

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 19/2011

Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondie- renden und evidenzbasierten Humantherapie *

(1999p, Neueinstellung 2011) **

Petzold, Hilarion G., Hückeswagen/Amsterdam ***

* 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>).

** Abschlußvortrag auf dem 4. Deutschen Psychologentag, 19. Kongreß für Angewandte Psychologie, 5. Oktober 1997 in Würzburg, Abschlußpodium. Für die Veröffentlichung sprachlich leicht bearbeitet und mit Anmerkungen sowie einigen Ergänzungen versehen, behält der Text die Form des Vortrags. Erschienen in: *Integrative Therapie* 4, 338-393 und Editorial der Ausgabe 4

***Freie Universität Amsterdam, Faculty of Human Movement Sciences; Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Editorial

IT 4 – 1999

„This is the end of a period.“

Mit dem vorliegenden Heft legen wir die letzte Ausgabe in diesem Zentenarium vor und schließen damit den 25. Jahrgang der „Integrativen Therapie“ ab. Ein Vierteljahrhundert herausgeberischer Tätigkeit. Das ist eine lange Zeit, auch ein Stück Psychotherapiegeschichte, wie die Zahl der inzwischen verstorbenen MitherausgeberInnen zeigt — darunter etliche der Pioniere moderner Psychotherapie, Leitfiguren wie *G. Bach, C. Bühler, V. Nine, H. Leuner, J. L. Moreno, L. Perls, V. Satir*, deren Arbeit und Beitrag zur Psychotherapie bedeutsame Spuren hinterlassen hat. In manchen können wir immer noch und auch in Zukunft gehen. Das Erbe dieser Männer und Frauen gilt es für die Psychotherapie in der Zukunft zu wahren und zu pflegen, zu revidieren, wo es revisionsbedürftig ist, und zu entwickeln, wo Entwicklungspotentiale vorhanden sind. Mit all diesen und natürlich vielen anderen Namen war ein Aufbruch zu neuen Wegen in der Psychotherapie verbunden mit innovativen Beiträgen zur Psychotherapie als Disziplin und Profession, d.h. zu einem übergeordneten Ganzen (*Chambon/Marie-Cardine 1999*). Sie können aber auch als eine „Kritik am Bestehenden“ gesehen werden, denn jede neue Entwicklung implizierte ja gleichzeitig eine Kritik an Unzulänglichkeiten und Einseitigkeiten der vorhandenen Ansätze, stellt eine Ergänzung, Bereicherung, Erweiterung dar, auch wenn dies von den Protagonisten der jeweils traditionellen und dominierenden Verfahren nicht zur Kenntnis genommen werden konnte und wollte oder von den Protagonisten der Innovation selbst nicht in angemessener Weise gesehen wurde, sofern sie nämlich glaubten, mit ihren neuen Ideen, Ansätzen und Methoden ein grundsätzlich neues Paradigma der Behandlung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen eingeführt zu haben, die neue und nunmehr endgültige Lösung gefunden zu haben, um seelisches Leid und psychische Störungen zu beseitigen oder zu lindern. Heute indes ist der Stand der Theorien- und Methodenentwicklung, die Forschungslage so komplex geworden, dass der Genius eines Einzelnen kaum noch in der Lage ist, ein „neues“ Verfahren zu begründen, sondern Gruppen von Klinikern und Forschern im internationalen Austausch bringen neue Strömungen hervor. Trotz der Sehnsucht vieler PsychotherapeutInnen nach Gründervätern und -müttern, nach Leitfiguren: die Zeit der Schulengründer ist vorbei — *this is the end of a period*.

Obwohl sich die Schulenspezifität auch am Ende dieses „Millenniums der Seelsorge“ und „Zentenariums der Psychotherapie“ bei zahlreichen psychotherapeutischen „Schulen“, leider besonders bei der Psychoanalyse und ihren Abkömmlingen in der Tiefenpsychologie und humanistischer Psychologie immer noch findet, kann man heute mit Blick auf das kommende Jahrhundert mit Sicherheit sagen: Das ist die „Psychotherapie der Zukunft“ nicht.

Das gilt, auch wenn durch gesetzliche Regelungen mit ihren Ausführungsbestimmungen, beraten von mächtigen Interessengruppen, die Entwicklungspotentiale der Psychotherapie in zwar unterschiedlicher, aber doch einschneidender Weise eingegrenzt werden - in Deutschland und in den Niederlanden durch die *de facto* Festlegung auf „Richtlinienverfahren“, in Österreich durch die gesetzliche Festschreibung von Schulen, so dass schulübergreifende Modelle vom Gesetz her praktisch nicht möglich sind. Prinzipiell können neue Verfahren in die Reihe schon wissenschaftlich anerkannter Verfahren aufgenommen werden, wobei es z.B. in Deutschland nach den derzeit von Seiten des Psychotherapiebeirates aufgestellten - und durchaus im psychotherapeutischen Feld auf breiter Basis diskussionsbedürftigen - Kriterien für die schon formal anerkannten Verfahren (die psychoanalytischen und den tiefenpsychologischen in Sonderheit) den Effizienznachweis noch zu erbringen gilt, wenn man dem Gleichheitsgrundsatz genüge tun und die definierten Kriterien der „Wissenschaftlichkeit“ auch in fairer und gerechter Weise allgemein zur Anwendung bringen will. Sollte dies geschehen, so wird die Auseinandersetzung, eventuell die „Schlacht“ um den Wissenschaftsbegriff und die Formen von Effizienznachweisen, erneut und noch heftiger beginnen. Es gäbe dabei die Chance konsensueller Lösungen und das (erhebliche) Risiko, dass eine kollegiale, diskursive und „evidenzbasierte“ Psychotherapie (*Dobson/Craig 1998; Jacobi/Poldrak 1999; Wagner/Becker 1999; Petrak et al. 1999*) wieder zu Gunsten einer „*opinion based psychotherapy*“ auf der Strecke bliebe bzw. in minimalistischen Lösungen zur Anwendung käme, und dass durch eine traditionsreiche Unkultur des Streites, der territorialen Machtkämpfe auch eine „ko-responsenzbasierte Psychotherapie“ auf der Strecke bleibt - für lange Zeit zumindest. Dieses fatale Klima des „Gegeneinander“ prägte die Psychotherapie der Vergangenheit u.a. durch die Geltungsansprüche der Gründerväter, die einander zumeist bekämpften und kaum miteinander in konstruktivem Austausch standen. Dieses Erbe muss man ausschlagen! Denn die

verschiedenen Patientengruppen können von Forschung, von evident gemachten Behandlungsstrategien nur profitieren, wenn es zwischen Forschern, Praktikern, Patienten immer wieder zu Korrespondenzprozessen kommt.

Die Gründergeneration in der Psychotherapie dieses Jahrhunderts, Kliniker und Forscher wie *Eric Berne*, *Albert Ellis*, *Jacob und Zerka Moreno*, *Fritz und Lore Perls*, *Carl Rogers*, *Virginia Satir* - um nur einige bedeutende Figuren zu nennen, die Schulen begründet haben (man könnte *Aaron Beck*, *Milton Erickson*, *Eugen Gendlin*, *Carl Whitaker* als eine „jüngere Generation“ noch hinzunehmen) - sind nach folgendem Schema innovativ geworden: Sie machten in ihrer psychotherapeutischen Praxis Beobachtungen, die zu einer Revision oder Veränderung dieser Praxis führten. Sie entwickelten Methoden, mit denen sie experimentierten, Erfahrungen sammelten. Da die Mehrzahl von ihnen in einem tiefenpsychologischen Paradigma ausgebildet war - vornehmlich in Varianten der Psychoanalyse - war dies auch mit theoretischen Auseinandersetzungen mit dem jeweiligen Herkunftsverfahren verbunden. Manchmal standen sogar derartige theoretische Auseinandersetzungen am Anfang und führten dann zu einer Veränderung der klinischen Praxis, die wiederum eine Rückwirkung auf die Ausformung neuer Theorien hatte. In der Gründergeneration wurde, von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht systematisch „empirisch-statistisch“ geforscht, sondern häufiger aus einer „hermeneutischen Grundposition“ (*Baumann* 1999) heraus gearbeitet. Die Pioniere entwickelten dann ihre Theoriekonzepte und zuweilen auch Mythologeme (*Petzold/Orth* 1999). Sie sammelten interessierte Kollegen, später dann „Schüler“ um sich, die gleichfalls mit dem neuen Ansatz in der Praxis expandierten, so dass allmählich ein „*body of knowledge*“ wuchs, der mehr und mehr systematisiert wurde, um dann in einem entstehenden Ausbildungsmodell an weitere Kreise vermittelt zu werden. Empirische Forschung gab es zumeist sehr wenig. Das war u.a. damit verbunden, dass in der Regel keine guten Verbindungen zwischen dem klinischen und dem universitären Bereich vorhanden waren. Dies ist der Grund dafür, warum bis heute interessante Ansätze einiger Gründerpersönlichkeiten trotz behandlungspraktischer Evidenzen noch nicht gut empirisch untersucht sind. Diese pragmatische Evidenz klinischen Alltagshandelns muss - diese Entwicklung ist unverzichtbar und unumkehrbar - heute durch die Evidenzen empirischer Forschung zusätzlich begründet werden. Das neue Paradigma der „*evidence based medicine*“ wird sich auch für die Psychotherapie zu einer „*evidence based psychotherapy*“ hin entwickeln, allerdings mit einigen Modifikationen - die Zahl „kritischer Lebensereignisse“ etwa lässt sich nicht so auswerten wie die Zahl der Leukozyten, der Rückgang einer Depression nicht so wie die Rückbildung eines Tumors unter der Chemotherapie (und auch in diesen somatischen Bereichen sind die Verhältnisse und ihre Bewertung noch kompliziert genug).

Mit Blick auf den hohen Innovationsbedarf der Psychotherapie ist durch das deutsche Psychotherapiegesetz eine Barriere aufgerichtet, die die geschilderten Muster der Innovationen, wie sie bisher für das psychotherapeutische Feld charakteristisch waren, sehr schwierig oder gar unmöglich macht. Da klinische Praktikerinnen, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen bzw. nicht zu gefährden im Rahmen zugelassener Richtlinienverfahren arbeiten müssen, wird es äußerst schwierig, Ansätze zu entwickeln, die sich als eine Kritik an diesen Verfahren erweisen, die Revisionen und ergänzende oder neue Konzeptualisierungen in Angriff nehmen. Wo dies durch starke und eigenständige Persönlichkeiten dennoch geschieht, wird es schwierig, genügend interessierte Kolleginnen und Kollegen in etablierten Positionen zu finden, die sich den neuen Ansatz aneignen, um ihn in ihren eigenen Settings zu erproben und somit einen „*body of knowledge*“ zu entwickeln, der so viel Prägnanz gewinnt, dass er in systematisierten Ausbildungen weitergegeben werden kann. Nur auf diese Weise wird es nämlich möglich, so viele Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern zu behandeln, dass empirisch-statistische Evidenzen durch Studien in ausreichender Zahl erbracht werden können. So wird es fast unmöglich gemacht, dass die Richtlinienverfahren relativierende Ansätze genügend „*impact*“ gewinnen können, um auf die Stufe von „Ausbildungsverfahren“ zu kommen. Und hier liegt das „*closed system*“. Ohne dass systematisch Ausbildungen in einem neuen Ansatz betrieben werden können, kann dieser nicht genügend an „momentum“ zur Vorbereitung und Generierung von Erfahrung und Forschung gewinnen, dass er den Status eines „wissenschaftlich anerkannten Verfahrens“ erlangen kann. Psychotherapeutische Verfahren sind in der Regel so komplex, dass sie eine mehrjährige fundierte Ausbildung erfordern, um konsistent praktiziert werden zu können. Welcher junge Psychologe oder Arzt wird sich aber einem neuen Verfahren zuwenden, eine fundierte Ausbildung erwerben, wenn er weiß, dass er mit einer solchen Ausbildung hinterher sein Brot nicht verdienen kann?

Diese Situation kann derzeit auch kaum verändert, umgangen, unterlaufen oder überwunden werden, z.B. durch den „Außendruck“ internationaler Entwicklungen. Wie soll etwa ein Modell wie die gut evaluierte „prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie“ von *Elliott* und Mitarbeitern (1999) in Deutschland Fuß fassen, wenn sie sich als „neohumanistische Behandlungsform“ (*ibid.*, 340) charakterisiert und sich damit neben oder gegen die Richtlinienverfahren stellt. Wird ein solcher Ansatz je die Kraft generieren

können, ein Anerkennungsverfahren durchzusetzen? Und wie viel Jahre, ich schätze 10 bis 20, wird es kosten, bis er die Anerkennung erreicht? Eine Möglichkeit bestünde vielleicht darin, dass Richtlinienverfahren als „Umbrella-Konzepte“ definiert werden, unter deren „Dach“ genügend Freiraum für neue Entwicklungen geschaffen wird. Möglich wäre dies in der behavioralen Grundorientierung und in der tiefenpsychologischen (die psychoanalytische hat sich zu sehr als geschlossenes System definiert und etabliert). Solche Bewegungen sind zumindest im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Orientierung möglich und im Gange. Der Ansatz von *Grawe* (1998) kann als solcher ja *sensu strictu* nicht mehr als verhaltenstherapeutischer bezeichnet werden. Werden allerdings die Entscheidungsträger, Landespolitiker, Verbandsfunktionäre, werden die entscheidenden kassenärztlichen Vereinigungen eine Ausbildung, wie sie in allgemeiner Psychotherapie in Bern angeboten wird, anerkennen? Werden traditionelle Verhaltenstherapeuten neue, eigenständige Entwicklungen — etwa aus dem systemischen Bereich — unter dem Dach der Verhaltenstherapie möglich machen und nicht als Angriff auf ihre Identität erleben, als eine Aushöhlung ihres Paradigmas? Die gerade erfolgte Ablehnung der systemischen Therapie trotz des höchst innovativen Antrags von *Schiepek* (1999) ist da nicht ermutigend.

Im psychotherapeutischen Feld finden sich zunehmend Entwicklungen — der Ansatz von *Grawe* ist im deutschsprachigen Bereich das bekannteste Beispiel —, übergreifende Modelle zu entwickeln, und —zumindest im akademischen Bereich — besteht hier auch eine zunehmende Offenheit (vgl. die Diskussion in *Psychotherapeut* 6, 1999). Aber der akademische Bereich ist nicht gleichbedeutend mit dem berufspolitischen und dem berufspraktischen. Dieser aber ist die Grundlage dafür, dass Offenheit wirklich greifen kann. Die Zukunft der Psychotherapie wird sich daran erweisen, ob eine solche Offenheit geschaffen und durchgesetzt werden kann durch die Kooperation, die Korespondenz, die fachlichen Diskurse aller Gruppierungen. Das behaviorale Paradigma hat durch die „kognitive Wende“ und das Aufgreifen unterschiedlichster Praxeologien und theoretischer Konzepte, etwa aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie oder der Sozialpsychologie, zunehmend einen „Umbrella-Charakter“ erhalten, ähnlich dem der „*behavioral medicine*“ in den Vereinigten Staaten. Eigentlich könnte man sagen: Es handelt sich um Gruppen von Theorien und Praxen therapeutischer Verfahren auf dem Boden der klinischen, ja der allgemeinen Psychologie und wahrscheinlich muss man noch weiter greifen, wenn man die klinisch relevanten Sozialwissenschaften, Bio- und Neurowissenschaften einbezieht, wie es moderne integrative Ansätze unterschiedlichster Herkunft tun: *Grawe* (1998) aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, *Deneke* (1999) aus dem Bereich der Tiefenpsychologie sowie *Petzold* (1993) in Verbindung humanistisch-psychologischer, tiefenpsychologischer und behavioraler Ansätze oder *Sponsel* (1995) in einer Zusammenstellung „psychologischer Heilmittel“ aus dem gesamten Spektrum der Psychotherapie. Die integrativen Ansätze könnten bei der jetzigen Struktur der Psychotherapie in der Bundesrepublik derzeit nur unter eines der beiden vielleicht gastfreundlichen Dächer treten.

Es hat zu allen Zeiten Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher gegeben, die versucht haben, übergreifende Prinzipien zu formulieren, welche für ein übergreifendes „Dach“ einen Rahmen geboten hätten. *Pierre Janet* (1859-1947) hatte damit begonnen. *Rainer Bastine*, *Renaud van Quekelberghe*, *Dieter Wyss* seien aus neuerer Zeit für den deutschsprachigen Bereich genannt. Die Frage ist nur — und sie muss wieder und wieder gestellt werden —, warum es nicht zu einem solchen übergreifenden „Dach“ gekommen ist? *John Norcross* (1995) hat den Egoismus der „Schulen“ als Grund genannt. Ich selbst habe mit *Foucault* auf die „ekklesiale Hintergrundstruktur“ der Psychotherapie (den pastoralen Diskurs) verwiesen. Aber es geht keineswegs nur um „Glaubenskämpfe“ und ideologische Richtungsstreitereien (*Petzold/Orth* 1999). In der bundesdeutschen Situation geht es ganz banal um monetär motivierte Territorialkämpfe, die als wesentliches Moment im Hintergrund stehen. Der Kostendruck im Gesundheitswesen fördert dies. Die gesamten Zusammenhänge sind indes sehr komplex und müssten von einer wissenschaftlichen und professionellen „community“ (*Petzold et al.* 1999a) sorgfältig reflektiert werden: Wie kommt es zu diesen Richtungskämpfen, in welcher Art werden sie ausgetragen, was bewirken sie für die innere und äußere Glaubwürdigkeit (*trustworthiness*) der Psychotherapie? Wie kommt es, dass Leitwerte wie die „Freiheit der Forschung und Lehre“, die „Freiheit der Behandlungswahl“, die „wissenschaftliche Redlichkeit“, die „Pluralität der Wissenschaft“, die „Mündigkeit der Patienten“ — mit Bezug auf die Methodenwahl und die Mitgestaltung der Behandlung (vgl. *Petzold et al.* 1999b) so wenig Gewicht haben? Die Sicherung der „Qualität“ therapeutischer Leistungen im Gesundheitswesen ist doch keineswegs nur im Einsatz optimal evaluierter Verfahren zu sehen, obwohl in ihrer Wirksamkeit gut bestätigte Methoden eine *conditio sine qua non* ist. Es geht in der Psychotherapie auch um die innere Haltung, um Stile der Relationalität, Formen der Begegnung und Beziehung. Und hier haben Verfahren wie die klientenzentrierte Gesprächstherapie, die Integrative Therapie, das Psychodrama m.E. unverzichtbare Entwicklungsarbeit geleistet, die zum Fundus der Behandlungstechnik und einer humanen und qualitätsvollen Profession „Psychotherapie“ viel beizutragen haben. Warum fokussiert die psychotherapeutische „Professional Community“ so einseitig auf die Effizienz nachweise von Verfahren im quantitativen Paradigma und lässt Fragen benachteiligter Patientenpopulationen (z.B. Armutspopulationen, Alterspatienten, devianter Jugendlicher), die auch

feinkörnige qualitative Untersuchungen erfordern, weitgehend unbearbeitet? Warum sind Genderfragen so offensichtlich ausgeblendet, Fragen männer- und frauenspezifischer Pathogenese, Diagnostik und Therapeutik?

Am Ende dieses Jahrhunderts, in dem die Psychotherapie sich im Wesentlichen entfaltet und entwickelt hat, bleibt all das offen und wird hinübergenommen in das nächste Zentenarium. Da sich in der Behandlung dieser Fragen nicht nur die Charakteristik künftiger Psychotherapie entscheidet, nicht nur entschieden wird, ob Psychotherapie aus der Regelversorgung herausfällt, sondern auch erkennbar wird, in welchem Zustand sich unsere Gesellschaft befindet, wird die Aufmerksamkeit von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sich diesen Themen in besonderer Weise zuwenden müssen. Der Umgang mit der geistig-seelischen Gesundheit der Menschen in den modernen Staaten, der Umgang mit Randgruppen oder benachteiligten Populationen wird als Gradmesser von Humanität zu sehen sein. Da Psychotherapie seit *Janet* und *Freud* auch die Funktion von Kulturkritik hatte, neben der Heilkunde und mit Philosophie, Kunst und Gesellschaftswissenschaften auch Gesellschaftsarbeit leistet, wird man sich diesen Themen auch in besonderer Weise zuwenden müssen.

Das vorliegende Heft hat sich deshalb mit einigen ausgewählten Themen aus dem angerissenen breiten Fragenkomplex befasst. Wir hoffen, dass es Anstöße und Anregungen für eine neue Periode in der Psychotherapie bietet.

Hilarion G. Petzold

Literatur

- Baumann, U.* (1999): Wie einheitlich ist die Psychotherapie? *Psychotherapeut* 6, 360-366. *Chambon, O., Marie-Cardine, M.* (1999): Les bases de la psychothérapie. Paris: Dunod. *Deneke, F.-W.* (1999): Psychische Struktur und Gehirn. Stuttgart: Schattauer.
- Dobson, K.S., Craig, K.D.* (1998): Empirically supported therapies. Best practice in professional psychology. London: Sage.
- Elliott, R.* (1999): Prozess-Erlebnisorientierte Psychotherapie. *Psychotherapeut* 6, 340-349.
- Grawe, K.* (1998): Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Poldrack, A.* (2000): Klinisch-psychologische Forschung. Göttingen: Hogrefe.
- Norcross, J.* (1995): Psychotherapie-Integration in den USA. *Integrative Therapie* 21/1, 45-61.
- Petrak, F., Hardt, J., Nickel, R., Tiber Egle, U.* (1999): Checkliste zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität kontrollierter psychotherapeutischer Interventionsstudien (CPI). *Psychotherapeut* 6, 390-393.
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie, 3 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Ebert, W., Sieper, J.* (1999a): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. FPI / EAG, Düsseldorf. <http://mypage.bluewin.ch/gestalt/supervisionskritik>.
- Gröbelbauer, G., Gschwend, I.* (1998b): Patienten als „Partner“. In: *Petzold/Orth* (1999a), 463-492.
- Orth, I.* (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Wagner, R.F., Becker, P.* (1999): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen: Hogrefe.
- Schiepek, G.* (1999): Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sponsel, R.* (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie IPPT. Erlangen: IEC-Verlag.

Psychotherapie der Zukunft

An der Schwelle zum nächsten Millennium ist es naheliegend, über die „Psychotherapie der Zukunft“ nachzudenken, was auch immer mit einem Nachdenken über Vergangenheit und Gegenwart der Psychotherapie verbunden sein muß, wenn man in den Diskursen (Foucault) des Wissens und im Meer der Komplexität der Modernisierungsprozesse hinlänglich sicher navigieren will. Der Deutsche Psychologentag in Würzburg hatte 1998 dieses Thema für sein Abschlußforum aufgeworfen, „am Vorabend“ des bundesdeutschen Psychotherapiegesetzes. Der vorliegende Text, als Referat auf dem Abschlußplenum gehalten, ist als ein vom Zeitgeschehen getöntes Dokument zu sehen, dessen Plädoyer für eine korrespondierende, d.h. diskursive, kollegiale und kritische Kultur der Psychotherapie als Humantherapie mit einer evidenzbasierten Orientierung das letzte Heft im letzten Jahrgang dieses Millenniums abschließen soll.

1. Ein Kontext von Machtspielen: ärztliche und psychologische Psychotherapie

Die Psychotherapie ist gegenwärtig in einen Kampf um Macht, Rechte, Glaubensfragen und Territorien hereingeraten¹, dessen Verlauf, Begleitumstände und Ausgang ihre Qualität und Charakteristik auf Jahre, Jahrzehnte wohl, bestimmen werden. Unter einer *Foucaults*chen Perspektive² muß man sagen, daß die fachlichen und zwischenmenschlichen **Diskurse** von Freiheit, Emanzipation, Kollegialität³ - Kernanliegen jeder Psychotherapie und Supervision⁴ - derzeit eingeschränkt werden, bedroht sind und die „Sorge um das Patientenwohl“, das „Streben nach wissenschaftlichem und fachlichem Fortschritt“ und die „Pflege einer qualitätsvollen und kollegialen Professionalität“ in den Hintergrund treten - und das ist nicht gut für die Zukunft der Psychotherapie. Deshalb will ich mich mit diesem Kontext näher befassen.

Die „Psychotherapie der Zukunft“ ist eng mit der Frage nach der „Zukunft der Psychotherapie“ verbunden. Wie *Goethe* in den Annalen deutlich gemacht hat, gilt: Man kann eigentlich Zukunft nur gewinnen durch Reflexion von Vergangenheit. Und ich

¹ vgl. Petzold, Orth 1999a; Geuter 1999

² Petzold, Orth, Sieper 1999

³ Petzold, Orth 1998b

⁴ Petzold 1998a; Petzold, Sieper 1999; Petzold, Ebert, Sieper 1999

möchte hinzufügen: durch Reflexion von Gegenwart. Welche Zukunft Psychotherapie hat oder was die Psychotherapie der Zukunft sein wird, d.h. wie wir - die PsychotherapeutInnen - sie gestalten werden, hängt wesentlich damit zusammen, wie die Vergangenheit gestaltet wurde und wie die Gegenwartssituation gestaltet wird! Und wir sehen ja, wie massiv die Beeinflussung unserer jetzigen Gegenwartssituation der gesetzlichen Regelungen und Verteilungskämpfe der Schulen sich auf die Entwicklung des psychotherapeutischen *Feldes*⁵, der psychotherapeutischen Landschaft auswirkt. Ich denke an die Gesetzesregelungen nicht nur in Deutschland, die Gesetzesvorbereitungen in der Schweiz, das österreichische Psychotherapiegesetz, davor das italienische Gesetz, das niederländische, das wieder einen anderen Akzent bringt, die Regelungen in Großbritannien. All dieses wirkt ja auf uns, die PsychotherapeutInnen, und auf die Psychotherapie, und oftmals wird dabei auch dieser breite *europäische Rahmen* übersehen. Als Ordinarius für Psychologie an der Freien Universität Amsterdam habe ich eine europäische Perspektive. Es gab in Deutschland unter den psychologischen Kolleginnen und Kollegen Verbände, die gebannt darauf fixiert waren, ein Gesetz „um jeden Preis“ zu bekommen, eine leistungsrechtliche Regelung, ein Berufsgesetz, möglichst mit einem hohen Sicherheitspotential. Dabei war und ist man aus Angst in den Machtspielen und Territorialkämpfen der Professionen bereit, den eigenen Berufsstand, die eigene Identität als Psychologen hintanzustellen und eine *Zwangsehe* mit der Ärzteschaft einzugehen - die bekanntlich auch die Ärzte letztlich nicht wollen - zu Lasten der Psychotherapie, wie ich meine. Ich persönlich, als ich im September 1998 gehört habe, daß die Ärzte aus den beabsichtigten Regelungen „aussteigen“ wollten, habe mir gesagt: „Gott sei Dank! Wenigstens sind die vernünftig genug, eine solche Zwangsehe nicht einzugehen!“ Wenn, sollte man so etwas *im guten Konsens tun*, denn nur daraus kann fruchtbare Kooperation erwachsen, aber doch nicht so! Letztendlich ist es anders gekommen - und die Folgen werden bitter werden. Was nämlich in deutscher Gründlichkeit der Verrechtlichung und ärztlicher Standespolitik geschehen wird, ist absehbar: eine „subordinative Integration“ - und um eine solche handelt es sich de facto doch. Das bedeutet: die psychologische Psychotherapie über Jahrzehnte unter die Bedingungen des medizinischen Modells zu stellen, mit gravierenden Auswirkungen für die Zukunft der klinischen Psychologie und psychologischen Psychotherapie. Eine *Psychologische Psychotherapie* - es gibt natürlich nicht nur die Psychologische Psychotherapie, auch das ist völlig klar - eine

⁵ Zu einem sozioökologischen, die Sichtweisen *Lewins, Gibsons, Bourdieus* verbindenden und überschreitenden

Psychologische Psychotherapie also muß *in ihrem eigenen Recht* und in ihrem eigenen Freiraum arbeiten, denn nur so kann sie sich entwickeln und ihren Beitrag zum **Gesamtbild einer professions- und schulenübergreifenden Psychotherapie** leisten, und nur so wird sie die möglichen Beiträge, die aus der *ärztlichen Psychotherapie* kommen, aufnehmen können. Nur so werden beide *communities* zu einer *übergreifenden Disziplin und Praxis* „Psychotherapie“ finden können, die korrespondierend, d.h. diskursiv und kollegial, ihre Proprien definiert und entwickelt. *Diskurs* bedarf einer *Souveränität* und *Parrhesie*, d.h. der „wahrhaftigen Rede“ der am Diskurs beteiligten Subjekte und *communities*⁶. Die psychologische „*scientific and professional community*“ kann und muß in Korrespondenz mit der nichtpsychologischen und der ärztlichen Psychotherapie arbeiten und könnte aus solch „transdisziplinärer Kooperation“ auch sicher Fruchtbare schaffen, aber bestimmt nicht mit einer solchen Einschränkung ihrer Bewegungsspielräume. In der Anbindung auf Jahrzehnte an ein dominierendes „medizinisches Modell“, wie immer sich dieses auch entwickeln wird, wird das „psychologische Modell“, das mit der *Gesundheitspsychologie* die Dimensionen von Gesundheit und Wellness⁷ und mit der Sozialpsychologie⁸ die Sozialität viel stärker und auch in anderer Weise einbezieht⁹ als die traditionelle Medizin, in Zukunft an einer solchen Zwangsehe heftig leiden - letztlich auch die ärztliche Psychotherapie, die von der Psychologie stets wichtige Impulse erhielt. Natürlich muß man fragen, wie es dazu gekommen ist. Und die Frage nach der Gegenwart impliziert immer die Frage nach der Geschichte. Ich habe da einige Aspekte angedacht, die mir wichtig erscheinen, um die Frage nach der Zukunft besser angehen zu können, Aspekte in der Geschichte des psychotherapeutischen Feldes.

2. *Disunity, Konflikte, Spaltungen*

Die Themen „Konflikte“ und „Spaltung“ haben in der psychotherapeutischen Theoriebildung eine gewichtige Tradition, von *Freud* bis *Kohut*, von *Perls* bis *Petzold*. Dabei war das Feld der Psychotherapie selbst stets recht uneins und zerspalten. Zwar braucht der wissenschaftliche und klinisch-fachliche Diskurs *Auseinandersetzung*, um sich entwickeln zu können - wie z.B. zwischen Gestalttherapie und Integrativer

Feldbegriff vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999

⁶ Petzold, Ebert, Sieper 1999

⁷ Becker 1997; Haisch, Zeitler 1991

⁸ Stroebe et al. 1996;

Therapie¹⁰ - und um sich wieder als kooperierende Verfahren *zusammensetzen* zu können. Aber der Streit überwog - das sollte zu denken geben. Was haben diese Themen mit den Psychotherapeuten zu tun, mit ihrer Praxis des Umgangs miteinander, mit den vielen Spaltungs- und Fragmentierungsphänomenen, die man im psychotherapeutischen Feld findet? Einigen Punkten will ich nachgehen.

2.1 Spaltungen zwischen Berufsgruppen

Ich möchte als ersten Punkt die Aufsplitterung dieses Feldes selbst in eine *ärztliche Psychotherapie*, eine *psychologische Psychotherapie* und eine *nichtpsychologische Psychotherapie* noch einmal ins Bewußtsein rufen. Die nichtpsychologische Psychotherapie wird von Psychologen leider meistens mit den gleichen Stigmatisierungen und Ausgrenzungstendenzen bedacht wie die Psychologische Psychotherapie von ärztlichen Psychotherapeuten und den standespolitischen Vertretern der Ärzte¹¹. Und man muß hier, wenn man das ein bißchen nüchtern anschaut, fragen: Warum denn? Nicht nur die Psychologie ist Quelle der Psychotherapie, nicht nur die Medizin, sondern es gibt auch andere Human- und Sozialwissenschaften. Und wenn man dann in die Psychotherapieforschung hineinschaut - das ist ja meistens amerikanische Forschung - sieht man, daß in ganz vielen Studien, die positiv im Ergebnis sind, klinische Sozialarbeiter TherapeutInnen waren (MSW, Masters of Social Work) oder Erziehungswissenschaftler (EdDs, Educational Doctors). Das ist ja nicht nur durch die Consumer-Report-Studie¹² dokumentiert. Man braucht einfach die Studien, die *Grawe* (et al. 1994) ausgewertet haben, anzusehen, dann stellt man fest, daß offenbar effektive Psychotherapie auch von anderen Berufsgruppen gemacht werden kann als von Psychologen. Ich denke, daß sollten wir als Psychologen reflektieren und auch unsere Berufspolitik einmal daraufhin betrachten. Denn *Psychotherapie* als Profession leidet an dieser Aufsplitterung des psychotherapeutischen Feldes in eine ärztliche, eine psychologische und eine nichtpsychologische - sagen wir „humanwissenschaftliche“ - Community. Wir bekommen aus diesem Grunde für die Psychotherapie keine schlagkräftige

⁹ Hurrelmann 1988

¹⁰ vgl. die Kontroversen Petzold/Staemmler und Buchholtz/Petzold: Buchholtz 1998; Petzold 1998f, 1987h

¹¹ Geuter 1999

¹² Seligman 1996

Professional Community. Der Begriff der „Professional Community“¹³ ist parallel gebildet zu dem der „Scientific Community“ (Kuhn). Und Professional Communities haben im „Feld“, im „Markt“ nur Kraft, wenn sie sich potent, klar, eindeutig profilieren und ihre Interessen auch gemeinschaftlich vertreten. Wenn ich die Geschichte des Psychotherapeutengesetzes von der Psychiatrie-Enquête 1975, vom ersten Hearing 1978 bis heute betrachte - ich war dabei, ich war in all diesen 25 Jahren berufspolitisch aktiv -, wenn ich all das betrachte, was geschehen ist und wie es geschah, denke ich, eines der größten Hindernisse für ein angemessenes Gesetz war die Uneinigkeit des psychotherapeutischen Feldes. Amerikanische Therapieforscher sprechen von der „disunity“ des Feldes (A. Mahrer) oder sogar von seiner „Balkanisierung“. Dieser Ausdruck wurde von W. Bevan¹⁴ vor dem Balkankrieg geprägt! Man muß sich nicht wundern, daß bei einer solchen Lage nichts weitergeht oder die richtige Richtung verfehlt wird.

Wir waren seinerzeit [1979] wegen eines Psychotherapeutengesetzes mit einer Gruppe von Leuten (Ärztinnen, Psychologen, Sozialwissenschaftler) bei Frau Schleicher im Ministerium gewesen, und die beiden Ärztinnen und ich als Professor an einer medizinischen Interfakultät haben sich vorgestellt, und da hat sie gesagt: „Ja, mit Ärzten kann man reden.“ Die psychologischen Kollegen verstummten nach diesem ‘Mit Ärzten kann man ja reden!’. Sie hat dann sehr deutlich gesagt: „Ja, solange das Chaos dort [bei den Psychologen und Psychotherapeuten] herrscht, wird da auch nichts gehen!“ Nun hat Frau Schleicher eine spezifische Position gehabt, das muß man durchaus sehen. Sie hatte wohl auch einen Bias persönlicher Art, das zeigt diese Aussage, und trotzdem ist daran natürlich etwas wahr.

Solange ärztliche und psychologische und nichtpsychologische Psychotherapeuten kein *Konsensmodell* finden - und zwar nicht nur unter dem Druck aktuell anstehender oder vollzogener gesetzlicher Regelungen, sondern aus wechselseitiger Wertschätzung ihrer Kompetenzen und aus Engagement für eine *gemeinsame Profession, die Psychotherapie* -, solange bleibt die Position schwach und schwächt sich das Feld durch die Politik wechselseitiger Abwertung nach innen und außen. Wer soll ein solches verstrittenes Feld ernst nehmen? Eine diskursive Kultur und Konsensmodelle wären eigentlich ein Desiderat für die Jahrzehnte von Psychotherapiegeschichte als Geschichte der „Glaubenskämpfe“ zwischen den „Konfessionen“¹⁵, „Schulen“ und „Berufen“ gewesen¹⁶. Solange es keine Ko-respondenzen¹⁷ mit hinlänglichen Einigungen zwischen den konkurrierenden Gruppen darüber gibt, worum es in der

¹³ vgl. die Definition in Petzold 1998a, S. 113

¹⁴ Bevan 1991; Mahrer 1985

¹⁵ Grawe et al. 1994

¹⁶ vgl. Petzold 1995h

¹⁷ Petzold 1991e

Psychotherapie geht und wie sie im Bereich der Heilkunde implementiert wird, solange wird es auch schwierig bleiben, die *Profession Psychotherapie*, die sicher ein übergreifendes Moment hat und aus unterschiedlichen Professionen und Orientierungen gespeist wird, Psychologen, Nicht-Psychologen, Ärzte wirklich so zu vertreten, wie es ihr zukommt. Hinzu kommt dann, daß bei einer solchen „disunity of the field“ für eine übergreifende Disziplin auch keine übergreifende, starke „Scientific Community“ entstehen kann. Psychotherapie - dies ist meine Meinung und eine Aussage für ihre Zukunft - braucht ihre eigene „*Scientific Community*“, um eine „evidence based practice“¹⁸ zu entwickeln. Nicht nur psychologische, klinisch-psychologische Psychotherapieforschung¹⁹, die wahrscheinlich das Kernfeld ausmacht, ist erforderlich, sondern auch die klinischen Sozialwissenschaften, die Neurowissenschaften und die großen Bereiche psychiatrischer und psychosomatischer Forschung und Praxis müssen im Felde der Psychotherapie in der Theorienbildung und Methodenentwicklung mitwirken können. Nur so kann eine konsistente und innovative „*Scientific community*“ und eine „*Community of Practitioners*“ mit der *Kultur*²⁰ einer „fundierten Kollegialität“²¹ *aufgebaut* werden und eine „*Feld- und Kulturentwicklung*“²² (analog zu Organisationsentwicklung und -kultur verstanden) erfolgen, durch die wir für unsere Patienten, aber auch für unsere eigene Kompetenz und Performanz das Beste, was gerade im Feld *evidenzbasiert* und *korrespondenzbasiert* vorhanden ist, auch nutzen können.

Nun ist es ja nicht gerade das Wesen des Menschen, daß er stets aus Vergangenem lernt. Aber zumindest kann er gewisse Einsichten haben, die dazu führen, daß er seine Handlungsweisen verändert oder weiteres dysfunktionales Handeln zumindest mit einem schlechten Gewissen tut. Ich möchte deshalb an dieser Stelle dafür eintreten, daß um der *Zukunft der Psychotherapie* willen Psychologen und psychologische Fachverbände, Berufsverbände und Psychotherapieverbände von Ärzten und Nichtpsychologen versuchen, diese Berufsgruppenkriege und den Schulenkampf zu überwinden - das schließt fairen Streit in fachlichen Fragen nicht aus. Denn selbst mit dem „Psychotherapiegesetz“ werden aufgrund der bestehenden

¹⁸ vgl. Davidoff et al. 1995; Rosenberg, Donald 1995; Sacket et al. 1996; Gray 1998; Brown et al. 1998

¹⁹ Petzold, Märtens 1999a; Jacobi, Poldrack 2000

²⁰ zum Kulturbegriff, in dem Kulturen definiert werden als ein Gesamt „kollektiver Kognitionen und emotionaler und volitiver Lagen“, vgl. Petzold 1998a, 214, 312

²¹ Petzold, Orth 1998b

²² vgl zu dem Begriff Petzold, Ebert, Sieper 1999

Bundesverwaltungsgerichtsurteile die „heilpraktischen Psychotherapeuten“ auch weiterhin arbeiten. Mit der Perspektive - die durchaus zu denken ist - , daß die Psychotherapie oder wesentliche Bereiche von ihr aus der Regelversorgung herausfällt oder auch ein großer Teil von Psychologen, die nicht in den Richtlinienverfahren ausgebildet sind, keine Kassenleistungen erhalten werden oder solche, die eine Richtlinienausbildung haben, keine Niederlassung bekommen, ist zu berücksichtigen, daß der „Markt“, das „Feld“ der Psychotherapie neben den Ärzten auch von den nichtpsychologischen Psychotherapeuten bestimmt werden wird. Da sollten wir uns keine Illusionen machen. Und es geht auch nicht an, daß man sagt: „Na gut, die machen schlechtere Psychotherapie!“ Das ist wettbewerbsrechtlich problematisch und wissenschaftlich nicht begründbar. Wir haben gerade eine Studie²³ laufen, an der qualifiziert ausgebildete nichtpsychologische und psychologische Psychotherapeuten als Behandler mitarbeiten, und da finden sich keine signifikanten Unterschiede. Ich meine also, daß wir eher nach dem „Konsensusmodell“ versuchen sollten, auch mit anderen akademischen Berufsgruppen, die Psychotherapie ausüben (Ärzte, Diplompädagogen, Diplomsoziologen), in Kontakt zu kommen, zumal die schulengebundenen Psychotherapieverbände und die sich jetzt abzeichnenden schulenübergreifenden Bewegungen unter diesen Psychotherapieverbänden - ich erwähne die „Schweizer Psychotherapiecharta“²⁴ genauso wie die Situation in Österreich oder hierzulande die AGPF²⁵ - ein interessantes Entwicklungspotential haben. Wo verschiedene Berufsgruppen und unterschiedliche Schulen da sind und zusammenkommen - selbst wenn es unter dem Druck der Situation von Gesetzesvorhaben oder -regelungen geschieht, daß diese Schulen in den Dialog kommen - entsteht auch die Chance, daß sie innovative schulenübergreifende Konzepte und Modelle entwickeln. Die Aufsplitterung des psychotherapeutischen Feldes muß aktiv von allen beteiligten Berufsgruppen, Schulen und Richtungen im Sinne eines Konsensusmodelles angegangen werden, weil wir nur dann diese Disziplin, diese Wissenschaft und Praxis, diese Profession, dieses Feld und diesen Markt optimal strukturieren können, und wir nur dann zu *guten, fairen Konkurrenzen* kommen, nicht zu destruktiven, und Konkurrenz - eine Binsenweisheit - belebt das Geschäft. Diese Perspektive aber muß noch überschritten werden, denn wir haben es in der Psychotherapie auch mit Populationen zu tun, mit vielen, vielen Menschen, die für frei

²³ Petzold, Märtens, Hass, Steffan 1999

²⁴ Petzold 1996c

²⁵ AGPF = Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände; vgl. Dudler, Sieper, Zimmermann 1997

finanzierte Therapien nicht in Frage kommen, weil sie kaum finanzielle Möglichkeiten haben und ihre Situation desolat ist. Konkurrenzgerangel wird hier nichts lösen können, vielleicht aber regionale Kooperationen von Psychotherapeuten gegenüber Kostenträgern und Kommunen. In Regionen wie München, Zürich, Köln, wo wir ein Überangebot von Psychotherapeuten haben, wird am besten gemeinsam darüber nachgedacht werden müssen, in welcher Weise man Hilfsmöglichkeiten *für* diese Patientengruppen und *mit ihnen* erschließt und wie man den „freien Markt“ der Selbstzahler positiv nutzen kann. Eine in Berufsgruppen und Schulenzugehörigkeiten zersplitterte Profession wird wenig Innovationskraft und Durchsetzungsvermögen für sich und die ressourcenschwachen Patienten sowie wenig Erfolg im „Markt“ der ressourcenstarken Klienten haben.

2.2. Der „split“ zwischen Theoretikern und Praktikern, Forschern und Klinikern - ein Hindernis für eine korrespondenzbasierte und evidenzbasierte Psychotherapie

Eine weitere für die Zukunft der Psychotherapie nachteilige Situation neben der der Zersplitterung in Schulen und Berufsgruppen, auf die ich hinweisen möchte, ist die Aufteilung des psychotherapeutischen Feldes in *Theoretiker* und *Praktiker*, *Forscher* und *Kliniker*²⁶. Der Bruch zwischen der universitären Forschung und Lehre und der Lehre von Psychotherapie durch Psychotherapieverbände und die von ihnen getragenen Institute, die untereinander oft in einem permanenten Gegeneinander stehen, die aber auch hin zur universitären Forschung und Lehre sich in einer konfrontativen Position oder in einer ignorierenden Position befinden - dieses Gegeneinander statt eines korrespondierenden Miteinanders ist für das ganze Feld und für unsere Profession, die Psychotherapie, schädlich. Es werden hier Dialoge stattfinden müssen, ein Austausch, der Entwicklungen, der Qualität möglich macht. Auch zwischen den beiden großen Gruppen der Praktiker, die untereinander auch nicht sehr gut verbunden sind, nämlich die in freier Praxis niedergelassenen Psychotherapeuten und jene, die in klinischen und rehabilitativen Einrichtungen sowie in Beratungsstellen arbeiten, müssen Gespräche - fachlicher und berufspolitischer Art - stattfinden. Weil diese Gruppen so unverbunden sind, können sie berufspolitisch gar nicht an einem Strang ziehen bzw. die einen ziehen gegen die anderen. Man sieht das daran, wie Übergangsregelungen gestaltet werden, wie schwierig es für Kolleginnen

²⁶ vgl. Petzold, Märtens 1999a

und Kollegen ist, die jahrelang in klinischen Einrichtungen erfolgreich arbeiten, hier eine Lücke zu finden. Die freie Wahl der Berufsausübung wird eingeschränkt, wenn ich nicht von der Klinik in die freie Praxis wechseln kann, wie das bei anderen Berufen (z.B. Anwälten) möglich ist.

Weiterhin muß die vielfache Zerspaltenheit des Feldes der Psychotherapeuten zur universitären Lehre und Forschung hin, der Hiatus zwischen Klinikern und Praxikern überdacht werden, und hier müssen Probleme konkret angegangen werden. Das geht m. E. nicht, wie es leider durch einige Professorenkolleginnen und -kollegen zum Teil geschieht, in einer undialogischen Top-down-Bewegung nach dem Motto: „Wir machen die Forschung und sagen euch, wo es langgeht!“ Dann muß man sich natürlich nicht wundern, daß die Forschungsergebnisse nicht zur Kenntnis genommen werden²⁷. Ohne die Zurkenntnisnahme und die praxeologische Umsetzung der *Evidenz* von Forschungsergebnissen wird aber die Zukunft einer *evidenzbasierten* Psychotherapie nicht so gut aussehen.

Seit dem Aufkommen der „Evidence Based Medicine“²⁸ als „Prozeß des systematischen Suchens, Bewertens und Nutzens von neuen Untersuchungsergebnissen für klinisches Handeln“²⁹ ist eine Brücke zwischen Wissenschaftlern und Praktikern begehbar, die auch für die Psychotherapie, ja für alle helfenden Berufe neue Perspektiven eröffnet³⁰. Daß dieser Zug fährt, zeigt das Entstehen von Informationslinien, Fachpublikationen wie „*Evidence-Based Mental Health*“. Weil die Forschung beständig neue und relevante Ergebnisse hervorbringt, ist für die Zukunft der Psychotherapie die permanente Nutzung dieser Ergebnisse zum Patientenwohl ein „Muß“, aus ganz ähnlichen Gründen, wie sie für die Medizin geltend gemacht wurden:

1. Wissenschaftliche Untersuchungen generieren täglich neue Fakten, die bedeutsame Veränderungen in der Patientenbehandlung nach sich ziehen.
2. Praktizierende Ärzte - und das gilt sicher auch für psychologische TherapeutInnen - bleiben meistens nicht auf der Höhe des neuen Wissen in ihren Fachgebieten, was
3. zur Folge hat, daß die Qualität der Behandlungen mit der Zeit immer weiter sinkt, und
4. Nachschulungen allein die klinische Kompetenz nicht verbessern“³¹.

Bislang war die Psychotherapie wesentlich „*opinion-based*“, gegründet auf die klinische Erfahrung und Ingeniosität von Schulengründern. Das war das überwiegende Paradigma der psychotherapeutischen Wissens- und Schulungsbildung in diesem Jahrhundert. Heute aber müssen wir mit Blick auf das kommende Zentenarium sagen: dieses Paradigma ist ausgelaufen, „*this is the end of a period*“, aber nicht, weil wir ins „age of aquarius“ („Hair“) gelangt sind. Der „body of knowledge“ der Psychotherapie und ihrer Quell- und Referenzwissenschaften ist derartig umfangreich geworden, die Notwendigkeit, „*opinions*“

²⁷ Grawe 1992

²⁸ Davidoff et al. 1995; Gray 1998; Rosenberg, Donald 1995; Sacket et al. 1996, 1997

²⁹ Evidence-Based Medicine Working Group 1992

³⁰ Crombie 1998

³¹ Sacket et al. 1997

empirisch zu verifizieren ist so unverzichtbar, daß es Schulengründungen durch Einzelpersonen, wie es seit den Zeiten von *Freud, Moreno bis Perls, Rogers und Berne* üblich war, nicht mehr möglich sind³².

Natürlich bleiben Meinungen wichtig, aber sie müssen überprüft werden, und dabei bilden sich unterschiedliche „Levels of scientific evidence“, die *Cooke* und *Sacket* wie folgt klassifizieren:

Klassifikation der Levels wissenschaftlicher Evidenz

1. Harte Evidenz beruhend auf mindestens einem systematischen Review, das verschiedene kontrollierte randomisierte Studien mit gutem Design einschließt.
2. Harte Evidenz beruhend auf mindestens einer kontrollierten randomisierten Studie angemessener Größe mit gutem Design.
3. Evidenz beruhend auf nicht-randomisierte Studien mit gutem Design, einzelne Gruppen vor-nach, Kohorten-Studie, Serien in zeitlicher Abfolge oder Fall-Kontroll-Studie.
4. Evidenz beruhend auf nicht-experimentellen Studien mit gutem Design, die von mehr als einer Forschergruppe durchgeführt wurden.
5. Meinungen respektierter Experten, beruhend auf kritischer Evidenz, deskriptive Studien oder Berichte von Expertenkomitees³³.

Aus dieser Auflistung wird deutlich, daß ein dringender Korrespondenzbedarf zwischen den Protagonisten der unterschiedlichen *levels* angesagt ist: zwischen den Vertretern verschiedener Forschungsparadigmen, Klinikern und Forschern, denn wer bestimmt, *was wie* mit welchen Ansätzen, Instrumenten, Intensitäten beforscht wird? Und wer bewertet die Bedeutsamkeit der Evidenz? Das von den Protagonisten der medizinischen EBM favorisierte Paradigma randomisierter kontrollierter Studien (die natürlich auch ihre Probleme haben)³⁴ wie es das Klassifikationsschema aufzeigt, ist nicht notwendigerweise für die Psychotherapie in gleicher Weise gültig. Es könnte sich mit diesem Paradigma ein „*evidence bias*“ einschleichen, wie er sich in der *Grawe-Übersicht*³⁵ schon zeigt, was Konsequenzen zeitigt: weil über Körperpsychotherapie oder auch zu den kleineren Psychotherapieverfahren noch wenig Studien vorliegen, fallen sie aus der Evidenz, damit aus der Anerkennung, damit aus der Möglichkeit auszubilden, aus der Möglichkeit in breiter Weise Patienten beforscht zu behandeln, um auf einer solchen Basis um Anerkennung ansuchen zu können. Sie werden damit marginalisiert und ausgetrocknet. Ein *circulus vitiosus!* Das kann nicht im Interesse der wissenschaftlichen Disziplin „Psychotherapie“ liegen und auch nicht im Interesse der PatientInnen. Darum erfordert eine evidenzbasierte Psychotherapie den Diskurs, die Ko-respondenz zwischen allen Beteiligten, Konsens über Forschungsprojekte und -linien, denn es kann nicht nur dem Forschungsinteresse einzelner Institute und Protagonisten von Richtlinienverfahren überlassen werden, was in der Psychotherapie erforscht wird. Praktiker, Kliniker und Patienten müssen Interessen anmelden können, sie müssen die Forschungsergebnisse in ihrer Wertigkeit diskutieren können - es genügt nicht eine Auswertung der Evidenzen anhand von Checklisten, so nützlich sie auch sind³⁶. Sie müssen mit den Forschern und Patienten in Ko-respondenz, d.h. Begegnung, Auseinandersetzung, Diskurs³⁷ treten, um die *evidenzbasierte Psychotherapie* durch eine *korrespondenzbasierte Psychotherapie* zu unterfangen.

³² Bandler, Farelli, Pesso u.a. können mit Blick auf die Erfordernisse für ein elaboriertes Psychotherapieverfahren kaum als Schulengründer bezeichnet werden, sondern als Protagonisten methodischer Variationen

³³ Cooke, Sacket 1996

³⁴ Krauthauser, Bassler 1997; McKay et al. 1995; Mother et al. 1998

³⁵ Grawe et al. 1994

³⁶ Petrak et al. 1999

³⁷ Petzold 1991e

Aber das ist nicht nur eine Sache der Praktiker, sondern im wesentlichen eine Sache der Forscher, denn es gibt keine Ko-respondenzforen, kaum Kontaktflächen und keine institutionalisierten Diskussionen bzw. Diskursprozesse, wo zwischen Praktikern und Forschern herausgearbeitet wird, wo vielschichtige Probleme liegen und woran Praktiker und Patienten im klinischen Bereich, und mehr noch in der freien Praxis Interesse haben, welches ihre Anliegen sind, wo man sich einigt, was für Behandlungen aus der Sicht von Forschern, Klinikern und Patienten wichtig ist und wo relevante Informationen fließen, z. B.: Was gibt es an guten Evaluationsinstrumenten, die man selber relativ schnell auswerten und die man auch in eine Praxis integrieren kann³⁸, ohne daß man - mit riesigen Fragebögen und Stapeln von Testblättern belastet - dann irgendwann resignativ aufgibt? Hier fehlt es also sehr an partnerschaftlichem Dialog ohne die akademiale Hybris von Universitätsprofessoren, der ich immer wieder begegne und die mir leider zuweilen auch einmal unterläuft, und da muß man sich revidieren. Ein weiteres: Warum wird von den Forschern das, was sie erforscht haben, so schlecht präsentiert? Man weiß doch, wie Praktiker lesen oder nicht lesen, auch wenn sie ein Psychologiestudium haben³⁹. Man weiß auch, wie Empirie im Studium oft erlebt wird. Sie wird häufig so trocken und lebensfern vermittelt, daß die Leute irgendwie abwinken und froh sind, wenn sie die „Scheine“ haben. Hinterher schaut dann kaum jemand mehr auf Texte mit Statistiken. Hier müßte es anfangen, daß man im Studium eine empiriefreundliche, *forschungsfreundliche* Kultur entwickelt, und daß später Forscher ihre Dinge so darstellen und zugänglich machen, daß der Praktiker sagt: „Ja, da hab ich was von!“ Nur so wird eine *evidenzbasierte* Psychotherapie möglich. Ich denke, in Zukunft müssen Praktiker auf Forscher zugehen und Forscher auf Praktiker, so daß es eine wechselseitige Bewegung wird und es zu einer *korrespondenzbasierten* Psychotherapie kommt. **Evidenzen ohne Ko-respondenzen bleiben ineffektiv.**

2.3 Der „Split“ zwischen TherapeutInnen und PatientInnen

Meine letzte Bemerkung zu diesen Aufspaltungen und ihren negativen Konsequenzen ist, daß in der Generierung von Forschungsfragen unsere „Kunden und Partner“, unsere Patienten, nicht einbezogen werden (vgl. jetzt *Petzold 2006n*). Neben den

³⁸ vgl. Grawe 1998; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998

³⁹ Für Mediziner liegen da konkrete Zahlen vor, Sacket et al. 1997

erwähnten Aufspaltungen des psychotherapeutischen Feldes zwischen den professionellen Gruppierungen und Untergruppierungen in Ärzte, Psychologen, Nichtpsychologen, Forscher und Praktiker haben wir noch eine Abspaltung des gesamten psychotherapeutischen Feldes zu den *Patienten* bzw. zu den *Klienten* hin. Ich halte diese Begriffe immer sehr genau auseinander: Jemanden, der mit seinem Leben überhaupt nicht mehr klar kommt, der eine schwere Symptomatik hat, der stationär oder intensiv behandelt werden muß, also massiv *Hilfe* braucht, bezeichne ich als „*Patienten*“. Jemanden, der nur eine *Hilfestellung* braucht, sonst aber einigermaßen klarkommt, den können wir „*Klient*“ nennen. Und natürlich sind diese Menschen in einem bestimmten Sektor ihres *Rollenrepertoires* auch alle „*Kunden*“ und sie sind auch, wenn der Therapieprozeß halbwegs gut läuft, „*Partner*“⁴⁰. Ich halte in der Psychotherapie von einem *einseitigen* und generalisierenden Konzept der *Kundenorientierung*⁴¹ recht wenig, vom Konzept einer „**fundierten Partnerschaft**“ (Petzold 2006n) jedoch sehr viel. Wenn wir also künftig ein *differenziertes Kundenparadigma*⁴² für die Psychotherapie aufgreifen - ich halte es durchaus für ein wichtiges Paradigma - , dann muß man aber auch sehen, daß es Menschen gibt, die zu uns kommen und in ihrer Identität, ihrem Rollenspektrum eine sehr starke, faktische Patientenrolle haben, die man nicht einfach zu „*Kunden*“ umattribuieren kann. *Niemand wird dadurch gesund*.

Wir sollten als Psychotherapeuten diese Patientenseite auch in unserer Berufspolitik sehr ernsthaft sehen und unterstützen. Denn *Patient* sein heißt auch, *Patientenrechte* zu haben. Patienten haben Rechte an die Solidargemeinschaft und diese Patientenrechte sind gesetzlich abgesichert. Wir werden noch froh sein, gerade für unsere schwerkranken Patienten, Patienten aus benachteiligten Schichten, sogenannte „*Unterschichtspatienten*“ (ich mag den Begriff nicht und verwende deswegen lieber „benachteiligte Schichten“), wir werden also noch froh sein, wenn wir auf *Patientenrechte* pochen können und werden sie, so weit es irgend geht, bewahren und sichern müssen. Ein *undifferenzierter Kundenbegriff* wird Schaden anrichten. Für die Behandlung, den Umgang, die Interaktion mit den Menschen, die zu uns kommen, ist es dann wichtig zu sehen: Was ist in ihrem Rollenrepertoire das *Patientensegment*? Wo sind sie durchaus *Klienten*, die valide ihre Umgebung strukturieren, ihr Leben strukturieren können? Wo sind sie *Kunden* im Sinne einer modernen Kundenorientierung, wo der Kunde nicht „*König*“, sondern wo der Kunde „*Partner*“ ist. Das ist eine ganz andere Ideologie, als die coole Marktorientierung für die solventen Selbstzahler. Deshalb plädiere ich für einen „*differentiellen Kundenbegriff*“ im psychotherapeutischen Kontext. Menschen, die zu uns kommen, sind angesprochen als hilfeschuchende *Patienten*, zugleich auch als ratsuchende *Klienten*. Sie sind aber auch Kunden, die eine Dienstleistung bezahlen und - wesentlich - *Partner im zwischenmenschlichen Bereich*, im Intimitätsrahmen einer psychotherapeutischen, helfenden,

⁴⁰ Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998

⁴¹ Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998

beratenden Beziehung und partnerschaftlichen Begegnung⁴³ und das darf - trotz wirtschaftlicher Realitäten und kundenbezogener Serviceleistungen - nicht technokratisch verkürzt werden, sondern ist ein zentrales, ja konstitutives Element von Psychotherapie. Dies zu bewahren ist für die Zukunft der Psychotherapie grundlegend. Ich denke, diese Abspaltung der Psychotherapeuten zum Bereich der Patienten hin, und die sind eine beachtenswerte gesellschaftliche Größe, vergibt ein großes Potential. Die undifferenzierte, generalisierende Umetikettierung der Patienten zu „Kunden“ löst strukturelle Probleme der Therapeut/PatientIn-Beziehung nicht, sondern produziert - wieder einmal - durch dieses neue Label, zu dem Patienten nicht befragt wurden, sondern das ihnen „aufgedrückt“ wird, „strukturelle Gewalt“ und fremdverfügte Identität⁴⁴. Und daran ändert auch die wohlmeinende Absicht nichts (so sie denn wirklich da ist).

In der traditionellen Psychotherapie, besonders im tiefenpsychologischen Paradigma, also im Umfeld der „Abstinenzregel“ und der „psychoanalytischen Grundregel“, nach der der Patient alles ohne Vorbehalt offenbaren soll und sogar sein „kritisches Urteil“ beiseite schieben solle, wo die Kur in der Abstinenz und der Entbehnung stattfinden solle - so Freud -, ja man da darauf achten müsse, daß der Patient nicht vorschnell von seinem Leiden entlastet werde⁴⁵ (denn das sei ja der Motor der Therapie), wird der Kundenbegriff die Aporien vertiefen, statt die Widersprüche aufzulösen. Meiner Meinung nach wurde mit Freuds - von seinen Nachfolgern nicht revidierten - Empfehlung, Leiden nicht so schnell und gut wie möglich zu beseitigen, eine Art kollektives Milgramexperiment initiiert, denn diese Empfehlung gründet auf keiner wissenschaftlich fundierten Position. Sie ist nie empirisch beforscht worden. Die Patienten wurden hierzu nie befragt⁴⁶, um Zustimmung gebeten, über „Risiken und Nebenwirkungen“ aufgeklärt. In der Verhaltenstherapie hat es ähnliche Auswüchse gegeben - ich erinnere nur an die „Behandlung“ von Homosexuellen mit elektrischen Stromstößen über den Plethysmographen oder entwürdigende Disziplinierungen von Psychiatriepatienten in *token economy* Programmen. Auch der Mittelschichtbias der Psychotherapie und die Ausgrenzung „wirklich schwieriger“ Patienten muß reflektiert und revidiert werden. Wenn Grawe und - traditionellerweise - Gestalttherapeuten⁴⁷ die verantwortliche Mitwirkung des Patienten (die natürlich einen guten Outcome mitbestimmt) so stark unterstreichen, wird dies zu einem Ausschlußkriterium und zu einer erneuten Stigmatisierung gerade für die verletzten, mißtrauischen, resignierten und oftmals durch schlechte oder iatrogene Therapie zusätzlich geschädigten schwerkranken Patienten, wo es die Aufgabe der Psychotherapie wäre, zunächst einmal Motivationsarbeit für *compliance* zu leisten. In den Forschungseinrichtungen, in denen gute Psychotherapieergebnisse generiert werden, z.B. Ambulatorien und Praxisstellen von Universitäten - ich war fast zehn Jahre lang (1980-89) an Grawes Abteilung Gastprofessor und habe über lange Zeit die Supervision in ihrer Praxisstelle durchgeführt -, finden sich diese desolaten Patienten nicht. Gerade diese aber brauchen Hilfe und belasten die öffentlichen Haushalte durch Chronifizierungen.

Derartiges sollte es für die *Zukunft in der Psychotherapie* nicht mehr geben, auch wenn gerade die „Richtlinienverfahren“, in deren Praxis die geschilderten und andere disziplinierende Strategien konzeptualisiert und angewandt wurden (und z. T. modifiziert noch angewandt werden), heute die *Richtung* angeben. Haben Patientenverbände an der Festlegung der „Richtlinien“ mitgewirkt? Natürlich nicht! Und

⁴² differenziert nach Alter, Gender, soziale Schicht, Ethnie vgl. *ibid.*

⁴³ Petzold, Orth 1999a

⁴⁴ vgl. Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998; zu einem neuen, psychotherapielevanten Identitätskonzept vgl. Müller, Petzold 1999

⁴⁵ vgl. hierzu und zu anderen parentifizierenden Freud-Positionen Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998

⁴⁶ Petzold, Orth 1999a

⁴⁷ Staemmler 1999b

das ist nicht nur ein Problem der Politiker, sondern auch der Psychotherapeuten und ihrer verbandlichen Vertretungen, denn die fehlende Mitsprache von Patientenvertretern ist schlecht für die Zukunft der Psychotherapie, die einmal einen kulturkritischen Anspruch und eine emanzipatorische Zielsetzung hatte - und eine solche steht letztlich für „**trustworthiness**“, von der zu wenig gesprochen wird, und auch für *Qualität* und *Wirtschaftlichkeit*. Wenn wir den Menschen helfen wollen, müssen wir ihnen mit einer *vertrauenswürdigen* Haltung und mit *angemessenen Mitteln* helfen.

Wir dürfen nicht auf obskurantistischen und bis heute nicht von den „communities“ revidierten Annahmen basierend sagen: „Abstinente Neutralität ist der richtige Interventionsstil, Patienten brauchen diese Entbehrung, denn das gibt eine bessere Heilung.“ Oder: Wer hat in der Verhaltenstherapie überprüft, ob *Reizexpositionen* in der Behandlung von Angststörungen oder bei PTSD nicht „**Risiken und Nebenwirkungen**“ als „Langzeitwirkungen“ haben, z. B. eine De-sensibilisierung in Richtung eines therapieinduzierten „numbing“ mit *immunsuppressiven* Begleit- oder Folgeeffekten (es spricht einiges für derartige Risiken von behavioralen Standardbehandlungsmethoden bei Angststörungen und PTSD oder neuen, m. E. in dieser Hinsicht nicht unbedenklichen Methoden wie das Kurztherapieverfahren EMDR), denn es fehlen psychophysiologische und immunologische Untersuchungen, die die potentiellen Risiken von Expositions- und Habitualisierungstechniken ausschließen. Es fehlt *Schadensforschung*.⁴⁸

Ich denke, das sind Dinge, die wir reflektieren müssen im Hinblick auf unsere Forschungen, bei Bewertungen von Behandlungen und für das Einbeziehen und die Mitsprache von Patienten. Patienten sind für die Forschung und auch in berufspolitischer Hinsicht nicht zu unterschätzende Partner. Wenn wir sie in die Partnerschaft nicht aktiv einbeziehen und stattdessen Positionen praktizieren, wo Patienten ständig unmündig gehalten werden, bleibt *Psychotherapie auch in Zukunft* eine mehr oder weniger subtile Disziplinierungsmaschinerie wie *Foucault* und *Berger* und *Luckmann*⁴⁹ es in ihren Analysen gezeigt haben. Das zeigte sich z.B. darin, daß in allen Hearings zum PTG hierzulande im Unterschied zur Schweiz *PsychotherapiepatientInnen* durch keine Patientenstiftungen oder -verbände vertreten waren, also keine eigenen Interessensvertretungen hatten und Psychotherapeuten sich in der Vergangenheit auch nicht darum gekümmert haben, daß sie solche aufbauen, weil sie das *Stigma psychisch Kranken gegenüber* in einer gewissen Weise auch mittragen und aufrecht erhalten. Es ist ja nicht von ungefähr, daß ausgerechnet bei der Psychotherapie, wo doch die geistig-seelische Gesundheit eines Volkes als eines der höchsten Güter angesehen werden muß, mit den Kürzungen, Einsparungen, Zuzahlungen begonnen werden sollte. Das müssen wir uns, so denke ich, als

⁴⁸ Märtens, Petzold 1999

⁴⁹ Berger, Luckmann 1970; Foucault 1978, 1989

Psychotherapeuten und Psychologen anschauen - auch die Rolle, die unsere schlechte und zerstrittene berufs- und gesundheitspolitische Praxis hier gespielt hat! Wenn wir Compliance haben wollen, meine ich, müßten wir für die *Zukunft der Psychotherapie* unseren Patienten gegenüber völlig andere Formen des Umgangs und der Mitwirkung entwickeln. Die rigide Verrechtlichung der Psychotherapie und ihre Folgen werden uns dazu zwingen, und auch die *Richtlinienverfahren* werden daran noch bitter leiden.

Es gibt natürlich auch durchaus nützliche Aspekte für die Zukunft zur Sicherung von Patientenrechten: Bei jeder Behandlung muß der Arzt - jetzt auch der Psychotherapeut - den Patienten auf „Risiken und Nebenwirkungen“ aufmerksam machen. Und er muß ihm - nicht nur auf Anfrage - die Modalitäten der Therapie erklären, z. B. wie Psychotherapie wirkt. Es mögen sich einmal die den humanistischen und tiefenpsychologischen „Schulen“ angehörenden TherapeutInnen fragen, ob sie ihren Patienten wirklich rechtsrelevant erklären können, *wie* Psychotherapie wirkt und ob sie Möglichkeiten haben, über „Risiken und Nebenwirkungen“ wie z.B. Suizidalität, depressive Einbrüche oder die Möglichkeit des Auftretens somatoformer Störungen oder Psychosen so zu informieren, wie man das bei „Patienten“ im medizinischen Bereich tun müßte und wie wir es eigentlich jetzt schon in der Psychotherapie tun müssen. Denn kommt es zu einem Prozeß, wird vorgängige Rechtssprechung aus dem ärztlichen Bereich hier als rechtsbildend herangezogen. Die amerikanischen Verhältnisse sind bekannt. Die Zwangsehe mit der Medizin, die ja vielen erstrebenswert war, verschärft diese Situation. Sie schien aus der Angst, kein Gesetz zu bekommen (obwohl die umliegenden EG-Länder Gesetze für psychologische Psychotherapeuten haben und man auf die rechtlichen Harmonisierungen warten könnte), geboren und ist letztlich nicht im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten und ihrer Patienten⁵⁰.

Ich denke, es ist auch eine Sache der Psychotherapeuten, daß sie keine Foren für den Diskurs mit ihren Patienten bzw. Ex-Patienten haben. Und wir könnten, wenn wir sie als Kunden, Partner, Mitarbeiter betrachten (was wir ja natürlich in der Theorie tun, aber in der Praxis konterkarieren), dieses große gesellschaftliche Potential auch nutzen, indem wir mit Patienten partnerschaftlich kooperieren, Menschen ermutigen, für ihre eigenen Belange, z. B. Patientenrechte, optimale Therapiebedingungen, einzutreten auf der Ebene von Patientenverbänden, die mit Therapeutenverbänden zusammen arbeiten. Gelänge dies - denn wir haben gemeinsame Anliegen - könnten wir eine andere Zukunft von Psychotherapie haben.

Es heißt, man solle „*Kunden*“ über das Produkt, und da stimme ich vollauf zu, informieren: was es leistet, was es wert ist, was man mit ihm machen, mit ihm gewinnen kann, welche Schwächen und Risiken es hat. „Patienten“ müssen wir über dies alles informieren! Hoffentlich erfolgt dies nicht als lästige Pflichtübung, sondern so, daß Menschen durch ein *Empowerment*⁵¹, welches sie nicht in der Ignoranz hält, auch zunehmend in die Lage versetzt werden, für ihre Belange im Gesundheitssystem und

⁵⁰ vgl. Köthke et al. 1999; Geuter 1999

⁵¹ Petzold, Orth, Sieper 1995b

für eine menschengerechte, effektive Psychotherapie einzutreten (zu normativem empowerment vgl. *Petzold, Regner* 2006). Das Patientenurteil und der Patientenwille müssen letztlich bestimmen oder doch gewichtig mitbestimmen, was als gut, sinnvoll und wirksam anzusehen ist und welche Therapiemethoden einbezogen werden sollen - nicht nur die Therapieforscher und die Funktionäre von Therapieschulen und Therapeutenverbänden.

3. Zerstrittene „Schulen“ und „Grundorientierungen“ und die Fragen nach der alleinseligmachenden Methode oder der Territorialmacht

Neben Aufspaltung des psychotherapeutischen Feldes quer durch die Berufsgruppen, neben der Unverbundenheit zwischen der „community of professionals“ und der „community of patients/clients“ wiegt die Zersplitterung in sich bekämpfende oder abwertende psychotherapeutische Schulen⁵² ohne hinreichenden, schulenübergreifenden gemeinsamen Fundus schwer. Die *Psychotherapie ist als Nachfolgerin der Seelsorge*⁵³ - und das ist historisch in keiner Weise aufgearbeitet worden - mit der Hypothek ekklesialer Territorialkämpfe belastet, insbesondere die Psychoanalyse und die tiefenpsychologischen Schulen. Obwohl *Max Graf* schon relativ früh die Parallelen zu innerkirchlichen Glaubenskämpfen aufzeigte⁵⁴, als *Freud* „Adler und seine Bande“ verbannt hatte, und den „brutalen und heren *Jung*“ oder „*Steckel*, das Schwein“ - so *Freuds* Äußerungen - ausgrenzte⁵⁵, haben diese dogmatischen Kämpfe um die „rechte Lehre“, die im psychotherapeutischen Feld von Anfang an tobten, bis heute nicht aufgehört - dies ist nicht zu verwechseln mit diskursiven Auseinandersetzungen (sensu *Habermas*), wo das bessere Argument zählt und mit Korrespondenzen, wo es zu „respektvollem Dissens“ kommt⁵⁶.

⁵² Norcross 1995

⁵³ Petzold, Orth 1999a

⁵⁴ Graf 1942

⁵⁵ Gay 1989

⁵⁶ Petzold 1991e; Staemmler 1999b; *Staemmler* erkennt meine *engagierten* Beiträge in meiner Kritik der Gestalttherapie, ihrer *im Kern* ahistorischen Position (die auch durch das Fehlen einer Entwicklungspsychologie bestätigt wird), auch wenn sich *periphere* Äußerungen anderer Art finden, ihre *grundsätzlich* unhermeneutische Orientierung, auch wenn sich *okkasionelle* Hinweise auf „Verstehen“ finden (*Staemmler* 1999a; *Petzold* 1999o). Die Gestalttherapie wird sich mit den von mir kritisierten Punkten vertieft auseinandersetzen müssen, wenn sie als klinisches Verfahren weiterkommen will. *Staemmler* (loc.cit.) mißinterpretiert meine streitbaren Repliken (*Petzold* 1998f) auf Unterstellungen (*Buchholtz* 1988) - man kann nicht nicht alles stehen lassen, man muß auch Kritik üben (*Petzold, Orth* 1999) -, aber es ist wichtig, daß man seine Motive offenlegt, in den Sache seriös argumentiert, sich um eine „diskursive Kultur“ bemüht (*Petzold* 1997l) und bereit ist, sich zu revidieren. *Staemmler*, der sich erfreulicherweise in vielerlei Hinsicht um eine Öffnung des gestalttherapeutischen Diskurses bemüht, erkennt auch *Graves* Intentionen, wenn er bei seinem Ansatz von „déjà vu“ spricht. Die Intention integrativer Ansätze, ihre

Und das ist nicht reflektiert worden. So geht die wechselseitige Stigmatisierung weiter: die andere Gruppe habe den falschen Therapieansatz/Glauben, die andere Fraktion habe die falsche Methode, man selbst aber die richtige, die Positionen der anderen Schulen seien beim jetzigen Stand der Forschung einfach nicht mehr zu halten. Auch wenn dies wahr ist und benannt werden muß, verfängt das gute Argument nicht mehr, wenn vertreten wird, die eigene Richtung sei "das einzig Wahre" usw. usw... Dies hat das bundesdeutsche Gesetzgebungsverfahren mit seinen unschönen Begleiterscheinungen⁵⁷ gezeigt. Ich finde es bedrückend, daß bestimmte Tiefenpsychologen als psychologische Psychotherapeuten und auch ärztliche Psychotherapeuten z.B. als Psychoanalytiker in massiver Ausblendung der Ergebnisse der Sozialpsychologie, der klinischen Psychologie und der Allgemeinpsychologie oder auch in Ignoranz oder Ignorierenwollen diskursanalytischer (*Foucault*) oder dekonstruktivistischer (*Derrida*) historischer Reflexionen⁵⁸, diese ganze Prozedur mit den „Richtlinienverfahren“ mitgemacht haben. Wofür haben wir sozialpsychologisches Wissen und Forschung, die genau diese Phänomene der Minderheiten- und Großgruppenbildung, der Sicherung von Herrschaftsstrukturen, der Stigmatisierung und Ausgrenzung, der kollektiven Kognitionen untersucht haben - vgl. *Serge Moscovici* (bei dem ich Sozialpsychologie hörte) mit seiner bahnbrechenden Untersuchung zum Bild der Psychoanalyse in der Öffentlichkeit⁵⁹ sowie seine Minderheitenforschung⁶⁰ -, wenn man hier zwei durch Anciennität und die spezifisch deutsche Situation *saliente* Verfahren arbiträr bevorzugt? Wir haben das in anderen Ländern in dieser Prononciertheit nicht - in den Vereinigten Staaten nicht, den Niederlanden, in Italien, Österreich nicht - daß zwei bzw. drei „Richtlinienverfahren“ durch ihre Funktionäre einen solchen alleinseligmachenden Anspruch erheben können, und dabei gab bislang zumindest ein ärztlich dominiertes Richtlinienverfahren - die Psychoanalyse - den Ton an. Bei den „Richtlinientherapien“ in ihrer konkreten Anwendung *unter Richtlinienbedingungen in der Praxis* wird mit fiktiven Ansprüchen einer besonderen Qualität und mit behaupteten Qualitätssicherungsstandards operiert, für deren *reale Effektivität* ein solider empirischer Nachweis bislang nicht erbracht wurde und die

Innovation besteht wesentlich in der *Zusammenschau* von Vorhandenem. So sehe auch ich einen Teil meiner Arbeiten. *Staemmler* stellt - ähnlich wie *Dornes* - m.E. Grundpositionen seines Verfahrens nicht ausreichend in Frage, sondern erweitert sie konzeptdyston (z.B. Gestalttherapie um die Hermeneutik, *Staemmler* 1999a).

⁵⁷ ...und die noch unschöneren Fortsetzungen - ich denke da an den Zwangskonvertitenunterricht der „Nachqualifizierung“ und den z.T. entmündigenden Zulassungsprozeß.

⁵⁸ Mazumdar 1998

⁵⁹ Moscovici 1961, 1976; Stroebe et al. 1996

⁶⁰ Moscovici 1979

wahrscheinlich einer solchen Überprüfung wohl auch nicht standhalten würden. Es ist ja so, daß im verhaltenstherapeutischen Bereich ein großer Teil der Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit *eben nicht* in der freien Praxis erhoben wurde, für die sie aber nun in Anspruch genommen werden, sondern in spezifischen universitären bzw. klinischen Forschungssituationen, so daß diese Ergebnisse nicht einfach auf die freie Praxis unter Richtlinienmodalitäten übertragbar sind, in der bekanntermaßen psychoanalytische Kurzzeittherapeuten und Verhaltenstherapeuten reichlich von Gestalttherapie und vielen anderen humanistisch-psychologischen Methoden Gebrauch machen⁶¹. Den Mangel an Ergebnissen zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Standardmethode der Langzeittherapie⁶² kennen wir alle, und auch die forschungsmethodischen Probleme, die dabei eine Rolle spielen. Die Verfahren, die in der Psychoanalyse empirisch nachgewiesen wirksam sind, sind mittelfristige Formate und Kurzzeitansätze⁶³, die praxeologisch reichlich durchsetzt sind mit Elementen der humanistischen Psychologie, den erlebnisaktivierenden Methoden, wie sie etwa aus dem Gestaltbereich, dem Focusing oder dem szenischen Ansatz des Psychodramas sowie „systemischen“ Konzepten kommen.

Man kann durchaus historisch rekonstruieren, wie diese Dinge in die Behandlungsinstrumentarien dieser neueren Psychoanalyse hereingekommen sind. Dennoch wird - trotz breiter Polemik in der Psychoanalyse gegen „positivistische Wissenschaftskriterien“ (z. B. in der Grawe-Debatte, und nicht nur dort) und trotz des mageren Outcomes für die Standardmethode unter Anlegung dieser Forschungskriterien, die vielleicht wirklich nicht das „Maß der Dinge“ sind, für die berufspolitische bzw. standespolitische Argumentation auf eine nicht gerade breite und überzeugende Basis von Studien zu Spezialverfahren bzw. zu Teilverfahren der Psychoanalyse Bezug genommen, die in keiner Weise repräsentativ sind. Und wenn man dann in die Psychotherapieforschung ein bißchen genauer hereinschaut, kommt es zu Fragen über Fragen⁶⁴. Für mich ist es ein Rätsel, wie wir als Psychologen mit unserem Fundus methodenbewußten Forschungswissens es zulassen konnten, daß Funktionäre von Therapierichtungen und Interessengruppen mit „Forschungsergebnissen“ politisch so agiert haben, Daten, die nichts als „Zwischenergebnisse“ einer sich rasant entwickelnden Psychotherapieforschung sind, die zur Zeit der Publikation des *Meyer/Grawe-Gutachtens* [1991] schon wieder in Bewegung waren und die fachliche Auseinandersetzungen zwischen Schulen, die im wissenschaftlichen Diskurs erst gerade andiskutiert sind, derart politisiert werden konnten. Es geht ja gar nicht nur um die Problematik von Metaanalysen, die einseitig hochgespielt wurde, es geht um Studien zur „Passung“, zu Patienten-, Therapeuten- und Settingvariablen und die *völlig vernachlässigten Genderfragen*⁶⁵. Es gibt eben Therapeuten, die arbeiten gut und andere, die arbeiten schlecht, ganz unabhängig von Schulenzugehörigkeit und Methodenwahl.

⁶¹ Thomas, Schmitz 1993; Geuter 1999

⁶² Sandell et al. 1999

⁶³ Strupp, Binder 1991

⁶⁴ Petzold, Märtens 1999a

⁶⁵ vgl. Petzold 1998h; Benhabib 1999

Wirklich solide Aussagen über „besser und schlechter“ sind noch nicht möglich. Das Verkünden endgültiger Wahrheiten ist „unseriöses Jahrmarktgeschrei“, und obgleich seriöse psychoanalytische Psychotherapieforscher dies immer wieder betont haben⁶⁶ und das also auch für die Psychoanalyse gilt, verkaufen ihre berufspolitischen Funktionäre sie als überlegenes Verfahren.

Die frühe Psychotherapieforschung war fast exklusiv auf die Schulen bzw. auf die Methoden orientiert. Heute stehen ganz andere Fragen im Vordergrund, wie z. B. störungsbildspezifische Behandlungen⁶⁷. Dennoch wurde und wird im berufspolitischen Feld die methodenorientierte Forschung als Argument, als Pseudoargument, zur Legitimierung der Richtlinienverfahren eingesetzt, um einen für die *Zukunft der Psychotherapie verhängnisvollen Kahlschlag*⁶⁸ einer sinnvollen und für die Innovation notwendigen Methodenvielfalt⁶⁹ - ich spreche nicht vom „Psychoboom“⁷⁰ - zuzulassen. Die ganze Frage der *Passung* zwischen Patient und Therapeut, die unabhängig von den Methoden ist, die Frage der *Patientenvariable*, die unabhängig von der Methode ist, wird ausgeblendet und natürlich die Frage der *Therapeutenvariable*, die nicht ganz unabhängig von der Methode zu sein scheint (Suchen Therapeuten sich Verfahren, deren Orientierungen bzw. Einseitigkeiten mit Einseitigkeiten der eigenen Persönlichkeit korrelieren⁷¹? Es spricht einiges dafür.) Das alles weiß man, man weiß, daß die Verhaltenstherapie eine äußerst heterogene theoretische Basis hat und eine genauso heterogene Praxeologie (Warum auch nicht?), daß in der Psychoanalyse beständig und zu Recht von der „Krise der Theorie“ gesprochen wird und das Verfahren in sehr vielen Bereichen nicht auf dem Stand aktueller psychologischer Wissenschaft ist, sich aber auch beständig modernisiert⁷² und in anderen Bereichen wichtige Beiträge zur Psychotherapie leistet. Was ist „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“? Das Standardwerk von Wyss⁷³ beantwortet diese Fragen nicht. Ein empirisch abgesichertes oder theoretisch einigermaßen *konsistentes* Verfahren oder eine Gruppierung von Verfahren ist da nirgends zu finden. Das Konzept der „Tiefenpsychologie“ als **Umbrella-Bezeichnung** für die vielfältigen Psychoanalyseabkömmlinge im psychotherapeutischen Feld ist bis heute relativ nebulös geblieben und bedürfte, um wirklich fruchtbar zu werden, einer Präzisierung durch eine übergreifende Bewußtseinstheorie (d.h. Theorie bewußter und unbewußter

⁶⁶ Tschuschke, Heckroth, Tress 1997

⁶⁷ Grawe 1998; Jacobi, Poldrack 2000

⁶⁸ Petzold 1992o; 1998j

⁶⁹ Petzold, Orth 1997c

⁷⁰ Bach, Molter 1976

⁷¹ Clever, Rechten 1991

⁷² Leuzinger-Bohleber et al. 1998; Leuzinger-Bohleber, Pfeifer 1998

Prozesse)⁷⁴, die Anschluß an die modernen Neurowissenschaften⁷⁵ bietet und eine differenzierte therapierelevante Hermeneutiktheorie⁷⁶, die die philosophische Hermeneutik (*Schleiermacher, Dilthey, Gadamer*) sozialwissenschaftlich und klinisch unterfängt (*Ricoeur, Lorenzer, Habermas*)⁷⁷ und mit Rückgriff auf die empirische und *klinische Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*⁷⁸ eine „narrative Kultur“⁷⁹ des Umgangs mit der eigenen Lebensgeschichte und der aktiven Gestaltung eigener Lebensentwürfe in den relevanten sozialen Netzwerken⁸⁰ und Interpretationsgemeinschaften (social worlds)⁸¹ entwickelt. Eine dieserart **ernüchtere und präzisierte Tiefenpsychologie**, die Anschluß an den Fundus der „allgemeinen Psychologie“ gefunden hat und ihrerseits zu ihr beiträgt, ist durchaus als ein *wünschenswerter* methodenverbindender, integrativer Ansatz zu sehen, wie er sehr profiliert von *Dieter Wyss* in seinem monumentalen Gesamtwerk zu einer *integrativen anthropologischen Psychotherapie* entwickelt wurde⁸², wie ihn jetzt in beeindruckender Weise *Deneke*⁸³ vorgelegt hat und wie er auch für meinen Ansatz einer *integrativen, entwicklungsorientierten Psychotherapie*⁸⁴ angenommen werden kann, auch wenn er *behaviorale* und *systemische* Komponenten integriert. Die genannten Ansätze versuchen in ihrer Weise den tiefenpsychologischen Diskurs zu präzisieren, wobei sie ihn auch immer wieder überschreiten. Trotz des wissenschaftstheoretisch, wissenschaftlich und klinisch bisher völlig ungeklärten Status der „tiefenpsychologischen Orientierung“ erscheint sie derzeit als ein *de facto* von Psychoanalytikern dominiertes „drittes“ Richtlinienverfahren, nicht zu reden von dem weitgehenden Fehlen empirischer Wirksamkeitsnachweise. Es wäre dagegen nichts zu sagen, wenn man hier im Sinne der Offenheit für Entwicklungen von einem „Verfahren in Entwicklung“ sprechen würde und anderen Verfahren einen ähnlichen bzw. den selben Status zubilligen würde.

⁷³ Wyss 1977

⁷⁴ vgl. Petzold 1988a,b; Mentzinger 1994;

⁷⁵ vgl. Perrig et al. 1993; Kandel et al. 1996

⁷⁶ vgl. Petzold 1988a; 1998b, 125ff, 153ff; Petzold, Orth 1999, 110ff

⁷⁷ Rutter 1988; Petzold 1991a,o; Oerter et al. 1999

⁷⁸ Oerter et al. 1999; Petzold 1994j; 1992d; Staemmler 1998; Rutter 1988; Osten 1999

⁷⁹ Petzold, Petzold 1991b; Petzold 1999k

⁸⁰ Laireiter 1993; Hass, Petzold 1999

⁸¹ Petzold 1999o

⁸² Wyss 1982

⁸³ Deneke 1998

⁸⁴ Petzold 1991a; 1992a; 1993a

Bei all diesen geltend zu machenden kritischen Vorbehalten hat man es in der deutschen „professional community“ der Psychotherapeuten, klinischen Psychologen und Psychiater zugelassen, daß zwei bzw. drei *Richtlinienverfahren*, die sich im medizinischen Bereich etablieren konnten, auch weiter die *Richtung* angeben können und die systemischen, humanistischen, integrativen, körperorientierten, entwicklungsorientierten Verfahren ausgrenzen, Ansätze, die theoretisch und methodisch keineswegs schlechter dastehen - sicher nicht schlechter als die Ideologeme der meisten „tiefenpsychologischen Schulen“. Das ist nicht gut für die Zukunft der Psychotherapie. Ich denke, daß wir als Psychologen unser allgemeinspsychologisches Wissen und unser forschungsmethodisches Wissen ernst nehmen und sagen müssen: „So geht das nicht!“ Ich meine, daß darüber auch ein Konsens erfolgen müßte. Denn was hat diese Politik der berufspolitisch aktiven psychoanalytischen Funktionäre (die auch die „tiefenpsychologischen“ steuern) und die ich hier im *Engagement* für die Psychotherapie angreifen muß, für die Psychologie und Psychotherapie gebracht⁸⁵, diese Politik der Hegemonialansprüche und Ausgrenzungen, wie sie sie in den letzten Jahren (und eigentlich schon immer)⁸⁶ betrieben haben? Ich habe in einigen dieser Gremien gesessen und ich fand es teilweise katastrophal, wie diese etablierten Gruppen unter Führung von gewissen Standes- und SchulenvertreterInnen - ich stigmatisiere damit nicht die Psychoanalyse, sondern attackiere gewisse psychoanalytische Funktionäre! - zum *Nachteil ihrer/unserer psychologischen Profession* agiert haben. Das muß benannt werden! Dreimal wurden Anträge der GWG unter psychoanalytischer Ägide abgelehnt⁸⁷!

Wir müssen kritisch reflektieren, wie dieser berufspolitische Weg in den letzten 20 Jahren gelaufen ist. Was hat uns das Fehlen eines wirklich guten, diskursiven, nicht ausgrenzenden Konsensusmodells eingebracht? Ich finde, wenn wir diesen Fragen nicht nachgehen und mit ihnen weiterkommen, werden auch in *Zukunft* die Schulendogmatik und Methodenhermetik, die Eigenbröteleien der therapeutischen schulengebundenen Glaubenssysteme noch weiterwirken. Davon bin ich überzeugt. 100 Jahre Tradition des Schulensstreits läßt man nicht so einfach und ohne systematische Aufarbeitung hinter sich. Ich bin hier nicht sehr optimistisch, denn Menschen haben eine Tendenz zur *Territorialität*. Die Arbeiten von *Gniech*⁸⁸ aus Bremen zeigen: Sie haben auch eine Tendenz, „kognitive Territorien“ und Machtbereiche abzustecken und zu verteidigen. Sie haben weiterhin ein hohes Identifikationsbedürfnis⁸⁹, was zur Ausbildung und Persistenz von „Schulen“ führt, und ich denke, das wird man nicht ignorieren können. Für mich wäre ein Weg für die Zukunft der Psychotherapie eher der, daß die „Schulen“ weniger territorialstrategisch agieren und integrativer werden. Sie müssen auch in der Konfrontation mit den Forschungsergebnissen der Psychologie, Sozial- und Neurowissenschaften integrativer werden. Man schaue sich einfach einmal Konzepte wie „Primärprozeß und Sekundärprozeß“ oder „Unbewußtes“ im Lichte der Neurowissenschaften und der kognitiven Psychologie an oder der Emotionspsychologie und der

⁸⁵ Geuter 1999

⁸⁶ Castel 1973;

⁸⁷ Die vierte Ablehnung im November 1999 durch den „Wissenschaftlichen Beirat“ erfolgte dann ironischerweise unter der Ägide des behavioralen Richtlinienverfahrens.

⁸⁸ Gniech 1983

⁸⁹ Hernegger 1978

Gedächtnisforschung. Das sind doch Konzepte, die in ihrer traditionellen Form nicht mehr tragen. Die Psychoanalyse wird sich um der Psychoanalyse willen hier neuen Paradigmata öffnen müssen, genauso wie die Verhaltenstherapie die immer noch wirksamen atomistischen Konzeptualisierungen - etwa in Richtung eines systemischen Paradigmas - überwinden muß. Die Richtlinienverfahren müßten die Ergebnisse der longitudinalen und klinischen Entwicklungspsychologie integrieren⁹⁰! Denn nur sie läßt ein fundiertes Verständnis der *Salutogenese*⁹¹ und der *Pathogenese* in der Dialektik von Schutz-, Resilienz- und Risikofaktoren⁹² zu - hier sind Nicht-Richtlinienverfahren weiter! Es ist ja nicht nur so, daß die Babyforschung⁹³, die Kleinkindforschung und die Longitudinalforschung⁹⁴ dem *einseitigen* Konzept „früher Störungen“ die Basis entzieht und so die Krankheitslehre der traditionellen Psychoanalyse erschüttert, sie zeigt auch das verkürzte Verständnis von menschlicher Entwicklung in der Verhaltenstherapie auf, die sich bislang mit entwicklungspsychologischen Fragen kaum auseinandergesetzt hat⁹⁵ - und Gesundheit bzw. Krankheit sind Entwicklungsprozesse. Es geht mir nicht darum, die Richtlinienverfahren als solche zu diskreditieren - sie haben Stärken, aber auch Schwächen - sondern darum, exemplarisch aufzuzeigen, daß diese Verfahren (was ihre Vertreter wissen sollten) keineswegs auf einem besseren Stand sind als viele Nicht-Richtlinienverfahren und daß wir das Wissen und die Methodik, die Erfahrung und „clinical wisdom“ aller fundierten und innovativen Therapierichtungen für eine *gute Zukunft der Psychotherapie* und für die *Psychotherapie der Zukunft* brauchen. Es ist durchaus so, daß in allen großen Therapieschulen, nicht nur in den tiefenpsychologischen, sondern auch in den sogenannten humanistisch-psychologischen Methoden, sich sehr viele Obskurantismen finden⁹⁶, mit denen man diese Richtungen konfrontieren muß⁹⁷. Und auch der behaviorale Diskurs wird sich mit seinen Technizismen und anthropologischen Verkürzungen auseinandersetzen müssen, wie dies vereinzelt schon geschieht⁹⁸. Dann wird es vielleicht zum übergreifenden Konsens zwischen dem einen oder dem anderen Paradigma kommen, zu gemeinsamem Boden, und es wird noch genügend an Eigenständigkeit und Originalität in den „Schulen“ verbleiben. Diese Eigenständigkeit birgt leider auch das

⁹⁰ Oerter et al. 1999; Petzold 1993c; 1994j

⁹¹ Antonovsky 1987; Schüffel et al. 1998; Petzold, Goffin, Oudhof 1993

⁹² Petzold et al. 1993; Petzold 1995a,b

⁹³ Petzold 1994j; Dornes 1993

⁹⁴ Rutter 1988; Schrootz 1993

⁹⁵ Grawe 1998 konzidiert das ausdrücklich in seinem Schlußkapitel

⁹⁶ Petzold, Orth 1999a

⁹⁷ Goldner 1997; Köthke et al. 1999; Sponsel 1995

Potential zur *disunity*, zum wechselseitigen Bekämpfen, zur Etablierung von Privilegien, zur Territorialmacht und Ausgrenzung. Dieses Negativpotential würde eigentlich nur durch einen *konstruktiven Diskurs miteinander*, durch *Ko-respondenzprozesse*⁹⁹ in Bann gehalten, einem Diskurs, der Schulen nicht stigmatisiert oder völlig ausgrenzt oder Fronten zwischen Berufsgruppen aufrichtet. Man sehe auf die un gute Diskussion, die in der Schweiz zwischen den akademischen Psychologen und dem nichtpsychologischen Psychotherapeuten der Schweizer Psychotherapiecharta abgelaufen ist und die Entwicklungen ziemlich blockiert. Die Gewinner sind die Krankenkassen. Die beiden Verbände SPV und FSP streiten sich, und die Kassen machen ein Moratorium. Auseinandersetzungen dieser Art sind nicht fruchtbar, sondern wir müssen die Probleme „lösungsorientiert“ angehen, um dieses modische Schlagwort hier zu verwenden und schauen, wie wir miteinander „Bremsen im Kopf“ überwinden können. Das geht nicht, indem man einfach gewachsene Strukturen - wie z. B. *Therapieschulen*, die auch mir nicht sonderlich gefallen, denn ich bin kein Freund von Schulendogmatismus, das weiß man von meinen Veröffentlichungen her - wenn man also gewachsene Strukturen übergeht¹⁰⁰.

Ich habe ja sehr früh in meiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit begonnen, psychotherapeutische Wissensbestände und Praxeologien zu verbinden, denn ***Konnektivierung ist das wesentlichste Moment von Integration***, nicht etwa die Assimilation von Verfahren¹⁰¹. Und auf diesem Boden habe ich versucht, integrative Konzepte zu entwickeln¹⁰² - das *Navigieren*¹⁰³ in Wissensräumen ist wichtiger als das Festhalten an monolithen Diskursen -, und hier sehe ich auch die Zukunft¹⁰⁴. Aber man wird über die großen Bewegungen der *Therapieschulen*, in denen Menschen sozialisiert worden sind, in die sie Gefühle investieren, nicht einfach hinweggehen können. Wenn konservative Strömungen in den Schulen Entwicklungen bremsen, sind die „Bremsen“ nicht nur kognitiver Art, sondern haben ihren Sitz im limbischen System, und dessen basale emotionale Prozesse sind bekanntlich gar nicht so leicht zu

⁹⁸ Wagner, Becker 1999; Wagner 1999

⁹⁹ Petzold 1991e

¹⁰⁰ So positiv ich auch *Klaus Grawes* (1998) Ansatz gegenüberstehe, so teile ich nicht seine Position, die Arbeit der traditionellen Schulen als obsolet anzusehen, man muß sie vielmehr gründlich sichten auf Brauchbares und Überholtes.

¹⁰¹ vgl. Petzold 1998f

¹⁰² Petzold 1965; 1974j; 1992a

¹⁰³ Müller, Petzold 1998; Petzold, Ebert, Sieper 1999

¹⁰⁴ Castonguay, Golfried 1997; Sponsel 1995; Märtens, Petzold 1995a,b

modifizieren¹⁰⁵. Also müßten wir schauen, wie eine kooperative Plattform zwischen den Schulen herzustellen ist, die Feindbilder und Territorialkämpfe vermeidet. Die Zukunft der Psychotherapie in diesem Land wird sicherlich wesentlich davon abhängen, ob dies gelingt, denn wenn es Sieger und Besiegte gibt, ist dies für eine beziehungsorientierte *Profession* wie die Psychotherapie fatal, weil dadurch Entwicklungen und Integrationsbemühungen blockiert werden.

4. Überwindung von Dualismen, Integrationsbemühungen, Konnektivierungen - Wege zu einer Humantherapie auf humanwissenschaftlicher Grundlage

Wenn man *Psychotherapie* und *Psychologie* begrifflich betrachtet, und damit komme ich zu einem weiteren Punkt, dann fällt natürlich mit den Begriffen, dem „psycho“ in den Komposita sofort das Problem dualistischer Konzeptualisierung ins Auge, die Körper/Seele-Spaltung, das „body mind problem“. Die „Humanistische Psychologie“¹⁰⁶ hatte seinerzeit ihre Forderung nach einer „ganzheitlichen“ Sicht des Menschen gegen den anthropologischen Reduktionismus der damaligen akademischen Psychologie in den USA erhoben, aber sie griff mit ihrem Programm zu kurz – etwa mit der völligen Vernachlässigung des *body/brain-mind problems* der philosophisch wie neurowissenschaftlich unbedarften Bewußtseinskonzeption¹⁰⁷ (es sei nur auf das um die „consciousness“ verkürzte „Awareness-Konzept“ der Gestalttherapie verwiesen). Nach *Rogers*, ihrem letzten renommierten Vertreter, ist sie in die Bedeutungslosigkeit gefallen, oder ihre Adepten sind in die „transpersonale Psychologie“ (whatever that may be) abgedriftet¹⁰⁸. Das ist bedauerlich, weil eine ganzheitliche und differentielle Sicht des Menschen mit seinem Kontext/Kontinuum als die Entwicklung zu sehen ist, in die die Psychologie mit ihren modernen Teildisziplinen geht – die *ökologische Psychologie*, mit ihren Ausfaltungen zu einem „dynamic systems“ Ansatz¹⁰⁹, die *evolutionäre*

¹⁰⁵ Hüther, Adler, Rüther 1999; Nathan et al. 1995; Le Doux 1992; Aggleton 1992

¹⁰⁶ Quittmann 1985

¹⁰⁷ Vgl. Menzinger 1994; Petzold 1991a, 153-232

¹⁰⁸ Zundel, Fittkau 1989; zu kritischen Fragen vgl. Petzold, Orth 1999

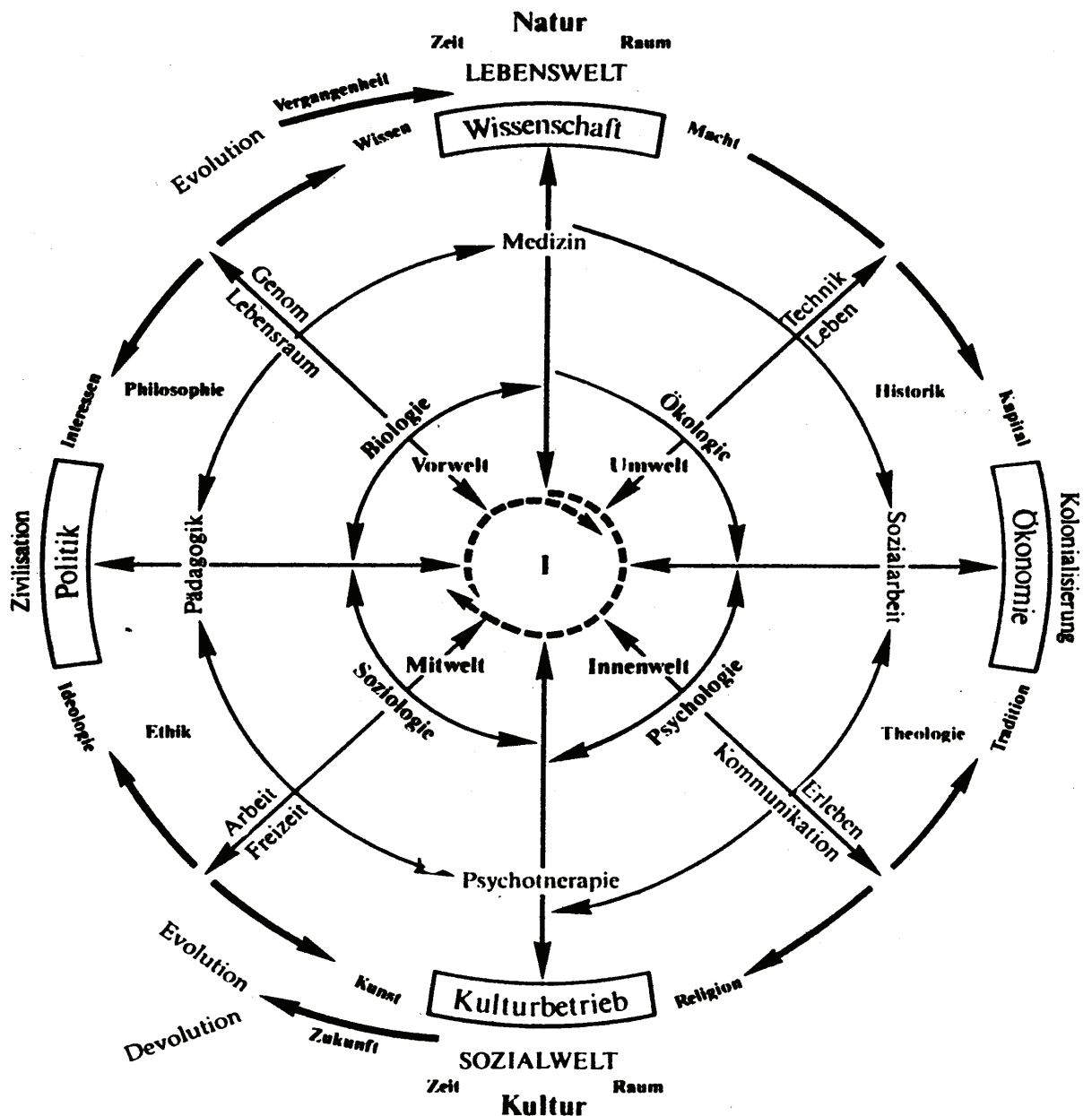


Abb.: Das Individuum und seine Welt – die Sicht der Integrativen Therapie
(revidiertes Diagramm nach Petzold 1968a aus Petzold 1992a, 478)

*Psychologie*¹¹⁰, die besonders für die Entwicklungspsychologie Bedeutung hat¹¹¹, die *Psychobiologie*, die *Neuropsychologie*¹¹². Hier liegen die bedeutenden Entwicklungen

¹⁰⁹ Gibson 1979; Vallacher, Nowak 1994; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994

¹¹⁰ McFarland 1999; Richardson 1998; Barkow 1992; Petzold 1986h

¹¹¹ Butterworth 1985; Chasiotis 1999; Petzold 1994j

der Zukunft in der Psychologie, die auch für die Psychotherapie zentrale Erkenntnisse bieten werden, so lange durch die gewichtigen Akzente, die moderne Sozialpsychologie und Soziologie, d.h. die Sozialwissenschaften setzen, einem verkürzenden Biologismus gesteuert wird. Die verschiedenen Orientierungen gehören ja zusammen, wenn man das „*Individuum und seine Welt*“ verstehen will, und darum ist es Psychologen von *Wilhelm Wundt* über *Kurt Lewin* bis *Hans Thomae*¹¹³ gegangen. Und das war immer auch mein Anliegen: den Menschen in seinem Lebenszusammenhang zu verstehen, wie die nachstehende, 1968 konzipierte Graphik zeigt:

Psychologie, in einem solchen Kontext gesehen und aufgefaßt, ist in eminenter Weise eine Humanwissenschaft und zwar eine generalistische! Das gilt uneingeschränkt auch für die Psychotherapie. Ich spreche deshalb viel lieber von *Humantherapie* oder allgemein von *Integrativer Therapie*. Ich denke, daß die verkürzte Anthropologie vieler „*Psycho-Therapiekonzepte*“ in den Therapieschulen sowohl in der Generierung von Forschungsfragen als auch in der Berücksichtigung von Forschungsergebnissen und damit für die Entwicklung von integrativen Behandlungsstrategien, die nicht nur *Psychotherapie* betreiben, äußerst nachteilig war und daß eine gute Entwicklung für die Zukunft genau diesen Dualismus überwinden muß. Wenn wir die Übersicht von *Klaus Grawe* und seinen MitarbeiterInnen *Bernauer* und *Donati* einmal ansehen - ich will hier nicht auf Fragen der Effizienz von Methoden der Psychotherapieschulen und der schulenspezifischen Forschung eingehen - fällt auf, daß der gesamte Bereich der Forschung aus dem sporttherapeutischen Feld nicht vorhanden ist.

Es gibt aber, und das kann man mit Fug und Recht sagen, sehr gute Therapieansätze z.B. für Major Depressions durch Formen *cardiovasculopulmonären Ausdauertrainings*. Wir haben das in mehreren großen Studien untersucht, den sogenannten „*Amsterdamer Laufstudien*“, wo wir zeigen können, daß *running-therapy*, Lauftherapie oder andere Formen *cardiovasculären Ausdauersports* positive Effekte erzielen¹¹⁴ und effektiver sind als z.B. *supportive psychodynamische Gesprächstherapie*¹¹⁵. Wir verglichen dann eine Laufgruppe mit Patienten, die ein hochpotentes Antidepressivum bekamen, eine sehr wirksame medikamentöse Depressionstherapie, die in der Regel psychotherapeutischen Ansätzen überlegen ist. Wir fanden in dieser Studie folgendes: Patienten in Laufgruppen und die Patienten mit Medikation zeigen auf allen Meßinstrumenten gleiche Wirkung, d.h. also, daß die Lauftherapie und die medikamentöse Therapie gleichwertig wirkt¹¹⁶, mit dem kleinen aber feinen Unterschied, daß die Leute, die ein solches Laufprogramm absolviert haben, den zusätzlichen Gewinn einer Konditionsverbesserung haben. Ich führe das an, weil ich meine, daß die psychophysiologischen Relaxationsmethoden, die sporttherapeutischen Methoden, die lauftherapeutischen Ansätze, die leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren stärker berücksichtigt und in die *Psychotherapie* integriert werden müssen.

¹¹² Birbaumer, Schmidt 1999

¹¹³ Thomae 1968/1988

¹¹⁴ van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bosscher 1992

¹¹⁵ Bosscher, van Tilburg, Mellenbergh 1993

¹¹⁶ van der Mei et al. 1997

Wenn *zeittextendierter psychophysiologischer Stress*, chronifizierter Distress und „*daily hassles*“, traumatischer Stress gar, zu den bestgesichertsten Krankheitsursachen zählen¹¹⁷ und eine generalisierte „*stress physiology*“ produzieren (Bluthochdruck, muskuläre Verspannungen, Fehlathmung etc.)¹¹⁸, so sind das Störungen, die allein *verbalthérapeutisch* nicht bzw. nicht adäquat behandelt werden können, und so bleiben in sehr vielen psychotherapeutischen Praxen tagtäglich behandlungsbedürftige Streßsymptome unbehandelt - ein verändertes Problembewußtsein, selbst eine Umstellung eines streßreichen Lebensstils verändert noch nicht ein dysreguliertes Immunsystem und eine fehlgesteuerte „*relaxation response*“¹¹⁹. Das Umlernen des Leibes, das Verändern der Muster einer „*stress physiology*“¹²⁰ in Richtung einer „*wellness physiology*“¹²¹ erfordert nicht weniger Arbeit und Fachkompetenz als die Auflösung einer Übertragung oder Veränderung einer negativen Kontrollüberzeugung. Beides muß in einem modernen, integrativen Behandlungskonzept Hand in Hand gehen. Jeder Überlegenheitsgestus von Verhaltenstherapeuten oder Psychoanalytikern z.B. den körperorientierten Therapieverfahren gegenüber ist deshalb unangebracht. Die Entwicklungen in der Hirnforschung, der Neurophysiologie und der Immunologie¹²², integrierte Modelle wie die von *Damasio*, *Hüther* oder *LeDoux*¹²³ legen vielmehr nahe, daß Psychotherapie und Körpertherapie jeweils ihren „*body of knowledge*“ in integrative Modelle der Behandlung einbringen sollten und daß auch soziotherapeutische und sozialinterventive Behandlungspraxeologien¹²⁴ einbezogen werden müssen, denn netzwerktherapeutische Interventionen stehen - wie Metaanalysen zeigen - in der Wirkung psychotherapeutischen nicht nach¹²⁵. Und auch auf „*nootherapeutische*“ Praxen, meditative oder sinnorientierte Behandlungskonzepte gilt es zu schauen¹²⁶, denn sie zeigen Wirkungen¹²⁷. Man muß diesen Ausblendungen, die durch die verkürzte Anthropologie der Psychotherapieschulen entstanden ist, sowohl zum Leibe hin wie auch zur Sozialität und zur Spiritualität hin, überwinden. Das ist kein Plädoyer für gewisse neoreichianische Obskurantismen in der Körpertherapie und auch keines

¹¹⁷ Traue 1998; Mazure 1995; Hüther 1998; Gottlieb 1997; Gannon, Pardi 1989; Chrousos et al. 1995

¹¹⁸ Hüther 1997; 1999

¹¹⁹ Benson et al. 1974, 1975, 1977; Jacobs, Benson 1996

¹²⁰ Everly 1989; Palmer, Dryden 1995, 1996;

¹²¹ Hafén et al. 1996; Ammann, Wipplinger 1998; Kremsner, Kurz 1996;

¹²² Schedlowski, Tewes 1996; Zänker 1991; Kandel et al. 1996; Birbaumer, Schmidt 1999

¹²³ Damasio 1994; LeDoux 1996; Hüther 1996, 1997

¹²⁴ Hass, Petzold 1999

¹²⁵ Röhrle et al. 1998, 29ff

¹²⁶ Petzold 1983e; Debats 1996

¹²⁷ Andritzky 1999

für transpersonale New-Age-„Therapien“¹²⁸, aber Leiblichkeit, Sinn- und Wertefragen, Probleme sozialer Netzwerke, Lifestyle communities¹²⁹ und mikroökologischer Kontexte¹³⁰ dürfen meines Erachtens nicht weiter aus der *Psychotherapie* ausgegrenzt werden. *Verbindungen* sind angesagt, blickt man auf die Komplexität der Zusammenhänge¹³¹. Ich finde Meaning- und Wisdom-Programme¹³², wie es sie in der amerikanischen Therapieszene ja schon seit längerem gibt, prinzipiell nicht schlecht. Menschen haben Sinnfragen und Sinnprobleme mit durchaus gesundheitsrelevanten Implikationen¹³³, und die sind auch von bestimmten Therapieschulen aufgegriffen worden: *Frankl*, *Binswanger*, *Boss*, in gewisser Weise *Jung*. Die Richtlinienverfahren haben *Leib* und *Geist*, *Sozialität* und *Ökologie* aber offenbar wegen der „*Psycho-Zentrierung*“ nicht gesehen, und das muß in künftigen „ganzheitlichen“ und „differentiellen“ Modellen von Therapie - Humantherapie - überwunden werden¹³⁴.

Schwerwiegend finde ich die massive Ausblendung des sozialen Bereiches in den Therapieschulen - *Morenos* Ansatz und die Familientherapie sind hier auszunehmen - obwohl es ein Riesenfundus an Social Network und Social Support Research gibt¹³⁵. Er wurde - von wenigen verhaltenstherapeutischen und integrativen Kollegen einmal abgesehen¹³⁶ - in der Praxis der Psychotherapie nicht zur Kenntnis genommen und erst recht nicht berücksichtigt. Ich denke, daß dieser ganze Bereich der Netzwerktherapie, der „convoy therapy“¹³⁷ mit den darin angesiedelten Konzepten des „social support“, der „protektiven Faktoren“, der „Resilienzfaktoren“ (der Widerstandsfähigkeit also), mit den Konzepten der Salutogenese, der Wellness, des Empowerments für die Zukunft eine weitaus größere Bedeutung in der Therapie erhalten muß, als dies bisher der Fall war.

Das wird umso klarer, wenn man *Konvois* als Sozialisationsagenturen begreift, Netzwerke als „Matrizen von Identität“, in denen Menschen als „produktive Verarbeiter von Realität“ (*Hurrelmann*)¹³⁸ und „maker of their own identity“¹³⁹ in Erzähl- und

¹²⁸ Goldner 1997; Petzold, Orth 1999

¹²⁹ Müller, Petzold 1999

¹³⁰ Saup 1993; Petzold, Orth 1998b

¹³¹ Hafen et al. 1996

¹³² Debats 1995

¹³³ Andritzky 1999

¹³⁴ vgl. Petzold 1991a; 1992a; 1993a

¹³⁵ Laireiter 1993; Röhrle 1994

¹³⁶ Röhrle et al. 1998; Hass, Petzold 1999; Laireiter 1993

¹³⁷ Petzold 1995a,b; Kahn, Antonucci 1980a, b

¹³⁸ Hurrelmann 1988, 1995

¹³⁹ Brandstädter 1985, 1992

Handlungsgemeinschaften¹⁴⁰ narrative, aktionale und kooperative *Identitätsarbeit*¹⁴¹ leisten, und das über die ganze *Lebensspanne* hin, in lebenslanger Entwicklung¹⁴² und in einem aktiv mitgestalteten lebendigen Sozialisationsprozeß. Identitäts- und sozialisationstheoretische Überlegungen mit ihren gendertheoretischen Implikationen¹⁴³ werden in einer Psychotherapie der Zukunft in sich massiv flexibilisierenden Kulturwelten¹⁴⁴ eine immer größere Bedeutung gewinnen, weil der Einfluß flexibler „lifestyle communities“, das Leben und Ausgestalten von *lifestyles* als Formen einer *Lebenskunst*¹⁴⁵ als wesentliches Thema von Menschen in der Zukunft auch zentrales Thema der Psychotherapie werden wird, wie der *lifestyle research* und die *Identitätsforschung* jetzt schon erkennen lassen¹⁴⁶ und das Faktum der bewußten *Netzwerkpflege*¹⁴⁷ und des *identity stylings*¹⁴⁸, wie es sich in den modernen *lifestyle communities* findet. (Sie werden leider in professionellen Kreisen als oberflächlich, kommerzialisiert, modisch, anomisch stigmatisiert¹⁴⁹ in Verkennung der soziologischen, sozial-hygienischen und identitätsstiftenden Relevanz von *lifestyles*, und d.h. auch ihrer Bedeutung für Psychotherapie, Beratung und Coaching.)

Wofür haben wir eine so gut entwickelte Sozialpsychologie¹⁵⁰ und Gesundheitspsychologie¹⁵¹, wenn sie in der klinischen Psychologie und auch in der Counseling Psychology¹⁵² noch so wenig und in der Psychotherapie kaum zur Kenntnis genommen werden? Ich habe das nie verstanden. Ich denke, daß hier Verkürzungen am Werke sind, die unter der Ägide des tiefenpsychologischen Paradigmas auch in die behavioralen und vor allen Dingen auch in die humanistisch-psychologischen Verfahren eingehen. Hier müssen wir weiterschauen in Richtung einer breiteren

¹⁴⁰ Petzold, Petzold 1991; Petzold 1999k; Rappaport 1995

¹⁴¹ vgl. die komplexe Identitätskonzeption der Integrativen Therapie: Petzold 1991o; Petzold, Sieper 1998; Petzold, Mathias 1983; Müller, Petzold 1999

¹⁴² Kohli 1978; Hurrelmann 1988; vgl. das differentielle Sozialisationskonzept der Integrativen Therapie: Müller, Petzold 1999; Petzold, Ebert, Sieper 1999

¹⁴³ Petzold 1998h; Haußer 1995; Keupp, Höfer 1997; Craib 1998

¹⁴⁴ Sennett 1997

¹⁴⁵ Schmid 1999

¹⁴⁶ vgl. zum Ganzen Müller, Petzold 1999; Keupp, Höfer 1997

¹⁴⁷ Ehrenberg 1999

¹⁴⁸ vgl. Rubriken wie *Styling Guide* in Lifestyle-Magazinen wie z.B. *Men's Health* 1 (1999), 114-128, *Max* 9 (1999), 164ff., 255ff; *Lieben und Leben*, *Cosmopolitan* 1 (2000), 46ff „Futter für die Seele“ oder *Amica* 1 (2000), 58-103 „Der Sinn des Lebens“ - die beiden letztgenannten features gar nicht schlecht...

¹⁴⁹ so Schmid 1999; Assheuer 1999; vgl. aber die „new values“ in den communities wie Freundschaft, Verlässlichkeit, Vertrauen, reliable business etc., z.B. die Unternehmensphilosophie des Innovationstalents *Oliver Borrman* (*Max* 11/1999, 171ff) oder die in der voranstehenden Anmerkung zitierten *Amica*-Artikel

¹⁵⁰ Stroebe et al. 1996

¹⁵¹ Haisch, Zeitler 1991; Becker 1997; Stroebe 1998

¹⁵² Nestmann 1998; Feltham 1999; Thistle 1998

anthropologischen und psychologischen Konzeption¹⁵³ und auch in Richtung der Bedürfnisse, die die Patienten als Personen und als Kunden haben. Auch hier wird Dialog, Diskurs zwischen den Richtungen, Disziplinen, Berufsgruppen, Schulen, zwischen Therapeuten und Patienten notwendig, *Ko-respondenzen*, die eine *multidisziplinäre, interdisziplinäre* und - hoffentlich - *transdisziplinäre* Qualität gewinnen (um diese von *Nicolescu, Morin*, mir u. a. vertretene Differenzierung¹⁵⁴ hier zu verwenden).

Wie kommt man zu so einer breiten Sicht? Ich selbst bin folgenden Weg gegangen: Ich habe von 1963-1971 in Frankreich studiert, Philosophie bei *M. Foucault, G. Deleuze, G., Marcel, P. Ricoeur* gehört, bei *S. Moscovici* Sozialpsychologie, bei *G. Marcel* habe ich promoviert. In diesen 60er Jahren entwickelte sich der poststrukturalistische Diskurs, der darauf abzielt, die großen „Metaerzählungen“, wie *Lyotard* weltanschauliche Systeme (die idealistische Philosophie, den Katholizismus, die Psychoanalyse etc.) nannte, in Frage zu stellen zugunsten einer *Pluralität von Konzepten*, wie dies der Situation einer „radikalisierten Moderne“ (*A. Giddens*) entspricht. Die Globalisierung der Märkte und die Pluralisierung der Wissenschaft hat diese Sicht bestätigt - die „Zwei-Methoden-Therapie“ der Richtlinienverfahren aber, die jetzt den Status von „Konkordatskonfessionen“ erhalten sollen, steht jenseits eines Diskurses der Moderne und es wundert mich, wie kritische Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker dies zulassen konnten.

5. Inter- und Transdisziplinarität - Entwicklungsschritte zu einer übergreifenden evidenz- und korrespondenzbasierten Identität und Kultur des therapeutischen Feldes

Deleuze, Guattari, Derrida haben Vielfalt, rhizomatische Vernetzung¹⁵⁵, *Konnektivierung* von Konzepten gefordert und eine solche Sicht wird heute von „hoffähigen“ Richtungen, z. B. durch systemtheoretische, konnektionistische, neurowissenschaftliche- und chaostheoretische Überlegungen durchaus gestützt. Die poststrukturalistischen Denker haben sich vor allen Dingen gegen jede Form des Dogmatismus gewandt¹⁵⁶. Hier liegt einer meiner Hintergründe, eine „Integrative Therapie“ als transversalen¹⁵⁷ schulenübergreifenden, methodenverbindenden und „multimodalen“¹⁵⁸ Ansatz zu entwickeln¹⁵⁹. Andere gewichtige Hintergründe liegen für mich bei den Ergebnissen der klinisch-psychologischen Forschung¹⁶⁰, Psychotherapieforschung und longitudinalen Entwicklungsforschung¹⁶¹. Es gibt keine

¹⁵³ Petzold 1991a; Becker 1997; Wagner 1999

¹⁵⁴ Nicolescu 1996; Morin 1997; Petzold 1998a

¹⁵⁵ Deleuze, Guattari 1977

¹⁵⁶ Mazumdar 1998; Deleuze 1997

¹⁵⁷ Guattari 1964; Petzold 1974j, 1998a; Welsch 1987

¹⁵⁸ Petzold 1988a, 1974j, 302, Diagramm III; Lazarus 2000

¹⁵⁹ Petzold 1965, 1974j, 1988n

¹⁶⁰ Petzold, Märtens 1999a; Grawe et al. 1994; Dobson, Craig 1998; Wagner, Becker 1999

¹⁶¹ Petzold 1993c, 1994j; Oerter et al. 1999; Petzold, Märtens 1999; Dobson, Craig 1998

großen *Metanarrationen* mit *legitimierbaren* Letzterklärungsansprüchen (Lyotard)¹⁶² mehr, weder in der Philosophie, noch in der Politik, noch in der Psychotherapie. *Das ist jetzt unsere Metaerzählung*¹⁶³ - und die bietet „*common ground*“.

Man sollte - zumindest im politischen und im wissenschaftlichen Diskurs - als Psychologenschaft alleinseligmachenden Ansprüchen entgegentreten, jenen, die behaupten, Psychoanalyse sei „besser“ oder wirksamer als *Rogers'* Gesprächstherapie oder *Perls'sche* Gestalttherapie, wie die „Gutachter“ des Richtlinienausschusses befanden, gegen dessen Entscheidung es kein Rekursrecht gab, der die Gutachten nicht offenlegte und bei dem Vertreter der Richtlinienverfahren über die Zulassung anderer Verfahren entscheiden, was jeder seriöser gutachterlichen Praxis entgegensteht¹⁶⁴. Man müsste hier als *Berufsstand* über demokratische Regeln, über Legitimierung, Interessenvermischung, über Vorteilsnahme, Befangenheit und Fehlentscheide, aber auch über die Pluralität der Wissenschaft und der Heilkunde offensiv sprechen in institutionalisierten Diskursen, um zu einer *korrespondenzbasierten* Kultur zu kommen.

Das „*Ko-respondenzmodell*“¹⁶⁵, wie es in der Integrativen Therapie als Diskursmodell mit erkenntnistheoretischen und praxeologischen Zielsetzungen entwickelt wurde, und das durch ein *Ko-respondieren* in Begegnung und Auseinandersetzung über relevante Probleme *Konsens* (ggf. darüber, daß man einen respektvollen Dissens hat), *Konzept* und *Kooperation* ermöglicht, böte die Grundlage für eine **ko-respondenzbasierte Psychotherapie**, in der auf allen Ebenen und zwischen allen Gruppierungen, Forschern und Praktikern, TherapeutInnen und PatientInnen, Psychoanalytikern und GestalttherapeutInnen usw. *konssensorientierte* Begegnungen und Auseinandersetzungen stattfinden, respektvoller Dissens praktiziert wird und jeder Form der Hegemonialisierung eine Absage erteilt wird. *Korrespondenzbasierte Psychotherapie* ist auch der Boden, auf dem eine *evidenzbasierte Psychotherapie*¹⁶⁶ entwickelt und fruchtbar gemacht werden kann (cf. infr.), ansonsten wird Evidenzbasierung zum „schlagenden Argument“ im Schulenstreit, wie die Geschichte der GwG-Anträge erwarten läßt. Dieser Ausschluß ist ein Skandalon, das alle Psychotherapeuten - auch Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker - auf die Barrikaden bringen sollte. Aber nichts geschah, keine solidarischen Aktionen der anderen Therapieverbände, der Berufsverbände, keine konzertierten Proteste¹⁶⁷ - man

¹⁶² Lyotard 1986

¹⁶³ vgl. Welsch 1987

¹⁶⁴ Eine besser geregelte, aber gleichfalls problematische Situation findet sich derzeit im „wissenschaftlichen Beirat“, der wiederum die Gesprächspsychotherapie ablehnte.

¹⁶⁵ Petzold 1978c, 1991e

¹⁶⁶ Gray 1998; Sacket et al. 1996; Davidoff et al. 1995; Kleijnen et al. 1995; Rosenberg, Donald 1995

¹⁶⁷ Der Skandal ist nun vollständig, als mit der neuerlichen Ablehnung der Gesprächspsychotherapie durch den wissenschaftlichen Beirat jegliche Solidaritätskundgebungen der etablierten Verfahren unterblieben. Das ist (ähnlich wie die Nachqualifikationen) in der neueren Wissenschaftsgeschichte einmalig. Die Unterdrückung der Psychoanalyse in den ehemaligen kommunistischen Ländern im Schatten des Stalinismus oder im Nationalsozialismus müßte doch bei Vertretern dieses Verfahrens - man sollte meinen, sie seien da höchst

übergeht das! Soll Psychotherapie eine gute Zukunft haben, müssen wir lernen, mit *Pluralität* als konstruktivem Moment von Therapie umzugehen, und müssen in ultrakomplexen Lebenswelten gerade im Bereich eines zusammenwachsenden Europas und gerade unter dem Stichwort Globalisierung auch sehen, wie zeitgebunden, wie ethnengebunden, wie kulturgebunden unsere psychotherapeutischen Konzepte sind. Es geht schon mit Migranten und Flüchtlingen nicht mehr an, so zu arbeiten wie die traditionellen Schulen es vorgeben. Deshalb sollte die Vielfalt der Ansätze eine übergreifende Position sein, die alle Psychotherapieschulen als „common ground“ vertreten, genauso, wie sie ihre Fundierung in den Wissensbeständen moderner Psychologie, Neuro- und Sozialwissenschaften als einen gemeinsamen Boden ansehen sollten.

Im Rahmen der neueren französischen Kultur- und Wissenschaftsphilosophie wurden Konzepte entwickelt, und ich habe da ein wenig mitgedacht¹⁶⁸, wie Wissenschaften und Kulturen unter *mehrperspektivischem* Blick betrachtet werden können, um zu besseren *Konnektivierungen* - ein Kernkonzept Integrativen Denkens¹⁶⁹ - zu kommen:

Monokulturell und *monodisziplinär*, jede Schule, jede Disziplin argumentiert vor sich hin, sozusagen in einem fast autistischen Diskurs. Oder *multikulturell*, *multidisziplinär*: dann redet man miteinander noch wenig, aber weil man weiß, daß die anderen da sind, läßt man sie in Frieden, solange genügend Ressourcen vorhanden sind, man diskutiert - mäßig konnektiviert - nebeneinander her. Wir befinden uns heute in einem *multikulturellen* Stadium, sowohl auf der europäischen Ebene wie auch in der Psychotherapie. Vielleicht wird man sich notgedrungen oder auch nicht notgedrungen, z. B. aus Neugierde, an einen Tisch setzen und kommt dann durch intensivierte *Konnektivierung* einen Schritt weiter, zu dem, was wir als *interkulturell* oder *interdisziplinär* bezeichnen, d.h.: wir diskutieren ein Problem aus der Sicht unterschiedlicher Therapieschulen oder unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, wo jede Herkunftsschule oder die Herkunftsdisziplin durchaus ihren gleichberechtigten Platz hat, man auf den anderen hört, ihn einlädt, auf gleicher Ebene mitzuwirken. Man steht nicht mehr wie im *Multi-Modell* nebeneinander, sondern im *Inter-Modell* kommt es zu einer Gesprächsebene, zu einer *konnektivierten* Zusammenarbeit (man kann das an der Zahl der e-mails ablesen), weil man erkannt hat, daß man die „Andersheit des Anderen“ (*Lévinas*)¹⁷⁰ zu einer eigenen Entwicklung braucht. Es ist bedrückend zu sehen, mit welcher Selbstgefangenheit und welchem Interessenegoismus die psychologischen Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren, die anderen Verfahren psychologischer Psychotherapie ausgegrenzt haben mit einem fragwürdigen Qualitätsargument. Besteht kein Interesse an kritischen Diskursen? Spezifische Wirkungsnachweise, über „common factors“, allgemeine Wirkfaktoren¹⁷¹ hinaus, sind beim jetzigen Stand der Forschung für die Main-Stream-Psychoanalyse (eine Mainstream-VT kann ich schwer ausmachen) und die Breitband-VT¹⁷² nicht überzeugend gesichert¹⁷³. Warum also

sensibilisiert - Solidaritätsaktionen freisetzen, wo die Freiheit der Theorieentwicklung und klinischer Praxis bedroht wird, zumal bei dem kulturkritischen Anspruch, den die Psychoanalyse immer für sich reklamiert. Und wie will sie Solidarität erwarten, wenn sie - was voraussehbar ist - selbst (wieder einmal) unter Druck gerät?

¹⁶⁸ Petzold, Ebert, Sieper 1999

¹⁶⁹ „Integration ist nicht - wie bei Perls - Assimilation, sondern die Konnektivierung von Verschiedenem in unterschiedlichen Integrationsdichten, auf unterschiedlichen Integrationsniveaus, mit unterschiedlichen Integrationsstilen, aber stets so, daß Differentes nicht assimiliert wird, Differentes als Differentes bleiben kann - integriert durch Konnektivierung.“ (aus *Petzold* 1998f, 26)

¹⁷⁰ Lévinas 1983; Petzold 1996j

¹⁷¹ vgl. Garfield 1992; Petzold, Märtens 1998b; Schmid, Grawe 1999

¹⁷² Grawe et al. 1994

¹⁷³ Arkowitz 1992

Ausgrenzung zu Lasten einer *übergreifenden „Psychotherapie“*, einer *übergreifenden Identität* von Psychotherapeuten, eines *übergreifenden psychotherapeutischen Feldes*, das auf dem Boden klinisch relevanter Wissenschaften, vornehmlich der Psychologie, aber auch anderer Disziplinen, der Neuro- und Sozialwissenschaften, sich gerade zu entwickeln beginnt? Neben dem Verweis auf „*common factors*“ als „unspezifischen“, „allgemeinen Wirkfaktoren“ aller Therapieformen, die eine gemeinsame Plattform bieten und zur Zeit immer noch - auch für die Richtlinienverfahren - die wesentlichste Grundlage, was das Erzielen von Wirksamkeitsnachweisen anbelangt, bieten, müssen wir zu *spezifischen* oder „*divergent factors*“ kommen, durch die sich Richtungen unterscheiden. Das aber geht nur in seriösen Vergleichen, für die man derzeit den „humanistischen“ und „systemischen“ Verfahren die Infrastruktur zerschlägt. Durch den de facto Schutz des Psychotherapeutentitels für die Richtlinienverfahren können - juristisch streng genommen - andere Verfahren keine Psychologischen Psychotherapeuten mehr ausbilden, und das heißt auch sich nicht mehr entwickeln, nicht mehr forschen. Sie haben keine Chancen, weil die Richtlinienverfahren ihnen die Zukunft nehmen! Wer hat diese Konsequenzen überdacht oder gar beabsichtigt, gewollt? Hat man den Sensus für den „common ground“ von Psychotherapie - die beziehungsorientierte Arbeit mit Menschen - so weit hintangestellt? Ihn vielleicht nie ausreichend entwickelt, so daß *consensus*, eine Konsensgemeinschaft nicht entstehen konnte?

Wir müssen deshalb an dieser Stelle auch zu den *common concepts* kommen, weil manchmal unter unterschiedlichen Namen genau die gleiche Sache gemeint ist, wir also *funktionale Äquivalente* haben¹⁷⁴, aber es gibt auch wesentliche „*divergent concepts*“. Die Psychotherapie der Zukunft braucht einen *pluralen Theoriediskurs*, keine Zweiparteienlandschaft oder gar zwei *Konfessionen*! Sie braucht *interkulturellen* Austausch, denn Psychotherapieschulen sind ja auch *Kulturen* im Sinne des organisationswissenschaftlichen Kulturbegriffes¹⁷⁵. Jede psychotherapeutische Richtung, jeder Berufsverband hat auch seine Kultur. Die unterschiedlichen Kulturen sind prinzipiell ein Reichtum. Sie führen leider auch sehr oft zu xenophobischen Haltungen und Ausgrenzungsphänomenen, weil man die eigene *Identität* leider immer noch in (zumeist abwertender) Abgrenzung zum anderen definiert, ohne dabei zu bemerken, daß die Grenze Kontaktfläche und Angrenzung, Trennungslinie und Abgrenzung *in einem* ist und an den Grenzen der „Heterotopien“ (*Foucault*), der „Orte des Anderen“, Ereignisse möglich sind, in denen „Blitze des Werdens“¹⁷⁶ aufflammen. Wenn wir also dahin kommen, daß wir die korrespondierenden Qualitäten der Begegnung, der Auseinandersetzung, des Zusammensetzens im Diskurs weiter entwickeln und pflegen, gibt es vielleicht die Möglichkeit, den *interdisziplinären* Diskurs zu überschreiten und zu *transdisziplinären* Konzepten oder zu *transkulturellen* Modellen zu kommen¹⁷⁷. Und nur wenn uns das gelingt - und das gilt für Europa wie für die Psychotherapie und natürlich für die Psychotherapie in Europa -, werden wir eine Zukunft als ein gemeinsames Feld haben. Diese *Transqualitäten* radieren nicht das weg, was an gewachsenen Traditionen da ist, zerstören genauso wenig die *Identität* der einzelnen „Schulen“ mit ihren einzelnen Diskursen, wie sie nicht die einzelnen Identitäten der einzelnen Völkerschaften in Europa mit ihren Sprachen und ihren Eigenheiten bedrohen, sondern sie schaffen etwas Neues, Übergreifendes.

Ich lehre als Ordinarius an einer niederländischen Universität, bin in slawischen Ländern immer wieder Gastprofessor, war lange in der Schweiz und lange Zeit in Österreich Gastprofessor, immer mit dem „neutralen“ Standort in Holland als Basis. Ich leite in Deutschland die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“¹⁷⁸, staatlich anerkannte Einrichtung der Weiterbildung, spreche etliche europäische Sprachen und ich muß sagen, ich bin froh, Europäer zu sein. Einer der Lieblingssprüche meines Vaters war: „So viele Sprachen man spricht, so viele Herzen hat man!“ Und ich kann das nur bestätigen. Man muß das auch für die „*Sprachen der Psychotherapie*“ sagen. Jede Richtung hat ja ihre eigene Sprache. Ich habe meine psychotherapeutische Lern- und Lehrzeit auf einer analytischen Couch begonnen - eine feingliedrige, präzise Sprache wurde dort gesprochen. Ich habe dann die aktionale Sprache des Therapeutischen Theaters, des Psychodramas¹⁷⁹ und die „nonverbale Sprache“ der „neuen Körpertherapien“¹⁸⁰ gelernt, habe einige gute „Sprachkurse“ in der Verhaltenstherapie gemacht (ich war 1971 in Frankreich lehrend, auf dem Ersten Europäischen Verhaltenstherapiekongreß in München der einzige französische Vertreter für VT. Es gab damals kaum VT in Frankreich). Ich habe damals über „Behaviourdrama“ gearbeitet, eine besondere Form des verhaltenstherapeutischen Rollenspiels, die ich

¹⁷⁴ vgl. Petzold 1974j, 300

¹⁷⁵ vgl. Petzold 1998a, 244, 312; Petzold, Ebert, Sieper 1999

¹⁷⁶ Mazumdar 1998

¹⁷⁷ Petzold, Ebert, Sieper 1999; Petzold 1998a

¹⁷⁸ Petzold, Sieper 1993/1996; Petzold 1998h; Sieper 1985

¹⁷⁹ Petzold 1972a, 1973a

¹⁸⁰ Petzold 1974k, 1977n

praktiziert und entwickelt habe¹⁸¹. Rollenspiel war damals eine der Kerntechniken moderner Verhaltenstherapie. Zu den „Sprachen“ kam noch die „emotional language“ der Gestalttherapie¹⁸² hinzu, die „bildhafte Sprache“ der „neuen Kreativitätstherapien“¹⁸³ und einiges andere. Ich muß sagen, ich bin froh, diese Vielfalt von Richtungen mit ihren unterschiedlichen Konzepten, Fachsprachen und Praxen in meinem Begriffs- und Handlungsrepertoire zu haben. Ich bin froh, eine Vielfalt von theoretischen Perspektiven zu haben und verstehe mich selber *nicht als Eklektiker*, wobei gegen einen „systematischen Eklektizismus“ (etwa im Sinne von *Garfield* oder *Plaum*)¹⁸⁴, gar nichts zu sagen ist. Das ist besser als das Kauderwelsch des „wilden Eklektizismus“ oder die artifizielle Qualität eines „psychotherapeutischen Esperanto“, wie ich es ein wenig bei *Prochaskas* „transtheoretischem Ansatz“¹⁸⁵ sehe.

In einer Zeit, wo wir über die „wirklichen“ Wirkungen und Wirkprinzipien von Psychotherapie noch so wenig wissen¹⁸⁶ und noch so viel mit *Heuristiken*¹⁸⁷ arbeiten müssen, ist gegen eklektische Richtungen, Kollegen, die um die Systematisierungen von Heuristiken bemüht sind, nichts zu sagen. Sie sind letztlich wissenschaftlich seriöser als die auf fragliche Sicherheiten von Teilergebnissen rekurrierenden Kollegen, Ergebnisse, die nur Aspekte aufklären und dennoch verfahrensgebundene Hegemonialansprüche legitimieren sollen, die weiterhin so verwandt werden, daß kleinere psychotherapeutische Verfahren, über die noch nicht so viele Daten vorliegen (u. a. durch einen Forschungsbias, denn wer entscheidet, welche Verfahren beforscht werden und welche nicht - die Hochschullehrer, die schon einer bestehenden Orientierung anhängen, wodurch es zu einer „indirekten Vorteilsnahme“ kommt), in den Bereich der Scharlatanerie gerückt werden. Das dürfen Psychologen nicht zulassen, wenn sie ihr kritisches Forschungsverständnis nutzen wollen für die Zukunft ihrer Disziplin und die Zukunft der Psychotherapie.

Ich hatte Ende der sechziger Jahre meine Auseinandersetzung mit Wissenschaftstheorie und Erkenntnistheorie dazu benutzt, zu versuchen, in den verschiedenen Therapieansätzen, die ich erlebt, erfahren, erlernt hatte, *Transqualitäten* zu finden, übergreifende Prinzipien und grundsätzliche Differenzen. *Vergleichende Psychotherapieforschung* wird im systematischen Theorienvergleich, so postulierte ich 1970, „*common and divergent concepts*“¹⁸⁸ finden, genauso wie ein empirischer Vergleich, etwa durch Prozeßforschung, „*common and divergent factors*“ findet. Ich glaube, in diese Richtung wird unser Weg in die Zukunft führen. Wir hätten viel

¹⁸¹ Petzold, Osterhues 1972; Petzold 1977f

¹⁸² Petzold 1973a

¹⁸³ Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993

¹⁸⁴ Garfield 1992; Plaum 1988

¹⁸⁵ Prochaska, DiClementi 1992

¹⁸⁶ Jacobi, Poldrack 2000

¹⁸⁷ Petzold 1988n, 267f.; Grawe et al. 1994

¹⁸⁸ Petzold 1970c

voneinander zu lernen! Ich glaube nicht, daß es eine *allgemeine Psychotherapie*¹⁸⁹ im Sinne einer *Grundorientierung* geben wird, wohl aber im Sinne eines allgemeinen praxeologischen Fundus *an übergreifendem klinisch-methodischem Wissen* und an psychologischen, sozial- und neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, auf die keine Richtung mehr verzichten kann, und wohl eine *allgemeine Psychotherapiewissenschaft*¹⁹⁰, denn eine solche Wissenschaft ist wichtig. Es wird wohl auch eine „*Psychologische Psychotherapie*“¹⁹¹ geben, und das ist gut so, aber es ist nicht die *g a n z e* Psychotherapie, und sie wird von der ärztlichen und human- bzw. sozialwissenschaftlich fundierten Therapie vieles aufnehmen müssen (es gilt natürlich auch *vice versa*). Und ich hoffe auch, daß es eine „*allgemeine Psychotherapeutenschaft*“ mit einer *übergreifenden psychotherapeutischen Identität* geben wird, mit der wir uns als „Professional Community“ organisieren.

6. Multimodale Behandlungen, Beratungen, Coachings, versatile Praxen und differentielle/integrative Therapie - Paradigmen der Zukunft

Ich meine, daß es ein Feld vielfältiger Diskurse geben wird und muß, wo man mit Wertschätzung und Respekt und Neugierde auf den anderen hört, und daß es einige *übergreifende* Grundergebnisse (etwa zu common factors, Patientenvariablen), aber auch einige *spezifische* Resultate der Psychotherapieforschung gibt (z.B. zu störungsbildspezifischen Behandlungen, zu Genderfragen - ein immer noch vernachlässigter Bereich -, zu besonderen Zielgruppen und client systems). Diese Ergebnisse können in den verschiedenen Schulen und Methoden umgesetzt werden. Es findet sich schon seit längerem eine Bewegung zu einer „Integrativen Therapie“ - begründet oder vertreten in den deutschsprachigen Ländern u.a. durch *Petzold, Pongratz, Strotzka, Wyss* und andere und in gewisser Weise auch durch *Bastine, Grawe, Kemmler*, sowie in den USA durch *Thorne, Norcross, Goldfried, Stricker, Prohaska, Garfield, Wachtel* usw. (es handelt sich ja in den Vereinigten Staaten um eine recht große, vielfältige Gruppe). In diesem „neuen Integrationsparadigma“¹⁹², wie ich es genannt habe, zeichnet sich schon so etwas wie eine Richtungs- oder

¹⁸⁹ Grawe et al. 1994; Wagner, Becker 1999

¹⁹⁰ Petzold 1994g

¹⁹¹ Grawe 1998

¹⁹² Petzold 1992g

Schulenburg ab¹⁹³, die zum Teil Ausdruck der Möglichkeiten von *differentiellem* Vorgehen und Konzeptualisieren ist. Man schaue doch in die Geschichte der Psychologie und Psychotherapie. Bisher ist man nie an der *Schulenburg* vorbeigekommen. Heute aber haben wir die Chance - und darin liegt die Zukunft der Psychologie wie der Psychotherapie - aus dem *ekklesialen Diskurs*¹⁹⁴ der wechselseitigen Verbannung, vom Schulendogmatismus weg zu flexiblen *klinischen Orientierungen, differentiellen Vorgehensweisen*¹⁹⁵ und versatilen Praxen zu kommen und aus der Tradition der Ausgrenzung und Stigmatisierung auszusteigen, um in einer respektvollen Weise miteinander zu arbeiten und zu diskutieren - wo notwendig, auch durchaus kritisch¹⁹⁶. Das alles führt zu einer Erweiterung des Wissens, der Sicht, des Behandlungsspielraumes, der professionellen Identität, des Verständnisses der eigenen Profession bis in die Gestaltung seiner Praxis hinein.

Man wird damit noch zu neuen und weitgreifenden Behandlungsformen unter Einbeziehung von Beratung und Coaching kommen, zu *versatilen*, d.h. flexiblen, wandelbaren, vielseitigen, beweglichen Praxis. In der Psychotherapie der Zukunft werden TherapeutInnen in ihren Praxen neben der klinischen Behandlung für ihre PatientInnen, KlientInnen, KundInnen verschiedene Beratungsleistungen anbieten und den ganzen Fundus der Counseling Psychology¹⁹⁷ nutzen, wobei personality coaching, professional coaching, health coaching, Entspannungs- und Running Therapy¹⁹⁸ mit im Leistungsspektrum der Praxis rangieren. In flexibilisierenden Bezugswelten mit hohen Anforderungen werden Patienten von derartigen Zusatzleistungen der Praxen profitieren und KlientInnen wegen solcher Zusatzleistungen - z.B. Coachings¹⁹⁹ - in die Praxen kommen. Durch verfallende Punktwerte und die zu erwartende *gnadenlose Auslastung* der PsychotherapeutInnen in den Praxen, wenn sie „auf ihr Geld“ kommen wollen, wird es auch aus Gründen der Psychohygiene, Burnoutprophylaxe und Arbeits- und damit Lebensqualität für PsychotherapeutInnen notwendig und sinnvoll sein, Beratungs- und Coachingleistungen in flexiblen kunden- und dienstleistungsorientierten Praxen anzubieten und durch eigene Weiterbildung auch Supervision und Trainings in der Palette zu haben, denn mehr als dreißig Stunden konventionelle

¹⁹³ Sponsel 1995; Stricker, Gold 1993

¹⁹⁴ Petzold 1995h

¹⁹⁵ Petzold 1993h

¹⁹⁶ Petzold, Orth 1999a

¹⁹⁷ Crochan 1997; Nestmann 1998; Dryden 1989

¹⁹⁸ van der Mei, Petzold, Bosscher 1997

Richtlinienpsychotherapie pro Woche sind schlichtweg - besonders, wenn man engagiert arbeitet - eine hohe Belastung, mehr Stunden sind als gesundheitsschädlich zu betrachten und schlagen auf die Behandlungsqualität, ja können zu „riskanter Therapie“²⁰⁰ führen. In einer modernen *versatilen Praxis*, die ein breites Dienstleistungsspektrum hat und in der PsychotherapeutInnen in Praxisteams multitheoretisch und multimodal behandeln, Supervision und Intervision nutzen, multiprofessionell mit Krea-, Leib- und SporttherapeutInnen kooperieren, wird deformation professionelle, Burnout, Patientenmüdigkeit vorgebeugt und Qualität entwickelt und gesichert²⁰¹. Die Therapeutin wechselt verbalorientierte Stunden mit solchen, in denen Leib-, Sport- und Kreativthemen im Vordergrund stehen und hat damit eine lebendige, attraktive, effektive und persönlich befriedigende Praxis. Das verlangt natürlich auch eine persönliche Versabilität, d.h. Vielseitigkeit, Kreativität und Flexibilität, die PatientInnen und KlientInnen (auch im Sinne des „imitation learning“, des Lernens am Modell) zugute kommt.

Bei komplexen Patientensituationen könnte man dann vielleicht sagen: Gut, die *Angststörungen* dieses Patienten behandelt man derzeit am erfolgreichsten mit Expositionstechniken²⁰², aber bei dem Patienten ist neben der Angststörung noch die *Sinnfrage* ein Problem, sein *soziales Netzwerk* ist zerbrochen und er ist in seiner *Leiblichkeit* völlig verspannt und dysreguliert. Als am Patientenwohl interessierte Kliniker und Praktiker müssen und können wir in einer solchen Situation multimodal und methodenplural arbeiten²⁰³. Wir müssen uns dem *sozialen Netzwerk* zuwenden, z.B. mit Hausbesuchen, Netzwerksessions²⁰⁴. Wir müssen vor allen Dingen auch die *Leibdimension*²⁰⁵ berücksichtigen, z.B. durch Entspannungs- und Lauftherapie, die auch dem Therapeuten guttut. Und wo wir diese Dinge nicht selbst durchführen können oder wollen, werden wir zusammenarbeiten in einem *intermethodischen Behandlungsscurriculum* bzw. -plan, an dem ggf. mehrere Therapeuten mit ihren Spezialisierungen mitarbeiten. In Kliniken und Tageskliniken ist dies seit langem Standard und erprobt. Warum nicht in freier Praxis, wo weiterhin ein *monomethodischer* Ansatz vertreten, ja propagiert wird? Dahinter stehen *ausschließlich* monetäre Interessen, Territorialegoismus, die Hermetik der Einzelpraxen und die fehlende Erfahrung vieler niedergelassener Praktiker, daß versatile Praxen und methodenübergreifende Kooperationen nützlich, effektiv, interessant und *profitabel* sein können, wenn man sie gezielt entwickeln und gesundheitspolitisch vertreten würde.

7. Komplexe und Integrative Therapie (KIT) - Persönliche Positionen zu einer kreativen und „nachhaltigen“ Humantherapie

Viele Positionen, die ich hier vertrete, stammen aus dem Fundus und der Entwicklungsdynamik der *Integrativen Therapie* und *Integrativen Supervision*, die sich

¹⁹⁹ Schreyögg 1995; Rauen 1999

²⁰⁰ Petzold 1999h

²⁰¹ Laireiter, Vogel 1998

²⁰² Margraf, Schneider 1989

²⁰³ Butollo et al. 1999

²⁰⁴ Hass, Petzold 1999

²⁰⁵ Hüther 1997; Petzold 1985g

in einem permanenten Differenzierungs-, Integrations- und Entwicklungsprozeß befinden²⁰⁶. Es wurde deshalb auch immer wieder auf eigene Literatur verwiesen, um Entwicklungen zu kennzeichnen, wie sie sich auch in anderen Orientierungen finden. Das Feld ist lebendig!

Ich möchte abschließend noch kurz meinen „persönlichen“ Ansatz und meine Vision umreißen: Ich arbeite beziehungsorientiert²⁰⁷ mit *Komplexen* und *Integrativen Therapiecurricula* (KIT), fokalthérapeutisch²⁰⁸ und in narrativer Praxis²⁰⁹. In ihnen fokussiere ich meine Arbeit sehr stark im *Leib-, Netzwerk- und Social-World-Konzept*²¹⁰. Netzwerk und Konvoi umfassen die Zahl der für den Patienten relevanten Personen, *social worlds* die Konsensgemeinschaften in Netzwerken, die Werte und Weltansichten teilen²¹¹. Weiterhin wird *Leib* als etwas anderes als der *Körper* gesehen. Der Leib als das „*inkarnierte Subjekt*“ im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum kennzeichnet den Menschen als Ganzen. In jeder Lach- und Gramfalte wird deutlich, daß unsere Kognitionen, unsere Emotionen und Volitionen auch eine leibliche Dimension haben, und diese ist neben der leibphänomenologischen Position²¹² und einer genealogisch-strukturalistisch orientierten Sicht auf den Körper (*Foucault*)²¹³ auch eine psychobiologische, neurowissenschaftliche und psychoneuroimmunologische²¹⁴. Die Erkenntnisse dieser letztgenannten Disziplinen gerade mit Blick auf depressive, posttraumatische und Angststörungen werden die Psychotherapie der Zukunft sehr verändern. Die klassischen psychodynamischen Modelle der Entstehung – und damit auch der Behandlung – der meisten Psychosomatosen sind obsolet²¹⁵. Die „major depressions“ und Angststörungen werden, was die spezifische Symptomatik anbelangt, zunehmend durch die Fortschritte moderner Medikation behandelbar, weil wir die neurophysiologischen Prozesse und ihre Interaktion mit dem Immunsystem immer besser verstehen und beeinflussen lernen. Bei der Behandlung von Depressionen wird die Kombination von medikamentösen Maßnahmen, die den Serotoninhaushalt

²⁰⁶ Exemplarisch haben wir dies an der Entwicklung unseres Supervisionskonzeptes von 1968 bis 1999 dokumentiert, vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999

²⁰⁷ Ich sehe Psychotherapie als eminent beziehungsorientiert (*Petzold* 1990g), ihre *Relationalitäten* (idem 1991b, 1996k) als Formen der Affiliation (*Stroebe et al.* 1996) und der „adult-attachment“ and „connection“ (*Feeney, Noller* 1996; *Josselson* 1995)

²⁰⁸ Petzold 1993p

²⁰⁹ Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997; Wiedemann 1986

²¹⁰ Petzold 1985a, 206ff

²¹¹ Petzold, Petzold 1991; Hass, Petzold 1999

²¹² Marcel 1985; Merleau-Ponty 1945; Schmitz 1989, 1990

²¹³ Foucault 1978a,b; Mazumdar 1998; Dauk 1989; Petzold, Orth, Sieper 1999

²¹⁴ Hüther et al. 1999; Gottlieb 1997; Aggleton 1992; Stedlowski, Tewes 1996; Zänker 1991

²¹⁵ Deneke 1998

beeinflussen, die immunologisch ansetzen und in die Streßphysiologie eingreifen²¹⁶, die heute schon sehr guten Ergebnisse noch verbessern, so daß sich *Freuds* späte Aussage bewahrheitet, daß wir dereinst die hirnhysiologischen Bedingungen seelischer Erkrankungen so weit erforscht haben werden, um mit medikamentösen Behandlungen das seelische Geschehen zu steuern.

An einem Beispiel aus meiner Praxis sei ein solches integratives Vorgehen kurz umrissen:

Es handelt sich um einen 47jährigen, verheirateten, kinderlosen depressiven Patienten aus der unteren Mittelschicht, ein Werkstoffprüfer, der auf Grund seiner Erkrankung aus dem Arbeitsprozeß gefallen ist. Jahrelang wurde er von seinem Hausarzt mit einer unzureichenden Medikation und gelegentlichen Gesprächen behandelt. Viel zu spät und durchaus chronifiziert kommt er in eine spezialisierte Therapie. Die depressive Störung ist nach ICD 10/DSM IV diagnostiziert, Komorbiditäten sind abgeklärt. Es finden sich hier Angststörungen, die ja sehr häufig als Vorläufer- und Begleitstörungen von Depressionen auftreten²¹⁷. Es wurde die initiale Prozeßdiagnostik²¹⁸, ggf. unter Einsatz semiprotektiver Verfahren²¹⁹, durchgeführt - z.B. Leibfunktionsdiagnostik²²⁰, Netzwerkdiagnostik²²¹, Ich-Funktionsdiagnostik²²², Identitätsdiagnostik²²³. Die depressive Symptomatik imponiert auf vier Items der DSMC IV-Checkliste, Ängstlichkeit ist bei dem Patienten eine stark ausgeprägte Komorbidität, die Leibfunktionsanalyse ergibt einen schlechten Konditionsstatus, dysregulierten Tonus, eingeschränktes Atemmuster, eine „blande Streßphysiologie“²²⁴; Dekarnationsphänomene²²⁵ zeigen sich, z.B. kraftlose, kalte Hände, „abgestorbene“, starre Gesichtsmimik, retroflexives Blickverhalten („tote“ Augen, keine Blickkommunikation), keine adressiven Verhaltensmöglichkeiten, Subassertivität, Libidoverlust; das Netzwerk ist ausgedünnt, ressourcenarm oder wird auf Grund von sozialem Rückzug des Patienten nicht genutzt; die Beziehung des Patienten zu seiner Partnerin ist kaum noch tragfähig. Jegliche Zukunftsorientierung und Hoffnung auf berufliche Neuorientierung scheint erloschen, und es haben sich negative *kognitive* (negative *appraisals and control parameters*), *emotionale* (*learned helplessness*, Selbstabwertung, Negativierung) und dysfunktionale *volitive Stile*²²⁶ (Entscheidungsunfähigkeit, Willensschwäche, fehlendes Durchhaltevermögen) etabliert. Spontaneität und Kreativität sind weitgehend abhanden gekommen. Es liegt vor uns ein Bild einer „major depression“ mit einem mehr oder weniger hohen Grad an Chronifizierung, Begleitsymptomatik und sozialer Desintegration. Blickt man aber auch in einer ressourcenorientierten Sicht auf die Möglichkeiten und Potentiale des Patienten²²⁷, so wird man feststellen, daß er eine schöne Wohnung hat, er Musik liebt, noch einen guten Freund hat, über gute handwerkliche bzw. heimwerkerische Fähigkeiten verfügt, Tiere und Natur liebt, obwohl er heute kaum noch hinaus geht, früher einmal sehr sportlich war, über politische Fragen nachdenkt und ein soziales Bewußtsein hat, also eine zwar angeschlagene aber doch fundierte Wertewelt (ehemaliger Jungsozialist). Das alles sind Anknüpfungspunkte, in denen *Probleme* des Typus A (Katastrophen) soweit es möglich ist in Probleme des Typus B (Aufgaben und Herausforderungen) umgeformt werden (reframing) und Ressourcen und Potentiale aktiviert werden. Es kommt aber nicht nur eine defizitorientierte Sicht zum Tragen, sondern es werden Persönlichkeitsentwicklung sowie Gesundheitsförderung mit in die therapeutischen Maßnahmen durch Strategien des Gesundheits- und Persönlichkeitscoachings einbezogen, denn nur wenn der allgemeine Gesundheitszustand, die Vitalität, die Netzwerksituation, die Arbeitssituation (ggf. das konstruktive Meistern der Situation endgültigen Arbeitsverlustes durch andere sinnstiftende Tätigkeiten), d.h. die gesamte Lebenssituation verbessert wird, ist mit einer dauerhaften Beseitigung der depressiven Störung zu rechnen.

²¹⁶ Zobel et al. 1999; zu Stress und psychiatrischen Erkrankungen vgl. Mazure 1995

²¹⁷ Wittchen, Vossen 1992

²¹⁸ Osten 1999; Petzold, Osten 1998

²¹⁹ Müller, Petzold 1998

²²⁰ Orth, Petzold 1997

²²¹ Hass, Petzold 1999

²²² Petzold, Orth 1994

²²³ Kames 1992; Müller, Petzold 1999

²²⁴ van der Mei, Petzold, Bosscher 1997

²²⁵ Petzold 1993a, 1159f.; Orth 1994

²²⁶ Petzold 2000

²²⁷ Petzold 1997p

Ein solches Störungsbild mit seiner ganzen komplexen psychosozialen Problematik war schon in der „Psychotherapie der Vergangenheit“ nur sehr schwer zu behandeln. Die manualisierten Psychotherapien geben uns wenig an Information über derartige Behandlungen. Die guten oder hinlänglich guten Ergebnisse vorselektierter Patienten der meisten Outcome-studies der klinischen Psychotherapieforschung²²⁸ geben uns wenig Information für die erforderlichen umfassenden Rehabilitationsziele. Oft hat man den Eindruck, daß Patienten wie der oben kurz vorgestellte in der empirisch beforschten Population - praktisch aller großen Psychotherapieschulen, nicht zuletzt der Richtlinienverfahren - nicht vorkommen. Schon *Freud* hatte mit dieser Patientengruppe große Schwierigkeiten: er affirmierte - und das galt nicht nur für damals, das gilt noch heute²²⁹ -, daß die Psychoanalyse für die „Massenanwendung“²³⁰ nichts zu bieten habe: „Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun.“²³¹ Sollte eine Arbeit mit Breitenwirkung möglich und finanzierbar werden, werde man das „reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren haben.“²³²

In der Tat verwenden heute viele Psychoanalytiker trotz des Vorhandenseins psychodynamischer Kurzzeitinterventionen²³³ für die Traumatherapie das Schnellverfahren EMDR²³⁴.

Hatten diese „schwierigen“ Patienten in der „Psychotherapie der Vergangenheit“, die sich vielfach auf YAVIS-Patienten zentrierte²³⁵, keine Chancen, ist es fraglich, ob sie es in der „Psychotherapie der Zukunft“ haben werden. „Lohnt“ es sich, in solche Patienten zu investieren? Es lohnt sich, schaut man auf die volkswirtschaftlichen Kosten von Chronifizierungen über eine potentielle Zeit von 10-30 Jahren. Daher wird es unbedingt erforderlich, Chronifizierungen und Späterkennungen zu vermeiden. Viele schwere psychische Störungsbilder müssen in *Vorsorgeuntersuchungen* mit abgeklärt werden. Damit würden die Behandlungs- und Rehabilitationschancen wesentlich steigen, denn

²²⁸ Jacobi, Poldrack 1999

²²⁹ Thomas 1986

²³⁰ Freud 1919, 248

²³¹ Freud 1919, 248

²³² Freud 1919, 249

²³³ Horowitz 1986; Horowitz, Kaltrieder 1995

²³⁴ Shapiro (1995) setzt statt der schwingenden Uhr der alten Hypnotiseure den bewegenden Finger ein - letztlich eine Desensibilisierung im Hypnoid. Die anfänglich behaupteten überragenden Erfolge können jetzt nach dem Erscheinen zahlreicher kontrollierter Studien nicht bestätigt werden (z.B. *Wilson, Becker, Tinker* 1995), sie liegen im Normalbereich anderer Behandlungen (*Poldrack, Znoj* 1999). Die spezifische Wirkung der Augenbewegung konnte nicht erwiesen werden (*Eschenröder* 1995).

²³⁵ Grawe et al. 1994, 214, 752

zu späte und unzureichende Behandlungen haben lange Rehabilitationsprozesse im Gefolge, und manche Patienten sind auf Grund iatrogenen Vorbehandlungen oder verschleppter Krankheitsprozesse gar nicht mehr *nachhaltig*, d.h. umfassend ansetzend auf dauerhafte Wirkung abzielend, zu heilen.

Die vielfach vorfindliche Haltung, solche PatientInnen „abzuschreiben“ - bei Kostenträgern oder auch bei TherapeutInnen - ist nicht nur inhuman, sondern auch unökonomisch, sofern man Möglichkeiten hätte, solche Patienten erfolgreich zu behandeln und zu rehabilitieren. Man müsste allerdings in sie investieren, komplexe Behandlungsansätze koordiniert zum Einsatz bringen und zwar so, daß sie als solche finanziert werden. Bisläng sind Patienten weitgehend auf eigene Mittel, das Engagement und die Ingeniosität ihrer TherapeutInnen und ihren eigenen Einsatz angewiesen, wenn ein solches „*komplexes und integratives Therapiecurriculum*“ (KIT) geplant und umgesetzt werden soll, z.B. im Rahmen einer Integrativen Fokal- und Kurzzeittherapie (IFK)²³⁶.

Für den Patienten unseres Beispiels waren als Richtziele anzusehen:

Symptombeseitigung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Dafür sind in einem KIT folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. *eine moderne antidepressive Medikation* (in Koordination mit dem Psychiater)
2. *eine intermittierende fokale Therapie* (IFK) als mittelfristige Karrierebegleitung oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie, die folgende mögliche Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts²³⁷ enthält:
 - a) Veränderung von negativen Kognitionen, z.B. sensu Beck²³⁸ und dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen²³⁹, Aufbau von positiven „kognitiven Stilen“
 - b) Veränderung von negativen Emotionen, z.B. dysfunktionalen „emotionalen Stilen“, erlernter Hilflosigkeit, sensu Seligman²⁴⁰, Hoffnungslosigkeit, Resignation durch emotional modeling²⁴¹
 - c) Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen volitiven Stilen²⁴², *Willensempowerment*
 - d) Veränderung dysfunktionaler kommunikativer Stile zu funktionalen
3. *Netzwerktherapeutische Maßnahmen*²⁴³ zur Förderung der *Connectedness* mit folgenden möglichen Schwerpunkten:
 - a) Stärkung des familialen Netzwerkes durch Familien- bzw. Paartherapiesitzungen; Ermutigung, ein Haustier anzuschaffen (pet therapy)²⁴⁴
 - b) Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des amicalen sozialen Netzwerkes mit einer guten Erzählstruktur²⁴⁵, *Netzwerkenrichment*

²³⁶ Petzold 1993p

²³⁷ Petzold 1992a, 901ff

²³⁸ Beck 1976

²³⁹ Flammer 1990

²⁴⁰ Seligman 1979

²⁴¹ Petzold 1992a, 799ff

²⁴² Petzold 2000

²⁴³ Hass, Petzold 1999; Petzold 1994e; Feeney, Noller 1996; Josselson 1995

²⁴⁴ Pet therapy vgl. Griffenhagen 1991; Olbrich 1987; Petzold 1969b, 1988n, 481 - die Anschaffung eines Haustieres (pet), z.B. eines Hundes oder einer Katze, hat für viele Menschen einen anspornenden heilsamen Effekt, insbesondere in Verbindung mit Naturerleben (z.B. Spaziergänge mit dem Tier); Petzold, Orth 1998b

²⁴⁵ Petzold, Petzold 1991b; Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997; Wiedemann 1986

- c) Aufbau eines *kollegialen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Gesprächskultur, z.B. in Umschulungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen
- d) Aufbau eines Kontaktnetzes etwa in sportiven bzw. erwachsenenbilderischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements, *Netzwerkempowerment*
- 4. *Leib-, Bewegungs- und Sporttherapeutische Maßnahmen*²⁴⁶ mit folgenden möglichen Schwerpunkten:
 - a) Running therapy speziell für die depressiven Störungen²⁴⁷
 - b) Tonusregulation, Entspannungstraining, Atemaktivierung
 - c) Konditionsaufbau, *body enrichment*
 - d) Förderung eines gesundheitsbewußten und gesundheitsaktiven Lebensstils (Ernährung, Ausdauersport)
- 5. *Agogische*²⁴⁸ und *Kreativtherapeutische*²⁴⁹ Maßnahmen mit dem Ziel:
 - a) Förderung der beruflichen Reintegration, des Arbeitsverhaltens und der Belastungsfähigkeit
 - b) Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens
 - c) Förderung der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks (*enrichment*)
 - d) Förderung von Interessen und Freizeitgestaltung (Gesprächskreise, Hobbies, Naturerleben)²⁵⁰
- 6. *Metatherapeutische Maßnahmen*²⁵¹ mit emanzipatorischen Zielen:
 - a) Verarbeitung der Krankheitserfahrung als solcher, d.h. Be- und Verarbeitung der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen
 - b) Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung
 - c) Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen²⁵²
 - d) Bewußtwerden, was im Leben zählt, guttut und wichtig ist, um dem in Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher „Lebenskunst“²⁵³ nachzugehen.

Mit einem solchen komplexen und *multiprofessionell* durch ein „Netzwerk von Helfern“ durchgeführten und von einem integrativ und differentiell arbeitenden Therapeuten koordinierten Programm, das dem Faktum Rechnung trägt, daß der Mensch in seinen sozialen und ökologischen Beziehungen ein „Ganzes“ ist, sind Erfolge zu erreichen. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden eines in so umfassender Weise beeinträchtigten Menschen muß auch in umfassender Weise in Angriff genommen werden, weil nur in der *gesamten, nachhaltigen Sanierung* einer desolaten Lebenssituation, in der Nutzung aller noch vorhandenen gesunden Potentiale und Ressourcen auch eine **nachhaltige** Wirkung erzielt werden kann. Und **Nachhaltigkeit** der Behandlung wird in einer „Psychotherapie der Zukunft“ eine bedeutende Rolle spielen. Nur sie ist letztlich auch ökonomisch, verhindert Chronifizierungen, sekundäre Schädigungen durch unvollständige und fragmentierte (d.h. potentiell iatrogene)²⁵⁴ therapeutische Maßnahmen, die die Motivation und das Vertrauen des Patienten verschleißen und eine *Erosion der Selbstheilungskräfte* und des Erholungsverhaltens als Folge haben. Deshalb ist auch die Metareflexion des Krankheitsgeschehens, des gesellschaftlichen Kontextes und - in emanzipatorischer Absicht - der Erfahrungen (gute wie schlechte) mit Therapie und ihren Ideologemen wichtig - bislang noch völlig vernachlässigte Fragestellungen, genauso wie die einer **persönlichen Lebenskunst**.

Durch den Einbezug der Medikation und der Sporttherapie wird die Psychotherapie nicht überflüssig, sie wird spezifischer, *psychotherapeutischer*, integrativer. In der Integrativen Therapie arbeiten wir „multimodal“²⁵⁵, d.h. mit verschiedenen Modalitäten: z. B. übungszentriert-funktional (z.B. entspannungs- und sporttherapeutisch²⁵⁶), erlebniszentriert-stimulierend, (z.B. kreativitätstherapeutisch²⁵⁷),

²⁴⁶ Petzold 1996a; Voutta-Voss 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bosscher et al. 1998

²⁴⁷ Bosscher 1992; Bosscher et al. 1998

²⁴⁸ Petzold, Reinhold 1983; Sieper, Petzold 1993

²⁴⁹ Petzold, Orth 1985, 1990

²⁵⁰ Petzold, Orth 2000

²⁵¹ Petzold 1994a, 1994c

²⁵² Petzold, Orth 1999a

²⁵³ Schmid 1999; Foucault in Mazumdar 1998

²⁵⁴ Petzold 1999h

²⁵⁵ Petzold 1974j, 302

²⁵⁶ Voutta-Voß 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997

konfliktzentriert-aufdeckend²⁵⁸, soziotherapeutisch-supportiv²⁵⁹, medikamentös²⁶⁰. In diese Richtung wird auch die Psychotherapie der Zukunft gehen. Ich hatte schon 1974²⁶¹ von einer „*multimodalen Therapie*“ gesprochen und sie praxeologisch ausgearbeitet, unabhängig von A. Lazarus²⁶². Die Entwicklungen sind in diese Richtung weitergegangen²⁶³ und werden in diese Richtung weitergehen. Dabei werden PatientInnen immer mehr als mündige PartnerInnen, als Kodiagnostiker und Mitwirkende in ihrer Psychotherapie²⁶⁴ eine Rolle spielen und die Behandlungen werden neben Fragen der Symptombeseitigung oder -veränderung (*curing*), Fragen der Lebensbewältigung (*coping*), der Unterstützung (*supporting*), aber auch der Erweiterung von Kompetenzen (*enlargement*), der Bereicherung der Lebensqualität (*enrichment*) und der Förderung von Souveränität (*empowerment*) einbeziehen (*Petzold*)²⁶⁵. Longitudinale Entwicklungspsychologie²⁶⁶ in klinischer und gesundheitspsychologischer Ausrichtung²⁶⁷ werden dabei immer größere Bedeutung gewinnen, aber auch die Berücksichtigung sozialer Zusammenhänge, Netzwerke, Konvois²⁶⁸, salutogener Mikroökologien²⁶⁹ und gesellschaftlicher Bedingungen und Einflüsse - Zeitgeist²⁷⁰, ökonomische Verhältnisse²⁷¹ - Wissensbestände, in denen wir lernen müssen, kompetent zu *navigieren*.

Es wird damit ein „*erweiterter Therapiebegriff*“ prägnanter, wie er in der Integrativen Therapie seit ihren Anfängen vertreten und entwickelt wurde, und dessen Orientierungen sich zunehmend im gesamten psychotherapeutischen Feld verbreiteten. Er hat vier Dimensionen:

²⁵⁷ Petzold, Orth 1990

²⁵⁸ Petzold 1988n, 437

²⁵⁹ Petzold, Thomas 1994

²⁶⁰ Birchler 1997

²⁶¹ Petzold 1974j, 302

²⁶² Lazarus 2000

²⁶³ Grawe 1998

²⁶⁴ Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998; Howe 1993; McLeod 1990

²⁶⁵ Petzold, Orth 1998b; Petzold, Orth 1995b; Petzold, Steffan 1999b

²⁶⁶ Schroots 1993; Rutter 1988

²⁶⁷ Petzold, Orth 2000; Petzold 1993j

²⁶⁸ Hass, Petzold 1999

²⁶⁹ Petzold, Orth 2000

²⁷⁰ Petzold 1989f

²⁷¹ Petzold 1994c

1. Therapie hat eine *klinische*, d.h. kurative und palliative Dimension. Deren Ziel ist es, Pathologie zu beseitigen oder zu mindern im Sinne des medizinischen Modells, wobei man in zentrale Weise die *Frage nach Hilfe*, das *Unterstützungsbegehren* der PatientInnen berücksichtigt;

2. Therapie hat eine *salutogene*²⁷², d.h. gesundheitsfördernde²⁷³ und -erhaltende Dimension. Ziel ist es, einen gesundheitsbewußten und –aktiven Lebensstil zu fördern im Sinne des (gesundheits)psychologischen Modells²⁷⁴, das die *Fragen der KlientInnen* und ggf. *KundInnen* nach Gesundheit (*health*), Leistungsfähigkeit (*fitness*) und Wohlbefinden (*wellness*) und guten sozialen Beziehungen (*connectedness*)²⁷⁵ in Form von Aktivitäts-, Gesprächs- und Erzählgemeinschaften²⁷⁶ berücksichtigt;

3. Therapie hat eine *persönlichkeitsentwickelnde*²⁷⁷, d.h. die persönliche *Souveränität*²⁷⁸, die *Ressourcen* und *Potentiale* des Subjekts²⁷⁹, seine personalen und sozialen Kompetenzen und Performanzen fördernde Dimension, in der die *Entwicklungsaufgaben*²⁸⁰ des Menschen, seine Fragen nach Persönlichkeitsbildung, Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis, Selbstverwirklichung²⁸¹, seine **Lebenskunst**²⁸² als Fähigkeit der „Sorge um sich“²⁸³ und um Andere²⁸⁴ in persönlich gelebter Ethik²⁸⁵ praktizierter Verantwortung²⁸⁶ für die gemeinsame Lebenswelt berücksichtigt werden;

4. Therapie hat eine *kulturschaffende* und *kulturkritische* Dimension, ist Kulturarbeit²⁸⁷. Sie fördert nicht nur die *Exzentrizität*, mit Blick auf persönliche, sondern auch auf die gesellschaftliche Situation und die Kraft und den Mut zur Offenheit, Klarheit und freimütigen Rede, d.h. zur **Parrhesie**²⁸⁸, die Devolution²⁸⁹ und Entfremdung²⁹⁰ entgegentritt und für ein „gutes Leben“²⁹¹ in kultureller Vielfalt und Freiheit²⁹² eintritt. Sie ermutigt und berücksichtigt die *Fragen des Mitbürgers nach den Möglichkeiten, sich in der Gesellschaft, einer civic society*²⁹³, zu engagieren und sie aktiv mitzugestalten (in Bürgerinitiativen, kulturellen, humanitären, ökologischen, politischen Projekten etc.) Nicht nur für Menschen im Klientenstatus, auch Patienten können von einer bewußten Teilnahme an solcher Gesellschafts- und Kulturarbeit für ihre Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung profitieren.

Die Psychotherapie hat Zukunft, wenn sie sich an diesen vier aufgezeigten Dimensionen profiliert, vertieft, und diese als Möglichkeiten entwickelt und vernetzt. Die aufgewiesenen Dimensionen stehen vor dem Hintergrund von Überlegungen aus dem Therapieverständnis des *Integrativen Ansatzes*, seiner anthropologischen und gesellschaftstheoretischen Sicht, und dieser leistet damit – wie jede andere therapeutische Grundorientierung – einen Beitrag zur „Psychotherapie der Zukunft“.

²⁷² Schüffel et al. 1998

²⁷³ Amman, Wipplinger 1998

²⁷⁴ Becker 1995; Traue 1998

²⁷⁵ Hass, Petzold 1999; Josselson 1995

²⁷⁶ Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997

²⁷⁷ Petzold, Steffan 1999b

²⁷⁸ Petzold, Orth 1999a

²⁷⁹ Petzold 1997p

²⁸⁰ Havighurst 1948

²⁸¹ Laireiter 1999; Petzold, Steffan 1999b

²⁸² Schmid 1999

²⁸³ Foucault 1986c

²⁸⁴ Petzold, Orth, Sieper 1999

²⁸⁵ Lévinas 1983; Petzold 1992a, 500ff

²⁸⁶ Petzold 1991e

²⁸⁷ Petzold 1987d; Petzold, Orth 1999

²⁸⁸ Petzold, Ebert, Sieper 1999

²⁸⁹ Petzold 1986h

²⁹⁰ Petzold 1987d

²⁹¹ Steinfath 1998

²⁹² Berdjajev 1994; Petzold 1971 IIa

Wenn wir vor diesem Hintergrund (genderbewußt²⁹⁴) sagen, der „Mensch als Mann und Frau ist *Leib im Kontext und Kontinuum*, Leibsubjekt in der Lebenswelt“, Bürger in der Zivilgesellschaft²⁹⁵, so wird der Kontext, der soziale und mikroökologische Kontext, von uns nicht auszublenden sein. Wenn wir vor diesem Hintergrund sagen, jede Volition, Emotion und jede Kognition hat eine leibliche Basis, ist dabei die Frage sekundär, ob nun die Kognitionen die Emotionen und Volitionen bestimmen oder, wie neuere Forschungen zeigen, die Emotionen sehr stark die Kognition beeinflussen²⁹⁶. (Diese Fragen nach der Henne und dem Ei halte ich für unfruchtbar.) Es geht um die Konnektivierungen²⁹⁷, die Zusammenhänge, um die *Synergien*. Ich finde es wesentlich, daß wir in der Zukunft diese Bereiche leibtherapeutischer Arbeit und der Arbeit mit ökologischen²⁹⁸ und sozialen Kontexten²⁹⁹, der Sinn- und Wertefrage³⁰⁰ mit aufnehmen in die psychotherapeutische Tätigkeit und vor allen Dingen auch in unsere berufspolitischen Strategien. Krank wird man „am Leibe“, auch wenn man „an der Seele“ krank ist. Jeder Depressive hat eine Vielzahl spezifischer somatischer Störungen, das kann ich nicht ausblenden, denn sie wirken auf mich als Beobachtenden, als Diagnostiker³⁰¹, Therapeut, als Mitmensch leiblich-konkret. In der Leiblichkeit liegt auch meine eigene Betroffenheit und mein Mitleiden mit dem Patienten und dadurch ist er nicht nur Klient oder Kunde, sondern *bedeutungsvoller Anderer (Lévinas)*³⁰², Mitsubjekt (*Marcel*)³⁰³, in fundierter Partnerschaft (*Petzold*)³⁰⁴. Und diesem Mitleiden will ich mich aussetzen, denn darin liegt für mich (und auch für andere Kolleginnen und Kollegen) eine starke Motivation der Hilfeleistung. Ich halte wenig von diesen Thesen über die „hilflosen Helfer“. Die Helfer sind äußerst leistungsfähig und können sehr viel tun, besonders wenn sie sich zusammenschließen. Man sollte sich nicht selbst stigmatisieren, sondern seine „*persönliche Souveränität*“ bekräftigen, man sollte aber auch nicht wechselseitig abwerten, sondern aus einer Haltung „*fundierter Kollegialität*“ Koalitionen suchen. Man muß sich aber auch gegen unkollegiale Angriffe abgrenzen. Die naheliegenden Koalitionen müßten meine Kollegen sein, wenn sie mir

²⁹³ Bukow 1999; Nölke 1997; Lauth 1992; Klein, Schmalz-Bruns 1997; Somers 1998

²⁹⁴ Petzold 1998h; Benhabib 1995

²⁹⁵ Bukow 1999; Lauth 1992; Nölke 1997; Somers 1998

²⁹⁶ LeDoux 1996, 1999

²⁹⁷ Petzold 1998f, 1998a, 131, 176

²⁹⁸ Petzold, Orth 2000; Saup 1993

²⁹⁹ Hass, Petzold 1999

³⁰⁰ Petzold 1983d; Debats 1996

³⁰¹ Petzold, Osten 1998; Osten 1999

³⁰² Lévinas 1983

³⁰³ Marcel 1967, 1985

³⁰⁴ Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1993

meinen Platz lassen, wie ich ihnen Raum lasse und bereit bin, auf sie zu hören. Wenn wir zu einer solchen „fundierten Kollegialität“ und zu einer „diskursiven Kultur“³⁰⁵ kommen, in der wechselseitige Unterstützung, Wertschätzung, fachliche Lernbereitschaft und faire Auseinandersetzung die Leitprinzipien sind, werden wir eine gute Zukunft haben. Ansonsten werden die unendlichen Streitereien weitergehen.

Neben den Kolleginnen und Kollegen muß ich auch auf meine *Partner* schauen. Meine PatientInnen, KlientInnen sind meine Partner (und sie sind in bestimmten Aspekten und Situationen auch meine Klienten und Kunden). Auch mit ihnen muß ich zu einer „fundierten Partnerschaft“ finden, nicht als Lip-Service: „Na klar, Partnerschaft, Rogers und so,“ sondern ich muß wirklich diese Partnerschaft ernst nehmen dadurch, daß ich auch Patienten in das Nachdenken über die „Zukunft der Psychotherapie“ und die „Psychotherapie der Zukunft“ einbeziehe.

Wenn wir „fundierte Kollegialität“ zwischen Psychotherapeuten, Kolleginnen und Kollegen aus allen Schulen und Richtungen in einer *Einheit* der Disziplin und Profession bei prinzipieller Verschiedenheit (unity in diversity) verwirklichen und „fundierte Partnerschaftlichkeit“ mit Patienten aus einer Haltung „persönlicher Souveränität“ und „sozialen Engagements“³⁰⁶ realisieren können, hat Psychotherapie als Heilkunde, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung, hat die Arbeit mit unseren Patienten und für unsere Patienten Zukunft, hat die Arbeit für unsere Profession als Psychotherapeuten Zukunft, und dann werden wir die „Psychotherapie der Zukunft“ auch wieder miteinander in *Ko-respondenz* und *Diskurs* neu bestimmen, entwickeln und gestalten können, womit wir auch einen Beitrag zur *Kulturarbeit* in einer humanen Gesellschaft leisten.

³⁰⁵ Petzold 1990n; Petzold 1997l

³⁰⁶ So das 4. Richtziel im Ausbildungscurriculum der Integrativen Therapie (Petzold 1996a, 603)

Zusammenfassung: Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie.

Vor dem Hintergrund einer Auseinandersetzung mit den neueren Entwicklungen im psychotherapeutischen Feld wird über die „Psychotherapie der Zukunft“ und damit über die „Zukunft der Psychotherapie“ nachgedacht: Wichtigste Aufgabe wird sein, Dualismen und Zerspaltenheiten zu überwinden: Körper/Seele, Individuum/Gesellschaft. Aber auch Antagonismen bzw. Polarisierungen gilt es anzugehen: zwischen den Berufsgruppen, z.B. Ärzten/Psychologen, zwischen den Schulen und Verfahren, z.B. Richtlinienverfahren/Nicht-Richtlinienverfahren, Psychoanalyse/Rogerianische Gesprächspsychotherapie etc. Es geht darum, „common ground“ zu finden und zu bauen, „unity in diversity“ in einer übergreifenden Profession und Disziplin „Psychotherapie“ und in der Kooperation mit unseren *Partnern*, den Patienten und Klienten.

Schlüsselwörter: Psychotherapiewissenschaft, Theorienbildung, zukünftige Entwicklungen, Integrative Therapie

Summary: The future of psychotherapy – Reflections on the future and culture of a corresponding and evidence based Human Therapy

Discussing recent developments in the field of psychotherapy „psychotherapy of the future“ and the „future of psychotherapy“ are reflected. The most important task will be to overcome dualisms and disunities: body/mind, individual/society but also antagonisms and polarizations e.g. between professions doctors/psychologists, between schools and approaches of approved methods and not-approved methods, e.g. psychoanalysis/Rogerian client centered psychotherapy etc. It will be necessary to find and to build „common ground“, „unity in diversity“ in an all encompassing profession and discipline and in the cooperation with our *partners*, the patients and clients.

Keywords: Psychotherapy Sciences, Theory Building, Future Developments, Integrative Therapy