Lapsus, und deshalb sollte man vielleicht das Kongress-Thema anders titeln. „**Fall**“ ist aus einer Beobachtung „höherer Ordnung“ ein Term mit stigmatisierenden Implikaten (ähnlich wie „Indexpatient“, oder das so harmlos anmutende „Spiele

der Erwachsenen“ in Bernes TA, als ob schwer psychisch Erkrankte Spiele trieben, oder das problematische Konzept des „Krankheitsgewinns“ von Freud usw. usw.). In allen „Schulen“ gibt es dieses Problem unsorgfältigen Sprachgebrauchs und natürlich hat die „**Sprache der Diagnostik**“ erhebliche Gefahren, das wissen die „Narzissen“ und die „Borderliner“ oder die „Hysterikas“, die von uns PsychotherapeutInnen stigmatisiert wurden und werden. Wir Menschen neigen offenbar dazu, andere abzuwerten bis zur Beschädigung: „Du Spasti“ sagen die Teens heute oder „Du Opfer“. Früher wie heute sagt man leichtthin: „Der ist ein **Fall** für die Klapse, ein hoffnungsloser **Fall**“. Man sagt auch „Du Idiot“, und wenigen ist bewusst, dass das ein Verweis auf einen an „Idiotie erkrankten Menschen“ war/ist. Und noch weniger wird mitgedacht, wie nah das beim „lebensunwerten Leben“ (Hitler) stand, bei „Aktion T 4“ und Hadamar! – Nein, mit Victor Klemperer im Gepäck, **ist der Begriff „Fall“ kein Lapsus**. Er darf es nicht sein. Ich hoffe, dass man in Heidelberg darüber diskutieren kann.

Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von Victor Klemperer, dem hundertsten Geburtstag von Wilhelm Reich und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 4, 371-450. Textarchiv 1997: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-1996j-identitaetsvernichtung-identitaetsarbeit-kulturarbeit.html>

## **Weitere Literatur beim Verfasser.**

### **Zusammenfassung: Menschen sind keine „Fälle“ – prekäre Implikationen für den systemischen Diskurs**

Als Beitrag zur Vorbereitung eines Systemischen Kongresse 2016 Heidelberg zum Thema „Was ist der Fall? Und was steckt dahinter? Diagnosen in Systemischer Theorie und Praxis“ wird der Begriff „Fall“ kritisch in Frage gestellt, denn „**Menschen sind keine Fälle**“ und das gilt auch und gerade für „PatientInnen“. So die integrative Position. Weiterhin sind Patienten in unserem Gesundheitssystem keine „Kunde“, sondern rechtlich „Leistungsberechtigte“. Das konfrontiert die Terminologie mancher Systemiker. Die Risiken und Gefahren reifizierender, entfremdender und stigmatisierender Sprache in diagnostischen Kontexten wird aufgezeigt.

**Schlüsselwörter:** Systemische Therapie, Fall-Begriff, Kunden-Begriff, Stigmatisierung, Integrative Therapie

### **Summary: Human Beings are not “cases” – precarious implications in the systemic discourse**

This is a contribution for the preparation of a Congress of Systemic Therapy Heidelberg 2016 titled: “What’s the case? And what is behind it? Diagnosis in systemic theory and practice“. The term „case“ is critically called into question, for „people are human beings, not cases“ and this holds true also and particularly for patients. That is the integrative position. Moreover patients in our Health System are not considered as „customers“ but they have the legal „right to treatment“. That is confronting the terminology of some systemic colleagues. The risks and dangers of reifying, alienating and stigmatizing language is highlighted.

**Keywords:** Systemic Therapy, Case as Term, Customer as Term, Stigmatization, Integrative Therapy.