

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

### Herausgegeben von:

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

### In Verbindung mit:

Dr.med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb  
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund  
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf  
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf  
Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Prof. Dr.phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen  
Lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

[www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge)

## Ausgabe 14/2009

### Der Chartaprozess - die „Charta- Wissenschaftscolloquien“ 2000 – 2001 Der Beitrag der Integrativen Therapie Ausgewählte Texte 2009 zusammengestellt von

*Hilarion G. Petzold et al., Amsterdam, Düsseldorf, Krems, Paris\**  
*Johanna Sieper, Hückeswagen, Paris*  
(Updating von Petzold 2001o)

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H.G. Petzold), Donau-Universität Krems. Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge). Der Beitrag hatte die Sigle 2001o im Werkeverzeichnis und ist hier um einige Materialien erweitert worden.

## **Inhalt: \***

- Vorbemerkung: H. Petzold, J. Sieper** **S. 3-5**
- 1. Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven (Chartacolloquium I – Kindertherapie) L. Müller, H. Petzold** **S. 6-16**
- 2. Wirkprozesse, Wirkfaktoren, Praxistategien: Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und vor dem Hintergrund des Menschen- und Weltbildes in der „Integrativen Therapie“ (Chartacolloquium II, 2000) H.Petzold, W. Schuch, A. Steffan** **S. 17-35**
- 3. Forschung an EAG/SEAG (Charta Colloquien VI und VII) H.Petzold, J. Sieper** **S. 36-44**
- 4. Psychotherapie als „fundierte Pluralität“ – Damit das wegweisende Projekt der „Charta“ nicht scheitert, weil man „auf’s falsche Pferd setzt“ – Minderheitenreport (2002 mit Materialien aus Colloquium V) H.Petzold, J. Sieper** **S. 45-73**
- 5. Das Projekt „Wissenschaftlichkeit“ in der Schweizer Psychotherapie Charta - einige grundsätzlich kritische Anmerkungen als offene Stellungnahme (2000) Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper** **S. 74-79**
- 6. Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III, 2000) H. G. Petzold (2000h)** **S. 80- 140**
- 7. INTEGRATIVE THERAPIE (IT) KOMPAKT**  
**Text zum Abschluss des Charta-Prozesses für das Psychotherapie Forum**  
**Johanna Sieper, Hilarion G. Petzold** **S. 141-143**
- 8. Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa – Festvortrag zur Charta-Unterzeichnung 1993 Hilarion G. Petzold** **S. 144-147**
- 9. Die Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zur Wissenschaftlichkeit von 2002 – eine Stellungnahme aus der Position „weiterführender Kritik“ Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper, Düsseldorf** **S. 148-163**

---

\* Stellungnahmen der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, SEAG, Düsseldorf/Schweizer Stiftung Europäische Akademie für Integrative Therapie und Psychosoziale Gesundheit“, SEAG, St. Gallen, zum Colloquium VI/VII

## Vorbemerkung: Zum Up-Dating der Edition von 2001o im Jahr 2009

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

Die „Schweizer Psychotherapiecharta“, bekanntlich ein Zusammenschluss der wichtigsten Ausbildungsinstitute und Verbände der psychotherapeutischen Orientierungen und „Schulen“, die in der Schweiz vertreten sind (die Verhaltenstherapie ausgenommen, die nicht Mitglied ist), hat mit der Vorbereitung ihrer Konstituierung vor mehr als einem Jahrzehnt und ihrer Gründung 1992 einen faszinierenden und in der Psychotherapiegeschichte einzigartigen Prozess eingeleitet: nicht nur, daß sich die unterschiedlichen „communities“ auf gemeinsame Standards der Ausbildung geeinigt haben, eine gemeinschaftliche Berufspolitik betreiben, miteinander sich um Qualitätssicherung bemühen und durch Tagungen und Symposien ein schulenübergreifendes Diskussionsforum geschaffen haben, sie haben auch mit zwei *Enquêtes* einen Prozeß der Qualitätsentwicklung und „komparativer Theoriearbeit“ initiiert. Zu zentralen Themenbereichen der Psychotherapie, ihren „Kernthemen“, nehmen in einer Serie von Fachkolloquien alle Mitgliedsinstitutionen schriftlich Stellung, und diese Texte werden dann in einem *öffentlichen Diskurs* auf ihren wissenschaftlichen Gehalt hin zwischen VertreterInnen der Orientierungen und „Schulen“ diskutiert. Ziel ist, so die Intention dieses Unterfangens, die Wissenschaftlichkeit der einzelnen Verfahren zu überprüfen. Im Sinne des im wissenschaftlichen Feld üblichen Prozesses der „peer review“ soll dann über die Wissenschaftlichkeit der Verfahren, d.h. über den Stand der wissenschaftlichen Elaboration entschieden werden. Strukturelle Grundlage bildete dafür das von mir entwickelte Modell des „Tree of Science“ (Petzold 1975h, 1992a, erg. 2003a, 65), das ich in meiner Festrede zur Charta-Unterzeichnung 10.03.1993 nochmals erläutert habe (idem 1992q, er wird hier als Abschlusstext in dieser Dokumentation veröffentlicht, war ist er doch Dokumente eines Anfangs). Anhand der Lineatur dieses Modells wurden die einzelnen Stellungnahmen der verschiedenen Verfahren erarbeitet.

Es ist dieses Unternehmen deshalb so beachtenswert, weil die psychotherapeutischen „Schulen“ bislang in einem Diskurs „strittiger Disputationen“ oder „apologetischer Argumentationen“ standen, „kontroverstheologischen Auseinandersetzungen“ gleich, sofern sie einander überhaupt in ihren Positionen zur Kenntnis nahmen. Dieser Usus im Feld der Psychotherapie“, die – diskurstheoretisch/archäologisch gesehen (Foucault) als „Nachfolgerin der Seelsorge“, mit den Psychoanalytikern/PsychotherapeutInnen als „Stand von weltlichen Seelsorgern“ (Freud), noch weitgehend von einem „ekklesialen Diskurs“ bestimmt ist (Petzold, Orth 1999, Editorial Integrative Therapie Heft 2), was gerade für die Therapieverfahren mit „Gründervätern“ einen Bürde ist (Leitner, Petzold 2009), wird erst allmählich verändert.

Die Charta hat nunmehr einen *Diskurs institutionalisiert*, ein *Ko-responzenzforum* geschaffen, in dem ein respektvoller, nicht-polemischer *Polylog* „life“ stattfindet – was nicht heißt, dass es nicht auch strittige Positionen gibt, denn nur in Konsens-Dissenzprozessen kann man sich annähern und ist wissenschaftlicher Fortschritt möglich. Er braucht den Dissens. Die Chartakolloquien präfigurieren auf einer Mikroebene bzw. in einem Mikrosystem [der Psychotherapie in der Schweiz], was im Gesamtfeld der Psychotherapie stattfinden muß, soll Psychotherapie eine gute Zukunft haben (Petzold 1999p): die Erarbeitung eines hinlänglich breiten *Konsenses*, über das, was Psychotherapie ist und leisten kann und über Grundprinzipien, wie sie ihre Aufgaben realisiert. Damit würde für die „professional community“ ein tragfähiger *Sinn* geschaffen und das böte eine Zukunft guten Miteinanders.

Im folgenden werden die wichtigsten von Seiten der EAG geleistete Kolloquiumsbeiträge vorgestellt. Erschienen sind die Kolloquien I (Erwachsene Petzold, Steffan 2000), IV (Forschung, Steffan, Petzold 2001). Die überarbeitete Publikation des Colloquium III (Petzold 2000h) ist in Vorbereitung, so steht hier nur eine unvollständige Rohversion in der Dokumentation, die allerdings die Essentials enthält. Das Colloquium V war ein freies

Colloquium, zu dem die Stellungnahme *Petzold, Sieper* im Minderheitenreport verfasst wurde (s.u.). Der zusammenfassende Text (VI) für das Psychotherapie Forum, von jedem Verfahren erstellt, bildet den Schlussstein dieses Abschnitts des Charta-Prozesses, der allerdings damit nicht zu Ende ist, weil der Diskurs ja „institutionalisiert“ wurde, also mit dem Ziel permanenter Qualitätssicherung und -entwicklung fortgeführt wird, wie das abschließende Dokument aus der Nachfolgediskussion exemplarisch zeigt.

Es sei nochmals unterstrichen. **Der Charta-Diskurs ist psychotherapiegeschichtlich einzigartig.** Im universitären Bereich hat es einen solchen Diskurs bislang nicht gegeben (es gab hier natürlich andere). Die Hegemonialmacht der traditionellen Main-Stream-Verfahren hat eine solche weiterführende Auseinandersetzung nicht zugelassen. Die kleineren Psychotherapieverfahren hatten allerdings auch nicht das Diskurspotenzial, das indes, der Chartaprozess zeigt dies, über den Prozess hin gewachsen ist. Er zeigt aber auch, wie demokratische Mehrheitsentscheidungen Wissenschaftlichkeit auch verfehlen können, wenn „das bessere Argument“ (*Habermas*) nicht gehört oder überstimmt wird, oder der Druck berufspolitischer Interessen zur intervenierenden Variable wird. Das macht diesen Diskurs auch *prekär* und macht Metareflexionen „**aus dem exzentrischen Abstand**“ erforderlich. Das war ein Grund, diese Dokumentation in einem Up-Dating vorzulegen, u. a. **weil eine solche Nacharbeit bislang nicht erfolgt ist.** Die hier zusammengestellten Materialien geben Einblick in die Dynamik des Diskurses anhand eines exemplarischen Einzeldiskurses, dem der Integrativen Therapie, der – das dürfte leicht ersichtlich sein – einem *universitär-wissenschaftlichen* Paradigma verpflichtet ist, obwohl er in diesem durchaus „Randgänge“ (*Derrida*) unternimmt, die es indes in diesem Kontext nicht leicht hatten (*Sieper et al. 2007; Petzold 2007h*). Es werden unterschiedliche Wissenschaftsverständnisse sichtbar, und die Mühen, unsere Disziplin, die Psychotherapie, wissenschaftlich in Konsens-Dissens-Prozessen ko-respondierend voranzubringen, Mühen, die man auf sich nehmen muss und in die viel Lebenszeit von allen im Charta-Prozess, denen die Sache der Psychotherapie am Herzen liegt, investiert worden ist und werden muss.

Der Charta-Prozess, für den wir gemeinsam viele Texte verfasst haben, war für uns eine beeindruckende Erfahrung in unserem professionellen Leben, für die wir den KollegInnen dankbar sind. Sie haben uns herausgefordert, unsere Positionen wissenschaftlich solide vorzutragen, was arbeitsintensiv war – im Interesse eines Diskurses, dessen Ziel für uns war, die Psychotherapie voranzubringen im Sinne des obenstehenden „Imperativs“, der im Chartaprozess 2000 von uns formuliert wurde. Wir hatten stets die Hoffnung, dass in den verschiedenen Richtungen und Schulen der jeweils „**andere Diskurs**“ wahrgenommen wird, man sich um ein wechselseitiges „fundiertes“ Verstehen bemüht, denn dann, nur dann sind in weiteren Schritten Weiterentwicklungen der eigenen Positionen möglich in Richtung eines „polyzentrischen Vernetzens“ von **Positionen** (idem 2007h), mit denen gemeinsamer Boden geschaffen wird. Diese Schritte liegen noch vor den meisten Psychotherapieschulen – in der Charta ist man auf einem **gemeinsamen WEG\*** und das ist schon viel.

**Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper**  
**Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - Im September 2009**

#### **Literatur:**

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

*Petzold, H. G. (1992a): Integrative Therapie, Junfermann, Paderborn, Bd. I; erw. Neuaufl. 2003a*

*Petzold, H.G. (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie 2* (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt 17* (Zürich 1993) 38-39 und hier als Text 8..*

*Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie 4*, 338-393*

---

\* In der Integrativen Therapie haben wir in diesem Kontext eine „Philosophie des Weges“ erarbeitet: *Petzold 2005t; Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2008.*

- Petzold, H.G. (2005t): Homo migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. Hommage an Simone de Beauvoir. www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2005; auch in: Willke, E. (2006): Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress. Pullheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie. 33-116.*
- Petzold, H.G. (2007h): “Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt” Einführung zur Gesamtbibliographie H. Petzolds. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 1/2009 und in Sieper, Orth, Schuch (2007) 677 -697.*
- Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Ergänzt in: Petzold, Orth, Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn, Bielefeld, Aisthesis (2005a) 689-791 und in POLYLOGE 9, 2009, Bei: www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit.*
- Petzold, G.H., Orth, I., Sieper, J. (2008a): Der lebendige „Leib in Bewegung“ auf dem WEG des Lebens – Chronotopos - Über Positionen, Feste, Entwicklungen in vielfältigen Lebensprozessen. Zum Jubiläum: 25 Jahre EAG – 40 Jahre Integrative Therapie. Integrative Therapie 3, 255-313.*
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis „Ziele in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie Integrative Therapie 2, 203-230 und: Psychologische Medizin 1/2001, S. 34-46*
- Steffan, A., Petzold, H.G., (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). Integrative Therapie 1, 63-104 und in: Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag.*
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.*

# Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven (Chartacolloquium I – Kindertherapie)

Hilarion Petzold, Amsterdam, Lotti Müller, St. Gallen

- Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wurde in den sechziger Jahren mit verhaltensgestörten Kindern und dissozialen Jugendlichen (*Petzold* 1969b,c, 1971b) in psychotherapeutischen und in heilpädagogischen Kontexten (*Petzold* 1968c, 1972e,f) als Teilbereich der Integrativen Therapie (*Petzold* 1974j, 1992a) entwickelt. Sie hat sich über nunmehr drei Jahrzehnte als eigenständige Richtung *methodenübergreifender, entwicklungspsychologisch* ausgerichteter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie herausgebildet, die einem „**biopsychosozialen Modell**“ der Betrachtung (*Petzold* 2001) verpflichtet ist und in einem differenzierten Curriculum gelehrt wird (*Metzmacher* 1992; *Reiser* 1993), seit 1982 in Deutschland, seit 1989 auch in der Schweiz und in Österreich. Die Curricula für Integrative Therapie mit Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen wurden 1991 in der Schweiz im Rahmen des SVP anerkannt. Im Mai 2000 wurde das Grundverfahren der Integrativen Therapie auch vom FSP als Postgraduale Weiterbildung für den Fachtitel Psychotherapie anerkannt. In den Grundpositionen stimmen natürlich innerhalb eines Verfahrens, das am „lifespan developmental approach“ (*Baltes, Eckensberger* 1979; *Petzold, Bubolz* 1979, *Petzold* 1999b) ausgerichtet ist, die Konzepte in den unverzichtbaren altersspezifischen Zupassungen, überein, weshalb auf einschlägige Darstellungen wie die von *Petzold, Steffan* (2000a) oder *Schuch* (2000; *Petzold* 2001a, b) verwiesen wird. Dennoch sind für die Gruppe alter Menschen aufgrund der spezifischen Lebensbedingungen und Alternsprozesse besondere Entwicklungen zu einer spezialisierten *Gerontotherapie* (*Petzold* 1965, 1985a) erforderlich, da sonst mit erhöhten Risiken und Nebenwirkungen, eventuell Therapieschäden zu rechnen ist (*Müller, Petzold* 2001, *Märtens, Petzold* 2001). Ein gleiches gilt für die Therapie Jugendlicher (*Petzold* 1971b, *Petzold, Epe* 1984). Und natürlich sind spezifische konzeptuelle und methodisch-technische Ausarbeitungen und Forschungsarbeiten erforderlich, um in einem Verfahren eine kindgemässe und kindgerechte Praxis zu entwickeln. Die Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie ist das Ergebnis solcher Entwicklungsarbeit, die nach zwanzigjähriger Erfahrung dazu führte, dass 1982 ein eigenes Ausbildungscurriculum erarbeitet wurde, um Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu qualifizieren gemäss der UNICEF-Entschiessung, dass Kinder *ein Recht auf eigene Berufe im Gesundheitswesen bzw. in der medizinischen Versorgung haben* - eine Position, an die zu erinnern ist in einer Zeit, in der auch in der Schweiz gesetzliche Regelungen für die Psychotherapie anstehen. Hier gilt es von professioneller Seite, sich für die Rechte von Kindern in diesem Bereich einzusetzen. Auch vor diesem Hintergrund ist dieser kleine Artikel geschrieben worden, denn in der Psychotherapie, der von Kindern zumal, sind die Kontextbedingungen immer mit in den Blick zu nehmen. Besonders für die Situation von Kindern und auch der alter Menschen - *beides gesellschaftlich benachteiligte Gruppen* - gilt es, gesundheits- und berufspolitisch gute Regelungen für die psychotherapeutische Versorgung auszuhandeln, *denn diese bilden die Grundlage für optimale Behandlungsmöglichkeiten*, sind also als ein wesentlicher „protektiver Faktor“ zu sehen (er wurde in der Schutzfaktorenforschung typischerweise nicht genannt, und bislang sind auch diese beiden Altersgruppen in den gesundheitspolitischen Aktivitäten zu einem Psychotherapiegesetz in der Schweiz nicht vertreten).

## 1. Gesundheitsverständnis/Krankheitsverständnis in der Kindertherapie

In einem modernen Psychotherapieverständnis können Gesundheits- und Krankheitsperspektive nicht mehr getrennt betrachtet werden (*Pritz, Petzold* 1982)

Es gelten auf der *strukturellen* Ebene der Patho- und Salutogenese für die *Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (Petzold 1969b, Petzold, Schulwitz 1972a, Petzold, Geibel 1972) ähnliche Prinzipien wie für die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit bei Erwachsenen, dennoch sind die Kontextfaktoren und die Verarbeitungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen spezifisch zu sehen: intrapersonale Prozesse der Selbstregulation, Selbstentfaltung und Identitätsentwicklung müssen mit interpersonalen und sozioökologischen Prozessen in kindgemäßer ausgewogener Weise verwoben sein, wobei die Gesundheit des sozialen Netzwerkes - des familialen wie des amikalen (Hass, Petzold 1999; Petzold 1995a) – zentral steht, weshalb Eltern- und Familienarbeit und -therapie (Petzold 1973f, 1993i, 1995e) von besonderer Bedeutung sind. Das Netzwerk des Kindes, sein „Weggeleit“ (Convoy) müssen gesund sein, ressourcenreich und voller protektiver Faktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Die soziale Situation des Kindes wird damit zu einem wesentlichen Parameter für Gesundheit und Krankheit (Metzmacher, Zaepfel 1995a,b; 1996).

Gesundheit von Kindern und Krankheit von Kindern muß lebensalterspezifisch unter kindgemäßen Betrachtungsparametern angesehen werden, und zwar sowohl in kulturspezifischer wie auch in genderspezifischer Sicht (Jungenarbeit, Mädchenarbeit). Dabei ist von besonderer Bedeutung, die ganze Breite der Verhaltensnormen im Blick zu haben, um Kinder nicht zu stigmatisieren. Aufgrund unterschiedlicher Erziehungsnormen wird nämlich leicht eine „harmlose Eigenheit“ zu einer Störung oder Krankheit. Insbesondere in der Arbeit mit behinderten Kindern (Petzold, Mathias 1978, Petzold 1993i) sind deshalb identitätsnormierende Perspektiven von zentraler Bedeutung (Petzold 1990m).

Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Ramin, Petzold 1987; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995, 1996) hat den Themen Gesundheit, Krankheit, Behinderung über die gesamte Spanne der Kindheit und des Jugendlichenalters, von der Säuglingszeit (Petzold 1993c, 1994j, 1997u) zu Problemen der Adoleszenz (Petzold, Epe 1984, Petzold, Heinermann 1990, Petzold 1994f) bis ins junge Erwachsenenalter Aufmerksamkeit gewidmet, wobei Spezialthemen, wie die der Behindertenarbeit oder der Drogenarbeit, besonders ausgearbeitet wurden (Petzold 1971c, 1972f, 1974b, 1993i; Petzold, Hentschel 1993; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000).

Gerade in der Drogentherapie kommt man immer wieder mit Fragen der Unbeeinflussbarkeit von Karriereverläufen in Kontakt (Petzold 1977k; Petzold, Hentschel 1991) und auch mit den Fragen des Todes oder des Sterbens, des Suizides. Hier müssen kindgerechte Modelle, Elternarbeit und Möglichkeiten der Death Education (Petzold, Huck 1984; Spiegel-Rösing, Petzold 1984) entwickelt werden.

## 2. Diagnosestellung

Neben der altersgruppenspezifischen statuarien Standarddiagnostik müssen kinderspezifische psychometrische wie auch projektive und semiprojektive (Müller, Petzold 1998, Petzold, Osten 1998) diagnostische Instrumente eingesetzt werden. Die richtige Verortung von Störungen im Lebensverlauf ist dabei von eminenter Bedeutung (Osten 2000), aber auch die Diagnostik altersspezifischer Eltern-Kind-Interaktion (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Spielerische Situationen werden in das diagnostische Prozedere einbezogen (Petzold, Epe 1984; Ramin, Petzold 1987). Hier kommt kreativen Medien wie Puppenspiel, Malen, Tonarbeiten eine besondere Bedeutung zu (Petzold 1969b, 1983a,b, 1987a). In der Diagnose ist das Herausfinden von protektiven Faktoren und Resilienzen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold 1995a) wichtig, weil damit auch präventive Maßnahmen fundiert werden können, wie z.B. komplexes Kreativitätstraining oder den Aufbau einer angemessenen „Spielkultur“ (Petzold 1972e; Frühmann 1992; Metzmacher 1992).

In der Diagnostik der Integrativen Kindertherapie ist das Erfassen der sozialen Situation durch „soziales Sinnverstehen“ (Petzold 1995a; Metzmacher, Zaepfel 1995) unverzichtbar, um angemessene Ziele für die Kindertherapie zu finden. Ein differentielles Therapieverständnis und die Planung von Zielen auf der Grundlage einer differentiellen Diagnostik teilt die

Kindertherapie mit der Integrativen Therapie bei Erwachsenen. Dabei ist die Kindspezifität und Zielgruppenspezifität breit angesetzt, wie in verschiedenen übergreifenden Publikationen von uns deutlich gemacht wurde (Petzold, Ramin 1987; Petzold, Metzmacher, Zaepfel 1996a,b). In die Zielformulierungen sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen, genauso wie das Kind oder der Jugendliche selbst, und dabei wird es wesentlich, den Verständnishorizont, die „Sinnerfassungskapazität“ (Petzold 1992a, 489f., 700f., 1302) des Kindes und des Jugendlichen angemessen zu berücksichtigen. Die Integrative Jugendlichenpsychotherapie hat Vorgehensweisen für spezifische Zielgruppen und Störungsbilder Probleme etc. erarbeitet (Petzold, Kirchmann 1990; Katz-Bernstein 1990; Heineremann 1990; Affeldt 1991; Rösinger-Pape 1999; Petzold 1997a).

Therapieziele werden in der Kindertherapie durch den Einsatz zahlreicher „kreativer Medien“ umgesetzt: Malen, Puppenspiel, Bewegung, Musik, Phantasiespiele (Petzold, Geibel 1972; Petzold, Kirchmann 1990; Müller 1997; Katz-Bernstein 1990; Petzold, Metzmacher 1984, 1987; Petzold 1983a; Petzold, Meili 2000). Hier liegt eine besondere Stärke des Integrativen Ansatzes.

### 3. Kindertherapie in komplexen Lebenswelten

Die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996) sind äußerst vielfältig und haben sich in den „Cyberspace“ hinein erweitert, in dem Kinder und Jugendliche zunehmend „surfen“. Ihre Comics, Videospiele, Chatrooms gilt es zu kennen (Müller, Petzold 1998), sonst gehen wir an ihren Lebenswelten vorbei, denn die Identität von Kindern und Jugendlichen (und natürlich auch von Erwachsenen) inszeniert sich nicht nur in Echtzeit, sondern es gibt im virtuellen Raum (Turkle 1998), in den Cyberwelten Areale, die für faszinierte Spieler wichtiger sind, als der Alltag in Schule und Elternhaus. Die Umwelten von Kindern sind mit Erwachsenenkomplexität postmoderner Lebenswelten zum Teil recht belastet. Hier wird es wichtig, „Soziotope“ zu schaffen (Zaepfel, Metzmacher 1996), die keinen „heile Welt-Charakter“ haben, die aber zukunftsfähig sind. Daß solche „schützenden Inseln“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) im Sinne eines „safe place“ (Katz-Bernstein 1996) durch therapeutische Maßnahmen in der Einzelbehandlung und in Therapiegruppen (Rahm 1997; Winitzki, Vogt 1995) einen heilenden und fördernden Effekt haben, konnten wir in einer Studie nachweisen, die die Wirkung unserer Kindertherapie über mehr als 20 Jahre verfolgen konnte (Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

Dabei ist eine „sozioökologische“ Betrachtungsweise (Gibson 1982) vor dem Hintergrund longitudinal ausgerichteter „klinischer Entwicklungspsychologie“ (Oerter et al. 1999) ein Charakteristikum der Integrativen Therapie - nicht nur der mit Kindern und Jugendlichen (Petzold 1999b, 1995a,b; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Kinder in ihrer Persönlichkeit und in ihrem Konvoi (Kahn, Antonucci 1980; Hass, Petzold 1999) entwickeln sich in komplexen sozioökologischen Systemen, die eine systemtheoretische bzw. feldtheoretische Betrachtungsweise erforderlich machen, einen auf nonlineare Bezüge ausgerichteten „dynamic systems approach“ (Thelen, Smith 1994). Die Umwelt des Kindes bietet vielfältige Wahrnehmungs- und darin eingeschlossen Handlungsmöglichkeiten (affordance/effectivity), die, wenn sie atmosphärisch erfaßt und szenisch durchlebt werden, in verbalen und ikonischen Narrationen ausgelegt werden können, in Bildgeschichten, Märchen, Erzählungen, auf Kinderweise (Petzold 1987a; 1999k; McLeod 1997). Diese Verschränkung von moderner ökologischer Systemtheorie, Prinzipien und Methoden experimentellen Lernens auf der Grundlage einer modernen und komplexen Lerntheorie, die ein behaviorales Moment in diese Ansatz einbringt (Sieper 2001), und sinngerichteter narrativer Hermeneutik, die auf ein „Erzählklima“ setzt, macht das Spezifische der Integrativen Therapie mit Kindern wie Erwachsenen aus. Daß dabei die Psychotherapieforschung in der Kinderpsychotherapie (Märtens, Petzold 1995b), in der Familientherapie (Heekerens 1996, 1999), der Entwicklungspsychologie des Kindes und des Jugendalters auch unter sozialisationstheoretischer Perspektive (Oerter et al. 1999; Hurrelmann 1995a,b, 1996; Fend 1991, 2000) betrachtet werden muß, versteht

sich von selbst. Ebenso, daß die Kenntnis von Risikofaktoren, protektiven Faktoren und Resilienzen für effektive Therapien von besonderer Bedeutung sind. Folgende Faktoren wurden herausgearbeitet.

### *Risikofaktoren*

Die Berücksichtigung von Risikofaktoren ist für die Kindertherapie von kardinaler Bedeutung, um ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von *protektiven Faktoren* zu begegnen oder zu Ausbildung von Resilienzen beizutragen (*Petzold 1995a,b*). Folgende Risikofaktoren seien genannt:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),
2. die Mutter hat 6 oder mehrere Punkte auf *Rutters* (1979) Belastungs-Malaise-Fragebogen,
3. im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr „stressfull life events“,
4. die Mutter hat keinen Hauptschulabschluß,
5. der Ernährer der Familie ist arbeitslos,
6. es ist kein Vater in der Familie anwesend,
7. die Familie hat vier oder mehr Kinder,
8. die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an,
9. die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen,
10. es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,
11. das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile (*Leff, Vaughn 1985; Petzold 1992b*),
12. das Kind hat keinen protektiven „significant caring adult“ (*Petzold et al. 1993*),
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (*Tolsdorf 1976*),
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung.

### *Resilienzfaktoren*

Als Resilienzfaktoren haben wir in der Integrativen Kindertherapie folgende herausgearbeitet:

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Streß und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an die Belastungssituationen so anzupassen, daß Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne daß psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

### *Potentiell protektive Faktoren*

Die Resilienzfaktoren müssen zusammen mit einer differentiellen Sicht von Schutzfaktoren in der kindertherapeutischen Arbeit eingesetzt werden. Diese Erträge der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al. 1999*) werden in der Integrativen Kindertherapie im Unterschied zu den meisten anderen Ansätzen der Kinderbehandlung systematisch berücksichtigt, ja von unserem Verfahren in das Feld der Kinderpsychotherapie eingeführt (*Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; idem 1995a*). Folgende Schutzfaktoren können fokussiert werden.

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und außerhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“ innerhalb und/oder außerhalb der Familie,
3. „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so daß sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „sense of coherence“ (*Antonovsky 1987*) ermöglichen,

10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so daß Handlungskompetenzen (effectivities) gewonnen werden können,
  11. dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
  12. Angebote für kokreative (*Iljine et al. 1990*) sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
  13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
  14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
  15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
  16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Diese im Anschluß an die Forschungen der developmental psychopathology und klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al. 1999*) und dem social support research erarbeiteten Faktoren (*Petzold et al. 1993*) werden als therapiewirksame Komponenten gezielt in der Kinder- und Jugendlichentherapie eingesetzt und in der Gestaltung von Therapieprozessen berücksichtigt. Eine Zusammenstellung der „protektiven Faktoren“ für die Arbeit mit alten Menschen wurde unlängst in einer umfänglichen Auswertung der Forschungsliteratur von *Müller, Petzold (2001)* erarbeitet. In weiten Bereichen stimmen sie mit der obigen Auflistung überein. Eine empirische Beforschung von Wirkfaktorenkombinationen, wie sie für die Psychotherapie von Erwachsenen derzeit begonnen wird (*Brumund, Märrens 1998; Smith, Grawe 1999*) bleibt zu leisten, wobei die Wirkfaktorenkonzepte natürlich immer kritisch auf das hin reflektiert werden müssen, was sie im Wesentlichen ausmacht: die Herstellung „salutogener Lebensverhältnisse“ (*Märrens, Petzold 1998b*) bzw. einer „guten Alltäglichkeit“ (*Petzold, Orth 1998*). In der Kindertherapie gewinnt diese Position besondere Bedeutung und verlangt Eltern-, Familien- und Netzwerkarbeit (*Petzold, Mathias 1978; Hass, Petzold 1999; Petzold 1973f, 1995i*), sozioökologische Interventionen (*idem 1995a, b*), die dazu beitragen, daß die Lebenssituation des Kindes (nicht nur die Therapiesituation) zu einem „safe place“ (*Katz-Bernstein 1996*) wird, an dem die Entwicklung von Willenskräften (Entscheidungs- und Durchhaltefähigkeit), einer Sorge um sich und einer Sorge um Andere, von Freiraum und Grenzen durch Fördern und Fordern, Unterstützung und Anforderungen, das Aushandeln von Grenzen ihren richtigen Orth und ihr rechtes Maß haben. All diese Maßnahmen der Förderung ermöglichen die Entwicklung von *persönlicher Souveränität* und *persönlicher Freiheit* sowie von Engagement für die *Souveränität* und den *Freiraum* anderer (*Petzold, Orth 1997*), bekräftigen die Ausbildung einer Wertestruktur, die die negativen Qualitäten eines „überstrengen oder moralisierenden Über-Ich“ vermeidet und damit in konstruktiver Weise für das eigene Leben und das der Gemeinschaft tragend werden kann. Denn Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Netzwerk, ihrem „Konvoi“ durch die Vorbildfunktion von Erwachsenen in einer guten Nähe, einer „Zone optimaler Proximität“ (*L.S. Vigotsky*) erfahren haben und deshalb lernen konnten, was „Freude am Lebendigen“ (*Petzold, Orth 1998*) und „Erfurcht vor dem Leben“ (*A. Schweitzer*) ist, was der Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (*E. Levinas*) und ein praktizierter, „kultivierter Altruismus“ (*Petzold 2000h*) bedeutet, können in ihrem Leben und mit ihrem Engagement zu einer freiheitlichen und humanen Lebensqualität ihrer Gesellschaft *als Gemeinschaft* (*Derrida 2000*) beitragen, zu „warmen“ gesellschaftlichen Lebensformen. Die humane Qualität gesellschaftlichen Lebens muß als ein protektiver Megafaktor gesehen werden muß, weil durch sie alle anderen Schutzfaktoren gewährleistet werden und die Risiko- und Belastungsfaktoren gemindert werden können.

Aufgrund derartiger anthropologischer und kulturtheoretischer Überlegungen und empirischer Forschungsergebnisse zu Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren, die damit eine konzeptuelle Einbettung erfahren, ist ein Rahmen möglich, der für die Behandlung relevant ist. Durch Expertenbefragungen, wie sie von *Hanna Wintsch (1998)* in Form von Interviews profilierter KindertherapeutInnen unternommen wurden, können Faktoren herausgearbeitet werden, die zumindest die „TherapeutInnenseite“ wiedergibt (*ibid. 223ff, 255ff*). Daß das nicht genügt und

die Seite der Kinder in den verschiedenen Altersstufen (und hier liegt ein gravierendes Problem und ein hoher Anspruch) erfaßt werden muß, liegt auf der Hand. Die Erwachsenenkonstrukte bestimmen noch weitgehend die Kindertherapie. Die Forschungslage ist gerade für Kleinkinder noch sehr unbefriedigend (Märtens, Petzold 1995b). Die Situation verbessert sich allerdings langsam, vergleicht man den Forschungsstand der achtziger Jahre (Kazdin 1991; Weisz, Weisz 1989, 1993) mit der Situation heute. Dennoch ist sie immer noch sehr unbefriedigend (Weisz 1998).

Eine konsequente Ausrichtung an kindertherapeutischer Evaluationsforschung (Märtens, Petzold 1995b) und an entwicklungspsychologischer Forschung kennzeichnet das Vorgehen der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und ihre Arbeit mit Familien und Netzwerken (Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zäpfel 1996) in der Weise, daß man bemüht ist, soweit es geht Interaktionsformen zu finden und zu praktizieren, die nahe an den natürlichen Interaktionsformen von Kindern in ihrem Lebensraum liegen. Dann können Kinder zu gesunden und kokreativen Menschen heranwachsen, „persönliche Souveränität“ ausbilden und einen „kultivierten Altruismus“, durch den sie die Liebe, Sorge und Förderung weitergeben können, die sie empfangen haben.

#### 4. Ausbildung - Kinder haben ein Recht auf eigene Fachberufe

Die UNICEF hat sich dafür eingesetzt und in einer Entschliessung bekräftigt, dass Kinder ein Recht auf eigene Berufe im Gesundheitswesen haben.

Kinderkrankenschwestern, KinderärztInnen, KinderpsychiaterInnen usw. sind als eigene kinderspezifische Berufe entstanden. In den Niederlanden und in Deutschland sind aus diesem Grunde die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen neben den ErwachsenentherapeutInnen als eigener Beruf geregelt worden - in Österreich hielten es die von Erwachsenenpsychotherapeuten dominierten Verbände (zur Zeit des österreichischen Psychotherapiegesetzes gab es keine Vertretung der Kindertherapeuten und nur zwei nicht kooperierende Ausbildungsgänge) nicht für notwendig, einen eigenen Beruf einzurichten. - trotz der vom Seniorautor mit internationaler Unterstützung (z.B. S. Herzka, Zürich, A. Vermeer, Amsterdam, H. Froerberg, Oslo) gemachten Eingaben und trotz einer seinerzeit keineswegs guten Situation des Kinderschutzes im europäischen Vergleich. Aus solchen Situationen gilt es zu lernen. Das ist aber nicht nur im Sinne der UNICEF-Verpflichtung sinnvoll, sondern im wesentlichen auch aus inhaltlichen Gründen. Kinder haben oft zu wenig Fürsprache. Die erschreckenden Zahl der Kindesmisshandlungen und—vernachlässigungen zeigen: hier ist eine besondere gesellschaftliche Sorgfaltspflicht angesagt. Und dazu gehört ein eigenes Berufsbild „Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn“, Spezialisten, die in der Lage sind auf der Grundlage eines breiten fachlichen Wissens in Entwicklungspsychologie, klinischer Entwicklungspsychologie, developmental psychopathology und Sozialisationsforschung mit etwa fünf verschiedenen, höchst spezifischen Entwicklungsstufen, ihrem jeweiligen Intelligenzniveau, ihrer besonderen Emotionalität, Wissensentwicklung, ihren Kommunikationsformen und ihrer Spielkultur kompetent umgehen zu können und das in familialen und sozialen Netzwerken (Petzold 1995a; Hass, Petzold 1999) und institutionellen Kontexten (Heim, Kinderpsychiatrie, Kinderstationen, Pflegefamilien, Kindergarten, Schule). Insbesondere die Schnittstelle Familie/Institution ist wesentlich (Müller 1997). Das alles muss zudem genderspezifisch angegangen werden, denn Bubenwelten und Mädchenwelten sind z.T. höchst verschieden - claro? KindertherapeutInnen müssen *kompetent spielen* können Jungenspiele und Mädchenspiele. Sie müssen in den Lebenswelten von Kindern zu Hause sein, lesen was sie gerade schmökern, wissen, was gerade „in“ ist. Wenn sie mit Jugendlichen arbeiten, muss ihnen die jeweilige Jugendkultur vertraut sein. Wer die aktuellen Computerspiele nicht kennt oder nur auf dem Brett surft, brauchts gar nicht erst zu versuchen. Man darf diese Milieu- und Lifestylekomponenten (Müller, Petzold 1998)

nicht unterschätzen. Es kommt der gesamte Bereich der Behinderungen hinzu (*Petzold* 1993i), denn er fällt mit in das Aufgabengebiet der Disziplin, und im Sektor Jugendlichenpsychotherapie zählen die Sucht- und Devianzprobleme mit zu den Aufgabengebieten. Eine gute familientherapeutische Interventionskompetenz ist überdies unverzichtbar. Es ist also ein umfangreicher „body of knowledge“ erforderlich und eine Praxiskompetenz und -performanz, die nicht nur als „kleine Aufbauausbildung“ zur Erwachsenenpsychotherapie erworben werden kann. Das macht die für die Ausbildung von KinderpsychotherapeutInnen spezialisierten Curricula erforderlich. Es ist deshalb zu hoffen, dass in der Schweiz, die ja eine grosse Tradition in der Kinderpsychotherapie hat (*Wintsch* 1999), bei den kommenden Gesetzgebungen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wie in den meisten Nachbarländern im Sinne der UNICEF Verpflichtung als eigenständiger Beruf für PsychologInnen bzw. den vom Gesetz her zugelassenen Studiengebieten neben dem der Erwachsenenpsychotherapeuten zu regeln. Das Wohl der Kinder sollte hier der oberste Massstab sein und über allen schulengebundenen und berufsständischen Interessen stehen. Der bedauernde Forschungsstand in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bedarf der Investitionen, und ohne spezialisierte Fachausbildungen wird sich hier in der Zukunft wenig an Fortschritt erwarten lassen. In der „Integrativen Therapie“ haben wir solche Positionen stets engagiert vertreten und deshalb in die Entwicklung einer 4-5-jährigen Weiterbildung<sup>1</sup> für „Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie“ investiert. Sie hat zum Ziel, PsychologInnen und ÄrztInnen, in Deutschland auch PädagogInnen und SozialpädagogInnen gemäss der Gesetzeslage, zu Kinder- und JugendlichentherapeutInnen auf der Grundlage des Verfahrens der „Integrativen Therapie“ zu qualifizieren, indem ihnen einerseits das nötige theoretische und praktische Rüstzeug vermittelt wird, andererseits ihre Persönlichkeitsentwicklung gefördert wird und schliesslich eine kinder- und familienspezifische Beziehungs- bzw. Interaktionskompetenz aufgebaut wird. Das heutige Curriculum wurde vor zwanzig Jahren erarbeitet und wird seitdem durchgeführt und beständig aufgrund umfangreicher Rezeption aktueller Forschung und eigener Therapie- und Ausbildungsforschung aktualisiert (*Petzold, Steffan* 2000b,c). Einen strukturellen Schwerpunkt der Ausbildung bildet die dreijährige fortlaufende, geschlossene Ausbildungsgruppe, in welcher Selbsterfahrung, methodisch-praktische Arbeit und theoretische Kenntnisse in *einem Prozess komplexen Lehrens und Lernens* verbunden werden und dadurch „die Methode durch die Methode“ erlernt werden kann (*Petzold, Orth, Sieper* 1995). Personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz werden aufgebaut und soziales Engagement - zu dem sich die Integrative Therapie stets verpflichtet fühlt - gefördert. Weitere Elemente der Weiterbildung sind die Lehranalyse, Theorieseminare und Theoriestudiengruppen, themenzentrierte Methodikseminare (z.B. Krisenintervention, Familientherapie) und störungsspezifische Seminare (z.B. Arbeit mit Angststörungen, Enuresis/Enkopresis, mit suchtkranken, mit sterbenden, mit behinderten Kindern usw.). Die Ausbildungsveranstaltungen sind bewusst berufsbegleitend konzipiert, sodass die TeilnehmerInnen, die bereits in therapeutischer, heilpädagogischer oder beratender Arbeit mit Menschen stehen, während der Weiterbildung das Gelernte - begleitet durch Supervision und Kontrollanalyse - das Gelernte nach und nach umsetzen und anwenden können.

Die Ausbildung wurde in mehreren grossen Untersuchungen zur Integrativen Therapie evaluiert. Mehr als 1500 AusbildungskandidatInnen beurteilten sie mit einem 91-Item-Fragebogen als „gut“ (*Petzold, Steffan* 2000c). Die Verschränkung von Ausbildungsforschung und Therapieforschung ist eines der wichtigen Projekte, die in der Integrativen Therapie in Angriff

---

<sup>1</sup> Das Curriculum wird als berufsbegleitende Zusatzausbildung in mehreren europäischen Ländern durchgeführt, in denen verschiedene Rechtsbestimmungen und Begrifflichkeiten gelten, was Aus- und Weiterbildungen betrifft. In der Schweiz ist von vom Begriff der Weiterbildung oder Zusatzausbildung auszugehen.

genommen worden ist (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000; Petzold 2001). Hier liegen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie noch wesentliche Aufgaben, da es um die Forschungslage seit unserer Darstellung des state of the art (Märten, Petzold 1995b) noch nicht sehr viel besser geworden ist. Ein aktives gesundheits- und berufspolitisches Engagement für die Kinder, ihre Familien und für eine Kindertherapie mit hohem professionellen Niveau wird von der Arbeit in Klinik, Forschung, Praxis und Ausbildung dabei nie zu trennen sein.

## Literatur

- Affeldt, M. (1991): Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung. Hamburg: Kovac.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. London: Jossey Bass.
- Baltes, P. B., Eckensberger, L. (1979): *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett.
- Brown, G., Petzold, H.G. (1978): Hrsg.: Gefühl und Aktion - Gestaltmethoden im Integrativen Unterricht. Frankfurt: W. Flach Verlag für Humanistische Psychologie.
- Brumund, L., Märten, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration* 2, 448 - 466.
- Fend, H. (1991): Identitätsentwicklung in der Adoleszenz. Bern: Huber.
- Fend, H. (2000): Entwicklungspsychologie des Jugendalters: Ein Lehrbuch in pädagogischer Absicht. Stuttgart: UTB.
- Frühmann, R., Spiele zwischen Eltern und Kindern - Die Bedeutung der „Spielkultur“ in Familien, *Gestalt und Integration* 1 (1992) 29-41.
- Gibson, J. (1982): Der ökologische Ansatz der visuellen Wahrnehmung. München: Urban und Schwarzenberg.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märten (1999a) 193-272.
- Heekerens, H.-P. (1996): Was wird aus der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie? Zur Diskussion um geplante rechtliche Regelungen. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg.) (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 1, Paderborn: Junfermann, 395-426.
- Heekerens, H.-P. (1999): Familientherapie – Zum Stande der Evaluationsforschung. In: Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, 401-424.
- Heinermann, B. (1990): Arbeit mit Texten und Poesie in der Integrativen Therapie mit Jugendlichen. In: Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 975-1010.
- Hurrelmann, K. (1995a): Lebensphase Jugend. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1995b): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann (1996): *Gegenwart in der Schule*. Weinheim: Beltz.
- Iljine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1990): Kokreation - die leibliche Dimension des Schöpferischen - Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: Petzold, Orth (1990a) 203-213.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, I.B., Morgan, J.N., Oppenheimer, V.K. (eds.): *Aging*. New York: Academic Press, 383-405.
- Katz-Bernstein, N. (1990): Phantasie, Symbolisierung und Imagination - „komplexes katathymes Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern. In: Petzold, Orth (1990a) 883-927.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher et al. (1996) 111-141.
- Leff, J.M., Vaughn, L. (1985): *Expressed emotions*. Hillsdale: Erlbaum.
- Märten, M., Petzold, H.G. (1995b): *Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis*, in: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995) 345-394.
- Märten, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märten, M., Petzold, H.G. 2001): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie*. Mainz: Mathias Grünewald Verlag (im Druck).
- McLeod, J. (1997): *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage.
- Metzmacher, B. (1992): Emotionale Kultur und fördernde Umwelt, *Gestalt und Integration* 1, 51-55.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, 2 Bde, Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 2, Paderborn: Junfermann.
- Müller, L. (1997): Integrative Musiktherapie in der Behandlung eines Kindes mit schwerer, früher Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörung. In: Müller, Petzold (1997): *Musiktherapie in der klinischen Praxis*. Stuttgart: G. Fischer, 137-167.

- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie* 3-4 (1998) 396-438.
- Müller, L., Petzold, H. G. (2001): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“, in: *Märtens, Petzold* (im Druck).
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (Hg.) (1999): *Klinische Entwicklungs-psychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz/PsychologieVerlagsUnion.*
- Osten, P. (2000<sup>2</sup>): Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. Aufl.)
- Petzold, H.G. (1968c): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Paris, mimeogr.; auszugsweise dtsh. in: *Petzold, H.G., 1988n. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a. (1988n [S. 455-491],o).*
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974l).
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: *G. Birdwood, Willige Opfer. Rosenheim 1971, 212-245.*
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Paderborn: Junfermann. 2. überarbeitete und erweiterte aus 1977h.*
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G. (1972f): Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (1973c): (Hrsg.) *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1973f): Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen. In: *Petzold (1973c) 271-289.*
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1974b): *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 3. Aufl. 1983.*
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann, 3. Aufl. 1979.*
- Petzold, H.G. (1977k): Ablösung und Trauerarbeit in der Gestalttherapie mit Abhängigen. *Drogen Informationsdienst aus der Therapiekette Hannover* 2; erw. in: *Petzold, Vormann (1980) 250-282.*
- Petzold, H.G. (Hg.) (1983a): Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1983b): Die Geheimnisse der Puppen. In: *Petzold (1983a) 19-31; auch Integrative Therapie* 1 (1983) 9-19.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1984a): *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1984c): *Integrative Therapie - der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen. In: Spiegel-Rösing, Petzold (1984) 431-501.*
- Petzold, H.G. (1987a): Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern. In: *Petzold, Ramin (1987) 427-490.*
- Petzold, H.G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.*
- Petzold, H.G. (1990m): *Kindliche Entwicklung, kreative Leiblichkeit und Identität. Basiskonzepte für die Arbeit mit Kindern im Vorschulbereich. In: Kerschbaumer, F.X., Mit Kindern auf dem Weg. Gedanken, Referate, Zusammenfassung, NÖ Kindergartensymposium 1987 - 1989, NÖ Schriften, Wien, 50-69.*
- Petzold, H.G. (1992a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1992b): *Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, in: Petzold 1992a, S. 789-870 und revid. in Petzold, H.G. (1995g). Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1993c): *Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1993i): *Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: Koch, U., Lotz, W., Stahl, B. (Hrsg.) (1994): Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber, 226-240.*
- Petzold, H.G. (1994f): *Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive. Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993, Dokumentation 1994 und in Gestalt (Schweiz) 24, 1995, 4-21.*
- Petzold, H.G. (1994j): *Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Paderborn: Junfermann.*

- Petzold, H.G. (1995): Jugend und Gewaltprobleme. Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive. *Gestalt* (Schweiz) 10, 4-21.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995i): Integrative Eltern- und Familientherapie bzw. -beratung (IFT) - einige Kernkonzepte, in: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2. Paderborn: Junfermann, 189-198.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der, (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ - „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Epe, C. (1984): Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen in der Integrativen Gestalttherapie. In: Kreuzer (Hrsg.), Handbuch der Spielpädagogik, Bd. 4. Düsseldorf: Schwann, (1984), 399-421.
- Petzold, H.G., Geibel, Ch. (1972): „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschul-erziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken. In: Petzold (1972a) 331-334.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J., (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold (1993c) und in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1995a): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie, *Gestalt & Integration* 2, 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 2/3, 277-354.
- Petzold, H.G., Heinermann, B. (1990): Psychotherapie mit Jugendlichen - Adoleszenz, ein vernachlässigtes Thema psychotherapeutischer Theorie und Praxis. *Gestalt und Integration* 2, 232-233.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1993): Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG - Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision. In: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Huck, K. (1984): *Death Education, Thanatagogik - Modelle und Konzepte*. In: Petzold, Spiegel-Rösing (1984) 501-576.
- Petzold, H.G., Kirchmann, E. (1990): Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie. In: Petzold, Orth (1990a) II, 933-974.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Mathias, U. (1978): Integrative Pädagogik in der Arbeit mit behinderten und verhaltensgestörten Kindern. In: Brown, G., Petzold, H.G. (Hg.), Gefühl und Aktion, Frankfurt: Verlag für humanistische Psychologie, 156-166.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe von *Gestalt & Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A. (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer (1998) und erweitert in: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), Suchtmedizin. München u. Jena: Urban & Schwarzenberg, 322-341.
- Petzold, H.G., Schulwitz, I. (1972): Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern. In: Petzold (1972a) 394-413.
- Petzold, H.G., Sieper, J., (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2-3, 355-367.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis der „Integrativen Therapie“, *Integrative Therapie* 2-3, 203-231.

- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b):* Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. *Gestalt (Schweiz)* 37 (. 2000) 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000c):* Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie - das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355-367.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.) (1980):* Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Rahm, D. (1997):* Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ramin, G., Petzold, H.G. (1987):* Integrative Therapie mit Kindern. In: *Petzold, H.G., Ramin, G., Schulen der Kindertherapie. Paderborn: Junfermann, 359-427*
- Reiser, C. (1993):* Die Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung. München: Reinhardt.
- Rösinger-Pape, S. (1999):* Traumatisierende und protektive Faktoren bei kindlichem Mißbrauch und ihre Auswirkungen auf die intrapsychischen Abwehrmechanismen. In: *Integrative Therapie, 3-4/98, 282-297.*
- Rutter, M.,* Protective factors in children's responses to stress and disadvantage, in: *Kent, M.W., Rolf, J. (eds.), Primary preventions of psychopathology, Vol. III: Social competence in children, Unive.Press of New England, Hanover (N.H.), 1979a, 49-74.*
- Schuch, W. (2000):* Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie* 2 (in Druck).
- Sieper, J. (2001):* Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama und Transfertraining, Streßphysiologie , *Integrative Therapie* 1,
- Smith, E., Grawe, K. (1999):* Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (Hrsg.) (1984):* Die Begleitung Sterbender - Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Thelen, E., Smith, L. (1993):* A dynamic system approach to the development of cognition and action. Cambridge. Mass.: MIT Press.
- Tolsdorf, C.C. (1976):* Social networks and families of divorce: A study of structure-content interaction. *International Journal of Family Therapy* 3, 275-280.
- Turkle, Sh. (1998):* Leben im Netz. Identität in Zeiten des Internet. Reinbek: Rowohlt.
- Winitzki, F., Vogt, M. (1995):* Ambulante Gruppentherapie mit Jugendlichen. Freiburg: Brandes.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1996):* Postmoderne Identitätsbildung, ein Leben mit riskanten Freiheiten oder: Psychotherapie und die Macht der Verheißung. In: *Integrative Therapie* 4/1996, 451-488.

# Wirkprozesse, Wirkfaktoren, Praxistategien: Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und vor dem Hintergrund des Menschen- und Weltbildes in der „Integrativen Therapie“ (Chartacolloquium II, 2000)<sup>2</sup>

Hilarion Petzold, Amsterdam, Angela Steffan, Düsseldorf, Waldemar Schuch, Plettenberg

## Vorbemerkung

Das Projekt der Schweizer „Psychotherapiecharta“, in Form von Kolloquien einen Ko-responzenzprozess (Petzold 1978c, 1991e) zu zentralen Wissensbeständen der Psychotherapie zwischenden psychotherapeutischen Schulen, repräsentiert durch ihre Mitgliedsinstitutionen in Gang zu setzen, ist der beachtliche Versuch, das Paradigma des „Schulenstreites“ zu überwinden und in kompakten Darstellungen der einzelnen Richtungen mit ihren Sonderformen (z.B. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) das Wissen über „Positionen“ der Anderen zu fördern und damit einen „Diskurs des besseren Arguments“ (sensu Habermas) – nicht nur der besseren Wirksamkeitsstudien, die unzweifelhaft einen zentralen Patz haben müssen (Petzold, Hass, Mäertens, Steffan 2000) – vorzubereiten. Der folgende Text wurde nach der Vorgabe des Diskursrasters für *Positionen* der „Integrativen Therapie“ erstellt, wobei wir dem Positions-begriff von Derrida (1986) verpflichtet sind.<sup>3</sup>

Psychotherapeutische Verfahren sollten eine „interne Konsistenz“ aufweisen, d.h. daß ihre **Metatheorie (I)**, ihre **klinischen Theorien (II)**, ihre **Praxeologie (III)** und ihre **Praxis (IV)** von der Wissensstruktur her eine „hinlängliche“ konzeptuelle Durchgängigkeit aufweisen müssen, was für viele Verfahren der Psychotherapie noch nicht gegeben ist. Das Strukturmodell des „**Tree of Science**“ (Petzold 1988n, 175ff, 1992a, 457-648, neue Fassung 2000h) mit seiner sozialkonstruktivistischen (nicht radikalkonstruktivistischen!)<sup>4</sup> epistemologischen Position und seiner wissenschaftstheoretischen Pluralitätsannahme (idem 1998a, 2000h), das auch die Charta zur Grundlegung ihres wissensoziologischen Metamodells und ihrer methodenpluralen Kooperation adaptiert hat (Petzold 1992q), macht eine „hinlängliche Konsistenz“ erforderlich, was die *interne Validität der Argumentation* in der Modellbildung und Konzeptualisierung einzelner Therapieverfahren und ihrer methodischen Ausprägungen und Formate (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) anbelangt.

Die folgenden Ausführungen sind deshalb darum bemüht, dieses *Konsistenzkriterium* (idem 1991e, 1994a) zu berücksichtigen und für die Integrative Therapie als „*biopsychozoziales Verfahren*“ der Humantherapie (idem 2000c, 2000h) deutlich zu machen, was ein Oszillieren zwischen theoretischen und praxeologischen Perspektiven erforderlich macht

## Metatheoretische Annahmen

Die metatheoretischen Positionen der „Integrativen Therapie“ sind in einer ausgearbeiteten „klinischen Philosophie“ formuliert worden (Petzold 1991a, 2000h, Schuch 2000). An dieser Stelle können nur einige Basisannahme vorgestellt werden. Von einer *ontologischen* Position her argumentierend definieren wir: „*Sein ist pluriform, ist konnektiviertes Mitsein*“. Damit gewinnen wir die Grundlage einer *transversalen, grundsätzliche Vielfalt affirmierenden anthropologischen Sicht*:

<sup>2</sup> Stellungnahme der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ zum 2. Kolloquium der Schweizer Psychotherapiecharta in Zürich am 24.6.2000 für die Charta-Verfahren „Integrative Therapie“, „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“. **Eine überarbeitete und erweiterte Fassung wurde als Petzold, Orth, Schuch, Steffan (2002) erstellt.**

<sup>3</sup> Die Formulierung von *Positionen (positions)* als „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (Derrida 1986, 184) affirmieren „*différance*“, d.h. sie stellt durch ihre Offenheit und strukturelle Unfertigkeit für uns eine Differenzen erzeugende Tätigkeit dar, bei gleichzeitiger Verzögerung abschließender Wertungen, so daß durch diesen *Aufschub* (ibid. 154) Verbindungen „*Konnektivierungen*“ möglich werden, die das „*Emergenzpotential*“ (Petzold 1998, 312) des Systems, des Feldes (der Psychotherapie, der Psychoanalyse, Gestalttherapie etc.) steigert, also die Fähigkeit, Neues, Innovation hervorzubringen durch die Vielzahl und Dichte der ermöglichten Vernetzungen.

<sup>4</sup> Wir teilen die harsche Kritik von N. Bischof (1987, 1996) am „radikalen Konstruktivismus“ vollauf.

„Der Mensch ist fundamental Koexistierender, er ist **Mensch als Mitmensch**, angewiesen auf die 'Andersheit der Anderen', durch die allein er seine Eigen- und Besonderheit gewinnen kann“ (vgl. G.Marcel, M.Merleau-Ponty, E.Levinas, M.Foucault Petzold 1992a, 1996k).

G.H. Meads „Selbst und Anderer“ stellen wir mit Levinas' Konzept von der „Andersheit des Anderen“ (1983) und durchaus im Meadschen (1934) Sinne um in: „Anderer und Selbst“, denn „der Andere ist immer vor mir“ - auch aus entwicklungspsychobiologischer Sicht. Bubers (1965) „Ich und Du“ müssen wir revidieren, indem wir die prioritäre Position des „Ich“ aufgeben und die Reihenfolge anders setzen, die „zwingende“ Konjunktion „und“ fallen lassen, die Gemeinschaft und ihre *Polyloge* als Hintergrund jeder Dialogik in den Blick rücken und dann formulieren können: „Du, Ich, Wir“ (Petzold 2000e). Wir affirmieren mit Gabriel Marcel und Nikolai Berdjajew deshalb einen „Primat in **Freiheit konstituierter Intersubjektivität**“, die sich in „existentieller Begegnung“ vollzieht, wie es etwa J.L. Moreno (1914) in seinem Begegnungskonzept intendiert hatte. Mit diesen Referenztheoretikern war die Basis für die „**anthropologische Grundformel**“ mit ihren fünf Dimensionen und der in dieser gründenden **differentiellen Persönlichkeitstheorie** mit ihren fünf Aspekten einer komplexen Persönlichkeit in der Integrativen Therapie gegeben, die in der Struktur 1965 formuliert wurde (Petzold 1965) und in der Folgezeit immer wieder präzisiert oder in Hervorhebung anderer Aspekte reformuliert wurde, denn der Komplexität des Menschenwesens kann man sich nur in pluriformen Konzeptbildungen annähern.

„Der Mensch [Mann oder Frau] ist ein **Körper<sup>1</sup>-Seele<sup>2</sup>-Geist<sup>3</sup>-Subjekt** in einem **sozialen<sup>4</sup> und ökologischen Kontext/Kontinuum<sup>5</sup>**. In der **Ko-respondenz mit dem Anderen** und in der Interaktion mit relevanten Umwelten hat er die Chance in einem selbstreflexiven und diskursiven Entwicklungsprozeß in der Lebensspanne ein kohärentes **Selbst<sup>1</sup>**, ein leistungsfähiges **Ich<sup>II</sup>** und eine konsistente, aber flexible **Identität<sup>III</sup>** zu konstituieren, eine **komplexe Persönlichkeit**. Eine solche vermag sich in Wandlungen der **Kultur\*** und des Zeitgeistes, in wechselnden **Lebenslagen\*\*** und Veränderungen des **sozialen Netzwerks\*\*\***, bei sich wandelnden Qualitäten des Lebens, in Gesundheit und Krankheit, Glück und Leid zu regulieren und zu entwickeln und es gelingt ihr in all diesem **Sinn<sup>o</sup>** zu konstituieren, Sinnlosigkeit auszuhalten und im Meer der Weltkomplizität hinlänglich sicher zu navigieren, weil sie fundamental in zwischenmenschlichen Beziehungen, intersubjektiver **Ko-respondenz<sup>oo</sup>** und in kokreativen **Polylogen<sup>ooo</sup>** verwurzelt ist“ (Petzold 1988t, 5)

Diese ontologische und anthropologischen Grundpositionen umreißen ein höchst komplexes Bild vom Menschen als mit dem Anderen und durch die Anderen lebenden Wesens, wo bei stets seine sich permanent entwickelnde, verändernde biologische, psychologische, soziale und ökologische Realität zu berücksichtigen ist (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), so daß für die Arbeit mit Menschen in heilender, helfender und fördernder Absicht auch ein höchst komplexer-leibtherapeutische, psychotherapeutische, soziotherapeutische, agogische Interventionen verbindender - Ansatz einer **differentiellen und integrativen Humantherapie, Bildungs- und Kulturarbeit** notwendig wird.

Die Integrative Therapie versteht sich deshalb als kritisch reflektiertes, *biopsychosoziales* Verfahren (idem 2000 c, h), an einem *lifespan developmental approach* ausgerichtet (Rutter, Hay 1994; Petzold 1999b). Vom entwicklungspsychobiologischen Befund her gestützt argumentieren wir dann, daß Ontogenese im intrauterinen Milieu gegebener Geborgenheit beginnt, eine *Lebenslage*, die in den kommotiblen Bewegungen von Mutter und Föte, in der „zwischenleiblichen Erfahrung“ Grundvertrauen und Zugehörigkeit begründet. Diese Qualitäten erfordern post partum über die Lebensspanne hin liebevolle Interaktion und wertschätzende Kommunikation in sozialen Netzwerken (Hass, Petzold 1999) und chancen- und ressourcenreichen *Lebenslagen* (idem 2000h), sollen Vertrauen und Zugehörigkeit nicht verfallen und soll sich das Menschenwesen in und mit seinem Kontext gesund entwickeln (idem 1994j; Papousek 1994). Daraus folgt für eine Theorie heilender und entwicklungsfördernder Praxis, daß sie zu benignen Lebenslagen beitragen, destruktiven und *prekären Lebenslagen* entgegentwirken muß und für die Theorie der „therapeutischen Beziehung“, daß diese sich in

das interaktive Geflecht des fungierenden sozialen Netzwerkes, des „Konvois“ des Patienten/der Patientin eingewoben sehen muß. Sie hat deshalb auch *konsequent intersubjektivitätstheoretisch* ausgerichtet zu sein (idem 1988p, 1991b), was eine *interaktional* konzipierte Praxeologie erfordert, die sich in einer *ko-respondierenden*, PatientInnen als PartnerInnen radikal ernst nehmenden und einbeziehenden (idem 2000d, *Petzold, Gröbelbaur, Gschwend* 1998) therapeutischen Praxis umsetzt, bis hin in die Struktur des Settings und in die Feinstruktur der Interventionen. Dies ist – trotz aller Intersubjektivitätsansprüche der meisten psychotherapeutischen Verfahren – keineswegs immer gewährleistet (vgl. *Petzold, Orth* 1999) und stellt sich der therapeutischen Theorienbildung, Praxis, Forschung und Berufspolitik als Aufgabe (idem 2000m).

### **Praxeologische Konzepte: Behandlungsheuristiken, Wirkprozesse, Wirkfaktoren – Möglichkeiten und Grenzen**

Die Frage, ob Theorie von der Praxis her entwickelt werden muß oder Praxis von der Theorie her, ist letztlich nicht sehr fruchtbar, zumal sie nicht zu entscheiden ist. Die Theorie-Praxis-Verschränkung oder –dialektik (ganz wie man argumentiert) ist vielmehr als ein zentrales Moment jeder „*kritischen angewandten Humanwissenschaft*“ zu sehen (*Petzold* 1978c, 1991a, 1998a, 2000h). Deshalb werden wir in diesem Beitrag eine Bewegung von der Theorie zur Praxis hin und von ihr wiederum zur Theorie vollziehen, wobei diese Bewegung jeweils invers verlaufen kann. Der Schritt von der Metatheorie in die Praxeologie, die Wissenschaft von der Praxis (*Petzold* 1993a, 1998a), soll anhand der Darstellung von spezifischen „Behandlungsheuristiken“ (idem 1988n, 208ff) der „Integrativen Therapie“ erfolgen, von denen her wir und wieder in den Bereich der Metatheorie bewegen werden. In der Praxeologie unterscheiden wir **Grundorientierungen** (Makroheuristiken), z.B. die vier „basic orientations“ Integrativer Humantherapie (siehe unten), **übergeordnete Strategien** (Mesoheuristiken), z.B. das Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“. (idem 1988n, 215ff), und **nachgeordnete Interventionsformen** mit geringerer Eingriffsweite und -tiefe (Mikroheuristiken), z.B. verschiedene *Modalitäten* der Behandlung oder die Konzeption der „14 Wirkfaktoren“ (siehe unten und idem 1993p). Die Diskussion um Behandlungsstrategien und um Wirkfaktoren als Prozeßmomente therapeutischer Arbeit (*Märtens, Petzold* 1998, *Petzold* 2000h) muß vor dem Hintergrund metatheoretischer Positionen geführt werden – z.B. des Intersubjektivitätskonzeptes. Die Praxis zwischenmenschlichen Umgangs wirkt beständig als Hintergrund metatheoretischer Überlegungen. Diese Hintergründe (plur.) einbeziehend sind einige grundsätzliche Aspekte zu beachten.

Therapeutischen Wirkungen liegt die Annahme zugrunde, daß etwas zu bewirken ist und solche Wirkungen auf der *Basis* von Möglichkeiten des Menschenwesens, seiner *biologischen, psychischen* und *sozialen* Natur aufrufen, die im Verlaufe der Hominisation und ihrer evolutionsbiologischen Vorlaufentwicklungen (der der höheren Säuger) ausgebildet wurden. Evolutionsbiologische Perspektiven und die neuen Erkenntnisse der Evolutionspsychologie (*McFarland* 1999; *Richardson* 1998; *Barkow* 1992; *Petzold* 1986h) bieten hier interessante und durchaus klinisch bedeutsame Perspektiven. Einige solcher *Basisannahmen* seien kurz umrissen:

1. *Biologische Aspekte*: Der menschliche Organismus hat sich auf der Grundlage prähumaner Organismen ausgebildet, durchlief die Zeiten der Vor- und Frühmenschen, Zeiten, in denen es keine Medikamenten oder Ärzte gab, sondern die Natur aufgrund von evolutionären Lernerfahrungen, Selektionsprozessen und kokreativer Generativität Selbstheilungsmöglichkeiten und körpereigene „Medikamente“ ausgebildet hat, Prozesse und Systeme der warnenden Alarmierung, der protektiven Reaktionen, der Bewältigung (Stress- und Erholungsphysiologie), der Immunisierung und Regeneration, die umgebungsbedingten Risiken (in Wald und Savanne) etwas entgegenzusetzen hatten. Diese in Millionen von Jahren in der Interaktion des prähumanen und humanen Organismus mit natürlichen ökologischen Kontexten ausgebildeten Systeme, wurden nicht für *urbane* Lebensbedingungen in Hochtechnologiegesellschaften und Massenpopulationen von Hominiden entwickelt, so daß sie unter heutigen Lebensbedingungen nicht immer mehr greifen. Zuweilen haben einstmals funktionale Warn- bzw. Alarmsysteme heute dysfunktionale Auswirkungen. (In der relativen Stille von Natur hatte Lärm - Vulkanausbrüche, Orkane, Erdbeben, Raubtierlaute, Kampfes- und Schlachtenlärm – eine mobilisierende

Stressphysiologie zur Folge, war aber eher ein okkasionelles Ereignis, auf das wiederum Stille folgte. Wohnt man aber „auf der Kreuzung“, an der Hauptverkehrsstraße, arbeitet man an lärmigen Arbeitsplätzen, so führt das zu Dauerbelastungen mit pathogener Wirkung, auch wenn es zu subjektiven Adaptierungen im Erleben kommt, die aber die pathophysiologischen Wirkungen nicht kompensieren, so daß hier Krankheitsursachen etwa für depressive und somatoforme Störungen entstehen, deren Bedeutung man sowohl in der psychodynamischen als auch in der behavioralen Diagnostik und Krankheitstheorie noch garnicht ausreichend berücksichtigt). Die paläobiologisch ausgebildeten Heilungs-, Kompensations- und Entlastungssysteme sind nach wie vor weitgehend intakt und sollten deshalb, wo immer möglich, in Anspruch genommen werden. So lautet denn eine Basisannahme (I): **natura sanat!** Selbstregulations- und Selbstheilungskräfte des *Organismus* gilt es demnach zu aktivieren und zu unterstützen, u.a. auch durch öko psychosomatische Interventionen, Aufenthalte in der Natur, in der Stille, Tätigkeiten wie Wandern, körperliche Garten- und Feldarbeit.

2. *Psychologische Aspekte:* Die frühen Hominiden waren Gruppenwesen. Sie lebten in Gruppen wie andere Primaten und bildeten in diesen Gruppen durch sich immer differenzierter gestaltende Prozesse sozialer Interaktion und cerebralen Lernens emotionale, volitive und kognitive Fähigkeiten, ein „Seelenleben“, *Persönlichkeiten* aus (wie rudimentär zunächst auch immer), die sich zu regulieren, mit Umweltstreß umzugehen wußten, aber auch mit sozialem Streß (wie er z.B. durch Rangfolgen in erheblichen Maße entsteht). So lernten und lernen Menschen im Verlauf ihrer lebenslangen Entwicklung zu einer Persönlichkeit – so sie denn gelingt - in dieser und durch diese Persönlichkeit Selbstregulations- und Selbstheilungskräfte für sich selbst auszubilden: beruhigende, entlastende, heilsame Möglichkeiten des Umgangs mit sich selbst, so daß wir zu einer weiteren *Basisannahme* (II) kommen: **persona sanat!**
3. *Soziale Aspekte:* Die Ausbildung dieser Möglichkeiten, die jedes Individuum in Prozessen lebenslangen Lernens in unterschiedlicher Elaboration vollzieht, wird aber nur im Erleben entwicklungsfördernder und heilsamer zwischen- und mitmenschlicher Interaktionen und Kommunikation möglich. Die Sorge um sich, die *Philautie*, gründet im Erleben von Fürsorge und liebevollem Umsorgtwerden. Hominiden haben als Gruppenwesen über die Brutpflegepraktiken hinaus Fähigkeiten entwickelt, sich zu helfen, zu unterstützen, sich gut- und wohlzutun in guten, zwischenleiblichen Beziehungen und Gemeinschaften, durch die Ausbildung von Gemeinsinn und einer Gemeinwohlorientierung. Humanität, *Anthropophilie*, *Menschenliebe*, Altruismus (zumindest Affilierten gegenüber) ist eine evolutionäre Überlebensstrategie, und sie ist heilsam und förderlich nach zwei seiten: für denjenigen der Zuwendung und mitmenschlich Liebe empfängt, aber auch für denjenigen, der sie gibt! *Anthropophilie* führte im Prozeß der Vergesellschaftung u. a. zur Ausbildung von Strategien und Techniken des Gemeinschaftslebens (Rituale, soziale Praxen, Traditionen), aber auch spezifischer Fertigkeiten der Fürsorge und Pflege (*cura*), der Linderung und Tröstung. Als eine dritte *Basisannahme* (III) formulieren wir deshalb: **humanitas sanat!** Menschliche Zuwendung, Menschliebe, Mitleid, mitmenschliche, „humanitäre“ Hilfe heilt.
4. Die zunehmende Differenzierung menschlicher Gesellschaftsformen, Arbeitsteiligkeit, akkumulatives Gemeinschaftswissen und Spezialistenwissen bis hin zu der permanent neue Wissenbestände generierenden neuzeitlichen Wissenschaft führte u. a. zur Entwicklung von Gesundheitsprofessionen, Formen professionellen, forschungsbegründeten Heilens, das die zuvor benannten naturwüchsigen *Wege des Heilens und der Förderung* überschreitet und fachliche, wissenschaftliche Strategien der Gesundung, Wiederherstellung, Rehabilitation entwickelt, Methoden, die spezifische Schädigungen angehen, welche z.T. auch Resultat denaturierter Lebensweisen und naturferner Lebenswelten sind und deshalb den Spezialisten brauchen: **medicus sanat!** (*Basisannahme* IV). Dabei sind Therapeuten gut beraten, die Basisannahmen I – III prioritär einzubeziehen und zu nutzen und diese Annahmen auf therapiewirksame Faktoren zu untersuchen, um diese gezielt einzusetzen.

Eines wird dabei deutlich werden: Therapeutische Wirkfaktoren bzw. Wirkprozesse schließen immer an die Selbstheilungs- und Restituierungsfähigkeiten des *Organismus* und an seine Entwicklungspotentiale an und an die Gemeinschaft und ihre Praxen der Zuwendung und Fürsorge. Sie kommen immer im Rahmen *alltäglicher* und *therapeutischer Beziehungen* zum Tragen (Petzold 1980g), werden von ihrer Qualität bestimmt, tragen aber gleichzeitig zu dieser Qualität bei. Diese Wechselwirkung muß sowohl theoretisch (z.B. anthropologisch, therapietheoretisch, ethnische- und gendertheoretisch usw., vgl. idem 1998h; Doyle 1998) untersucht werden, als auch klinisch (z.B. diagnostisch, störungsbildspezifisch usw. Osten 2000). Um solche Wirkfaktoren aus ihrer generellen und *unspezifischen* Qualität herauszulösen und sie zu *spezifischen* Wirkfaktoren und –prozessen zu machen, müssen Aussagen über die Veränderungswirksamkeit und die in ihr zum Tragen kommenden *positiven* wie auch *negativen* Wirkungen, Wirkprinzipien und –faktoren (Petzold 1998b) prinzipiell empiriegestützt sein (Crisis-Cristoph 1998; Dobson, Craig 1998), ansonsten handelt es sich nur um Spekulationen und Hypothesen (Beutler, Baker 1998). Leider wird die Wirkfaktorendebatte in weiten Bereichen der Psychotherapie, sofern sie nicht im Feld der klinisch-empirischen Psychologie verortet sind, zumeist auf dieser Ebene geführt. Aussagen über „potentielle“ Wirkfaktoren können daher nur

mit dem Vorbehalt der Bestätigung durch empirische Forschung (Petzold, Märtens 1999) gemacht werden.

Nur dann kann die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorenkombinationen theoriegeleitet werden, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie z. B. in einer Interventionsstrategie *konfrontativ* und/oder *supportiv* oder in einer *protektiven* Art und Weise (Petzold 1980g, 278-284) eingesetzt werden können, denn das ist bei vielen Faktoren möglich. Die Orientierung an einer *prozessualen Diagnostik* (Osten 2000; Petzold, Osten 1998, Petzold, Wolf et al. 2000) von Stärken und Schwächen, **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen (PRP)** (idem 1997p) und gegebenenfalls von Defiziten wird hier unabdingbar und an einer noch präziser zu entwickelnden **Indikationsdiagnostik**: welche Wirkfaktoren bzw. -prozesse werden bei der vorliegenden Störung, Problematik, Persönlichkeit und Lebenslage einzusetzen sein und wie schlagen sie an?

Therapeutische Wirkfaktoren als Konstituenten von – potentiell positiv und/oder negativ wirksamen – *biopsychosozialen Therapieprozessen* werden in der Integrativen Therapie derzeit als „Elemente von Heuristiken“ gesehen (Märtens, Petzold 1998; Petzold 1993p; Petzold 1992g; Petzold, Steffan 2000), die kontextbezogen zum Tragen kommen können, aber keine Heils- und Heilungsversprechen beinhalten, denn die Grenzen des Konzeptes sind deutlich: einzelne Faktoren oder Faktorengruppen machen natürlich noch keinen Therapieprozeß. Ein solcher hat eine auf mehrere Ebenen (die biologisch-leibliche, die psychologisch-seelische, die kognitive und die kommunikativ-soziale Ebene) gerichtete *differenzielle* und *ganzheitlich* Qualität. Diese ist durch die *Therapeutenvariable* (1) und die *Patientenvariable* (2) nachhaltig geprägt, denn damit wird die *Beziehungsvariable* (3) bestimmt. Kontext- bzw. *Settingvariablen* (4) sind in der Regel nachgeordnet (allerding z.B. in der Forensik nicht!). In dyadischen Therapien sind es die beiden Personen und die Beziehung, die sie aufbauen und realisieren können, die für Gesundheit und Entwicklung eines Menschen, Linderung oder Beseitigung von Krankheit maßgeblich sind. Psychotherapie muß gemäß der *Basisannahme III* grundsätzlich ein *interpersonales* Geschehen sein. Deshalb muß davon ausgegangen werden, daß sogen. „spezifische und unspezifische“ therapeutische Wirkfaktoren (Huf 1992) auf konkrete Personen - und das *nach beiden Seiten* wirken – in Richtung des Patienten wie in Richtung des Therapeuten, wenngleich nicht immer in derselben Weise. Das wurde bislang in der gesamten Wirkfaktorendebatte nicht berücksichtigt (!) und verweist auf das Implikat und die Gefahr, daß als Wirkfaktoren Manipulationsinstrumente gebraucht werden könnten, um etwas mit Patienten zu „machen“. Darum vertreten wir dezidiert, daß in intersubjektiver Ko-responzenz (Petzold 1991e) zwischen Therapeut und Patient erarbeitet, ausgehandelt und dann gemeinsam evaluiert wird, was wie wirksam und hilfreich ist. Dabei macht sich die Patientin/der Patient „selbst zum Projekt“ und lernt mitzuteilen, was er braucht, um sein Selbst, seine Identität, seine Lebenslage zu „modellieren“. Und der Therapeut macht transparent, was er anzubieten gedenkt, zur Verfügung hat und warum das seiner Meinung nach förderlich ist. Damit praktiziert er den erforderlichen „informed consent“ und wird der therapeutischen Forderung nach „client dignity“ gerecht (Müller, Petzold 2000). Die spezifischen Wirkfaktoren werden deshalb in der Integrativen Therapie in jedem Therapieprozeß in Form einer intersubjektiven prozessualen Diagnostik und eines Lebenslage-Assessments – wir sprechen auch von „Theragnostik“ (Petzold 1993p, Petzold, Osten 1998; Petzold, Wolf et al. 2000; Müller, Petzold 1998) - immer wieder neu verhandelt und bestimmt. Eine *Heuristik* allerdings kann nur fundiert handlungsleitend sein, wenn sie entsprechend konzeptuell, theoretisch und empirisch abgesichert ist. Für die Integrative Therapie geschah und geschieht das durch Theoriearbeit zum Wirkfaktorenkonzept (Petzold 2000h, Märtens, Petzold 1998), weiterhin haben wir die longitudinale Entwicklungsforschung (Rutter 1994; Schroots 1993; Oerter et al. 1999) ausgewertet (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Goffin, Oudhof 1993) und es erfolgte eine konzeptanalytische Auswertung von 240 Behandlungsberichten und Graduierungsarbeiten aus FPI/EAG mit Blick auf therapie- bzw. veränderungswirksame Faktoren. Hinzu kam eine Analyse von Fachpublikationen zum Wirkfaktorenkonzept (Petzold 1992g), sowie zahlreicher empirischer Studien der

Psychotherapieforschung (Petzold, Schobert 1997) und des Social Support Research (Hass, Petzold 1999). Auf dieser Basis wurde auf dem Hintergrund des Modelles der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ in der Integrativen Therapie (Petzold 1988n), Wege die Therapeut und Klient *gemeinsam* gehen, in „intersubjektiver Ko-responndenz und Kooperation“, wenn auch in unterschiedliche Rollen und mit verschiedenen Funktionen (idem 1980g) die *Heuristik der „14 Heilfaktoren“* (Petzold 1993p) konzeptualisiert und in der therapeutischen Praxis erprobt. Erste Evaluationen sind erfolgt (Brumund, Märten 1998) und werden fortgeführt.

Zentrale Behandlungsstrategien (Mesoheuristiken), in der die „Wirkfaktoren“ zum Tragen kommen haben wir mit dem Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ entwickelt.

Diese Wege sind:

1. *Bewußtseinsarbeit*: Ziele sind Förderung von Exzentrizität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen, insgesamt Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (Petzold 1992a, 912f) sowie ein Bewußtwerden der eigenen Selbsttechniken, der Selbstsorge und Subjektkonstitution (Foucault 1985; Petzold, Orth, Sieper 2000).

2. *Nach- und Neusozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit, differentielles Parenting/Reparenting*: Ziele sind Grundvertrauen bekräftigen, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum zu erweitern und defizitäre Strukturen durch korrigierende oder alternative Erfahrungen zu verändern (Petzold 1992b; Petzold, Orth 1999a, 200, 214)

3. *Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung*: Ziele sind, Erlebens- und Ausdrucksspielraum der PatientInnen zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartung, Kompetenzen und Performanzen des *Copings* und *Creatings* zu fördern (Petzold 1997p) sowie neue Strukturbildung, eine Lebenskunst (Schmid 1998) anzuregen, in der das eigene Leben ko-kreativ mit „signifikant others“ als Kunstwerk (Foucault 1984d) gestaltet wird: das Selbst als Künstler und Kunstwerk (Petzold 1999q).

4. *Förderung von exzentrischer Überschau, von Solidaritätserfahrungen durch Alltagspraktische Hilfen und Empowerment*: Ziele sind, Entwicklung **persönlicher Souveränität**, ein Meistern „prekärer Lebenslagen“ und das Schaffen von chancenreichen Lagen (Petzold 2000h), eine „Kultivierung altruistischen Engagements“ (Zahn-Waxler 1991; Monroe 1996; Sober 1998), denn Altruismus hat ein heilendes, gesundheitsförderndes und persönlichkeitsentwickelndes Potential (Bierhof, Montada 1988; Hunt 1992). Er wird überdies zu einer immer bedeutsameren Notwendigkeit in moderenen Gesellschaften, die auf Dauer nur funktionieren können, wenn ihre Mitglieder „engagierte Verantwortung“ [Petzold 1978c, 2000h] übernehmen). Das muß, wo immer möglich, auch in Therapien zu Tragen kommen, damit Patienten, die oft genug „Opfer“ gesellschaftlicher Benachteiligung sind, aus dieser Rolle herauskommen und gesellschaftliche „Selbstwirksamkeit“ gewinnen (bei Folteropfern z.B., indem sie sich in Initiativen – etwa bei Amnesty International - engagieren, vgl. Petzold, Wolf et al. 2000). Initiierte und begleitete soziotherapeutische Maßnahmen bei akuten Belastungen und schwierigen Lebenslagen und Selbsthilfeprojekten sind hier gute Möglichkeiten (Hass, Petzold 1999; Petzold, Schobert 1991). Bei den „Wegen“ gilt es zu reflektieren, welche Position, welche Aufgabe jeweils Therapeutin und Klientin übernimmt und welche sozialen Konfigurationen

- unter dekonstruktivistischer und diskursanalytischer Perspektive (Foucault, Derrida, vgl. Parker 1999) – welche Machtspiele, Genderklischees, Schichtstereotype, Vorurteile sich ggf. hier reproduzieren. Bei diesen „Wegen“ als methodischen Strategien der Behandlung, Begleitung und Förderung können – betrachtet man sie in der Feinstruktur– folgende „14 Heilfaktoren“ zum Tragen kommen:

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (*EV*)
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (*ES*)
3. Hilfen bei der realitätsgerechten [supportiv, konfrontativ], praktischen Lebensbewältigung (*LH*)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft (*EA*)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (*EE*)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (*KK*)
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (*LB*)

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (*LM*)
  9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (*KG*)
  10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (*PZ*)
  11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (*PW*)
  - 12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und**
  - Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ (*PI*)
  13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (*TN*)
- |  |
|--|
| 14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] ( <i>SE</i> ) |
|--|

**Diagramm 1: Die „Vierzehn Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie (nach Petzold 1993p).**

Diese Faktoren sind instrumentell für übergeordnete *Strategien* wie Vermittlung *korrektiver* bzw. *alternativer* (diese unterscheiden wir) interpersonalen Erfahrungen, Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen, Prozessuale Aktivierung, Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und -Performanz. Natürlich sind hier auch Differenzierungen im Hinblick auf das methodische Vorgehen zu beachten: arbeitet man in einem Körper- und bewegungstherapeutischen Ansatz wie in der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ so treten andere Wirkfaktoren und Prozesse gehäuft im Therapieschehen auf – etwa die Faktoren 2, 4, 7, 9 – als wenn man in einem mehr verbal ausgerichteten, aber durchaus nonverbale Elemente einbeziehenden Ansatz wie in der „Integrativen Therapie“ vorgeht, wo die Faktoren 3, 5, 6, 8, 11 imponieren. Natürlich kommen Faktoren wie 1, 2, 5, 6, 11, 12, 14 in beiden Orientierungen zum Tragen. Ganz wesentlich ist für Faktorenkombinationen die Zielgruppe, d.h. Altersgruppen (Petzold 1985a), Gendergruppen (Frühmann 1985; Petzold 1998h), Störungsbilder (Petzold, Wolf et al. 2000). Hier stehen die Forschungen in der klinischen Psychologie und Psychotherapie erst in den Anfängen (Smith et al. 1999; Smith, Grawe 1999) und deshalb wird eine sorgfältige Prozeßdiagnostik erforderlich. Diese muß auch praktisch in der Therapie zum Tragen kommen und die *PatientInnenvariable*, die *TherapeutInnenvariable*, die *Beziehungsvariable* und die *Kontextvariable* (Familie, Arbeitsplatz etc.) beachten, um eine *ökologisch valide* Sicht zu erhalten: Wie gelingt es dem Therapeuten, diese Faktoren in sich zu aktualisieren und in den Prozeß einzubringen? - Wie kann der Patient Faktorenkombinationen aufnehmen, mit ihnen arbeiten? – Wie spielen beide, Therapeutin und Patientin, zusammen? Man muß die Umsetzung beobachten: Wie kommen die Interventionen beim Patienten an? – Was lösen sie im Therapeuten aus? – Was kommt in der und für die Beziehung zum Tragen? Wie ist der Transfer in den Alltag? Der Patient (event. nahe Angehörige, die durch Angehörigensprache einbezogen werden) wird Kodiagnostiker in seinem Prozeß, wobei ihm die Stundenbögen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998, 181; Böcker 2000) Hilfen geben, den Prozeß zu beurteilen. So entstehen Feedbackschleifen, anhand derer man den Therapieverlauf optimieren kann, der ja eine Synergie der Prozesse der Patientin (wir sprechen von *Viation I*), der Therapeutin (*Viation II*) und ihrer Strategie (*Trajekt*) ist (idem 1988n, 282ff). Derartige auf Prozeßoptimierung gerichtete Strategien und Wirkfaktorenanalysen (Grawe, Regli, Smith, Dick 1999), können dazu beitragen, daß die Behandlungen wirksamer werden (Grawe 1999; Dick et al. 1999). Beispielhaft sei aber anhand der Traumatherapie (Petzold, Wolf et al. 2000) daraufhin gewiesen, daß Wirkfaktoren bei Belastungen, die hier immer wieder auftreten können, auch *optimal puffern* können, ja müssen, denn das *Wohlbefinden* (Graf 1999) ist gerade bei Traumapatienten eine bedeutsame Qualität. Therapien müssen nicht unbedingt „weh tun“ (Smith et al. 1999), und wo sich dies nicht vermeiden läßt - in „moderaten“ Expositionen oder *Problemaktivierungen* (Grawe 1998) kann durch Einsatz *supportiver* und *protektiver* Faktoren ein Ausgleich erreicht werden. Ansonsten gerät die Empfehlung von Konfrontations- und prolongierten oder intensivierten Expositionstechniken (Ehlers 1999; Foa 1997) in die Nähe eines *Milgramexperimentes* (Milgram 1974), wie es schon für die *Freudsche*

Entbehrungsmaxime<sup>5</sup> gesehen werden kann, denn empirische Belege für diesen „Wirkfaktor“ Entbehrung fehlen. Die Pflicht des Arztes sei, so meinte schon *Asklepiades*, „sicher, rasch und angenehm [iucundus] zu heilen“ (*Celsus*, de medicina III, 4.1). Heute ist aus *ethischen und rechtlichen* Gründen der „client welfare“ wesentlich. Unnötige Belastungen müssen vermieden werden und dabei können angemessen eingesetzte Wirkfaktoren helfen (*Smith et al.* 1999). Die von uns verwendete Heuristik der „14 Heilfaktoren“ – das sind positive Wirkfaktoren, denn es gibt natürlich auch schädigende in *iatrogenen Therapien* (*Petzold, Orth* 1999, 394 ff; *Märtens, Petzold* 2000) – wurde unter einer Salutogeneseoperspektive, wie gesagt, aus der Analyse von empirischen Untersuchungen zu „*common factors*“, unspezifischen Wirkfaktoren, weiterhin aus der Analyse von Behandlungsberichten zur Integrativen Therapie und aus entwicklungspsychologischen Longitudinalstudien zu *protektiven* und *Resilienzfaktoren* (*Petzold et al.* 1993; idem 1995a, 191ff; siehe *Petzold, Müller* 2000) erarbeitet. In einer größeren Studie zur Wirksamkeit der Integrativen Therapie (*Petzold, Hass, Märtens, Steffan* 2000) wurde für dieses Verfahren keine negativen Nebenwirkungen festgestellt, solche wurden spezifisch erhoben. *Resilienzfaktoren* kommt für die Arbeit mit Traumaopfern/-überlebenden besondere Bedeutung zu. In der Behandlung dieser Population werden die Faktoren 1-3, 6, 13 und 14 speziell in der Anfangsphase der Behandlung fokussiert. Die Faktoren 5, 10, 11, 12 spielen im weiteren Behandlungsverlauf eine größere Rolle. Leider wird zu wenig gesehen, daß die therapeutischen Wirkfaktoren, wie sie die Psychotherapieforschung erarbeitet hat, weitgehend mit den Schutz- und Resilienzfaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Petzold, Müller* 2000) übereinstimmen, die die klinische Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung herausgearbeitet hat (*Oerter et al.* 1999), und daß diese Faktoren auch mit denen übereinstimmen, die Selbsthilfgruppen und Laientherapien wirksam sein lassen, daß es sich also letztlich um Bedingungen „guten zwischenmenschlichen Miteinanders“ handelt (*Märtens, Petzold* 1998), die durch Therapie wieder hergestellt werden. Das „therapeutische“ daran ist die klinische Reflexion aufgrund der Diagnostik und die gezielt Akzentuierung bestimmter Wirkfaktorenkombinationen im Prozeß, der beständig evaluiert wird (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Smith, Grawe* 1999), im Gespräch und durch das Instrument der Stundenbögen, wie wir es in der Integrativen Therapie mit guten Resultaten handhaben (*Böcker* 2000). Und natürlich kommen hier auch die Grenzen ins Spiel, die genetischen Determinierungen, die schweren Traumatisierungen (*Petzold* 1999i), die Mängel der gegenwärtigen Psychotherapie, die in Zukunft behoben werden müssen (*Petzold* 1999p), die Grenzen des Integrierens und des „Machbaren“ (*Petzold* 1993o), die Grenzen, die ein jeder der Beteiligten – Patientin und Therapeutin – in den Prozeß der Behandlung und in die therapeutische Beziehung einbringt. Damit werden auch allein behandlungsmethodische und -technische Betrachtungsweisen auf die Notwendigkeit, den praxeologischen Blick immer wieder zu weiten, verwiesen. In Überlegungen zur therapeutischen Beziehung wird dies unerlässlich.

### **Therapeutische Beziehung**

Die Integrative Therapie verfügt über eine reiche theoretische Auseinandersetzung zum Thema der therapeutischen Beziehung (*Petzold* 1980g, 1988p, 1992b; *Frühmann* 1994), die sich mit der Frage der Relationalität auf anthropologischer (*Marcel, Buber, Lévinas*, vgl. *Petzold* 1996k) und auf interaktions- und kommunikationstheoretischer bzw. sozialpsychologischer Ebene (*Stroebe et al.* 1996) altersspezifisch auseinandersetzt (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1995, *Petzold* 1985a, *Orth, Petzold* 1993b). Die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie basiert auf einer anthropologischen und ethiktheoretischen Beziehungsphilosophie, die die „Andersheit des Anderen“ - mit *Levinas Buber* überschreitend und *Bubers* Bedeutung für die Psychotherapie auch kritisch diskutierend (idem 2000e) – in ganz grundsätzlicher Weise zentral stellt, wobei im

<sup>5</sup> „Die analytische Kur soll, soweit es möglich ist, in der Entbehrung – Abstinenz – durchgeführt werden ... Wir müssen, so grausam es klingt, dafür sorgen, daß das Leiden des Patienten in irgend einem wirksamen Maße kein vorzeitiges Ende finde“ (*Freud* 1919/1975, 244f). *Freuds* Begründungen verfangen u. E. nicht (vgl. *Petzold, Orth* 1999a, 383ff).

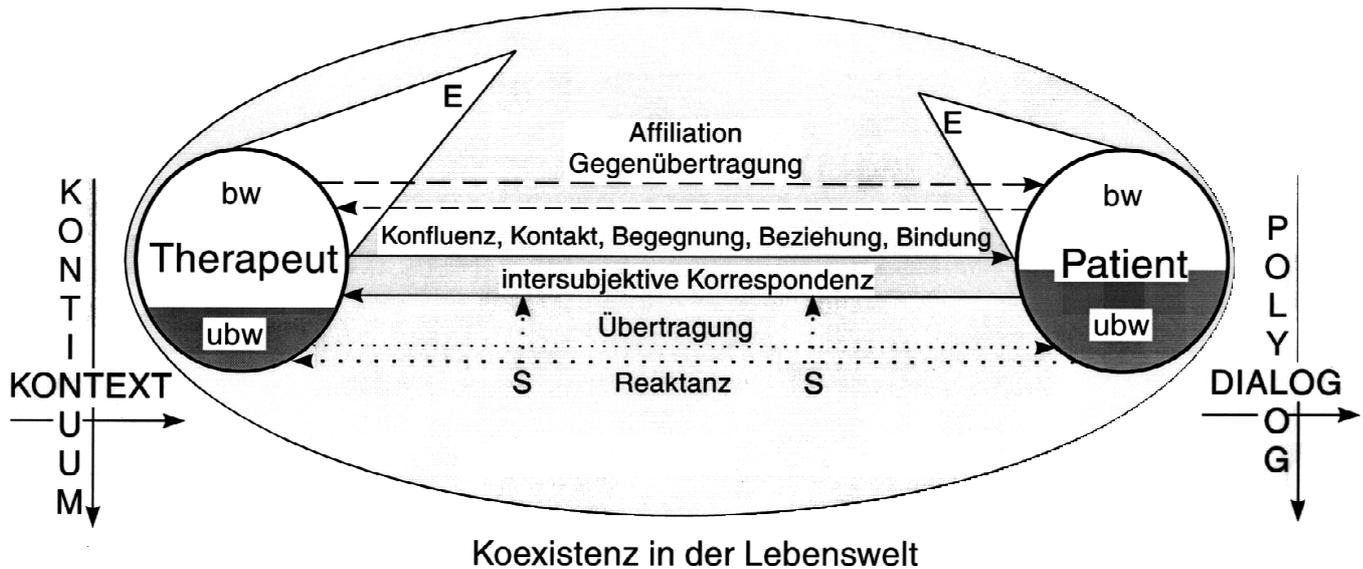
Sinne „integrativer Ethik“ (Petzold 1992a, 500ff; Krämer 1992; Endreß 1995) eine Pluralität ethischer Positionen und Nuancierungen affirmiert wird. In einer differentiellen Phänomenologie der *zwischenmenschlichen Relationalität* unterscheiden wir: Verschmelzung (Konfluenz), Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit (weitere pathologische Formen sind maligne Übertragungen oder Kollusionen, vgl. Petzold 1991b). Übertragung und Gegenübertragung werden als klinische Phänomene beachtet, wobei eine ausschließliche Orientierung an diesem Paradigma weitere wichtige Phänomene der Relationalität verstellt (z. B. Kommunikations- und Interaktionsroutinen) und in die Gefahr gerät, die dieser Betrachtungsweise inhärenten Dependenz- und Machtdiskurse zu übersehen (der Therapeut ist im Übertragungsmodell immer in der überlegenen Position, der Patient strukturell in einer unterlegenen, vgl. idem 2000h). Pathologischen Beziehungsformen müssen entsprechend bearbeitet werden. Basis ist die intersubjektive Ko-respondenz, d.h. eine bedeutungsvolle Begegnung in einer wertschätzenden, warmen, akzeptierenden Haltung und einem verstehenden Bezogensein, das auch die Grundlage bei notwendig werdenden konfrontierenden Interventionen bilden muß (Petzold 1980g). Das schließt verbale und nonverbale Kommunikation ein. So ist auch die „Integrative Therapie“ (Schuch 2000; Rahm et al. 1994) und die „Integrative Bewegungstherapie“ (Petzold 1988n; Hausmann, Neddermeyer 1996) auch Begegnungstherapie und darüber hinaus ein basales „Sich-in-Beziehung-setzen“ in Prozessen *aktional-dramatistischer* und *narrativ-diskursiver Hermeneutik* (Petzold 1992a, 903ff) verstanden als Selbst-, Welt- und *Lebensinterpretation* und *Realitätsgestaltung* (d.h. Veränderung des persönlichen Lebensalltags, engagierte Gesellschafts- und Kulturarbeit). Instrumente wie psychodramatisches Rollenspiel, Bewegungsimprovisation (Petzold 1988n, 1990p) oder „*narrative Praxis*“ (idem 1991o, 1999; Petzold, Orth 1985; McLeod 1997) kommen hier zum Einsatz.

„Die therapeutische Beziehung steht auf dem Hintergrund von Kontext/Kontinuum der gemeinsamen Lebenswelt und dem Faktum, daß der Mensch immer nur als Mitmensch existiert ... Diese schon je gegebene Bezogenheit, die in der Intentionalität der Leiblichkeit und der sozialen Natur des Menschen wurzelt, bietet die Grundlage für die Kommunikation schlechthin, auch die in der Therapeutischen Beziehung. Diese „primordiale Ko-respondenz“ ... wird durch negative Beziehungserfahrungen oftmals getrübt und verschüttet, so daß sich die Fähigkeit zu „intersubjektiver Ko-respondenz“, zu Begegnung, Beziehung, Bindung und zur *parrhesiastischen* Auseinandersetzung, d.h. der offenen, freimütigen Rede von Person zu Person (Foucault 1996; Petzold 2000h; Petzold, Orth, Sieper 2000), nicht entwickeln kann. Alle „alten“ Beziehungsmuster, die nicht distanzierungsfähige Reproduktion unbewußter archaischer Szenen und Stücke sind (*Narrative* genannt, idem 1992a, 386ff), wie z.B. Übertragungen, verstellen die Realität hier und jetzt. Aber „*wo Übertragung war, soll Beziehung werden*“. Die weitgehend unbewußten Übertragungsmuster, archaischen *Narrative* (Schemata, Skripts) werden im therapeutischen Prozeß erfahrbar, gedeutet, aktiv verändert - z.B. durch behaviorale und kognitive Techniken, die seit jeher zum festen Methodenrepertoire der Integrativen Therapie gehörten (Petzold, Osterhues 1972). Dadurch wird *Exzentrizität* gewonnen.

*Übertragungen* können nicht nur von seiten des Patienten aufkommen. Auch Therapeuten können *unbewußte*, archaische Übertragungskonstellationen agieren. *Gegenübertragungen* sind im Unterschied zur „Übertragung der Therapeuten“ in unserem Ansatz bewußte bzw. bewußtseinsnahe, empathische Reaktionen des Therapeuten, auf das, was ihm der Patient entgegenbringt (Petzold 2000h). Insbesondere in der Schlußphase einer Therapie nehmen auch die empathischen *Gegenübertragungen des Patienten* zum Therapeuten hin zu. *Wechselseitige Empathie*, Ferenczi (1934) sprach von *Mutualität*, ist die Voraussetzung für Begegnungs-, Auseinandersetzung- und Beziehungsfähigkeit, d.h. für die intersubjektive Ko-respondenz als Form gesunder Relationalität und klarer Interaktion (vgl. Petzold 1996a, S. 50f und auch Abbildung 1).

Abbildung 1: Dimensionen der therapeutischen Beziehung als intersubjektive Ko-respondenz (aus Petzold 1996a, S. 50)

## Primordiale Korrespondenz



- > Gegenübertragung des Therapeuten
- ←--- Gegenübertragung des Patienten
- .....> Übertragung des Patienten
- ←..... Eigenübertragung des Therapeuten auf den Patienten

- E = Exzentrizität/Sinnerfassungskapazität
- S = Störungen durch Übertragungen
- ubw = unbewußtes
- bw = bewußtes

Die therapeutische Beziehung hat eine dramatische und eine narrative Struktur. Sie ist eine „lebendige Narration“ (Petzold 1991o), eine „narrative Erfahrung“ (McLeod 1997; Petzold, Orth 1993a) – zuweilen eine gelebte Poesie (Petzold, Orth 1985), eine ästhetische Erfahrung (idem 1999p), in der Erzähler und Zuhörer (idem 1999k), Spieler und Mitspieler (idem 1990p) verbunden, Leib und Sprache verschränkt sind (Orth 1996). Diese Dimensionen gilt es auszuloten! Zu wenig beachtet sind auch sozialpsychologische Perspektiven der therapeutischen Beziehung, Fragen von Rolleninteraktionen, Statuskonfigurationen und Positionseinflüssen (Petzold, Mathias 1983), der sozialen Kognitionen, der Affiliation (Stroebe et al. 1996), denen wir in der Integrativen Therapie große Beachtung schenken, weil sie für das Therapiegeschehen sehr relevant sind, denn Therapie ist auch der Umgang mit sozialem Status: der Patientenstatus weist einen Menschen als Leistungsberechtigten aus, der einen Anspruch auf Behandlung hat (vgl. Petzold 1998a, 395-432). Ein gesetzlich anerkannter „approbierter“ Therapeut ist legitimierter Statusträger mit Pflichten (verpflichtende Aufklärung des Patienten über Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie, Schweigepflicht etc.) und Rechten (Berufsrecht). Die Interaktion zwischen Rollen, d.h. in Rollenkonfigurationen ist wesentlich: der *Patient*, der Hilfe braucht, der Therapeut, der sie gibt, der *Klient*, der Unterstützung und Rat und sucht, der Therapeut/Berater, der sie bereitstellt, der *Kunde*, der Information will und eine Dienstleistung in Anspruch nimmt, der Therapeut als Fachmann und ggf. Coach, der sie anbietet, der *Partner* der in all diesen *Rollenmöglichkeiten* im *Rollenrepertoire* (Petzold, Mathias 1983) eines Menschen, der in die Praxis kommt, mir gegenübersteht. Es geht also nicht um „Patient“ oder „Klient“ oder „Kunde“ sondern um den sozialpsychologisch und soziologisch differentiellen Gebrauch für unterschiedliche Rechts- und Beziehungsverhältnisse in therapeutischen Interaktionen (Petzold, Petzold 1996a; Petzold, Rodriguez-Petzold 1997), die bei einer zunehmenden Verrechtlichung der Profession und einer vermehrten rechtsbildenden obergerichtlichen Rechtsprechung inzwischen sehr relevant geworden sind und die therapeutische Beziehung durchaus berühren. Da aber rechtliche Regelungen und Fakten empirischer Sozialpsychologie – so wichtig beides auch ist – das, was an existentieller Realität des Lebens, des Leidens und der Lebensentwürfe in

therapeutischen Beziehungen zum Tragen kommt, ja was diese Beziehung selbst an Qualitäten freizusetzen vermag, nicht hinlänglich unterfangen kann, wird der Rückgriff auf metatheoretische Positionen einerseits und auf den erlebte und vollzogene zwischenmenschlichen, mitmenschlichen Umgang als metapraktischer Bezug andererseits unverzichtbar.

### **Zur Bedeutung des Menschen- und Weltbildes - Philosophische Quellen zur anthropologischen Position der Integrativen Therapie**

Die *philosophische Grundlegung* der „Integrativen Therapie“ besteht im Kern in der kritisch reflektierten Praxis einer *erlebnistheoretisch und intersubjektiv begriffenen Version von Phänomenologie und Hermeneutik* (Petzold 1991a), die in alltäglichen Lebensprozessen, in Prozessen der Sinnkonstitution durch intersubjektive Ko-responzenz, durch Polylogie gründet und in engagierter zwischenmenschlicher Praxis wurzelt sowie dieses alles zum Gegenstand der Erkenntnisinteressen macht. Dabei nimmt sie sich in einem Dekonstruktionsprozess selbst in den *metakritischen* Blick bzw. läßt sich durch Andere (z. B. KollegeInnen anderer Wissensdisziplinen) in einen solchen Blick nehmen, um deren Rückmeldungen in die Prozesse des Selbst-verständlich-Werdens einzubeziehen (idem 1998a, 153ff, idem, Orth 1999, 110; idem 2000h). Sie schließt sich den kulturkritischen Diskussionen der Moderne an (von ihnen lernend und zu ihnen beitragend), die bemüht sind, die Diskurse ihrer „sozialen Konstruktionen“, die Prozesse der Subjektkonstitution (Foucault 1998) und Gesellschaftskonstitutionen (Berlin 1998; Derrida 2000) besser zu erfassen. Aber nicht nur durch das Einbeziehen der Reflexion auf die kulturellen Diskurse, in denen Psychotherapie steht und die kulturtheoretische metareflexion dieser Diskurse begründet sich die Qualität des „Integrativen Ansatzes“ als *Metahermeneutik*, sondern auch durch das Einbeziehen neurowissenschaftlicher Erkenntnisse über die cerebralen Prozesse des Erkennens und des Bewußtseins selbst, um seiner Möglichkeiten und Grenzen gewärtig zu sein. Vor solchem Hintergrund vertritt Integrative Therapie ein anthropologisches Metakonzept von „**Hominität**“ (Petzold 1991a, 21, 2000h):

*„**Hominität** bezeichnet die Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimension als **Potentialität**: der symbolisierenden und problematisierenden **Selbst- und Welterkenntnis**, der engagierten **Selbstsorge** und **Gemeinwohlorientierung**, der kreativen **Selbst- und Weltgestaltung**, der Souveränität und Solidarität durch Kooperation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln - das alles ist **Kulturarbeit** und Grundlage von **Humanität**. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont, die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen desillusionierten Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur Destruktivität und die Potentialität zu Dignität, erfordern eine wachsame und für **Hominität** eintretende Haltung. Diese muß stets die biopsychosoziale Verfaßtheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: der Mensch als Natur- und Kulturwesen.“* (idem 1988t, 5).

Hominität gründet in einer *Leibphilosophie* (idem 1985g) und einer *philosophische Anthropologie vom schöpferischen, kokreativen Menschen* (Orth, Petzold 1993c), die dabei aber bio-, neuro- und sozialwissenschaftlich unterfangen ist (idem 1998a, 1999p; Petzold, Wolf et al. 2000). Auch deshalb sprechen wir von *Metahermeneutik*, die sich in beständigen „Transgressionen“ selbst überschreitet (Petzold, Orth, Sieper 2000). Bei dieser philosophischen Anthropologie handelt es sich um eine Theoriebildung *von Menschen, über den Menschen, für Menschen – zu ihrem Wohlergehen* (idem 2000h) -, die sich des „epistemologischen *punctum caecum*“ bewußt ist, daß nämlich der Mensch als Subjekt und Objekt des Erkenntnisprozesses sich nie gänzlich hintersteigen kann und deshalb sich auch als Einzelwesen und Kollektiv verfehlen kann, schwerwiegend fehlen kann, wie die Dunkelheiten der Geschichte zeigen (idem 1986h, 1996j). Sie sieht den Menschen von seinen Kompetenzen, seinen *Potentialitäten* her, welche Möglichkeiten für positive Entwicklungen – sie lassen sich immer wieder finden - erhoffen lassen, ohne seine Mängel, Schattenseiten und das gigantische *Potential* zu bösen

Destruktivitäten [anthropologisches *momentum destructivum*] auszublenden oder unterzubewerten – nach Auschwitz ist das nicht mehr möglich. Sie ist deshalb eine „**hoffnungsvolle**, aber zugleich **desillusionierte Anthropologie**“ (idem 1996j, 407ff), die darauf setzt, daß Menschen diskursive, reflexive bzw. koreflexive „Leibsubjekte in der Lebenswelt“ sind, zur *exzentrischen Metareflexion* ihrer selbst in ihrem ökologischen Raum und ihrer sozialen Mitwelt fähig, also auch zur Dekonstruktion (*Derrida* 1986) und distanten Beobachtung „zweiter Ordnung“ (*Luhmann* 1992). Diese Kompetenzen lassen Menschen erkennen, daß sie und wie sie durch kollektive Kognitionen, Emotionen und Volitionen – wir sprechen hier von „*social worlds*“ oder „*représentations sociales*“ (*Hass, Petzold* 1999) – bestimmt sind, und daß in ihnen als Einzelwesen und Kollektiven untergründige **Diskurse** und „Dispositive der Macht“ (*Foucault* 1978) am Werke sein können – in zuweilen äußerst zerstörerischen Weise. Mit einer solchen Sicht wird jede einseitig individualisierende Perspektive abgegrenzt, d.h. der Mensch wird grundsätzlich als vergesellschafteter gesehen.

Die „Integrative Therapie“ gründet sich also auf die philosophisch anthropologische Modellvorstellung eines *leiblich* gegründeten (*M. Merleau-Ponty, H. Schmitz*), *intersubjektiv* verstandenen (*G. Marcel*), auf den Anderen in seinem Andersein bezogenen (*E. Levinas*) *kokreativen* Menschen, der in der Sozialität und ihrer Kultur verortet (*P. Bourdieu*) ist unlösbar in die Welt und in die Zeit eingewoben, für sich stehend und doch unauflösbar mit Mitmenschen verbunden. Er ist deshalb niemals „*autonom*“, nur dem eigenen **νομος** verpflichtet (das ist eine Illusion, die ins Chaos führen würde), sondern er ist auf Ko-respondenzen, Kontrakte, Kooperationen angewiesen. Die anthropologische Position der Integrativen Therapie mit ihrer biopsychosozialen Orientierung, die in zahlreichen Publikationen entfaltet wurde (idem 1974j, 1992a; *Orth, Petzold* 1993), ist in der nachstehenden kompakten Formulierung zusammengefaßt:

“Der Mensch - als Mann und Frau - ist *Leibsubjekt* und Teil der *Lebenswelt*, ein Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen *Kontext/Kontinuum* und fähig, darin und beeinflußt von ökonomischen Bedingungen, kollektiven Sinnmatrizen und den in ihnen wirkenden **Diskursen** durch **Ko-respondenz** mit relevanten Anderen ein personales *Selbst* mit emergierendem *Ich* und transversaler *Identität* auszubilden. Er steht über seine *Lebensspanne* hin in einem ‘herakliteschen’ Prozeß beständigen Wandels - verstanden als konnektivierende Differenzierung, Integration, Kreation, Überschreitung. Wenn dieser Prozeß gut verläuft, hat der Mensch die *Chance*, die Welt, die Anderen und sich selbst, d.h. seine sozialen Beziehungen und seine ökologische Bezogenheit, sein eigenes Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Handeln mit seinen bewußten und unbewußten Strebungen immer besser verstehen zu lernen, ohne für sich jemals ganz transparent zu werden. Er erhält durch zunehmende *Exzentrizität* und *Sinnerfassungskapazität* die Möglichkeit, sein Begehren und seine Interessen hinlänglich zu steuern, an *Souveränität* zu gewinnen und in den inter- und transkulturellen Strömungen im Meer realer und virtueller Weltkomplexität immer besser zu *navigieren*. Er vermag dadurch persönlichen und gemeinschaftlichen *Lebenssinn* und vielfältiges *Wissen* zu erlangen, das er teilen und aus dem heraus er in die ‘Sorge für sich selbst und für Andere’ investieren *kann*, parrhesiastisch engagiert für die Gestaltung von freien, mit Anderen ausgehandelten vielfältigen Formen ‘*guten Lebens*’ und kokreativer Zukunftsentwürfe. Er vermag dieses *Wissen* aber auch zur Verwirklichung dominierender Macht bis hin zu Gewaltausübung und Destruktion von Mitmenschen oder Devolution von Mitwelt einzusetzen. Denn Menschen sind nicht einfach ‘vom Wesen her’ *gut*, sie können indes Gutes *wollen* und *tun* und sie vermögen - permanent Komplexität generierend und sich beständig selbst überschreitend - Schönes und Großartiges hervorbringen, ihre Hominität und Humanität entwickeln. Ob es ihnen gelingt, sich aus einer menschenfreundlichen Haltung und ökosophischem Bewußtsein heraus zu begrenzen, wird die Geschichte zeigen” (idem 1988t, 6).

Dies sind aktuelle *anthropologische Positionen* (*positions sensu Derrida*) der “Integrativen Therapie”, die in permanenter Auseinandersetzung mit diesem zentralen Thema in der „community“ Integrativer TherapeutInnen immer wieder von unterschiedlichen Orten her

diskutiert, mit verschiedenen Optiken betrachtet, mehrperspektivisch untersucht wurden und in diesen „transversalen Quergängen“ die angemessene Komplexität bei Wahrung der Kernaussagen erhielt.

Sie blieben in ihrer Substanz seit ihrer ersten Fassung in der sogenannten “anthropologischen Grundformel” (Petzold 1965) mit ihrer biopsychosozialen und ökologischen Orientierung unverändert erhalten, z.B. die Leib-, Kontext/Kontinuum- und Lebensspannen-Perspektive, die aber über die Jahre beständig reinterpretiert und in Aspekten permanent differenzierend ausgearbeitet wurde - z.B. mit der Affirmation der ökologischen Eingebundenheit und der damit sich ergebenden Notwendigkeit zu “ökosophischem”, dem Biotop Erde entsprechenden, nachhaltigem Handeln (idem 1992a, 495ff Petzold, Ebert, Sieper 1999). Zu nennen ist noch der explizite Verweis auf Genderspezifität (idem 1998h) und auf die Wirkmacht kollektiver Matrizen und **Diskurse** (idem 1998f), mit der Referenz zum vernetzenden, emergenten Konnektionismus (vgl. Petzold 1998a) oder zu Konzepten des “guten Lebens” (vgl. Petzold 1978c; Steinfath 1998), das *parrhesiastisch*, d.h. in freimütiger, wahrer Rede engagiert eingefordert werden muß (Foucault 1996; Petzold 1978c), um Entwicklungen in Gang zu bringen (Leitner 2000; Bourdieu 1998) und Veränderungen zu bewirken.

All diese Perspektiven einer offenen, vielfacettigen, *transversalen Anthropologie ohne* universalistische Geltungsansprüche, vor denen Foucault (1998, 501) mit guten Gründen gewarnt hat, kommen in den *Selbsterfahrungsprozessen* der Ausbildung von “integrativen” TherapeutInnen in den theoretischen Ko-responsenden der Theoriegruppen und in strukturierten Erlebniseinheiten und Erfahrungsangeboten (Hausmann, Neddermeyer 1996) zum Tragen. Anthropologie wird damit *praktisch*, bleibt nicht nur theoretisches Konzept, sondern wird als Theorie „Intervention“, die eine ko-respondierend ausgehandelte **Souveränität** in Bezogenheit (Petzold, Orth 1998) fördert.

„Der souveräne Mensch unterscheidet sich vom autonomen gerade nicht durch eine Steigerung der Herrschaft über sich selbst noch über andere. Souveränität in diesem Sinne heißt eher, nicht über alles herrschen zu müssen [ ... ]. Die Souveränität besteht vor allem in der Zulassung des Anderen. Der souveräne Mensch weiß, daß er nicht die ganze Wahrheit vertritt und daß seine Form des Daseins nur einen Teil des Menschseins ausmacht. Er wird nicht ängstlich um sein Ich bangen, weil er dahinter das Selbst spürt. Er wird seinen Leib nicht für ein körperliches Instrument seines Willens halten, seine Gefühle nicht für Attribute seiner Seele und seine Gedanken nicht für Produkte seines Bewußtseins. Er wird mit sich selbst leben als Teil eines größeren Zusammenhanges“ (Böhme 1985, 287f).

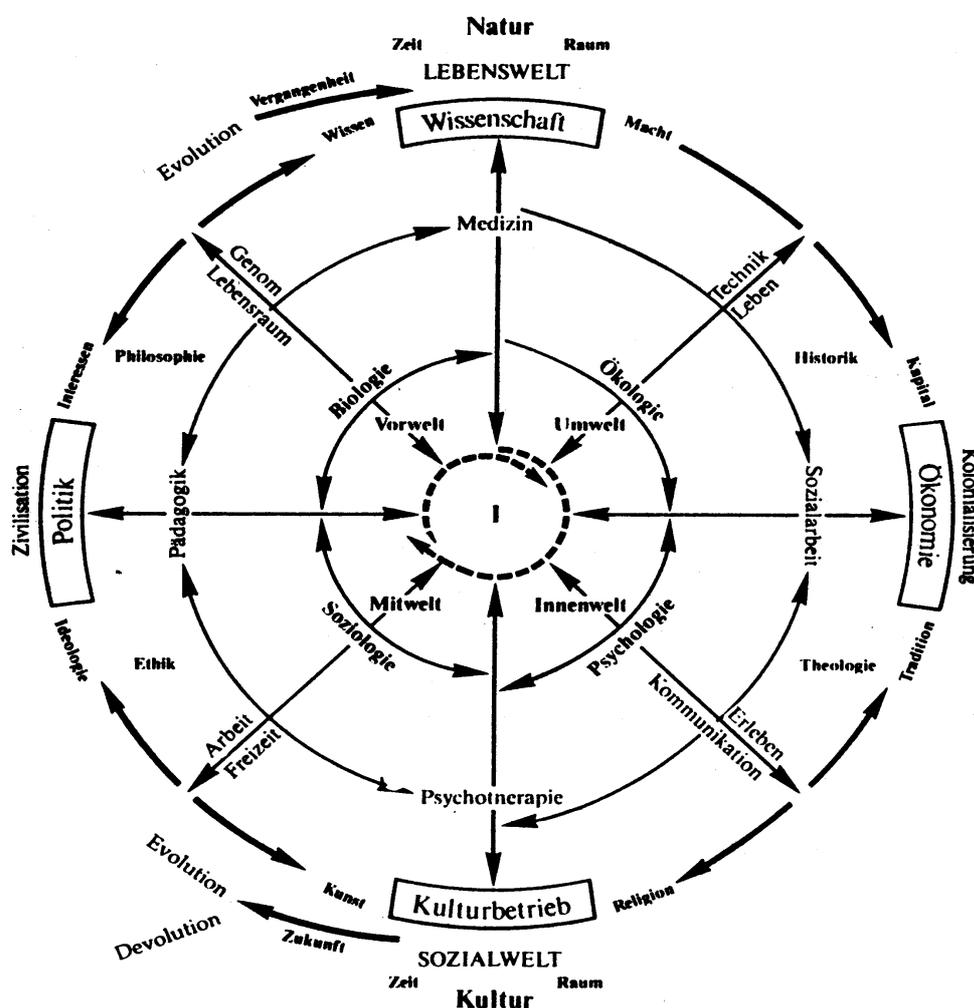
Gernot Böhme fußt in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“ in vielem auf den gleichen Referenztheorien wie die Integrative Therapie und wird als Lehrtext in der Ausbildung verwandt.

Diese Anthropologie geht insbesondere u.a. auf französische Strömungen moderner Philosophie (Waldenfels 1983) zurück, wie sie z.B. als reformulierte Phänomenologie insbesondere von Maurice Merleau-Ponty (1966, 1986), als Leibphilosophie von Gabriel Marcel (1967, 1978), als Hermeneutik von Paul Ricoeur (1969, 1971, 1973, 1988) und als Ethik von Emmanuel Levinas (1983, 1989, 1995), Michel Foucault (1993, 1998) und Jaques Derrida (2000) formuliert worden sind – von den letztgenannten auch als politische Theorie, wobei noch der Name Bourdieus (1997, 1998) als Referenztheoretiker hinzugefügt werden muß. Ein besonderer Stellenwert kommt hierbei dem diskursanalytische Ansatz (Bublitz et.al. 1999) von Michel Foucault (Foucault 1998; Dauk 1989) zu, in dessen Sinne Philosophien auf den Zeitpunkt ihrer Problematisierung, auf ihren geschichtlichen Hintergrund sowie auf die Bedingungen der Subjektconstitution, der Selbsttechniken und der Wahrheitsspiele kritisch reflektiert werden (Foucault 1969, 1977, 1978, 1986, 1992, 1996; Petzold, Ebert, Sieper 1999).

Psychotherapeutische Anthropologien und die in ihnen generierten Menschenbilder dürfen, wenn sie einen naiven Zugang vermeiden wollen, nicht übersehen, daß sie selbst in „anonymen Diskursen“ (Foucault 1998) stehen und dekonstruktivistisch (Derrida 1967, 1972) hinterfragt werden müssen (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000, Parker 1999), da ansonsten kryptoreligiöse

Heilsvorstellungen, genderspezifische Vorurteile (man denke an die „paternalistische“ psychosexuelle Entwicklungstheorie der Psychoanalyse) und unbillige Machtausübung etwa in der Beziehung zu Patienten (Petzold, Orth 1999a, Gröbelbauer, Petzold, Gschwend 1998) zu Tragen kommen und ein wirklich emanzipatorischer Anspruch nicht erreicht werden kann, denn Zeitgeist (Petzold 1989f) und Weltbilder und die in ihnen verborgenen Mythen (Petzold, Orth 1999) bestimmen die Psychotherapie nachhaltig. Deshalb ist es wesentlich, die Faktoren und Bereiche, die das Weltbild, die Kosmologie (Petzold 1992a, 491) eines psychotherapeutischen Verfahrens bestimmen – bis in die therapeutischen Strategien, die Handhabung der Beziehung, ja bis in die letzte Intervention hinein - sich zu vergegenwärtigen. In der „Integrativen Therapie“ und der „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ ist dieses Weltbild durch folgende Graphik einer evolutionären Entwicklungsspirale veranschaulicht.

Abbildung 2: Das Individuum und seine Welt – die biopsychosoziale und ökologische Sicht der Integrativen Therapie (aus Petzold 1988n/1996a, S. 183)



Es wird hier die Position einer evolutionären Erkenntnis- und Entwicklungstheorie (Riedl 1985; Vollmer 1975; Wonderly 1996) und z.T. einer evolutionären Psychologie (Chasiotis 1998; Barkow et al. 1992) vertreten. Die Welt wird als Makro- und Mikroökologie (Petzold, Orth 1998b), als ein evolutionäres Geschehen gesehen, mit progressiven, entfaltenden Tendenzen, aber auch mit devolutionären, zerstörerischen Tendenzen (Petzold 1986h, 1999i), die in allen Lebensbereichen – auch in der Therapie, in der Mikroökologie einer Station oder eines Praxisraumes zum Tragen kommen. Wird uns konstruktive Weiterentwicklung in menschen- und lebensweltgerechten Lebensformen gelingen oder entgleisen wir in Destruktivität? – Im Mikro-

wie im Makrobereich wird die Entscheidung, in welche Richtung ein Mensch, Menschengruppen, die Menschheit gehen wird, über ihr Schicksal befinden – es liegt in ihrem „freien Willen“ (Petzold 2000a).

### **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit stellt die Verbindung von metatheoretischen Annahmen, klinischen Positionen, praxeologischen Konzepten und Praxisstrategien – therapeutische Wirkfaktoren, Wege der Heilung und Förderung – in der Integrativen Therapie dar. Die Konsistenz der theoretischen Argumentation (z.B. Menschenbild, therapeutische Ethik konnetiviert mit Heuristiken für die Behandlungspraxis), die für moderne wie für traditionelle psychotherapeutische Verfahren eine erhebliche Herausforderung darstellt, wird exemplarisch anhand des Integrativen Ansatzes als oszillierende Bewegung zwischen Theorie und Praxis dargestellt.

### **Summary**

The connecting of metatheoretical assumptions, clinical positions, praxeological concepts and strategies of practice – therapeutic factors, ways of healing and development – in Integrative Therapy are presented. The consistency of theoretical argumentation (anthropological and ethical concepts connected with heuristics for the practice of treatment) is a considerable challenge for modern and traditional approaches to therapy is exemplified for the integrative approach as an oscillating motion between theory and practice.

**Key words:** Integrative Therapy, theory-practice-relationship, metatheory, anthropology

### **Literatur**

- Barkow, J., Cosmides, L., Tooby, J. (1992): The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture. New York: Oxford Univ. Press.
- Batson, C.D. (1991): The altruism question: toward a social-psychological answer. Hillsdale: Erlbaum.
- Berlin, I. (1998): Wirklichkeitssinn. Berlin: Berlin Verlag.
- Beutler, L. E., Baker, M. (1998): The movement toward empirical validation: at what level should we analyze, and who are the consumers? In: Dobson, Craig (1998) 43-65.
- Bierhoff, H.W., Montada, L. (Hrsg.) (1988): Bedingungen der Hilfsbereitschaft. Göttingen: Hogrefe.
- Bischof, N. (1987): Zur Stammesgeschichte der menschlichen Kognition, *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 46, 77 – 99.
- Bischof, N. (1996): Das Kraftfeld der Mythen. München: Piper.
- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung mit Stundenbögen in der Integrativen Therapie. Diplomarbeit an Technischen Universität Braunschweig
- Brumund, L., Märten, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration* 2, 448 - 466.
- Bublitz, H., Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (Hg.) (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt, New York: Campus.
- Chasiotis, A. (1999): Kindheit und Lebenslauf: Untersuchungen zur evolutionären Psychologie der Lebensspanne. Bern: Huber.
- Crits-Christoph, P. (1998): Training in empirically validated treatments: The division 12 APA Task Force Recommendations. In: Dobson, Craig (1998) 3-25.
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Derrida, J. L'écriture et la difference. Paris: Gallimard; dtsh. Die Schrift und die Differenz, Suhrkamp, Frankfurt 1972.
- Derrida, J. (1972): Positions. Paris: Minuit; dtsh. Positionen, Böhlau, Graz 1986.
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., Heim, P. (1999): Was sollte ich tun, wenn...? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 253-279.
- Dobson, K. S., Craig, K. D. (eds.) (1998): Empirically supported therapies. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Doyle, A. B. (1998): Are empirically validated treatments valid for culturally diverse populations? In: Dobson, Craig (1998) 93-103.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD. In: Yehuda, R., McFarlane, A.C. (eds.) (1997): Psychobiology of posttraumatic Stress disorder. New York: The New York Academy of Sciences, 410-424.
- Freud, S. (1975): Schriften zur Behandlungstechnik, Studienausgabe, Ergänzungsband. Frankfurt: S.Fischer.

- Foucault, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1977): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit Bd. 1. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1978) Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1986): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit Bd. 3. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1992): Was ist Kritik? Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983, Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): Technologien des Selbst. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1998): Ausgewählte Schriften, hrsg. von P.Mazumdar. München: Diederichs.
- Frühmann, R. (1985): Frauen und Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Frühmann, R. (1994): Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozeß der Lehranalyse aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: Frühmann, R., Petzold, H.G. (1994): Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, S. 331-363.
- Graf, P. (1999): Wohlbefinden durch Psychotherapie. Eine Analyse der psychotherapeutischen Wirkfaktoren und des subjektiven Wohlbefindens. (Unveröffentlichte Diplomarbeit) Universität Bern: Institut für Psychologie.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gröbelbaur, G., Petzold, H.G., Gschwend, I. (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen, *Gestalt (Schweiz)* 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) sowie in: *Psychologische Medizin (Österr.)* 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märtens (1999a) 193-272.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): *Bewegt sein*. Paderborn: Junfermann.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Psychologie-Verlagsunion.
- Hunt, M.M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Kadzin, A. E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 785-798.
- Levinas, E. (1995): Die Zeit und der Andere (1989). Hamburg: Meiner.
- Levinas, E. (1995): Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München, Wien: Hanser.
- Levinas, E. (1999): Die Spur des Anderen (1983). Freiburg, München: Alber.
- Märtens, M., Petzold, H.G.(1995a). Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen, *Integrative Therapie* 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G.(1995b). *Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis in: Metzmacher, Petzold, Zaepfel, Bd. I, 1996.*
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998a): Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden aus der Sicht der „Integrativen Therapie“ unter Einbezug der „Gestalttherapie“ und der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“, *Gestalt (Schweiz)* 32, 48-51.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000): Therapieschäden. Mainz: Grünwald (in Vorber.).
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage Publications.
- Merleau-Ponty, M. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1964, 1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Fink.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, 2 Bde, Junfermann, Paderborn 1995.
- Milgram, S. (1974): Das Milgram-Experiment: Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autoritäten. Reinbek: Rowohlt.
- Midlarsky, E. (1994): Altruism in later life. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Monroe, K. R. (1996): The heart of altruism: perceptions of a common humanity. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Müller, L., Petzold, H.G (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie* 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000): *Client dignity?*. In: Märtens, M., Petzold, H.G.: *Therapieschäden*. Mainz. Mathias Grünwald (im Druck).
- Oerter, R., van Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993b): Beziehungsmodalitäten - ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik, in: Petzold, Sieper (1993a) 117-124.

- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Orth, I. (1996): Leib, Sprache, Gedächtnis, Kontextualisierung, *Gestalt* (Schweiz) 21, 22-36.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt, 2. erw. Aufl.
- Papousekt, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber.
- Parker, I. (Ed.) (1999): *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage.
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.*, 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann, 223-290.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann; revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1988p): Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie, in: *Petzold* (1988n), 285-340.
- Petzold, H.G. (1989f): Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie, *Gestalt und Integration* 2, 140-150.
- Petzold, H.G. (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens. Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G., 1990p. Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1992a) 897-925.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo; repr. Bd. II, 3, S. 1047-1087.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. Bd. II, 1, S. 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. Düsseldorf: FPI-Publikation.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2, S. 789-870 und revid. in (1993b).
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, Bd. II, 2, S. 927-1040.
- Petzold, H.G. (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie* 2 (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt* 17 (Zürich 1993) 38-39.
- Petzold, H.G. (1993o): Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 385-394.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration* 2, 1994, 225-297; repr. in (1998a).
- Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G., (1995a): Weggeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G., (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4, 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1998b): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“, EAG, Düsseldorf; auch in: Petzold, Orth (1999a).
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt (Schweiz)* 34 (1999) S. 43-46.
- Petzold, H.G. (1999i): Body Narratives. Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus der Sicht der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1/1999 (o. Seitenangabe - in Druck)
- Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen - über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung. Vortrag im Rahmen der Fachtagung: „Lebensgeschichten. Die biographische Perspektive in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung“. (Fachschule für Sozialpädagogik der Johannes-Anstalten Mosbach, 17.-18. März 1999). Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. *Kunst & Therapie* 1-2/1999, (in Druck)
- Petzold, H.G. (Hg.) (2000a): Der Wille und das Wollen in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (in Vorb.).
- Petzold, H.G. (2000c): Integrative Therapie. Das biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Paderborn. Junfermann.
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3 (im Druck)
- Petzold, H.G. (2000e): Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie? Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (2000m): Patientenbeteiligung und Mitwirkung in psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbänden und ihren Gremien. Eine offene Anfrage an die Profession, *Integrative Therapie* 2 (im Druck).
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ - „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, in: Petzold (1994j), 491-646.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.)
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1991): Protektive Faktoren - eine positive Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Dep. Movement Education, Clinical Movement Therapy, erw. in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266 und in: Petzold (1993c) 345-497.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie, in: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe und in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.) (1999). Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hg.) (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* ½ (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1997b): Wege zu „fundierter Kollegialität“ - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität, *Feedback ÖAGG* 3 (Wien 1997) 31-37 und *Report Psychologie* 3 (1998) 234-239; erw. in: Slembek, E., Geissner, H., Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder, Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert 1998, 107-126.
- Petzold H.G., Orth, I., (1998b): Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf 1998.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differentiellen Kundenbegriff“, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1996a; erw. in: Petzold (1997a) und *Gruppendynamik* 2 (1998) 207-230.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1987): Empirische Studien über die Effizienz gestalttherapeutischer Interventionen. *Gestalt-Bulletin* 1, 55-79.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999a). Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999a) 269.334.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen - das Prinzip der Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie. Zu unserer Arbeit an einem transversalen Verständnis und einer konnektivierenden Praxis therapeutischen Handelns. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.)

- Petzold, H.G., Osten, P.* (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie, in: *Laireiter, A.* (Hg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer und in: *Petzold* (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F.*, Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision, *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U.* et al. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung. In: *Kolk, van der, B.A., Mc. Farlane, A.C., Weisaeth, L.* (Hg.): Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann, 445-479.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.* (1993): *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis.* Paderborn: Junfermann, 2. Aufl.
- Riedl, R.* (1985): Die Spaltung des Weltbildes. Biologische Grundlagen des Erklärens und Verstehens. Berlin: Parey.
- Ricoeur, P.* (1969): Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ricoeur, P.* (1971): Die Fehlbarkeit des Menschen. Freiburg: Alber.
- Rutter, M.* (1994): Continuities, transitions, and turning points in development. In: *Rutter, M., Hay, D.* (Eds.) (1994): Development through life. Oxford: Blackwell.
- Schuch, W.* (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 2 (im Druck)
- Schroots, J.J.F.* (1993): Aging, health & competence. The next generation of longitudinal research. Amsterdam: Elsevier.
- Smith, E., Grawe, K.* (1999): Wirkfaktoren. Psychotherapeuten Forum 6, 5-8.
- Smith, E., Regli, D., Grawe, K.* (1999): Wenn Therapie wehtut. Wie können Therapeuten zu fruchtbaren Problemaktualisierungen beitragen? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 227-251.
- Sober, E.* (1998): Unto others: the evolution and psychology of unselfish behavior. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press.
- Thomas, L.* (1989): Living morally: a psychology of moral character. Philadelphia: Temple University Press.
- Vollmer, S.* (1975): Evolutionäre Erkenntnistheorie. Stuttgart: Hirzel
- Weisz, J. R.* (1998): Empirically supported treatments for children and adolescents: efficacy, problems, and prospects. In: *Dobson, Craig* (1998) 66-92.
- Weisz, J. R., Weiss, B.* (1989): Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 741-746.
- Wintsch, H.* (1998): Gelebte Kindertherapie. Basel, München: Reinhardt.
- Wonderly, D.M.* (1996): The selfish gene pool: an evolutionarily stable system. Lanham: University Press of America.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R.* (eds.) (1991): Altruism and aggression: biological and social origins. Cambridge: Cambridge University Press.

# **Forschung an EAG/SEAG**

**(Texte für die Charta Colloquien VI und VII)\***

*Für die Integrative Therapie, Integrative Kinder und Jugendlichenpsychotherapie  
Integrative Bewegungs- Leibtherapie\*\**

**Hilarion Petzold, Amsterdam, Johanna Sieper, Düsseldorf**

## **I. Vorbemerkung**

Zielsetzung dieser Colloquien ist es, die Aktivitäten der Mitgliedsinstitute im Bezug zu Forschungsfragen zu dokumentieren. Dabei wurden – und das gibt Anlaß zu Fragen und Reflexionen – zwei Colloquien aufgrund der nötig gewordenen Zwischenreflexion zusammengelegt, Colloquiumsthemen, die in zentraler Weise mit dem Kriterium „Wissenschaftlichkeit“ zu tun haben. Ein Wissenschaftlichkeitsvorbehalt kann u.E. nur aufgehoben werden, wenn die Fragen in Colloquium VI und VII überzeugend dokumentiert werden können. Deshalb hätte man unserer Meinung nach lieber andere Themen zusammenlegen sollen. Daß gerade die empirischen Themenblöcke für die Kürzung erhalten müssen, zeigt u.E., daß dem nomothetischen Wissenschaftsparadigma und der Forschung offenbar keine prioritäre Bedeutung zugemessen wird. An der Bonität der Stellungnahmen dieser beiden zusammengelegten Colloquien könnte sich u. E. die Sinnhaftigkeit des Wissenschaftsvorbehalts entscheiden. Wir haben in zwei ausführlichen Stellungnahmen an die Charta zum „Procedere“ (Stellungnahme I nach dem 1. Colloquium im März 2000, Stellungnahme II nach der Zwischenbilanz des Colloquiums in diesem Frühjahr, abgedruckt, Gestalt Heft 41, 2001) unsere Positionen zur Problematik des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ aus wissenssoziologischer und vereinsstruktureller Sicht ausführlich dargestellt (Petzold, Sieper 2000, 2001) und müssen auf diese Texte verweisen. Bei der Zwischenbilanz wurden so gravierende Einwände gegen das Procedere erhoben (bis hin zur Frage einer Rückgabe des Auftrags), daß diese Einwände erst von den zuständigen Gremien geklärt werden müßten, damit eine fruchtbare und legitimierte Weiterarbeit gegeben ist, denn das Projekt der Colloquien ist u.a. aus vieler Hinsicht zu wichtig, als daß es gefährdet werden dürfte oder unter nicht optimalen Bedingungen weiterlaufen sollte. Wir vertreten auf jeden Fall die Feststellung einer „wissenschaftlichen Fundiertheit der Ausbildungstätigkeit“ der Ausbildungsinstitute, die Mitglied der Charta sind, durch den Colloquiumsprozess – allerdings nach Klärung der Regularien - und eine entsprechende Reformulierung der Zielsetzung, d.h. ein Abrücken von der Aufhebung eines Wissenschaftsvorbehalts für Verfahren, denn:

Wir gehen davon aus, daß die Wissenschaftlichkeit eines Verfahrens und die wissenschaftliche Fundiertheit eines Ausbildungsinstituts und der angebotenen Ausbildungen prinzipiell zu unterscheiden sind.

Damit müßten die Prämissen der Colloquien und das dominante Leitziel „Aufhebung des Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ neu überprüft werden. Außerdem ist die Frage zu klären, inwieweit die Charta – eine Schweizer Vereinigung – zu der Wissenschaftlichkeit international praktizierter und z. T. in vielen Ländern als „wissenschaftlich“ anerkannten Verfahren (wir nennen exemplarisch die „Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie nach Rogers“) einen Wissenschaftsvorbehalt machen kann. Wir denken, das geht nicht -, und es wäre weiterhin zu fragen, ob einzelne Ausbildungsinstitute in der Charta überhaupt von den übergeordneten wissenschaftlichen Fachverbänden des jeweiligen Verfahrens (d.h. von der jeweiligen „Scientific Community“) autorisiert wurden, die „Wissenschaftlichkeit“ des Verfahrens in einem öffentlichen Überprüfungsverfahren zu repräsentieren. Wir können uns das schlecht vorstellen, zumal noch, wenn die Präsentationen in den verschiedenen Colloquien-Papern nicht immer den Stand der internationalen Diskussion in dem jeweiligen Verfahren zu den angeschnitten Fragen wiederzugeben scheint. Jedenfalls scheinen uns Fragen der wissenschaftlichen

---

\* Stellungnahme der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, SEAG, Düsseldorf/Schweizer Stiftung Europäische Akademie für Integrative Therapie und Psychosoziale Gesundheit“, SEAG, St. Gallen, zum Colloquium VI/VII

\*\* Da der Forschungsbetrieb und die Bewertung von Forschung für die drei hier vertretenen Verfahren gleich ist, wird für jedes Colloquium eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben.

„Vertretungsberechtigung“ wie auch die der Reichweite der Chartajurisdiktion und so manches andere so ungeklärt – wir haben, es sei wiederholt, im vergangenen Jahr schon ausführlich auf die Probleme aufmerksam gemacht -, daß wir in einer solchen strukturellen und sachbezogenen Unsicherheit nur in einer „Minimalversion“ weiter mitarbeiten können und wollen, zumal die von uns an die Charta gesandten Fragen und Probleme (*Petzold, Sieper 2000*), nicht aufgenommen wurden - auch nicht in der stattgefundenen „Zwischenbilanz“ (wir hatten eine solche in unserem offenen Schreiben gefordert). Es ist bekannt, das wir in unsere Ausarbeitungen für die Colloquien jeweils sehr viel Arbeit investiert haben, um die geforderte Wissenschaftlichkeit zu gewährleisten, so daß diese Texte auch in wissenschaftlichen Organen erscheinen konnten. Auf die Gewährleistung eines „**wissenschaftlichen**“ Diskurses (*Petzold, Sieper 2001*) müßte u.E. in Zukunft besonderer Wert gelegt werden. Das ist auch möglich, da eine gute Kollegialität im Kreis der ColloquiumsteilnehmerInnen in besonderer Weise gegeben ist und es ja nicht um „therapeutische oder agogische Diskurse“ geht, die eine andere Orientierung und Qualität haben und haben müssen, sondern eben um wissenschaftliche Diskurse – so der Anspruch bislang.

**Textverweise:**

*Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper, (2000):* Das Projekt „Wissenschaftlichkeit“ in der Schweizer Psychotherapie Charta - einige *grundsätzlich* kritische Anmerkungen als offene Stellungnahme I zum Procedere nach dem 1. Chartacolloquium, *Gestalt*, Heft 41, 2001

*Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper (2001):* Problematisierungen des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ in der Charta und Vorschläge zur Feststellung von „Wissenschaftlichkeit“ II. Stellungnahme zum Procedere zu Händen des Vorbereitungskomitees, *Gestalt*, Heft 41, 2001

**II. In wessen Auftrag wird geforscht?**

Die nachstehenden Fragen werden dem vorgegebenen Raster gemäß beantwortet.

Die EAG verfügt über ein eigenes Forschungsinstitut, das im Auftrag verschiedener Auftraggeber forscht:

1. im Auftrage der Europäischen Akademie selbst  
(Psychotherapieevaluation, Ausbildungsforschung, Supervisionsforschung, Methodenforschung, Nebenwirkungsforschung, Setting und client systems-Forschung, störungsspezifische Forschung, Theorieforschung)
2. im Auftrag der öffentlichen Hand bzw. öffentlicher Auftraggeber  
(Beispielsweise: mit Unterstützung der Bundesarbeitsbehörde: Ost-/Westforschungsprojekt zu Belastungen durch den Wandel nach der Wende N= 2000, drei Jahre; ebenfalls: Evaluation von Kurzzeitpsychotherapie N = 211, 3 Jahre; ebenfalls: Erforschung des Bereichs Selbsthilfe in NRW 3 Jahre; für das Land NRW Begleitforschung zum Modellprojekt Niedrigschwellige Drogenarbeit, 4 Jahre; für das österreichische Wissenschaftsministerium Evaluation von Supervisionsausbildungen im Krankenhaus und Heimbereich, 4 Jahre; für die Niederösterreichische Landesregierung Evaluationen im Gesundheits- und Altenbereich, 3 Jahre usw.
3. Im Auftrag von Berufs- und Fachverbänden, kirchlichen und sozialen Einrichtungen zu Fragen der Evaluation und Qualitätssicherung  
Niederösterreichische Landesärztekammer, Deutsche Gesellschaft für Kunsttherapie, Erzdiozöse Wien usw.
4. Im Auftrag von klinischen Einrichtungen und Krankenhäusern zu Fragen der Evaluation und Qualitätssicherung, sowie zu spezifischen Behandlungsansätzen etwa in der Psychotraumatologie  
Therapiekette Niedersachsen, Fachkrankenhäuser für Drogentherapie, Wickerkliniken, Hardwadklinik I, Abt. für Psychotraumatologie usw.
5. Im Auftrag von Unternehmen des Profitbereichs zu Fragen der Evaluation und Qualitätssicherung im Human Relationsbereich
6. In Kooperation mit Universitäten zu Fragen der Psychotherapie und Körper- und Bewegungstherapie, der Depressionsbehandlung, der PTBS-Behandlung, der klinischen Entwicklungspsychologie (Zentrum IBT, Freie Universität Amsterdam, Lehrstuhl für Psychologie, Prof.Petzold; Zentrum für Sozialmedizin, Donau-Universität Krems)

**1 Erkenntniszweck**

Wir differenzieren erkenntnisleitende Interessen, Erkenntnisziele und Erkenntniszwecke. Hier wurde nach *Erkenntniszwecken* gefragt: Sie sind je nach Projekt und Auftrag unterschiedlich.

Die Frage ist deshalb so nicht zu beantworten. Insgesamt hat das Forschungsinstitut der EAG aber folgende Rahmenzielsetzung:

Es zentriert auf Forschung im Dienste von Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität. Die sich aus einer solchen breiten Zielsetzung ergebenden Projektziele sind demnach sozial und humanitär orientiert. Eine wichtige Orientierung ist die Bereitstellung von Wissen und Methoden zur Beeinflussung von Situationen von Einzelpersonen und Gruppen, also „Interventionsforschung“ (Petzold 1979; Lehr 1979) und „Praxisforschung“, die durchaus dem Konzept einer „eingreifenden Wissenschaft“ (Bourdieu vgl. Leitner 2000) verpflichtet ist. In der bisherigen Forschungstätigkeit, die ausführlich dokumentiert ist in den Forschungsberichten des Instituts (Petzold, Märten et al. 1998) finden sich folgende Forschungsbereiche, für die exemplarisch jeweils Studien, die aus **unserem Institut** kommen, benannt werden:

- Psychotherapieforschung (Theorie-, Evaluations- und Prozessforschung mit Studien in quantitativer und qualitativer Ausrichtung) im Bereich Erwachsenentherapie (Märten, Petzold 1995a; 20001; Petzold, Märten 1999; Heini 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000; Petzold, Wolf et al. 2000); Kinder- und Jugendlichentherapie (Märten, Petzold 1995b, Petzold, Goffin, Oudhoff 1993, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994); Gerontotherapie (Petzold 1979c; Müller, Petzold 2001)
- Soziotherapieforschung in gleicher Ausrichtung (Hass, Petzold 1999; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000)
- Supervisionsforschung in gleicher Ausrichtung (Petzold, Schigl 1997, Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2001)
- Ausbildungsforschung in gleicher Ausrichtung (Petzold, Hass et al. 1995, 1998; Petzold, Steffan 2000)

## **2. Institutionalisierungsgrad von Forschung**

Die Forschung an der EAG hat durch ein eigenes Forschungsinstitut (Sitz: Düsseldorf) seit 1985 einen institutionalisierten Rahmen. Je nach Lage der Projektaufträge variierte die Zahl der MitarbeiterInnen zwischen zwei und sieben (Projektstellen). Die Leitung des Forschungsinstituts liegt in Händen von Univ.Prof. *DDDr. Hilarion G. Petzold*, Professor für Psychologie.

Z.Zt. sind am Forschungsinstitut tätig:

Der Leiter, 1 Diplompsychologin 50%, 1 Diplompsychologin 75%, eine Psychotherapeutin und Erziehungswissenschaftlerin (Dr. phil.) 50%

Es bestehen feste Forschungskooperationen mit der Freien Universität Amsterdam und der Donauuniversität Krems. Weitere Aspekte der Institutionalisierung siehe 5.2

## **3. Organisation der Forschung, Forschungsbetrieb**

Die Forschung erfolgt einerseits durch *externale* Auftragsforschung und wird entsprechend der Projekterfordernisse organisiert, wobei immer wieder auch universitäre und verbandliche Kooperationen eingegangen werden.

Andererseits gibt es *internale* feste Forschungsaufgaben durch die EAG selbst. Sie hat ein empirisch gestütztes Qualitätssicherungs- und -entwicklungssystem für die Ausbildung erarbeitet (Petzold, Orth, Sieper 1995), daß international zu den elaboriertesten Modellen zählt: das „EAG-Optimal Quality System“, welches seit 1987 über die Jahre in verschiedenen Studien mehr als 1600 Ausbildungsprozesse (90 Item-Erhebungsbogen) und zwischen 1997-1999 insgesamt 4000 Evaluationsbögen (26 Items) aus Veranstaltungen der EAG im In- und Ausland ausgewertet hat (eine Übersicht über die Studien in Petzold, Steffan 2000). Daraus ergeben sich Aufgaben für den Forschungsbetrieb:

- fortlaufende Evaluation und Qualitätskontrolle der Ausbildung an der EAG nach standardisierten Evaluationsverfahren für jede Ausbildungsstufe (dargestellt in Petzold 1998j) Studien: Petzold et al. 1995, Petzold, Steffan 2000; Oeltze et al. 2001
- Beforschung integrativer Psychotherapie, z.B. Wirkfaktorenforschung (Brumund, Märten)

1998), Wirksamkeitsforschung (*Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000), Störungsspezifische Forschung (*Zenker et al.* 2001), Schadens- und Nebenwirkungsforschung (*Otte* 2001; *Müller, Petzold* 2001; *Märten, Petzold* 2001)

- Betreuung der wissenschaftlichen Abschlußarbeiten der AusbildungskandidatInnen von der Themenfindung bis zur Publikation (vgl. eine Auswahl solcher Arbeiten in den Sammelbänden *Petzold* 1998h; *Petzold, Thomas* 1996)
- Betreuung und Auswertung der dokumentierten Behandlungsberichte (standardisiertes Raster in: *Petzold* 2001a, 221f).
- Betreuung der Publikationen (Buchreihen, Fachzeitschriften) des Instituts

#### **4. Institutionalisierung der Vermittlung der Forschungsergebnisse**

Die Forschungsergebnisse werden auf der jährlichen Vollversammlung der DozentInnen/LehrtherapeutenInnen der EAG sowie auf der Versammlung der SprecherInnen der AusbildungskandidatInnen vorgestellt. Die Abschlußarbeiten (Graduierungsarbeiten) werden publiziert.

#### **III. Auswirkung der Forschung**

Über die Auswirkungen von Forschung – gefragt ist wohl auf Therapie- und Ausbildungspraxis, so nehmen wir an - können seriöserweise nur über den Weg von Forschung Aussagen gemacht werden. Solche spezifischen Forschungen liegen international – den behavioralen Bereich einmal ausgenommen - bislang kaum vor. Man wird also nur persönliche Meinungen, Eindrücke und Geltungsbehauptungen erhalten, wenn man diese Frage stellt. Die Spezifizierung dieser Frage ist uns überdies unklar und die methodischen Wege sind offen (Quotation Index, Sekundäranalysen der verwandten Forschungsliteratur in Graduierungsarbeiten von AusbildungskandidatInnen oder in Publikationen von Lehrtherapeutinnen)<sup>6</sup> –

Beispiele für Auswirkungen unserer Forschungen: In einer Studie zur Auswertung der Ausbildung von *Schubert* (1983) wurden schlechte Ergebnisse für die Bereiche Kontrollanalyse und Supervision festgestellt. Es wurden dann intensive Nachschulungen für die Supervisorinnen und Kontrollanalytikerinnen des Instituts (*Schreyögg* 1987) unternommen mit dem Resultat, daß diese Ausbildungselemente erhebliche Qualitätsverbesserungen in den Bewertungen zeigten und inzwischen zu den höchstbewerteten der EAG zählen (*Weller, Meier-Räder* 1991; *Petzold, Hass et al.* 1995, 1998). In einer Untersuchung zum Hilfesuchverhalten von Drogenabhängigen und von Drogenkarrieren (*Petzold* 1980c) stellten wir erhebliche Kontinuitätsprobleme der Betreuung fest. Wir setzten uns mit der Suchtforschung konzeptuell und innovativ auseinander (*Petzold* 1994h), initiierten Forschungsprojekte zu dieser Frage, entwickelten das Modell der „karrierebegleitenden Therapie“ (*Petzold, Henschel* 1991), setzten es in den Soziotherapiecurricula für Suchttherapeuten und in der Psychotherapeutenausbildung um und evaluierten die Ausbildungen und Therapien – mit guten Ergebnissen (*Petzold, Henschel* 1993; *Petzold, Scheiblich, Thomas* 2000). Für die Gerontotherapie oder die Netzwerktherapie haben wir ähnliche Projekte unternommen, in denen Defizite, die durch Therapieentwicklung und Ausbildungsforschung erkennbar wurden, in Ausbildungsrevisionen umgesetzt und wieder evaluiert wurden, jeweils mit guten Ergebnissen (*Petzold* 1979c; *Hass, Petzold* 1999; *Müller, Petzold* 2001). Unsere Auseinandersetzung mit Therapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen – zunächst nur aufgrund von Beobachtungen im Feld (*Petzold* 1977i) – führten zu einer Veränderung unseres Therapiestils in Richtung einer dezidiert intersubjektiven Orientierung

---

<sup>6</sup> Wir haben solche Sekundäranalysen mit Blick auf die Verwendung von sozialpsychologischer Literatur im Bereich deutschsprachiger Supervisionsliteratur gemacht, mit katastrophalen Ergebnissen mit Blick auf den Rezeptionsstand, oder für den Rezeptionsstand gestaltpsychologischer Grundlagenliteratur in dem repräsentativen Handbuch der Gestalttherapie (*Fuhr et al.* 2000) auch hier ein beklemmender Rezeptionsstand. Es wäre mit einer handvoll studentischer Semesterarbeiten leicht, eine Sekundäranalyse der Forschungsrezeption anhand der Publikationen der verschiedenen Mitgliedorganisationen der Charta zu machen. Eigentlich sollte so etwas vorgelegt werden, wenn diese Fragen gestellt werden. Für unseren Bereich nehme man einstweilen *Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000; *Petzold, Wolf et al.* 2000, *Hass, Petzold* 1999 Publikationen, die jeweils umfangreiche Forschungsrezeption unschwer erkennen lassen.

(Petzold 1980g) und zu einer Veränderung des Ausbildungsstils (Curriculumrevisionen 1984) und zu einem Abgehen von den gestalttherapeutischen Konfrontationstechniken und der Mehrzahl der „rules and games“ (Perls 1967/1980), sowie zu einer fortlaufende Beschäftigung mit Theorienbildung und Forschung zum Schadenthema in therapie- und supervisionsrelevanten Bereichen. Eigene Schadensforschung (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997) und Berücksichtigung dieser Themen in der LehrtherapeutInnenausbildung (Petzold, Sieper 1993; Petzold, Orth 1993, Petzold, Frühmann 1993) sowie in der Ausbildungspraxis besonders im Supervisionssystem führten bei einer großen Studie (N= 211 Patientinnen, 58 Therapeutinnen, die in mehreren Verfahren ausgebildet wurden 52 davon in integrativer Therapie an unserem Institut), bei der wir spezifisch auch Nebenwirkungen mituntersuchten, zu dem positiven Resultat, daß Nebenwirkungen nicht in signifikanter Weise auftraten (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000). Zur Zeit ziehen wir gerade Konsequenzen aus dieser Studie aufgrund der PatientInnenbehandlungen durch PsychotherapeutInnen, die an unserem Institut ausgebildet wurden. Wir sind mit den Ergebnissen [seit 1998 vorliegend] insgesamt zufrieden (sehr große Effektstärken d.h. größer als 1.2 bei 28%, große zwischen 0.8 und 1.2 bei 19,4%, mittlere zwischen 0.4 und 0.8 bei 25,8 %, geringe bei 16,1%) Das wollen und können wir noch verbessern – wir kennen die Schwachstellen und wissen, wie ihnen beizukommen ist (vgl. Curriclumsrevision Petzold, Orth, Sieper 2000). Besondere Aufmerksamkeit geben wir dem Faktum, daß die durch Integrative Therapie erzielten *mittleren* Effektstärken bei Angststörungen deutlich hinter den Ergebnissen der Effektstärken bei anderen Störungsbildern (hohen bei Belastungsstörungen und Depression) zurückbleiben und ganz klar hinter den Ergebnissen, die die kognitive Verhaltenstherapie zu diesem Störungsbild vorlegen kann, die damit Maßstäbe setzt.

Wir meinen: Therapieethisch und heilkunderechtlich haben Patienten das *Recht* auf „best practice“ und es ist nicht vertretbar, daß sie nur mit Methoden von mittlerer Wirksamkeit behandelt werden. Eine solche Position möchten wir auch für unsere Orientierung in der Charta mit Blick auf Aufhebung von Vorbehalten dringend anempfehlen (Petzold, Sieper 2001). Wir haben deshalb in die Ausbildung revidierte Behandlungsformen für die Therapie von Angsstörungen integriert, die derzeit wiederum evaluiert werden. Diese Ausführungen mögen exemplarisch für diese Text genügen.

### **1. Stellenwert der Forschung innerhalb der Ausbildung**

Forschung – Ausbildungsforschung und Therapieforschung – aber auch allgemeinspsychologische und klinische Forschung - ist fest in die Ausbildung integriert. Seminarangebote zum Thema „Ergebnisse der Psychotherapieforschung“, forschungsgegründete störungsspezifische Seminare (Petzold, Orth, Sieper 2000) vermitteln aktuelles Wissen. Die Basierung der Gesamtausbildung auf dem Modell der „14 therapeutischen Wirkfaktoren und -prozesse“ (Petzold 1993p), das beforscht (Brumund, Märten 1998) und kritisch reflektiert wurde und wird (Märten, Petzold 1998b) und in der Ausbildung vermittelt, und metareflektiert wird sowie in den Diskurs mit anderen Wirkfaktorenforschungen (Smith, Grawe 1999) gestellt wird ist ein weiteres Moment, das den Stellenwert der Forschung aufzeigt.

### **2. Stellenwert von Forschungsergebnissen aus anderen Richtungen**

Der Stellenwert von Forschungsergebnissen aus der psychobiologischen und neurowissenschaftlichen Grundlagenforschung sowie der allgemeinen Psychologie hat für die Integrative Therapie kardinale Bedeutung, wie der permanente Rückgriff auf die klinische Psychologie (Petzold, Märten 1999), die Entwicklungs- (Petzold 1993c, 1994j) und Sozialpsychologie (Hass, Petzold 1999; Petzold 1998a), die Emotions- (Petzold 1995g) und Willenspsychologie (idem 2001i) etc. zeigt, Gebieten, zu denen wir auch Beiträge leisten. Die IT ist auf die Ergebnisse dieser Forschungen in breiter Weise abgestützt (vgl. Petzold Integrative Therapie, 3 Bde. 1550 Seiten 1991a, 1992a, 1993). Grawes Postulat einer Psychologischen Psychotherapie – d.h. auf die wissenschaftliche Psychologie abgestützten Therapie – ist vom Anspruch her vollauf gerechtfertigt, greift uns aber in einigen Aspekten zu eng: wir vertreten ein „biopsychosoziales Modell kritischer Humantherapie“ (Petzold 1974j, 302 ff; 1999p, 2001;

Schuch 2001), das physiologische Forschungen aufnimmt und differenziert nutzt (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold, Woff et al. 2000), aber auch sozialwissenschaftliche z.B. Netzwerkforschung (Hass, Petzold 1999), Narrationsforschung (idem 2000b). Nicht vergessen werden darf auch die philosophische Forschung (Kühn, Petzold 1991; Petzold 1991a). Ohne Einbezug der Forschungsergebnisse anderer, – insbesondere forschungsorientierter Therapierichtungen (mit qualitativer *und* quantitativer Forschung) ist eine moderne Psychotherapie heute nicht denkbar und – mit Blick auf die heilkunderechtlichen und therapieethischen Maximen „informed consent“, „best practice“ und „patient security“ auch nicht realisierbar und zu verantworten. Außerdem gibt es einen Reichtum an Erkenntnissen der anderen Schulen, die den eigenen Blick erweitern und auch korrigieren können und müssen. Die Charta bietet hier eine hervorragende Möglichkeit des Austauschs und des gemeinsamen **Voneinander- und Miteinander-Lernens**, weshalb wir auch vertreten haben (Petzold, Sieper 2001), daß dieses Ziel dem des Aufhebens des Wissenschaftlichkeitsvorbehaltes gleichgeordnet werden sollte.

### 2.1 Auf die Theorienbildung

Dieser Punkt ist im voranstehenden schon angesprochen vgl. exemplarisch Petzold, van Beek, van der Hoek 1994 für die Entwicklungspsychologie oder Petzold, Wolf et al. 2000 für die Psychotraumatologie.

### 2.2 Vermittlungsmethoden

Wurde voranstehend schon angesprochen: Seminare, Lehrfilme (zur Babyforschung), ein großes Weiterbildungsprogram der Akademie, in dem jährlich weit über hundert Weiterbildungsseminare aus eigenen Entwicklungen oder mit Gastdozenten anderer Ansätze angeboten werden (siehe Jahresprogramme der EAG). Eigene Buchreihen und drei Zeitschriften die wir herausgeben oder mit herausgeben („Integrative Therapie“, „Integrative Bewegungstherapie“, „Gestalt- und Integration“, „Organisationsentwicklung, Supervision, Clinical Management“ dienen der Vermittlung genauso wie Tagungen. Seit 1972 habe wir jährlich mindestens 2 Tagungen organisiert, davon mehrere Europäische Kongresse und viele schulenübergreifende (eine Aufstellung bis 1993 in Schmiedel, Sieper 1993), bei denen Forschungsthemen einen festen Platz haben. Darüberhinaus wirken wir an zahlreichen Tagungen mit und leisten eine kontinuierliche Medienarbeit (Petzold, Sieper 1996). Diese Arbeit wird in der Öffentlichkeit auch immer wieder zur Kenntnis genommen, was sich etwa darin zeigt, das vier leitende Persönlichkeiten der EAG für ihre innovative Arbeit für die Psychotherapie und Psychotherapieausbildung im Rahmen der Akademie in den vergangenen Jahren das deutsche Bundesverdienstkreuz erhielten (die offiziellen Begründungen abgedruckt in Petzold 1998h, 574).

### IV Danksagung

Dies alles ist bislang möglich gewesen und geworden durch engagierte MitarbeiterInnen beim hauptamtlichen Personal der Akademie, den Forschern und Forscherinnen in der Forschungsabteilung der EAG, den Sekretariats und Verwaltungskräften, durch das Engagement einiger besonders aktiver KollegInnen in einem sehr großen Kreis von LehrtherapeutInnen und Supervisorinnen, deren Unterstützung und Wertschätzung solcher Anstrengungen wesentlich ist, und durch das Interesse und die Bereitschaft zur Mitarbeit bei den AusbildungskandidatInnen in den gesetzlich vorgegebenen Gremien der Akademie (Satzung in Petzold 1998h, 538-549) und in den curricularen Arbeits- und Studiengruppen aber auch in freiwilligen Projektgruppen. Last but not least durch die Mitarbeit und das Interesse von Patientinnen und Patienten und ihren Therapeutinnen in ihren Praxen ohne die viele Studien nicht möglich gewesen wären. Ihnen sei besonders gedacht.

*Literatur in Auswahl, die weitere Literatur bei den Verfassern:*

#### **Schlüsseltexte in Fettdruck**

**Kühn, R., Petzold, H.G., 1991. Psychotherapie und Philosophie, Junfermann, Paderborn.**

- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b), Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Petzold, H.G., 1977l. Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. *Sensus-Kommunikation* 3, 3-7; auch in: Petzold (1977n) 478-490
- Petzold, H.G. (1977n, Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn; dtv, München 1992, 2. Aufl. 1993.
- Petzold, H.G., 1979c. Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen. *Integrative Therapie* ½, 51-78.
- Petzold, H.G., 1980c. Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, in: Petzold, Vormann (1980) 208-228.
- Petzold, H.G., 1991a. Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., 1992a. Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn.**
- Petzold, H.G., 1992g. Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, in 1992a, S. 927-1040.
- Petzold, H.G. (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie* 2 (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt* 17 (Zürich 1993) 38-39.
- Petzold, H.G., 1994h. Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen, Vortrag, gehalten auf der Fachtagung: „Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie“ am 20. Oktober 1994, *Drogalkohol* (Schweiz) 3, 144-158.
- Petzold, H.G. (1998a) (Hrsg.): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch, Band I, Junfermann, Paderborn 1998a.
- Petzold, H.G. (1998h, Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, (in Druck).
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie. Das „biopsychosoziale Modell“ angewandter Humantherapie und Kulturarbeit – Theorie, Praxis, Kulturarbeit. Paderborn. Junfermann.**
- Petzold, H.G. (Hrsg.)(2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Widersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (2000). Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.

- Petzold, H.G., Hass, W., Märtnens, M., Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie, in: Laireiter, A., Vogel, H. (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch, DGVT-Verlag, Tübingen 1998, 683-711.**
- Petzold, H.G., Hass, W., Märterns, M., Steffan, A.. (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. Integrative Therapie 2/3, 277-355.**
- Petzold, H.G., Hentschel, U., 1991. Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H.G., Hentschel, U., 1993. Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG - Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision, in: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Märtnens, M., Steffan, A., Bericht des Forschungsinstituts an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, 1998a, in: Petzold (1998h) 503-527.**
- Petzold, H.G., Märtnens, M. (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis, Bd. 1: Modelle, Konzepte, Settings, Leske + Budrich, Opladen 1999.**
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J., 1995a. Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von Gestalt und Integration, FPI-Publikationen, Düsseldorf.**
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000b): Curriculum „Postgraduale Weiterbildung“ Integrative Psychotherapie mit Schwerpunkt: Psychodrama, Gestalttherapie und körperorientierte Methoden“. Düsseldorf, Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.**
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: Petzold, H.G., Orth, I. Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann, S. 15-66.
- Petzold, H.G., Sieper, J., *Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 (1970) 392-447; repr. (1973c).
- Petzold, H.G., Sieper, J., Rodriguez-Petzold, F. (1995a): Das Wissenschaftsverständnis und die Therapie- und Forschungsorientierung der Integrativen Therapie - Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SPV. *Gestalt und Integration* 1, 93-111.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A.-R. (Hrsg.), Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G., Steffan, A.. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. Integrative Therapie 2/3, 355 – 367.**
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann, 445-579.**
- Sieper, J. (2001) Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama und Transfertraining, Streßphysiologie , *Integrative Therapie* 1, (im Druck)

***Sieper, J., Petzold, H.G. (1993): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, in: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993, 1996) Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann, 359-370.***

*Sieper, J., Petzold, H.G. (2001): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, Integrative Therapie, Heft 1*

# Psychotherapie als „fundierte Pluralität“

Damit das wegweisende Projekt der „Charta“ nicht scheitert, weil man „auf’s falsche Pferd setzt“ - Minderheitenreport

Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, Johanna Sieper, Neuss

„Psychotherapie ist *eine* Disziplin, die durch *‘fundierte Pluralität‘* gekennzeichnet ist, eine Profession, in der *Pluralität* bei Gewährleistung *einheitlicher* professioneller Rahmenbedingungen, hoher berufsethischer Standards und wissenschaftlich abgesicherter Qualität eine Gütegarantie für ihre engagierte, heilende und fördernde Arbeit mit einer Vielfalt unterschiedlicher Menschen sein muß.“

H.G. Petzold

1. Berufs- und Gesundheitspolitik – eine Sache jeder Psychotherapeutin und jedes Psychotherapeuten  
Psychotherapeutinnen sehen wir als „Menschenarbeiter“ (Sieper, Petzold 2001), die ihre Arbeit in interpersonalen Beziehungen, persönlichen Begegnungen, professionellen Interventionen im unmittelbaren PatientInnen-/KlientInnenkontakt leisten und wir glauben, daß wir mit dieser Charakterisierung das Selbstverständnis vieler KollegInnen treffen. Vor einem solchen Selbstverständnis, daß auch als kollektive „soziale Repräsentation“ (Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001) die „soziale Welt“<sup>7</sup> der Psychotherapie und der PsychotherapeutInnen - die „Szene“ - bestimmt, ist es verständlich, daß berufspolitische und gesundheitspolitische Arbeit nicht jedermanns/jederfraus Sache ist, obgleich Entscheidungen der Politik letztlich alle betreffen und Psychotherapie eigentlich auch eine „politische Disziplin“ im Sinne einer „Metapraxis“ (Petzold 1994c, Gestalt 20) ist. Wir halten es für wichtig, daß PsychotherapeutInnen gesundheits- und berufspolitische Arbeit leisten, daß sie solche Arbeit verfolgen. Deshalb versuchen wir über unsere berufspolitische Arbeit für FPI und SEAG immer wieder auch AusbildungskandidatInnen und AbsolventInnen sowie die verschiedenen Gruppierungen im Feld zu informieren (vgl. Gestalt 41), denn wenn man als „Experten“ solche Arbeit leistet, sollte man seine Positionen transparent machen. Die PraktikerInnen in der Psychotherapie überlassen die berufspolitische Arbeit meist „Experten“, die eigentlich nur *Repräsentanten* ihrer Berufsverbände sein sollten – nicht mehr nicht weniger -, d.h. sie sollten den *Mitgliederwillen* zu politischen Strategien vertreten.

(In unserem Fall vertreten wir die Positionen keines Vereins, sondern des *Leitungsgremiums* des Ausbildungsinstituts FPI und seiner *staatlich anerkannten Akademie* EAG [und ihrer Tochter SEAG] mit dem von den Institutsgremien vorgegebenen Richtziel, für unsere Ausbildungskandidatinnen ein Optimum an Sicherheit für ihre Abschlüsse und ihre zukünftigen Anerkennungen oder ihre Bonität zu erreichen. Deshalb wird die Berufspolitik auch von den lt. Mustersatzung des Landes verantwortlichen Leitern, dem wissenschaftlichen Leiter [Prof. H.Petzold] und der pädagogischen Leiterin [Dr. J. Sieper] repräsentiert).

Häufig „machen“ die Experten die Strategien auch, und oft werden diese nicht ausreichend diskutiert. So kommt es, daß von den in Fachverbänden zusammengeschlossenen PraktikerInnen oft nicht wirklich mitvollzogen, realisiert und approbiert wird, wohin die Entwicklungen denn gehen sollen und wie gesteckte Ziele erreicht werden sollen. In einem Verein müßten sogar die Strategien vorgelegt und durch die GV abgestimmt werden. Bei zentralen Fragestellungen oder gar Entscheidungen, die berufs- und gesundheitspolitische Entwicklungen präjudizieren – wie etwa am 24.11. beim Votum über die Aufhebung des Wissenschaftlichkeitsvorbehaltes und bei der im Januar wohl erfolgenden Abstimmung in der GV der Charta –, müßte die Position, die vertreten werden soll dem Souverän, der MV, zur Abstimmung vorgelegt werden, denn das ist keine Vorstandssache mehr. Daß dieses oft nicht erfolgt, nicht angemahnt wird, zeigt vielleicht, daß die Praktiker die Entwicklungen nicht genau verfolgen oder den Experten unhinterfragt vertrauen oder daß wenig Bedarf an einer qualifizierten Willensbildung in diesen Fragen besteht. Man müßte das einfach einmal überprüfen, gemeinsam reflektieren. Die Experten werden auf diese Weise allein gelassen. Sie machen dann mit viel Engagement – zumeist über

---

<sup>7</sup> Dieses zentrale Konzept in der Integrativen Therapie ist für das Verstehen, was in der „Welt der Psychotherapie“ abläuft, von eminenter Wichtigkeit:

»Sozialwelt - Social world - darunter verstehen wir eine von einer sozialen Gruppe geteilte Perspektive auf die Welt, eine „Weltsicht“ (mit ihren belief systems, Wertvorstellungen, Basisüberzeugungen im Mikro- und Mesobereich), eine „Weltanschauung“ im (Makro- und Megabereich). Makrobereiche prägen – etwa über einen „Zeigeist“ die Mikro- und Mesobereiche entweder konformierend – man stimmt zu - oder divergierend – man lehnt sich auf, stemmt sich gegen die Strömungen des Zeitgeistes. Sozialwelten formieren sich in Polylogen, vielstimmigen Gesprächs- und Erzählgemeinschaften (Petzold et al. 2000). In einer Social world kommen „soziale Repräsentationen“ zum Tragen. Dieses Konzept von Serge Moscovici (2001) haben wir erweitert und als einen Set „kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit den aus ihnen resultierenden Verhaltensweisen, Performanzen“ (Hass, Petzold 1999). Umwelt bzw. Lebenswelt werden kognitiv eingeschätzt (appraisal) und emotional bewertet (valuation) und diesen Bewertungen ist in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit sorgfältig nachzugehen, will man z.B. den Kontext alter Menschen verstehen, ihr Erleben des jeweiligen Kontextes erfassen.« (Petzold 2000h).

Jahre – eine von vielen ungeliebte Arbeit und vertreten *ihre persönliche* berufspolitische Linie, zuweilen mit, zuweilen ohne Erfolg. Solches Engagement ist wertzuschätzen, besonders, wenn es ehrenamtlich ist oder geringfügig abgegolten erfolgt, wie das ja in der Regel bei fachverbandlichen Ämtern und Funktionen üblich ist und sein sollte. Die Folge auf der Mitgliederebene, auf der Ebene der einzelnen Praktikerinnen ist dabei oft eine berufspolitische Passivierung. Man vertraut darauf, daß die *Experten* ihre Sache gut machen. *Es gibt aber Zeiten, in denen sich die Mitglieder selbst engagieren müssen, in der sich jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin sachkundig machen, zu Experten werden müssen, um ihre Sache zu vertreten, um die Richtung, in die die Berufs- und Gesundheitspolitik, die Entwicklung ihrer Profession gehen soll, und die Strategien, die verfolgt werden sollen, selbst sachkundig mitzubestimmen.* Dazu ist es notwendig, von Zeit zu Zeit Strategien zu überprüfen und die Arbeit der *Experten* zu evaluieren, ob sie zielführend waren, ob sie „auf's richtige Pferd“ gesetzt haben. Denn sonst kann es – wie in Deutschland mit dem Psychotherapiegesetz geschehen – ein böses Erwachen geben. Hier hatten sich die Mitglieder großer Verbände nicht sachkundig gemacht und die *Experten* hatten – in der Angst kein Gesetz zu bekommen (in einem „Europa der Psychotherapiegesetze“ eigentlich undenkbar und deshalb irrational!) – überhastet einer gesetzlichen Regelung im Rahmen des ärztlichen Heilkunderechtes und unter der administrativen Oberhoheit der Ärztekammern zugestimmt: unseres Erachtens mit desaströsen Folgen für die Psychotherapie als *eigenständige Profession der Arbeit mit Menschen*, für das nicht-ärztliche bzw. psychologische Feld der Psychotherapie, für eine *methodenplurale* Psychotherapie, für eine *berufsplurale* Psychotherapie (Zugang über humanwissenschaftliche Studienabschlüsse). Dieses breit ausgelegte Verständnis der Psychotherapie war uns stets ein zentrales Anliegen, für das wir uns in zahlreichen Europäischen Ländern mit einem immensen Aufwand an Arbeit stets ehrenamtlich eingesetzt haben und noch einsetzen, weil wir davon überzeugt sind, daß Psychotherapie in einer „**fundierte Pluralität**“ gründet und gründen muß. In der Schweiz arbeiten wir und unsere KollegInnen seit vielen Jahren für FPI und SEAG in verschiedenen Verbänden und Gremien an berufspolitischen Projekten mit und versuchen unsere Erfahrungen aus bald dreißig Jahren gesundheitspolitischer Arbeit in verschiedenen europäischen Ländern zur Verfügung zu stellen. Die Diskussionen müssen u. E. in allen Verbänden geführt werden, nicht nur in den Dachverbänden, so daß in den Dachverbänden die *fundierte Meinungen* aus den Mitgliedsverbänden Beachtung finden und in die dortigen Meinungsbildungsprozesse einfließen können. Dazu ist **Information** über die verschiedenen Positionen erforderlich, damit sich *informierter Konsens* ergibt, *Dissens* Gehör findet, Mehrheits- und Minderheitspositionen deutlich werden, aufgrund derer sich dann *umsetzungsfähige* Entscheidungen für politisches Handeln herausbilden, das dann *fortune* haben kann oder auch nicht. „Gestalt“ als Verbandszeitung ist ein Forum, in dem informiert wird, diskutiert werden kann, Meinungsbildung vorbereitet wird, die sich in Aufträgen an die Repräsentanten des Verbandes niederschlagen. Der vorliegende Beitrag zur Thema „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapie und der berufspolitischen Strategienbildung schließt an unsere vorausgehenden Initiativen und Arbeiten in dieser Sache (vgl. Gestalt 41) an, weil die Entwicklungen weitergegangen sind und weitergehen - rapide. Er vermittelt, das sei betont, *eine* Perspektive aus einem höchst komplexen aktuellen und faszinierenden berufspolitischen Geschehen, von dem wir meinen, daß es sich insgesamt um einen sehr guten – wenn auch mühevollen – Prozeß handelt, denn er trägt zum Wissen um die schwierigen Fragestellung von „Wissenschaft“ bei (wir thematisieren das 3.4) und zeigt die komplexen Prozesse von Konsens-Dissens-Bildungen in interinstitutioneller Korrespondenz, von Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in Mehrheits-Minderheitsdiskursen am Beispiel des Chartaprozesses.

### 1.1 Gesundheitspolitik schafft akzelerierten Handlungsbedarf für die Berufspolitik

Die Zukunft der Psychotherapie hat zwar nicht erst jetzt begonnen, aber akzelerierte Entwicklungen in der Gesundheitspolitik verschärft die Notwendigkeit, berufspolitische zu handeln.

Das „Bundesgesetz über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der psychologischen Berufe“ (PsyG) soll nach Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit vom 22. November mit einem Vorentwurf Ende 2002 in die Vernehmenlassung gehen. Die Mitteilung gibt klare Richtungen vor (siehe unten 3.1).

Im Dezember 2001 hat die in der Regel durchaus sozial engagierte Bundesrätin Ruth Dreifuss, die Weichen so gestellt, daß die Psychotherapie nicht in den Rahmen der Grund- bzw. Regelversorgung fallen wird. Das bedeutet für die Fragen der Anerkennung einzelner Verfahren und Schulen keine Entlastung, ist nicht beruhigend, sondern höchst beunruhigend, denn es bleibt nicht alles beim Alten.

Zunächst muß man sich da fragen: Welches Bild hat die Öffentlichkeit von der Psychotherapie, daß man sich so eine Position leisten kann? Haben die PsychotherapeutInnen etwa „auf's falsche Pferd gesetzt“ mit ihrer Berufspolitik, ihrer Öffentlichkeitsarbeit? Machen sie „fundamentale Attributionsfehler“ und sehen die Realitäten nicht? Sehen sie nicht, wie sie wahrgenommen werden? Die Uneinigkeit und Zerstrittenheit der Psychotherapeutinnen und ihre beklagenswerte Selbstpräsentation in der Öffentlichkeit sind sicher für ihr Ansehen schädlich. Andere Gründe sind ihre oft obskuren Ideologien (vgl. hierzu *Pohlen, Bautz-Holzherr* 1994, 2001; *Petzold, Orth* 1999), mangelnde Wissenschaftlichkeit (vgl. aber *Grawe* 1998; *Petzold, Märten* 1999) und bei vielen „Schulen“ die fehlende Arbeit an seriösen Wirkungs- und Schadens- bzw. Nebenwirkungsfreiheitsnachweisen (*Märten, Petzold* 2001), die der Öffentlichkeit überzeugend zeigen: *Psychotherapie ist eine sinnvolle und zuverlässige Maßnahme der Hilfeleistung.*

Dann muß man fragen: Fehlt es an Innovation, so daß das „Angebot Psychotherapie“ nicht mehr attraktiv ist? Es gibt Therapieschulen, die seit Jahrzehnten keinen klinischen Fortschritt zu Wege bringen, Ausbildungsinstitute, aus denen in Jahr und Tag keine Publikationen und Forschungen kommen. Die *wissenschaftliche Psychologie* greift das an, reklamiert die Innovation für sich. Mit starken Argumenten. Man soll doch nicht glauben, daß man in einer Wissensgesellschaft, die einen breiten Konsens über ein akzeptiertes/akzeptables Wissenschaftsverständnis hat, an der Darstellung von Innovation vermittels Forschungsergebnissen vorbeikommt oder an der Legitimierung nach den Bedingungen dieses öffentlich gewollten Standards *quantitativer Empirie*. Wer das vertritt, gibt u. E. schlechten Expertenrat, versäumt wichtige Strategiearbeit, setzt „auf’s falsche Pferd“. Die eigenen Forschungsdefizite, den innovationsanämischen Zustand, was klinische Weiterentwicklungen anbelangt, kann man auf Dauer nicht mit Polemiken oder Verfahrensklagen kaschieren.

## 1.2 Wo liegen Alternativen, was wäre zu tun?

Die Alternativen lägen u.E. in koordinierter Forschungsarbeit, in Projekten zu klinischer Innovation, die die Wirksamkeit des eigenen Verfahrens und die Wirksamkeit berufspluraler Psychotherapie nachweisen. Ohne solche Studien haben die Berufspolitiker schlechte Karten.

Für die oftmals zerstrittene und zersplitterte „community“ der PsychotherapeutInnen in der Praxis lägen hier übergeordnete, gemeinsame Zielsetzungen, nämlich empirische Wirkungsnachweise zu erbringen, innovative Theorie- und Methodikentwicklungen voranzutreiben, Qualität zu sichern und zu entwickeln (*Petzold, Orth, Sieper 1995*). Stattdessen vergeudet man Kraft in Kleinkriegen - in allen Szenen – und vermeidet die notwendigen Anstrengungen, die erforderlichen Forschungsergebnisse in der Therapie- und Ausbildungsforschung zu generieren und die dafür erforderlichen Infrastrukturen bereitzustellen.<sup>8</sup>

Ohne solide Studien in ausreichender Anzahl, die generell und störungsspezifisch die Wirksamkeit von Verfahren gemäß den Standards der Psychotherapieforschung nachweisen, ohne settingspezifische Untersuchungen (*Petzold 1994h*), ohne berufsplurale Untersuchungen (*Seligman 1996; Petzold et al. 2000*) haben Therapieverfahren keine Zukunft. **Ausserdem: Patientinnen haben ein Recht darauf, mit evaluierten Methoden behandelt zu werden!** So sehen wir das und haben deshalb für die Integrative Therapie in diese Richtung erhebliche Anstrengungen gemacht, wurden dabei von PraktikerInnen (leider immer noch zu wenig) engagiert unterstützt – mit guten Resultaten. Wir werden im kommenden Jahr auch mit

---

<sup>8</sup> Was heißt das? – zwei Beispiele:

- Für die *Therapieforschung* müßten in den Praxen *Systeme der Qualitätskontrolle* und *Qualitätssicherung* implementiert werden. Daß das geht, haben wir mit mehreren großen Studien belegt (*Petzold et al. 1997, 2000*). Mit einer Akzeptanzstudie (*Hass, Märten, Petzold 1998*) haben wir die Implementierung untersucht. Das die an solchen Studien teilnehmenden PatientInnen den Einsatz von Untersuchungsinstrumenten, z.B. Fragebögen oder Körperbilder als positiv erlebt haben und auch TherapeutInnen und Therapeuten eine positive Bilanz zogen, beeindruckt aber einen großen Teil der Szene nicht, die von „Verletzungen des psychotherapeutischen Raumes“ sprechen oder an solchen Forschungsprojekten nicht mitarbeiten. **In Zukunft werden solche Maßnahmen der Qualitätssicherung Standard werden. Davon sind wir überzeugt.** Die mühevollen und kostenintensiven Vorarbeiten solcher Entwicklung haben wir von FPI/EAG oft gegen die vorherrschende Meinung der Szene unternommen, die dann die Resultate später übernommen hat.
- Für die *Ausbildungsforschung* hieß das: es mußten ausformulierte Curricula erarbeitet werden, Instrumente der Evaluation entwickelt und implementiert werden. Wir haben 1976 curricular organisierte, mit integrativer Didaktik vermittelte Psychotherapie öffentlich vertreten und seit 1972 am FPI für Gestalttherapie und Integrative Bewegungstherapie praktiziert (*Petzold, Sieper 1976, 1977*), weil wir eine Vorstellung von Ausbildung und organisiertem Lernen von Erwachsenen hatten (*Sieper, Petzold 1993; Sieper 1985, 2001*). Die Szene hat das mir der Kritik der „Verschulung“ bedacht – über viele Jahre. Dann haben alle imitiert. Wir haben sehr früh mit der Weiterbildungsforschung begonnen (*Petzold, Sieper 1970*), über die Jahre ein differenziertes Qualitätssicherungssystem mit spezifischen Erhebungsinstrumenten entwickelt (*Petzold 1998*) und in zahlreichen Untersuchungen zur Psychotherapie- und Supervisionsausbildung eingesetzt (zur Übersicht *Petzold, Steffan 2000, Petzold, Ebert, Oeltze 2002*). Hier ist man uns noch nicht gefolgt. Aber solche Evaluationen muß man und wird man in Zukunft von seriösen Ausbildungsinstituten verlangen. Bei den Psychotherapieausbildungen an den Schweizer Hochschulen ist das Standard.

störungsspezifischen Untersuchungen<sup>9</sup> in einer Kooperation mit dem Zentrum für psychosoziale Medizin an der Donau-Universität, Krems, beginnen und hoffen auf Mitwirkung vieler Praktiker. Genau auf solche Studien und Untersuchungen wird es nämlich in Zukunft ankommen. **Auf dieses Pferd muß man setzen.** Es ist schon sehr spät! Was kann nämlich ansonsten die Folge sein?

Kommt es zu dem bedrückenden Resultat der Ausgrenzung der Psychotherapie aus den Regelleistungen bzw. der Grundversorgung in der Schweiz, kann das oder wird das über kurz oder lang

- einerseits zu einem Ansteigen delegierter Therapien und einem Erstarren der Ärzteschaft in der Psychotherapie führen, mit der Gefahr, daß Regelungen für andere Berufsgruppen unwahrscheinlicher werden, wenn die Ärzte den Versorgungsbedarf abdecken können;
- andererseits kommt es zu einem Erstarren der Psychologen, die über ihr kommendes Gesetz ihre Positionen festigen werden zu Lasten der nicht-ärztlichen und nicht-psychologischen PsychotherapeutInnen;
- weiterhin kann bei einer sicher kommenden gesetzlichen Regelung für die Psychologen und einer durch diese ausgeübten Psychotherapie es durchaus zu einem strafrechtlich relevanten Titelschutz kommen, wie z. B. in Deutschland oder Österreich, wo nur approbierte Psychotherapeutinnen, diese Bezeichnung führen können. Nach einer Übergangsregelung für die „alten Hasen“ ist dann „die Türe zu“.
- Auch bei den privaten Versicherungen kann es zu drastischen Kürzungen der Leistungen nach Stundenzahl und Stundenhonoraren kommen, wo von Verfahren keine Wirkungsnachweise erbracht werden.
- Schließlich ist es möglich, daß es durch diese Regelungen auch in den Kliniken und klinischen Einrichtungen dazu kommt, daß Approbationen (wie in Deutschland und Österreich) verlangt werden und die Berufsmöglichkeiten für andere Sozialberufe und für Absolventen nicht-anerkannter Ausbildungen eingeschränkt werden.

Deshalb gilt es aktiv zu werden. Die Entscheidung, die Psychotherapie aus der Grundversorgung auszuschließen, entschärft die Problematik nicht, sondern bietet allenfalls einen Aufschub, den man dringend nutzen müßte. Diese Entscheidung ist u.E. auch ein Resultat einer über Jahre verfehlten Berufs- und Verbandspolitik der „Charta“ und der humanistisch-psychologischen Verbände und ihrer Funktionäre (wahrscheinlich auch des Gestaltvereins, darüber müßte man zumindest nachdenken). **Man hat da wohl „aufs falsche Pferd“ gesetzt, worauf schon vor Jahren in dieser Zeitschrift hingewiesen wurde** (vgl. *Petzold, H.G., 1994o. Integrative Therapie und Psychotherapieforschung oder: Was heißt „auf das richtige Pferd setzen?“ Gestalt 21, 37-45*). Zu der bisherigen Politik müßte einmal eine kritische Bilanz gezogen werden und man müßte über Neuorientierungen nachdenken.

- Unsere Auffassung hierzu ist – und man braucht sie ja nicht zu teilen: Man hätte Arbeit und Geld in *ein paar* gute wissenschaftliche Untersuchungen in den deutschsprachigen Ländern (hier in der Schweiz) investieren sollen, die hieb- und stichfest zeigen: *grundberufsplurale* Therapeutinnen machen keine schlechtere Psychotherapie als psychologische und ärztliche. Das zeigt z.B. die unter Beteiligung von Schweizer Kolleginnen durchgeführte Untersuchung von *Petzold* (et al. 2000). Die weiterhin zeigen würden: Gestalttherapie und Integrative Therapie bringen gute Resultate.<sup>10</sup> Mit solchen Untersuchungen, die allerdings ein entsprechendes N an PatientInnen haben müßte (mindestens 50 in der Eingangserhebung, 30 in der Abschlusserhebung 30 in der Kontrollgruppe z.B. als Wartegruppe) hätte man Argumente. Durchgeführt von einer renommierten Universität oder in Kooperation mit einer solchen – wie die EAG-Studie mit der FU Amsterdam -, und mit angesehenen Untersuchern müßten nach und nach genügend Studien erstellt werden können, die zeigen: *das Verfahren wirkt*. Das erfordert mehrere Jahre an Arbeit und seit unserem Aufruf in „Gestalt“ (*Petzold 1994o*) ist noch nicht sehr viel geschehen.

<sup>9</sup> Es wird eine spezifische Schulung für z.B. Depressionsbehandlungs, Angst- und Persönlichkeitsstörungen angeboten (3x3 Tage) mit gleichzeitiger Behandlung von Patienten dieses Störungsbildes aus der eigenen Praxis. Diese PatientInnen werden untersucht. (FPI-Jahresprogramm 2001, S. 160).

<sup>10</sup> Eine Replikation der EAG-Wirksamkeitsstudie mit integrativ ausgebildeten Ärzten als Therapeuten und medikamentenbehandelten PatientInnen als Kontrollgruppe für die Niederösterreichische Ärztekammer an der Donau-Universität Krems (Forschergruppe *H.Petzold, M. Märten, A. Steffan*) steht vor dem Abschluß.

- Man muß sich also in jedem Verband fragen: Wohin geht der Weg? Wo wurden/werden Entwicklungen verschlafen? Wo hatten Unternehmungen keinen Erfolg? Wo wurden falsche Wege eingeschlagen? Wo hat wer falsche Politik gemacht? – nicht um Vorwürfe zu machen, sondern um ggf. eine Fortschreibung zu verhindern, denn das Wort der *Experten* wiegt schwer. Das wird notwendig, damit - falls erforderlich - neue „Experten“ die Sachen in die Hand nehmen können, wenn eine kritische Bilanz der Verbandspolitik Neuorientierungen erforderlich macht. Wir meinen, Neuorientierungen müßten in die Richtung seriöser Wissenschaft gehen. Dazu gehört: 1. die empirische Dokumentationen der Qualität der Ausbildung durch gediegene Ausbildungsevaluation (der FSP verlangt dies von seinen anerkannten Ausbildungsprogrammen, wir publizieren sie regelmäßig [*Petzold, Steffan 2000*], von den deutschen Gestalttherapie-Ausbildungen liegen leider keine Publikationen vor). 2. Nachweis von Effizienz und Nebenwirkungsfreiheit der Therapie durch *qualitätsvolle Psychotherapieforschung*. Hier gibt es für die deutschsprachige Gestalttherapie und Integrative Therapie noch zu wenig Studien. *Dabei handelt es sich um eine Qualität, wie sie von allen Mitgliedern unseres Verbandes, Integrative TherapeutInnen und GestalttherapeutInnen, tagtäglich in ihrer Praxis erbracht wird*. Hier ist nämlich, das ist unsere Überzeugung, mit guten Ergebnissen zu rechnen. Warum wir das meinen? In Gestalttherapie und Integrativer Therapie kommen so viel an unspezifischen Wirkfaktoren zum Tragen und Integrative TherapeutInnen verwenden inzwischen bewußt Wirkfaktorenkombinationen aus den „vierzehn Heilfaktoren“ (1993p), daß gute Ergebnisse für viele Störungsbilder (allerdings ohne störungsspezifische Behandlungsformate nicht für alle gleichermaßen) erreicht werden können. Man braucht Untersuchungen also nicht zu scheuen, ja man sollte empirisch auswertbare Qualitätssicherungssysteme in seine alltägliche therapeutische Praxis integrieren. Das aber würde einen Kulturwandel erforderlich machen.

- 

- **1.3. Es geht nicht nur um Empirie sondern um einen Kulturwandel und um Beziehungsqualitäten der Wechselseitigkeit**

- 

- In begegnungszentrierten Therapieformen findet man oft eine „Kultur der Ablehnung“ gegen empirische Wissenschaft und eine „Forschungsfeindlichkeit“. Forschung und Begegnung oder Beziehungsarbeit seien unvereinbar, Veränderung „geschehe“ und werde nicht bewirkt etc. etc..
- Indes: Integrative LehrtherapeutInnen, das zeigen alle unsere empirischen Ausbildungsevaluationen, werden von den Kandidatinnen am höchsten wegen ihrer wertschätzenden Haltung bewertet (vgl. zusammenfassend *Petzold, Steffan 2000b*). Integrativen TherapeutInnen und Therapeuten erhalten von ihren Patientinnen die höchste Bewertung für ihre wertschätzende Haltung – das ist ein herausragendes Ergebnis unserer Untersuchungen (*Petzold et al. 2000, 2001*), die damit zeigt, daß ein zentraler Gedanke Integrativer Therapietheorie (idem 1993a, 1047- 1088, 1996k) in Ausbildung und Therapie umgesetzt wurde. AusbilderInnen und TherapeutInnen sind mit großem Engagement an dem Wohlergehen (*welfare*) und der Würde (*dignity*) ihrer KlientInnen und PatientInnen interessiert. Sie vertreten ein Intersubjektivitätsmodell im Sinne von *G.Marcel* mit einer aktiven Wertschätzung der „*Andersheit des Anderen*“. Dieser *Buber* überschreitende *Levinas*-Gedanke wurde bewußt zu einer Erneuerung der psychotherapeutischen Beziehungstheorie mit der Formel „**Du, Ich, Wir**“ (*Petzold 1996k, 2002*) und in einer „Grundregel“ für die Integrative Therapie ausgearbeitet.

-

» *Therapie* findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen gastlichen Raum, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen*, *Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie in Angriff nehmen unter Bedingungen eines geregelten Miteinanders, einer „Grundregel“, wenn man so will:

- *Der Patient* bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinanderzusetzen. Das geschieht in einer Form, in der er - seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und er die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.
- *Der Therapeut* seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen*, *Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen*, *Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit ihm *gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich forschungsgesicherter *'best practice'* Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt (Sieper, Petzold 2001).
- *Therapeut und Patient* anerkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozeß und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.
- *Das Setting* muß gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen und fachverbandliche Regelungen), daß Patientenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.« (Petzold 1999r).
- Die hier vertretene Konzeption einer Grundregel ist eine sehr andere, als die psychoanalytische Grundregel *Freuds*, die von PatientInnen „vollste Aufrichtigkeit“ (idem 1940/1982, 412) fordert (einseitige natürlich!), ohne irgend etwas „von der Mitteilung auszuschließen, weil ihnen diese Mitteilung beschämend oder peinlich ist“ (idem 1904/1982, 103), stattdessen hat der Patient „ohne Kritik und Auswahl alles zu erzählen, was ihm einfällt“ (1912/1982, 172). Solche „vollste Aufrichtigkeit“ soll ermöglichen, daß analytische Heilungswege greifen können: „Unser Wissen soll sein [des Patienten] Unwissen gutmachen, soll seinem Ich die Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens wiedergeben“ (Freud 1940/1982, 412). Hier wird die Aktivität und Wirkmächtigkeit gänzlich in die Person des Analytikers verlegt.
- Der Integrative Ansatz hingegen setzt auf eine *Beziehungsform* der „Konvivialität“, eine Gastlichkeit und auf eine *Arbeitsform* der „Partnerschaftlichkeit“. Beides sollte das therapeutische Setting kennzeichnen (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998; Derrida 2000; Orth 2001; Petzold 2002) und auch gemeinsame Forschungsprojekte in therapeutischen Settings, zu denen der Patient eingeladen werden kann und - nimmt er die Einladung an -, an denen er partnerschaftlich mitwirken kann.
- Diese Erneuerung in der Beziehungstheorie (und das mag vielleicht einige traditionalistische GestalttherapeutInnen beunruhigen) wurde auch kritisch gegen das aus integrativer Sicht flache *Perls*sche Kontaktkonzept gestellt, gegen das u. E. falsche „and if not, it can't be helped“ des „Gestaltgebets“ (Perls 1969) und wird als Überschreitung von *Bubers* „Ich und Du“ gesehen, das für uns mit seiner Ichpriorität beziehungstheoretisch problematisch ist. Auf dem Boden der Konzepte der *Mutualität* (Ferenczi) und der *Intersubjektivität* (Marcel, Levinas) können aber auch – davon gehen wir aus - GestalttherapeutInnen stehen und so brauchen sie, das sei nochmals wiederholt, die Untersuchung ihrer Arbeit mit den Instrumenten der empirischen Psychotherapieforschung nicht zu scheuen. Bei einigen KollegInnen mag das einen *Kulturwandel* erforderlich machen. Behält man das Konzept der „patient dignity“, der „Patientenwürde“, wie es von Petzold (1985d, 2000d)

inauguriert wurde, im Blick und macht man sich darüberhinaus noch klar, daß diese **hohe PatientInnenbewertung der erlebten Wertschätzung aus einer Untersuchung stammt, in der mit einem durchaus opulenten Untersuchungsinstrumentarium gearbeitet wurde (Steffan 2001), wird deutlich: Bedenken gegen solche Forschung in der Therapie haben bei entsprechender Haltung und Arbeit keinen empirischen Boden.** Forschung beeinflusst die Effizienz nicht, ja es ist anzunehmen, daß durch solche Untersuchungen und Studien, an denen PatientInnen aktiv mitwirken, ihre *Souveränität* und *Selbstwirksamkeit* (Flammer 1990; Petzold, Orth 1998) noch gestärkt wird. Dann nämlich können PatientInnen zu *wirklichen Veränderungen als Transgressionen* kommen, zu Überschreitungen, wie sie *Foucault - Nietzsche* weiterdenkend - angestrebt hat. Im Konzept der *Transgression*, wie wir es für die Therapie (Petzold, Orth, Sieper 2000) verdeutlicht haben, wird allerdings eine sehr grundsätzliche Gegenposition gegen die sogenannte gestalttherapeutische „*paradoxe Theorie der Veränderung*“ von *Arnold Beisser* bezogen: „... *change occurs when one becomes what he is, not when he tries to become what he is not* .. The Gestalt therapist rejects the role of a 'changer'“ (Beisser 1970, 77). Das klingt nach Zen, nach Tiefgang, ist unserer Auffassung nach aber noch so eine dieser unhinterfragten und inkonsistenten Ideologien, die man einmal kritisch anschauen muß und die zum Hintergrund einer forschungsfeindlichen Kultur gehören. Denn was wollen PatientInnen? Sie wollen ihre Störungen, Leidenszustände, Probleme, Seiten ihrer Persönlichkeit *verändern*. Wo immer dies möglich und sinnvoll ist, werden TherapeutInnen sie bei diesen *Entwicklungsaufgaben* unterstützen, ihnen bei ihren Bemühungen helfen, *etwas zu verändern*, das ist der Patientenauftrag. ForscherInnen untersuchen *Veränderungen* zu Neuem hin, prüfen ob sie gelingen, wie sie gelingen und ob dies in sicherer und humaner Weise geschieht, wie es die komplexe Forschungstheorie der Integrativen Therapie vertritt (Steffan, Petzold 2001). Forscher beschäftigen sich mit Veränderungsprozessen. „Zu sein, was man ist, und nicht zu werden, was man nicht ist“, solche und ähnliche „therapeutische“ Strategien sind mit Blick auf die Behandlung seelisch kranker Menschen mit schweren Störungsbildern dysfunktionale, potentiell schädliche Ideologien und sie sind auch darin forschungsfeindlich. Therapie strebt Veränderung an, Forschung mißt Veränderung, Therapieverfahren sind – in einer sich permanent verändernden Welt – in beständiger Veränderung. Das muß auch von der „community of practitioners“ berücksichtigt werden. Vor allen Dingen: warum fragt man die PatientInnen nicht, welches Verständnis von Wissenschaftlichkeit sie haben, was sie von Forschung in der Therapie wollen, ob sie Forschung in der Therapie wollen, denn auch hier geht es um Prozesse der *Partnerschaftlichkeit*.

- 

- **2. Die Wissenschaftlichkeit und die „Charta“**

- 

- Ein Wandel zu einer „forschungsfreundlichen Kultur“ und zu einer **kritischen** Begeisterung für eine „wissenschaftlich fundierte Psychotherapie“ muß u. E. natürlich nicht nur in Kreisen der Gestalttherapie und Integrativen Therapie stattfinden – und er findet glücklicherweise allmählich auch in breiteren Bereichen statt -, denn ähnliche Positionen gibt es bei vielen humanistisch-psychologischen und tiefenpsychologischen Schulen. Die Diskussionen in der Schweizer Psychotherapiecharta zeigen dies, und da Gestalttherapie und Integrative Therapie durch diesen wichtigen Dachverband vertreten werden, kann es nicht gleichgültig sein, was in der „Charta“ geschieht und welche Positionen die Repräsentanten des Gestaltvereins und die seiner ausbildenden Mitgliedernstitute dort propagieren und endorsieren. Über die „Charta“ wird weitreichende Politik gemacht und damit wollen

wir uns im zweiten Teil dieses Textes befassen und unsere Positionen in der „Charta“ verdeutlichen, denn wir haben für die EAG ein Minderheitsvotum abgegeben, was das Votum der an den Wissenschaftscolloquien teilnehmenden Institutionen anbetrifft, den Wissenschaftlichkeitsvorbehalt für alle Teilnehmer aufzuheben. Wir halten das für eine höchst bedenkliche Entscheidung, die genau in die voranstehend diskutierte Problematik fällt. Wir haben also uns die Mühe gemacht, einen ausführlich begründeten Minderheitenreport an den „Wissenschaftsausschuß“ und den „Vorstand“ der Charta zu senden.

•

Brief:

**Schweizer Stiftung SEAG, Rorschach**  
**Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen**  
**Fritz Perls Institut, Düsseldorf**

An den Vorstand des SPV,  
den Vorstand der Charta,  
die Vorstände der Charta-Mitgliedsinstitutionen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Am 24. 11. wurde, wie Ihnen bekannt ist, bei den Chartakolloquien der Wissenschaftsvorbehalt für alle teilnehmenden Institutionen aufgehoben. Die GV muß diesen Beschluß nach Vorschlag des WA noch bestätigen. Wir haben deshalb einen Minderheitsreport gemacht, um vor einer Aufhebung zu warnen, weil sie gravierende Folgen für die Charta, die Mitgliedsinstitute, die Absolventen dieser Institute haben könnte, was die Frage von Anerkennungen auf vielfältigen Ebenen anbelangt. Die Seriösität der Charta steht auf dem Spiel, denn diese Vorgänge werden nicht unbemerkt bleiben bzw. sind bei Kolleginnen außerhalb der Charta schon zur Kenntnis genommen worden. Der Vorentwurf für das PsyG ist in Arbeit und könnte durch einen solchen Vorfall in negativer Weise beeinflußt werden. Die Charta wird in ihrer ohnehin schwierigen Situation, die Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzte unter den PsychotherapeutInnen zu vertreten, nur Erfolg haben, wenn sie ein hohes Maß an Seriosität und gesundheitspolitischer Klugheit und Überzeugungskraft mit einer großen Anschlußfähigkeit an die vorhandenen Strukturen des Gesundheits- und Rechtssystems und an die Patientinnenwünsche bzw. die Erwartungen der Öffentlichkeit zeigen und glaubwürdig vertreten kann. Sie riskiert mit diesem Beschluß ihre „credibility“ und ihre „trustworthiness“. Man sollte hier sehr besonnen und vorsichtig vorgehen, statt eine „Selbstzertifizierung“ vorzunehmen, die nur Problematisierungen auslösen wird und Vertrauenspotentiale zu verspielen droht und die ohnehin einer externalen Überprüfung bei etlichen Instituten kaum Stand halten dürfte. Wir hatten in zwei umfangreichen Papern (Angang 3 II und I, in Gestalt 41) vor den gegebenen Problemen mit vielen Argumenten gewarnt und unternehmen hiermit nochmals aus Verantwortung für unseren Dachverband, die Charta, im Rahmen der vereinsdemokratischen Möglichkeiten einen Vorstoß, weil mit diesem Beschluß ein kaum zu kalkulierender Schaden angerichtet werden könnte. Eine gewisse Diskussion in der *fachlichen* Öffentlichkeit ist durch den Aufhebungsbeschluß ohnehin nicht zu vermeiden. Die Frage ist, wie breit sie geführt werden wird und muß. Was aber dann letztlich zählen wird, ist das Faktum, ob die Aufhebung offiziell bestätigt werden wird oder nicht.

Das sollte überdacht werden, und „wohl dem, der sich revidieren kann“.

Ich hoffe, daß unsere Warnungen nicht ins Leere gehen werden und unserer Engagement für die Charta in der richtigen Weise interpretiert wird.

Mit kollegialen Grüßen  
Prof.Dr. H.G. Petzold

3. Minderheitsreport und Antrag - Damit ein potentiell wegweisendes Projekt nicht scheitert: „Wissenschaftlichkeit aus therapeutischer Verantwortung“ für eine methodenplurale Psychotherapie - Stellungnahme III zu den Chartakolloquien von Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper

### 3.1 Der Anlaß

Auf dem Kolloquium vom 24. 11. 2001 wurde der Beschluß einer uneingeschränkten Aufhebung des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ für *alle* Mitgliedsinstitute gefällt, der eine klare Mehrheit fand. Als Mitgliedsinstitut der „Charta“ und Teilnehmer an den Kolloquien können wir diesen Beschluß nicht mittragen und möchten einen Minderheitsreport mit unseren Gründen abgeben: einerseits weil die Frage so zentral ist, denn es geht um die **Gewährleistung von Qualität im Interesse von PatientInnen-sicherheit und -information, um „Wissenschaftlichkeit aus therapeutischer Verantwortung“** und um das **Ansehen der Charta in der Fachöffentlichkeit** – und andererseits weil u. E. durch diesen Beschluß **massive Folgen für Anerkennungsfragen auf verschiedenen Ebenen (Kassenerstattungen, Ergänzungsstudium, Pluralität der Grundberufe, Pluralität der Therapieverfahren in einem kommenden Gesetz) entstehen könnten bzw. drohen, insbesondere auch für die Abschlüsse und Berufschancen unserer Ausbildungskandidatinnen, deren Interessen wir vertreten müssen.**

Das „Bundesgesetz über die Aus-, Weiter- und Fortbildung der psychologischen Berufe“ (PsyG) soll nach Mitteilung des Bundesamtes für Gesundheit vom 22. November mit einem Vorentwurf Ende 2002 in die Vernehmlassung gehen. Man ist also derzeit schon in einem hochsensiblen Raum. Deutlich wird für die Zielsetzung des PsyG ausgeführt:

*„Für die inhaltliche Erarbeitung des Gesetzesentwurfes werden die Anliegen der öffentlichen Gesundheit (Santé Publique, Santé Mentale) handlungsleitend sein. Angestrebt wird die Qualitätssicherung in der Aus- und Weiterbildung und die Gewährleistung der Freizügigkeit im Rahmen der bilateralen Abkommen mit der Europäischen Union“ (Mitteilung loc. cit).*

Damit ist klar, was angesagt ist und was die Maßstäbe sind:

- die Rechtsvorschriften für das öffentliche Gesundheitswesen, an die das neue Gesetz anschlussfähig sein muß (unserer Auffassung nach genügt die konzeptionelle Orientierung, die in den Kolloquien deutlich wurde, dem gegebenen rechtlichen Rahmen nicht, s.u.)
- Die Prinzipien der Qualitätssicherung nach internationalen Standards, und auch für diese muß eine Anschlussfähigkeit gegeben sein (auch hier sehen wir keine hinreichende Anschlussfähigkeit, vgl. das Standardwerk von *Laireiter, Vogel* 1998)
- Orientierung an den Regulierungen in der Europäischen Union (auch hier ist keine Anschlussfähigkeit gegeben, da selbst die sehr großzügigen Österreichischen Gesetzesstandards von den Positionen des Kolloquiumsprozesses nicht erreicht bzw. weit unterschritten werden. Diese Regulierungen sind im übrigen in der EU sonst wesentlich strenger gefaßt als in Österreich und wurden von keiner anderen Gesetzesregelung nachvollzogen. Sie erhalten derzeit auch *in praxi* keine Akzeptanz, was die Zulassung zu leistungsrechtlichen Regelungen in der BRD oder den Niederlanden anbelangt. Man wird sich in der Schweiz also sicher nicht *unter* dem Österreichischen Niveau positionieren, sondern – wir sind nicht mehr im Jahre 1991 – wohl deutlich über ihm.

Es ist uns also gänzlich unerfindlich, wie es am 24. 11. Zu einem solchen Beschluß der Aufhebung des Wissenschaftlichkeitsvorbehalts kommen konnte, der u. E. gänzlich neben den berufspolitischen Realitäten liegt und durch den essentielle Ziele gefährdet werden, für die sich einzutreten lohnt und für die wir immer wieder in verschiedenen europäischen Ländern eingetreten sind:

- Ermöglichung eines pluralen Zuganges zum Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten, was das humanwissenschaftliche Grundstudium anbelangt. Die *Seligman*-Studie (1995) und unsere eigene Untersuchung (mit 211 PatientInnen und 58 grundberufspluralen PsychotherapeutInnen [*Petzold et al.* 2000; *Steffan* 2001, 164ff] haben gezeigt, daß zwischen den verschiedenen humanwissenschaftlichen Grundberufen – Psychologen, Ärzten, Pädagogen, Sozialpädagogen usw. mit Blick auf die TherapeutInnenqualität keine Unterschiede bestehen), sofern sie gut (wir meinen und zeigen „evaluiert gut“) ausgebildet sind. (*Petzold, Steffan, Zdunek* 2000).
- Ermöglichung einer Methodenpluralität für wissenschaftlich gut fundierte und vom Wirksamkeitsnachweis empirisch gut abgesicherte Therapieverfahren. Die internationale empirische Psychotherapieforschung zeigt, daß diese Nachweise zu erbringen sind und ja von einigen Chartaverfahren auch seriös erbracht wurden.

Die zunehmende Orientierung im Medizinal- und Gesundheitssystem auf „evidence based intervention“ – auch in der Psychotherapy“ (*Dobson, Craig* 1998; *Sieper, Petzold* 2001a; *Lutz, Grawe* 2001) – wird gar keinen anderen Weg möglich machen, wie der Psychoanalytiker, Psychosomatiker und Herausgeber der Zeitschrift „Psychotherapeut“ *P.L. Janssen* (2001, 13)

neuerlich mit Blick auf spezifische Krankheitstheorien ausführte: „Bisher hält keine der theoretisch gut begründeten Psychotherapien und Psychoanalysen einer Überprüfung durch die empirische Psychotherapieforschung stand. In dem beginnenden Jahrhundert einer evidenzbasierten Psychotherapie ist einiges nachzuholen.“ Dem stimmen wir vollauf zu. Aus all diesen Gründen wollen wir hiermit (ungeachtet wie der Bericht des Wissenschaftsausschusses ausfällt) einen Antrag an die GV stellen, diesen Beschluß **nicht zu ratifizieren (weitere Anträge sind damit verbunden)**.

### 3.2 Der Antrag

Wir möchten in unserer Eigenschaft als Mitglied mit Dringlichkeit bei der GV beantragen:

- 1. den Wissenschaftsvorbehalt **n i c h t** aufzuheben, sondern ihn bestehen zu lassen,
- 2. für eine eventuelle, spätere Aufhebung
- a) Rahmenkriterien und eine solide Wissenschaftsdefinition vorzulegen,
- b) diese von der GV zuvor diskutieren zu lassen, weil sie enorme Konsequenzen für jedes Chartamitglied, ja ggf. für SPV-PsychotherapeutInnen haben kann und deshalb nicht nur ein Expertenentscheid sein sollte – auch Abwägungen mit dem SPV wären angezeigt,
- c) Außengutachter mit internationaler Reputation für die Begutachtung der Verfahren beizuziehen,
- d) VertreterInnen von PatientInnenorganisationen beizuziehen (deren Rechte und Mitsprache es zu berücksichtigen gilt und auf deren Eintreten man dann auch bei Gesetzgebungsverfahren rechnen kann),
- 3. unseren vorigen Antrag (Anlage 1) zu bearbeiten und zu entscheiden,
- 4. das ganze Verfahren nach Ziel, Zweck, Nutzen, politischer Sinnhaftigkeit und Kosten zu überprüfen, zu evaluieren und neu zu definieren,
- 5. eine differenzierte Aufstellung der mit diesem Verfahren bisher für die Charta tatsächlich entstandenen Kosten vorzulegen, dazu eine Schätzung der bisher für die teilnehmenden Institute entstandenen Kosten zu erstellen, um aufgrund einer solchen Kosten-Nutzen-Einschätzung für die GV eine Diskussions- und Entscheidungsgrundlage zu bieten,
- 6. für das Projekt einer Wissenschaftscharta ein Moratorium zu verfügen bis es zu einer fundierteren Zielbestimmung und erweiterten Besetzung der Vorbereitungsgruppe gekommen ist,
- 7. im Sinne der Transparenz des Kolloquiumsprozesses (zumal er als Forschungsprozess definiert und in der Öffentlichkeit dargestellt wurde) dafür zu sorgen, daß *alle* von den einzelnen Schulen eingereichten Texte der Kolloquien zugänglich gemacht werden (zumindest im Internet),
- 8. in den Text der „Ethikcharta“ Nachbesserungen einzuarbeiten, die das Bemühen um wissenschaftlich gesicherte Nachweise einer nebenwirkungsarmen Praxis für jedes Verfahren verpflichtend machen und „Wissenschaft und Forschung in therapieethischer Zielsetzung“ in der Ethikcharta zu verankern,
- 9. über den von uns eingebrachten und bisher noch nicht entschiedenen Antrag auf Einbezug von VertreterInnen von PatientInnenorganisationen bei den Kolloquien bzw. in relevanten Kommissionen und Entscheidungsfindungen endlich zu befinden, um mit Patientenrechten und Patientenmündigkeit ernst zu machen.

Gründe für die wichtigsten Punkte führen wir im nachstehenden Beitrag auf und aus und fundieren sie durch unsere Anlagen, die wir allen Mitgliedern zugänglich zu machen beantragen, da es sich hier um einen für die Charta, den SPV und ihre Institutions- und Personenmitglieder vitalen Entscheid handelt, der nur *gut informiert* getroffen werden kann. In Anlage **2** schlagen wir (wie schon in Anlage **3 II**) eine gangbare Alternative vor.

### 3.3 Der Kontext, die Hintergründe und die Gründe

Um unsere Argumentation zu verdeutlichen, versuchen wir, den in unseren Stellungnahmen **I** und **II** (Anlage **3**, abgedruckt in „Gestalt“ 41) begonnenen *Diskurs* mit diesem Beitrag **III** weiterzuführen. Dabei muß klar sein - und von diesen Prämissen gehen wir aus -, daß es bei *mehrperspektivischer* Betrachtung um komplexe Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen geht (Petzold 1998a), die offengelegt und im Blick behalten werden müssen, um unsere Intentionen deutlich wahrzunehmen, denn es geht hier keineswegs nur um Fragen der Abstimmung im Rahmen des Kolloquiumsprozesses über ein Traktandum, um Zulassungen und Ablehnungen, Aufhebungen und Abweisungen einzelner Institute oder Richtungen, sondern es geht um eine vielschichtige Zielsetzung, die wir wie folgt hierarchisiert haben:

- Es geht prioritär – und das sollte nicht vergessen werden - um die Sicherung von Patientenrechten und die Gewährleistung von „patient security and dignity“ (Müller, Petzold 2001) durch die Profession (hier repräsentiert durch die Charta) und ihre Bemühungen um Qualitätssicherung und -entwicklung, es geht um „Wissenschaft in therapieethischer Zielsetzung“,

- es geht um das *metareflexive, Wissen generierende* Handeln in einem Wissens- bzw. Wissenschaftsprozess der *professional community*, der eminent *praktisch* und *konkret* geworden ist und aus *kritischen Diskursen* lebt,
- es geht um die Entwicklung konsistenter klinischer Krankheitskonzepte, die mit den Ergebnissen der Grundlagenforschung kompatibel sind,
- es geht um „Feldentwicklungsprozesse“ (Petzold, Ebert, Sieper 2000) im „Feld“ der Psychotherapie (nicht nur in der Schweiz), für die der Verband Verantwortung übernehmen muß,
- es geht um einen „Organisationsentwicklungsprozess“ der Charta,
- es geht um berufspolitische Realitäten, etwa um eine berufspolitische Positionierung der Charta in einer sensiblen Phase im Prozeß des Gesetzgebungsverfahrens, die klug bedacht sein will.
- Für uns persönlich geht es damit um die Wahrnehmung unserer Verantwortung in diesem Prozeß auf all diesen Ebenen nach unseren Möglichkeiten und nach dem von uns als Leitlinie gewählten Prinzip der „Parrhesie“, der freimütigen Rede, die der *persönlichen* Überzeugung und Wahrheit (auch bei Widrigkeiten) verpflichtet ist (ausführlich ebenda, vgl. Foucault 1996).
- Es geht uns mit der Charta um einen Prozeß der *Metapraxis*, des metareflektierten gemeinsamen Denkens, Tuns, Lernens und Entwickelns, der für Psychotherapie insgesamt paradigmatisch werden könnte – hier liegt unser Engagement -, weil diese *Metapraxis* Grundprobleme einer um Wissenschaftlichkeit und Identität ringenden „professional community“ unter schwierigen Feldbedingungen, in einer „schwierigen Felddynamik“ erkennbar werden läßt und – so hoffen wir – konstruktive Lösungen möglich macht.

Seit in den ersten Arbeiten an der Charta Kollegen mein „Tree of Science-Modell“ für die Metastruktur der Charta als strukturelles Leitmodell der Theorie-Praxis-Verschränkung übernommen hatten (Petzold 1992q), war der „Chartaprozess“ für uns ein *lebendiges Modell* diskursiver Auseinandersetzung in **Polylogen**, d. h. in vielfältigen Begegnungen, vielstimmigen Gesprächen (M.M. Bakhtin 1981) und konnektivierten Reflexionen (Petzold 1998a), um an einer Psychotherapie mitzuarbeiten, die in einer reichen Vielfalt und großen Verschiedenheit um Verbindendes ringt – in Konsens- und Dissensprozessen, in integrativen und kokreativen Lernprozessen (Sieper 2001), in denen allein die Disziplin Psychotherapie eine Zukunft hat (derselbe 1999q), weil sie sich damit im Kern psychotherapeutischer *Theorie-Praxis-Arbeit* mit Menschen befindet.

„Das Projekt der Schweizer ‘Psychotherapiecharta’, in Form von Kolloquien einen Ko-responzenzprozess zu zentralen Wissensbeständen der Psychotherapie zwischen den psychotherapeutischen Schulen, repräsentiert durch ihre Mitgliedsinstitutionen, in Gang zu setzen, ist der beachtliche Versuch, das Paradigma des ‘Schulentreites’ zu überwinden und in kompakten Darstellungen der einzelnen Richtungen mit ihren Sonderformen (z.B. der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) das Wissen über ‘Positionen’ der Anderen zu fördern und damit einen ‘Diskurs des besseren Arguments’ (sensu *Habermas*) – nicht nur der besseren Wirksamkeitsstudien, die unzweifelhaft einen zentralen Patz haben müssen (Petzold, Hass, Mäertens, Steffan 2000) – vorzubereiten“ (Petzold, Steffan 2000 Chartakolloquium II).

„Die Charta hat nunmehr einen *Diskurs* i n s t i t u t i o n a l i s i e r t, ein *Ko-responzenzforum* geschaffen, in dem ein respektvoller, nicht-polemischer *Polylog* ‘life’ stattfindet und der das auf einer Mikroebene bzw. in einem Mikrosystem [der Psychotherapie in der Schweiz] präfiguriert, was im Gesamtfeld der Psychotherapie stattfinden muß, soll Psychotherapie eine gute Zukunft haben: die Erarbeitung eines hinlänglich breiten *Konsenses*, über das, was Psychotherapie ist und leisten kann und über Grundprinzipien, wie sie ihre Aufgaben realisiert. Damit würde für die ‘professional community’ ein tragfähiger *Sinn* (Petzold 2001j) geschaffen und das böte eine Zukunft guten Miteinanders ... Daß ein solcher Prozeß nicht ohne Probleme und Schwierigkeiten verläuft, ja Rückschläge haben kann, davon ist auszugehen“ (Petzold 2000h, Chartakolloquium III)

„Moderne Psychotherapie wird nur als kritisch und metakritisch reflektierte (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000), in solider Theorie fundierte und forschungsbegründete Praxis im Sinne evidenzbasierter *good* bzw. *best practice* (Dobson, Craig 1998) zukunftsfähig sein“ (Petzold, Steffan 2000, Chartakolloquium VI).

Mit diesen Formulierungen haben wir unsere Positionen zu den Chartakolloquien umrissen und in wissenschaftlichen Fachpublikationen *öffentlich* vertreten. Wir haben damit in einer wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit klar gemacht, daß wir den Chartaprozeß und auch die

Wissenschaftskolloquien vollauf – und das heißt natürlich nicht unkritisch - unterstützen. Damit haben wir auch eine besondere Verantwortung.

Niemand wird uns absprechen, daß wir in diesem Prozeß einen besonders hohen Einsatz gebracht haben – nicht, weil wir unsere Wissenschaftlichkeit nachweisen müssten, sondern weil wir **die Idee einer pluralen, korrespondierenden psychotherapeutischen Kultur** als eine unserer Grundpositionen seit Ende der sechziger Jahre vertreten. Alle unsere Kolloquienbeiträge sind – in erweiterter Form - wissenschaftlich publiziert worden bzw. sind in Publikation, weil wir auf die **Transparenz** unserer Positionen Wert legen. Da die Kolloquien ja als Forschungsprozeß definiert worden sind, muß eine solche Transparenz und Zugänglichkeit der Dokumente auch gewährleistet sein. Wir haben uns also **öffentlich** für das Projekt der Wissenschaftskolloquien der Charta engagiert, im Bewußtsein der „Prekarität“ (*Bourdieu*) eines solchen Projektes, zu der wir verschiedentlich ausführlich Stellung genommen haben (Anhang **3 I, II**, „Gestalt 41“). Aus diesem Engagement erfolgt nun der vorliegende Minderheitsreport. Wir sind der Auffassung, daß die Bestätigung des Beschlusses vom 24. 11. durch die GV der Glaubwürdigkeit der Charta großen Schaden zufügen könnte, insbesondere bei der gegenwärtigen Situation und bei künftigen Prozessen der Überprüfung der Verfahren durch externale Stellen und durch die psychotherapeutischen „communities“ der ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen. Es kann doch nicht möglich sein, daß als Ergebnis eines solchen Prozederes undifferenziert *allen* Mitgliedsinstitutionen und ihren Verfahren, von denen einige keine Internationalität haben, keine eigene Forschung vorweisen können, *praktisch nicht in Kliniken vertreten sind (!) oder über keine Forscher und Wissenschaftler* oder eine vorzeigbare *wissenschaftliche Tradition* verfügen und von denen einige gerade einmal ein paar Jahre alt sind usw., die „Wissenschaftlichkeit“ zuerkannt wird. Das birgt nach unserer Auffassung die Gefahr, daß der ganze Prozeß als unglaubwürdig, als Farce angesehen werden kann. Aufgrund dieser – so denken wir durchaus berechtigten – Sorge haben wir uns entschlossen, unsere Auffassung in Form eines Minderheitsreports der GV zur Kenntnis zu bringen, um zu einer besonnenen Entscheidungsfindung beizutragen! Dabei möchten wir, um Mißverständnissen vorzubeugen, wieder einmal betonen (siehe Anhang **3 I**), daß unserer Auffassung nach Wissenschaft/Wissenschaftlichkeit nicht über demokratische Mehrheitsentscheidungen bestimmt werden kann (wie in der Chartaeinleitung zu den Kolloquien irrtümlich vertreten wurde), sondern demokratische Entscheidungen setzen die Rahmenbedingungen, in denen sich die „Freiheit von Forschung und Lehre“ bewegen kann. Ein weiterer Grund für unser Minderheitsvotum ist, daß es zu keiner hinlänglichen Einigung auf einen *Wissenschaftsbegriff* gekommen ist, aufgrund dessen man *Wissenschaftlichkeit* feststellen und damit einen „*Wissenschaftsvorbehalt*“ (will meinen *Wissenschaftlichkeitsvorbehalt*) hätte aufheben können. Über ein solches Wissenschaftsverständnis als „Position“ muß ein hinlänglicher Konsens vorliegen und veröffentlicht sein, *b e v o r* Feststellungen oder Aufhebungen erfolgen können. Auch wenn man (wie wir) der Auffassung ist, daß „Wissenschaft plural ist und sein muß“, bedeutet das keine Position der Beliebigkeit, sondern dann müssen die unterschiedlichen Positionen expliziert und begründet sein. Eine „*Wissenschaftscharta*“, die dies zu leisten beansprucht, ist aber erst in Vorbereitung und als solche selbst noch ein fragwürdiges Unterfangen, weil mehr als ein „*Positionspapier*“ u. E. nicht zu leisten ist (und auch nicht notwendig ist). Damit führt sich u. E. die gesamte Prozedur einer „Aufhebung“ ad absurdum. Wie will man die Frage denn beantworten: „*Aufgrund welchen Wissenschaftsverständnisses wurde denn der Vorbehalt aufgehoben?*“

#### **3.4. Exkurs: Wissenschaft/Wissenschaftlichkeit**

Wir hatten im *dritten Kolloquium* eine metakritische Reflexion des Chartaprozesses bzw. des Kolloquiumprozesses vorgelegt, die leider weder fundiert diskutiert, noch wirklich zur Kenntnis genommen wurde und die u. a. folgende Bedenken in den Raum stellte:

»Umso wichtiger ist das Bemühen und die Arbeit der **Charta** um einen Diskurs (als wissenschaftlicher Austausch verstanden) zwischen den „Schulen“, der, wenn es ein *Diskurs*

sensu *Habermas* (1971, 1981, idem, *Luhmann* 1971) werden sollte, auch die Durchsetzung von „Geltungsbehauptungen“ aufgrund des „besseren Argumentes“ implizieren müßte. Leider sind die *Diskursziele* im Chartaprozess noch sehr eingeschränkt, die Bedingungen der *Diskursform* und der *diskursiven Kultur* der Charta-Kolloquien im Vorfeld des Kolloquium-Unternehmens nicht ausreichend geklärt worden. Deshalb besteht auch eine Gefahr, nämlich daß diese Veranstaltungen nur der *Bestätigung des Bestehenden* – der jeweiligen *schulenspezifischen* „Konzepte“ - dienen, für die herausgefunden werden soll, ob sie denn „wissenschaftlich“ seien, mit dem Ziel der wechselseitigen „Approbation“ einer nicht im Vorab ausreichend bestimmten Form der „Wissenschaftlichkeit“ (was ein Vorteil sein könnte, wenn dies „im Prozeß“ nachgeholt würde). Wäre dies so oder bliebe es so, dann würde mit diesem Unterfangen eine Selbstinthronisierung von „bedrohten Teilgruppen“ der *Profession Psychotherapie* (in der Schweiz) über ihren Zusammenschluß in der **Charta** erfolgen, welche damit instrumentalisiert würde, bis ihr jeder kritische Impetus in einer konservativen – vielleicht sogar restaurativen – Bewegung verloren geht, der es letztlich nur um die Sicherung von Besitzständen (materieller und intellektueller Art) zu tun ist« (*Petzold* 2000, Chartakolloquium III).

Die hier aufgezeigte Gefahr hat sich nun u. E. am 24. 11. 2001 artikuliert und droht vollends einzutreten, wenn der Beschluß bestätigt werden sollte.

Es ist uns unverständlich, wie man – öffentlichem Druck folgend – das Ergänzungsstudium gerade massiv mit Inhalten der wissenschaftlichen Psychologie aufstockt (was wir begrüßen und durch Ansprechen neuer Professorinnen unterstützt haben), daß man darauf Wert legt, daß alle mitwirkenden DozentInnen Professoren sind, wenn zeitgleich ein solcher Beschluß gefällt wird, der alle Bemühungen um wissenschaftliche Seriösität aufs Spiel setzt.

Wenn man prinzipiell ein „privatistisches Wissenschaftsverständnis“ oder eine „anarchistische Wissenschaftsposition“ vertreten will, dann sollte man das per GV-Beschluß festlegen – und auch öffentlich klar vertreten - und nicht *de facto* praktizieren. Man sollte dann auch nicht eine Veranstaltung von Kolloquien betreiben, die nach außen „**Wissenschaftlichkeit**“ signalisieren, wobei man doch weiß, daß das zu Mißverständnissen führen muß, weil in der Öffentlichkeit ein anderes Wissenschaftsverständnis vorherrscht (die gesetzlichen Regelungen, die Bestimmungen des Schweizer Nationalfonds, die Wissenschaftseiten der großen Tageszeitungen, die TV-Wissenschaftsmagazine und die Definitionen der populären Lexika zeigen dies). Hier muß man achtsam sein, daß kein Effekt einer Fehlinformierung eintritt, man sich den Vorwurf einer „Mogelpackung“ einhandelt. *Nach unserem Eindruck und Verständnis* hatte der Verlauf der Kolloquien mit forschungsorientierter Wissenschaftlichkeit und wissenschaftlichem Vorgehen zunehmend weniger zu tun, und selbst die höchst problematische Vorgabe des Kolloquiumsprozesses im Einleitungspapier wurde nicht erfüllt:

„Das Beforschen unserer Praxis“ [ ... ] „in einem dialogischen Akt miteinander zu betreiben, *ist Wissenschaft*“.

Wir hatten diese unhaltbare Formulierung unmittelbar kritisiert (Anlage 3 I 4, „Gestalt“ 41). Umgesetzt wurde sie überdies nur minimal. Von einer „**Beforschung**“, der „Praxis“ gar, kann in dem gesamten Kolloquiumsprozess nicht die Rede sein. Was ein „dialogischer Akt“ sei, wurde nie geklärt. Die Referenztheorie für die Dialogik wurde nie offengelegt (wir schlossen, es sei Buber, denn *moderne* Dialogtheorien, wie die von uns in den Kolloquien vertretenen von *M.M. Bakhtin* oder *E. Levinas*, waren es nicht). Von der Präsentation von Daten und Wissenständen, über die (weitgehend fehlende) kritische Verifikation der Angaben, über die Diskussion der Papers (die ausweislich der Mitschnitt-Protokolle kaum mit wissenschaftlicher Argumentation erfolgte) bis hin zur Dokumentation und Auswertung des Prozesses – geschweige denn seiner Metareflexion – wurden keine Minimalbedingungen empirischer Sozialforschung (auch qualitativ orientierter) eingehalten. Überdies bestand von Anfang an kein in einer Abstimmung herbeigeführter Konsens über diese vorgegebene „Definition“. Eine Aufhebung des Wissenschaftlichkeitsvorbehaltes erscheint uns deshalb überhaupt nicht möglich.

Da wir mit dieser Auffassung aber offenbar weitab in der Minderheit zu sein scheinen, haben wir diesen Minderheitsreport erstellt, bei dem wir – für diesen Zweck – uns bewußt mit

internationaler Ausrichtung auf „Common ground“ bzw. „Public opinion-Definitionen“ von „Wissenschaft“ beziehen, um zu verdeutlichen, was öffentlich gängiges Verständnis von Wissenschaft/Wissenschaftlichkeit ist, und was man von einem **wissenschaftlich fundierten Verfahren der Heilkunde** wohl in der Öffentlichkeit erwarten wird. Unser spezifisches Wissenschaftsverständnis haben wir in den entsprechenden Kolloquientexten II, III, IV ausführlich dargelegt. Eine höchst moderne, integrierte Forschungsposition haben wir für die Charta (Kolloquium IV, *Petzold, Steffan* 2000) erarbeitet und sie in ausgearbeiteter Form als wissenschaftliche Veröffentlichung an zwei Stellen publiziert (*Steffan, Petzold* 2001), so daß uns nicht ein verkürztes oder einseitiges Vertreten positivistisch-nomothetischer Positionen vorgeworfen werden kann. Bei aller Wichtigkeit nomothetischer empirischer Forschung müssen deren Ergebnisse auch wieder durch hermeneutische und metahermeneutischen Interpretationen hindurchgehen. Da es in der Psychotherapie um den Menschen als sich selbst beständig überschreitendes und interpretierendes Wesen geht, ein Wesen, daß sich im historischen Prozess selbst zu verstehen sucht, braucht der Mensch die Forschung, die zugleich Ausfluß seiner Kokreativität ist. Man kann den Forscher nicht von der Forschung trennen, die Wissenschaft nicht von dem, der Wissen schafft und sich dabei auch selbst erschafft, denn in seinem forschenden, erkennenden Tun wird der Mensch - zugleich Subjekt und Objekt der Erkenntnis – **zum Ereignis**, das sich mehrperspektivisch erfaßt und nicht eindimensional verstanden werden kann.

Die Chartakolloquien sollten mit ihrer Geringschätzung empirischer Wissenschaft und Forschung im Verstehen und Erklären der *condition humaine* nicht Einseitigkeiten Vorschub leisten, wenn sie zugleich der universitären Wissenschaft und Forschung Einseitigkeiten vorwerfen. Der Mensch als „*événement dans l'ordre du savoir*“ braucht vielfältige Zugänge zu sich selbst, und dafür kann die Charta stehen, wenn sie ihren eigenen Prinzipien nicht untreu wird. *Michel Foucault* hat hier kritische Wege gewiesen.

«Et cet événement s'est lui-même produit dans une redistribution générale de l'*épistémè*: lorsque, quittant l'espace de la représentation, les êtres vivants se sont logés dans la profondeur spécifique de la vie, les richesses dans la poussée progressive des formes de la production, les mots dans le devenir des langages. Il était bien nécessaire dans ces conditions que la connaissance de l'homme apparaisse en sa visée scientifique comme contemporaine et de même grain que la biologie, l'économie et la philologie, si bien qu'on a vu en elle, tout naturellement, un des progrès les plus décisifs faits dans l'histoire de la culture européenne, par la rationalité empirique» (*Michel Foucault, Les Mots et les Choses*).

Nach dem bisherigen Verlauf und nach dem Beschluß vom 24. 11. scheint klar zu sein, daß in den Kolloquien wenn überhaupt nur sehr marginal ein Konzept von Wissenschaft vertreten wurde und wird, wie man es in der Humanbiologie, der wissenschaftlichen Psychologie, in der Psychiatrie findet (zumeist waren es unsere Beiträge). Wissenschaftlichkeit im Sinne der klinischen Psychologie oder neuroimmunologisch ausgerichteten Psychosomatik, der medizinischen Psychologie, behavioral medicine und klinischen Soziologie – um einmal psychotherapierrelevante Referenzwissenschaften zu nennen – hat in der Charta keine engagierten Verfechter, wie das erste und zweite und weitere Kolloquien zeigten. Wir standen hier stets auf einsamen Posten, in einer Minderheitenposition. Ein Forschungsverständnis, wie man es in der internationalen Psychotherapieforschung (vgl. z. B. das führende Handbuch von *Bergin und Garfield* über alle Auflagen) einschließlich der praxisorientierten Therapieforschung findet (vgl. z.B. das Handbuch von *Petzold, Märten*s 1999) und wie es bei den Gesundheitsbehörden und Kranken- bzw. Sozialversicherungen vertreten wird, hat bei den Chartamitgliedsinstituten auf den Kolloquien keine engagierten Befürworter gehabt. Ein solches Wissenschaftsverständnis schien unklar oder wurde abgelehnt.

**Sciences:** ensemble de connaissances sur un fait, un domaine ou un objet vérifiées par des méthodes expérimentales (Definition im Lexikon der Encyclopædia Universalis 2001)

**Science,** any system of knowledge that is concerned with the physical world and its phenomena and that entails *unbiased observations* and *systematic experimentation*. In general, a science

involves a pursuit of knowledge covering general truths or the operations of fundamental laws. (Encyclopædia Britannica 2001, unsere Hervorhebung)

Dem Konzept der „Sozialwissenschaften“ – wie es etwa *Paul Lazarsfeld* elaboriert hat - oder dem der „behavioral sciences“, dem sich die obengenannten Disziplinen zu einem Teil zuordnen ließen und die heute eine klare empirische Orientierung haben, entspricht die Position der Kolloquien offenbar auch nicht, zumindest hat man sie nicht aufgegriffen:

Il convient de réserver le terme de «sciences sociales» – au sens de «sciences du comportement» – aux disciplines qui ont pour objet des opérations contrôlées et critiques d’exploration des faits humains collectifs dont la visée explicative est délibérément nomothétique, voire modélisante et systémique, à la rigueur structuraliste ... (Encyclopædia Universalis 2001)

**Sozialwissenschaft** ist ...die Gesamtheit der Wissenschaften, die das Verhältnis von Mensch und Gesellschaft zum Gegenstand ihrer theoretischen und praktischen Untersuchung haben. Sie stehen im Gegensatz zu den Naturwissenschaften, denen sie sich allerdings in ihren positivistisch und empirisch orientierten Richtungen annähern (Brockhaus multimedial 2001)

Um in der Öffentlichkeit keinem falschen Eindruck Vorschub zu leisten, könnte man bei den Vorbehalten, ja Ablehnungen nomothetischer Zugewohnungen gegenüber doch offen von „**geisteswissenschaftlicher Psychotherapie**“ sprechen, deren Programm sich aus *Diltheys* monumentalen Entwurf von 1873 begründen ließe (er erscheint in den Kolloquien bezeichnender Weise nicht). Eine geisteswissenschaftliche Orientierung hätte in *Heidegger*, *Gadamer* und vor allem *Ricœur* und *Derrida* (auch sie erscheinen leider nicht) beachtliche Referenzen. Es sieht aber so aus, als wolle man keine klare Position für eine geisteswissenschaftliche Position in der Öffentlichkeit beziehen, obwohl in den Kolloquien in der Regel aus dieser Position argumentiert wurde.

Auch das Konzept der „*humanities*“, der Humanwissenschaften, könnte man aufnehmen – wiederum keinerlei Referenz hierzu. Das Konzept der „*sciences de l’homme*“, für die französische Tradition der Schweiz eigentlich naheliegend, bezieht die Sozialwissenschaften ein, aber durchaus auch die biologischen Disziplinen in klarer Empirieorientierung *und* in kulturwissenschaftlicher Ausrichtung.

**Humanities**, those branches of knowledge that concern themselves with human beings and their culture or with analytic and critical methods of inquiry derived from an appreciation of human values and of the unique ability of the human spirit to express itself. As a group of educational disciplines, the humanities are distinguished in content and method from the physical and biological sciences and, somewhat less decisively, from the social sciences. The humanities include the study of all languages and literatures, the arts, history, and philosophy. (Britannica op.cit.).

**Les sciences sociales** traitent des activités humaines, de leurs résultats et de leurs conditions. Ces conditions ont elles-mêmes une base biologique qui est prise en compte dans la psychologie, la démographie (en liaison avec la génétique), dans l’anthropologie enfin (origines de l’homme, de son outillage et de ses productions culturelles). **Les sciences de l’homme** ont donc pour objet l’étude des conditions, naturelles et culturelles, des activités humaines. (Encyclopædia Universalis 2001)

Man sieht an diesen Definitionen aus unterschiedlichen Kulturräumen, die alle in der Schweiz präsent sind (der angloamerikanische durch die Internationalisierung des Lebens – nicht nur der Wissenschaft), daß die Erarbeitung eines Wissenschaftsverständnisses für die Psychotherapie nicht jenseits grundsätzlicher wissenschaftstheoretischer und wissenschaftsgeschichtlicher Überlegungen erfolgen kann und nicht so *en passant* angegangen werden kann, wie in den Kolloquien oder so wenig *au courant*, wie in dem Rohentwurf der „Wissenschaftscharta“, der uns vorliegt. Man sieht auch an den Definitionen, daß ein starker nomothetischer Ansatz eine unverzichtbare Position ist.

Man will ihn offenbar auch nicht ausschließen – das ist im Sinne eines berufs- und gesundheitspolitischen Realismus auch richtig -, aber man scheint höchst ambivalent. Man hat ja in den Kolloquien, in zweien sogar (!), die Forschung dokumentieren wollen. Aber diese beiden

Kolloquien waren vom Ergebnis her die schwächsten und bei vielen Papieren wurde keine Forschung dokumentiert – und jetzt will man den Wissenschaftlichkeitsvorbehalt unter Ausblendung der Notwendigkeit nomothetischer Wissensbestände und Forschungsergebnisse insgesamt aufheben? Da können wir nicht schweigen.

Die PatientInnen, die Öffentlichkeit, die Kostenträger, die Politik **wollen** Wirkungsnachweise, die auf empirischer Forschung im nomothetischen Paradigma gründen – und man sage nicht, solche Nachweise seien nicht möglich, auch wenn man um ihre Grenzen weiß! Patientinnen haben **ein Recht** darauf, mit Methoden behandelt zu werden, deren Wirkungen und Nebenwirkungen unter kontrollierten Bedingungen untersucht wurden, und natürlich muß man auch über die Leistungsfähigkeit und Begrenzungen solcher Untersuchungen kritisch informieren. Das vertreten wir dezidiert und haben auf die hier vorliegenden schwerwiegenden Mängel der „Ethikcharta“ verwiesen. Will Psychotherapie im klinischen-heilkundlichen und medizinischen Bereich anerkannt werden (und das soll sie doch, muß sie doch – will man Kassenleistungen haben - man will sie ja nicht als „alternatives Heilverfahren“), erfordert das ein Forschungsverständnis, das zumindest auf dem Niveau „empirischer Sozialforschung“ liegen muß mit gutem und unverzichtbarem Bezug zu Grundlagenwissenschaften, Disziplinen wie Biologie, Neuro sciences, empirischer Psychologie.

Man hat bei dem gesamten Projekt der Wissenschaftskolloquien offenbar niemals reflektiert, was der **Gesetzgeber** bei einer Regulierung der Psychotherapie als gesetzlich geregeltes „heilkundliches Handeln“ im Kontext der schon bestehenden Heilkundegesetze mit ihren Verschränkungen zum Grundrecht, Personenrecht, Vertragsrecht, Haftungsrecht, Strafrecht, Berufsrechten (der Ärzte und anderer heilkundlicher bzw. paramedizinischer Berufe), Leistungsrecht etc. an Wissenschaftsverständnis voraussetzen **muß** und deshalb auch wird: primär ein nomothetisches, auf empirischer Forschung gründendes.

Wie immer ideologisch man dazu stehen mag: es ist u. E. weltfremd davon auszugehen, daß für die Psychotherapie andere Regeln und Gesetze gemacht würden, wie für die anderen Heilkundeberufe. Allein die Frage der Risiken und Nebenwirkungen (*Märtens, Petzold* 2001) wird dies nicht zulassen. Das niederländische Psychotherapiegesetz im Rahmen des Wet BIG wurde aufgrund der Einsprüche des Justizministeriums um Jahre verzögert, wegen der Schwierigkeiten, Psychotherapie so zu fassen, daß sie ihm Rahmen der bestehenden Gesetze integrierbar war. Es erfolgten dann auch die „rechtsfreundlichen Harmonisierungen“ – aus anderer Sicht könnte man von „restriktiven Zupassungen“ sprechen, aus wieder anderer, die den „Rechtsrealitäten entsprechenden Angleichungen“ (so sehen wir das aufgrund unseres Verständnisses von demokratischer Rechtsstaatlichkeit).

Wir und andere Mitglieder unserer Einrichtung haben für unser Verfahren (Integrative Therapie) die Gesetzgebungsverfahren in Österreich, Deutschland, Italien und den Niederlanden unter aktiver Mitarbeit in Gremien (z.T. als Gutachter und Repräsentanten in Hearings) miterlebt, sind in Slovenien und Norwegen bei den kommenden Gesetzen berufsverbandlich vertreten. Die Prozeduren sind doch bekannt! Und die Rechtsstrukturen in der Schweiz sind – was etwa Fragen der Grundrechte, des Persönlichkeitsschutzes, der Haftung, der Heilkunde, des Leistungsrechtes etc. anbelangt – so verschieden doch nicht! Wir hätten von den Verantwortlichen erwartet, daß sie sich bei beiden Enquêtes und bei der Implementierung der Kolloquien in intensiverer Weise um die Rahmenbedingungen gekümmert hätten, die das allgemeine Rechtssystem, das Gesundheitssystem (einschließlich der Strukturen der Leistungsvergütung durch Kassen, IV, Sozialbehörden usw.) strukturell vorgibt, um daraus Leitlinien zu entwickeln. Ohne solche Leitlinien eines „Rahmens des Möglichen“ und einer „Erarbeitung von Notwendigem“ kann kein zielführendes Ergebnis erreicht werden. Wir haben bei beiden Enquêtes immer wieder auf derartige Problematik hingewiesen und haben unsere Kolloquienbeiträge auch entsprechend zu gestalten versucht, um zu einem pragmatischen Ergebnis konstruktiv beizutragen, das kein „closed system“ etabliert und seriöse Entwicklungsmöglichkeiten einräumt (die dann aber auch ausgefüllt werden müssen) und die dennoch auch einem Realismus mit Blick auf kommende Regelungen verpflichtet sind. Wir vertreten, wie man weiß, eine *plurale, wissenschaftlich*

*fundierte Psychotherapie*, die - neben aller geistes-, sozial-, kulturwissenschaftlichen Orientierung, einer Wertschätzung hochkarätiger qualitativer Forschung – **unverzichtbar ein seriöses nomothetisches empirisch-psychologisches, medizinsoziologisches, psychiatrisches, bio- und neurowissenschaftliches Fundament haben muß.**

Niemand wird uns absprechen können, wir hätten diese Positionen nicht von Anfang an vertreten, niemand auch, daß wir hierfür nicht einen besonders hohen Einsatz an Überzeugungsarbeit im Prozeß der Kolloquien (und für ihn) gezeigt hätten. Wir sind deshalb von einem solchen Ergebnis wie einem uneingeschränkten Votum für eine Aufhebung des Vorbehalts bei der hohen Investition, die von allen Beteiligten geleistet wurde, total unbefriedigt – auch unter dem Gesichtspunkt der Kosten und dem, was man mit den Mitteln hätte sinnvoll anfangen können. Wir schätzen die Kosten des Kolloquiumsprozesses für die Charta und alle beteiligten Mitgliedsinstitute<sup>11</sup> bei realem Einsatz der Personarbeitstage vorsichtig auf ca. SF 1. 500. 000.- bis 2. 000. 000.- und wissen, dass man für ca. SF 1. 200.000 von einem renommierten Forschungsinstitut eine sehr gute Studie des Wirkungsnachweises *aller Chartaverfahren* auf dem Stand der Psychotherapieforschung hätte erhalten können (vorausgesetzt alle hätten mitgemacht, womit vielleicht nicht zu rechnen war, obwohl für die meisten Verfahren u. E. vermutlich ein ordentlicher bis hinlänglicher Wirksamkeitsnachweis herausgekommen wäre). Wir hatten das schon bei unserer ersten kritischen Stellungnahme zu Beginn der II Enquête bzw. des Kolloquiumsprozesses (nach den Erfahrungen im Kolloquium I) argumentativ vertreten und den Sinn des ganzen Prozederes in Frage gestellt. Diese Stellungnahme wurde vom WA nur ins Netz gestellt und nicht kritisch im Kolloquium II diskutiert – das war schon damals u. E. ein vereinsrechtlich prozeduraler Fehler, und zumal einer in einem diskursiven Forschungsprozeß der „dialogischen“ Bestimmung einer Konzeption von Wissenschaft. Alle Probleme, die später aufgetaucht sind, wurden in dieser Stellungnahme schon benannt (Anhang 3 I). Auch unsere dortige Problematisierung der Fehler der ersten Enquête und der Schwachstellen bei der Implementierung der zweiten Enquête wurden weder diskutiert *noch durch Beschlüsse abgewiesen* – man hätte dann gewußt, „wo’s lang geht“. Zumindest jetzt ist deshalb u. E. eine kritische Evaluation des Gesamtprozesses durch den Souverän, die GV, angezeigt, damit sich nicht Ähnliches beim nächsten problematischen Projekt, der „Wissenschaftscharta“, wiederholt. Zweifellos hat der Kolloquiumsprozeß für die Kohäsion der Mitgliedsinstitute wesentliches geleistet, für ein besseres wechselseitiges Verständnis zwischen den Schulen, für das eigene Psychotherapieverständnis usw. Wir unterschätzen das nicht und würden dafür immer wieder einen Einsatz machen – auf freiwilliger Basis. Für die Feststellung von Wissenschaftlichkeit sieht die Bilanz aber u. E. trübe aus.

### 3. 5 Begründungen

#### 1. Formale Gründe:

1. Wir hatten im Vorfeld der Aufhebung beantragt (Anlage 1), daß vom „Auftraggeber“ (GV), das prozedurale Vorgehen geklärt werden müsse, da die vorliegenden Vorgaben für ein vereinsrechtlich relevantes Procedere nicht ausreichen und weil u. E. Einwände bestehen, die zuvor bereinigt werden müßten. Dieser unser Antrag wurde *nicht* bearbeitet und entschieden, die in ihm aufgeworfenen Probleme wurden nicht geklärt.
2. Der in der MV vom 4. September 1999 beschlossene Modus B), der die prozedurale Grundlage für die Aufhebung bieten sollte (z.B. Auswertung anhand der Protokollmitschriften), wurde nicht angewandt, wobei dieser Modus selbst natürlich problematisch ist, weshalb wir eine Klärung (in Anlage 1) beantragt hatten.

<sup>11</sup> Modellrechnung bei knappem Einsatz für *ein* Institut (die Kosten der Charta, Mitarbeiterinnen, Sekretariat, Porti etc. kennen wir nicht):

- 8 Kolloquien mit den zwei Repräsentanten = 16 Personenarbeitstage à SF 1000 =	SF 16. 000.-
- sorgfältige Lektüre von 8 x Arbeitsvorlagen aller Institute (minimal 1 Personenarbeitstag) von zwei VertreterInnen = 16 Personenarbeitstage	SF 16.000.-
- 16 x Reisekosten/Spesenpauschale SF 250 pro Persontag (mit Flug bis 1.400 SF)	≈ SF 4.000.-
- 8 x Erstellung eines qualifizierten wissenschaftlichen Textes (von 5 Seiten) durch Arbeitsgruppen der Institute mit 5 Personenarbeitstagen sehr knapp angesetzt = 8 x SF 5 000	SF 40.000.-
<b>Total</b>	<b>SF 76.000.-</b>

3. Es wurden, wie aus den Protokollen erschießbar, keine Überprüfungen angegebener Originalpublikationen auf Wissenschaftlichkeit vorgenommen – ein durchaus unwissenschaftliches Vorgehen, bei dem die Wissenschaftskriterien der Objektivität, der Verifikation und der Sorgfalt nicht ausreichend beachtet wurden!
4. Eine präzise Bestimmung von Wissenschaft bzw. Wissenschaftlichkeit hat zum Zeitpunkt des Aufhebungsbeschlusses nicht vorgelegen und war nicht von dem zuständigen Gremium GV bestätigt worden (was u.E. notwendig gewesen wäre), so daß eigentlich gar keine Basis für einen solchen Entscheid vorhanden war.
5. Es wurde nicht festgestellt, ob die teilnehmenden InstitutsvertreterInnen überhaupt befugt (d.h. von ihren Vorständen oder MVs ermächtigt) waren, in dieser Form für ihren jeweiligen Verein oder Verband abzustimmen (bei der Tragweite des Beschlusses wäre eine solche Ermächtigung u.E. einzuholen gewesen).

Aus formalen Gründen ist also der Bestand dieses Beschlusses u.E. nicht aufrecht zu erhalten.

## II. **Inhaltliche Gründe:**

In Anlage **2a** werden unsere inhaltlichen Gründe, die von unser Vertreterin auch vor der Entscheidung am 24.11. in die Diskussion gebracht wurden, unter A 1 – 4 aufgeführt (siehe dort). Weitere Gründe und Probleme seien genannt.

1. Im Chartaprozeß wurde durch die dargebotenen Materialien, insbesondere zu den beiden forschungsbezogenen Kolloquien, deutlich, daß ein großer Teil der Institute über *keine* quantitativen und qualitativen *Studien der Psychotherapieforschung* zu ihrer Methode verfügt, geschweige denn über mehrere Forschungsarbeiten – das gilt z.T. sogar für ihren main stream (qualitative Studien müßten dabei auch den Standards qualitativer Forschung entsprechen). Die aufgeführten Literaturreferenzen – so vorhanden - entzogen sich z.T. der Nachprüfbarkeit, waren „Zukunftsmusik“ („Projekte in Arbeit“ oder „geplant ist“) oder erwiesen sich bei Nachprüfung nicht als der jeweiligen Schule zuzuordnende oder als wissenschaftlich einzustufende Publikationen oder Forschungsarbeiten zur Psychotherapie. (Wir haben aufgrund der protokollierten Stellungnahmen der Kolloquien nicht den Eindruck, dass die Originalstudien angeschaut wurden. Es findet sich kein Verweis in den Protokollen. Auch der WA scheint hier nicht tätig geworden zu sein). Wo keinerlei solide quantitative ggf. zusätzlich qualitative Forschung vorliegt, wo nicht nachgeprüft wird, ob sie und in welcher Form sie vorliegt, kann man doch nicht „Wissenschaftlichkeit“ beurteilen oder einen Wissenschaftsvorbehalt aufheben.
2. Eine kritische Evaluation der Originalpublikationen fand unseres Wissens in den gesamten Kolloquien *nirgendwo* statt (offenbar auch nicht im WA) und läßt sich auch aus den Mitschnitten nicht erschließen, so daß u. E. die teilnehmenden Kolloquiumsvertreter bei vielen Instituten und Verfahren über deren Wissenschaftlichkeit überhaupt kein Urteil fällen konnten.
3. Gleichfalls wurde erkennbar, daß einige „Schulen“ oder Institute über nur rudimentäre *eigenständige* Literatur zu Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheitslehre etc. (und ein Artikel genügt doch nicht) verfügen. Eine kritische Überprüfung der aufgeführten Originalliteratur fand nicht statt.<sup>12</sup>
4. Es kann doch nicht angehen, daß nur auf Fremdliteratur rekurriert wird oder nur auf Populärtexte, die allenfalls marginal mit der Thematik zu tun haben und daß diese als Dokumentation einer *wissenschaftlich* fundierten Theorieposition gewertet werden.
5. Auf der Grundlage von „Fünfseitenpapieren“ ohne Auswertung der Referenzliteratur kann kein seriöser Eindruck gewonnen werden, um einen Wissenschaftsvorbehalt aufzuheben. Wir haben auf diese Problematik in unseren Stellungnahmen I und II (siehe Anhang 3) aufmerksam gemacht, ohne daß man sich mit diesen Argumenten inhaltlich auseinandergesetzt hat – offenbar auch im WA nicht, dessen Aufgabe dies wohl gewesen wäre. Wir hoffen, daß das für die Empfehlung des WA nachgeholt werden kann und wird, und es dann zu einer Empfehlung kommt, den Vorbehalt **n i c h t** aufzuheben, sondern - wie wir es vorschlugen -, ihn bestehen zu lassen.

## III. **Wissenschaftsethische und berufspolitische Gründe:**

1. Wissenschaft ist ein hohes Gut, das ein großes Maß an Objektivitätsbemühen, Transparenz, Diskursivität, Verifikabilität (Nachprüfbarkeit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit) und Sorgfalt erfordert. Dies gilt besonders für „**Wissenschaftlichkeit in therapeutischer Zielsetzung**“ Jede „privatistische“ Wissenschaftsbestimmung zur Grundlegung heilkundlichen Handelns ist daher wissenschaftsethisch u. E. nicht

<sup>12</sup> Bei Stichproben der aufgeführten Literatur gewannen wir immer wieder den Eindruck, daß solche „Originalliteratur“ für die aufgeführten Sachgebiete u. E. entweder nicht als wissenschaftliche Literatur anzusehen war oder nicht der Schule spezifisch zugeordnet werden konnte. Da aber im Vorfeld keinerlei Kriterien festgelegt worden waren, ist hierzu natürlich wenig zu sagen. Auch gewannen wir den Eindruck, daß bei einigen Richtungen vieles von der zum Beleg von Wissenschaftlichkeit aufgeführten Literatur in der curricularen Realität bzw. den konkreten Ausbildungen wenig präsent zu sein scheint. Überprüft wurde das nie. Papier ist geduldig, eine Dokumentation dieser Umsetzungsseite wurde nie verlangt.

zu vertreten, weshalb wir uns auch gegen das Projekt einer lokalen „Wissenschaftscharta“ ausgesprochen haben (zumal die Vorbereitungsgruppen uns zu „schmal“ besetzt erscheint - ausgewiesene Forscher und Vertreter wissenschaftlicher Gremien und Einrichtungen, etwa wissenschaftlicher Fachverbände, Universitäten, Universitätskliniken müßten beteiligt sein, event. auch klinisch-forschend ausgewiesene DozentInnen des Ergänzungsstudiums der Charta). Die „Aufhebung“ eines „Wissenschaftsvorbehaltes“ muß selbst transparent gemacht werden können und der *Nachprüfbarkeit* durch die eigene oder andere „Scientific Communities“ zugänglich sein bzw. zugänglich gemacht werden können (alle Unterlagen, Mitschriften und Daten müßten auch für den Chartaprozess zugänglich archiviert werden). Dies ist aufgrund der unzureichenden Dokumentation, der fehlenden Transparenz und Objektivität des „Procedere“ derzeit nicht möglich (formalisierte Beurteilungskriterien fehlen sowohl für die Bewertung als auch für die Aufhebung). Allein schon deshalb kann eine Aufhebung des Vorbehalts u. E. derzeit nicht erfolgen, denn auf welcher Grundlage will man die Verifikabilität dieses Entscheids anfragenden Institutionen (Behörden, Kassen, IV, Hochschulen, Patientinnenverbände, Presse etc.) gegenüber gewährleisten? Neben den eingereichten Kolloquiumstexten sind die Tonbandnachschriften der Mitschnitte das einzige Dokumentationsmaterial – und man braucht nur in die Texte der Mitschnitte (vgl. exemplarisch des letzten Mitschnitts) hereinzuschauen, um zu sehen, welchen Eindruck eine verifikatorische Einsichtnahme in diese Materialien hinterlassen würde. Mit der „Aufhebung des Vorbehalts“ sind die Kolloquien nicht mehr ein „Privatprozess“ kollegialer Diskussion der Charta. **Sie werden ein offizielles Dokument über die Wissenschaftlichkeit aller Mitglieder.** In welche Probleme der Glaubwürdigkeit bringt sich die Charta?

2. Entscheidungen dieser Art dienen auch der Qualitätsdokumentation nach außen. Sie kommen einer „Zertifizierung“ gleich. Die Charta verbürgt sich damit auch nach außen, vor der Öffentlichkeit für die „wissenschaftliche Seriosität und Bonität“ der jetzt „zertifizierten“ Verfahren (eventuell mit haftungsrechtlichen Konsequenzen, denn die Bestätigung der Wissenschaftlichkeit eines Verfahrens durch einen führenden Fachverband erstellt für die Öffentlichkeit, für den Verbraucher einen Vertrauensnachweis, der auch bei Zwischenfällen im Sinne des Vertrauensschutzes Bestand behalten muß). Das erscheint uns auf der Grundlage der Kolloquien und der dort vorgelegten und überprüften Materialien nicht möglich. Auch schon deshalb ist von einer Aufhebung dringend abzuraten. Es könnte daraus erheblicher Schaden für die Charta, ihre Mitgliedsinstitute und deren Absolventen und für die Mitglieder des SPV entstehen (wenn die Kassen auf diese Situation generalisierend reagieren).
3. Entscheidungen dieser Art müssen eine gewisse „Anschlußfähigkeit“ vorweisen können. Eine große Zahl der jetzt mit dem *epitheton ornans* „wissenschaftlich“ ausgezeichneten Verfahren und Institute sind nirgendwo sonst von *wissenschaftlichen* Fachgesellschaften oder fachlichen Prüfinstanzen (Ärzttekammern, Krankenkassenverbände, Gesundheitsbehörden, gesetzliche Prüfungskommissionen – etwa in Österreich oder den Niederlanden, um zwei Länder mit liberalen Regelungen zu nennen) anerkannt worden oder haben Chancen auf Anerkennung, weil sie schlicht den dort in durchaus sinnvoller Weise erarbeiteten Prüfkriterien nicht entsprechen würden und diese auch in überschaubaren Zeiträumen auch nicht erfüllen könnten (u.a. weil ihnen die Forschungsinfrastruktur und die Verankerung in klinischen Einrichtungen fehlt). In welche Situation bringt sich die Charta und bringen sich die anerkennungsfähigen Mitgliedsinstitutionen, wenn dieser Vorbehalt generalisiert aufgehoben wird?
4. Wir hatten seinerzeit in unserer kritischen Stellungnahme gewarnt vor „einer „*deklamatorischen* bzw. *akklamatorischen Legitimierung*, bei denen sich die ‘Praktiker’ gegenseitig eine Wissenschaftlichkeit bestätigen, die man nur mit großen Fragezeichen versehen kann und die auch von außen mit solchen Vorbehalten gesehen werden wird“ (Anhang 3). Und genau das ist eingetreten. Konnte man wirklich erwarten, daß eine Gruppe von VertreterInnen der Verfahren, von denen viele, wenn nicht die meisten, große Probleme mit dem Nachweis ihrer Wissenschaftlichkeit (im landläufigen Verständnis) haben, sich also in einer Situation der „Befangenheit“ befinden, konnte man erwarten, daß sie die Abständigkeit und Objektivität haben würden, 1. den unbequemen Außengegebenheiten Rechnung zu tragen und 2. sich selbst ggf. Wissenschaftlichkeit *nicht* zuzusprechen oder sich Auflagen zu machen, Auflagen in einer Form, die den Erfordernissen an *mangelnder Wissenschaftlichkeit* bei etlichen Teilnehmern entspricht? Aufgrund der Erfahrungen der Enquête I und des Verlaufs der Enquête II war das nur schwerlich zu erwarten gewesen. Der WA hätte hier vielleicht stärker strukturieren müssen oder vielleicht wäre es mit fachlich ausgewiesenen, externen Moderatoren im Entscheidungsprozeß gegangen. Die Schwierigkeit ist u. E. auch aufgekommen, weil inzwischen so viele Gruppierungen stimmberechtigter Mitglieder in die Charta aufgenommen wurden, die „halbwegs soliden“ Kriterien von Wissenschaftlichkeit u. E. nicht entsprechen, so daß eine angemessene, objektive Entscheidungsfindung kaum noch möglich war. Das gesamte Setting ist dazu angetan, „fundamentale Attributionsfehler“, wie sie die Sozialpsychologie untersucht hat, zu produzieren (es ist daraufhin nie reflektiert worden). Besonders haben einige Verfahren mit einer Wissenschaftlichkeit offenbar viel Mühe, wie sie der Staat bei *heilkunderechtlichen* Regelungen im Interesse des Patientenschutzes aus *rechtlichen Erwägungen* verlangen muß. Man muß sich einfach einmal vorstellen, daß alle derzeitigen Mitgliedsinstitute bei ihrem jetzigen Stand von „Wissenschaftlichkeit“ und dem Hintergrund der Publikationen einiger ihrer Protagonisten in der Öffentlichkeit auftreten, und verkünden: wir sind von der Charta als „wissenschaftliche Verfahren“ bestätigt worden. Die Basis, sich mit den psychologischen PsychotherapeutInnen oder den ärztlichen einigen zu können, würde dadurch sicherlich belastet. Vorhandene Bedenken könnten noch größer werden. Eine

Aufhebung ist unseres Erachtens berufspolitisch nicht opportun, weil voreilig und nicht ausreichend fundiert. Es müssen erst noch verifikable Situationen geschaffen werden. Deshalb soll man sich Zeit nehmen. Wir hatten dies in einer gesonderten, ausführlichen und differenzierten Stellungnahme (Anlage 3 II, Gestalt 41) anlässlich des vorausgehenden Kolloquiums allen Instituten zur Kenntnis gebracht und waren deshalb davon ausgegangen, daß damit wesentliche Argumente bekannt waren und es zu einer anderen Entscheidung kommen würde.

5. In dem ganzen Prozeß ist in der Diskussion das zentrale Thema die Profilierung der eigenen Wissenschaftlichkeit bzw. die Affirmation, daß man „wissenschaftlich“ sei, mit dem Ziel, für die eigene Orientierung die Aufhebung des Vorbehalts zu erreichen. Keiner sagte aus hinlänglich exzentrischer Position: *Wir sind es noch nicht!* Blickt man auf die Papers und Diskussionen, ist offenbar die **prioritäre Zielsetzung** des ganzen Prozesses aus dem Blick geraten – sie taucht in den Diskussionen jedenfalls nicht, ggf. okkasionell oder nur marginal auf: **Es geht um Wissenschaftlichkeit in „therapieethischer Zielsetzung“ für Gewährleistung der medizinrechtlichen und ethischen Kategorien von „patient security, patient welfare, patient dignity“, es geht um die Bereitstellung von gesichertem Wissen für die rechtlich zwingend vorgeschriebene „PatientInneninformation“, ohne die die rechtliche und ethische Verpflichtung zum „informed consent“ nicht seriös wahrgenommen werden kann.**

*Auch darum haben wir den Minderheitsreport geschrieben.*

Wir hoffen, daß dieser Minderheitsreport zu einer besonnenen Entscheidung führt. Unsere Stellungnahme ist *nicht* darauf gerichtet, Kolleginnen auszuschließen, sondern vielmehr darauf ausgerichtet, daß nachhaltige Entwicklungsarbeit dazu führt, die Wissenschaftlichkeit einer *pluralen Psychotherapie*, in der viele einen soliden Ort haben, in einer seriösen Weise zu gewährleisten, und – wo „**Wissenschaftlichkeit in therapieethischer Zielsetzung**“ noch nicht vorliegt – es zu ermöglichen, daß sie auf Dauer erreicht werden kann durch die Erbringung der erforderlichen Forschungsnachweise und einer fundierten klinischen Literatur. Das kann durch Zusammenschlüsse und Kooperationen in starken **main-streams**, die fundierte Theorie- und Forschungsarbeit machen können, auch erreicht werden. An dieser mühevollen Arbeit im Dialog mit dem gesamten Feld der Psychotherapie wird man nicht vorbeikommen. Die Charta böte hierfür eine gute Basis.

**Univ.-Prof. DDr. Hilarion G. Petzold**  
Lehrstuhl für Psychologie, klinische Bewegungstherapie  
FU Amsterdam,  
wissenschaftlicher Leiter der EAG

**Dr.phil. Johanna Sieper**  
Pädagogische Leiterin der EAG und Psychomotorik,

### **3.6. Argumentationen - Anhänge**

Die Anhänge bieten nicht nur Anträge, sondern auch begründete und begründende Argumentationen für die von uns vertretenen Positionen.

#### **3.6.1 Anhang 1: Antrag zur Klärung der Grundlagen für eine Aufhebung des Vorbehalts**

Unser Antrag anlässlich unserer Stellungnahme an den WA und an alle Mitgliedsinstitute, der nicht bearbeitet wurde, und hier mit Bitte an den WA um Bearbeitung und Weiterleitung an Vorstand und GVwiederholt wird:

Wir möchten, damit nichts im Vagen bleibt, mit einem formalen Antrag abschließen – wobei wir (typisch für unsere prozedurale) Uninformiertheit nicht genau wissen, an wen dieser zu richten ist. Wir bitten um Weiterleitung an die richtigen Entscheidungsträger.

#### **Antrag (to whom it may concern):**

1. Es muß noch einmal explizit dargestellt werden: Wer macht einen solchen Wissenschaftsvorbehalt auf welcher Rechtsgrundlage. (Wie ist er vereinsrechtlich abgedeckt? Kann ein Verein überhaupt einen solchen Vorbehalt für Verfahren, die aufgrund ihrer Internationalität außerhalb seiner Jurisdiktion liegen, machen? Wohl nicht, sondern allenfalls für die Praxis seiner Mitgliedsinstitute).
2. Wen betrifft ein solcher Vorbehalt? (Z. B. ist die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie GT von den Fachschaften der Psychologen im Lande [FSP] und in den Nachbarländern [BDP, NIP] anerkannt. Das gilt auch für die Integrative Therapie u.a. Verfahren in der Charta. Die GT ist international als wissenschaftlich akzeptiert und in den Niederlanden und Österreich auch gesetzlich nach Überprüfung ihrer Wissenschaftlichkeit. Wer kann hier legitimiert einen Wissenschaftlichkeitsvorbehalt machen? Wissenschaftliche Gesprächstherapie, Psychoanalyse, Integrative Therapie u. a. müßten eigentlich aufgrund anderer, von wissenschaftlichen Gremien erfolgten Anerkennungen einen solchen Vorbehalt ablehnen. Man könnte sich z.B. allenfalls über die Art der

wissenschaftlichen Verbände und Gremien und die Zahl der erfolgten Anerkennungen – wir schlagen mindestens drei im europäischen Raum vor - einigen).

3. Wissenschaftlichkeit kann eigentlich nur in der internationalen „scientific community“ aufgrund von wissenschaftlichen Diskursen in der Konsensbildung solcher „communities“ festgestellt werden, also in „peer review“ Verfahren, die stets Innenbewertungen und Außengutachten einbeziehen. Den Kolloquien fehlt eine solche Außenbegutachtung. Eine solche wäre durch die Bestellung eines externen, internationalen und *methodenpluralen* Gutachtergremiums von Psychotherapieforschern, dem „*trustworthyness*“ und „*credibility*“ attribuiert werden kann, dringend anzustreben.<sup>13</sup> Damit könnte das „Innenvotum der Peers“ ergänzt werden.

### 3.6.2 Anhang 2a: Stellungnahme der EAG zur Aufhebung des Wissenschaftsvorbehaltes und zum Projekt „Wissenschafts-charta“ zum 24. 11.

Bei der Versammlung am 24. 11. vorgetragen:

Der hinter uns liegende Prozeß war fruchtbar und anregend, kollegial und von guter Offenheit. In seinem Prozeßcharakter lag und liegt sein Wert, nicht in Festschreibungen. Das sollte man betonen und erhalten. Denn wo in der zerstrittenen Szene der Psychotherapie gibt es das schon? Er war allerdings auch erst ein Anfang, eine Darstellung von Positionen „zum Kennenlernen“, denn – soweit für uns ersichtlich – hat *keine Richtung aufgrund der Positionen der Anderen* die eigenen Konzepte oder gar Axiome in Frage gestellt. Da aber liegt die Zukunft! Also gilt es, weiter „im Prozeß“ miteinander zu bleiben.

#### A) Wissenschaftsvorbehalt

Wir haben uns entschlossen, *gegen eine Aufhebung des Wissenschaftsvorbehaltes* zu stimmen:

Gründe:

1. Wissenschaft ist ein Prozeß beständiger Hypothesenbildung und Hypothesenüberprüfung, der Falsifikation von Annahmen, ein Prozeß, Annahmen auf Zeit zu bestätigen, um sie auch wieder in Frage zu stellen – eine potentiell unendliche Geschichte. Reflexions- und Forschungsarbeit und Diskurs über beides in institutionalisierter Form gehört zur Wissenschaft genauso wie die Affirmation der Vorläufigkeit von Forschungsergebnissen und Geltungsbehauptungen.
2. Eine solche Position der „Nichtaufhebung“ erspart der Charta das Problem, teilnehmenden Institutionen die Wissenschaftlichkeit zuzusprechen (das nämlich bedeutet, positiv gewendet, die Aufhebung des Vorbehalts), Richtungen, *die von staatlichen Kommissionen, Universitäten, Kostenträgern (Kassen, IV o.a.), wissenschaftlichen Fachgesellschaften, den Gutachtergremien wissenschaftlicher Fachzeitschriften niemals die Wissenschaftlichkeit zuerkannt bekommen würden und werden* – (mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht von den Professorinnen des Ergänzungsstudiums der Charta, das gerade durch 90 Stunden zusätzlicher Fächer wissenschaftlicher Psychologie eine „Verwissenschaftlichung“ erfährt. *Vertritt man etwa zwei Wissenschaftskonzepte in der Charta?*)
3. Ein Verzicht auf die Aufhebung erspart das prekäre Unterfangen, einigen Mitgliedern die Wissenschaftlichkeit abzusprechen oder – schlimmer noch - **alle anzunehmen**. Oder meint man ernsthaft, alle würden das Kriterium der Wissenschaftlichkeit erfüllen (auch wenn man es einigermaßen weit faßt)? Wie steht da die Charta da und was hat das für Auswirkungen für alle anderen Mitgliedsinstitutionen und für die SPV-Mitglieder. Die Fachöffentlichkeit wird das aufmerksam beobachten.
4. Der in der MV vom 4. September 1999 beschlossene Modus B), der die Rechtsgrundlage bietet, ist impraktikabel, weil er zu vage ist, nur die Formalkriterien regelt, keine inhaltlichen Beurteilungskriterien für den WA und GA vorgibt und – das muß hervorgehoben werden – weil die Qualität der Kritik in den Tonbandmitschnitten und Protokollen so vage, unstrukturiert und arbiträr ist, daß sie für WA und GA keine Bewertungsparameter hergibt und so gerechte und angemessene Entscheidungen von der GV/MV nicht gefällt werden können.

**Vorschlag: An den Vorgaben kommender gesetzlicher Regelungen in den Prozessen ihrer Erarbeitung mitzuwirken und dann zu sehen, welche wissenschaftliche Nachweise die Verfahren zu erbringen haben. Auf der Ebene politischer Gremienarbeit muß man versuchen, in Auseinandersetzung mit den anderen relevanten Gruppierungen Einfluß zu nehmen.**

#### B) Wissenschaftscharta

Wir haben nach reiflicher Diskussion mit Wissenschaftlerinnen und KlinikerInnen unseres Verfahrens aus verschiedenen Ländern (u.a. darunter auch HochschulprofessorInnen und leitende Ärzte) uns entschieden, gegen das Projekt einer „Wissenschaftscharta“ der „Schweizer Therapiecharta“ zu stimmen.

<sup>13</sup> Als mögliche Mitglieder könnten z.B. angesprochen werden: *Strupp, Norcross, Orlinski* (US), *Kriz, Caspar, Rudolf* (D), *Laireiter, Wessiak, Egger* (A), *van Tilburg, van Dijk, Emelkamp* (NE) u.a.).

## Gründe:

1. Wissenschaft definiert sich in internationalen „communities“. Einen Schweizer Sonderweg zu gehen, erscheint hier kaum sinnvoll
2. Die Schweizer Charta-Mitglieder sind lokale Vertreter internationaler Richtungen, sie dürften ohne Abstimmung mit diesen kaum, für das Wissenschaftsverständnis ihrer Richtung sprechen können
3. Der Entwurf bietet viele Angriffsflächen und hat einen deutlichen „bias“ empirischer Forschung und universitärer Wissenschaft gegenüber. Uns erscheint das ungerechtfertigt, theoretisch problematisch und überdies derzeit politisch sehr unklug
4. Der Entwurf enthält neben vielem Interessanten und Wichtigen zu viele problematische Positionen (z.B. „Die Definition des Wissenschaftsbegriffes kann nur methodenspezifisch erfolgen“), die sorgfältiger Diskussion bedürfen.
5. Der Entwurf zeigt von Sprache, Theoriebezug und Argumentation einen Diskurs, der u. a. kaum Verbindung zu den Diskursen und Interessen der AbsolventInnen gegenwärtiger human- und sozialwissenschaftlicher Studiengänge aufweist (naturwissenschaftlicher ohnehin nicht). Das aber sind die „Kunden“ der Institute und die künftigen Mitglieder der Charta.
6. Der Entwurf läßt weitgehend Bezug auf die aktuellen internationalen wissenschaftstheoretischen Diskussionen dieser Fragen (etwa zum Theorie-Praxis-Verhältnis, zur Erkenntniskritik, zu Kognitiven Theorien), vermissen (embodied cognitive sciences, embodied-embeded debate, Konnektionismusdebatte, Konstruktivismusdebatte etc.). Er nimmt keinen Bezug auf die forschungsmethodischen Diskussionen in der internationalen Psychotherapieforschung. Das kann man u.E. so nicht als „offizielles Grundsatzdokument“ – und das heißt ja „Charta“ – in die Öffentlichkeit geben.

*Vorschlag: Man sollte das Thema diskursivieren statt in einer „Charta“ festschreiben, sollte es internationalisieren, Anschluß an internationale Diskussionen suchen und auch solche initiieren (z.B. weitere schulübergreifende Kongresse, wie der erste, der – ich möchte daran erinnern – von mir angeregt wurde und der leider keine VT-Leute einbezog). Man sollte ein schul- und disziplinübergreifendes Diskussionsforum einrichten und die Zwischenergebnisse dieses Forums kontinuierlich publizieren. Das ist besser als eine „Charta“. Man kann keine Wissenschaftscharta gegen die Universitäten oder ohne ihre Mitwirkung etablieren, deshalb muß man sich mit ihnen an „runde Tische“ setzen. Ohne Beteiligung der internationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Psychotherapieforschung, ohne Mitwirkung der Kliniken und klinischen Forschungseinrichtungen wird es nicht gehen, ohne Mitwirkung der ärztlichen Psychotherapie, ohne Einbezug großer Richtungen wie die der systemischen TherapeutInnen oder der behavioralen wird man keine Charta mit hinlänglicher Geltung erstellen, oder eine, die ernst genommen und nicht als privatistisch abetan würde. Gelänge eine übergreifende Verbindung wäre das dann ein Beitrag der Charta zu einer übergreifenden, diskursiven wissenschaftlichen Kultur in der Psychotherapie. Im Tenor des vorliegenden Entwurfes wird die Wissenschaftscharta ein „Gegenpapier“, mit dem sich die Charta ins Abseits manövriert. Das sollte man doch vermeiden.*

### 3.6.3 Anhang 2b – Ein begründender Brief an die Charta-KollegInnen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach dem vergangenen Colloquium mit seinen vielfältigen Fragestellungen, vor allem seinen offenen Fragen, haben *Johanna Sieper* - die pädagogische Leiterin von FPI/EAG und Mitbegründerin der Integrativen Therapie, die den Chartaprozess seit seinen Anfängen mitverfolgt, und ich noch einmal gemeinsam einige zentrale Fragen reflektiert: zum Vorbehalt bezüglich der *Wissenschaftlichkeit*, zum berufspolitischen Kontext der Chartacolloquien, zum Prozedere, zu möglichen Folgen – entweder *drohender* Ausschluß oder „Herunterstufung“ von derzeitigen Mitgliedsinstituten oder Qualitätsprobleme, was das Niveau der „Wissenschaftlichkeit“ anbelangt (nach innen und außen) oder Probleme der „credibility and trustworthiness“ nach außen (und nach innen), denn die Colloquien finden ja in einer Fachöffentlichkeit statt und werden sehr wohl auch im Außenfeld in den kritischen Blick genommen. Das sehen wir mit Sorge, denn *Wissenschaftlichkeit* ist ein hoher und ernstzunehmender Anspruch. Wir legen deshalb unserem Kreis mit diesem *internen Anschreiben* einige Überlegungen in einer angefügten *offenen* Stellungnahme vor, die uns etliches an Arbeit gekostet hat. Wir haben diese Arbeit unternommen, weil wir den Chartaprozess ernst nehmen,

wir nehmen die Kolleginnen und Kollegen ernst, wir nehmen die Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit ernst und wir nehmen uns selbst als Wissenschaftler und *wissenschaftlich fundiert* arbeitende Psychotherapeuten und Ausbilder/Lehrtherapeuten im Colloquiumsprozess ernst. Und da müssen wir sagen: schon jetzt kann man an der *Wissenschaftlichkeit* bestimmter Verfahren begründbare Zweifel anmelden und dies nicht nur aus Sicht des „nomothetischen Paradigmas“. Wir können uns nicht vorstellen, daß Ihnen bei der Lektüre einiger Colloquiumstexte – und viel wichtiger noch – der angegebenen (und z.T. auch nicht angegebenen) *schulenspezifischen Hintergrundliteratur*, nicht auch Zweifel an der *Wissenschaftlichkeit* des einen oder anderen Ansatzes gekommen sind. Die Hintergrundliteratur (wo überhaupt solche vorhanden ist) muß man nämlich in jedem Fall mit beiziehen, betrachten und auswerten, um als sorgfältiger „peer reviewer“ einschätzen zu können, **ob ein Fundus** vorhanden ist und welcher, und um dann *in seriöser Weise* für oder gegen eine Aufhebung des Vorbehaltes stimmen und - wesentlicher noch – *offen* und begründet argumentieren zu können. Wer macht sich die Arbeit der Hintergrundsrecherche, Texte, Bücher, Studien, Forschungsberichte durchzusehen, um den „Boden“ kennenzulernen, auf dem das steht, was in den Colloquiumstexten steht, vorgestellt wurde? Wer hat die Zeit, das für so viele Mitgliedsinstitutionen und Richtungen zu tun? Stichproben waren für uns nicht ermutigend. Und dann kommt doch die zentrale Frage, die wir mit Foucault (1996) stellen:

**„Wer hat das Recht, die Pflicht und den Mut, die Wahrheit zu sprechen?“ (Foucault 1996, 25).** Denn: Wahrsprechen, d.h. „Parrhesia, erfordert den Mut, trotz einer gewissen Gefahr die Wahrheit zu sprechen.“ (ibid. 15). Qualitätsstandards, die letztlich dem Patientenschutz dienen, stehen im Hintergrund des Colloquiumsprozesses, daran sei erinnert! Und das würde eine strikte Haltung bedeuten, strenge Maßstäbe, die anzulegen wären. Aber wer kann das durchtragen, will das durchfechten (auch noch mit einer Chance, ein Abstimmungsmehr zu erreichen) *gegen* Kolleginnen und Kollegen, mit denen man so lange schon in einer guten Qualität von Kooperation, in „fundierter Kollegialität“ (Petzold, Orth 1998) zusammengesessen hat? Allein schon aus diesen Gründen – so meinen wir -, obwohl wir das auf einer bestimmten Ebene auch sehr bedauern, **muß der „Wissenschaftlichkeitsvorbehalt“ als Zielsetzung der Colloquien fallengelassen bzw. umformuliert werden, ohne daß damit der Qualitätsanspruch im Sinne der PatientInnen-sicherheit zu kurz kommen darf.**

Wenn es nur darum ginge, **gegen die Hegemonie des nomothetischen Wissenschaftsparadigmas ein Zeichen zu setzen** und etwa für „sophisticated research“, die Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen einzutreten, würde es auch reichen, zum Abschluß der Chartacolloquien ein **qualifiziertes Manifest** zu einer **inter- und transdisziplinären Wissenschaft** und zu **methodikpluraler Forschung** zu verfassen und Publikationen auf den Weg zu bringen, die dies substantiieren.

Die durchaus diskutabile Aufnahmepraxis der Charta in den letzten Jahren (von unserer Seite wurden oft genug um den Preis der Arroganzzuweisung und jedesmal ohne Erfolg Einwände geltend gemacht), die Zulassung unter Mentorenschaft gerade in jüngster Zeit macht es nach unserem Dafürhalten nicht möglich, den erhobenen Wissenschaftlichkeitsanspruch seriös einzulösen. Nachdem ich (Petzold) schon einmal mit den Kollegen Rauber und Hobi eine Mentorenschaft für die Charta übernommen hatte – die erste überhaupt – und wir diese mit dem Aufweis von prozedurealen Problemen und der Bitte um Klärung der Kriterien mit einer *befürwortenden Stellungnahme* abgeschlossen haben, wurde mir freundlicherweise gerade wieder eine Mentorenschaft angetragen. Ich habe sie abgelehnt. Bei der derzeitigen Ungeklärtheit bezüglich der Kriterien für „Wissenschaftlichkeit“ halte ich es nicht für verantwortbar, den Kolleginnen und vor allem den Ausbildungskandidatinnen dieser Richtung gegenüber, eine Mentorenschaft zu übernehmen und Hoffnungen zu wecken, zumal ich meine, daß es mit nur etwas Übersicht und Feldkenntnis klar sein müßte: auch wenn man nur Minimalkriterien an Wissenschaftlichkeit, wie sie international unter den „scientific communities“ doch hinlänglich konsensfähig sind, zugrundelegt, erscheint es mir nicht möglich, das diese Richtung (wie auch einige andere!) allein schon aufgrund der fehlenden

wissenschaftlichen Infrastruktur, Forschungsaktivitäten und *fachlicher* Internationalität (es geht doch nicht um die Zahl der „Gruppen“, die man quer über Europa hat) die Aufhebung eines *Wissenschaftlichkeitsvorbehaltes* erhalten können wird. Und so lange der das Kriterium ist, kann man keine Mentorenschaft antreten. Mit einer solchen Aufnahmepraxis – und dem *zugleich* vorgetragenen Anspruch auf *Wissenschaftlichkeit* - sehen wir die Anliegen der gesamten Charta und ihre Glaubwürdigkeit in Gefahr. Wir können uns es nicht vorstellen, daß die Verfahren in der Charta, die mit Fug und Recht für sich einen *wissenschaftlichen* Status beanspruchen können, es sich leisten wollen (und ggf. auch können) mit einem Wissenschaftlichkeitsniveau einig zu gehen (und danach auch im Außenfeld gelabelt zu werden „Chartaniveau“), das das Label der „Wissenschaftlichkeit“ nicht verdient, zusammen mit Verfahren, die *Wissenschaftlichkeit* derzeit auch nirgendwo sonst als in der Charta (so dies dann geschieht) erhalten würden.

Wir konkretisieren diese Aussage derzeit bewußt nicht, nicht nur, weil wir der Abschlußbewertung nicht vorgreifen wollen, sondern weil dies u. E. insgesamt eine wenig fruchtbare Sache ist und hier keine Lösung zu finden ist, sondern gute Kollegialität aufs Spiel gesetzt wird. Es ist auch schon die Reaktion von KollegInnen auf diese Thematisierung von unserer Seite antizipierbar. Aber offene Rede war in der Charta stets möglich! Und wir kommen um dieses Thema nicht herum.

Als Lösung schlagen wir „weichere Kriterien“ vor, weniger anspruchliche: wissenschaftliche fundierte Ausbildungen in einem „main stream“, dem man angehört, und dem Wissenschaftlichkeit zugesprochen werden kann.

Wie gesagt, dies ist ein Vorschlag, der neben einer detaillierteren Situationsanalyse in den anhängenden Papieren begründet wird.

#### **Mit kollegialen Grüßen**

4. Abschließende Überlegungen und weiterführende Vorschläge

Man sollte – wenn irgend möglich - nicht Kritik äußern, wenn man nicht auch Vorschläge bietet, die vielleicht zu Problemlösungen beitragen können:

4.1. „QUALITÄT DURCH FUNDIERTE PLURALITÄT“ - Kontext und Kriterien für die Prüfung und Anerkennung von Wissenschaftlichkeit in der Charta von Hilarion G. Petzold

Psychotherapie muß in der breiten Öffentlichkeit und in der klinischen, gesundheits- und sozialpolitischen Fachöffentlichkeit **als wissenschaftliche Disziplin der Heilkunde** in überzeugender Weise präsentiert sein und genügend argumentative Überzeugungskraft und **wissenschaftliches Gewicht** bieten, daß sie als Möglichkeit der Heilung, Gesundung und Persönlichkeitsentwicklung in der Bevölkerung als *seriös* attribuiert wird, wert geschätzt und ernst genommen werden kann. Psychotherapie muß vermitteln, daß es für die Vielfalt verschiedener Menschen mit höchst unterschiedlichen Problemen auch verschiedene wissenschaftlich und klinisch fundierte Wege der Psychotherapie geben kann und muß.

„*Psychotherapie ist eine Disziplin, die durch ‘fundierte Pluralität’ gekennzeichnet ist, eine Profession, in der Pluralität bei Gewährleistung einheitlicher professioneller Rahmenbedingungen, hoher berufsethischer Standarts und wissenschaftlich abgesicherter Qualität ein Gütesiegel für ihre engagierte, heilende und fördernde Arbeit mit einer Vielfalt unterschiedlicher Menschen sein muß.*“

Aber das Bild der Psychotherapie in der Öffentlichkeit ist mäßig bis schlecht. Pluralität wird als Zerstrittenheit und Unfundiertheit gesehen und die TherapeutInnen fragen sich zu wenig nach den Gründen dafür. Es findet sich ein verfeindetes, sich befehdendes Feld, in dem sich die „Schulen“ bekämpfen, die universitäre Psychotherapie ein Monopol auf die Effizienz beansprucht, belegt z. T. durch gute Studien, die aber oft nicht der Situation im Praxisfeld entsprechen und deshalb häufig als „patientenfern“ gesehen werden. Bei den praxeologisch orientierten Therapieschulen, die oft die universitäre Psychotherapie geringschätzen, findet man eine behauptete, aber eben *nicht* oder nicht sonderlich gut belegte Wirksamkeit. Insgesamt hat Psychotherapie nur zum Teil gute, oft aber auch nur mäßige Effekte, besonders bei den schweren Störungen. Obskure Theoreme und mangelnde Wissenschaftlichkeit kann vielen Schulen der

Psychotherapie mit guten Gründen vorgeworfen werden (*Petzold, Orth 1999; Pohlen, Bautz-Holzherr 1994, 2001*). Der unzureichende Forschungsstand, die mangelhafte Präsentation einer Wissenschaftlichkeit, die anschlussfähig ist, an die modernen Wissensdiskurse, *so wie sie die Öffentlichkeit sieht*, sowie die Uneinigkeit, Zersplittertheit, Zerstrittenheit des Feldes ist meines Erachtens ein wesentlicher Grund für eine Situation geringer – und abnehmender – öffentlicher Wertschätzung. In Deutschland hat mehr als zwanzig Jahre gebraucht, bis es zu einem recht unbefriedigendem Gesetz kam. Das sagt doch etwas über die Stellung der Profession! Und in der Schweiz? Ein heilkundliches Verfahren, das nicht in die *Grund- bzw. Regelversorgung* kommt, hat eine schwache Position. Der Entscheid der Bundesrätin vom Dezember 2001 in dieser Sache ist ein ernstzunehmendes Signal an die gesamte Profession sich zu fragen, wie es zu einer solchen letztlich Geringbewertung der Psychotherapie kommt? In die Reihe der „alternativen Heilverfahren“ darf sie nicht abgleiten. Das würde die Zusammenarbeit aller Psychotherapeutinnen - der ärztlichen, psychologischen und anderen humanwissenschaftlichen – erfordern, denn man soll nicht glauben, daß die Probleme durch Ausgrenzungen von Zugangsberufen gelöst werden können. Aber der berufsständische Egoismus ist nicht zu unterschätzen. Die Frage der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie und ihrer Präsentation in der Öffentlichkeit wird hier m. E. eine zentrale Rolle spielen, denn der „Nimbus“ des „Tiefenwissens“ verblaßt – *Freud* wolle ihn ohnehin nicht - und natur-, sozial- und kulturwissenschaftlich breit abgesichertes ***klinisches Wissen*** ist gefragt. Ich spreche von „***fundierte[m] Wissen***“, das unverzichtbar ***forschungsgestützt*** sein muß und eine hohe Anschlußfähigkeit an die Diskurse der modernen Wissensgesellschaft, an Forschung und interdisziplinäre Diskussionen hat, sich also nicht isolationistisch allein auf das Wissenschaftsverständnis und die Wissensstände des psychotherapeutischen Feldes begrenzen darf. Die Wissenschaftlichkeit von Verfahren der Psychotherapie muß deshalb mehrperspektivisch betrachtet und multidimensional bewertet werden.

Unter Berücksichtigung von Beurteilungs- und Bewertungskriterien fachverbandlicher und staatlicher Institutionen und Positionen von Kostenträgern aus verschiedenen Ländern kann man eine Linie ausmachen, die eine *mittlere Wegführung* bietet zwischen den sehr hohen, aber auch z.T. einseitigen Kriterien etwa des wissenschaftlichen Beirates in der BRD, den Österreichischen Anforderungen, den Niederländischen, den Standards verschiedener nationaler Psychologenverbände und Psychotherapieverbände, von Ärztekammern und Hochschulen. Der fachliche „common sense“ des klinischen Feldes kommt hier zum Tragen. Es ist, so denke ich, durchaus *einsichtig*, einen Standard zu verlangen, der eine gute Qualität erfaßbar macht, die sich auch faktisch dokumentieren lassen muß.

Eine integre und engagierte zwischenmenschliche Qualität der psychotherapeutischen Arbeit ist für jegliche Standardisierung unverzichtbare Grundlage.

Nachstehend habe ich auf der Grundlage vielfältiger Informationen und aufgrund der Erfahrungen aus zahlreichen Anerkennungsprozessen, an denen ich in den oben genannten Ländern teilnehmen konnte einen Kriterienkatalog zusammengestellt, der eher moderate Anforderungen stellt, die auch – wo sie derzeit noch nicht vorliegen und dokumentierbar sind – doch in realistischem Zeitraum ( drei bis fünf Jahren) bei entsprechendem Einsatz erfüllt werden können. Ich meine, die Chartakriterien sollen sich in diesem Rahmen bewegen, um zu einem Stand „hinlänglicher Wissenschaftlichkeit“ zu kommen, auf dem eine optimierungszentrierte Entwicklung wirklich gründen kann. Für einen solchen Stand ist m. E. Folgendes als Minimalforderung erforderlich:

1. Vorlage einer klinisch spezifischen und wissenschaftlichen relevanten *Gesamtdarstellung* des Verfahrens in Theorie und Anwendung in Form eines repräsentativen Lehr- bzw. Fachbuches
2. Vorlage von mindestens 4 *klinisch relevanten wissenschaftlichen* Buchveröffentlichungen aus dem Verfahren von unterschiedlichen AutorInnen
3. Vorlage von mindestens zwei umfangreicheren qualifiziert publizierten oder zur Veröffentlichung angenommenen Forschungsarbeiten nach den Standards *quantitativer empirischer Psychotherapieforschung* zur allgemeinen Wirksamkeit und zum Indikationsspektrum des Verfahren
4. Vorlage von mindestens zwei qualitativen Studien, die den Standards für qualitative Forschung entsprechen

5. Vorlage von mindestens 4 publizierten Studien im nomothetischen Paradigma zum störungsspezifischen Wirkungsnachweis des Verfahrens
6. Vorlage von mindestens einer publizierten Studie, in der das Thema „Risiken und Nebenwirkungen“ ausführlicher berücksichtigt wird
7. Vorlage von einer differenzierten publizierten wissenschaftlichen Studie zum Thema Ausbildungsevaluation bzw. -forschung, die die Effizienz des Ausbildungssystems dokumentiert
8. Vorlage von publizierten *wissenschaftlichen* Fachveröffentlichungen in Form von Büchern oder wissenschaftlichen Artikeln, die die Position des Verfahrens mit ein bis zwei Publikationen zu jeweils folgenden Themen spezifisch darstellen :
  - Entwicklungstheorie
  - Persönlichkeitstheorie
  - Gesundheits-/Krankheitslehre
  - Verfahrensspezifische Diagnostik
  - Therapieziele und Theorie und Methodik therapeutischer Veränderungen
  - Lernen und Gedächtnis
  - Klinische Ethik

**Diese Publikationen sollten die Auseinandersetzung mit den fachdisziplinär vorhandenen Wissensständen und eine Anschlußfähigkeit an die Ergebnisse der internationalen Forschung zeigen**

9. Dokumentation von störungsspezifischen Behandlungskonzepten und -berichten sowie von Sondergebieten (Gruppen-, Paar-, Kinder-, Sucht-, Gerontotherapie etc.) durch Vorlage verfahrensspezifischer wissenschaftlicher Publikationen
10. Dokumentation von Internationalität für die Verbreitung des Verfahrens
11. Dokumentation der Einbettung in die „scientific community“ der Psychotherapie (Lexika, Fachzeitschriften), Vertretung in der universitären Lehre
12. Dokumentation der klinischen Einbettung des Verfahrens (Verbreitung in stationären und ambulanten klinischen Einrichtungen)

*Dies sind meine V o r s c h l ä g e. Sind diese oder ähnliche Kriterien erfüllt im Interesse der Sicherheit, des Wohlergehens und der Würde der PatientInnen und der Psychotherapeutinnen, im Interesse der Fortschritts der Disziplin und des Wissens/der Wissenschaft wird m. E. Psychotherapie im Kontext der Charta und darüber hinaus eine zukunftsfähige Position dann vertreten, wenn sie eine hohe Fachlichkeit mit einer humanen Qualität verbindet, die durch die Formeln „Professionalität mit Herz“, „Wissenschaftlichkeit aus therapieethischer Verantwortung“ und „Forschung zu nachhaltiger Qualitätsverbesserung und Innovation“ gekennzeichnet werden könnte, Formeln, auf die sich Psychotherapeutinnen der verschiedensten Felder und Therapieforscher unterschiedlicher Orientierungen wahrscheinlich einigen könnten.*

**Literatur:**

- Bakhtin, M. M. (1981): *Dialogical imagination*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (1986): *Speech Genres and Other Late Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Beisser, A. (1970): The paradoxical theory of change. In: *Fagan, J., Shepherd I.L., Gestalt Therapy Now*. Palo Alto: Science and Behavior Books, 77 – 80.
- Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (Ed.) (1994): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Chichester: Wiley.
- Bourdieu, P. (1980): *Les sens pratique*. Paris: Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. et al. (1997): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Bourdieu, P. (1998): *Gegenfeuer*. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Buber, M. (1923): *Ich und Du*. Berlin Schocken Verlag; L. Schneider, Heidelberg 1965, 1977, 1983.
- Buber, M. (1928): *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider, 1965, 1977, 1984.
- Bublitz, H., Bührmann, A. D., Hanke, C, Seier, A. (1998): *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults*. Frankfurt: Campus.
- Dauk, E. (1989): *Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen*. Berlin: Reimer.
- Derrida, J. (1972): *L'écriture et la difference*, Gallimard, Paris 1967; dtsh. *Die Schrift und die Differenz*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Derrida, J. (1982): The conflict of faculties, in: *Riffaterre, M. (ed.), Languages of knowledge and of inquiry*, Columbia Univ. Press, New York.
- Derrida, J. (1992) „Être juste avec Freud“, in: *Roudinesco (1992)139-195*.
- Derrida, J. (2000): *Politik der Freundschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dobson, K.S. & Craig, K.D. (1998): *Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology*. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Foucault, M. (1966): *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; dtsh. *Die Archäologie des Wissens*, Suhrkamp, Frankfurt 1973.

- Foucault, M. (1966): *Les mots et les choses*, Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1971): *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1974): *Die Ordnung des Diskurses*, München: Hanser 1977.
- Foucault, M. (1976): *Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin*, Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1984): *Deux essais sur le sujet et le pouvoir*, in: *Dreyfus, H., Rabinow P., Michel Foucault. Un parcours philosophique*, Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1988): *Truth, power, self*, in: *Martin, L., Gutman, H., Hutton, P. (eds.), Technologies of the self. An interview with Michel Foucault*, University of Massachusetts Press, Amherst MA 1988, 9-15.
- Foucault, M. (1993): *Technologien des Selbst*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1996): *Diskurs und Wahrheit. Berkley-Vorlesungen 1983*. Berlin: Merve,.
- Foucault, M. (1998): *Foucault. Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar*, München: Diederichs.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Heidelberg: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Psychotherapie: Hogrefe: Göttingen*.
- Groeben, N., Scheele, B. (1977): *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt: Steinkopff.
- Groeben, N. Wahl, D. Schlee, J. Scheele, B. (1988): *Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts*. Tübingen: Franke.
- Habermas, J. (1967): *Zur Logik der Sozialwissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp, 1970.
- Habermas, J. (1968): *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt: Suhrkamp, , mit neuem Nachwort 1973b.
- Habermas, J. (1980): *Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik*, in: *Apel et al. (1980) 120-149*.
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*, 2 Bde., Suhrkamp, Frankfurt.
- Habermas, J., Luhmann, E. (1971): *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): *Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven*. In: *Petzold, Märtens (1999a) 193-272*.
- Hass, W., Petzold, H.G., Märtens, M. (1998): *Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeuten-sicht*. In: *Laireiter, A., Vogel, H. (Hrsg.) (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch, DGVT-Verlag, Tübingen, 157-178*.
- Herzog, W. (1984): *Modell und Theorie in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (Hrsg.) (2000): *Klinisch-Psychologische Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Janssen, P. L. (2001): *Psychoanalytische Konzepte der Borderline-Struktur*, in: *Dammann, G., Janssen, P.: Psychotherapie der Borderline-Sörung*. Stuttgart: Thieme, 7-13.
- Kriz, J. (1985): *Grundbegriffe der Psychotherapie*, Urban & Schwarzenberg, München, 1996.
- Kuhn, Th. (1970): *The structure of scientific revolutions*. Chicago: Chicago Univ. Press.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.) (1999): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-verlag.
- Laireiter, A., Vogel, H. (Hrsg.) (1998): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie - ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Leitner, E. (2000): *Bourdieu's eingreifende Wissenschaft*. Wien: Turia + Kant.
- Levinas, E. (1983): *Die Spur des Anderen*. Freiburg, Albert.
- Levinas, E. (1995): *Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen*. Hanser: München
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): *Was ist Evidenz in einer Evidence Based Psychotherapy?*, *Integrative Therapie*, 1-2, 11-28.
- Marcel, G. (1967): *Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund*. Frankfurt: Knecht.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2001): *Therapieschäden. Über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünwald (im Druck).
- Mittelstrass, J. (2001): *Die kulturelle Form der Welt. Neue Zürcher Zeitung* 109, 80.
- Moreno, J.L. (1951): *Sociometry: Experimental method and the science of society*. Beacon: Beacon House.
- Moscovici, S. (2001): *Social representations: Explorations in social Psychology*. New York: University Press New York.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2001): *„Patient dignity“? Risiken und Nebenwirkungen in der Therapie (nicht nur) mit alten Menschen*, in: *Märtens, Petzold (2001) in Vorber*.
- Otte, H. (2001): *Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Integrativen Therapie – Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen*. In: *Märtens, Petzold (2001)..*
- Parker, J. (1999): *Deconstructing Psychotherapy*. London: Sage.
- Petzold, H.G. (1978c): *Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik. Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw (1991e).
- Petzold, H.G., (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten*, München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985d): *Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals*, in: *Petzold (1985a) 553-572*.
- Petzold, H.G. (1993a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie*. 2. erw. Aufl. Junfermann, Paderborn.

- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ - Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie in: *Gestalt* (Schweiz) 20, 1994, 6-28 und *Hermer, M.* (Hrsg.), Die Gesellschaft der Patienten, dgvt, Tübingen 1995, 143-174.
- Petzold, H.G. (1994o): Integrative Therapie und Psychotherapieforschung oder: Was heißt „auf das richtige Pferd setzen?“ *Gestalt* 21, 37-45).
- Petzold, H.G. (1995h): Schulenübergreifende Perspektiven zu einer integrierten Psychotherapie und einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft - der Beitrag von Gestalttherapie und Integrativer Therapie, in: Berufsverband deutscher Psychologen (Hrsg.), *Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen*, Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, S. 71-94.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1998a) (Hrsg.): *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch, Band I*, Junfermann, Paderborn 1998a.
- Petzold, H.G. (1998h, Hrsg.): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung*, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., (1998k): Bewertungs- und Evaluationsverfahren an FPI/EAG. In: *Petzold* (1998h) 550-570.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, (in Druck).
- Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie. Das „biopsychosoziale Modell“ angewandter Humantherapie und Kulturarbeit – Theorie, Praxis, Kulturarbeit. Paderborn. Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (2001i): *Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte*. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Widersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H. G. (2002a): *Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“*. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (2002). *Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven*. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen, *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: *Petzold, Orth* (1999a) sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtnens, M. (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie, in: *Laireiter, A.*,
- Vogel, H. (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch*, DGVT-Verlag, Tübingen S. 683-711.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märterns, M., Steffan, A.. (2000): *Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis - Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting*. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355.
- Petzold, H.G., Märtnens, M. (1999): *Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis*, Bd. 1: Modelle, Konzepte, Settings, Leske + Budrich, Opladen 1999.
- Petzold, H.G., Oeltze, J., Ebert, W. (2002): *Die Wirkung Integrativer Supervision im Mehrebenenmodell – eine empirische Studie auf der Klienten-, Supervisanden-, Supervisoren und Auftraggeberebene*. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998): *Wege zu „fundierter Kollegialität“ - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität*, 1997b, *ÖAGG* 3 (Wien 1997) 31-37 und *Report Psychologie* 3 (1998) 234-239; erw. in: *Slembek, E., Geissner, H.*, *Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder*, Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert 1998, 107-126.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a). *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G., Orth, I., Schuch, W., Steffan, A. (2001): Theorienbildung und Praxisstrategien in der „Integrativen Therapie“ – Zur Konnektivierung von Menschen- und Weltbild, Heuristiken und Wirkfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung (erweiterte Fassung zum Chartacolloquium II). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J., (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von Gestalt und Integration, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: Petzold, H.G., Orth, I. Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann, S. 15-66.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000a): Transgressionen - das Prinzip der Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1976): Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten. *Integrative Therapie* 2/3, 120-144.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1977): Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik. In: Petzold, H.G., Brown, G. (1977): *Gestaltpädagogik*. München: Pfeiffer 14-36.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann. 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Rodriguez-Petzold, F. (1995a): Das Wissenschaftsverständnis und die Therapie- und Forschungsorientierung der Integrativen Therapie - Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SPV. *Gestalt und Integration* 1, 93-111.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G., Steffan, A.. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355 – 367.
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.
- Sieper, J. (2001): Das behaviorale Paradigma und der Begriff des „komplexen Lernens im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining, Streßphysiologie, *Integrative Therapie* 1, 305-344.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, in: Petzold, H.G., Sieper, J. (1993) (Hrsg.): *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann, 359-370.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, Heft 1, 3-10
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001c): „Eingreifende Wissenschaft“ für „Menschenarbeiter“, *Integrative Therapie*, Heft 1, 208-209.
- Steffan, A. (2001): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapieevaluation im ambulanten Setting*. Dissertation eingereicht an der Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie der Universität Leipzig, Leipzig.
- Steffan, A., Petzold, H.G (2000c): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1/20001
- Wagner, R.F., Becker, P. (Hrsg.) (1999): *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*. Göttingen: Hogrefe.

# Das Projekt „Wissenschaftlichkeit“ in der Schweizer Psychotherapie Charta - einige *grundsätzlich* kritische Anmerkungen als offene Stellungnahme

Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper

## „Stellungnahme I zum Prozedere“ nach dem 1. Chartacolloquium (2000)

Als Mitgliedsinstitut der Charta möchten wir uns an die anderen Mitgliedsinstitute und an unsere Kolleginnen und Kollegen wenden. Wir sehen mit der Enquête 2 auf die Institute eine immense Belastung zukommen, die die Realitäten der Ausbildungsinstitutionen u.E. nicht berücksichtigen, und die zu einer erneuten Reflexion des gesamten Projektes Anlaß geben sollten, denn wenn es eine *Legitimationsfunktion* nach „außen“ haben soll, kann sie so nicht erreicht werden, wenn sie eine *Konsolidierungsfunktion* nach „innen“ haben soll, wird sie mit anderem Anspruch und in anderer Form durchgeführt werden müssen (z.B. durch gemeinschaftlich veranstaltete Theorieprogramme oder kontinuierliche Arbeitsgruppen, durch einen institutionalisierten Polylog aller Beteiligten zu Fragen der Theorie, Forschung, Praxeologie, Praxis, Ethik). Wir haben uns seinerzeit mit einigem Aufwand an der Enquête 1 beteiligt und unsere Texte dazu publiziert (Petzold, Sieper, Rodriguez-Petzold 1995a). Das Ergebnis haben wir bis heute nicht in detaillierter Auswertung mit Publikation der Materialien gesehen, und so konnte nicht öffentlich diskutiert werden, was denn so „schief lief“, dass man heute schreibt, dass „es so nicht geht“. Ohne kritische Evaluation und ohne vorauslaufende Akzeptanzstudie (vgl. Hass, Märten, Petzold 1998) geht man nun in die Enquête 2. Ein überlastiger Fragenkatalog wirft in *einseitig* (nur das stört uns) geisteswissenschaftlicher und tiefenpsychologischer Orientierung eine ganze Palette ungeklärter Probleme auf, ohne daß die Problematiken, die sich aus der Komplexität und Qualität der ersten Untersuchung ergaben, ausgewertet wurden. Das Projekt, die „Wissenschaftlichkeit“ von Mitgliedsverfahren im Rahmen der Charta über Colloquien festzustellen, sehen wir als ein interessantes Experiment. Zu seiner Anlage und zu seinen Voraussetzungen haben wir allerdings grundsätzliche - und inzwischen durch die Aufnahmeverfahren von neuen Mitgliedsanwärtern gewachsene - Bedenken. Auch wenn wir diese erst spät äußern können, meinen wir, dass sie überdacht werden sollten, nicht zuletzt weil dieses Projekt eine lange Laufzeit hat und Zwischenreflexionen über seine Qualität, seine Weiterführung oder die Art seiner Weiterführung eingebaut werden sollten. Einige Punkte seien aufgeführt, ohne daß wir in die Detailprobleme der einzelnen Fragenkomplexe eingehen können und wollen.

1. Es erfolgt - wie seit langem und immer wieder in den Charta-Verlautbarungen - ein u.E. unnötiger Seitenhieb auf die universitäre Psychologie und mit Blick auf die Gesamtheit der Psychotherapieforschung die Suggestion eines falschen Gegensatzes zwischen (universitärer?) „praxisferner Forschung“ und „praxisnaher Forschung“. Die wichtigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung entstammen der Beforschung von Praxis (Dobson, Craig 1998; Grawe et al. 1994; Jacobi, Poldrack 2000; Petzold, Märten 1999). Außerdem wird unterstellt, daß der Wissenschaftsbegriff (universitärer) „Forschungspraxis oft wenig reflektiert wird“. Das ist schlichtweg falsch, blickt man auf die umfängliche Literatur zu dieser Frage (z.B. Groeben, Scheele 1977; Groeben, Wahl, Schlee, Scheele 1988; Herzog 1984; Wagner, Becker 1999), auf die leider kein Bezug genommen wird.
2. Das Projekt betreibt primär eine „in group“ Strategie, in der ein Vorverständnis vorausgesetzt wird, das dann zugleich ein Ergebnis werden soll, wenn „sich die Institutionen gegenseitig überzeugen müssen, daß sie wissenschaftliche Psychotherapie betreiben“. Das reicht weder als Legitimation, noch als vertrauensbildende Maßnahme PatientInnen gegenüber aus. In erster Linie gilt es, WissenschaftlerInnen und wissenschaftliche Institutionen, Kostenträger, Politiker, Patientenverbände von der „Wissenschaftlichkeit“ der Charta-Psychotherapie zu überzeugen.
3. Das Projekt geht von der u.E. irrigen Annahme aus, daß Wissenschaft über einen „demokratischen Prozeß“ definiert werden kann und soll. Man will einen „demokratischen Wissenschaftsprozeß in Gang bringen“, „in einem Gruppenprozeß unsere eigenen Formulierungen finden ...“ Das ist ein Mißverständnis der Konstitutionsprozesse von Wissenschaft. Demokratie hat die Voraussetzungen für Wissenschaft zu schaffen und u.a. zu gewährleisten, daß „Freiheit von Forschung und Lehre“ gegeben ist. Was dann

Wissenschaft ist, wird nicht durch demokratische Abstimmungen entschieden, sondern durch die souveränen, aber der Öffentlichkeit gegenüber legitimationspflichtigen Wissenschaftler.

4. Es wird nicht gesehen, daß es bei „wissenschaftlichen“ Positionen um Konsensprozesse in - heutzutage weitgehend internationalisierten - „scientific communities“ geht, die über internationale Zeitschriften und Kongresse kommunizieren und zwar in unserem Feld über
  - Modelle, Theorien- und Konzeptbildung (vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Theorien aus Psychologie, Sozial-, Neuro- und Biowissenschaften)
  - Grundlagenforschung nach den für die Disziplin geltenden Standards
  - klinische Forschung (z.B. Wirksamkeitsforschung) nach international akzeptierten Forschungsmethoden (nomothetischen und idiographischen, quantitativen und qualitativen, kombinierte Ansätze, in jedem Fall mit einem Schwerpunkt bei kontrollierten Studien)
  - Praxisforschung (zu Settings, Methoden, Klientensystemen),
  - Longitudinal ausgerichtete Morbiditäts-, Komorbiditäts, Pathogenese- und Verlaufsforschung,
  - Ausbildungs- und Supervisionsforschung
  - Forschung über Forschung
  - usw. usw.

Für *übergeordnete* Positionen wie das (moderne) Wissenschaftsverständnis oder den Wissenschaftsbegriff - mit mehr als hundert Jahren Diskussion und Vorarbeiten ist es nicht möglich (und nicht wünschenswert), wenn jede Gruppe in „Gruppenprozessen“ ihre „eigenen Formulierung“, Begrifflichkeiten und Begründungen findet, es sei denn als ein „Projekt“, dessen Ergebnisse in den Diskurs der „Scientific Community“ und - bei Forschungsfragen - in die „Community of Researchers“ oder bei Fragen der Berufspraxis (z.B. Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit etc.) in die „Professional Community“ zu *übergeordneter Konsensfindung* zurückgeleitet werden.

1. Die Enquete 2 verbindet in verfrühter Weise ein „Projekt“ mit durchaus ansprechenden Perspektiven mit *normativen* Konsequenzen, die aus den „*eigenen*“ Konzepten abgeleitet werden sollen: die Aufhebung eines „Wissenschaftlichkeitssvorbehalts“. So wünschenswert konzeptuelle Eigenkreativität und -initiative ist, aber „nach außen“ (ins Feld der etablierten Wissenschaft, der Kostenträger, der politischen Entscheidungsträger usw.) kann man mit einer solchen Sonderregelung, die nicht mit der internationalen Scientific Community abgestimmt sind, kaum gehen.
2. In der Wissenschaft geht es - anders als in dem Arbeitspapier behauptet - immer um die „Fremdbeurteilung von Experten“ (auch *peer review* ist als solche zu sehen und erfolgt in jeder Fachzeitschrift). Und im Fall der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie können die „experts“ und auch die „peers“ nicht (oder nicht überwiegend) die Mitglieder oder Mitgliedsinstitute *eines lokalen* (hier Schweizer) Verbandes sein, sondern es ist die internationale „scientific community“, mit der ein Konsens gefunden werden muß und deren Urteil man sich stellen muß bzw. zu der Anschlußfähigkeit hergestellt werden muß. Das hat mit „vorausgehendem Gehorsam“ nichts zu tun. Mit Punkt 5 des Begründungspapiers ist dies zwar intendiert, aber dann muß man die Resonanz des Feldes ‘außerhalb der Charta und aus anderen Ländern’ abwarten, ehe man aus dem gefundenen Modell normative Konsequenzen zieht (wie als Ziel in Punkt 4 festgelegt ist).
3. Aus den vorzulegenden Materialien und ihrer vorgegebenen Kürze und damit Unvollständigkeit (ohne Originalliteratur und Vorlage von empirischen Studien und gut publizierten Theoriearbeiten) kann man sich *keine fundierte* „Meinung“ über das jeweilige Verfahren bilden, besonders wenn keine internationale Literatur und publizierte spezifische Forschung (Punkt 1 des Minimalkonsens) vorliegt. Wie kann man da sich zur „Wissenschaftlichkeit des anderen Institutes eine Meinung bilden?“
4. Das für das gesamte Projekt schon *vorgegebene* Wissenschaftsverständnis - man legt sogar eine Definition fest („Das Beforschen unserer Praxis“... [usw. usw.] „in einem dialogischen Akt miteinander zu betreiben, *ist Wissenschaft*“) - ist nicht konsensuell abgestimmt und präjudiziert einseitig in Richtung eines (hier nur verschwommen erkennbaren) hermeneutischen Paradigmas und einer (wenig präzisierten) Aktionsforschungsmethodik. Das ist bedauerlich, genauso wie die generalisierte relativistische Position zu Fragen nach Wahrheit und Richtigkeit (die Faktorenanalyse kann doch *falsch* berechnet, also nicht richtig sein, die Ethikbestimmungen der Charta legen doch sehr deutlich Wahrheits- und Legitimitätskriterien fest, das was richtig und was falsch ist. Hier wird man inkonsistent).
5. Der gesamte Fragenkatalog ist zwar sehr interessant und weitgreifend. Er wirft indes viele, zu viele Fragen auf, die von der Mehrzahl der in der Charta vertretenen Ansätze und Institute nach unserer Einschätzung *nicht seriös* beantwortet werden können, weil hinter ihnen oft die jahrzehntelange Gedanken- und Forschungsarbeit jeweils einer großen „community“ stehen müßte. Die z.T. inspirierenden, zum Teil aber auch sehr inkonsistenten „Erläuterungen“ zum Themenkatalog oder die terminologischen Unschärfen (2.4. „soziopsychosomatisches Feld“! Wie kann ein Feld psychosomatisch sein? usw. usw.) machen das allzudeutlich. Da sollen Fragen beantwortet werden (nach den Wirkungen einzelner Interventionen, Wirkfaktoren, nach Behandlungsverläufen usw.), für die keine konsistenten Konzeptualisierungen vorliegen (Diskussion der Problematik des Wirkfaktorenkonzeptes) und keinerlei Forschung vorhanden ist, obgleich diese Fragen nur durch umfangreiches und „sophisticated research“ und durch permanente hochkarätige Theoriearbeit auf breiter Basis beantwortet werden könnten. Solche Forschung und

- Theoriearbeit kann von den meisten der kleinen - z.T. noch nicht einmal wirklich internationalisierten - „Communities“ ohne Hochschulanbindung in der Charta *niemals* erbracht werden. Man sollte das dann auch nicht verlangen. Man produziert damit nur „Meinungen“, „opinion based lore“. Die Zeiten hierfür sind auf dem Wege zu einer „evidence based“ psychotherapy (Sieper, Petzold 2001) in Vergehen. Selbst die großen Mainstreams mit guten ForscherInnen- und WissenschaftlerInnenteams könnten den Fragenkatalog nur sehr unzureichend beantworten. Der Diskurs zu den Kernbereichen des Katalogs ist sicher wichtig, aber er muß doch auf solidem Boden geführt werden, d.h. auf dem Grund einer Infrastruktur von Verfahren und Instituten, die das alles bearbeitet haben oder bearbeiten könnten. Das ist aber nicht gegeben. Wir, mit einer ausgesprägten Forschungs- und Theorietradition, universitärer Anbindung, eigenem Forschungsinstitut, eigenen Zeitschriften (wissenschaftlichen, peer reviewed), könnten viele der gestellten Fragen mit Rückgriff nur auf den eigenen Fundus nicht seriös beantworten. Wir haben glücklicherweise die allgemeine und klinische Psychologie und Psychotherapieforschung (Bergin, Garfield 1994; Petzold, Märten 1999) im Rücken, aber selbst damit kommen wir an Grenzen.
6. Die „Erläuterungen zum Themenkatalog“ lassen deutlich erkennen, daß kaum Fragen aus dem Hintergrund der Ergebnisse der speziellen Psychotherapieforschung gestellt wurden (z.B. 2.2.3 alters-, schicht-, gender- und störungsbildspezifische Forschungen zur therapeutischen Beziehung, TherapeutInnenvariablen, PatientInnenvariablen). Weiterhin kommen Fragen zur Ausbildungsforschung und spezifischen Qualitätssicherung (Laireiter, Vogel 1998; Laireiter 1999; Petzold, Steffan 1999) zu wenig zur Sprache. Die Themen sind deutlich aus einer geisteswissenschaftlichen Perspektive formuliert, was zur Folge hat, daß Grundlagenforschung, neurowissenschaftliche und -physiologische Themen (die neuen Medikamentengenerationen und die Psychotherapie), allgemeinspsychologische, entwicklungspsychologische und sozialpsychologische Fragestellungen (lifespan developmental approach) nicht angesprochen werden, obwohl ihre Ergebnisse (vgl. für biographische Arbeit die Gedächtnisforschung z.B. Schachter 1999) Grundpositionen traditioneller Psychotherapie (in Sonderheit tiefenpsychologische) in Frage stellen und obwohl hier wichtige Dimensionen der „Zukunft der Psychotherapie“ liegen (Petzold 1999p).
  7. Die Forderung: „Wir erwarten klare Selbstdarstellungen zu allen Themenbereichen“ - auf 20, höchstens 30 Seiten - ist unserer Auffassung nach unrealistisch oder eine Einladung zu unfundierter Meinungskundgabe oder zu einem Zusammenschreiben von Positionen aus der Fachliteratur, die in der Wirklichkeit der Ausbildungsinstitute und damit dann auch der später durchgeführten Behandlungen keinen Boden haben (so etwas muß über Jahrzehnte kultiviert werden).
  8. Die vorbereitete Gruppe „Wissenschaftlichkeitsfrage“ hat eine sehr umfassende Vorarbeit geleistet, die wir sehr spannend finden, denn sie bietet Elemente eines auf Jahre anzulegenden Arbeitsprogrammes für große „communities“. In sofern scheint es aber auch hypertroph und geht an der Realität der Mitgliedsinstitute und ihrer Mitarbeiter u.E. vorbei. Diese Arbeit ist *ordentlich nicht zu leisten*, das ist jedem fachlich kompetenten Außenbeobachter sofort klar. Oberflächlich und ungründlich oder auch nur wohlmeinend aber sollte man sie nicht machen. Für alle Beteiligten, besonders für die Institute entsteht ein hoher Arbeitsaufwand, der zu keinem wirklich wissenschaftlich annehmbaren Ergebnis führen kann. Die Texte zur Enquête I waren z.T. nicht vorzeigbar. Die jetzigen sollen (vorerst?) intern bleiben! Warum, wenn nach Punkt 1. des Minimalkonsenses, alles öffentlich zugänglich und diskutierbar sein muß? Wir legen Wert auf die Publikation aller Texte.
  9. Die Auswertung der Enquête 1, die ja eher mäßige Ergebnisse brachte, wenn wir recht sehen (wir fanden z. B. Texte aus unserem eigenen Fachverband mit ihren vielen Ungenauigkeiten und Fehlern z.T. peinlich), hat u. E. zu falschen Konklusionen geführt, wenn in der Begründung die Probleme eher motivational (hierarchisches Modell, Expertenbeurteilung etc.) eingestuft werden. Die z.T. unzureichenden Ausführungen dürften doch eher in mangelnder wissenschaftlicher und organisationaler Infrastruktur, Ressourcenknappheit (und das ist ja nicht besser geworden) mancher Institutionen zu sehen sein. Oder die „Überraschung“ der Kommission über die „erstaunliche Vielfältigkeit“ des „Wissenschaftsbegriffes“ wäre doch auch dadurch erklärbar, daß die Statements einfach nicht auf dem Stand der Diskussion in dieser Problemstellung waren. Es geht vielleicht auch weniger um die Frage der Kompetenz, als um die Frage der Leistungsmöglichkeiten. Wer soll das denn wann machen? Und hier fokussiert unsere Kritik. Anstatt das realistisch zu sehen und daraus Konsequenzen zu ziehen, wird ein unrealistischer Anspruch (mit vielen durchaus wünschenswerten Forderungen) noch höher geschraubt. Es entsteht so die Gefahr, daß eine wissenschaftliche Schein- bzw. Pseudokultur aufgebaut(sch)t wird, und daran möchten wir uns nicht beteiligen. Sie werden auch externalen, interessenpluralen Kommissionen - und auf die muß man sich einstellen bei künftigen gesetzlichen Überprüfungen - nicht standhalten können.
  10. In Punkt 3 im „Minimalkonsens“, daß in den Ausbildungsinstituten „wissenschaftlich gearbeitet werden muß“ liegt ein Kernproblem. Warum muß das sein? Das ist international keineswegs so. Es ist u.E. besser, wenn Ausbildungsinstitute seriöse Forschung und wissenschaftliche Arbeit von Forschungsinstituten oder renommierten Theoretikern rezipieren und didaktisch gut umsetzen - und gute Ausbildungsforschung machen - als zu dilettieren. Etwas anderes wird sonst selten herauskommen. Sie müssen also in ihrer Ausbildungstätigkeit „wissenschaftlich fundiert“ sein, nur darum kann es gehen.

11. Hinter dem ganzen Projekt scheint uns unhinterfragt *Freuds* Junktum-Konzept zu stehen (das er ja selbst wegen der darin verbundenen unterschiedlichen Interessenlagen als nicht unproblematisch sah). Wird dieses als „Muß“ gesetzt, führt das in große Probleme. Als „Kann“ kann es fruchtbar sein. Die Isolation der Psychoanalyse im akademischen wissenschaftlichen Feld und ihre z.T. antiquierten Wissensbestände (vgl. die Kritik und den alternativen Entwurf von *Deneke* 1998) haben *eine* Ursache in diesem Konzept. In der Zeit der bildgebenden Verfahren (PET), der neurophysiologischen und immunologischen Untersuchung seelischer Zustände, wie *Freud* sich das letztlich gewünscht hat „mit besonderen chemischen Stoffen die Energiemengen und deren Verteilung im seelischen Apparat direkt zu beeinflussen“ (Die Psychoanalytische Technik 1940, StAg 1982, 421), in einer Zeit der „evidence based medicine“ und aufwendiger Longitudinalforschung zu gesunder und pathologischer Entwicklung, kontrollierter klinischer Studien mit sophisticated designs, die quantitative und qualitative Ansätze elegant verbinden, kann man - will man wirklich die heute geforderte Qualität erbringen - Junktum-Forschung nur in finanziell sehr gut ausgestatteten (z.B. durch Nationalfondsprojekte) klinischen und universitären Forschungs-/Praxisinstitutionen betreiben, und mit denen muß man eben zusammenarbeiten.

**Fazit:** Man sollte dieses Projekt umdefinieren als ein „exploratives Forum“ und ein wissenschaftliche Qualität förderndes Arbeitsprogramm, das Diskurse themenzentriert angeht – *polylogisch* auf freiwilliger Basis - und ohne Junktum zu einem „Wissenschaftsvorbehalt“, denn es ist nicht möglich, Vorbehalte, sollten sie denn bestehen, auf diese Weise anzugehen und auszuräumen. Man erreicht sonst nur *deklamatorische* bzw. *akklamatorische Legitimierung*, bei denen sich die „Praktiker“ gegenseitig eine Wissenschaftlichkeit bestätigen, die man nur mit großen Fragezeichen versehen kann und die auch von außen mit solchen Vorbehalten gesehen werden wird. Ganz anders steht es mit der Überprüfung einer „wissenschaftlichen Fundiertheit“ von Ausbildungen, die durchaus durch die Charta möglich wäre.

Wir, die Autoren, arbeiten seit über dreißig Jahren *wissenschaftlich* im Bereich der Psychotherapie in Forschung, klinischer Praxis, Lehre, Ausbildung und Supervision (*Petzold, Sieper* 1970, *Petzold, Rodriguez-Pezold, Sieper* 1998; *Sieper, Petzold* 1993, 2001). Wir sind in der Theorienbildung (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000) ausgewiesen, nicht zuletzt in der ideologiekritischen Auseinandersetzung mit den Mythen, Macht- und Freiheitsdiskursen, und wir haben quantitativ und qualitativ geforscht, wir haben zahlreiche neue Behandlungsmethoden entwickelt und alte in neuen Feldern eingesetzt. Wir leiten seit 30 Jahren ein international arbeitendes großes Ausbildungsinstitut. Vor diesem Hintergrund und aus dieser Erfahrung wissen wir, was seriöse Forschung und fundierte Theorienbildung bedeutet und müssen sagen, daß „es so nicht geht“. Eine Umwidmung des Projektes der Colloquien hingegen könnte sich als sehr fruchtbar erweisen und das Potential der Charta als ko-respondierende Gemeinschaft, die in *fundierter Kollegialität* (*Petzold, Orth* 1997) Erkenntnisprozesse im Felde der Psychotherapie vorantreibt, in fruchtbarer Weise aktualisieren.

**Univ.-Prof. DDDr. Hilarion G. Petzold**

Approbierter psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut BRD, Psychotherapeut nach dem Österreichischen Psychotherapiegesetz, Lehrtherapeut, Lehrsupervisor, Kontrollanalytiker. Lehrstuhl für Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik, Freie Universität Amsterdam. Wissenschaftlicher Leiter EAG, Vis. Prof. für Psychotraumatologie und Supervision und wissenschaftlicher Leiter des Magisterstudiengangs Supervision an der Donau-Universität Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin.

**Dr.phil. Lic. theol. Johanna Sieper,**

Pädagogische Leiterin der EAG, Lehrtherapeutin, Kontrollanalytikerin, Lehrsupervisorin  
Stellvertretende Vorsitzende des Prüfungsausschusses der EAG  
Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

**Literatur im voranstehenden Literaturverzeichnis**

---

## Anhang

### SGIPT - Gesellschaft für Allgemeine und Integrative Psychotherapie - Deutschland Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT DAS=03.10.2000

#### **Die Integrative Psychotherapiekonferenz 1940**

von Rudolf Sponzel, Erlangen

**Vorbemerkung:** An der Diskussion nahmen teil (Aufzählung im Text s.o.): Man erkennt an der Zusammenfassung des Diskussionsleiters unschwer die Einflüsse der Humanistischen PsychotherapeutInnen. Dieses Gespräch zwischen den Schulen ist nun, im Jahre 2000, 55 Jahre alt. Und wo stehen wir jetzt?

Aus: WATSON, G. Areas Of Agreement In Psychotherapy. Section Meeting, 1940. In: American Journal of Orthopsychiatry 10. P. 708 - 709.

#### **„CLOSING SUMMARY BY THE CHAIRMAN**

Our discussion has illustrated one reason why people get the impression that there is little agreement among various exponents of psychotherapy. We found it difficult to keep attention centered on our wide area of agreement, and seemed irresistibly drawn to the one point of controversy. On that issue of non-intervention“ we seem to have reached the conclusion that psychoanalysis did give much of the initial impetus toward a relationship in which the therapist tries not to let his own values influence the patient, and that the past twenty years have seen all other psychotherapies move toward much the same ideal.

We found reason to agree with Dr. Chassell’s observation that if we were to apply to our colleagues the distinction, so important with patients, between what they tell us and what they do, we might find that agreement is greater in practice than in theory. Despite the various names under which we work and our various backgrounds of training we all seem agreed upon many essentials of psychotherapeutic practice.

First, we have found no apparent disagreement on objectives. We all hope to increase the client’s capacity to deal with reality, to work, to love, and find meaning in life. For all of us the relationship of therapist and client has been a central factor. We have stressed the need to provide a security which fosters spontaneity. We have seen the treatment relationship as social adjustment under artificially simple conditions, but as a step in socialization. We have recognized that as the therapist meets the oft-used patterns of the patient in an unexpected, fresh and revealing way, the patient is stimulated to new growth. We have urged that the therapist must so understand his own needs as to prevent their unconscious domination of the relationship. Our relationship with the client is an identification controlled in the client’s best interests.

We have all stressed, as a third area of agreement, the importance of keeping responsibility for choice on the client. Growth occurs especially as he becomes able to achieve integration of will“ making his own decisions and carrying out the implications of new insights earnestly, responsibly, and with increasing independence. As Dr. Allen put it, It is what (clients) do about themselves that is therapy.“

A fourth concept which has seemingly been accepted by us is that good psychotherapy enlarges the client’s understanding of himself. We encourage but do not guide expression. We direct attention to dreams, to art, to phantasy, to verbal sequences and to behavior. We try to help the individual accept responsibility for more of his feelings than he previously could. We recognize that interpretation of his past may be useful if it illumines for the client his tendencies in the present. The psychoanalyst says, Where was id, there shall ego be.“ The analytical psychologist

accepts this and adds, at least for some persons, Keep working at that synthetic, creative, partly spontaneous process of growth whereby each realizes his unique indivisible individuality.“

Every psychotherapy assumes that in the client there are important impulses and connections, some half-conscious, some repudiated, some unconscious, which need to be assimilated in a more complete and truer self-awareness.

We have agreed, negatively, not to try to treat symptoms in superficial isolation from the structure of the personality. We do not believe that mere catharsis of feelings is therapeutic. We distrust advice and exhortation. We have agreed further, I think, that our techniques cannot be uniform and rigid, but vary with the age, problems and potentialities of the individual client and with the unique personality of the therapist.

Finally, we all have recognized that what the therapist can contribute depends in large measure upon his own character. He should be mature, objective, constant, with insight into his own problems and freedom to live with integrity. A therapist has nothing to offer but himself.“ „ (p. 708 f)

## Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III)

Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf<sup>14</sup>

„Sie wissen, wir waren nie stolz auf die Vollständigkeit und Abgeschlossenheit unseres Wissens und Könnens; wir sind, wie früher so auch jetzt, immer bereit, die Unvollkommenheit unserer Erkenntnis zuzugeben, Neues dazuzulernen und an unserem Vorgehen abzuändern, was sich durch Besseres ersetzen läßt“ (Freud [1918] 1919, GW 12, 183).

„Angewandte Humanwissenschaften *sind von Menschen über den Menschen und für Menschen* und ihr Wohlergehen geschaffene, zeit- und kontextbestimmte Wissenstände mit *biopsychosozialer Orientierung*. Weil der Mensch in ihnen aber zugleich *Subjekt und Objekt* der Erkenntnis, des Handelns und des Forschens ist, werden nur sorgfältigste, disziplinübergreifende metakritische Reflexionen und korrespondierende Diskurse die größten *Ausblendungen* hinsichtlich unserer Natur [das ´epistemologische *punctum caecum*] vermindern und die subtilen, aber weitragenden Möglichkeiten der *Fehlkonzeptualisierung* unseres Handelns [das ´anthropologische *momentum destructivum*] vermeiden oder verringern, so daß wir zu menschengerechten, intersubjektiven Formen integerer und wirksamer Praxis finden.“ (Petzold 1988t).

Die „Schweizer Psychotherapiecharta“, bekanntlich ein Zusammenschluß der wichtigsten Ausbildungsinstitute und Verbände der psychotherapeutischen Orientierungen und „Schulen“, die in der Schweiz vertreten sind (die Verhaltenstherapie ausgenommen, die nicht Mitglied ist), hat mit der Vorbereitung ihrer Konstituierung vor mehr als einem Jahrzehnt und ihrer Gründung 1992 einen faszinierenden und in der Psychotherapiegeschichte einzigartigen Prozeß eingeleitet: nicht nur, daß sich die unterschiedlichen „communities“ auf gemeinsame Standards der Ausbildung geeinigt haben, eine gemeinschaftliche Berufspolitik betreiben, miteinander sich um Qualitätssicherung bemühen und durch Tagungen und Symposien ein schulenübergreifendes Diskussionsforum geschaffen haben, sie haben auch mit zwei *Enquêtes* einen Prozeß der Qualitätsentwicklung und „komparativer Theoriearbeit“ initiiert. Zu zentralen Themenbereichen der Psychotherapie, ihren „Kernthemen“, nehmen in einer Serie von Fachkolloquien alle Mitgliedsinstitutionen schriftlich Stellung, und diese Texte werden dann in einem *öffentlichen Diskurs* auf ihren wissenschaftlichen Gehalt hin zwischen VertreterInnen der Orientierungen und „Schulen“ diskutiert. Ziel ist, so die Intention dieses Unterfangens, die

---

<sup>14</sup> Aus dem „Postgradualprogramm Integrative Therapie und Supervision“, Lehrstuhl für Psychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, dem „Zentrum für Psychosoziale Medizin“, Donau-Universität, Krems und der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Bildung in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts (Düsseldorf, Hückeswagen).

Wissenschaftlichkeit der einzelnen Verfahren zu überprüfen. Im Sinne des im wissenschaftlichen Feld üblichen Prozesses der „peer review“ soll dann über die Wissenschaftlichkeit der Verfahren, d.h. über den Stand der wissenschaftlichen Elaboration entschieden werden.

Es ist dieses Unternehmen deshalb so beachtenswert, weil die psychotherapeutischen „Schulen“ bislang in einem Diskurs „strittiger Disputationen“ oder „apologetischer Argumentationen“ standen, „kontroverstheologischen Auseinandersetzungen“ gleich, sofern sie einander überhaupt in ihren Positionen zur Kenntnis nahmen. Dieser Usus im Feld der Psychotherapie, die – diskurstheoretisch/archäologisch gesehen (Foucault 1966, Mazumdar 1998) – als „Nachfolgerin der Seelsorge“, mit den Psychoanalytikern/PsychotherapeutInnen als „Stand von weltlichen Seelsorgern“ (Freud, Pfister 1980, 136), noch weitgehend von einem „ekklesialen Diskurs“<sup>15</sup> bestimmt ist (Petzold 1995h; Petzold, Orth 1999), wird erst allmählich verändert. Eine der ersten Initiativen in diese Richtung war die vom Autor zusammen mit Charlotte Bühler 1975 begründete Zeitschrift „Integrative Therapie“, die seit 1974 von ihm herausgegebene Buchreihe „Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften“ und die Buchreihe „Vergleichende Psychotherapie“ (seit 1979 mit K.Grawe und E. Wiesenhütter bei Junfermann). Auf publikatorischem Sektor ist diese „Bewegung zum Dialog“ nunmehr verstärkt in Gang gekommen, obgleich die schulenspezifische Traditionszeitschriften – vor allen der Psychoanalyse - nach wie vor dem „Paradigma der Hermetik“ und z.T. sogar dem der „Orthodoxie“ verpflichtet sind und sich dem „Diskurs zwischen den Schulen“ noch nicht geöffnet haben.

Die Charta hat nunmehr einen Diskurs institutionalisiert, ein Ko-respondenzforum geschaffen, in dem ein respektvoller, nicht-polemischer Polylog „life“ stattfindet und der das auf einer Mikroebene bzw. in einem Mikrosystem [der Psychotherapie in der Schweiz] präfiguriert, was im Gesamtfeld der Psychotherapie stattfinden muß, soll Psychotherapie eine gute Zukunft haben: die Erarbeitung eines hinlänglich breiten Konsenses, über das, was Psychotherapie ist und leisten kann und über Grundprinzipien, wie sie ihre Aufgaben realisiert. Damit würde für die „professional community“ ein tragfähiger Sinn (Petzold 2001j) geschaffen und das böte eine Zukunft guten Miteinanders – ich habe mich mit einer solchen Zukunftsperspektive ausführlich in meinem Vortrag bei der Abschlußveranstaltung des Kongresses der deutschen

---

<sup>15</sup> Der Begriff „Diskurs“ in Normaldruck wird in diesem Text in der gängigen Bedeutung des Fachgesprächs gebraucht, der rational organisierten (in der Regel) wissenschaftliche Rede und Argumentation. *Diskurs*, kursiv geschrieben, bezeichnet das Diskurskonzept sensu Habermas (1971), der vernunftgeleiteten diskursiven Auseinandersetzung über Geltungsansprüche in einem kontrafaktischen „herrschaftsfreien Raum“ (den die DiskurspartnerInnen zu gewährleisten sich verpflichten müssen), wobei das bessere Argument zählt und die „vernünftige Rede“ in den Grundstrukturen sprachlichen Handelns angelegt ist. – Wir haben diesem Modell eine Alternative, die den Umgang mit Herrschaftsrealitäten berücksichtigt, an die Seite gestellt: das *Ko-respondenzmodell* (Petzold 1978c, 1991e). **Diskurs**, fett gesetzt verwende ich im Sinne von Michel Foucault (1966, 1974, 1978; 1998) als spezifisch geregelte Verknüpfungen oder Formationen von Aussagen/énoncé und – erweitert - als Fortschreibung von Sinnzuweisungen und Regeln, die - von der **Macht** anonymer Kräfte bestimmt – in institutionellen und alltäglichen Praxen und ihren Diskursen bzw. *Diskursen* zum Tragen kommen, zumeist unbemerkt von den Akteuren, Argumentierenden, durch deren Diskurse/Diskurse ein „anderer **Diskurs**“ hindurchklingt und Wirkung entfaltet, so daß unversehens ein „anderer Sinn“ regiert, z. B. eine emanzipatorisch intendierte Argumentation de facto repressiv wird (Foucault 1974; Bublitz et al. 1999). Die Wirksamkeit „anonymer Rede“ als determinierenden Mustern und „Dispositiven der Macht“ in Institutionen, ihren Regeln, ihren „Kulturen“, die auch die Diskurse/Diskurse ihrer Protagonisten durchfiltern, ist für die Analyse von Theorien und ihrer Traditionen von größter Bedeutung, um verdeckte Genealogien und deren Aus- und Nachwirkungen zu erfassen: in der Psychotherapie der **Diskurs** der „Pastoralmacht“ (Foucault 1982), beim Aufklärer Freud immer wieder – von ihm unbemerkt - der **Diskurs** der Triebrepression (z.B. „Wo Es war, soll Ich werden. Es ist Kulturarbeit etwa wie die Trockenlegung der Zuydersee“ Freud 1933a, StA I, 516). Beim Proponenten sozialer Gerechtigkeit und Herrschaftsfreiheit Habermas ist es (unbemerkt von ihm) das *Diskurs*-Modell selbst, in dem das mächtigste Instrument der Herrschaft der Privilegierten, der Diskurs in geschliffener bürgerlicher Hochsprache und Argumentationskunst, als Remedium gegen unterdrückende Herrschaftsverhältnisse angeboten wird.

Psychologen [1998] auseinandergesetzt (*Petzold 1999p*). Die Themen der Colloquien orientieren sich thematisch mit einem vorgegebenen Fragenkatalog an dem Theoriekonzept des Chartadokuments, das die vom Autor erarbeitete *Wissenstruktur* der Psychotherapie als Fachdisziplin („Tree of Science“, vgl. *Petzold 1988n, 175ff; 1992a, 457-648, 1992q*) aufgenommen hat. Das dritte Colloquium hatte das Thema: „Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung“, und das alles zielt ja auf eine Praxeologie, eine wissenschaftlich zu fundierende *Praxis*, die im Integrativen Ansatz, ihrer anthropologischen Orientierung entsprechend (Chartacolloquium II, *Petzold, Steffan. Schuch 2000*; erw. und gänzlich überarbeitete Version *Petzold, Orth, Schuch, Steffan 20001*) eine intersubjektive Praxis ist. Der nachstehende, am vorgegebenen Fragenraster orientierte Text ist unsere die Stellungnahme als Mitgliedinstitution zu diesem Colloquium aus der Sicht der „Integrativen Therapie“ als „biopsychosoziales Modell“ (*Petzold 2001a*). Er enthält gleichzeitig metareflexive Überlegungen zum Unternehmen der Charta selbst, denn dieses entwickelt sich im Prozess seines voranschreitenden Diskurses. Der vorliegende Beitrag ist von einem übergreifenden Interesse und soll deshalb einem breiteren Forum als dem der chartainternen Polylogpartner zur Kenntnis gegeben werden, auch um das bemerkenswerte Unterfangen der Schweizer Psychotherapiecharta im weiteren Feld der Psychotherapie bekannter zu machen. Daß ein solcher Prozeß nicht ohne Probleme und Schwierigkeiten verläuft (vgl. *Petzold, Sieper 2001 a, b*), ja Rückschläge haben kann, davon ist auszugehen.

### **1. Bemerkungen zum Ansatz eines „herakliteischen“ differenzierenden/integrierenden Therapieverfahrens und seiner dialektischen und „engagierten“ Position**

Eine kompakte Darstellung der Positionen der Integrativen Therapie zu den Themen dieses Colloquiums: „Wissenschaftstheorie und Erkenntnistheorie“, findet sich schon in der ersten Enquête der Charta in unserer „Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SVP“ (von *Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper 1996*), und es ist deshalb nicht sinnvoll, so meine ich, getane Arbeit zu wiederholen. Es soll daher über die Wissensbestände der ersten Enquête hinausgegangen werden, um im *Diskurs* voranzukommen. So wird folgender Zugang gewählt: der der *Ergänzung* (vgl. infr. 5 und 6) der erwähnten Ausführungen, ihre metahermeneutische *Problematisierung* durch die in diesem Text aufgezeigten Positionen und der der skizzenhaften *Anwendung* dieses unseres theoretischen Reflexionsmodells auf den Chartaprozess selbst. Dabei bleibt die im Vorspanntext herausgestellte Grunderkenntnis zu betonen, daß Wissenschafts- und Erkenntnistheorien *von Menschen, über Menschen, für Menschen* gemacht werden, und damit ein strukturelles, unübersteigbares „epistemologisches punctum caecum“ geben ist, daß dem Menschen die Möglichkeit einer Letzterklärung seines Wesens grundsätzlich versperrt, so daß ihm das Bemühen um ständige Annäherung an sich und die Aufgabe beständiger Selbstentwürfe und ihrer Reflexion und Metareflexion bleibt, da er ansonsten in der Gefahr steht, in einem gigantischen Selbstmißverstehen und ausgeliefert an die Dynamik seiner aggressiven, bemächtigenden und zerstörerischen Seiten - das vielfach verleugnete „anthropologische momentum destructivum“ (*Petzold 1986h, 1996j, Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001*) -, seine eigene Vernichtung und *extermination* zu betreiben. Die Integrative Therapie in der Orientierung, wie sie von *Hilarion Petzold* und MitarbeiterInnen (*Petzold 1992a; Rahm et al. 1993; Schuch 2000*) im Kontext weiterer Integrationsorientierungen in der internationalen Bewegung des „neuen Integrationsparadigmas“ (*Petzold 1974j, 1992g; Norcross, Goldfried 1992; Sponsel 1995; Castonuguay, Goldfried 1997*) entwickelt wurde, versteht sich als ein

„heraklitischer“, beständigem Wandel verpflichteter Ansatz „angewandter Humanwissenschaft“ und „biopsychosozialer Humantherapie“ (Petzold, Sieper 1989b, idem 2001a), die sich als solche in ihrer Theorie-Praxis-Forschungsverschränkung durch Betrachtung und Selbstbetrachtung mit verschiedenen *Optiken* und aus unterschiedlichen *Perspektiven* in permanenten „Überschreitungen“ weiterentwickelt (vgl. Petzold, Orth, Sieper 2000). Dabei haben wir von Nietzsche gelernt, wie wichtig es ist, mit unterschiedlichen *Optiken* zu sehen (z. B. der philosophischen, der medizinischen, der psychologischen, der künstlerischen, der des Gesunden, des Kranken), wurden von Denkern wie Dilthey (1927, vgl. Misch 1947) und Ricœur (1988) angeregt, aus verschiedenen *Perspektiven* zu schauen (der des Mannes, der Frau, des Kindes, des Franzosen, des Niederländers, des Russen etc.), aus chancen- und ressourcenreichen Lebenslagen und aus „prekären Lagen“: „Von der Kranken-Optik aus nach *gesünderen* Begriffen und Werten, und wiederum umgekehrt aus der Fülle und Selbstgewißheit des *reichen* Lebens hinuntersehen in die heimliche Arbeit des Décadence-Instinkts – das war meine längste Übung, meine eigentliche Erfahrung, wenn irgendworin wurde ich darin Meister. Ich habe es jetzt in der Hand, ich habe die Hand dafür, *Perspektiven umzustellen*“ (Ecce homo II, 1071). Mit vielen *Optiken* „*mehrperspektivisch*“ Wirklichkeit zu betrachten, zu interpretieren und zu bewerten, dabei unterschiedliche, unterscheidbare und veränderbare Positionen (*positions*<sup>16</sup>) zu finden ist die Grundlage jeder Weiterentwicklung, aller Transgressionen, ganz gleich, ob sie durch *Revision* überkommener Konzepte oder durch *Innovation* erfolgt<sup>17</sup>. Einige Aspekte dieser Entwicklung im Rahmen der **Integrativen Therapie** sollen im Sinne der Zielsetzung dieses Colloquiums vorgestellt werden:

„Alle Menschen haben die Fähigkeit, sich selbst zu erkennen und vernünftig zu denken“ – so Heraklit (22 B 89, Diels, Kranz 1961). Erkenntnisfähigkeit wird hier als anthropologische Größe, als Konstituente von **Hominität** und damit als Basis, Wissen zu schaffen, affirmiert.

**Hominität** ist ein anthropologisches Metakonzept des Integrativen Ansatzes (Petzold 1991a, 21) und bezeichnet

„die Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimension als **Potentialität**: der symbolisierenden und problematisierenden **Selbst- und Welterkenntnis**, der engagierten **Selbstsorge** und **Gemeinwohlorientierung**, der kreativen **Selbst- und Weltgestaltung**, der Souveränität und Solidarität durch Kooperation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln – das alles ist **Kulturarbeit** und Grundlage von **Humanität**. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont; die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen desillusionierten Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur Destruktivität und die Potentialität zu Dignität, erfordern eine wachsame und für **Hominität** und **Humanität** eintretende Haltung. Diese muß stets die biopsychosoziale Verfaßtheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: der Mensch als Natur- und Kulturwesen. In konsequenter Temporalisierung muß dabei zusammen mit der Dimension des Kontextes die des Kontinuums individueller Biographie und kollektiver Geschichte, persönlicher und gemeinschaftlicher Gegenwart, aber auch Zukunft beständig im Blick gehalten werden“ Menschseins, das Potential zur Destruktivität und die Potentialität zu Dignität, erfordern eine wachsame und für **Hominität** und **Humanität** eintretende Haltung. Diese muß stets die biopsychosoziale Verfaßtheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: der Mensch als Natur- und Kulturwesen, das sich selbst zum Projekt macht und seine Entwicklung selbst gestaltet. In dieser **Dialektik**, die zugleich eine Dialektik von Exzentrizität und Zentriertheit ist, liegt sein Wesen (idem 1988t, 5).

<sup>16</sup> Ich verwende den Begriff „*positions*“ in der Bedeutung von „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (Derrida 1986, 184)

<sup>17</sup> „Die Schlange, welche sich nicht häuten kann geht zugrunde. Ebenso die Geister, welche man verhindert, ihre Meinungen zu wechseln; sie hören auf, Geist zu sein“ (Nietzsche, Menschliches, Allzumenschliches I, 1278).

Dies ist die Perspektive eines komplexen „*anthropologischen Imperativs*“ (vgl. zu diesem *Petzold, Orth, Sieper* 2000), der „Menschwerdung als Aufgabe“ sieht, die realisiert und erhofft werden kann – nicht aufgrund von *Defizienz* sondern aufgrund der *Potentialität* zum Wissen, zur Wahrheit und zum Guten, eine Perspektive, die aber im Sinne „desillusionierter Anthropologie“ (idem 1996j, 407, *Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001) das *Potential* von Menschen zu barbarischer Destruktivität nicht ausblendet und dennoch eine „hoffnungsvolle Anthropologie“ (*Marcel* 1949, 1971; *Bloch* 1959) bleibt: „*Mensch, werde der Du bist! Erkenne Dich selbst!*“ – „*Wolle Dich selbst!*“ (vgl. *Nietzsche* I, 862)! Und hinzufügen muß man den antiken Imperativen: „*Gestalte Deine Natur* in der Sorge um Dich und die Anderen, im Miteinander!“, denn die *epimeleia heautou*, die Sorge um sich nach Körper (*σωμα*), Seele (*ψυχη*), Geist (*νοος*) - bei *Sokrates* ist es die „Sorge um das Selbst“, vgl. *Schmid* 1995, 99) ist auch immer mit der Sorge um das Gemeinwohl verbunden (*Platon*, *Alkibiades I*, 129a). Eine solche Sorge („*epimeleia*“) ist im platonischen Diskurs ein zentrales Thema, denn durch sie wird die Seele entwickelt, indem *Kenntnisse erworben werden und Wissen geschaffen* wird und die *Arete* zur *souveränen* Meisterung des Lebens erlangt werden kann (*Platon*, *Protagoras* 326, 327; *Symposion* 185b: „*epimeleia pros areten*“). Der sorgsame Umgang im „Blick auf sich selbst“ („*pros auton blepein*“, *Platon*, *Laches* 200b) unter *problematisierender* Betrachtung, *Selbstrechenschaft* (*logon didonai*) und *parrhesiastischer*, d. h. mutiger *Selbstkonfrontation*, was die eigene vergangene und gegenwärtige Lebensführung anbelangt (ibid. 187e ff), aber auch die freimütige Rede (*παρησια*) Anderen gegenüber (*Philodemus*, *Peri Parrhesias*), das ist als eine zentrale *Therapeutik* der Antike anzusehen. Sie war in erster Linie auf die Entwicklung einer gesunden, gelassenen, **souveränen**, selbstverantworteten und *selbstbestimmten* Persönlichkeit gerichtet, der zugleich das Wohl der Polis am Herzen lag – die Verhinderung von Krankheit wurde bei solcher Lebensführung (*diaita*) unterstellt. *Selbstsorge* ist aber nicht als ein „Mangel zu sehen, sondern [als] eine Auszeichnung der Freiheit, die nicht nachlässig gehandhabt werden darf. Es kommt darauf an, aufmerksam zu sein auf sich [ ...]. So sind wir nun selbst der Gegenstand aller unserer Bemühungen. Das Instrument hierfür ist der *Logos*“ (*Schmid* 1995, 108), d.h. die reflexive, zur Interpretation und Problematisierung fähige Vernunft. Diese ist allerdings keine kalte *Rationalität*, sondern eine von feinen, kultivierten Emotionen der Zugewandtheit, Heiterkeit, Gelassenheit geprägte Geistes- bzw. Gemütsverfassung, durch die der Mensch fähig wird, ein liebevolles Verhältnis zu sich selbst (*philautia*) zu gewinnen, eine Achtsamkeit sich selbst und Anderen gegenüber (*Epiktet*, *Encheiridion* 51), ein erfahrenes Lebenswissen, persönlichen Lebensinn und Lebensweisheit – im *Therapeutenberuf* „*clinical wisdom*“ (*Petzold* 1991o). In einer solchen „*Therapeutik*“ liegen bedeutende Unterschiede zur rationalitäts- und pathologiezentrierten Psychotherapie der Moderne, die sich auf den *homo defectus*, das Mangewesen Mensch, orientiert, um ihn „richtlinienkonform“ wiederherzustellen („manualisiert“ zu „reparieren“), statt ihn für eine „Distanznahme“ ausrüsten und dazu, *sich selbst zu Hilfe eilen zu können*, wie *Marc Aurel* in den *Selbstbetrachtungen* (lib. III, 14; XII, 8) das Ziel der *Selbstsorge* neben dem eines „heiteren Herzens“ (XII, 36) kennzeichnet.

Diese „andere Sicht“ von *therapeutischer Arbeit* und der in ihr immer implizierten *Selbsterfahrung* bestimmt den Diskurs der **Integrativen Therapie**, ihre Erkenntnisinteressen und biopsychosoziale Praxis. Ihr zentrales Ziel ist, „**persönliche Souveränität als ausgehandelte**“ zu ermöglichen vor dem Hintergrund einer differenzierten Theorie der **Souveränität** (*Petzold, Orth* 1998; vgl. *Böhme* 1985, 287 ff; *Foucault* 1978). Sie zu fördern bedeutet, daß Ziel-Mittel-Divergenzen vermieden werden. **Souveränität** als Ziel kann nicht durch Prozeduren der *Dependenz* (etwa im Sinne der psychoanalytischen Grundregel oder des Anpassung verlangenden *Compliance-Konzeptes*) geschaffen werden, sondern verlangt *Kompetenzunterstellung*

und Partizipationsmöglichkeiten im Sinne von „*client dignity*“ (Müller, Petzold 2000, idem 2000d).

bei der Gestaltung des therapeutischen Prozesses von Anfang an, in dem sich der Patient selbst und seine Souveränität „*zum Projekt macht*“, das er zu realisieren strebt.

„Der souveräne Mensch ist der kompetente Mensch. Zwar wird auch er auf Dienstleistungen durch andere, wird auch er auf Expertenwissen angewiesen sein. Aber er wird sich dabei niemals ganz als Objekt in die Hände der anderen begeben. Er wird in Auseinandersetzung mit den Experten selbst herausfinden, welche Art von Hilfe er braucht, und er wird nicht unnützlich und nicht vorschnell sich anderen überlassen. Das erfordert Mut und die Bereitschaft ein Stück Unsicherheit zu ertragen; es erfordert auch die Bereitschaft, Schmerzen auszuhalten“ (Böhme 1985, 288).

Mit einer solchen Attribution sollten Therapeuten ihren Patienten gegenüberreten. Das bedeutet aber, daß dieser Kompetenzunterstellung ein kritisches Bewußtsein der Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Kompetenz gegenüberstehen muß, der Aspekthaftigkeit der eigenen Sichtweisen mit Blick auf die Gesamtheit möglicher Wissensbestände und der Partialität der eigenen Praxen und Methoden mit Blick auf die Gesamtheit möglicher Behandlungszugänge, die für den Patienten nützlich und hilfreich sein könnten. Ansonsten gerät Psychotherapietheorie zu einer dogmatischen „Metaerzählung“ (Lyotard 1982) – man ist Analytiker, Gestaltist und *that's it* – und die Behandlung steht in der Gefahr, ein Prokrustesbett zu werden.

„Der souveräne Mensch übt Ironie gegen sich selbst. Gerade wenn er im Sinne einer kulturellen Sozialisation des Menschseins, im Sinne einer bestimmten Berufskompetenz oder einer sozialen Rolle sich stilisiert und zu hoher Perfektion ausgebildet hat, wird er wissen, daß das mit Unkosten erkaufte ist und daß es auch andere Dimensionen menschlichen Gutseins gibt. Seine Identifikation mit einer bestimmten Erscheinungsform wird nie vollständig sein“ (Böhme 1985, 288).

Diese Zeilen wurden nicht spezifisch für Psychotherapeuten formuliert, sind aber – ganz im Sinne des dieser Arbeit vorangestellten *Freud*-Zitats - eine ausgezeichnete Positionsbestimmung für diese Berufsgruppe. „Die Souveränität besteht vor allem im Zulassen des Anderen,“ und weil der „souveräne Mensch weiß, daß er nicht die ganze Wahrheit vertritt“ (ibid.), ja die „Wahrheit des Anderen“ braucht (vgl. Levinas 1983), wird er eine grundsätzlich partnerschaftliche Haltung Patienten gegenüber einnehmen und Psychotherapie als einen gemeinschaftlichen Erkenntnisprozess begreifen (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998). Damit muß das im Umgang mit kranken Menschen unverzichtbare, *qualifizierte* kurative Handeln immer im **informed consent** und partizipativ gestaltet werden und „**client welfare/patient security**“ (u.a. durch *good/best practice*), aber auch „**client dignity**“ müssen als zentrale therapieethische Kategorien (Petzold 2000d, e; Müller, Petzold 2000a) zum tragen kommen. Dann kann - wo dies möglich, wünschenswert und vom Klienten *legitimiert* ist – kurative Behandlung in Richtung von *Persönlichkeitsentwicklung* (Petzold, Steffan 2000) überschritten werden im Sinne einer Ästhetisierung der eigenen Existenz durch Strategien eines „*enrichment*“ der Lebensqualität, „*enlargement*“ des Horizontes und der Potentiale und eines „*empowerment*“ der Persönlichkeit (Orth, Petzold 1995). In solchen Prozessen wird das „*Selbst Kunstwerk und Künstler*“ zugleich, es entwickelt sich in den beständigen *Transgressionen* (Petzold 1999q; Petzold, Orth 1999, 294f; Petzold, Orth, Sieper 2000) einer persönlichen und gemeinschaftlichen „Lebenskunst“ weiter (Foucault 1984, 59; Schmid 1999) und kann so Gesundheit in einem sehr umfassenden Sinne gewinnen und erhalten.

Im Vertrauen auf diese **Potentialität**, diese Möglichkeit, *exzentrisch und mehrperspektivisch zu erkennen, narrativ und diskursiv zu kommunizieren, engagiert und kooperativ zu handeln und souverän zu sein*, kann man daran gehen, die von Foucault (1984, 485) herausgearbeiteten „*großen Problemtypen*“ auszuloten: das

Problem der „Wahrheit, das der Macht und das der individuellen Lebensführung“ (ibid.) und - dies müssen wir hinzufügen - das der *gemeinschaftlichen Lebensgestaltung bzw. der Gestaltung des Gemeinwesens*. „Diese drei [vier sc.] Erfahrungsbereiche können nur in ihrer wechselseitigen Beziehung und nicht unabhängig voneinander verstanden werden“ (ibid., so *Foucault* am 29. Mai 1984 in seinem letzten Interview, *Mazumdar* 1998, 485). Wenn man sie exploriert, wird man den *Mut* haben müssen, seine Sichtweisen als eine *wahrhaftige Rede* („*parrhesie*“) in den kritischen Diskurs zu stellen, den kritischen Spiegel anderer *Parrhesiasten* auszuhalten, sich der „Analyse der Wahrheit“ (*Foucault* 1996, 178) zu stellen, denn nur dann werden „schöpferische Problematisierungen“ (vgl. ibid. 180) und schöpferische Entwicklungen möglich. Solchen Erkenntnisprozessen sehe ich mich mit der **Integrativen Therapie** (*Petzold* 1991a, 1992a) und mit meinen wichtigeren wissenschaftlichen Arbeiten (idem 1974, 1988n, 1991a; 1992a, 1996h, k, 1998a, *Petzold, Orth* 1999, *Petzold, Wolf* et al. 2000, *Petzold, Hass* et al. 2000) verpflichtet.

Erkenntnisgewinn und das Schaffen von Wissen als genuine menschliche Tätigkeit ist ein *perennierender* Prozess, Grundlage auch der *philosophia perennis*. Das hat *Herakleitos*, der Weise *skoteinos*, in großer Luzidität mit den Flußfragmenten (*Heraklit* DK 22 B 91, B49a,b, B 30) im Sinne des ihm zugeschriebenen  $\pi\alpha\nu\tau\alpha \acute{\rho}\epsilon\iota$  deutlich gemacht und damit einen Weg nicht ablassender Erkenntnissuche in der *Kontingenz und den Gegensätzlichkeiten der Welt* angesagt (DK 22 B 35). Er hat für diese Aufgabe des Lebens in Unabgeschlossenheit, Komplexität und Undurchschaubarkeit – „Natur pflügt sich versteckt zu halten“ (B 123) - eine „Hyperdialektik von Einheit und Vielheit“ (*Petzold* 1991a, 415ff) und eine Methodik der *Konnektivierung* von Unterschiedlichem, ja Gegensätzlichem inauguriert:

„Verbindungen ( $\sigma\upsilon\nu\alpha\psi\tau\epsilon\varsigma$ ): Ganze und Nicht-Ganze, Zusammenstrebendes und Auseinanderstrebendes, Einklang und Mißklang und aus Allem Eines und aus Einem Alles“ (*Heraklit* DK 22 B 10).

Ein solcher Gegensatz scheint gegeben in der Vorstellung von Wissenschaft als „engagiertem **Streben**“ nach Erkenntnis und Wissen zur Sicherung menschlichen Lebens und humaner Lebensqualität einerseits und der „objektivierenden **Suche**“ nach Erkenntnis und Wissen als solchem, der positivistischen Generierung „verifizierbarer und falsifizierbarer Wissensbestände“, die intersubjektiv nachprüfbar sind, andererseits. *Heraklit* sähe in einem solchen Gegensatz wohl kein so großes Problem, denn beide Ansätze lassen sich „konnektivieren“, ja sind schon durch das bloße Faktum verbunden, daß menschliche Tätigkeit sie **konstituiert**, daß sie Ergebnis konstruktivistischer menschlicher *Kulturarbeit* sind (*Janich* 1980, 1996). Mit einer solchen Konzeptualisierung steht man mitten in der **Dialektik** des *Heraklit* und im Strom des dialektischen Denkens, der durch die Jahrhunderte fließt. Die Integrative Therapie ist ihm durch sein Ko-respondenzmodell, das die Dialektik selbst wieder in die Ko-respondenz stellt, in kritisch-dekonstruktivistischer Metareflexion verbunden. Das Ko-respondenzmodell als Metamodell und Metapraxis ist Kernstück des Integrativen Ansatzes, als eine *Theorie und Methodologie zur Findung „konsensueller Wahrheit auf Zeit“* – der Zeit nämlich, in der eine **Ko-respondenzgemeinschaft** als **Konsensgemeinschaft** hinter einem Konsens steht. Sinn, Konsens ist über das Ko-respondenzmodell an eine Dialektik rückgebunden, an ein „*dialegein*“. Das griechische Verb meint „sich bereden, unterreden, im sozialen Diskurs stehen“. **Ko-respondenz** ist - über den Dialektikbegriff *Kants*, der Dialektik als „Darstellung des Subjekt-Objekt-Verhältnisses im Erkenntnisprozeß“ sieht (*Schwemmer* 1980, 465) hinausgehend - radikalisiert. Sie wird verstanden als Ausdruck und Prozess von **Subjekt-Subjekt-Verhältnissen: polylogische Intersubjektivität als Entwicklungsprozeß** im gegenwärtigen *aspektiven* Vollzug, in der *retrospektiven* Rekonstruktion des „Gangs der Sache selbst“ (*Hegel*) und in den *prospektiven* Entwürfen, die offen für immerwährende

Überschreitungen (*Heraklit*) sind. In diesen potentiell unendlichen Transgressionen in vielfältiger Intersubjektivität, wie sie die gesellschaftlichen Prozesse des *zoon politikon* (*Aristoteles*) kennzeichnen, verbindet sich die subjektive Realität des Begehrens des Einzelnen und die gesellschaftlichen Organisation seiner Befriedigung (*Marx*) in einer über die Bedürfnisbefriedigung hinausgehenden *gesellschaftlichen Dialektik* (*Engels* geht so weit, die Entwicklung aller Naturereignisse in einer 'objektiven Dialektik' gegründet zu sehen), die prinzipiell als **kokreative Kulturarbeit** begriffen werden kann. In ihren **Polylogen**, in denen Dialoge nur einen Sonderfall darstellen, weil jedes „Du und Ich“ im lebendigen Kontext eines „Wir“ steht – und das ist potentiell die Menschheit –, in dieser individuelle und kollektive Strebungen verbindenden **Kulturarbeit** wird das Menschenwesen, die „**Hominität**“ des Menschen geschaffen. Dies vollzieht sich in permanenten Entwicklungsprozessen aus einer Dialektik, in der sich **Hominität** und **Humanität** bedingen, einerseits die individuelle Kultur des Einzelwesens (diese umfaßt u.a. seine Bildung, sein Wissen, seine Herzenskultur, seinen Altruismus, sein soziales Engagement, seine Souveränität, sein Gerechtigkeitsgefühl und sein Eintreten für Gerechtigkeit, vgl. *Petzold 2002c, Neuenschwander 2002*) und andererseits die kollektive Kultur der Gesellschaft (z.B. ihre demokratisch-freiheitlichen Ordnungen, ihre Solidarität, ihre soziale Kreativität, Wissensdynamik und ästhetische Produktivität usw.), eine kokreative gesellschaftliche Kultur, die jeder Einzelne (mit)schafft und von der er jeweils auch geschaffen wird. Diese *progredierende Dialektik* gründet für den Integrativen Ansatzes in seiner konsequenten Ausrichtung an dem dialektischen Prinzip des *Heraklit* der Verbindung von Einheit und Vielfalt in permanenten Transgressionen (*Petzold 1989a, Petzold, Sieper 1988b*), weiterhin in der schon seit dem Altertum – zum Beispiel bei *Demokrit* – vorfindlichen Erkenntnis über die Dialektik des Zustandes, der sittlichen Verfassung, des Einzelmenschen und des Zustandes der Gesellschaft, ihrer Verfassung, die sich dann auch in Verfassungen/Konstitutionen niederschlagen kann. Polylogische, intersubjektive Ko-respondenzen in den Mikrobereichen der Gesellschaft (familiäre, amikale, kollegiale soziale Netzwerke, *Hass, Petzold 1999*), in ihren Mesobereichen (lokale Organisationen und Institutionen) und in den Makrobereichen (staatliche und internationale Institutionen), die in Konsens-Dissenz-Prozessen Entwicklungen voranbringen. Dialektik ist in diesem Sinne (durchaus die Hauptgesetze der naturalistischen Dialektik inkludierend<sup>18</sup>) „ein Schlüssel zum Verständnis aller Bereiche Natur, der Gesellschaft und des Denkens, ja der Welt als Ganzes“ (*Afanasijev 1963, 14*). Mit einem solchen Universalanspruch, muß sich die Dialektik einerseits selbst im Sinn einer Hyperdialektik in den Blick nehmen (*Taminiaux 1986*) und sie muß sich andererseits in den kritisch-metakritischen Diskurs stellen – etwa den der dekonstruktivistischen Befragung der Dialektik durch *Derrida* – sie muß selbst Gegenstand der Ko-respondenz werden, ihr *Diskurs* und seine Genealogie (*Foucault*), ihr politökonomischer, kultur- und geistesgeschichtlicher Hintergrund und ihre Wirkungsgeschichte ist zu untersuchen, um die dialektischen Ansatz so umfassend wie möglich einschätzen zu können – und das gilt für jede Metatheorie und Theorie auf die man zurückgreift bzw. die man als Referenztheorie bezieht. Dies wird einerseits möglich durch die Exzentrizität und Hyperexzentrizität, die uns die moderne Wissens- und Wissenschaftsgesellschaft erschließt und andererseits durch die multi- und interdisziplinären Diskurse (*Petzold 1998a, 27*), durch die *Ko-respondenzen* zwischen den wissenschaftlichen Disziplinen und den verschiedenen wissenschaftlichen Traditionen und Kulturen, die sich wechselseitig konnektivieren („schwache Integrationen“ durchdringen, verstehen, interpretieren, so daß transdisziplinäre Wissensstände erarbeitet werden („starke Integrationen I“) oder aufgrund der informationalen Dichte in den hyperkonnektivierten, polyzentrischen Wissensnetzen/Systemen emergieren können („starke Integrationen II“). Der explikative Totalitätsanspruch der Hegel/Marx/Engelschen Dialektik wird auf diese Weise – in einer solchen „**ko-respondierenden Metahermeneutik**“ (*ibid.*) – gebrochen oder, wenn man so will, die Offenheit der Hyperdialektik wird dadurch gesichert.

<sup>18</sup> *F. Engels* formulierte bekanntlich die drei Gesetze des „Umschlags von Quantität in Qualität“, des „gegenseitigen Durchdringens der polaren Gegensätze und Ineinander-Umschlagen, wenn auf die Spitze getrieben“ und die „Entwicklung durch den Widerspruch oder die Negation der Negationen“ (*Schwemmer 1980, 466; Afanasijev 1963*)

Metahermeneutik und Hyperdialektik (Instrumente wie die Diskursanalyse *Foucaults*, die Dekonstruktion *Derridas*, die Mehrebenenreflexion *Petzolds* einbeziehend) sind hier verschwisterte Ansätze *methodischer* Wirklichkeitsdurchdringung und Wahrheitssuche mit der expliziten *A b s a g e* an jeden Anspruch, ultimative Wahrheiten und Letzterklärungen der Wirklichkeit zu generieren, sondern „Erkenntnisse auf Zeit“ zu ermöglichen, die sich zu neuen *Überschreitungen* hin öffnen. *Marx* hat mit seiner Einsicht, daß der Mensch, indem er auf die natürliche Welt, die Natur, wirkt und sie verändert, er zugleich seine eigne Natur verändert (vgl. *Riegel* 1981, 34f), die Struktur dieses Prozesses klar erkannt.

Die Integrative Therapie ist von ihren Quellen her – u.a. der russischen Psychologie (*Sieper* 2001; *Petzold* 2002h) und vor allem dort der kontexttheoretischen Entwicklungspsychologie von *Vygotsky* und seinen Schülern und Mitarbeitern (*Leontjev*, *Luria*, *Rogoff*) und der Psychophysiologie (*Ukhtomsky*, *Bernstein*, *Luria*) her einem dialektischen Zugang verbunden, aber auch von der französischen Orientierung (*Politzer*, *Merleau-Ponty*, *Deleuze*, *Sève*) u.a. her. Damit sind auch Konnektierungen zur „dialektischen Psychologie“ der russischen und deutsch-amerikanischen Orientierung (*Rubinstein*, *Galperin*, *Baltes*, *Holzkamp*, *Riegel* u.a.) möglich, ohne daß indes die dort z.T. vorfindlichen starken Ideologisierungen übernommen wurden. Positionen wie die, die von *Klaus Riegel* (1978a, b, 1980), weisen durchaus mit dem Integrativen Ansatz Gemeinsamkeiten auf. Beispielhaft seien einige Passagen seines „Manifestes“ zitiert: „Dialektische Psychologie zielt ab auf jede Untersuchung von Handlungen und Veränderungen“ und baut deshalb „auf Heraklits Vorstellungen vom ‘ständigen Wechsel’ auf“ (idem 1980, 34). Das „Individuum selbst [steht] im Schnittpunkt von Interaktionen; seine Tätigkeiten stellen Relationen von Relationen dar“ (ibid.) „Der Gegenstand der Dialektik muß immer wieder in neue Formen übersetzt werden, die einer Gesellschaft (einschließlich deren Wissenschaften) zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt angemessen sind, d.h. Dialektik muß auf Dialektik selbst angewendet werden.“

Dialektische Psychologen, vereinigt euch! Ihr habt nichts weiter zu verlieren als die Anerkennung von Seiten der Mechanisten und der Mentalisten; aber ihr gewinnt eine Welt, eine sich wandelnde Welt, geschaffen von sich fortwährend verändernden Menschen“ (ibid. 36). Dieses von der Emphase eines Aufbruchs geprägte Manifest – *Riegels* Arbeit wurde durch seinen frühen Tod unterbrochen – muß heute erneut in Ko-respondenzprozesse gestellt und in die Situation der neuen Formen der Gesellschaft (etwa im Zeichen der Globalisierung oder des Cyberspace) gestellt werden.

Ko-respondenzprozesse auf der Mikro-, Meso- und Makroebene bieten die Möglichkeit, Wissenstände zu selektieren, zu bündeln, zu werten/bewerten und damit **Konzepte** zu generieren, Pläne, „Seekarten“, die die Grundlage von **kooperativen Praxen** bieten, Steuerungsmöglichkeiten, um ein halbwegs sicheres, **kokreatives Navigieren** (*Petzold*, *Orth*, *Sieper* 2000) auf den Meeren des Wissens und den Ozeanen des Noch-nicht-Wissens bzw. Unwissens zu gewährleisten. Auf ihnen alleine zu fahren, empfiehlt sich nicht, denn sie sind nicht nur voller Abenteuer sondern auch voller Fährnisse, die die Kraft, den Mut und die Ingeniosität Vieler brauchen. Je offener die Ko-respondenzgemeinschaft ist - und durch die globalisierten Informationsnetze, die internationalisierten „scientific communities“, die sich globalisierenden politischen Verantwortungen steuern wir, trotz aller damit verbundenen Schwierigkeiten, auf mundane Ko-respondenzprozesse zu und auf eine mundane Ko-respondenzgemeinschaft – desto höher sind die Chancen, angemessene Strategien globaler Wirklichkeitsgestaltung zu finden, die humane Lebensbedingungen für die Weltbevölkerung, Freiheit und Gerechtigkeit für alle Weltbewohner, ökologische Nachhaltigkeit in der Nutzung unseres gemeinsamen globalen Lebensraumes gewährleisten (wobei dem Gerechtigkeitsthema aus einer differentiellen und integrativen Sicht eine besondere Bedeutung zukommt vgl. *Petzold* 2002c; *Neuenschwander* 2002).

## 2. Das engagierte Erkenntnisstreben parrhesiastischer, „eingreifender Wissenschaft“

Erkenntnis ist [der] *Wahrheit* verpflichtet und dem ethischen Postulat, die Erkenntnisse und Erkenntnismöglichkeiten in breiter Weise und uneingeschränkt weiterzugeben! Für uns ist im menschlichen Handeln, und im wissenschaftlichen Tun zumal, mit *Heraklit* „*Vernunft der Prüfstein der Wahrheit*“ (idem 22 A 16) und zwar „*gemeinsame Vernunft als Prüfstein, das das allen gemeinsam Einleuchtende glaubwürdig*“ macht (ibid.). Damit wird eine *diskursive* Kultur der Wahrheitsfindung und eine Hermeneutik gefordert, die einer persönlichen „Selbsterforschung“ verpflichtet ist – „Ich ging mit mir selbst zu Rate“ (idem B 101, vgl. B 116) –, aber auch, sie überschreitend, einer „gemeinschaftlichen Auslegung“ (idem 22 B 2) und „wahrer Rede“ (B 112). *Vernunft* (λογος) ist an das Engagement für *Wahrheit* gebunden, keine verkürzte Rationalität. Das gilt sowohl für die *Erkenntnissuche* und das *Erkenntnisstreben* des Einzelnen nach *Selbsterkenntnis* und *Selbstsorge* (*epimeleia heautou*) als auch für die kollektive *Suche* nach dem Erkennen des gemeinsamen Menschenwesens und dem gemeinschaftlichen **Streben** in der *Sorge für ein Gemeinwohl*; denn „dem Menschen ist sein Wesen sein Schicksal“ (ηθος ανθρωπου δαιμων, B 119). In der Tat! Und nur wenn gute gemeinsame Ordnungen aktiv und engagiert persönlich und gemeinschaftlich *gesucht* und *angestrebt* werden (z.B. im Sinne eines modernen, von klassischen Normierungen gereinigten strebensethischen Ansatzes, vgl. *Krämer* 1992; *Endreß* 1995; *Moser, Petzold* 2001), kann es ein *gutes Leben* (*Steinfath* 1998) für den Einzelnen wie für den Anderen, das Gemeinwesen, geben, Regeln für einen *Eubios*, für die man zuweilen auch kämpfen muß, „wie für seine Stadtmauer“ (*Heraklit* B 44). Aber natürlich gibt es auch gemeinschaftliche Irrtümer, schlechte Gesetze, Selbstsucht, Torheiten Bosheit und Dummheit, wie der Epheser nicht müde wird herauszustellen (idem B 2, A 16). Deshalb kommt der *Metakritik* eine bedeutende Funktion zu, die sich letztlich sogar auf sich selbst richten muß, weil sonst „*Transgressionen*“ in einem umfassenden Sinne nicht erfolgen können und Stagnationen oder Fehlentwicklungen die Folge sind. Psychotherapie als „kritische“ *Humanwissenschaft* (*Freud* verstand sich Naturwissenschaftler und durchaus als Aufklärer) muß sich in den kritischen Diskurs der Wissenschaft stellen und schauen, wie es um die Entwicklung ihrer Paradigmen bestellt ist. Denn es ist das Wesen der Wissenschaft, daß sich immer wieder ganz *grundsätzliche* neue Erkenntnisse ergeben, die vorgängige Wissenstände in Frage stellen und überstiegen haben, und das hat oftmals Konsequenzen für angrenzende Disziplinen. Die neuen Erkenntnisse der Soziobiologie, Evolutionspsychologie, der Biowissenschaften eröffnen Perspektiven für die Psychotherapie im Kontext der Fragen um Aggression, Sexualität, Ängste, Nähe-Distanz-Verhalten, Kommunikation (*Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 2001). Neues Wissen muß auch paradigmatische Veränderungsschritte notwendig machen und es kann als beunruhigend gewertet werden, wenn im psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Ansatz oder in dem der Gestalttherapie sich an tiefergreifenden Paradigmenrevisionen kaum etwas findet (und ich spreche von Grundpositionen, nicht von den kleineren oder mittleren Revisionen etwa in der Psychoanalyse durch die Ich-, dann die Selbstpsychologie oder in der *community* der Gestalttherapeuten durch die späte und schmale, vor allen Dingen aber nicht problematisierte Rezeption der *Lewinschen* Feldtheorie in den neunziger Jahren etc.). Die *Axiome* dieser Verfahren (etwa über das Unbewußte, die Verdrängung, über die Konfliktpsychologie oder in der Gestalttherapie über den Kontaktzyklus oder das sinnesphysiologische Awareness-Konzept) blieben praktisch unverändert. Das muß – mit der „Optik“ des *naturwissenschaftlich* orientierten Wissenschaftshistorikers und -forschers (etwa von der Art *Mario Bunge*) betrachtet – bedenklich stimmen. Aber auch mit der „Optik“ des *sozialwissenschaftlich* orientierten, wissensoziologisch arbeitenden Forschers (etwa in der Linie von *Peter Berger* und *Thomas Luckmann*) und nach der grundsätzlichen *wissenschaftsgeschichtlich* fundierten Kritik an der disziplinierenden Funktion aufklärerischer und postaufklärerischer Humanwissenschaften durch *Foucault*<sup>19</sup> sind auch Zweifel an der Psychotherapie aufgetaucht, in wie weit sie nämlich nicht beständig *Machtdiskurse*, normative Zwänge, petrifizierende Festlegungen, dependenzschaffende Praxen fortschreibt, ohne sie ausreichend kritisch metazureflekieren und

<sup>19</sup> Begonnen 1966 mit „Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines“ und dann über *Foucaults* Gesamtwerk hin.

mit Blick auf die Geschichte und Art ihrer Struktur- und Wissensbildung zu untersuchen (*Derrida* 1967/1972, 422-442). **Integrative Therapie** will sich deshalb in den „Diskurs gemeinschaftlicher Vernunft“ stellen, und das nicht nur mit Blick auf ihre Theorie- und Konzeptbildung, ihre therapeutische Praxis, sondern auch mit Blick auf ihre politischen Orientierungen, denn man konzeptualisiert und handelt nicht im luftleeren Raum, sondern im Rahmen von Gesellschaft, von externalen Feldeinflüssen (z.B. durch Psychotherapiegesetze, gesundheitspolitische Restriktionen), die ein Therapieverfahren durchaus nachhaltig beeinflussen, ja deformieren können – zum Nachteil für die PatientInnen und in Beschneidung des Hilfeleistungspotentials und des Willens zur Hilfe bei TherapeutInnen - wie die Entwicklung einer kulturkritischen Psychoanalyse zu einem anpassungsorientierten, zuweilen auch anpasserischen, ökonomisch, ja monetaristisch bestimmtem „*Richtlinienverfahren*“ in der BRD derzeit dramatisch zeigt (mit Konsequenzen für beide – die *PatientInnen* durch unbillige Begrenzung von Behandlungszeiten und der freien Wahl des Behandlungsverfahrens sowie die TherapeutInnen mit unzumutbarem Verfall der Punktwerte und bedenklicher Einschränkung der Methodenwahl). Eine „Politik der Freundschaft“ (*Derrida* 2000) ist da nicht zugange, ein „Gegenfeuer“ (*Bourdieu* 1998) wird hier nicht entfacht, ein „eingreifendes Engagement“, konkrete Hilfeleistung in „*prekären Lebenslagen*“, tätiger Einsatz für Benachteiligte in „*Notlagen*“ gar, wie wir das bei *Adler, Ferenczi, Goodman, Groddeck, Reich* finden, ist hinter „normierter und normierender Professionalität“ verschwunden. An die Stelle eines „*kultivierten Altruismus*“, der motivkritisch reflektiert ist tritt, die zumeist oberflächliche, manchmal sogar stigmatisierende Rede vom „*Helfersyndrom*“, wo man den Einsatz für Andere eher einmal unter den Perspektiven der Altruismusforschung analysieren sollte als in einem gewissen psychoanalytischen Habitus der Pathologisierung. Denn Psychotherapie als „**kritische Humanwissenschaft**“<sup>20</sup>, muß eine *engagierte Praxis für Menschen* (*Petzold* 1978c, 1994c, 2001a) begründen und das ist nicht immer einfach. Eine solche Praxis muß gepflegt, gestützt, reflektiert, evaluiert werden; das ist unter einem „*Kultivieren*“ zu verstehen. Eine so ausgerichtete Psychotherapie kann als „*kritische Kulturarbeit*“ nicht aufhören, die *Wahrheit* über die gesellschaftlichen Verursachungen von Krankheit, Leid, Deformation, Normopathie, über Ungleichheit, über die ungerechte Verteilung von Gütern zu sagen und *als Disziplin* die Rolle des *Parrhesiastes* (*Foucault* 1996) sowie – wo notwendig – des Anwalts, Verteidigers, Vasallen zu übernehmen, parteilich für Benachteiligte zu sein. Im Verständnis der Antike ist der *Parrhesiast* ein Mensch, der offen und mutig über *Gerechtigkeit*, das Wohl der Menschen, das Gemeinwohl und die Aufrichtigkeit sich selbst und anderen gegenüber spricht (vgl. *Platon*, Gesetze, lib. VIII, 835c) und entsprechend praktisch handelt, wie *Sokrates* und andere großmütige Menschen das taten (sie wurden als *μεγαλοψυχος*, Menschen von großer Seele, bezeichnet, *Aristoteles*, *Nicom.* Ethik, lib. IV, 1124b 28). In der *Parrhesie* geht es darum, freimütig wesentliche Dinge anzusprechen: in „einer offenen Sprache (*παρηρησια*)“, die Zeichen freier Gesinnung ist und der damit gegebenen Gefahr mit der Wahl des rechten Zeitpunktes (*καιρος*)“ begegnet – so *Demokrit* (Fragment 226).

„*Nikias*: Du scheinst ja nicht zu wissen, daß der, der der Rede des Sokrates nahe genug kommt und sich mit ihm in ein Gespräch einläßt, wiewohl er auch zunächst von ganz etwas anderem zu reden angefangen hat, von diesem unvermeidlich, ohne daß er Ruhe gibt, solange herumgeführt wird, bis er ihn da hat, daß er offen Rede stehen muß über sich selbst, auf welche Weise er lebt und auf welche Weise er das vorgängige Leben geführt hat; wenn ihn Sokrates aber da hat, läßt er ihn gewiß nicht eher heraus, als bis er dies alles gut und gründlich untersucht hat“ (*Paton*, *Laches* 187e ff).

Es geht um ein Wahrsprechen, das den „Diskurs der **Freiheit**“ vertritt (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000) – nach innen, zu sich selbst, zu den Leuten der eigenen Profession hin und nach außen hin zu allen, die das *Licht* (der Erkenntnis, der Herzenswärme, des Engagements, der Großmütigkeit) verstellen, um ihnen zu sagen: „Geh mir aus der Sonne!“ wie *Diogenes von Sinope* († 323) dem großen *Alexander* (vgl. *Dion von Prusa*, *Von der Herrschaft* 4, 14 - 15).

<sup>20</sup> Nach den grundsätzlichen Untersuchungen von *Foucault* (1966) zur Konstitution der Humanwissenschaften im Kontext der Aufklärung und der damit verbundenen Probleme der machtvollen Produktion normierter Subjektivität, sprechen wir von „*kritischen*“ Humanwissenschaften, wenn diese Probleme metareflektiert sind und im Selbstverständnis dieser Humanwissenschaften und ihren Praxen zu einer Revision im Sinne einer offenen und partizipativen Konzeptualisierung und Kontrolle der Machtverhältnisse (*Petzold, Orth* 1999; idem 2000d) geführt haben.

**Integrative Therapie** ist auch vor diesem Hintergrund des Parrhesie-Gedankens (*Foucault* 1996) dem Konzept einer engagierten „eingreifenden Wissenschaft“ verpflichtet, wie *Leitner* (2000) das Konzept *Bourdieu's* bezeichnet und für die Praxeologie von *Petzold* als charakteristisch aufweist (ibid. 101). Therapie als Wissenschaft ist nach unserem Verständnis handlungsorientiert, für das „gute Leben“ (*Steinfath* 1998) von Menschen und für die *Integrität* und *Dignität* von Subjekten und ihren Lebenszusammenhängen engagiert. Dieses *erkenntnisleitende Interesse* bestimmt natürlich ihren Wissenschaftsbegriff mit.

### 3. Transversale, konnektivierende Erkenntnissuche

Als Fachdisziplin mit einer kritisch metareflektierten **biopsychosozialen** Orientierung (*Petzold* 2001a) ist **Integrative Therapie** auf der **Suche** nach wissenschaftlicher Erkenntnis im Sinne positiv gesicherter Wissensbestände – wo immer dies möglich ist und stets mit dem Letztinteresse des Wohlergehens von Menschen – und nach logisch konsistenten Annahmen über Materialien und Erkenntnisgebiete (Forschungsgegenstände), die durch Sachzwänge (Überlebensfragen) gegeben sind und/oder nach erkenntnisleitenden Interessen verantwortet ausgewählt (!) werden. Dabei können die Fragestellungen solcher Suche – auch bei ein und demselben Gegenstand – höchst unterschiedlich sein, genauso wie die Notwendigkeiten oder Interessen oder die Wege der Erkenntnissuche bzw. die Methodologien des Erkenntnis- und Wissensgewinns, denn in der Psychotherapie ist ein hohes Maß von Vernetzung von Wissen metatheoretischer und theoretischer Art (*Konzeptwissen*), wissenschaftlicher Art (*Forschungswissen*), von Wissen klinischer Art (*Behandlungswissen*) und von Wissen alltagspraktischer Art (*Lebenswissen*) erforderlich und gefordert (*Steffan, Petzold* 2001). Stellt man diese *Pluralität* einer Disziplin vor den Hintergrund einer übergreifenden *Kulturarbeit* – und das ist unverzichtbar – und nimmt man diese *Kulturarbeit* in ihren *biologischen*, *psychologischen* und *sozialwissenschaftlichen* Orientierungen zur Kenntnis, und das sind ja keineswegs alle ihrer bedeutsamen Bereiche, so wird – will man nicht reduktionistisch agieren – ein *transversales* Durchmessen der vielfältigen Wissensbestände erforderlich, um in solchen Querungen zu einem differenzierenden, konnektivierenden, d.h. verknüpfenden, vernetzenden Ansatz der Informationsaufnahme und -verarbeitung zu gelangen, zu Wegen, Formen und Intensitäten des Integrierens. Dafür gilt es, die Integrationskonzeption, die man vertritt, explizit zu machen. Im Integrativen Ansatz werden zwei Richtungen des Integrierens akzentuiert, eine *vertikale* und eine *horizontale* sowie zwei Intensitäten, *starke* und *schwache*:

»**Integration** (von lat. *integer* = ganz, vollständig, unverletzt) bedeutet – allgemein gesehen – das Zusammenfassen unterschiedlicher oder auch gegensätzlicher Elemente zu einem übergeordneten Ganzen bzw. das Lösen von Aufgaben auf einer höheren Strukturebene durch Prozesse, in denen sinnvolle Verbindungen und konsistente Vernetzungen geschehen.“ (*Petzold* 1993a, 1350) – so die *vertikale* Orientierung, zumeist in der *starken* Intensität, die zu einer neuen Form, einer neuen Struktur, neuen Konzepten führt und Komplexität und Kontingenz reduziert.

»**Integration** ist nicht [ ... ] Assimilation, sondern die Konnektivierung von Verschiedenem in unterschiedlichen Integrationsdichten, auf unterschiedlichen Integrationsniveaus, mit unterschiedlichen Integrationsstilen, stets aber so, daß Differenzierung nicht assimiliert wird, Differentes als Differentes bleiben kann - integriert durch Konnektivierung« (*Petzold* 1997s, 55) – so die *horizontale* Orientierung, die in stärkerer oder schwächerer Intensität, d.h. in Verbindungen von höherer oder geringerer Prägnanz realisiert werden kann, d.h. daß sie in unterschiedlichem Maße Kontingenz und Komplexität reduziert oder erhält. Beide Orientierungen können verbunden werden:

»**Integration** ist primär ein Prozeß der **Konnektivierung** von Verschiedenem (nicht etwa eine Einverleibung), das damit in Ko-respondenz gebracht wird -. Sie ist in einem zweiten Schritt differentielles Angleichen auf verschiedenen Ebenen bei Wahrung von Unterschieden. Nie ist sie Nivellierung oder Assimilation, denn sonst gäbe es bald nichts mehr zu integrieren. Im Konnektivieren kann es – je nach Dichte bzw. Intensität der Vernetzung – zu kokreativen Phänomenen bzw. Prozessen kommen, die übergreifende, *K o m p l e x i t ä t* in

unterschiedlichem Ausmaße reduzierende/erhaltende (Luhmann 1968) und *K o n t i n g e n z* in unterschiedlichem Umfang aufhebende/erhaltende **Synergien** generieren. Derartige Prozesse können eine **Transgression** zu neuen, übergeordneten Niveaus bewirken oder eine differenziertere Sicht und Strukturierung des vorhandenen Niveaus. Beides ist mit qualitativen Veränderungen verbunden, die ohne Verlust der verschiedenen Ausgangsmaterialien erfolgen. Jede durch Integration entstandene Einheit oder Verbindung behält die Markierung der Differenz, jeder integrierende Konsens trägt in sich die Signatur des Dissens« (Petzold 1975h, 22).

Von entscheidender Wichtigkeit sind hier **Ko-respondenzprozesse** (Petzold 1991e; Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001):

„**Ko-respondenz** gründet in **Prozessen** grundsätzlichen In-Beziehung-**Seins**, In-Beziehung-Tretens oder In-Beziehung-Setzens unterschiedlicher Realitäten: z.B. von Menschen und Gruppen, Wissensdisziplinen und -feldern, ein Konnektivieren mit hoher Vernetzungsdichte, das die Chance bietet, zu **starken Integrationen** als intentional erarbeiteten Überschreitungen (Typ I) oder spontan emergierenden Transgressionen (Typ 2) zu kommen – oft ist es eine Synergie von beidem -, zu einer innovativen Transzendierung des Bisherigen im Entstehen von übergeordneter Novität, fundamental **neuen** Formen, Strukturen, Qualitäten als **starken Synergemen**. Aber es gibt auch **schwache Integrationen** als Generierung von Formen, Strukturen, Qualitäten von geringerer Novität, **schwache Synergeme**, die mit einem geringem Grad an Konnektivierung die Unterschiedlichkeiten des Gegebenen wahren, sie jedoch in neuer Weise in Beziehung setzen, indem sie etwa Ko-respondenzen intensivieren, Prägnanzen erhöhen, Sinngehalte verdeutlichen. Dabei kommt es zu einem beständigen Wechselspiel von **Konsens** und **Dissens**, einer oszillierenden Diskursivierung von Wissensständen und Positionen mit den Möglichkeiten von Konvergenzen und Divergenzen, Realitäten, die konkordant und diskordant sein oder werden können, aber dabei durch ihre wechselseitige Responsivität Ausdruck von Verschiedenheit **und** Verbundenheit sind und diese zugleich auch **schaffen**, indem sie beständig ko-kreativ Anderes, Wirklichkeiten von unterschiedlichen Graden an **Novität** hervorbringen und **komplexes Lernen** durch Differenzierung, Integration und Kreation/Kokreation ermöglichen. Die Epitheta 'schwach' und 'stark' sind nicht im Sinne einer Bewertung, sondern einer Differenzierung anzusehen“ (idem 1975h, 22; vgl. 1978c, 1991e, 2000h).

Dieses Geschehen kann man als nicht-lineare Informationsverarbeitungsprozesse verstehen, wie sie *N. A. Bernstein* (1975)<sup>21</sup>, mit seinen Forschungen zum Problem der „Freiheitsgrade“ in komplexen Bewegungen, ein Ansatz, der die frühe Theoriebildung der Integrativen Therapie beeinflusst hat (*Sieper* 2001) konzeptualisierte. Informationsverarbeitungsprozesse – und darum handelt es sich bei Integrations- und Differenzierungsvorgängen – geschehen durch die Organisation unseres cerebralen „processing“ zumeist *fungierend*, zuweilen *intentional*. Das „**fungierende Integrieren**“ durch die im „neuronalen Unbewußten“ (*Perrig et al.* 1993; *Marcel* 1992a, b) ablaufenden Prinzipien der Differenzierung und Konnektivierung kann als zentrales Konzept moderner biologischer (*Bernstein* 1935; *Kelso* 1995) und kognitiver Systemtheorien gesehen werden (gleichfalls bestimmter soziologischer Systemtheorien), die auch für die Integrative Therapie seit ihren Anfängen wesentlich waren (z.B. der Ansatz von *Luhmann*, vgl. *Petzold* 1974j) und bis heute wesentlich geblieben sind, z. B. der „dynamic systems approach“ von *Hermann Haaken*, *Scott Kelso* u.a. (idem 1998a; *Ebert* 2000). „**Emergentes, fungierendes Integrieren**“ (Typ II) muß unterschieden werden von „**intentionalem Integrieren**“ (Typ I) als einer bewußten, verbindenden und interpretativen Arbeit, wie sie für Hermeneutik und

<sup>21</sup> Die Arbeiten des »bedeutenden russischen Physiologen und Experimentalpsychologen *Nikolai Alexandrovitsch Bernstein* (1896-1966), der als „Begünder der modernen Bewegungswissenschaften gesehen werden kann“ (*Bongaardt* 1996, 3), [hatten] eine revolutionäre Theorie der Koordination im „motorischen Feld“ (*Bernstein* 1935/1967, 62) entwickelt, ein neuromotorisches System, das das Problem der Freiheitsgrade komplexer Bewegungen durch ein *nonlineares* Modell (*Bernstein* 1975) zu erfassen bestrebt war: „The co-ordination net of the motor field must be regarded, in distinction to a net in Euclidian geometry, firstly as non-rectilinear, and secondly as oscillating like a cobweb in the wind“ (ibid. 48f). Ko-ordination kann dann definiert werden als „overcoming excessive degrees of freedom of our movement organs, that is, turning the movement organs into controllable systems“ (1947/1996, 41). Die spezifische Schreibweise *Bernsteins* „Ko-ordination“ hat bei *Petzold* Spuren hinterlassen: „Ko-respondenz“, „Ko-orientierung“, „Ko-kreativität“, „co-emotioing“ usw. sind bekanntlich bei ihm Schlüsselbegriffe (*Petzold* 1992a, 20f, 511ff, 805, 849, 1341, 903)« (*Sieper* 2001).

Metahermeneutik kennzeichnend ist. Da hierbei stets Ko-responzenzprozesse im Spiel sind (auch wenn ich alleine „vor mich hin“ sinne und mich mit den Gedanken anderer auseinandersetze oder mit meinen eigenen vorgängig gedachten Ideen) ist *hermeneutische Konnektivierung* ein prinzipiell *intersubjektives* Geschehen. Weil aber das „**emergente, fungierende Integrieren**“ des neuronalen Systems Grundlage jeder bewußten interpretativen Arbeit im hermeneutischen Geschehen ist, kommt es natürlich auch im „**intentionalen Integrieren**“ zum Tragen, wenn eine gedankliche Lösung „plötzlich auftaucht“ und „die Gedanken beim Reden verfertigt werden“ (Kleist 1805/1977). Es entstehen dadurch auch bei „intentionalen Integrationen“ *Emergenzen* (Petzold 1998a), z.B. in Form von **Konzepten** (informatio) von unterschiedlicher Prägnanz. Dennoch sind diese beiden Ebenen, die fungierende und die intentionale, als unterschiedliche kategoriale Ebenen zu differenzieren. Die kurz aufgezeigten Prinzipien kommen in jeder Integrationsarbeit zum Tragen und natürlich auch in komplexen Unternehmungen wie in Integrationsversuchen von psychotherapeutischen Strömungen, Richtungen, „Schulen“. Deshalb ist es in solchen Integrationsprozessen sinnvoll (wenn man z.B. sichtet, auswählt, ordnet, hierarchisiert, wertet und Entscheidungen trifft), sein Vorgehen auf die zugrundeliegende Integrationskonzeption, die gewählten Integrationsstile hin zu reflektieren, denn oft wird nicht nach Sichtung und Prüfung ausgewählt, sondern es wird *präjudiziert*. (Das ist der *modus operandi* von „Schulen“, sei es in denen der Theologie oder in denen der Psychotherapie: der Psychoanalytiker sieht alles durch die „psychoanalytische Brille“, der „Gestaltist“ [Blankertz 2000; vgl. Petzold 2000i] alles durch die gestalttherapeutische etc. Im Integrativen Ansatz indes brauchen wir verschiedene „Brillen“ [Petzold 1989 d, e; Schreyögg 1994] bzw. Optiken). **Integrative Therapie** ist deshalb als **biopsychosoziales Verfahren** (Petzold 2001a) bemüht, vor dem Hintergrund einer *mehrperspektivischen, interdisziplinären* Betrachtungsweise und mit *transdisziplinären* Intentionen (idem 1998a, 27f) unterschiedliche natur-, human-, sozial- und kulturwissenschaftliche Wissensbestände zu *konnektivieren*: durch positivistische Forschung *und* durch (introspektive) Erfahrung und durch die in hermeneutischen Prozessen generierten Erkenntnisse, indem sie diese Bereiche quert, *transversal* durchmißt. Sie ist dabei mit Blick auf ihre *klinische Praxis* (nicht indes in ihrer Praxis als „Kulturarbeit“, vgl. idem 1987d, 1999q) besonders der *wissenschaftlichen Psychologie* und ihren Teildisziplinen, z.B. der empirischen Psychotherapieforschung, aber auch der gesundheitspsychologischen Forschung in quantitativer und qualitativer Ausprägung verpflichtet. Sie ist durchaus im Sinne von Grawe (1998) „**psychologische Therapie**“, aber sie überschreitet diese auch in ihrer Ausrichtung als „**biopsychosoziale Therapie**“: einerseits durch Rekurs auf die Bio- und Neurowissenschaften, andererseits durch Referenz zu den Sozialwissenschaften, schließlich durch Einbezug der Geistes- und Kulturwissenschaften, denn auf diese, etwa auf Philosophie, Literatur und Kunst und die sich mit ihnen befassenden wissenschaftlichen Disziplinen kann Psychotherapie, eine *Integrative Humantherapie* zumal (Petzold 2001a), nicht verzichten, weil sie sich um das Verstehen menschlicher Existenz und ihrer Probleme, Lagen und Entwicklungsaufgaben, das heilsame Unterstützen von Menschen, das achtsame Fördern ihrer Entwicklungen bemüht – das alles heißt und meint *θεραπευειν*.

### 3.1 Zu einer theoriegeleiteten und lage- und praxisbestimmten „flexiblen Praxeologie“

*Methodengegründete Praxeologien sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch Methoden, die als solche reflektiert wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozess seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst Forschung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung einer Disziplin und Professionalität grundlegend sind“*

Neben dieser „Bottom-up-Definition“ des Theorie-Praxis-Verhältnisses in der *methodengegründeten Praxeologie* findet man auch „top-down“ entwickelte *theoriegegründete Praxeologien* (z.B. die klinisch angewandte Psychoanalyse oder das psychodramatische Rollenspiel des komplexen psychosozialen Interventionsverfahrens von J.L. Moreno). Hier läßt sich *theoriegegründete Praxeologie* bestimmen „*als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen*“. Zwischenformen und

Übergänge sind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien von *Methoden* und *Verfahren* (vgl. Anmerkung 4) möglich. Ganz allgemein und unter einer Metaperspektive in einem „System der Humanwissenschaft“ („Tree of Science“, *Petzold* 2000h, 1992a, 456 - 667) kann man **Praxeologie** als „Wissenschaft von der Praxis“ betrachten (vgl. *ibid.* 617, vgl. *Bourdieu* 1976).

Integrative Therapie in der Praxis gewinnt ihre Ziele aus dem Hilfeersuchen des Patienten/der Patientin, klinischer Diagnostik, der Lebensweltanalyse bzw. des Assessments der Lebenslage des Patienten aufgrund von metatheoretischen Annahmen, klinischen Theorien, Lebens- und Praxiserfahrungen des Therapeuten, Lebens- und Therapieerfahrungen des Patienten. Diese Vielfalt zielegenerierender Bereiche erfordert eine Multidirektionalität der Zielrealisierung und damit Konnektivierungs- bzw. Integrationsarbeit, um zu einer konsistenten **Praxeologie** (= Wissenschaft von der Praxis, s.o.) und ihrer erfolgreichen Umsetzung in der **Praxis** zu kommen. Im Hintergrund und als Voraussetzung dafür, konnektiviert Integrative Therapie im Sinne ihrer theoretisch begründeten *horizontalen* und *vertikalen* Integrationskonzeption die *eigenen Entwicklungen* in Theorie und Praxis mit wichtigen konvergenten und divergenten *anderen Entwicklungen* in der Psychotherapie und verwandten Anwendungsdisziplinen. Dies geschieht insbesondere mit den großen psychotherapeutischen Mainstreams und ihren Ausfaltungen, mit ihren Konzepten und Methoden im Sinne eines „*common and divergent concept approach*“ (idem 1970c, 22ff; 1992a, 981- 983), um zu einer *theoriegeleiteten* und von den Erfordernissen der konkreten *Situationen* und *Lagen* in der Praxis mit ihren **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen (PRP)**, vgl. idem 1997p) bestimmten, **flexiblen Praxeologie** zu kommen, die sich aus der kurz umrissenen Integrationstheorie und der noch darzustellenden Lagekonzeption (vgl. 4.1) ergibt. Konnektiviert wurden: Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemische Therapie mit sogenannten humanistisch-psychologischen Ansätzen – exemplarisch mit Gestalttherapie und Psychodrama – (vgl. 1974j; *Petzold, Osterhues* 1972.). Dieser Zugang, gemeinsame und divergente Konzepte in den Hauptrichtungen der Psychotherapie herauszuarbeiten und zu *konnektivieren*, in dem Versuch, sie horizontal und/oder vertikal auf unterschiedlichen Niveaus und in unterschiedlichen Intensitäten praxisorientiert und patientenzentriert zu *integrieren*, ist einer der spezifischen Beiträge der Integrativen Therapie nach *Petzold* zum „neuen Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie, in dem ja auch andere prägnante Wege des Integrierens erarbeitet wurden (z. B. der „transtheoretische Ansatz“ von *Prohaska* und *DiClemente* [1992] oder der „common factor approach“ von *Garfield* [1992], um nur diese beiden zu benennen, Ansätze, welche in der Integrativen Therapie natürlich auch berücksichtigt werden).

Der „*common and divergent concept approach*“ (*Petzold* 1980 b, q) kann wie folgt charakterisiert werden:

Therapeutische Wirkfaktoren als Konstituenten von - potentiell positiv und/oder negativ wirksamen - Therapieprozessen werden in der Integrativen Therapie derzeit als "Elemente von Heuristiken" gesehen (*Märtens & Petzold* 1998; *Petzold* 1992g; *Petzold, Steffan* 2000; *Brumund, Märtens* 1998), die kontextbezogen zum Tragen kommen können, aber keine Heils- und Heilungsversprechen beinhalten, denn die Grenzen des Konzeptes sind deutlich: einzelne Faktoren oder Faktorengruppen machen natürlich noch keinen Therapieprozeß. Ein solcher hat eine ganzheitlich Qualität und ist durch die *Therapeutenvariable* und die *Patientenvariable* nachhaltig bestimmt, sowie durch die *Beziehungs-* und die *Kontextvariable*, denn es sind die beiden Personen und die Beziehung, die sie in guter oder weniger guter „Passung“ aufbauen (*Böcker* 2000) und im Kontext einer Praxis, Klinik o. ä. realisieren können, die für Gesundheit und Entwicklung eines Menschen, für Linderung oder Beseitigung von Krankheit maßgeblich sind. Psychotherapie ist grundsätzlich ein interpersonales Geschehen, deshalb muß davon ausgegangen werden, daß sogenannte "*spezifische und unspezifische*" *therapeutische Wirkfaktoren* (*Huf*, 1992) auf konkrete Personen wirken. Die *spezifischen* Wirkfaktoren werden in der Integrativen Therapie in jedem Therapieprozeß in Form einer intersubjektiven prozessualen Diagnostik ("Theragnostik" vgl. *Petzold & Osten* 1998; *Petzold, Wolf et al.* 2000) immer wieder neu verhandelt und bestimmt. Eine Heuristik allerdings kann nur handlungsleitend sein, wenn sie entsprechend konzeptuell und theoretisch abgesichert ist. Ich hatte für die Arbeit mit dem "Tetradischen System" integrativer Therapie (idem 1974j) eine Reihe von klinischen Heuristiken zusammengestellt, die den Patienten darin unterstützen, „sich selbst zum Projekt zu machen“ und seine *Fähigkeiten/Kompetenzen*, seine *Fertigkeiten/Performanzen* und seine *Lebenslage*

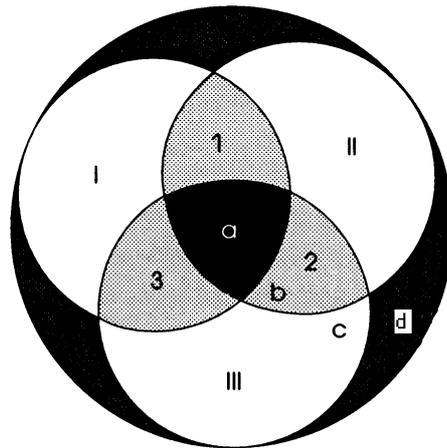
selbstbestimmt sowie mit angefragter Hilfe des Therapeuten (im *informed consent* also) zu „modellieren“ durch:

(1) symbolische Wunscherfüllung, d.h. kognitive Modellierung [P. Janef], (2) suggestive/autosuggestive Einflußnahme und Unterstützung, d.h. volitive Modellierung [P. Janef], (3) Stärkung des Körperbewußtseins und der leiblichen Regulationsfähigkeit, d.h. emotionale und somatomotorische Modellierung [E. Gindler, W. Reich], (4) Förderung der Rollenflexibilität und Erweiterung des Rollenrepertoires, d.h. kommunikative bzw. interaktive Modellierung [J. L. Moreno]. Hinzu kommen (5) Bedingtheitsanalyse von Werten [V. Frankl], Anschauungen [P. Janef], Verhaltensmuster [V. Meyer], um (6) veränderungswirksames Eröffnen von Freiräumen der Selbstverwirklichung und Selbstgestaltung [F.S. Perls] usw. zu ermöglichen (vgl. Petzold, 1974c, S. 94-100). Damit erhält das Konzept des „Selbst als Künstler und Kunstwerk“, das seine Identität mit Anderen „kokreativ“ modelliert und verwirklicht und dabei auch zu deren Identitätsverwirklichung beiträgt, einen zentralen Platz (Iljine, Petzold, Sieper 1969/1990; Petzold 1999q).

Diese auf verschiedene Quellen in therapeutischen Referenzverfahren - sie wurden in eckige Klammern gesetzt - zurückführbaren heuristischen Strategien wurden später genauer untersucht und systematisiert, um zu einem operativen und auf Dauer überprüfbareren Modell zu finden. Die Weiterentwicklung eines Wirkfaktorenkonzeptes in der Integrativen Therapie erfolgte auf dem Hintergrund der entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung (Rutter, 1994; Schroots, 1993; Oerter et al., 1999; Petzold, van Beek & van der Hoek, 1994; Petzold, Goffin & Oudhof, 1993) eine konzeptanalytische Auswertung von 240 Be-handlungsberichten und Graduierungsarbeiten aus FPI/EAG mit Blick auf therapie- bzw. veränderungswirksame Faktoren. Hinzu kam eine Analyse von Fachpublikationen zum Wirkfaktorenkonzept (Petzold, 1992g), sowie zahlreicher empirischer Studien der Psychotherapieforschung (Petzold & Schobert, 1987). Auf dieser Basis wurde auf dem Hintergrund des Modells der "Vier Wege der Heilung und Förderung" (idem 1988n; Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001) folgende Heuristik der "14 Heilfaktoren" (Petzold, 1993p) konzeptualisiert und in der therapeutischen Praxis erprobt. Eine Untersuchung zur Konsistenz, Anwendbarkeit und Relevanz für die Therapie aus Sicht von praktisch tätigen Therapeuten ist erfolgt (Brumund & Märtens, 1998) und führte im Verein mit anderen forschungsgestützten Erkenntnissen (Petzold, Steffan 1999, 2000; Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000; Steffan 2000) zu Konsequenzen für die Ausbildungspraxis (Petzold, Orth, Sieper 1999).

Unter *Konzepten*, „**concepts**“ werden theoretische Konstrukte und Modelle sowie praxeologische Konzeptionen verstanden (Petzold 1978c), die in Schulen bzw. Orientierungen der Therapie durch *Ko-respondenzprozesse* über Theorie und Praxis aufgrund von *Konsens-/Dissensbildungen* und ihrer Elaboration zustande gekommen sind (*concupere* = gemeinsam erfassen, festhalten), und von der jeweiligen *Konsensgemeinschaft* getragen werden. Vergleicht man solche „*Konzepte*“ der verschiedenen Orientierungen, so lassen sich (a) **homologe, konvergente Konzepte** feststellen: man formuliert, meint, benennt das gleiche oder (b) **similäre Konzepte**: man konzeptualisiert in ähnlicher Weise, oder (c) **differente, ja divergente Konzepte**: man argumentiert in verschiedenartiger, vielleicht auch in widersprüchlicher oder gegenläufiger Weise. Es können aber auch (d) **synergetische Konzepte** auftauchen, in den Prozessen der Ko-respondenz emergieren, die eine übergreifende Qualität, eine „Transqualität“ haben (Petzold 1980b, q, 1982g, 105, zum Begriff der „Transqualität“ vgl. idem 1998a, 238). Dabei können Theorikonzepte als „*synonyme Inhalte*“ vorliegen und erkennbar werden oder Praxen unter zum Teil recht verschiedener Begrifflichkeit als „*funktionale Äquivalente*“ (idem 1974j, 300ff) erfaßbar werden. Es wird also deutlich, was therapeutische Richtungen bzw. Verfahren als „common ground“ in ihren Konzepten haben, wo Homologes/Konvergentes ist (Abb. 1 Kernzone a), wo Berührungspunkte sind, Ähnliches/Similäres ist (Überschneidungszonen b) und wo Differenzen und Divergenzen (c) liegen, die durchaus fruchtbar sein können, denn viele der traditionellen Verfahren sind „groß in ihren Einseitigkeiten“ und könnten sich in die Richtung einer übergreifenden, komplexen „therapeutischen Kultur entwickeln, indem sie vom *Differenten* des anderen Ansatzes gfls. profitieren. (Die traditionelle Psychoanalyse z.B. klammert den Körper aus dem Interventionsbereich aus, ist hier also **divergent** zu den Formen der Körpertherapie, beide Orientierungen zentrieren aber auf Psychodynamik, Bearbeitung biographischer Traumata und Konflikte, auf Übertragungs-/Gegenübertragungsprozesse und sind hier **konvergent** -das übrigens auch mit den Adlerianern, wobei diese wiederum ein **differentes**

Moment in der Betonung von Zukunftsperspektiven und Lebenszielen gegenüber der psychoanalytischen Vergangenheitsorientierung haben usw.).



**Abb. 1: Homologien und Differenzen – „common and divergent concepts“ in den Orientierungen der Psychotherapie (aus Petzold 1980q)**

Legende:  
 I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (*Freud, Jung, Adler, Lacan*)  
 II Humanistische Psychotherapie (*Moreno, Perls, Rogers*)  
 III Verhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*)  
 a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)  
 b Similäres (hellgraue Felder)  
 c Divergentes und Differentes (weiße Felder)  
 d Synergetisches (mittelgraue Felder)  
 1 Verfahren, die zu Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten haben  
 2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben  
 3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben.

Die Auswahl von Materialien aus den verschiedenen Mainstreams und ihre Einarbeitung in die Integrative Therapie geschieht auf der Basis eines wissenschaftstheoretisch, erkenntnistheoretisch und empirisch (durch Grundlagen- und Psychotherapieforschung) sowie klinisch (durch dokumentierte Praxiserfahrungen) fundierten systematischen Integrationsmodelles (Petzold 1970c, 1974j, 1991a, 1992a, 1998a, Petzold, Orth 1999; Petzold, Wolf, Josic, Landgrebe, Steffan 2000; Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000). Dieses macht die vergleichende Rezeption, Analyse und Diskussion der Kernannahmen und Basismethodologie dieser Verfahren und ihre wissenshermeneutischen Durchdringung möglich nach folgenden Kriterien:

1. *Traditionskriterium* – Was ist das Herkommen des Ansatzes?
2. *Epistemologiekriterium* – Was ist die erkenntnistheoretische Zuordnung?
3. *Kontextkriterium* – Wo liegt der Wirklichkeitsbezug, was ist die ökologische Validität?
4. *Objektivitätskriterium* – Was ist die Ebene und Form der Gegenstandsbetrachtung und wie wird diese begründet?
5. *Geltungskriterium* – Was sind der Erklärungsanspruch und die Geltungsbehauptungen?
6. *Explikationskriterium* – Wie ist die Reichweite der Geltungsbehauptungen und des Erklärungsanspruchs?
7. *Komplexitätskriterium* – Wie vielschichtig bzw. komplex ist das Verfahren bzw. der Ansatz?
8. *Elaborationskriterium* – Wie ist der Grad der Ausarbeitung?
9. *Konnektivierungskriterium* – Wie ist die Verbindung mit anderen Ansätzen und ihren Theorien und Praxen?
10. *Reputationskriterium* – Wie ist der wissenschaftliche Status in der scientific community?
11. *Empiriekriterium* – Wie ist es um die Absicherung durch empirische Forschung bestellt?
12. *Legitimationskriterium* – Wie ist es um die ethiktheoretische Absicherung (und bei Psychotherapien, wo vorhanden und aufgrund der gesetzlichen Lage verlangt, um die rechtliche Approbation) bestellt. (Petzold 1994a, 1998a, 106).

Nach einer kritischen Bewertung anhand dieser Kriterien, d.h. ihrer *Kontextualisierung* im relevanten Wissensfeld, werden die Leistungsfähigkeit der jeweiligen Theorie und ihre Grenzen erkennbar und damit Materialien, die für die Wissensstruktur und das Handlungsrepertoire des eigenen Ansatzes im Sinne von Ergänzungen oder Modifikationen nützlich sind, oder die alternative Behandlungsoptionen bereitstellen können, deren *okkasionelle Konnektivierung* Patienten zugute kommen kann (z.B. durch indikationsbegründete Überweisung an eine Kollegin einer anderen Orientierung). **Integrationen** im Sinne *stabiler Konnektivierungen* von Konzepten und Praxen aus anderen Orientierungen (z.B. verhaltenstherapeutischer Therapieformate in der Behandlung von Angststörungen) oder ihrer *Intextualisierung* – d.h. ihrer Einwebung in den Bestand des eigenen Verfahrens – erfordert die Herstellung bzw. Feststellung einer „hinlänglichen Kompatibilität“ anhand von *Integratoren*. Das sind, Leitkonzepte – wie z.B. das der „Intersubjektivität“ (vgl. *Petzold, Orth, Schuch, Steffan* 20001) –, die auf unterschiedlichen Ebenen der Theorie/Praxisstruktur der „Integrativen Therapie“ (Tree of Science, vgl. infr. 5), die die Diskrimination von „konzeptsyntonen“ und „konzeptdystonen“, konvergenten und divergenten Materialien (*Petzold* 1980b, 1993n) ermöglichen und damit eine hinlängliche Konsistenz und Kohärenz gewährleisten. Hinzu kommen Erkenntnisse der Psychotherapieforschung (z.B. aus dem „common and divergent factor approach“, vgl. *Garfield* 1992; *Smith, Grawe* 1999; *Märtens, Petzold* 1998), Ergebnisse der klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al.* 1999) und Biopsychologie (*Birbaumer, Schmidt* 1999), wodurch aus dieser Zusammenschau (*Synopseprinzip*) und aus dem Zusammenwirken (*Synergieprinzip*) der einzelnen Einflußströme „[mehr und] anderes“ als eine „*Summe der Teile*“ *e m e r g i e r t* (*Petzold* 1974j, 302ff, vgl. Abb. 2), gemäß dem systemtheoretischen Grundprinzip, daß multiple Vernetzungen zu „Emergenzphänomenen“ führen (idem 1998a, 41f, 240; *Ebert* 2000; *Krohn, Küpper* 1992).

In einem solchen permanent progredierenden Prozess von *Differenzierung/Spezifizierung* ⇒ *Konnektivierung/Integration* ⇒ *Transgression/Kreation*, entsteht eine Bewegung der *systematischen Annäherung* an eine „**Integrative Therapie**“ als einem „multimodalen Verfahren“ **differentieller und integrativer Humantherapie**, die in ihrer **biopsychosozialen** Ausrichtung immer „work in progress“, entwicklungs- und zukunftsorientiert (*Petzold* 1999p) sein wird.

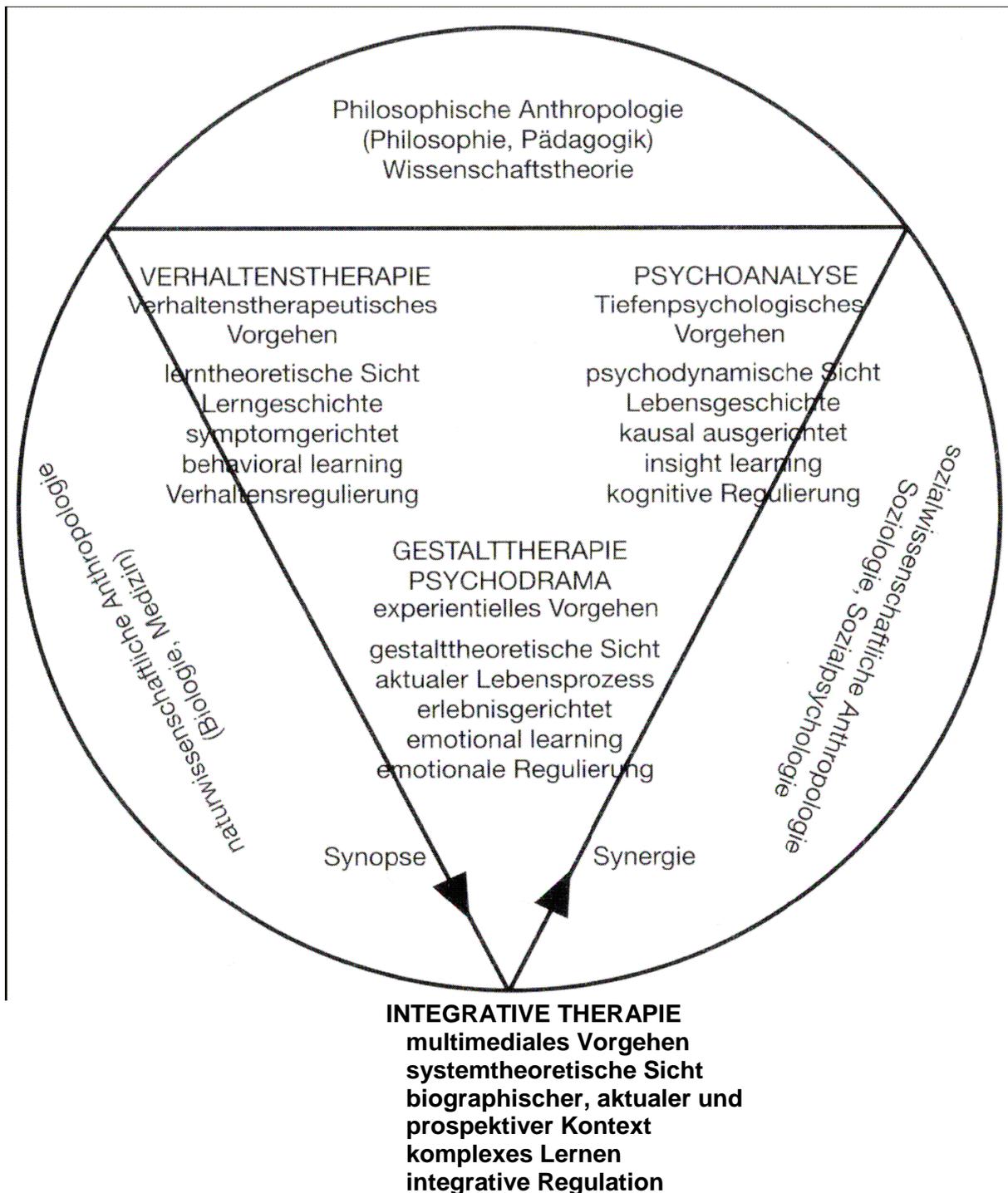


Abb. : Systemverbund durch Synopse- und Synergieprinzip (aus Petzold 1974j, 304)

#### 4. Metakritische Annäherungen

Erkenntnistheorie ist Erkenntnis *von* Menschen *über* das Menschenwesen *für* den Menschen, und das heißt bei einer „angewandten, kritischen Humanwissenschaft“: Erkenntnis im Dienste humaner, menschengerechter Praxis. Worum geht es in Psychotherapien? Sicher nicht nur um Symptombeseitigung und Heilung, sondern fraglos um die zentralen Fragen im Diskurs der Moderne als einem Diskurs der *Vernunft*, der die Aspekte Erkenntnis, Moral/Freiheit, Hoffnung, Selbstverstehen fokussiert, die *Kant* auf den Punkt gebracht hat: „Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen? Was ist der Mensch?“ Das Implikat dieser Fragen sind „Unvermögen“ und „Mangel“ (an Wissen,

Handlungsmöglichkeiten, Zukunftssicherheit, Selbstverstehen und Selbstbeherrschung), ein Zugang gegen den sich *Nietzsche* auflehnte (Werke Bd. II, 623, 863) und den auch die „Epoche der Empfindsamkeit“ anders sah - *Schiller* z.B. differenzierend: „Der schlimme Einfluß einer überwiegenden Sensualität auf unser Denken und Handeln fällt jedermann leicht in die Augen; nicht so leicht, ob er gleich ebenso häufig vorkommt und ebenso wichtig ist, ist der nachteilige Einfluß einer überwiegenden Rationalität auf unsere Erkenntnis und unser Betragen“ (*Schiller*, Über die Ästhetische Erziehung des Menschen, SW Bd. V, 349). *Kant* meint indes, der Herrschaft der Vernunft auf jeden Fall den Primat sichern zu müssen: „Affekten und Leidenschaften unterworfen zu sein, ist wohl immer Krankheit des Gemüts; weil beides die Herrschaft der Vernunft ausschließt“ (*Kant*, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht S. 203f). *Freud* steht hier mit der Konzeption seiner Psychoanalyse im gleichen **Diskurs**: „Unser Wissen soll sein [des Patienten sc.] Unwissen gutmachen, soll seinem Ich die Herrschaft über verlorene Bezirke des Seelenlebens wiedergeben“ (*Freud* 1940, StA 412), damit das Ich wieder „Herr im eigenen Hause“ wird, sich „von der Triebwahrnehmung zur Triebbeherrschung“ entwickelt, da das „Ich im Seelenleben Vernunft und Besonnenheit vertritt, das Es aber die ungezähmten Leidenschaften“ (idem 1933, StA 513). „*Kant* wird nicht müde, immer wieder vor den Gefahren der Tierheit im Menschen zu warnen, der stets drohenden Regression ...“ (*Böhme* 1985, 275). Für *Kant* ist die Gefahr, auf unkontrollierbare Untergründe zu stoßen, so groß, daß sich in „der *Anthropologie* [ ... ] eine ausdrückliche Warnung vor einer allzu intensiven Beschäftigung mit sich selbst [findet], einer zu weit gehenden Selbstbeobachtung“ (ibid. 276), denn diese könnte die *Autonomie* des „Menschen der Vernunft“ brechen und zum Wahnsinn führen. Nun, *Freud* hat für dieses Problem eine Lösung gefunden, indem der „analytische Arzt“ dem „geschwächten Ich des Kranken“ wie ein „Bundesgenosse in einem Bürgerkrieg“ beisteht (*Freud* 1940, StA 412). Zuvor muß sich der Patient aber dem Analytiker unterworfen haben, indem er „ohne Kritik alles mitteilen sollte, was einem in den Sinn kommt“ (idem 1912, StA 167), auch wenn diese „Mitteilung beschämend oder peinlich ist“ (idem 1904, ibid. 103). Und natürlich müssen oft genug die triebbestimmten Patienten vom Analytiker niedergekämpft werden, „die sich anfangs wie die Gegner gebärden, dann aber die sie beherrschende Überschätzung des Sexuallebens kundgeben und den Arzt mit ihrer sozial ungebändigten Leidenschaftlichkeit gefangen nehmen wollen“ (idem 1915, ibid. 230); der aber hat Lehr- und Kontrollanalyse, Supervision, wenn die Selbstüberwachung nicht reicht, im Kampf „in seinem Inneren gegen die Mächte, welche ihn vom analytischen Niveau herabziehen möchten“ (ibid.). Das „Andere der Vernunft“ (*Böhme*, *Böhme* 1983) - bei *Freud* wie bei *Kant* als die unbeherrschte Menschennatur mit ihren Gefühlen und Leidenschaften gesehen -, die es zu beherrschen, ja zu eliminieren gilt, wird auf diese Weise nur ausgeblendet, sie wird nicht besiegt. Es wird in den aufgeführten *Kantschen* Fragen ganz klar nicht von der **Potentialität** des Menschen (wie etwa bei *Nietzsche*, vgl. *Safranski* 2000; *Petzold*, *Sieper*, *Orth* 2000), von seiner schöpferischen Kraft (*Moreno* 1990), seinen Fähigkeiten als „produktivem Problemlöser“ (*Hurrelmann* 1995) ausgegangen, als der er sich mit Blick auf die Evolutionsgeschichte erwiesen hat - trotz aller Einschränkungen, die man insbesondere mit Blick auf seine Destruktivität und seine devolutionären Tendenzen (*Petzold* 1986h) im Sinne einer „desillusionierten Anthropologie“ (idem 1996j, 407) machen muß. Hinter diesen Fragen steht, und das sollte nicht übersehen werden, in säkularisierter Form die (jüdisch-christliche) „**Anthropologie des Mangels**“ (*Dauk* 1989), wenn nicht der **Verderbtheit**. Der Mensch ist ein „Tier, das wenn es unter anderen seiner Gattung lebt, *einen Herrn nötig hat*“, der seinen „selbstsüchtigen Neigungen“ entgegentritt und ihm „den eigenen Willen breche“ (*Kant*, VI, 40), damit der „wilde Mensch“ unterworfen und gezwungen wird, „seine brutale Freiheit aufzugeben, und in einer gesetzmäßigen Verfassung Ruhe und Sicherheit zu suchen“ (ibid. 42). Diesem letztlich unverantwortlichen Subjekt, das die Welt ins Chaos stürzen würde, muß man mit einer präskriptiven, unerbittlichen Sollensethik beikommen, dem *kategorischen Imperativ* der (*Kantschen*) Philosophie, der eine universalisierende - und letztlich totalisierende - Perspektive einführt (*Waldenfels* 1987, 101ff), die aber *strukturell* genauso schon vom christlichen Hirtenamt – das dem Chaos des Menschen die Totalität des göttlichen Universalgesetzes entgegenstellt - vertreten wird: „Das Hirtenamt deutet das Vorspiel der Regierbarkeit durch Prozesse an und konstituiert es [das Subjekt], durch Diagonalen, die durch Gesetz, Wahrheit und Heil andere Beziehungstypen einrichten. Das Subjekt ist in dauernden Netzen von Gehorsam abhängig“ (*Foucault* 1982, 25). Das „moderne abendländische Subjekt“ wird so durch eine „Struktur von Techniken eingeführt, die die Wahrheit der Seele zum Element des Gehorsams machen“ (ibid.) - man denke an die Radikalität der „analytischen Grundregel“.<sup>22</sup> Es werden „therapeutische“ Techniken der

<sup>22</sup> *Freud* verlangte vom Neurotiker „volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion. Das macht den Eindruck, als strebten wir die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist groß, denn wir wollen von ihm

Selbstkonstitution eingeführt, eine „Produktion versteckter Wahrheiten“, „Individuation durch Abhängigkeiten“, „analytische Identifikation“ usw. (ibid.). Die hinter den *Kantschen* Fragen stehenden Probleme der Vernunft in der Moderne werden so einer (vermeintlichen) Lösung zugeführt: „Das therapeutische Modell leistet die Integration der drei Vernunftaspekte [Erkenntnis, Moral/Freiheit, Hoffnung, sc.] in eine operationalisierbare Machtwissenstechnik zur Erzeugung normalisierter Subjekte“ (*Dauk* 1989), *disziplinierte Subjekte*, die unter dem Diktat einer aseptischen Vernunft, die Gefühle, das „Es“, die Triebnatur, das Gefährliche im Menschen – und da ist in der Tat höchst Gefährliches: Kriegszüge, Pogrome, Folter (*Petzold* 1986h, 1996j) - „im Griff“ haben, oder einfach nur das *Fremde*, das uns (an uns und in uns selbst) Unvertraute, ausgegrenzt halten. In der **Integrativen Therapie** geht es uns nicht um die „Unterwerfung“ dieser Seiten der Menschenatur (dieser Feldzug gegen sich selbst, dieser „Bürgerkrieg“ ist nicht zu gewinnen), sondern darum, daß wir uns diese Seiten so „vertraut machen“ wie möglich (und das heißt „zähmen“, wie uns ein kleiner Prinz belehrt), denn in domestizierender Unterdrückung (*Orth* 1997) würde uns das *Feuer der Inspiration* - neben dem *Frieden* und der *Heiterkeit des Herzens* (*Marc Aurel* Lib. XII, 36), der *Seelenruhe*, der *Hesychie* (*Petzold* 1969 II, 1983e; *Hausherr* 1956) das Kostbarste im Menschenleben - verloren gehen. *Inspiration*:

„Alles geschieht im höchsten Gerade unfreiwillig, aber wie im Sturme von Freiheitsgefühl, von Unbedingtheit, von Macht, von Göttlichkeit ... [ ... ]. Es scheint wirklich, um an ein Wort Zarathustras zu erinnern, als ob die Dinge selber herankämen und sich zum Gleichnis anböten ( ->hier kommen alle Dinge liebkosend zu deiner Rede und schmeicheln dir: denn sie wollen auf deinem Rücken reiten. Auf jedem Gleichnis reitest du hier zu jeder Wahrheit. Hier springen dir alle Seins-Worte und Wort-Schreine auf; alles Sein will hier Wort werden, alles Werden will von dir reden lernen < -)“ (*Nietzsche*, *Ecce homo* II, 1131ff).

Die überwältigende „Gewalt solcher Inspiration“, wie sie der späte *Nietzsche* als quasi mystische Erfahrung beschreibt, muß uns *vertaut* werden, so daß in dem Konvergieren von *Inspiration* und *Zähmung*, *exultatio* und *temperantia*, *ekstasis* und *hesychia* [Seelenruhe] uns die ganze Breite und Tiefe der Menschennatur, *unserer Natur*, so zugänglich wird, daß es zu einem Fließen von „sich lassen“ und „sich führen“ kommt, zu einem „Meistern“, das keine Dominanz und unterdrückende Selbstdisziplin ist (*Nietzsche* ist durch seine Erkrankung und seinen Zusammenbruch im Januar 1889 nicht dahin gelangt, wo er, der Visionär, die kultivierte Menschennatur gesehen hatte: im „anthropologischen Dreiklang“ Philosoph, Künstler, Heiliger; *Unzeitgemäße Betrachtungen* I, 326).

Kultivierung, Ästhetisierung der eigenen Existenz, den Gewinn einer Lebenskunst und einer engagierten gesellschaftliche Praxis, das erfordert u.a. *Selbst*-erfahrung und *Wissen*-schaft bezüglich des Anderen, des Fremden in uns insbesondere auch als Möglichkeitsraum, als Potentialität. Es bedeutet, daß wir die bedrohlichen und unbekanntesten Seiten unseres Wesens nicht verdrängen, dissoziieren, bekämpfen, rationalisieren, die Dunkelheiten nicht unter das „*lumen rationis*“ zu zwingen suchen, um *Autonomie* zu gewinnen (gegenüber der eigenen Natur, wohl gemerkt) oder unter ein universales Gesetz, dem wir uns adaptieren. Vielmehr sollten wir aus einer Kenntnis unserer Selbst in seinen Tiefen, seinen Passionen, seinen Ekstasen, in der Kenntnis unseres „Herzens“ zu uns kommen können.

Das Wissen um das „Herz“ ist, wie viel andere wesentlichen Wissensbestände – das Wissen um den Willen (den guten wie den bösen), die Tugend, die Treue, die Würde, den Frieden, die Gelassenheit, die ontologische Erfahrung (*Orth* 1993) – , leider der Psychotherapie aus dem Blick geraten. Es wäre wünschenswert, ja notwendig, sich diesen verlorenen Kosbarkeiten des Herzenswissens, der Herzenserkenntnis, wie es die antike Seelenführung oder die asketische Praxis erarbeitet hatte (*Petzold* 1969 II; *Hadot* 1969) wieder zuzuwenden. Therapie, die nicht nur der Sprache verhaftet ist, aktionale Mündlichkeit, Nonverbalität einbezieht, hat hier Wege zu bieten (*Petzold* 1969IIa, 1983e, 1985g, 1992b) aus einem kontinuierlichen Selbsterleben *und* aus den Wissenschaften vom Menschen zu einem *Vertrautsein* mit uns selbst und einem *Zugehörig-sein* mit dem Anderen zu kommen, mit uns als Einzelwesen und – was unendlich schwieriger ist – als Kollektiv, mit den Anderen und ihrer „Andersheit“ (sensu *Levinas*). Nur so können wir lernen, *mit uns* umzugehen, in der Freiheit, unsere Gefühle zu wählen, in der Konvergenz von Vernunft und Gefühl (*Schmitz* 1993, 12) lernen, *mit Anderen* umzugehen, im Zulassen

---

nicht nur hören, was er weiß und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiß“ (*Freud* 1940, StA 413). „Wir *verpflichten* ihn aus die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser *Anweisung* seine *Selbstkritik auszuschalten*, so *liefert* er uns eine Fülle von Material ...“ (ibid. 413, meine Hervorhebungen zur Kennzeichnung von **Diskursen** der *Macht*, vgl. *Petzold*, *Orth* 1999, 386f).

von Verschiedenheit und Vielfalt, von Heterotopien, d.h. unterschiedlichen Orten und Positionen (Foucault, vgl. Mazumdar 1998), heterogenen Ordnungen und relativierten Geltungsansprüchen (Waldenfels 1987, 161ff). Solche können in die *Ko-respondenz* gebracht werden, jene von uns erarbeitete Form des *Diskurses* (Petzold 1978c/1991e), in der es nicht um das Durchsetzen von Geltungsansprüchen geht, sondern um *Differenzierungen*, die die Generierung von Qualitäten ermöglichen, welche mit Derrida (1972) als *différance* bezeichnet werden könnten und damit Raum für *Kontakte* und für *Konnektivierungen* schaffen. „Wirklicher Kontakt basiert auf der Wertschätzung von Differenzen und Unterschieden“ stellte schon Perls (1959/1980, 122) fest. *Ko-respondenzen* dieser Art als „*Begegnungen und Auseinandersetzungen in Polylogen*“ können als Ergebnis *Konsens* und/oder *Dissens* hervorbringen, eine respektvolle Übereinstimmung über das Faktum der *Differenz*, aber auch das Leiden an ihm. Das könnte zu *Transgressionen* durch „*Interdiskursivität*“ (Waldenfels 1987, 181) führen, zu *Überschreitungen*, die die Emergenz von neuen Erkenntnissen als „*Transqualitäten*“ ermöglichen (Petzold 1998a, 238ff; Petzold, Orth, Sieper 2000), vielleicht – wie Gernot Böhme (1985) es sieht oder erhofft - zu neuen Formen des Menschseins führen. (Wir würden eher von einer weiteren Entfaltung des **Potentials der Hominität** sprechen - in kritischer Auseinandersetzung mit den traditionellen Humanwissenschaften und ihren Erkenntnisweisen, die das *Andere* und den *Anderen* und das *eigene andere* zu lange ausgegrenzt haben).

Die Psychoanalyse hat hier, für das Erkennen *eines anderen in uns*, durchaus Bedeutendes geleistet, hat sich aber durch Normierung der Erkenntnisfolien und in der Standardisierung des Erkenntnisweges wiederum in den Netzen der Repression gefangen – wie sollte es auch anders sein, da im Aufdecken der Repression in „*ablehnender Haltung*“ aus aufklärerischem Impetus das Abgelehnte, *ohne daß eine Metakritik stattfindet, die zu Konsequenzen in der Praxis führt*, dennoch anwesend und wirksam bleibt. Obgleich die Psychoanalyse die *Autonomisierung* des Subjekts auf ihre Fahnen geschrieben hatte (vielleicht auch, weil sie dies in einer letztlich solipsistischen Qualität tat), bleiben unsichtbare Fesseln: „*Der autonome Mensch zeigt ein angestrenktes Gesicht, gezeichnet von der ständigen Furcht, seines Selbstbesitzes verlustig zu gehen*“ (Böhme 1985, 286).

Der säkularisierte Heilsdiskurs der *Aufklärung* und der in ihrem Impetus entstandenen Humanwissenschaften sehen den „*gefallenen Menschen*“ nach wie vor als den, der in seiner Unwissenheit, von Leidenschaften und überwältigenden Gefühlen bestimmten Orientierungslosigkeit, Chaotik, Destruktivität und Todesbedrohung/Hoffnungslosigkeit ein Heil und Rettung notwendig hat (Petzold 1969 II d; 1971 II b). In der Folge der augustianischen negativistischen Anthropologie brauchte er in der abendländischen Theologie – im Unterschied zu der ostkirchlichen Annahme synergetischer Mitwirkung des Menschen am Heil - sogar für die Annahme seiner Rettung eine „*gratia praeveniens*“. Seit der Aufklärung bedarf er zwar nicht mehr eines Heilandes und seiner Stellvertreter, der Bischöfe und Priester, der Kirche mit ihren Therapeutika (Gnadenmittel, Askese und Disziplinen), aber er bedarf der Unterwerfung unter eine kritisierende und normierte Vernunft. Foucault (1966, 1984 usw.) hat in seinen Analysen gezeigt, wie dieser „**Diskurs** der Ohnmacht und Pathologisierung“ in den „*Humanwissenschaften*“ und ihren Anwendungsformen, z.B. der Psychoanalyse, fortgeschrieben wurde. In seiner Folge konnten Castel et al. (1982), Dauk (1989), Petzold, Orth, Sieper (1999, 2000) nachweisen, wie die pastoralen Praktiken der Rettung des „*Gefallenen*“ durch seine Einpassung in einen von der „*Pastoralmacht*“ *vorgegebenen* Weg der Selbstexploration mit Techniken normierender Subjektkonstitution in den meisten Verfahren der Psychotherapie in säkularisierten Formen der *Selbsterfahrung* bzw. *Psychoanalyse* fortgeschrieben wurden. Dies erfolgte ganz im Sinne der religiösen Folie der Lebens- und Welterklärung und der Disziplinierung der Gefühle, die unter den Primat der Vernunft gezwungen werden oder den Primat der objektiven-objektivierenden Wissensbestände der Humanwissenschaften. *Psychotherapieverfahren* bieten – mehr noch als sie im klinischen Sinne *heilen* – Deutungsmuster für die von Menschen erlebte Wirklichkeit, darüber muß sich die „*community of psychotherapist*“ in ideologiekritischer Selbstreflexion klar werden. Da sie dem ekklesialen Paradigma des Interpretationsmonopols für die Wirklichkeit, dem **Diskurs** der Pastoralmacht, noch am nächsten stehen, offerieren sie als „*Schulen besonderer Art*“ in den *Humanwissenschaften* z.T. sehr befragbare Folien der Welt- und Lebenserklärung (Triebdeterminismus/*Freud*, wisdom of the organism/*Perls*, Archetypus/*Jung*, Bioenergie/*Reich*), die man als gegebene „*Wahrheiten*“ übernehmen muß, in der Regel ohne Möglichkeit der metakritischen *Problematisierung*, wenn man als Patient Heil/Heilung erhalten will oder als Ausbildungskandidat In Wissen, Kompetenzen, Expertenmacht ... wahrscheinlich, darunter verborgen, auch Heil und Heilung.

Welche Möglichkeit bleibt in den „Schulen“ der Psychotherapie, *anders* zu denken, sich *anders* zu denken? Wo wird dies gefördert, wo die Möglichkeit geboten, die Axiome der Schule selbst, kritisch oder dekonstruktiv gar (*Derrida*), zu hinterfragen? Hier muß man in Rechnung stellen, „daß wir es selbst sind, die in diesen Wissenschaften zum Gegenstand werden, und daß wir von diesen Wissenschaften in ihren praktischen Auswirkungen betroffen sind“. Es ist ernstzunehmen, „daß die Humanwissenschaften selbst einem historischen Zustand des Menschseins entsprungen sind. Und schließlich, daß sie eurozentrisch sind ...“ (*Böhme* 1985, 283). *Böhme* kommt in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“, die die Möglichkeiten eines „neuen“ Menschseins untersucht, zu der Konklusion, die wir teilen: „Es wäre eine Illusion, wenn man die Möglichkeit, Gefühle zu leben, mit Disziplinlosigkeit gleichsetzen, das Unbewußte gelten lassen wollte, indem man das Bewußtsein ausschaltet ...“ (ibid. 287). Die aufklärerische Hegemonie einer rationalistisch verkürzten Vernunft und die in ihrer Folge entwickelten psychotherapeutischen Praxen müssen revidiert werden (die neueren Ergebnisse der Neurowissenschaften legen dies ohnehin nahe, vgl. z.B. *LeDoux* 1996; *Damasio* 1995, 2000). „Für uns zeichnet sich das neue Menschsein nur jenseits der Aufklärung ab“ (*Böhme* 1985, 287). Allerdings, das muß vermerkt werden, nicht ohne sie! Es wird vielmehr ein Differenzieren und Konnektivieren der Bereiche *Gefühl* und *Vernunft* notwendig – die *Perls*sche Umkehrung des *Freuds*chen Programmes „Lose your mind and come to your senses!“ (*Perls* 1969) führt in die Irre. Eine Konnektivierung von *Miteinandersein* und *Selbstbestimmtheit als ausgehandelter* wird erforderlich – das „Ich bin Ich und Du bist Du“ des „Gestaltgebets“ mit seinem „and if we meet - wonderful, and if not, it can't be helped“ (ibid. 4) führt in die zwischen- und mitmenschliche Verwahrlosung. Auf *Konnektivierung* und *ko-responzierendes Aushandeln* in parrhesiastischer „Begegnung und Auseinandersetzung“ (*Petzold* 1978c/1991e) sind die theoretischen Anliegen, die Methodik und Technik der **Integrativen Therapie** gerichtet (idem, *Gröbelbauer, Gschwend* 1998), auf ein Vorgehen, das den Anderen nicht fixiert, ihn nicht auf eine Kindposition, einen Patientenstatus festlegt, auf stereotype „infantile Muster, unreife Abwehr, notorische Übertragungen, sondern das auf Prozesse der Mutualität zentriert. Nur so nämlich kann *Souveränität* gewonnen werden, die in einem „*Handeln um Grenzen*“, einem „*Aushandeln von Grenzen*“ (idem 1975h) gründet – und dieses ist der Kern von therapeutischer und pädagogischer Arbeit.

Das *Souveränitätskonzept* der Integrativen Therapie (*Petzold, Orth* 1998) zentriert in einem vernetzenden Denken und Tun, das den Fragen der *Macht* und der *Herrschaft*, des *Dissenses* und der *Differenz* gegenüber sehr sensibel ist (*Orth, Petzold, Sieper* 1995), auch und gerade gegenüber Fragen *struktureller Macht* durch Deutungsmonopole oder Standardformate der therapeutischen Methodik (*Petzold, Orth* 1999), Normvorstellungen des Settings (Couch, Dyade) oder Geltungsbehauptungen mit dem Anspruch letztgültiger Wahrheiten. Das Argument – besonders verhaltenstherapeutischer Protagonisten - standardisierte, „manualisierte“ Behandlungsformate seien notwendig, um optimale Behandlungsergebnisse zu erhalten, bedarf genauerer Überprüfung (mißt man dabei nicht nur Effekte „unspezifischer Wirkfaktoren“ ?, vgl. *Arkowitz* 1992), zumal die neuesten Erkenntnisse neurobiologischer Forschung zeigen, daß die „Streßantworten“ bei starken Belastungen höchst unterschiedlich sind und von der ganzen Komplexität der Vorerfahrungen – Schädigungen, Resilienzen, Protektionen – abhängen (*Huether* 2000). Dennoch wirkt in den Therapieschulen offenbar eine *Macht* (sensu *Foucault*), die sich nicht zurücknehmen kann, weil sie meint, in der richtigen Position zu stehen (z.B. die des Vater-Therapeuten, der eine infantile Übertragung erhält), *den* „richtigen Weg“ der Erkenntnis oder Heilung zu haben. Indes: „Der souveräne Mensch weiß, daß er nicht die ganze Wahrheit vertritt“ (*Böhme* 1985, 288), geschweige denn, daß er sie über sie verfügt oder über die universell verbindlichen Techniken der Erkenntnis, der Wahrheitsfindung, der Gesundheit. Wo (und sei es nur potentiell) Herrschaftswissen und Beherrschungspraxen vorhanden sind, und das ist bei Psychotherapie immer der Fall, wird dieses in die Partizipation zu tragen sein und zur Gänze allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden müssen. Das ist in der gegenwärtigen Psychotherapie, die im kryptopastoralen **Diskurs** und in der Arkandisziplin des medizinisierten **Diskurses** gefangen ist, keine einfache Sache (*Petzold* 2000j). Aber nur so kann Therapie zu einer *Souveränität* von Subjekten beitragen, wie wir sie im Integrativen Ansatz konzipiert haben (idem 1998a, 281f): als kokreativ geschaffene *Souveränität*, die die eigene Integrität und die des Anderen sichert bzw. zu sichern bereit ist. „Der souveräne Mensch unterscheidet sich von dem autonomen gerade nicht durch Steigerung der Herrschaft über sich selbst noch über andere. Souveränität heißt eher, nicht über alles herrschen zu müssen“ (*Böhme* 1985, 287).

Für uns stellt sich mit Blick auf das von uns als „*Beobachten des Feldes*“ moderner Psychotherapie und Supervision Wahrgenommene (*Petzold, Ebert, Sieper* 1999; *Petzold, Orth, Sieper* 1999) – z.T. auch bei

KollegInnen<sup>♥</sup> der eigenen Orientierung - die Frage: Werden emanzipatorische, Souveränität fördernde Zielsetzungen in einer angemessenen, Ziel-Mittel-Konflikte vermeidenden Praxeologie in den „psychotherapeutischen Schulen“ ernstgenommen? Zweifel sind hier angesagt. Ist der paternalistische Diskurs von *Freud* tatsächlich überwunden? In der *Praxis* sicher nicht. Das zeigen nicht nur die Dokumente der *Dörte von Drigalsky* (1980) und neuerlich und nicht weniger erschreckend von *Dott* (2000) oder die unsägliche Selbstdokumentation des Psychoanalytikers *Ehlert-Balzert* (2000) zu seiner Praxis subtil unterwerfender Therapie, sondern auch die von der Mehrheit der „community“ akzeptierte Prozedur des Gutachterverfahrens (Widerstand regt sich von Seiten einiger TherapeutInnen erst neuerlich, vgl. *PsychotherapeutenFORUM* 5/1999, 2/2000). Was aber, wenn der Patient die Gutachten einsehen will? Rechtlich würde er das durchsetzen können. Weshalb also die Hermetik der Gutachter, weshalb die Arkanpraxis der TherapeutInnen? Warum keine „Transparenz als Regelfall“ erwachsenen und mündigen Bürgern gegenüber, deren Introspektionsfähigkeit in der Regel als so hoch eingeschätzt wird, daß sie in einer deutungs- und einsichtsorientierten Behandlung mitwirken können. Auch wenn in der Theorienbildung an der „unvollendeten kopernikanischen Revolution in der Psychoanalyse“ (*Laplanche* 1996) weitergearbeitet wird (von *Laplanche* [ibid. 66ff] gerade auch in Auseinandersetzung mit *Freuds* Kantlektüre), so findet sich für das Feld der Praxis keine Dekonstruktion (und damit nachhaltige Veränderung) der *Praktiken der Entmündigung*, mit denen das Leistungsrecht, das ja mit der Zustimmung der Richtlinienpsychotherapeuten letztlich erst möglich wurde, die Underdog-Position von PatientInnen festschreibt. So bleibt der Patient das Mängelwesen. Nach wie vor wird der „Neurotiker“ - „häufig genug mit den Erscheinungen der Degeneration vergesellschaftet“ (*Freud* 1905 StA 119) und „nicht Vollwertiger“ (idem 1912, ibid. 179) überwiegend in Kategorien der Psychopathologie gesehen, nicht in seinen *Kompetenzen*, mit seinen *Ressourcen* und *Potentialen*, in seiner *Expertenschaft*, so daß es auch nicht zur optimalen Nutzung der „doppelten Expertenschaft“ (*Petzold, Schobert* 1991, 17ff) kommen kann, der des Patienten und der des Therapeuten. Wie lange hat es gedauert, bis eine ressourcenorientierte Sicht in die Psychotherapie Eingang fand, und wie schwer tut man sich mit ihrer wissenschaftlichen Ausarbeitung und praktischen Anwendung (vgl. ausführlich *Petzold* 1997p)? Wie lange hat es gedauert, bis die „Selbsterfahrung“ in der Therapie sich nicht mehr ausschließlich mit den Defiziten und Schädigungen befaßte, sondern mit „protektiven Faktoren“, Potentialen und Chancen (*Petzold et al.* 1993)? Man sage nicht vorschnell, das gehöre der Vergangenheit an. Dieses Denken wurde gerade in der BRD verrechtlicht, bildet die Grundlage der Kostenerstattung in Österreich und der Schweiz, prägt die Curricula und Ausbildungsordnungen, z.B. die durchaus als *repressiv* anzusprechende zum PTG in Deutschland<sup>23</sup>.

Die *Tiefenhermeneutik* der Triebwünsche, des Begehrens, des Abgewehrten hat ob dieser Hintergründe bislang immer noch nur wenig Raum für das Schöpferische und Kraftvolle, das sich bei PatientInnen findet, nicht zu reden von AusbildungskandidatInnen der Psychotherapie. Die Struktur einer „einseitigen Auslieferung“ bei fast allen Psychotherapieverfahren an die Therapeutenmacht, wurde bislang noch kaum systematisch untersucht (vgl. aber *Pohlen, Bautz-Holzherr* 1994), vor allen Dingen auf ihre Funktionalität hin. Die sozialpsychologische Attributionsforschung (*Flammer* 1990) legt die Gefahr einer „learned helplessness by therapy“ nahe (*Petzold, Orth* 1999). Die (dauerhaften) Erfolge der vergleichsweise kurzen „assertiveness trainings“ und psychoedukativer VT-Programme bei durchaus schwergestörten PatientInnen ohne „Aufarbeitung“ belastender biographischer Hintergründe sollte zumindest zu denken geben, ob nicht *kombinierte* Vorgehensweisen etwas für sich haben könnten, denn ihre Ergebnisse sind keineswegs schlecht und übertreffen oft monomethodische Ansätze (*Grawe et al.* 1994; *Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000). Verhaltenstherapie, Rogerianische Gesprächspsychotherapie, systemische

---

<sup>♥</sup> In diesem Text werden in Berücksichtigung von Genderperspektiven (*Petzold* 1998h; *Petzold, Sieper* 1998) die männlichen und weiblichen Formen im Wechsel gebraucht. Zuweilen wird das „I“ eingefügt. Die Mehrperspektivität genderbewußter Sicht soll damit betont werden, ohne eine Position hegemonialisierend zu favorisieren.

<sup>23</sup> Die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für psychologische Psychotherapeuten“ vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I Nr.83 S. 3749) im Rahmen des Bundesdeutschen Psychotherapeutengesetzes (vom 16. Juni 1998, BGBl. I S. 1311) ist höchst restriktiv und dokumentiert – von Richtlinienpsychotherapeuten beraten – in bestimmten Aspekten u.E. bildungspolitisches Mittelalter, denn diese Verordnung fällt z.B. weit hinter die Errungenschaften der Hochschulrahmengesetze oder der Erwachsenenbildungsgesetze (vgl. etwa das 1. Weiterbildungsgesetz vom 8. Januar 1980 in NRW) zurück. Eine Mitwirkung der AusbildungskandidatInnen (PsychologInnen, PädagogInnen und MedizinerInnen mit abgeschlossenem Studium) in der Ausbildung und ihren Gremien oder eine Mitwirkung der DozentInnen ist nicht vorgesehen, wie es in fortschrittlichen Ausbildungseinrichtungen von Nicht-Richtlinienverfahren seit Jahren Standard ist (*Petzold, Steffan* 1999).

Ansätze arbeiten nicht mit dem „Aufdecken“ *verdrängten* unbewußten Materials und haben sehr gute Erfolge. Sie sind dennoch nicht unemanzipatorisch! Was hindert, aus diesem Faktum nicht die Chance *differentiellen* Vorgehens bei spezifischen Indikationen zu gewinnen und solche zu erarbeiten? Die Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapie würden reicher und die Patienten würden angemessener und informiert, im „*informed consent*“ mitwirkend, ihre Therapien als gemeinsame Erkenntnis*suche* und persönliches Erkenntnis*streben* mitgestalten können. Das entspräche der „*client dignity*“, die noch viel stärker in den Vordergrund treten muß. Verhindert der nicht aufgearbeitete, verdeckte „*ekklesiale* Diskurs“ der Schulen, die an ihren „*Proprien*“ festhalten, ihre Territorien zementieren, solche **Transgressionen** vorhandener Positionen und damit Entwicklungen und Innovation? 1974 schrieb ich: „*Wenn in der Integrativen Therapie verhaltenstherapeutische, psychoanalytische und gestalttherapeutische Elemente auf dem Hintergrund einer gestalt- oder systemtheoretischen Betrachtungsweise zum Tragen kommen, so geschieht das unserer Intention nach nicht im Sinne einer Nivellierung, sondern unter Wahrung ihrer theoretischen und methodologischen Eigenheiten mit dem Ziel einer komplexeren Sicht der Dinge und differenzierterer Handlungsmöglichkeiten*“ (Petzold 1974j, 303).

Wir hatten die Geschichte der antiken philosophischen Seelenführung, der patristischen Seelsorge gesichtet (Rabbow 1954, 1960; Hadot 1969, 1981; Petzold 1967IIe, 1969 II d, e, 1972 II a, b), uns in Spezialstudien intensiv mit Problemen der Geisteskrankheiten und der Askese in Antike, Spätantike und byzantinischem Mittelalter befaßt (idem 1966 d; 1967 II a, 1968 II a, h), mit der Geschichte der Psychotherapie, mit Reil (1803), Janet (1889, 1919, 1923), mit Freud, Moreno, Vygotsky, Lewin und anderen Protagonisten, und z.T. beachtete psychohistorische Arbeiten publizieren können (Petzold 1980j, k, 1982 o, 1984h; Petzold, Schmidt 1972 etc.). Das gab uns die „Exzentrizität“ und die Freiheit, schon früh - trotz des Berührungsverbots in unserer analytischen Ausbildung - mit Körperarbeit, Bewegung, kreativen Medien, Drama zu experimentieren. Wir wurden dabei von unserem Analytiker V.N. Iljine, dem Ferenczi-Schüler, unterstützt (Petzold 1965; Petzold, Sieper 1970; Iljine, Petzold, Sieper 1970/1990). Wir konnten früh Psychodrama, Verhaltenstherapie und kognitive Strategien kombinieren (Petzold, Osterhues 1972), analytische Gruppentherapie, NTL-Gruppendynamik und szenisches Spiel (idem 1973e) in „**systematischen Suchbewegungen**“ als **Erkenntnisprinzip**.

Die *transversale Erkenntnis*suche und das *engagierte Erkenntnis*streben, das wurde uns auf diesem Wege klar, stehen in kulturgeschichtlichen Erkenntnistraditionen (vgl. Berlin 1998), die es zu betrachten und zu durchdringen gilt. Für die **Integrative Therapie** habe ich deshalb eine „klinische Philosophie“ (Petzold 1991a) entwickelt und in ihr einen „**metahermeneutischen Ansatz**“ (idem 1988a, 1994a; Petzold, Orth 1999, 100ff). Dieser ist im Rahmen der metakritischen Auseinandersetzung innerhalb der Hermeneutik mit ihrem „Universalanspruch“ (Habermas 1980) zu sehen, in dem sie sich selbst zum Gegenstand der Reflexion macht (Petzold 1988a, b; Krämer 1995), wohl wissend, daß in ihr und durch sie in vielfältigen Stimmen gesprochen wird, wie mit *Derrida* und *Bakhtin* verdeutlicht werden kann (Kent 1998, 35). Zum einen finden wir die Diskurse, Dialoge, Polyloge der Auslegenden in ihrer kooperativen Interpretationsarbeit, wobei es möglich und wesentlich ist, aktiv auf jede Stimme aus der Perspektive des Anderen zu hören. Aus einer solchen „dialogisierten Heteroglossie“ (*Bakhtin*) als einer komplexen Einheit von Differenzen kann nicht nur Erkenntnis über Erkenntnis gewonnen werden, sondern auch die gemeinschaftliche Entscheidungsfindung, in welche Richtung Entwicklungen, Interpretationen und Lebensformen gehen sollen. Die „community“ der Hermeneutiker reflektiert sich selbst und *bestimmt* sich selbst! Zum anderen spricht im einzelnen Hermeneutiker eine Pluralität von „consciousnesses“, seine Auslegungs- und Verstehensarbeit ist keine einsame. Seine Gedanken entspringen inneren Dialogen zwischen verschiedenen Positionen, die in ihm wirken, so wie die Charaktere etwa in *Dostojewskis* polyphonen Romanen ein Eigenleben führen, und selbst gegen ihren Autor aufstehen können, wie *Bakhtin* zeigte. Diese Romangestalten – aber auch die Gedankenfiguren des Denkers – sind „nicht nur Objekte des Diskurses des Autors, sondern auch Subjekte ihres eigenen unmittelbar bedeutungsgebenden Diskurses“, wobei sie zusammen eine „genuine Polyphonie von vollauf gültigen Stimmen werden“ (*Bakhtin* 1984, 6f) und die Pluralität des Selbstes im Kontext bekräftigen. Einen solchen Prozess in sich zu beobachten, gemeinsam mit den eigenen inneren Mitdenkern zu betrachten, zusammen mit Ko-respondenzgefährten, Polylogpartnern dieses ganze vielschichtige Geschehen in den Blick zu nehmen und zu durchdringen und dabei

die verändernde Wirkung eben dieser Beobachtung der Beobachtung und Analyse der Analyse zu erleben, das ist die besondere Qualität metahermeneutischer Arbeit.

Ein solcher Ansatz ist gerade für Formen der therapeutischen Arbeit (Psycho- und Leibtherapie) geeignet, in denen Menschen bemüht sind, „sich selbst im Lebensganzen [besser] verstehen zu lernen“ (Petzold 1981g), indem sie das Lebensganze besser zu verstehen bestrebt sind, in einem Prozeß, dem therapeutischen, der als solcher verstanden werden muß in seinen Versuchen, Selbstreflexivität zu entwickeln und sie dabei immer wieder zu übersteigen. Die Verfahren müssen deshalb darauf gerichtet sein, als Verfahren *sich selbst* zu verstehen: diskursanalytisch (sensu Foucault, vgl. Dauk 1989), dekonstruktivistisch (sensu Derrida, vgl. Parker 1999) und ko-respondierend (Petzold 1978c). Die Ermöglichung von „Überschreitungen“ (transgressions) im Verstehen der eigenen Positionen, des eigenen Ansatzes und die Stimulierung von transdisziplinären Emergenzen (idem 1998a, 41, 240) wird von uns durch die Initiierung interdisziplinärer Ko-respondenzprozesse (idem 1991e) mit Philosophen, Neurowissenschaftlern, Soziologen, Historikern gesucht (z.B. in Symposien und Foren, die wir organisieren, vgl. Schmiedel, Sieper 1993), denn nur so – davon sind meine KollegInnen und ich überzeugt – kann sich moderne Psychotherapie allgemein und **Integrative Therapie** im Besonderen als Phänomen einer globalisierten, transversalen Moderne (Welsch 1997; Morin 1997; Beck 1997; Petzold 1997t, 1998a) verstehen und transmethodische, ja transdisziplinäre Konzepte und Modelle (ibid. 26f) entwickeln. Der Term *transversal* – ursprünglich von Guattari (1964/1965) verwandt – kennzeichnet im Wissens- und Wissenschaftsverständnis der **Integrativen Therapie** die Querung komplexer Räume des Denkens sowie des alltäglichen und professionellen Handelns, das kreuzende Navigieren in den „Meeren der Weltkomplexität“ im Sinne systematischer Erkundungen und arbeitsintensiver „Konnektivierungen“ von *differenten*, ja *heterogenen* Wissens- und Erfahrungsbeständen. (Integration ist Konnektivierung, nicht Assimilierung! Petzold 1998f). Ziel ist das Erhalten von *Pluralität* und *Komplexität* (idem 1998a, 44, 58f, 63; vgl. Luhmann 1968), nicht ihre Nivellierung oder Zerstörung – und wenn es *darauf* hinauslaufen sollte, dürfte es keine „allgemeine Psychotherapie“ (Grawe et al. 1994) geben. Das aber meint Grawe nicht, er vertritt vielmehr eine „**psychologische Psychotherapie**“ (Grawe 1998), und das mit guten Gründen, die wir unterschreiben, die uns aber insgesamt zu eng greifen, denn wir vertreten eine „**biopsychosoziale Humantherapie**“, sind also um breitere wissenschaftliche Grundlagen bemüht und sehen in der Zentrierung auf das „*psycho*“ eine Einschränkung, die Fortschreibung des abendländischen, bei Descartes kulminierenden Körper-Seele- Dualismus. Eine mit empirisch fundierten und metakritisch reflektierten Wissensbeständen arbeitende, nicht reduktionistische „Integrative Therapie“ (Petzold 2001a), die Somatisches, Psychisches (und damit auch eine „psychologische Psychotherapie“), Soziales, Ökologisches mehrperspektivisch verbindet, darauf setzen wir (idem 1994o), auf ein Verfahren - das möchte ich unterstreichen -, daß sich seiner Nicht-Wissensareale (Ivainer, Lengelet 1996) bewußt ist, um sie verantwortlich anzugehen und zu erforschen (wobei aufgrund der Knappheit der Forschungsmittel die thematische Selektion legitimiert werden sollte).

Mit dem Konzept der „*Transversalität*“ umgehen wir die überdiskutierten Begriffe „postmodern“ und „poststrukturalistisch“ (dennoch sind für uns natürlich Baudrillard, Deleuze, Derrida, Lyotard, der späte Foucault u.a. wichtige Referenztheoretiker) und betonen nichtsdestotrotz die *Pluralität des Wissens*, der Lebenswelten, der „lifestyle communities“ (Müller, Petzold 1999), der Menschen, der Stile des Denkens, natürlich auch der *Formen* und *Formate* von Psychotherapie - müssen es denn „Schulen“ sein? Hinter der Schwelle der Schulen nistet das Dogma und regieren die „Dispositive der Macht“ (Foucault 1977)! Täten es nicht auch „Orientierungen“ oder „Mikroparadigmata“? (vgl. Petzold 1993h). Was schleppen wir in der Psychotherapie durch den Schulbegriff an **Diskursen** mit (von den Philosophen- und Rhetorenschulen, von den theologischen Schulen und ihrer Scholastik bis zu den Psychotherapieschulen mit ihren Orthodoxien). Was transportieren wir an Zwangsapparaturen in unseren Ausbildungsordnungen, demodierte Auffassungen, zuweilen verqueren Idealen „humanistischer“ Gymnasien gleich, was an Synchronisierungsmechanismen in „Richtlinientherapien“ oder in schulenspezifischen Behandlungsnormen und Manualisierungen?

Dagegen muß man mit *Bakhtin* „Heteroglossien“ setzen, vielsprachige Rede, und mit *Foucault* „Heterotopien“ aufsuchen (*Mazumdar* 1998), Räume des Verschiedenen, Fremden, an deren Grenzen *Ko-responsenzen* und *Konnektivierungen* (*Petzold* 1994a) möglich werden – nach *Heraklit* konkordante und diskordante, denn es muß ja nicht alles „eines Herzens und Sinnes sein“! Das Befürworten solcher *Positionen* (*positions*, als „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“, *Derrida* 1986, 184) affirmiert „*différance*“, d.h. es stellt für uns eine Differenzen erzeugende Tätigkeit dar, bei gleichzeitiger Verzögerung abschließender Wertungen, so daß durch diesen *Aufschub* (*idem* 1976, 99, 1986, 154) Verbindungen möglich werden, die das „*Emergenzpotential*“ (*Petzold* 1998, 312) des Systems, des Feldes (der Psychotherapie, der Psychoanalyse, Gestalttherapie etc.) steigert, die Fähigkeit, Neues, Innovation hervorzubringen durch die Vielzahl und Dichte der Vernetzungen. Hierin liegt auch eine der Chancen des Prozesses der „Schweizer Psychotherapiecharta“.

Für die Integrative Therapie bedeutet eine solche Position, daß sie sich in den Bewegungen des historischen Kontinuums, den Strömungen des Zeitgeists (*Petzold* 1989f) und im engeren und weiteren *Kontext* beobachten, reflektieren, analysieren muß, sich aber auch analysieren läßt, d.h. daß sie sich dem (gfls. strittigen) *Diskurs* (*Habermas* 1971, *idem Luhmann* 1971) aussetzt, daß sie weiterhin mehrere Ebenen im Blick behält, sich kritisch in Blick nehmen läßt. Therapie muß sich im Kontext der Moderne auf verborgene **Diskurse** (*Foucault* 1978) der *Macht* hin beobachten. Von „Beobachtern der Moderne“ (*Luhmann* 1992) wird der Mut verlangt, sich *parrhesiastisch* die Wahrheit sagen zu lassen und die Courage, selbst Wahrheiten, unbequeme zumal, auszusprechen. „Wer hat das Recht, die Pflicht und den Mut die Wahrheit zu sagen“? fragte *Foucault* (1986/ 1996). Wer ist bereit, sich die Wahrheit sagen zu lassen, einzugestehen, daß sie zutrifft, trifft? Auch die Wahrheit, daß es unterschiedliche, zuweilen „viele“ Wahrheiten gibt? PsychotherapeutInnen sollten zu denen gehören, die solchen Mut haben, womit immer auch eine Einschränkung der eigenen Geltungsansprüche gegeben ist. Psychotherapeutische „Schulen“ haben hier bislang nur wenig Toleranz gezeigt, geschweige eine *Wertschätzung des Anderen*. Die Psychotherapiegeschichte (z.B. die „Exkommunikationen“ von *Reich*, *Rank*, *Adler* usw. und vieler anderer „*Dissidenten*“) belegt dies, und die skandalöse Gegenwart der Ausgrenzung - z.B. in der BRD – dokumentiert dies bedrückend.

Hier, bei diesen Geschichten und Gegenwarten der „Ausgrenzung bis zur Existenzvernichtung“ gilt es anzusetzen: beim Schicksal von *Reich* und *Rank* (*Nagler* 1998) und derzeit bei dem Los vieler im „Erstattungsverfahren“ langjährig *erfolgreich* (siehe die Untersuchung von *Thomas*, *Schmitz* 1993 und *Petzold* et al. 2000) als Behandler tätig gewesener Kolleginnen, die jetzt in den von RichtlinienvertreterInnen besetzten Ausschüssen keine Zulassung erhalten. Wenn Psychotherapie eine Zukunft haben soll und eine hinlänglich akzeptable ethische Basis, dann müssen solche Realitäten angeschaut werden, dann müssen Konkurrenz, Kollegialität und Fairness Thema werden und darf nicht mit pseudowissenschaftlichen Kampfangargumentationen (die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie haben die bessere Wirksamkeit, die bessere Theorie etc.) operiert werden. Hier liegt für mich eine zentrale Bedeutung des **Chartaprozesses**, denn er affirmiert: *Erkenntnis ist pluriform, Wissenschaft muß plural sein*. Sie muß *kulturalistisch* (d.h. in ihrer Qualität als Produkt/Konstrukt kultureller Prozesse) verstanden werden (*Janich* 1996) und sie muß, besonders bei Humanwissenschaften, das implizierte Verständnis von *Humanität* und die damit verbundenen Fragestellungen dekonstruieren, um **Überschreitungen** (*transgressions*) zu neuen oder anderen Konzepten und Praxen möglich zu machen (*Petzold*, *Orth*, *Sieper* 2000).

#### **4.1 Exkurs: Metahermeneutische Mehrebenenreflexion zu einer Patientin/Klientin in komplexem Kontext mit „prekärer Lebenslage“ – eine „kritische Problematisierung“**

Am Beispiel einer Patientin/Klientin in einer „*prekären Lebenslage*“ soll mit einer „metahermeneutischen Mehrebenenreflexion“ (*Petzold* 1994a) aus einer Behandlungssituation im therapeutischen Alltag expliziert werden, welche Dimensionen bei einer komplexen Sicht ins Spiel kommen und wie durch die Praxis Erkenntnisprozesse, Prozesse der Theorienbildung und Methodenentwicklung angestoßen werden können. Für mich war diese Behandlungssituation

seinerzeit [1993] eine Anfrage 1. an meine persönliche Arbeit als Psychotherapeut – ich wurde als „Person“ gefordert -, 2. an mein Tun als Angehöriger dieser Profession, ich wurde in der „Rolle“ als Mitglied der *professional and scientific community of psychotherapists* gefordert [damals hatte ich noch nicht in Deutschland und Österreich den *Status* des approbierten bzw. gesetzlich anerkannten Psychotherapeuten]. 3. Inzwischen wäre eine solche Behandlungssituation auf Grund der gesetzlichen Regelungen auch eine Anfrage an meinen „Status“. Das würde eine „*kritische Problematisierung*“ (vgl. infr. und Foucault 1996) der PatientInnen-situation auf diesen drei Ebenen erforderlich machen, was allerdings hier nur aufgezeigt und nicht detailliert ausgeführt werden kann. Eine derart komplexe Sicht ist unerlässlich, will man dem Patienten/der Patientin in seiner jeweiligen Lebenslage gerecht werden, ihre Besonderheit respektieren. Hieraus wird indes keine Qualität verwirrender, ultrakomplexer Praxis erwachsen, da es zu „holographischen Verdichtungen“ in der Konkretheit des therapeutischen Handelns kommt, denn: Therapie ist das Wiederherstellen von guter Alltäglichkeit und integerer Zwischenmenschlichkeit und hat sich deshalb auch in dieser Qualität zu vollziehen.

#### 4.1.1 *Prekarität des Kontextes erfordert kontextualisierte Betrachtung*

Die Patientin *Karina*, Alleinerzieherin, 27 Jahre (näheres 4.1.4), kam zu mir in einer konkreten *Notsituation* und miserablen *Lebenslage*. Dieser **Kontext** sprang unmittelbar stärker ins Auge als die geklagte Symptomatik. Die Prekarität dieser Lage, die eine Hilfe aufgrund von Not in den Vordergrund stellte und nicht Hilfe aufgrund infantiler Bedürftigkeit und dependenzsehnsüchtiger Übertragung war, diese Prekarität war mir „ins Auge gesprungen“. Sie war für mich unübersehbar. Und dennoch hatte in besonderer Weise auch auf meine Gegenübertragung geachtet, d. h. meine Resonanz auf „Übertragungsanfragen“ der Patientin (In der Integrativen Therapie sehen wir Übertragung szenisch und als eine Anfrage an den Therapeuten in der aktualisierten „alten“ Szene eine Rolle für die Patientin zu *verkörpern* – „Sei mir ein [guter, strenger etc.] Vater!“). Am Abend des damaligen Praxistages brachte mich das Geschehen zu einigen theoretischen Reflexionen, die ich offenbar brauchte, um das Erleben meiner Hilflosigkeit zu strukturieren und es als „*konstruktiver Realitätsverarbeiter*“ – dieses *Hurrelmann*-Konzept (1988/1995) kam mir später in diesem Zusammenhang in den Sinn – zu bewältigen, u. a. durch die Planung und in der Folge dann auch Umsetzung *soziotherapeutischer* und *agogischer* Maßnahmen für diese Frau und ihr Kind. Ich beziehe häufig Interventionen der *Soziotherapie* (*Petzold* 1997p) und *agogischer* Art – Weiterbildung, Familienbildung, Persönlichkeitsbildung, Lebenshilfe (*Petzold, Sieper* 1970, 1977; *Sieper, Petzold* 1993) - in die *Integrative Psychotherapie* ein (dort als „Vierter Weg der Heilung und Förderung“ gekennzeichnet, vgl. *Petzold* 1985a, 1988n, 260 ff). Ich dachte etwa folgendes: Ich darf diesen Menschen, diese Frau, nicht *dekontextualisiert* betrachten, sondern muß sie in ihren *temporalisierten* Lebenszusammenhängen (*Kontext/Kontinuum*), in ihrer *Lebenslage* sehen, was in der Psychotherapie leider noch keineswegs die Regel ist [wie sich an modernen Standardwerken aus unterschiedlichen Richtungen ersehen läßt, vgl. *Mertens* 1993, 1997, 2000; *Grawe* 1998]. Dieses Faktum bedarf der „*kritischen Problematisierung*“! Das wurde mir – wieder einmal – an der Situation dieser Patientin deutlich: der immense Einfluß, den die *aktuelle Lebenslage* (keineswegs bloß die „frühe Kindheit“) mit ihrer rezenten Vergangenheit und ihren prospektiven Nah- und Fernhorizonten für Gesundheit und Krankheit hat und für eine nicht-reduktionistische Behandlungsstrategie und –praxis haben muß.

#### 4.1.2 *Übertragung – als Konzept klinischer Diagnostik und Beziehungsarbeit aber auch als Machtstrategie, Dependenzstruktur und Form reduktionistischer Relationalität*

Mir war in der Nachreflexion deutlich geworden, wie ich geradezu routinemäßig nach Übertragungsqualitäten Ausschau gehalten hatte, meine Gegenübertragungsresonanz abfragte. Zur klinischen Einschätzung der Situation der Patientin, meiner Reaktion auf die Patientin und ihrer Lage war mir diese Sicht wichtig. Sie hatte mir auch Hilfen gegeben, mich in der Situation angemessen zu verhalten: zugewandt, aber nicht überprotektiv, offen, aber durchaus abgegrenzt, unterstützend, aber nicht Verantwortung für Bereiche übernehmend, die die Patientin offenbar alleine zu regeln vermochte. Diese Regulationen meines Verhaltens, die natürlich auch der Patientin Regulationsmöglichkeiten boten, denn die Situationsstruktur ist *inter-aktional*, wurden aber auch noch durch andere Diagnoseraster gestützt. Beide „*klinischen*

*Phänomene*“ – und als solche sehe ich Übertragung und Gegenübertragung und nicht als generalisierte Relationalitätsmodalitäten, wie gewisse Analytiker, die *nichts anderes* als Übertragung und Arbeitsbündnis von Seiten der PatientInnen sehen –, beide Phänomene also sind sicher wichtig und unterstützen gelingende Behandlungen (obwohl VerhaltenstherapeutInnen, viele SystemikerInnen, die traditionellen GestalttherapeutInnen und RogerianerInnen *ohne dieses Konstrukt* Therapieergebnisse vorlegen können, die häufig bessere Effektstärken vorweisen können als psychoanalytische Behandlungen). Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomene werden im Integrativen Ansatz spezifisch gesehen:

**Übertragung** ist die *unbewußte Aktualisierung in den mnestischen Speichern von alten Atmosphären, Szenen und Szenensequenzen [script] aus einstmaligen Lebenslagen mit ihren je spezifischen Qualitäten und den in ihnen enthaltenen Mustern der Relationalität und der Verkörperung, die jetzt, in der Gegenwart, in einer anderen Situation, mit anderen Menschen, gfls. in einer anderen Lebenslage sich inszenieren. Geschieht eine solche Aktualisierung auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin sprechen wir von Eigenübertragung - gen von TherapeutInnen, die zum Nachteil von PatientInnen agiert werden können, wenn sich im therapeutischen Kontext und Prozeß pathologische Szenen des Therapeuten - zuweilen in maligner Komplementarität mit solchen der Patientin und ihres Skriptes - unbewußt - reinzenieren.*

**Gegenübertragung** der Therapeutin ist die *bewußte bzw. bewußseinsnahe und deshalb leicht zugängliche empathische Resonanz auf das aktualisierte, in Verbalität und Nonverbalität zum Ausdruck kommende, seelische Material (Atmosphären, Szenen, Skripts) des Patienten, das damit für den Therapieprozeß erschlossen und nutzbar gemacht werden kann, weil es nicht unbearbeiteter Eigenpathologie der Therapeutin entfließt. Gegenübertragungsresonanzen gibt es auch bei PatientInnen aus ihrem gesunden Empathievermögen heraus ihren TherapeutInnen – d.h. deren problematischen Persönlichkeitsseiten – gegenüber. Man sollte um dieses empathische Potential wissen, seine Äußerung ermutigen und bereit sein, sich durch dieses Material – dem Beispiel Ferenczis (1968) seinem Konzept der „Mutualität“ – folgend in Frage stellen zu lassen (ggfls. unter Nutzung von Supervision und Kontrollanalyse), um aus eventuellen Eigenübertragungen herauszukommen.*

Übertragungsphänomene indes sind nicht die einzigen Formen der *Relationalität*: *Verschmelzung* (in Liebe und Zärtlichkeit), *Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit* sind andere, wie die sprachphänomenologische Analyse zeigt, die die Psychoanalyse nicht beachtet. *Statuskonfigurationen* (z.B. Arbeitgeber/Arbeitnehmer, Oberarzt/Patient), d.h. soziale Differenzierungen, ggfls. soziale Ungleichheit, bestimmen Vorteile und Nachteile, Rechte und Pflichten, regeln Ressourcen und Interaktionen. *Rollenkonfigurationen* im institutionellen Rahmen (die z.B. die Schwester Marga mit dem Arzt Dr. Meier und dem Patienten, Herrn Braun, konstellierte) bestimmen Dependenzmuster, Muster der Hilfeleistung, Schemata der Interaktion und Kommunikation. Weiterhin beeinflussen Erwartungsstrukturen, Attributionsmuster, Affiliationsprozesse, patterns of control, soziale Kognitionen, Genderrituale, schichtspezifische und institutionstypische Kommunikations- und Interaktionsformen (z.B. in der Forensik) die *Relationen* zwischen Menschen nachhaltig, wie Untersuchungen der Sozialpsychologie überzeugend zeigen. Betrachtet man zwischenmenschliche Relationen allein unter der Übertragungs- bzw. Übertragungs-/Gegenübertragungsperspektive oder setzt diese prioritär, blendet man die ganze Fülle relationaler Phänomene ab bzw. aus und verliert wesentliche Erklärungsansätze, vor allen Dingen solche, die sich mit *realer* Not und nicht nur mit phantasmatischer, mit *realer Macht* und nicht nur mit Ritualen abstinenter (*Freud*) oder wohlwollend neutraler (*Kernberg*) Therapie befassen, die allerdings bei kritischem Blick und sorgfältiger Analyse sich als **verschleierte Strukturen der Macht** erweisen – magischer Heilermacht [Priesterärzte], wissenschaftlicher Expertenmacht, gesellschaftlicher Statusmacht, monetärer Schichtprivilegien (PsychotherapeutInnen gehören ja in ihrer Profession nicht der „Unterschicht“ an und arbeiten u.a. auch deshalb weniger mit Menschen aus benachteiligten Schichten). Es ist verwunderlich und auch dekurierend festzustellen, daß von der Mainstreampsychoanalyse das Übertragungskonzept weder systematisch beziehungsphilosophisch und machttheoretisch reflektiert wurde, noch empirisch mit den Möglichkeiten moderner Sozialwissenschaft untersucht wurde oder in Auseinandersetzung mit soliden sozialpsychologischen Theorieständen diskutiert wurde (und natürlich auch von den „humanistischen“

PsychotherapeutInnen, die das Übertragungskonzept verwenden). Damit wurde und wird vermieden, das strukturelle Dependenzmoment dieses Konzeptes transparent zu machen bzw. seine Machtverhältnisse bewahrende, ja stabilisierende Funktion in der Psychoanalyse bzw. in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zu reflektieren. Diese Funktion muß aber aufgedeckt werden, um ihr gegensteuern zu können. Wie viele der nicht dekonstruktiv untersuchten und „bereinigten“ Konzepte und Begriffe in der Psychotherapie – z.B. „Ich und Du“ (Petzold 2000b), Exposition (Miltenburg, Singer 1997; Petzold, Wolff et al. 2000), Widerstand (idem 1981b), manualisierte Therapie etc. - ist der Übertragungsbegriff ein *prekäres Konzept*, daß der sorgfältigen Betrachtung und immer wieder der *Problematisierung* bedarf, um seine nützlichen Valenzen auszuschöpfen und seine problematischen Seiteneffekte im Griff zu behalten. Die beständige Wiederholung und Betonung der Wichtigkeit des Übertragungsgeschehens macht es nämlich damit konzeptuell nicht unbedingt richtiger. Vielmehr besteht die Gefahr, daß es den Status einer „heiligen Kuh“ bekommt (wie viele *Freudsche* Begriffe etwa der der Abstinenz, des Unbewußten, des Primärprozesses, der oralen Phase, der ödipalen Situation, des Narzißmus, des Triebes), der eine kritische bzw. metakritische Reflexion verhindert. Übertragungsgeschehen in der Praxis, wo es erkannt, beachtet und genutzt werden müßte, erhält dann durch Generalisierung eine Überbewertung, so daß es oft nicht gelingt, es in einer richtigen *Dimensionierung* zu positionieren: als *e i n wesentliches Phänomen unter anderen* (neben Kontakten, Begegnungen, Beziehungsqualitäten) in den vielfältigen Formen der Relationalität eines Therapiegeschehens – ein zumeist spezifisch klinisches, pathologiebestimmtes Phänomen, denn die bloße Produktion von Reminiszenzen im Beziehungsgeschehen, bewußtseinsfähige, evozierte Erinnerungen, die jeden Interaktions- und Kommunikationsprozeß durchfiltern und kennzeichnen, darf man nicht als „Übertragung“ bezeichnen, ohne den Begriff hoffnungslos zu überdehnen und unbrauchbar zu machen sowie die hinter Übertragungen stehenden pathologischen Dynamiken auszublenden. *Karinas* Formen der Relationalität in der helfenden Beziehung, im professionellen Kontakt mit mir, in Rollen- und Statuskonfigurationen, Affiliationen, ihre notlagebedingten Dependenz und ihre aus der „Arbeit ihrer Persönlichkeit an ihrer Persönlichkeit“ resultierende *Souveränität*, ihre Sehnsüchte nach väterlicher Geborgenheit – zweifelsohne auch durchfiltert mit Übertragungsqualitäten – ihre Wünsche nach Ruhe, nach Entlastung und Hilfe ... all das war ein breites Spektrum an Phänomenen in der Relationalität, das differentiell wahrgenommen, erfaßt, thematisiert und verstanden werden mußte und unter einer generalisierten Übertragungsoptik überblendet worden wäre, zum Nachteil der Patientin/Klientin und ihrer Therapie bzw. Begleitung.

Das wurde mir in dieser Prozeßbegleitung wieder einmal klar. Es wurde mir von der Patientin/Klientin auch sehr deutlich gemacht, deutlich genug, um mich nicht von den Generalisierungstendenzen des Übertragungs/Gegenübertragungsbegriffes skotomisieren zu lassen. Die Reflexion *unseres* Prozesses unter dieser Optik war unverzichtbar und wurde immer wieder unternommen. Eine *ausschließliche* Betrachtung mit dieser Brille (zum Konzept der Optiken bzw. der Brille vgl. Petzold 1989d; Schreyögg 1994) hätte fatale Folgen haben können. Dann nämlich hätte ich *Karinas* Lebentüchtigkeit, ihre Partnerschaftlichkeit in den Prozessen der Problembearbeitung, ihre Expertise für sich selbst und ihre Lebenssituationen, ihre Verzweigung aufgrund destruktiver Wirkungen in ihrer *prekären Lebenslage* nicht sehen können, hätte die hinter den Übertragungsphänomenen „in der Beziehung“ stehenden mitaktualisierten Qualitäten einer „alten“ Lebenslage vielleicht nicht erkannt - zumal das szenische Verständnis von Übertragung und ihre Rückbindung an Lebenslagen mit ihren Atmosphären ohnehin nicht die Regel ist. Damit hätte die Gefahr bestanden, daß ich mich wahrscheinlich nicht situationsangemessen und adäquat zur Prekarität der gegenwärtigen, realen Lage verhalten hätte. Die Möglichkeiten der Relationalität, die Potentiale, die in unserer Beziehung lagen, wären nicht optimal genutzt worden. Ich hätte Chancen vergeben, die sie in Netzwerken zu aktualisieren vermochte, welche wir *gemeinsam* erschließen konnten. Der Übertragungsbegriff steht stets in der Gefahr, seinen Wert als Konstrukt einer spezifischen Heuristik zu verlieren und *reduktionistisch* zu wirken, wenn TherapeutInnen mit ihm und durch ihn andere Sichtweisen marginalisieren. Sie müssen sich dann fragen lassen: „Welche **Diskurse** (Foucault) werden hier in wessen Interesse und zu wessen Nachteil verschleiert? Welche „*Dispositive der Macht*“ (idem 1978) kommen hier zum tragen. Welche Parentifizierungs- und Klientelisierungsprozesse werden durch eine ubiquitäre

Übertragungssicht zementiert und welche Schwierigkeiten und Probleme halten sich TherapeutInnen mit der Übertragungszentriertheit ihrer Betrachtung und ihrer Arbeitsweise vom Leibe? Zweifelsohne eine Auseinandersetzung mit der bitteren *Realität* von destruktiven und prekären Lebenslagen, weiterhin wahrscheinlich auch die nahegehende, beängstigende Antizipation einer scheiternden Lebenskarriere (also nicht nur einer Symptomverschlechterung) ihres Patienten. Begrenzte, *reduktionistische* Perspektiven, können – so scheint man häufig zu meinen – Belastungen *puffern*, die durch zu weitgreifende Antizipationen und durch negative Prognosen aufkommen können. Aber man täuscht sich! Man blendet nämlich aus, daß auch Antizipationen von Streß – selbst un-bewußte, vorbereußte, dissoziierte, an den Rand des Bewußtseinsfeldes abgedrängte antizipierte blastende Ereignisse - *distressfull events* sind! Das muß noch viel klarer in Theorie *und Praxis* der modernen Psychotherapie Niederschlag finden!

#### 4.1.3 „Komplexe Lebenslage“, ein kontextualisierendes, sozioökologisch-ökonomisches Konstrukt theragnostischer Praxis

Diese und andere Überlegungen kamen in der gedanklichen Auseinandersetzung, *im Nachspüren* [es betrifft Regungen], *Nach-sinnen* [Empfindungen], *Nach-fühlen* [Emotionen], *Nach-denken* [Kognitionen, Überlegungen] über die Situation von *Karina* und zunehmend über die ihres Kindes auf – das immer mehr in den Vordergrund rückte und mir damit die ganze Komplexität der Lebenssituation vor Augen führte, eine „**komplexe Lebenslage**“. Ich erinnerte mich an *Morenos* frühes Konzept der „Lage“ und seine zentralen Fragen: „Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?“ (*Moreno 1923*). Ich machte mir Notizen für eine ad hoc geplante, dann nicht ausgeführte Arbeit, Notizen, die ich jetzt, in diesem nachstehenden Text, verwende:

„Speziell komplexe und schwierige Situationen/Lebenslagen mit ihren sozialen, ökologischen und ökonomischen Bedingtheiten sind deshalb mit besonderer Sorgfalt in den Blick zu nehmen, für die Diagnostik im beginnenden Therapieprozeß, die *Theragnostik* auszuwerten, gegebenenfalls durch ein *soziotherapeutisches Situations- bzw. Lage-Assessment*, denn sie haben die Tendenz, sich in die Zukunft fortzuschreiben. *Lagen*, sind eigentlich durch ihre Temporalisierung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und durch die Einflußvielfalt komplex. Sie können chronifizieren, nicht nur Krankheiten! Dabei lassen sich typische Szenarien feststellen, deren Strukturen, Einflüsse und Verlaufsdynamiken noch sehr viel Aufmerksamkeit und vor allen Dingen Forschung bedürfen. Sie verlangen nämlich oft genug flankierende Maßnahmen zur Psychotherapie und/oder Beratung, damit diese gelingen, ein kompetentes „*case management*“ – Ich hoffe, daß dieser Begriff sich *nicht* durchsetzt und spreche lieber, weil weniger verdinglichend und klientelisierend, von einer *kompetenten soziotherapeutischen Prozeßbegleitung* (*Petzold 1985a, Petzold Petzold, 1993a*). Soziotherapeutischen Maßnahmen kommt, ungeachtet ihrer Vernachlässigung in der Psychotherapie und einer oft vorfindlichen Hybris von Psychotherapeuten gegenüber Sozialarbeitern (nicht zu reden von deren Miderwertigkeitsreaktionen gegenüber Psychotherapeuten) gerade bei schwierigen Patientensituationen, bei Menschen in „*prekären Lebenslagen*“ eine kaum hoch genug zu wertende Bedeutung zu. Manche zerbrochene Lebenskarriere, sehr viele Chronifizierungen mit ihrem immensen Leid für die Betroffenen und den enormen Kosten für das Gemeinwesen wären zu vermeiden, würden *Psychotherapie, Soziotherapie, Agogik und Selbsthilfe* besser koordiniert, könnten die Berufsgruppen jenseits von Standesdünkel, Rollenmacht und Statusdenken besser miteinander kooperieren, würden Professionelle und Selbsthelfer in ihrer „doppelten Expertenschaft“ (*Petzold, Schobert 1991*) zu Synergien finden. Stattdessen arbeitet man gegeneinander oder aneinander vorbei. Das gilt es „*kritisch zu problematisieren*“. Es finden sich bei historischer Betrachtung eigenartige „Schlingerbewegungen“ im Felde der psychosozialen Hilfe. Erst war da die Armenhilfe, Versorgung psychisch Kranker nach den „*poor laws*“ [vgl. jetzt *Petzold, Ebert, Sieper 1999*], dann professionalisierte sich die Sozialarbeit, wurde von der aufkommenden Psychotherapie, die sich der „besseren Klientel“ annahm, deklassiert.“

So meine damaligen Überlegungen und Notizen. Derzeit kommt es unter dem Druck der Kosten zu einer Favorisierung „niedrigschwelliger“ Maßnahmen, zunehmend auch einer auf „*case management*“ reduzierten *Soziotherapie*, die viel mehr leisten könnte (*Petzold 1997p*). Das alles geht zu Lasten der psychotherapie- und soziotherapiebedürftigen Patienten, die durch den koordinierten Einsatz *von mehreren Strategien der Hilfeleistung* gestützt und aus ihren

psychischen/psychosomatischen Beschwerden und ihren „prekären Lebenslagen“ herausgeführt werden müßten. –

Das Schicksal der erwähnten Patientin und ihrer Situation regte also bei mir methodische und theoretische Überlegungen an. Es rief z.B. das mir aus der sozialpsychiatrischen Theorie Morenos und soziologischen „Ungleichheitsforschung“ stammende und leider in der klinischen Literatur kaum beachtete Konzept der „Lebenslage“ auf und brachte mich auf Term „prekäre Lebenslage“, der mir am besten das zu kennzeichnen schien, was mir in dem Kontakt mit der Patientin wieder einmal begegnet war. Ich verwandte meine Überlegungen, um den Begriff „Kontext“ – als Teil des Kontext/Kontinuumskonzeptes eine zentrale Kategorie der Integrativen Therapie (Petzold 1997a, 1998a), die der Kontextpsychologie von Vygotsky, dessen Denken wir in der Integrativen Therapie in zentraler Weise verpflichtet sind (Petzold, Sieper 2002h) – zu vertiefen, indem ich ihn in Richtung eines integrativen und differentiellen Lebenslagekonzeptes (vgl. Müller, Petzold 2000a) weiterentwickelte.

Dazu zog ich einige Referenztheorien und –konzepte bei:

- 1. *Umwelt* – Sie kann als Konzept im Sinne von Lewin oder auch von J. von Uexküll und von Gibson im Sinne eines biophysikalischen bzw. ökologischen Raumes, wie er sich der Wahrnehmung darbietet, begriffen werden (z.B. Quartier, Haus, Wohnung, Möblierung etc.), der die Person und ihre Lebenslage nachhaltig beeinflusst;
- 2. *Lebenswelt* – Sie kann in einem phänomenologischen Verständnis als Boden und Horizont der Erfahrung (Husserl 1954, 29ff) gesehen werden, als alltägliche, „anschauliche Lebensumwelt“ (ibid. 123), und in einer sozialphänomenologischen Erweiterung als subjektiv erlebte Alltagswelt (Schütz 1984), die sich aber auch als undurchschaubare, kontingente, sich permanent transformierende Vielfalt (Merleau-Ponty 1986; Waldenfels 1985, 21, 67) erweisen kann. Auch Lebenslagen sind in ihrer Erfäßbarkeit und Kontingenz erlebt.
- 3. *Situation* - Diese erlebte „phänomenale“ Welt kann unter soziologischer Perspektive als subjektiv gesehener Ausschnitt im Sinne von W.I. Thomas (1923, 1965) als Situation verstanden werden, die das Verhalten des Menschen beeinflusst. Lebenslagen können als „serielle Situationen“ verstanden werden, die allerdings in den Rahmen individueller subjektiver Theorien und kollektiver Bewertungen gestellt werden muß (vgl. Petzold 1998a, 368)
- 4. *Sozialwelt - Social world* (vgl. Strauss 1978), darunter verstehen wir eine von einer sozialen Gruppe geteilte Perspektive auf die Welt, eine „Weltsicht“ (mit ihren belief systems, Wertvorstellungen, Basisüberzeugungen im Mikro- und Mesobereich), eine „Weltanschauung“ im (Makro- und Megabereich). Makrobereiche prägen – etwa über einen „Zeigeist“ (Petzold 1989f) die Mikro- und Mesobereiche entweder konformierend – man stimmt zu - oder divergierend – man lehnt sich auf, stemmt sich gegen die Strömungen des des Zeitgeistes. Sozialwelten formieren sich in Polylogen, vielstimmigen Gesprächs- und Erzählgemeinschaften (Petzold et al. 2000). In einer Social world kommen „soziale Repräsentationen“ zum Tragen. Dieses Konzept von Serge Moscovici (1984, 2001) haben wir erweitert und als einen Set „kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit den aus ihnen resultierenden Verhaltensweisen, Performanzen“ (Petzold 1969c, Hass, Petzold 1999). Umwelt bzw. Lebenswelt werden kognitiv eingeschätzt (appraisal) und emotional bewertet (valuation) und diesen Bewertungen ist in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit sorgfältig nachzugehen, will man z.B. den Kontext alter Menschen verstehen, ihr Erleben des jeweiligen Kontextes erfassen.
- 5. **Lebenslage** – Das sozialwissenschaftliche Konstrukt der Lebenslage versucht „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker, Naegle 1991, meine Hervorhebung).

In ein **integratives Konzept der Lebenslage** als ein mögliches Kontextkonzept lassen sich alle voranstehend (1 - 4) aufgeführten Perspektiven (und event. noch andere) einbringen, womit eine alleinig psychologische Betrachtung (Saup 1993) überschritten wird, ohne sie gering zu werten. Im Gegenteil eine soziopsychologische Sicht, wie sie in den Konzepten von S. Moscovici oder A. Strauss zum Tragen kommt, imprägniert auch die Netzwerke und Lebenslagen.

„Mit sozialen Repräsentationen meinen wir eine Anzahl von Begriffen, Aussagen und Erklärungen, die ihren Ursprung in den alltäglichen Kommunikationsvorgängen zwischen Individuen haben. Sie sind für unsere Gesellschaft äquivalent zu den Mythen und Glaubenssystemen traditioneller Gesellschaften. Man könnte beinahe sagen, sie stellen die zeitgenössische Variante des ‚common sense‘ dar“ (Moscovici nach Leyens, Dardenne 1997, 127).

In einer *Social world* kommen „soziale Repräsentationen“, d.h. kollektive Muster zum Tragen, die allerdings breiter gefaßt werden müssen als bei Serge Moscovici. Deshalb habe ich sein Konzept zu dem „komplexer sozialer Repräsentationen“ erweitert und definiere:

„Komplexe soziale Repräsentationen sind Sets kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen mit ihren Mustern des Reflektierens bzw. Metareflektierens in polylogischen Diskursen bzw. Ko-responsenzen und mit ihren Performanzen, d.h. Umsetzungen in konkretes Verhalten und Handeln. Soziale Welten entstehen aus geteilten Sichtweisen auf die Welt und sie bilden geteilte Sichtweisen auf die Welt. Sie schließen Menschen zu Gesprächs-, Erzähl- und damit zu Interpretations- und Handlungsgemeinschaften zusammen und werden aber zugleich durch

solche Zusammenschlüsse gebildet und perpetuiert – rekursive Prozesse, in denen soziale Repräsentationen zum Tragen kommen, die wiederum zugleich narrative Prozesse *kollektiver Hermeneutik* prägen, aber auch in ihnen gebildet werden“ (Petzold 1999r; vgl. 1969c, Hass, Petzold 1999).

Auch wenn Lebenslagen individuell und kollektiv bewertete Gegebenheiten sind, wird mit der ökonomischen Realität noch eine wesentliche Dimension hinzugefügt. Deshalb darf eine auf dieses Konzept rekurrende therapeutische Arbeit insgesamt das Gewicht sozioökonomischer Realität nicht marginalisieren: Armut, schlechte Wohnung, heruntergekommene Quartiere, schlechte Bausubstanz oder dysfunktionale Architektur oder lieblose Ausstattung von Heimen und Stationen. Weil dieses alles auch im Rahmen der kollektiven und individuellen Bewertungen gesehen werden muß, sind Lebenslagen auf drei Ebenen zu beeinflussen: durch die Veränderung von Einstellungen einerseits, durch konkretes Handeln in der Veränderung von Umwelt- und Situationsbedingungen andererseits und schließlich und wesentlich durch ameliorative Maßnahmen, d. h. Ressourcenzufuhr und infrastrukturelle Inverstitutionen. Nur in der Synergie dieser drei Dimensionen kommen wir zu *nachhaltig gestaltbaren Lagen* (Müller, Petzold 2000a).

Für ihre Gestaltung wird Wissen, Fähigkeiten (*Kompetenz*) und Können, Fertigkeiten (*Performanz*) gebraucht, wobei der aus Linguistik kommende *Performanzbegriff* (Conquergood 1995), der in Sportpsychologie und Managementtraining verdientermaßen eine immer größere Verbreitung erfährt (Jetter 2000; Schust 2000; Lorenz, Opitz 2001), auch in der Sozialintervention bei der Ausrüstung für die Gestaltung von *Lebenslagen* eine eminente Bedeutung hat (Petzold, Lemke, Rodriguez-Petzold 1994), denn es gilt bei den Handlungen in Kontexten, bei Performanzen in „enviroments“ anzusetzen.

Ein ‘*enviroment*’ kann als ein ‘*set of affordances*’ definiert werden, als eine Anzahl von Performanzmöglichkeiten und Performanzbegrenzungen, die unmittelbar aufgenommen oder durch ‘exploratorische Aktivitäten’ (E.J.Gibson 1988) erschlossen werden. Eine Veränderung oder Verbesserung von Performanzen ist daher nur möglich, wenn die Wahrnehmung von bislang nicht bemerkter bzw. erschlossener *affordances* als Umweltangeboten erweitert wird, die Fähigkeit, diese ‘*affordances*’ auch mit ‘*effectivities*’, entsprechenden wirksamen Performanzvollzügen zu beantworten gesteigert wird und – das gilt es zu unterstreichen – wenn im *enviroment* Änderungen vorgenommen werden, die andere oder mehr *affordances* bereitstellen, also mehr Performanzangebote bieten. Lernen ganz allgemein und performanzorientiertes Lernen im besonderen, muß also auch Kontextinterventionen ein beziehen.

Kontroll-, Selbstwirksamkeits- und Kompetenztheorien (Flammer 1990) müssen deshalb durch eine ökologische Perspektive angereichert werden, die sieht, daß Kontrollfähigkeiten auch Kontrollmöglichkeiten im *environment* gegenüberstehen müssen, und wo solche fehlen, auch ökologische oder infrastrukturelle Interventionen erforderlich werden, um neues Lernen und Verhalten, neue Kompetenzen und Performanzen zu implemetieren (vgl. Sieper 2001).

In den gegenwärtigen höchst komplexen, pluriformen *Lebenswelten* – wir sprechen auch von „transversalen“ Lebenswelten, die unterschiedlichste Lebenslagen umfassen können - sind Chancen des Wechsels (*shifts*) und der Überschreitung (*transgressions*) von Lebenslagen gegeben. Solche „*shifts*“ durchzuführen, kann mit KlientInnen entwickelt werden: im Sinne einer Fertigkeit, die geradezu als Lebenskunst (Kiwitz 1986, 1991; Schmid 1999; Foucault 1984; Petzold 1999q) kultiviert werden kann, um das Mögliche zum Realen zu machen. Bei Interventionen auf der Eben der Lebenslagen muß durch ein sorgfältiges Lageassessment, eine Analyse seiner „*affordances*“, d.h. seiner Handlungsmöglichkeiten (Gibson 1979; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Sieper 2001) dafür gesorgt werden, daß die Maßnahmen realisierbar sind und den Kompetenz- und Performanzrahmen sowie die Ressourcensituation (Petzold 1997p) der Betroffenen und Beteiligten nicht überlastet wird. Es muß Sorge getragen werden, das Risiko des Scheiterns von Gestaltungsprojekten und –entwürfen zu vermeiden.

Die „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) eines Individuums, ja ganzer Gruppen über ihre Lebenswelten **engen** sich in „schlechten Lagen“ ein. In den persönlichen *kognitiven, emotionalen und volitiven Qualitäten mit ihren Performanzen*, d.h. subjektiven Theorien, und den kollektiven kognitiven, emotionalen und volitiven Qualitäten mit ihren Performanzen (= *représentations sociales*, Moscovici 1984), den Welt- und Lebenssichten (*social worlds*, Strauss 1978) tritt an die Stelle von Weltoffenheit und Weite, Engung und Verdüsterung, kommt Ausgeliefertsein, Ohnmacht auf. Der „Ort der Kontrolle“ (vgl. Flammer 1990) geht verloren und damit die Vielfalt der Persönlichkeit (Rowan, Cooper 1999), die keinen Zugang mehr findet zu Witz, Ironie, Humor – all dem, was die Phantasie für neue, überschreitende Lösungen frei

macht (*Bakhtin* 1985, 28). Die Betrachtungen der neuerlichen gestalttherapeutischen Adepten *Lewinscher* Feldtheorie, die Vertreter lebensweltlicher, sozialphänomenologischer Analysen und Milieu- und Narrationsforschung (*Coenen* 1985; *Grathoff* 1987; *Riemann* 1987; *Schütze* 1982) blendet das Gewicht sozioökonomischer Realität weitgehend aus: Armut, schlechte Wohnsituationen, strukturelle oder regionale Arbeitslosigkeit, Bildungsnotstand. Ganz anders das Lebenslagekonzept. Deshalb ist es für die Betrachtung von PatientInnen und KlientInnensituationen äußerst fruchtbar, weil es die Realitäten von materiellen und ideellen Gegebenheit und Interessen erfaßt und den Reduktionismus alleiniger klinischer Betrachtung sprengt. Das *integrative Lebenslagekonzept* ist zugleich ein *differentielles*, denn es umfaßt die *Potentialität* protektiver, aufbauender, expansiver „*chancenreicher Lebenslagen*“, aber auch die „*destruktiver Lebenslagen*“ mit ihren kritischen Lebensereignissen, ihren „*adverse events*“ und schließt auch das *Risiko* „*prekärer Lebenslagen*“ ein, die ich in klinischer Ausrichtung wie folgt charakterisiere:

*Prekarität* impliziert immer eine massive Unsicherheit (lt. *precarius* = durch flehentliches Bitten auf Widerruf gewährt), eine Zwiespältigkeit und ein Gefahrenpotential, das Zukunftsgewißheit unterminiert, Sorge, Angst, Hoffnungslosigkeit zu vorherrschenden *Grundstimmungen* werden läßt und das *Lebensgefühl* (*Petzold* 1992b) negativ tönt – bei langdauernden „*prekären Lebenslagen*“ nachhaltig. Es gibt nichts enttäuschungsfestes mehr, alle Lebenssicherheit und Zuversicht sind „auf der Strecke“ geblieben. In einer solchen Lage traf ich die Patientin *Karina* an. Sie, ihre Lage, hat in mir schon zahlreich vorhandene Materialien aus anderen PatientInnenerfahrungen zu den oben umrissenen praxeologischen Verstehensbemühungen und Konzeptbildungen katalysiert. Ich bin ihr deshalb, wie so vielen meiner Patientinnen und Klienten zu Dank verpflichtet.

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚*bedrängend*‘ erleben und als ‚*katastrophal*‘ bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚*protektiver Faktoren*‘ gekommen ist. Die Summationen ‚*kritischer Lebensereignisse*‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚*supportiven Valenz*‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚*Verbesserung der Lebenslage*‘ durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: ‚Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?‘ “

In dieser Definition sind die voranstehend aufgezeigten Referenztheorien des *integrativen und differentiellen Lebenslagekonzeptes* aufgenommen. Es bietet mir einen hinlänglich umfassenden konzeptuellen Rahmen, um die schwierigen Situationen von PatientInnen, mit denen ich immer wieder zu tun habe, in einer – so hoffe ich – nicht reduktionistischen und die üblichen Sichtweisen der individuumszentrierten Therapieschulen erweiternden Weise zu betrachten und besser zu verstehen.

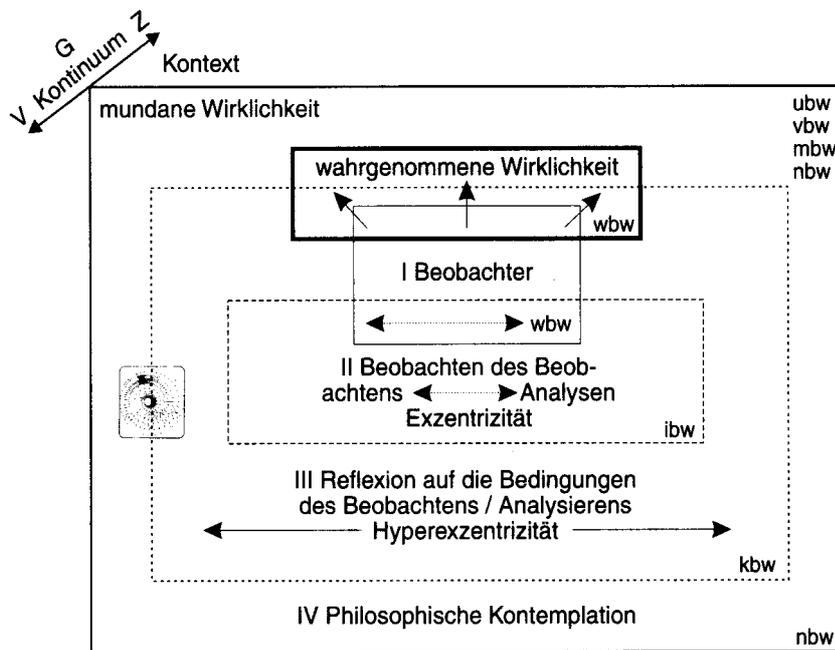
Weiterhin wird die zentrale

#### 4.1.4 Beispiel eines konnektivierten Prozesses der Psychotherapie, Soziotherapie, Agogik als „Integrative Begleitung“ durch unterstützende Hilfeleistung und Empowermentstrategien

*Karina* ist – wie schon erwähnt – eine siebenundzwanzigjährige Alleinerzieherin. Ihre Tochter ist vier Jahre alt. Die Patientin kommt auf Rat einer Bekannten mit Spannungskopfschmerz und Erschöpfungszuständen als *Therapieanlaß* und mit dem offen formulierten *Hilfeersuchen*, durch die Therapie für diese Beschwerden Abhilfe zu erhalten. Weiterhin berichtet sie von Angstzuständen. Sie war von einem ärztlichen Psychoanalytiker über zwei Jahre „mit psychoanalytischen Gesprächen und von dem Hausarzt mit Medikamenten“ behandelt worden, aber „die Tabletten hätten nichts genützt“ und die Gespräche nur wenig. Es sei ihr immer nur schlechter gegangen, obwohl ihr Therapeut ihr gezeigt habe, was in ihrer Kindheit „alles so falsch gelaufen“ sei. Das habe sie jetzt erst begriffen. Der Therapeut habe die Behandlung dann nicht fortführen wollen, weil er meinte, sie habe zu große Widerstände, was die Zusammenarbeit in der Therapie und die Veränderung ihres Lebens anbelange. Sie habe das bedauert. Zur Anamnese: *Karina* hat das Gymnasium bis zur Oberstufe besucht, brach dann die Schule ab und zog im Streit zu Hause aus. Sie machte dann eine Lehre als Arzthelferin. Dann habe sie das Kind von einem Freund bekommen – „die große Liebe“, aber er habe nicht zu ihr gestanden, sich als „windiger Bursche“ erwiesen. Sie arbeitet seit zwei Jahren als Sortiererin in einem Parcel-Service „um die Ecke“ in Stundenblöcken, weil sie so ihre Tochter besser versorgen könne. Die Arbeit sei schlecht bezahlt, die Leute seien primitiv und unfreundlich. Sie werde bedrängt (heute würde man sagen „gemobbt“), könne aber auf die Arbeitsstelle nicht verzichten. Sie sei einfach am Ende,

wisse nicht mehr weiter. „Ich habe keine Hoffnung mehr auf eine bessere Zukunft. Wenn das Kind nicht wäre ... und es ist so süß und so aufgeweckt“.

Abb. 3: Metahermeneutische Triplexreflexion mehrperspektivisch wahrgenommener, ko-respondierend analysierter Therapiearbeit (aus Petzold 1994a, 266)



**Legende:**

- Mehrperspektivität
- Intersubjektive Ko-respondenz
- Intrasubjektive Ko-respondenz
- Interdisziplinäre, transversale Ko-respondenz

V = Vergangenheit      G = Gegenwart      Z = Zukunft

ubw = unbewußt, zum Teil nicht bewußtseinsfähig, *areflexiv*  
 vbw = vorbewußt, bewußtseinsfähig, *präreflexiv*  
 mbw = mitbewußt, *koreflexiv*  
 wbw = wachbewußt, *reflexiv*  
 ibw = ich-bewußt, *vollreflexiv*  
 kbw = klarbewußt, *hyperreflexiv*  
 nbw = nichts-bewußt, *transreflexiv* (vgl. Petzold 1988a/1991a, 264f)

„Heraklitische Spirale des Erkenntnisgewinns“ (Petzold, Sieper 1988)  
 ohne Anfang, ohne Ende, kontinuierlich – diskontinuierlich (vgl. die wechselnde Dichte der Spirale)  
 voranschreitend (vgl. Petzold 1988n, 565)  
 Dreiecke in der Spirale als mehrperspektivische Plateaus  
 Kern der Spirale („Auge des Zyklons“),  
 Ort „philosophischer Kontemplation“

In dieser diagnostischen Initialphase der Therapie zentriere ich auf *Wahrnehmen* (Ebene I im Modell der „**metahermeneutischen Mehrebenenreflexion**“ Abb. 3). Ich *beobachte* diese **Patientin** im Kontakt mit **mir** (u.a. auf allfällige Übertragungsreaktionen), nehme **mich selbst** im Kontakt mit **ihr** wahr, nehme **ihren** [wbl.] Kontakt zu mir [ml.], nehme **unsere** Kontakt wahr. Ich *nehme sie wahr* in ihrer Belastung, ihrem Streß, ihrer Not. Die Patientin erzählt sprachlich differenziert. Ihre „Narration“ (Petzold 1992a, 2000b; McLeod 1997) ist kohärent und bei Nachfragen reflexiv. Neben der Angststörung werden große *Bedürftigkeit* und *Identitäts- und Selbstwertproblematik* erkennbar. Sie befindet sich in einer *chaotischen* Lebenssituation, u.a. weil sie vom Vater des Kindes ohne ersichtliche Ankündigung nach kurzer Zeit verlassen wurde. Das Baby sei ihm zu schwierig. Er hinterließ ihr überdies erhebliche Schulden aus „gemeinsamen“ Anschaffungen, die hauptsächlich ihm zugute gekommen waren, für die sie aber

nun aufzukommen hatte. Hinzu kommen: Kein Unterhalt, überfordernde Teilzeitstelle, Geldknappheit, unglückliche, *wechselnde Liebschaften*, schlechte Netzwerksituation, gestörter Kontakt zu den Eltern, Perspektivlosigkeit. Die Mutter sei immer schon gleichgültig, der Vater schwach gewesen. Beide sind Juristen (!) in eigener Praxis, hätten sich aber in der Unterhalts- und Schuldensache „rausgehalten.“ („Ich hatte sie am Anfang natürlich auch oft abgegrenzt!“) Die Patientin war in den schulischen Leistungen hervorragend, wollte sich Beachtung erkaufen - vergebens. Als sie das erkannte, habe sie das „aus der Bahn geworfen“ und sie habe „das Abitur geschmissen“. Manifestationen ihrer Symptomatik – eine völlig verspannte Haltung, leise, unsichere Stimme etc. – fallen ins Auge. Ich versuche den ganzen komplexen Kontext, wie sie [wbl.] ihn mir [ml.] in der *theragnostischen* (diagnostisch/therapeutischen) Sitzung darstellt, zu *verstehen* und zu *analysieren* (weiterhin *Ebene I*), *mit ihr* zu verstehen und *mit ihr* zu analysieren (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998). Dabei komme ich an einen Moment, wo ich aus dem fungierenden Tun heraustrete und mein Beobachten zu *beobachten* beginne [**Transgression** von *I* nach *II*]. Ich mache mir meine Verstehens- und Analysebemühungen bewußt, meine „emotionalen Resonanzen“ (Gegenübertragung), ziehe Wissensbestände diagnostischer, klinisch-therapeutischer Art hinzu (z.B. zu Angststörungen), aber auch sozialtherapeutischer Art (z.B. zur Schuldenregulierung). Ich denke auch an *Genderperspektiven* (Petzold, Sieper 1998), ich reflektiere *meine* Zielvorstellungen und versuche, *ihre expliziten* Ziele erfassen und zu verstehen und ihre *impliziten* Ziele. Dabei stoße ich an Grenzen: (Warum hält sie an diesem Job fest? Wo soll ich ansetzen? Welche Rolle spielen die Angststörungen ... Bezüge zum Kollegenstreß (Mobbing) im Betrieb?? Ist sie bei den anderen Sortiererinnen Fremdkörper aus einer anderen Schicht? Was ist an meinem Hilfeimpuls schichtbestimmte Solidarisierung? Was ist über die mir bewußte Gegenübertragung hinaus mir unbewußte Eigenübertragung [idem 1980g, siehe oben] etc.) Das ist die *Ebene II*, durchaus im Sinne der „Beobachtung zweiter Ordnung“ (von Foerster 1981; Luhmann 1992, 206). Da aber eine Eigenübertragung in der Regel unbewußt wäre, versuche ich mir, in einem Intervisionsgespräch mit einer Kollegin [wbl.] Reflexionshilfen und Kontrollen zu holen und erhalte überwiegend Bestätigung für meine Positionen und einige kleinere Hinweise und Korrekturmöglichkeiten. Ein Zufallsgespräch beim *Coaching* einer Personalchefin aus der freien Wirtschaft, in dem ich diese Situation *einer* Patientin (datenneutral) als ein Beispiel erwähne, beschert mir die Bemerkung: „Die braucht doch keine Therapie, die braucht Geld, Freunde, Entlastung. Zu dem ganzen noch ´ne Therapie? Ich weiß nicht!“ – Die Frau verblüffte mich mit ihrer spontanen Reaktion, denn sie hatte Recht [**Transgression** von *II* nach *III*] ! Sie bringt mich nämlich zu übergeordneten Reflexionen: etwa wie professionelle PsychotherapeutInnen mit gesellschaftlich bedingten/mitbedingten Notsituationen, mit „*prekären Lebenslagen*“ umgehen, wie unzureichend letztlich die psychotherapeutischen Konzepte und Praxen der Hilfeleistung für solche Lagen sind. Meine Wertungen und „*labelings*“ und die meiner Psychotherapeutenkollegin in der Intervention werden mir deutlich: „chaotisch“, „wechselnde Liebhaber“, „Selbstwertproblematik“, „Bedürftigkeit“. Aus den berichteten „Angstzuständen“ waren unter Hand „Angststörungen“ geworden. Aber hätte *ich* derartige Probleme nicht auch entwickelt bei der existentiellen Unsicherheit und den realen Belastungen, die diese *Patientin* durchtragen muß? Haben ihre Symptome „Krankheitswert“ oder sind sie nicht „natürliche“ Reaktionen auf die „*prekäre Lage*“? Mir kommt auch die *parrhesiastische* Frage auf: Wäre ich bereit, materielle Hilfe zu geben, denn das wäre *not-wendig*? Könnte ich mehr bieten als eine Selbsthilfegruppe bieten könnte? – Das konnte ich letztlich nicht! Dennoch vermochte ich mit dieser *Klientin* dann einiges für die Neuorientierung ihres Lebens und für die Umgestaltung ihrer Lebenslage erarbeiten - ich wechselte in dieser Reflexion die Statuszuweisung von *Patientin* zu *Klientin*, denn das war sie (und sie war *keine Kundin!* vgl. Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998). Diese junge Frau erkannte, was sie brauchte: Entlastung, soziale Unterstützung, Beratung, keine *Psychotherapie*. „Ich brauche Entspannung, weil ich wirklich völlig überlastet und verspannt bin.“ Sie geht auf meine Anregung hin zu einem Bildungszentrum in ihrer Nähe, nimmt an einen Yogakurs teil, der ihr gut tut. Es wird hier also eine **agogische** Maßnahme

eingesetzt. Bildungsarbeit, Erwachsenenbildung, in der die Aufgabe der Lebenshilfe und der Persönlichkeitsbildung, der Gesundheitsbildung und Kreativitätsförderung Tradition hat (Sieper, Petzold 1970; idem 1971i, 1973c). Erwachsenenbildungsprogramme und –einrichtungen sind für TherapeutInnen, die ein integriertes, auf die Veränderung von *Lebenslagen* abzielendes Konzept praktizieren, unverzichtbare Unterstützungsagenturen. *Karina* erkennt in der Therapie/Beratung/Begleitung, wie sie eigentlich „unverschuldet“ in eine wirklich schlimme Situation geraten sei („Ich habe mir beständig Vorwürfe gemacht: Das hast Du Dir alles selbst eingebrockt! Meine Eltern haben das sowieso immer gesagt und mein Therapeut hat mich eben auch mit meinem ‘unreifen Verhalten’ konfrontiert. Das hat mir noch mehr Schuldgefühle gemacht. Aber ich wollte ja den Mann. Der wollte mich auch. Ich wollte das Kind und wir haben nicht verhütet. Ich hätte die Realität nicht sehen wollen, hat mein Therapeut gemeint. Aber wie hätte ich das sehen sollen, daß er mich sitzen läßt?“ [Die „lebenserfahrenen“ Therapeuten sind da natürlich schlauer!]). Ich setzte für die Arbeit mit *Karina* auf „empowerment“, soziotherapeutische Lebenshilfe, bestärkte in den Beratungsgesprächen ihre Lebenskompetenzen und bringe ihr den Gedanken nahe, daß sie „*sich selbst zum Projekt machen*“ müsse, um ihr Leben zu gestalten (idem 1999q). Ich konnte ihr überdies eine Selbsthilfegruppe durch meine Verbindungen und Aktivitäten in diesem Bereich (Petzold, Schobert 1991) vermitteln, denn ihr Netzwerk war sehr dürftig, konnte mit der Selbsthilfegruppe auch etwas an materieller Unterstützung organisieren und zum Finden eines besseren Arbeitsplatzes beitragen, wobei die Klientin bei allen Initiativen sehr aktiv mitwirkte. („Mit so praktischer Unterstützung, da schaffe ich auch was! Hätt‘ ich die bloß schon früher gehabt!“) - Die Kopfschmerzen nehmen ab. Die Klientin entwickelt durch die Beratung ein aktives Erholungsverhalten (Yoga, Spaziergänge, Reduktion von TV-Zeit), das der Erschöpfung gegensteuert. In dieser ganzen *Beratung/Psychotherapie/ Netzwerktherapie/Lebenshilfe* – und all das war es und wurde dadurch wirksam und zu einer gelingenden Intervention - wurde ich selbst wieder und wieder motiviert, intensiviert über die *strukturellen Mängel* der Psychotherapie *als Disziplin* nachzudenken und mit Kolleginnen zu diskutieren (Ebene III), aber auch mit der Klientin, die eines Tages anfang, die Situation von Alleinerzieherinnen zu reflektieren, Vorschläge zu machen, was diese in der Therapie brauchen würden („Therapeuten müßten viel mehr wissen über die konkreten Lebensschwierigkeiten!“ Ich gab ihr da vollauf Recht!). Die **Klientin** kam in der Folge *ohne* Psychotherapie mit Selbsthilfegruppe, mit integrativer, soziotherapeutischer Netzwerkarbeit (Hass, Petzold 1999; Feuerhorst 2000) und „*intermittierenden*“ Beratungs- und Begleitungsterminen bei mir (Petzold, Hentschel 1991) nachhaltig aus der Krise in eine konsolidierte Situation [sechs Jahre follow up!]. Ich hätte ihr wahrscheinlich, davon bin ich überzeugt, durch eine pathologisierende, auf Selbstwert-, Identitätsproblematik, negative Familieneinflüsse und „*frühe Störungen*“ fokussierende Psychotherapie – das Vorgehen in ihrer vorausliegenden psychoanalytisch ausgerichteten Behandlung - *schaden* können (Märtens, Petzold 2000). Diese Therapie hatte, wenn man sie in exzentrischer Überschau betrachtet, sich als „*disabling strategy*“ erwiesen, die die *Patientin* geschwächt statt aufgebaut hat und kein „empowerment“ (Orth, Petzold 1995) bewirkte, d. h. eine Förderung von Souveränität und Selbstbestimmtheit. Es war nicht notwendig, das deutlich zu machen. Die *Klientin* erkannte das ohne Abwertung ihres vorausgehenden Therapieprozesses. Sie ließ sich auf den anderen Behandlungsansatz ein und kommentierte das Vorgehen. „Das bringt mich weiter. Drüber nachdenken und dann aber ganz praktisch. Über die eigene Geschichte nachdenken, aber eben auch was konkret ansteuern. Am meisten geholfen hat mir die Idee, daß ich ‘*mich selbst zum Projekt*’ machen kann und machen muß. Das half mir einfach weiter!“. Ich hätte ihr wahrscheinlich wohl auch schon dadurch *schaden* können, daß ich ihr Rettung, ein *Heil* verheißen hätte [etwa: „Die Therapie wird/kann Ihnen helfen!“], eine Verheißung, die Psychotherapie allein in solchen „*prekären Lebenslagen*“ kaum je einlösen kann. PsychotherapeutInnen überschätzen sich des öfteren bei derartigen Konstellationen – und Verbindungen zur Soziotherapie, Allianzen mit SozialarbeiterInnen oder Nutzung von Bildungsmaßnahmen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung sind, wie gesagt, selten. Diese

Überlegungen aus der **III. Ebene** habe ich in der Folge verschiedentlich in Interventionskontexten diskutiert – interdisziplinär – habe dazu veröffentlicht. Die ermutigende Katamnese der Patientin/Klientin motivierte mich, mein seit langem unabgeschlossenes Manuskript zur *Ressourcentheorie* und praktischen Ressourcenarbeit fertigzustellen und zu publizieren (idem 1997p). Die seit 1993 daliegende Arbeit zur „Integrativen *supportiven* Kurzzeitherapie“ (vgl. 1993p) habe ich wieder zur Hand genommen, aber ich muß sie noch zu Ende bringen. Jetzt stelle ich dieses Beispiel in diesen Kontext, d.h. in eine übergeordnete fachliche *Ko-responsenz* mit der Absicht, einer „*kritischen Problematisierung*“ defizienter psychotherapeutischer Praxis und hoffe, daß meine Kolleginnen im Feld der Psychotherapie sich für das Problem und Konzept „**prekärer Lebenslagen**“ zu interessieren beginnen, hoffe, daß ein *Diskurs* in der „professional and scientific community“ zu diesen Themen angestoßen wird. Die **Mehrebenenreflexion** ging für mich selbst „intermittierend“ über mehrere Jahre, erhielt immer wieder Anstöße, Materialien aus der Praxis, aus der Theorie, aus der Forschung (ein Markstein waren die Vorarbeiten zu unserem Social-network-Artikel, vgl. *Hass, Petzold* 1999), aus Supervisionen, aus kollegialen *Ko-responsenzen* und Reflexionsbeiträgen von KlientInnen und PatientInnen (die oft für die Konzeptbildung kostbar sind). In diesem Sinne gibt es viele Mitautorinnen (idem 2000b) an dem Konzept. Ich hoffe, ich konnte mit diesem Exkurs Einblick in Aspekte meiner Arbeit zur Theorie-Praxis-Verschänkungen und zur Generierung von Konzepten und Praxeologien für den Integrativen Ansatz vermitteln.

Die Theorienbildung in der Psychotherapie und die Psychotherapieforschung schweigen leider weitgehend zu Problemsituationen, wie der geschilderten, blenden „*prekäre Lebenslagen*“ aus. Sie wurden von Psychotherapeuten kaum beforscht. Das Konzept als solches oder ein funktionales Äquivalent findet sich in der psychotherapeutischen Literatur nicht, und auch die klinische Kasuistik bleibt hier seltsam stumm. Die Befunde sind karg und wenden das Unglück zumeist in den Bereich „früher Störungen“ bzw. „Persönlichkeitsstörungen“, versuchen eine Langzeittherapie zu beginnen oder – wenn sie verhaltenstherapeutisch orientiert sind – selektieren die Angststörung und fangen mit einer „Expositionsbehandlung“ an – beides war in dem Beispiel m.E. nicht indiziert und ist auch sonst oft nicht angezeigt, sondern die Therapeutinnen attribuieren falsch, indem sie natürliche Belastungs- und Angstreaktionen überpathologisieren. Sie riskieren dadurch bei ihren PatientInnen *falsche Selbstattributionen*, schwerwiegende *Selbststigmatisierungen* aufgrund der *Stigmatisierung durch PsychotherapeutInnen* und ihrer pathomorphen Ideologeme. Selbstwertfördernde Client-centered-Behandlung, ein gezieltes *assertiveness training* wären bei der geschilderten Klientin wohl noch die angemessensten Maßnahmen aus dem klinisch-psychologischen Methodenarsenal gewesen. Das aber sind wiederum individuumszentrierte Interventionen, bei denen die *Notlage* selbst nicht wirklich in den Fokus kommt. Hier setzen wir in Fokalthérapien die Akzente anders (idem 1993p). Ein Konzept der „**Prekarität**“ fehlt eben im klinischen Diskurs, und wir finden es allenfalls in kritischen soziologischen Diskursen (*Bourdieu* 1998, 96ff). Die erkenntniskritische Metareflexion, warum systemische Betrachtungsweisen, Netzwerkperspektiven so spät in die Psychotherapie (*Moreno* ist die Ausnahme) Eingang fanden, die individualisierenden Perspektiven bis heute dominieren und das Moment konkreter Hilfeleistung (von *Ferenczi, Reich, z.T Adler* abgesehen) in der psychotherapeutischen Theorienbildung und Praxeologie derart eklatant vernachlässigt wird, die Verbindung zur Sozialarbeit, Soziotherapie und Agogik (*Petzold* 1997c; *Sieper, Petzold* 1993) so schwach ausgebildet ist, bedarf dringend der dekonstruktiven und diskursanalytischen Metareflexion (Ebene **III**) in der „community of psychotherapists“ und der *Überschreitung*, um in einer neuen Konnektivierung von Theorie, klinischer Erfahrung und Forschung, von Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik von unterstützender Begleitung und empowerment die **Praxeologie** und damit **Praxis** zu verändern – zum Wohle unserer Patienten/Klienten/Kunden/PartnerInnen, zum Wohle auch der TherapeutInnen!

## 5. Wissenschaftsbegriff und Erkenntnistheorie kontextualisiert

Im voranstehenden Text wurden unser Wissenschaftsverständnis und unsere erkenntnistheoretische Position (vgl. Charta-Enquête I, *Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper* 1996) in der Reflexion und Metareflexion der Thematik des Charta-Colloquiums (III Enquête II) und seiner Kontexte exemplifiziert, und man wird zwischen den Positionen der Enquête I und II eine Kontinuität und Entwicklung erkennen, Transgressionen, die im Colloquium IV (*Steffan, Petzold* 2000) weitergeführt werden, denn Theorie- und Methodenentwicklung, Forschung und Qualitätsentwicklung sind „prozessual“. *Erkenntnis kann nur kontextualisiert und temporalisiert* gewonnen werden. Die dekonstruktive Hinterfragung scheinbar gesicherter Wissensbestände ist im Integrativen Ansatz Methode. *Sicherheit ist nur dort, wo man noch nicht gründlich nachgefragt und kritisch nachgedacht hat* (vgl. *Foucault* 1984a,130) *oder wo der „andere Blick“, der Blick des Anderen noch nicht hingeschaut hat*. Das ist eine eminent theoretische Aussage und kein Plaidoyer für einen Relativismus! Natürlich ist die Klärung und Begründung der *erkenntnistheoretischen* Position für jede Wissenschaft unverzichtbar und zumal – eingedenk der Kritik *Foucaults* (1966) – für eine „angewandte Humanwissenschaft“ wie die Psychotherapie, bei der es ja in ihren Hauptformen um „geregelte Erkenntnisprozesse“ von Subjekten geht. Aber eine solche Klärung darf sich nicht in der Zuordnung von Positionen und Entwicklungen zu Strömungen, *Schulen* gar, erschöpfen, so wichtig Ordnungsgesichtspunkte auch sein mögen: Die Integrative Therapie ist dem „*kritischen Realismus*“ (*Bischof* 1966, 1996) verbunden, der phänomenale und transphänomenale Welt differenziert. Sie ist von einer sozial- und neurowissenschaftlich ernüchterten Phänomenologie und Hermeneutik und damit an einem kritisch diskutierten und überprüften (*Hacking* 1999; *Nüse* 1997) „sozialen Konstruktivismus“ (*Berger, Luckmann* 1970) ausgerichtet. Dabei muß man sofort fragen, welche Phänomenologie bitte? (Nun, die in Frankreich natürlich [vgl. *Waldenfels* 1983]! Und welche da? *Merleau-Ponty*, was sonst? Und in welcher Lesart? [vgl. *Métraux, Waldenfels* 1986; *Grathoff, Sprondel* 1976]. - Und welche Hermeneutik? Warum *Ricoeur*, nicht *Gadamer*? ... Die Dinge liegen nicht so einfach!). Für den „sozialen Konstruktivismus“ hat *Ian Hacking* (1999) einen Einblick/Überblick ins Chaos gegeben. Man kann *Hacking* kritisieren, aber an *Norbert Bischofs* (1996) Argumenten gegen den radikalen Konstruktivismus kommt man schlecht vorbei. Natürlich müssen *wissenschaftshistorische* Hintergründe und *wissenschaftstheoretische* Positionen offengelegt werden, denn erkenntnistheoretische Standpunkte sind nicht geschichtsenthoben und nicht voraussetzungslos. In ihnen kommen, wie gezeigt wurde, kulturhistorische „Metaerzählungen“ (*Lyotard* 1982) zum Ausdruck, die *genealogisch-archäologisch* bzw. *diskursanalytisch* (*Foucault*) und *dekonstruktivistisch* (*Derrida*) aufgearbeitet werden müssen, will man nicht in die Gefahr geraten, normierende **Diskurse** der Subjektconstitution (*Mazumdar* 1998) zu reproduzieren, die *Diskurse* der Freiheit und selbstbestimmte Emanzipation in massiver Weise einschränken (*Petzold, Orth, Sieper* 1999). Aber schon das Konzept der *Emanzipation* hat höchst schwierige Seiten, die „kritischer Problematisierung“ bedürfen.

Indes, man muß darüber nachdenken, denn ohne ein Emanzipationskonzept, das auch die Emanzipation von Psychotherapie als Disziplin, die sich selbst überflüssig machen sollte, denkt, bringt man sonst vielleicht psychotherapieideologisch „kalibrierte“ *Normopathen* hervor: *durchanalytierte* Personen, *integrierte* Persönlichkeiten (vgl. *Petzold* 1973a in jugendlicher Unbedarftheit), „Gestaltisten“ gar! (*Blankertz* [2000, 32] zitiert affirmierend *Victor Chu*: „Ich kann kein guter Gestalttherapeut sein, ohne zugleich Gestaltist zu sein“. *Sieper* [1987] bemerkt in ähnlichem Kontext zu Recht: „Sind wir eine Kirche?“). Psychotherapie als ein Phänomen im Gefolge der Aufklärung, und damit als ein Phänomen der *Moderne*, bedarf deshalb einer multi- bzw. interdisziplinären Betrachtung – unter Beteiligung von Kulturhistorikern, Soziologen, Philosophen. Nur so könnte sie überhaupt die „Exzentrizität“ gewinnen, sich **metakritisch** zu betrachten in dem Versuch, sich selbst zu verstehen. Stattdessen verliert sie sich – ganz in der Dynamik ihres ekklesialen Herkommens gefangen (vgl. *Petzold* 1995h, *Petzold, Orth* 1999) – zumeist in Glaubens- und Machtkämpfe. Umso wichtiger ist das Bemühen und die Arbeit der **Charta** um einen Diskurs (als wissenschaftlicher Austausch verstanden) zwischen den „Schulen“, der, wenn es ein *Diskurs* sensu *Habermas* (1971, 1981, idem, *Luhmann* 1971) werden sollte, auch die Durchsetzung von „Geltungsbehauptungen“ aufgrund des „besseren Argumentes“ implizieren müßte.

Leider sind die *Diskursziele* im Chartaprozess noch sehr eingeschränkt, die Bedingungen der *Diskursform* und der *diskursiven Kultur* der Charta-Colloquien im Vorfeld des Colloquium-

Unternehmens nicht ausreichend geklärt worden. Deshalb besteht auch eine Gefahr, nämlich daß diese Veranstaltungen nur der *Bestätigung des Bestehenden* – der jeweiligen *schulenspezifischen* „Konzepte“ - dienen, für die herausgefunden werden soll, ob sie denn „wissenschaftlich“ seien, mit dem Ziel der wechselseitigen „Approbation“ einer nicht im Vorab ausreichend bestimmten Form der „Wissenschaftlichkeit“ (was ein Vorteil sein könnte, wenn dies „im Prozeß“ nachgeholt würde). Wäre dies so oder bliebe es so, dann würde mit diesem Unterfangen eine Selbstinthonisierung von „bedrohten Teilgruppen“ der *Profession Psychotherapie* (in der Schweiz) über ihren Zusammenschluß in der **Charta** erfolgen, welche damit instrumentalisiert würde, bis ihr jeder kritische Impetus in einer konservativen – vielleicht sogar restaurativen – Bewegung verloren geht, der es letztlich nur um die Sicherung von Besitzständen (materieller und intellektueller Art) zu tun ist. Nicht daß Besitzstandssicherung bedeutungslos wäre, es geht mir nicht um idealisierende Traumtänzerie, aber es steht mehr auf dem Spiel! Eben diese Gefahren werden – von verschiedener Seite, wie in diesem Text – aufgezeigt, in der Charta „problematierend“ diskutiert. Damit besteht die Chance, ihnen gegenzusteuern.

In einem kritisch-metakritischen *Diskurs* (Petzold 1997), idem, Ebert, Sieper 1999) zu Wissenschaft, Wissenschaftskonzept, Erkenntnistheorie, Praxeologie geht es wesentlich um *Wahrheit*, um *Gerechtigkeit* und damit um *Legitimation* und die Frage der *Sorgfalt (client welfare)*, d.h. auch Nachweis von Unschädlichkeit (*patient security*), nicht nur von Wirksamkeit! (*best practice*, vgl. Dobson, Craig 1998; Märtens, Petzold 2000). Wissenschaft wird von Menschen für Menschen zu machen sein, nicht als *science pour science*. Psychotherapie als Wissenschaft ist ein *Diskurs*, der das Problem der *Würde* zentral stellen muß. Setzt man **client dignity** (Müller, Petzold 2000) als eine übergeordnete Leitkategorie, dann muß man durch *informed consent* eine *souveräne Mitwirkung* an der Diagnostik und Therapieplanung gewährleisten, die die *kritische Infragestellung* der TherapeutInnen durch die PatientInnen als konstruktive Möglichkeit der Auseinandersetzung einbezieht (vgl. Petzold, Laschinsky, Rienast 1979; idem, Rodriguez-Petzold 1997; idem, Orth 1999, 321ff). Dieser *Diskurs* muß *ethische Fragen* und nicht zuletzt die Frage der *Gerechtigkeit (just therapy)*, vgl. Waldegrave 1990; Petzold 1986a, idem, Orth, Sieper 2000) unabdingbar aufgreifen und zu ihnen praxisrelevante Positionen entwickeln. Damit kann man auch von jedem Teilnehmer an einem solchen *Diskurs* verlangen, ja muß jeder Teilnehmer von sich selbst *parrhesiastisch* verlangen, daß er auch die Möglichkeit der Revision oder gar Verwerfung eigener Positionen, ja Grundannahmen in Rechnung stellen, ja zu diesen bereit sein muß. Ansonsten können keine *Wahrheitsdiskurse* stattfinden, die nach der antiken, von Sokrates, Diogenes, Demokrit, Seneca, Marc Aurel u.a. vertretenen Haltung des „Wahrsprechens“ (παρρησια), als „Analyse der Wahrheit“ praktiziert werden und die in der „kritischen Tradition der Problematisierung“ geführt werden (Foucault 1996, 178; Petzold, Ebert, Sieper 1999). Es können auch keine „normativen Geltungsansprüche“ (Habermas 1983, 127) im kommunikativen Handeln begründet und zur Fundierung eines für die Psychotherapie unverzichtbaren *Moralbewußtseins* erarbeitet oder erstritten werden. In der Psychotherapie als fachlicher Disziplin, als Ausbildung und als klinischer Praxis geht es nämlich durchaus um die „*Wahrheitsfähigkeit praktischer Fragen*“ (ibid. 86; vgl. Apel 1973) – und theoretischer natürlich.

Bislang wurden in dem *irenischen, eher konfliktvermeidenden* Klima der **Chartacolloquien** solche Infragestellungen noch kaum sichtbar, und ich bin gespannt, ob es in diesem faszinierenden, ja noch in den Anfängen stehenden Prozeß bei – zumindest einigen - der vertretenen „Schulen“ zu irgendwelchen Revisionen der vielen Positionen kommen wird, die aus Sicht der psychobiologischen Grundlagenforschung, der klinischen Psychologie und der Wissenschaftstheorie m.E. eigentlich nicht mehr haltbar sind (das würde zu Annäherungen führen und eine Relativierung dogmatischer oder demodierter Wissensbestände mit sich bringen) oder ob der „ekklesiale Sog“ der Schulen (Petzold 1995h), die eigenen „Proprien“ zu bewahren, stärker ist. Mit dieser *parrhesiastischen* Frage steht und fällt für mich die wirkliche *Legitimation* der **Charta** und dieses ganzen Unterfangens der wechselseitigen Bewertung und Legitimierung. Wird diese Frage mutig angegangen und überzeugend beantwortet, erhalte der Chartaprozess Bedeutung für die gesamte Psychotherapie:

Die Psychotherapieschulen und ihre Protagonisten tun sich schwer, mit der „kritischen Problematisierung“ und Hinterfragung der eigenen Positionen, Traditionen, Praxen, mit ihrer eigenen Genealogie. Wo Metakritik aus den eigenen Reihen kam, die nicht mit Ausschluß beantwortet wurde, hat man sie bagatellisiert und abgewertet (neuerlich z. B. T. Moser 1989), totgeschwiegen (in jüngerer Zeit Pohlen, Bautz-Holz Herr 1994) oder sogar folgenlos abgedruckt (z.B. Pohlen 1999: „Was ist die Psychotherapie als Wissenschaft?“). Den Schulen ist es, blickt man auf ihre Exponenten – ich nenne exemplarisch für die beiden Mainstreams im deutschsprachigen Bereich „Tycoone“ wie Grawe (1998) und Mertens (1993, 2000) mit ihren Standardwerken – nicht einmal gelungen, strittige Vorannahmen zu diskutieren oder die (reichlich) vorhandenen vielfältigen Grundsatzkritiken an den behavioristischen oder psychoanalytischen Positionen in einer nicht-apologetischen oder nicht-defensiven Form aufzugreifen, einfach einmal mit den Fragen: „Wo könnte der Kritiker Recht haben?“ – „Was will er eigentlich kritisieren?“ – „Könnte seine Position nicht überzeugender, seine Technik nicht tatsächlich wirksamer sein? Oder vielleicht angemessener, menschengerechter, denn Wirksamkeit ist nicht alles?“ Wo fragen sich schulengebundene PsychotherapeutInnen: „War es in meiner ‚Schule‘ bislang überhaupt möglich, skeptische Einwände gegen ihre Axiome zu machen oder gar die kritische Diskussion der ‚Humanwissenschaften‘ - zu denen sich die Psychotherapie gemeinhin zählt - und ihrer Implikationen (Foucault 1966) argumentativ aufzugreifen? Wie in der traditionellen Theologie (und anders als in den Naturwissenschaften) werden in den psychotherapeutischen Schulen Grundaxiome (Dogmen *de fide* wie das „Unbewußte“ von Psychoanalytikern, die Lerntheorie von VTlern, Bubers Dialogik von Gestaltisten) nicht in Frage gestellt. Wo dies aber geschieht, tritt das Dissidenzstigma auf den Plan. Es erfolgt dann keine Diskussion, sondern der Dissident wird ausgegrenzt oder er schreitet zu einer Neugründung (bevor er ausgeschlossen wird oder weil er ohnehin einen neuen Macht-Wissens-Wahrheitsdiskurs eröffnen wollte). Es wird bei einer solchen Situation von der Psychotherapie für sich selbst noch nicht einmal das Niveau einer reflexiven Betrachtung „zweiter Ordnung“ als Phänomen der Moderne in einer „Beobachtung der Moderne“ (Luhmann 1992) erreicht, von einer systematischen Dekonstruktion ihrer Begriffe, Leitkonzepte und Hintergrundsideologien ganz zu schweigen.

Die Psychotherapie steht in diesen Fragen, blickt man aus der metakritischen Position eines Wissenschaftsforschers, der „science of science“ betreibt, noch ganz am Anfang – in allen Schulen, das sei wiederholt!. Deshalb kann mehr als eine kontinuierliche Annäherung an Grund- und Grundsatzprobleme für die verschiedenen Spielarten der Psychotherapie derzeit nicht geleistet werden, auch nicht in den Chartacolloquien! Vielleicht muß die Psychotherapie erst überhaupt entdecken, daß sie Grundsatzprobleme hat – z.B. ihren cartesianischen Dualismus durch das nicht dekonstruierte Kompositum Psychotherapie; die fehlende Bestimmung des Seelenbegriffs; die extrem macht-volle und dependenz-schaffende Struktur ihres Behandlungssettings; die zumeist arbiträre Wahl oder Inkonsistenz metatheoretischer Positionen usw. usw..

Wie geht in der Psychoanalyse elementenpsychologische Argumentation, Triebdeterminismus, physikalistische Ökonomie mit einer „Hermeneutik des Subjekts“ zusammen, das dazu noch an die „Deutungsmacht“ [Pohlen, Bautz-Holz Herr 1991, 1994] nicht nur des Analytikers [siehe Freuds Grundregel], sondern auch an die ideologische Vorgabe einer Hermeneutik des Wunsches [désir] gebunden ist? Wie geht in der Gestalttherapie Bubersche Dialogik [Dobrowa, Staemmler 1999] zusammen mit Perlscher radikalbiologischer Organismustheorie [Perls 1980] oder mit der aristotelisch-thomistischen Grundlage des zweiten Gestaltbegründers Paul Goodman [Blankertz 2000, vgl. kritisch Petzold 2000e]? Wie ist der Körperbegriff in den reichianischen „Körpertherapien“, ihr „Energiebegriff“ [Russelman 1988] rekonstruiert und haltbar, wenn keine Auseinandersetzung mit den Arbeiten der Leibtheoretiker von G. Marcel über M. Merleau-Ponty bis zu M. Foucault, H. Schmitz oder J.L. Bermúdez stattfindet, von einer Rezeption therapierelevanter psychophysiologischer Konzepte [Kandel et al. 1995; Birbaumer, Schmidt 1999; Hüther 2000] ganz zu schweigen? Wie kommt es, daß bei den „humanistischen“ Verfahren der Humanismusbegriff, der ja im Namen geführt wird, trotz Foucaults [1966] Grundsatzkritik völlig ungeklärt und unproblematisiert ist? Wie ist es möglich, daß die auf „Bewußtsein“ (oder das „Unbewußte“) zentrierenden Therapieverfahren – und das sind sie

zumindest implizit doch alle – de facto keinen Anschluß an die philosophische und neurowissenschaftliche Diskussion zum Bewußtseinskonzept haben [Metzinger 1995; vgl. aber Grawe 1998 mit Bezug auf Perrig et al. 1993 und vgl. auch die Theorie eines „komplexen Bewußtseins“ von Petzold 1991a]? Wie kommt es, daß der *Diskurs* zwischen den Schulen fast ein Jahrhundert lang nicht in Gang gekommen ist, wo doch Verstehen und Verständigung das Programm aller „Therapieschulen“ ist? Wie kommt es, daß es so wenig Arbeiten zur Metastruktur von Psychotherapie gibt, wurde da kein Mangel erlebt? Warum gibt es kaum Arbeiten zu psychotherapiespezifischen Ethikkonzepten und –problemen? Kaum Forschungen zu Therapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen? usw.usw.

In meinem Metamodell eines „Tree of Science“, an deren früher Version von 1975 sich auch die **Charta** orientiert hat (Petzold 1992q), wurde die Wissensstruktur der „Psychotherapie als Disziplin“ umrissen. Nachstehend die neueste Version (vgl. 1998a, 96), in die jede Orientierung oder Schule ihre Position (mit Angabe der Referenzautoren, z. B. *Ricoeur*) hinter dem jeweiligen Item vermerken müßte, aber – wie erwähnt – was besagt das etwa im Hinblick auf die Lesart von *Ricoeur* und auf die Entscheidung für welchen *Ricoeur*, den von „L’interprétation“ oder von „Temps et récit“? Und die herbesten Fragen sind wohl doch die: Sind die Ausbilder überhaupt auf der Höhe der Fragestellungen? Können sie sie vermitteln? Was kommt von all dem bei den AusbildungskandidatInnen an? Und was bleibt bei ihnen hängen - in einer handlungsrelevanten Weise? Nun, wir evaluieren das immer wieder (Petzold, Hass et al. 1995; Petzold, Steffan 1999, 2000a). Die Ergebnisse sind ermutigend und sprechen für eine handlungsrelevante Theoriekultur (dieselben 2000b).

## „TREE OF SCIENCE“ 2000

### I. Metatheorie (**large range theories**)

- Erkenntnistheorie
- Wissenschaftstheorie
- Allgemeine Forschungstheorie
- Anthropologie/Menschenbild (einschließlich Gendertheorie)
- Kosmologie/Weltbild (einschließlich Evolutionskonzept)
- Gesellschaftstheorie
- Ethik
- Ontologie

### II. Realexplikative Theorien (middle range theories)

- Allgemeine Theorie der Psychotherapie (Rezeption von Ergebnissen therapiespezifischer Wissensbestände in den Human- und Biowissenschaften, Theorie der Ziele von Psychotherapie, Theorie sozialer Relationalität, Genderfragen in der Psychotherapie etc.)
- Theorie, Methodik und Ergebnisse der Psychotherapieforschung
- Persönlichkeitstheorie
- Entwicklungstheorie
- Gesundheits-/Krankheitslehre (einschließlich Theorie der Diagnostik)
- Spezielle Theorien der Psychotherapie

### III. Praxeologie (**small range theories**)

- Praxeologie als Theorie zielgruppen- und genderspezifischer psychotherapeutischer Praxis
- Praxis der Psychotherapieforschung
- Interventionslehre (Theorie der Methoden, Techniken, Medien, Stile etc.)
- Prozesstheorien
- Theorien zu verschiedenen, insbesondere „prekären“ Lebenslagen
- Theorie der Settings
- Theorien zu spezifischen Klientensystemen
- Theorien zu spezifischen Institutionen und Feldern

### IV. Praxis

- in Dyaden
- in Gruppen und Netzwerken, Feldarbeit, „life“ Situationen
- in Organisationen, Institutionen.
- (nach Petzold 1998a, 96)

Entlang eines solchen Modells der Wissensstruktur, in dem das Theorie-Praxisverhältnis eine top-down/bottom-up Bewegung konnektiverer, wechselseitiger Konstitution ist (Steffan, Petzold 2000), müssen Diskurse *zwischen* den Wissenschaften laufen – *interdisziplinär* – im Felde der psychotherapeutischen Disziplin selbst – d.h. *intradisziplinär zwischen* den „Schulen“ laufen, etwa zwischen Psychoanalyse und Gestalttherapie, Systemtherapie etc. Aber es müssen auch innerhalb der „Schulen“, Orientierungen, Verfahren, Methoden-Communities *Diskurse* gepflegt werden – *intramethodische* Korrespondenzen (Steffan, Petzold 2000). In der **Integrativen Therapie** laufen die Fragen der *Integration* von Konzepten und Methoden, wie oben erwähnt, durch das Abprüfen von „Integratoren“, Leitkonzepten auf konzeptsyntone oder konzeptdystone Parameter. Es wird geprüft, was „*common concepts*“ oder „*divergent concepts*“ sind, homologe oder similäre Strukturen, funktionale Äquivalente. Das müßte auch im *Diskurs* zwischen „Schulen“ geschehen und hier könnten sich „fruchtbare Ko-respondenzen“ ergeben, wenn sie kontrovers und revisionsbereit geführt werden. Beispielhaft einige ebenenspezifische *Integratoren* für die **Integrative Therapie** (vgl. Petzold 1993n, 78):

### I. Integratoren auf der Ebene der Metatheorie

- Orientierung auf Leiblichkeit, die Phänomenologie leiblich-perzeptueller Erfahrung (Petzold 1985g mit Bezug auf G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Schmitz und – für den disziplinierten, unterworfenen Körper - M. Foucault)
- Orientierung auf Sozialität und Entfremdungsphänomene (Petzold 1987d, 1994c, 1996j; Coenen 1981; mit Bezug auf T.W. Adorno, P. Bourdieu, P. Goodman, G.H. Mead, G. Politzer, J. Derrida 2000)
- Orientierung auf Sinn und Bedeutung als persönliche und soziale Konstruktionen, sozialhermeneutische und sozialkonstruktivistische Perspektive (Petzold 1988b; mit Bezug auf P. Ricoeur, J. Derrida und auf A. Schütz, P. Berger/Th. Luckmann 1970; Gergen 1994)
- Orientierung an einer integrativen und diskursiven Ethik der Gewährleistung von Integrität – der eigenen, wie der des Anderen und der Welt des Lebendigen (Petzold 1990n/1992a, 500; Schuch 1988; Krämer 1992; Endreß 1995; mit Bezug auf Krämer, Levinas, Foucault, Mead)
- Orientierung auf Intersubjektivität, Ko-respondenz, Diskurs (Petzold 1978c/1991e, mit Bezug auf G. Marcel, E. Levinas, G.H. Mead, J. Habermas)
- Orientierung auf Bewußtseinsprozesse, Exentrität, Reflexivität und Metareflexivität (Petzold 1988 a; Metzinger 1995)
- Orientierung auf unbewußte Prozesse (Orth 1994; Petzold 1988a; Perrig et al. 1993)
- Orientierung auf Sprache, symbolische Interaktion, Sinnstrukturen (Petzold 2000 b, e; Petzold, Orth 1985, Orth, Petzold 2000; mit Bezug auf Merleau-Ponty, Mead, Ricoeur, Derrida)
- Orientierung auf ideologiekritische Metareflexion (Petzold, Orth 1999; Petzold, Sieper, Orth 1999, 2000; Petzold, Ebert, Sieper 1999; mit Bezug auf Foucault, Bourdieu, Derrida, Deleuze)
- etc.

### II. Integratoren auf der Ebene realexplicativer Theorien (klinische Theorien mittlerer Reichweite)

- Biopsychosoziale Orientierung (Petzold 1974j, 2000h)
- Orientierung auf Kontext/Kontinuumstruktur, systemisch-ökologische Perspektive, Lebenslageorientierung (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; idem 2000h und 1998a mit Bezug auf Gibson, Kelso, Thelen)
- Orientierung auf Temporalisierung - Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsbezug (Petzold 1981e, 1991o; mit Bezug auf die Zeittheorien von Mead, Merleau-Ponty, Ricoeur)
- Orientierung am „life span developmental approach“ (Petzold 1981f, 1999b)
- Orientierung auf Pathogenese und Salutogenese, Heilung und Entwicklung (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993; Petzold, Steffan 2000)
- Orientierung auf Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP) als Fundierung von Zielparametern (Petzold 1997p; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998)
- Orientierung auf differentielle Selbstprozesse - Selbst, Ich, Identität (Petzold 1992a, 527ff, 1999q; Müller, Petzold 1999)
- Orientierung auf prozessuale Diagnostik/Theragnostik (Osten 2000; Petzold, Osten 1998; Petzold, Wolf et al. 2000)
- Orientierung auf generalisierte und störungsbildspezifische *Behandlungskonzepte* (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Heini 1997; Petzold, Wolf et al. 2000)
- Orientierung auf Netzwerke, Konvois, Social Worlds (Petzold, Petzold 1991; Hass, Petzold 1999; Feuerhorst 2000)
- etc.

### III. Integratoren auf der Ebene der Praxeologie und Praxis

- Orientierung an der *Alltagsrealität* und *Lebenslage* - chancenreiche, prekäre, destruktive (Müller, Petzold 2000a)
- Orientierung auf Alltagsformen der *Relationalität* im Netzwerk bzw. Konvoi – Verschmelzung, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit (Petzold 1988p, 1991b;)
- Orientierung auf klinische Phänomene der *Relationalität* – Übertragung [des Patienten und des Therapeuten], Gegenübertragung [des Patienten und des Therapeuten, vgl. idem 1993p, 271], Widerstand, Abwehr (idem 1980g, 1981b)

- Orientierung auf multiple „Wege der Heilung und Förderung“ und methodenplurale und multimodale Vorgehensweisen (Petzold 1988n/1996a, 1993h; Petzold, Sieper 1993)
- Prozessorientierung (Orth, Petzold 1990; idem 1993a)
- Orientierung an therapeutischen Wirkfaktoren (Petzold 1993p; Märtens, Petzold 1998; Petzold, Steffan 2000)
- Orientierung an Evaluations- und Qualitätssicherungskonzepten (Petzold, Hass, Märtens et al. 1995; Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000; Petzold, Orth, Sieper 1995a; Steffan, Petzold 2000)
- etc.

Eine Auseinandersetzung über konzeptsyntone oder konzeptdystone Theorie- und Methodikbestände in der eigenen Orientierung oder zwischen therapeutischen Richtungen bedarf eines *Diskursmodells*. Ein solches wurde im **Chartaprozess** bislang noch nicht erarbeitet. Es wurde auch keines der vorhandenen Modelle aufgegriffen – z.B. das von Habermas (1971, 1981, idem, Luhmann 1971), das der Erlanger Schule (Kambartel 1974) oder – bedingt brauchbar, weil wissenschaftstheoretisch wenig ausgearbeitet, obwohl praxeologisch probat – das von Ruth Cohn (1975). Das hinter meinem „Tree of Science“ stehende Diskurskonzept zur Konsens-/Dissensfindung: das **Ko-responsenzmodell** (Petzold 1978c, 1991e), wurde seinerzeit in der Arbeitsgruppe für die Ausarbeitung des Chartatextes nicht mitberücksichtigt:

„*Ko-responsenz* ist Begegnung und Auseinandersetzung in *Konsens-* und *Dissens*prozessen zwischen Subjekten und ‘communities’ über Probleme, um zu gemeinschaftlich getragenen *Konsens* und/oder zu im respektvollen *Dissens* von allen Beteiligten akzeptierten *Konzepten* zu kommen, die *Kooperation* und ggf. kokreative Überschreitungen mit transdisziplinären Qualitäten ermöglichen“.

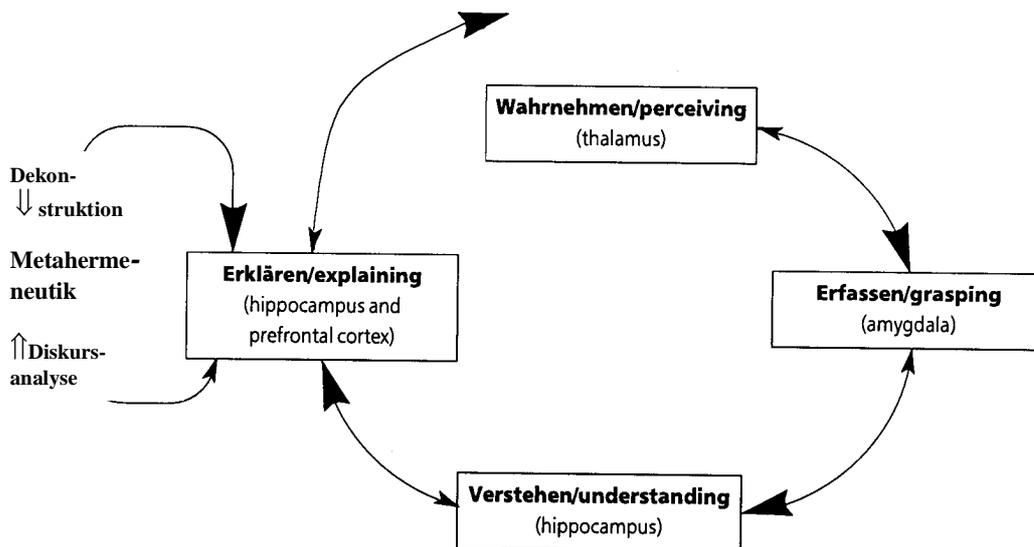
Es wurde dabei übersehen, daß eine solches Modell (wie der „Tree of Science“ oder das **Chartadokument**) Konstitutionsprozesse durchlaufen (die Chartaunterzeichnung war ja lediglich ein Moment der Fixierung eines temporären Konsenses), die sich ko-respondierend fortschreiben müssen. Problemlösungen und Wissensbestände werden in Gesprächs- und Erzählgemeinschaften (Petzold 2000b) durch **Ko-responsenzprozesse** polylogischer *Begegnung und Auseinandersetzung als diskursiver und narrativer Praxis* über Realitäten, Themen, Geltungsbehauptungen generiert oder festgelegt – genau das meint **Ko-responsenz**. Das geschieht dadurch, daß die Ko-respondierenden zu **Konsens** kommen (und sei es der Konsens darüber, daß man **Dissens** hat – respektvollen hoffentlich), der zu **Konzepten** ausgearbeitet wird, die „auf Zeit“ von der **Konsensgemeinschaft** getragen werden und dadurch **Kooperation** ermöglichen, bis erneute Fragestellungen/Probleme eine neue spiralförmig fortlaufende Ko-responsenzbewegung einleiten. Ob nun dieses oder ein anderes Diskursmodell (das von Kambartel, Habermas, Bourdieu, Cohn) aufgegriffen und umgesetzt wird, man sollte den diskursiven Prozeß, den man ansteuern will, auf jeden Fall metareflektieren, um ihn *bewußt* anzustreben und zu realisieren.

Und man sollte seine Hintergrunddimensionen durch „Mehrebenenreflexionen“ im Sinne der **Metahermeneutik** überprüfen und „kritisch Problematisieren“ (idem 1998a, 112), denn die Diskursformen sind nicht voraussetzungslos, wie etwa die Diskursion der neukantianischen Ethik bzw. der Diskursethik von Apel und Habermas durch die Integrative Ethik (Krämer 1992, 1995; Endreß 1995) zeigt. Der *Diskurs* über unterschiedliche Diskurse, wie er aufgrund der differentiellen Diskurskulturen und ihrer Vorannahmen - etwa in der Psychoanalyse (Loch 1965; Morgenthaler 1978) und der Gestalttherapie (Blankertz 2000; Doubrawa, Staemmler 1999) – möglich und notwendig wäre, böte in der **Ko-responsenzgemeinschaft der Charta** in ihrer Heterogenität viele Chancen, zumal ja eine bislang nicht metareflektierte *working practice* vorhanden ist und funktioniert (offenbar die eines traditionellen Schweizerischen Demokratieverständnisses mit all seinen positiven – aber für Wissenschaftsprozesse wohl nicht immer funktionalen - Implikationen, was sich u.a. aus dem Statement der Organisatoren zu den Chartacolloquien ablesen läßt: über Wissenschaftlichkeit könne in einem „demokratischen Prozeß“ entschieden werden. Eben nicht! In der Demokratie wird mit dem Grundrecht der „Freiheit von Forschung und Lehre“ richtiger Weise die Wissenschaft von der Festlegung wissenschaftlicher Erkenntnis und Wahrheit durch Mehrheitsvoten [die Anwesenden bestimmen, wie an der Landsgemeinde] freigestellt, wobei allerdings administrative Kontrollmöglichkeiten eingeplant und Legitimierungsverpflichtungen vorgesehen wurden; vgl. meine Stellungnahme zum Colloquium 2 zu dieser Problematik).

## 6. Abschließend und zusammenfassend einige Eckpositionen:

Der theoretische Hintergrund einer psychotherapeutischen **Theorie** muß (1) in einer **metatheoretischen** Position verortet werden, auf deren Boden (2) eine **klinisch-theoretische**, die Realitäten des klinischen Alltags explizierende und (3) eine **praxeologische** Ebene entwickelt werden muß als Grundlage für (4) eine konsistente **Praxis**, die wiederum den Boden jeder **Theorie** bildet. Als erkenntnistheoretische Position haben wir das Konzept einer „**Metahermeneutik**“ entwickelt, die vom Modell einer „hermeneutischen Spirale“ ausgeht (Abb. 4), die phänomenologisch ansetzt (wie sonst?), aber psychophysiologische resp. biopsychologische (neurowissenschaftliche und immunologische) Erkenntnisse über das Funktionieren perceptiver, kognitiver, emotionaler, volitiver Prozesse, (d. h. also auch von Bewußtseins- und Interpretationsprozessen) mitreflektiert, womit die eine naturwissenschaftliche Perspektive ablehnende oder ausblendende Richtung traditioneller Hermeneutik überschritten wird.

**Abb. 4: Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen ⇒ Erfassen ⇒ Verstehen ⇒ Erklären“ und ihre metahermeneutische Überschreitung des Erklärens durch „↑ Diskursanalyse ↓“ (Foucault) und „↓ Dekonstruktion ↑“ (Derrida)**



Gleichzeitig und andererseits werden die Bedingungen eines solchen Diskurses und die in ihm zum Tragen kommenden Traditionsströme und Zeitgeisteinflüsse (Petzold 1989f) genealogisch/archäologisch (Foucault 1966) untersucht auf dysfunktionale Mythen, Ideologeme (Petzold, Orth 1999) und „**Diskurse der Macht**“, von denen die Psychotherapie, ihre Praxis mit ihren Settings und ihrer Theorienbildung in hohem Maße durchfiltert ist – und zwar in jeder Schule. Dies gilt in Sonderheit für die tiefenpsychologischen und humanistisch-psychologischen Schulen (vgl. Castel 1976; Castel et al. 1982; Dauk 1989; Foucault 1966), die ihr ideengeschichtliches Herkommen aus den Individualisierungsprozessen in der Romantik (Berlin 1998) genausowenig aufgearbeitet haben wie ihre Genealogie in Beicht- und Geständnisprozessen der „**Pastoralmacht**“ (Foucault 1982), als deren säkularisierte Fortschreibung sie in vieler Hinsicht gelten können (Dauk 1989).

**6.1 Wissenschaftstheorie:** Die Hauptfrage der Wissenschaftstheorie ist die nach der erkenntnistheoretischen Position unter wissenschaftshistorischen und wissenssoziologischen Gesichtspunkten, d. h. es erfolgt eine Einordnung der Erkenntnisse auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Interessenlagen und Machtverhältnisse und in Beziehung zu anderen wissenschaftlichen Erkenntnissen (z. B. Strömungen, Therapieschulen) historisch und gegenwärtig. Die Position der „**Integrativen Therapie**“ ist evolutiv-pluralistisch, d.h. unter

wissenschaftsgeschichtlicher Perspektive vielfältig und das verlangt *Metahermeneutik*, d.h. Reflexion des Reflektierens, eine Auslegung der Auslegung. Jede Erkenntnis ist in biologischer und gesellschaftlicher Hinsicht aus einem evolutionären Prozeß entstanden und entwickelt sich immer weiter. Es muß immer wieder ein neuer *Konsens* gefunden werden, der von einer Gemeinschaft getragen wird. Der neu geschaffene Konsens muß *ethisch legitimiert* werden, sich in der Praxis bewähren (*Popper*), unter gesellschaftskritischer Perspektive auf die Hintergründe seines Zustandekommens angeschaut werden, hinsichtlich des Nutzens für Interessengruppen geprüft und auf seine Funktion zur Stabilisierung von Machtverhältnissen befragt werden (*Bourdieu*).

**6.2 Erkenntnistheorie:** Es gibt verschiedene erkenntnistheoretische Basispositionen bzw. Wege, Erkenntnisse über den Menschen und die Welt oder über vorfindliche *Wirklichkeit* und menschengeschaffene *Realität* zu gewinnen - um diese Differenzierung des „konstruktiven Realismus“ (*Wallner* 1990) anzusprechen – oder, wie im „kritischen Realismus“, über die *phänomenale Welt*, die den Sinnen zugänglich ist, und die *transphänomenale Welt* (z. B. der Moleküle, der subatomaren Partikel), die nur mittelbar erschlossen werden kann (*Bischof* 1966). Menschliche Erkenntnis hat drei – jeweils auch evolutionstheoretisch zu reflektierende (*Lorenz, Wuketis* 1983; *Edelman* 1992) – Voraussetzungen, wie wir sie in der Integrativen Therapie annehmen (*Petzold* 1988n, 176): 1. *Leiblichkeit* (Leib-Apriori der Erkenntnis, *Apel* 1963), 2. *Bewußtsein* (Bewußtseins-Apriori der Erkenntnis, *Pöppel* 1985), 3. *Sozialität* (soziales Apriori der Erkenntnis, *Berger, Luckmann* 1970). Erkenntnisse werden in einem komplexen, interaktionalen Konstitutionsprozeß zwischen Erkennendem und Erkanntem (*Merleau-Ponty* 1966) gewonnen. Sie sind Resultat einer Wechselwirkung zwischen Systemen (*Kriz* 1997). Erkenntnisse über den Menschen entstehen aufgrund der perzeptiven (sensumotorischen) und cerebralen Ausstattung des Menschen (*Gibson* 1979; *Kelso* 1995; *Edelman* 1987, 1992; *LeDoux* 1996; *Damasio* 1999). Die Erkenntnistheorie der „Integrativen Therapie“ verdankt einer metakritisch bewerteten (tiefen)hermeneutischen Betrachtung wichtige Einsichten und methodische Schritte zur „Kunst der Auslegung“ (*Ricoeur* 1969, 1982) auf der Grundlage eines phänomenologisch-strukturalen Zugangs zur Lebenswelt (*Merleau-Ponty* 1945, 1964). Erkenntnisse entstehen aus Akten der Kokreation im „Konflux“, dem Zusammenfließen aller Ressourcen und Potentiale (*Iljine, Petzold, Sieper* 1970/1990; *Petzold, Orth* 1996b) und ihrer dekonstruktiven Betrachtung (*Derrida* 1967, 1972; *Culler* 1994; *Petzold, Orth, Sieper* 2000). Grundlage jeder menschlichen Erkenntnis bilden die Sinne, die, wie die evolutionäre Erkenntnistheorie (*K.Lorenz* 1941; *Lorenz, Wuketis* 1983; *Vollmer* 1975; *Riedl* 1981) überzeugend gezeigt hat, von der biologischen und sozialen Evolution zum Wahrnehmen der Welt ausgebildet wurden, aber durch die *Formungen der Sozialisation* (*Hurrelmann* 1995) gegangen sind. So wird originär *Sinn* vom „Leibe her“ aus der Interaktion mit der Lebenswelt **und** der Sozialwelt geschöpft mit dem Resultat wachsender *Sinnerfassungskapazität* (*Petzold* 1998a, 175) für den Einzelnen und für das Kollektiv. Die Frage nach der „Wahrheit der Wirklichkeit“ kann sich über zwei Wege beantworten: 1. den einer *subjektiven* Vergewisserung, von den leiblich wahrgenommenen *Phänomenen zu Strukturen zu Entwürfen* vordringend, d.h. nach einem hinter den unmittelbar wahrnehmbaren *Phänomenen* stehenden *Sinn* (d.h. nach *Strukturen*) zu schauen mit einem prospektiven Blick in die Zukunft (*Entwürfe*). Der 2. Weg des Erkenntnisgewinns geht den einer *intersubjektiven* Vergewisserung zu Wahrnehmungsgegenständen, aber auch zu Gedanken, Gefühlen, Intentionen, Willensentschlüssen: über *Ko-respondenz* zu  $\Rightarrow$  *Konsens/Dissens*  $\Rightarrow$  zu *Konzepten* zu  $\Rightarrow$  *Kooperation* (idem 1991e). Beide Wege konvergieren in der hermeneutischen Spirale (Abb. 4) des Erkenntnisgewinns: vom *Wahrnehmen zum*  $\rightarrow$  *Erfassen zum*  $\rightarrow$  *Verstehen zum*  $\rightarrow$  *Erklären* schreiten Erkenntnisprozesse ko-respondierend und ko-kreativ voran als Prozesse zwischen Subjekt und Mitsubjekt in Kontext/Kontinuum (idem 1991a, 91-152). Das **Ko-respondenzmodell** (idem 1970c, 1978c, 1991e, nachstehend in Details erneut präzisiert), wie es in der voranstehenden, komplexen Definition (unter 3) umrissen wurde, hat theoretische Voraussetzungen, die gleichzeitig Prinzipien der **Integrativen Therapie** sind:

### **Axiome, Prinzipien und Konzepte des Ko-respondenzmodells**

- Alles Sein ist Mit-Sein, das auch bei prinzipieller Zugehörigkeit und All-Verbundenheit (sobornost‘) ein unaufhebbares Moment der *Differenz* impliziert, differentielles Mit-Sein ist (sonst wäre ein „mit“ nicht möglich) – *Koexistenzaxiom\**
- Alles fließt und ist im Fluß verbunden, auch Gegensätzliches – *herakliteisches Axiom*
- Lebensprozesse sind stets Prozesse komplexen Lernens und vollziehen sich nonlinear im ständigen Wandel unter Konditionen von Diskontinuität und Regelmäßigkeit – *Kontinuitäts-/Diskontinuitätsprinzip\* (Metamorphoseprinzip)*
- Der Mensch als Mann und Frau ist Körper-Seele-Geist-Subjekt im sozialen und ökologischen Umfeld. Leibsubjekt und Lebenswelt sind in primordialer Weise miteinander verschränkt – *anthropologische Grundposition*.
- Der Leib als Verschränkung von materieller und transmaterieller Wirklichkeit ist in seinen unbewußten Strebungen und als wahrnehmende Bewußtheit immer auf anderes bezogen – *Intentionalitätsprinzip*
- Der Mensch ist auf Mitmenschen gerichtet und wird Subjekt durch polylogische Intersubjektivität, wobei die ‘Andersheit des Anderen‘ in der Matrix „*Du, Ich, Wir*“ nicht zu übersteigen ist – *Intersubjektivitätsaxiom (Consorsprinzip und Alteritätsprinzip)*
- Identität wird durch fremd- und selbstattribuierende, kognitiv und emotional wertende Interaktionen und volitive Akte gewonnen – *Identitätskonzept\**
- Wirklichkeit ist pluriform und als menschliche Realität in sich mehrdeutig. Sie erfordert Mehrperspektivität und die metahermeneutische Durchdingung einer transversalen Vernunft – *Polymorphieaxiom, Transversalitätsprinzip*
- Nichts kann ohne seinen spatiotemporalen Zusammenhang, wie er in einem gegebenen zeitextendierten Hier-und-Jetzt zugänglich wird, sinnvoll begriffen werden – *Kontext-/Kontinuumsaxiom, perspektivisches Hier-und-Jetzt-Prinzip*
- *Sinn* wird aus Polylogen geschöpft, ist deshalb immer Sinn mit Anderen und anderem und steht gleichzeitig in Differenz/Dissens zu wieder anderem – *Konsens/Dissensprinzip, Konzept der différence*
- Die konsensuelle Bestätigung der primordialen Koexistenz ist Grundlage von Integrität. Für ihre Gewährleistung gilt es, in „engagierter Verantwortung“ parrhesiastisch einzutreten – *Integritätsprinzip, Parrhesiekonzept\*\**
- Das Gesamt von Wirkungen ist [mehr und] etwas anderes als die Summe von Teilwirkungen. Durch das Zusammenspiel, die *Konnektivierung* von Verschiedenem (Menschen, Gruppen, Ressourcen, Wissensstände etc.), entsteht durch Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln, durch Differenzieren, Integrieren, Kreieren in Emergenzen *Neues* gemäß dem Konzept der Kokreativität in Prozessen ‘komplexen Lernens‘ – *Synergieprinzip, Emergenzprinzip, Kokreativitätskonzept\*\*\**.

(revid. von 1978c/1991e).

\**Axiome* sind Grundannahmen einer Theorie, die die Qualität einer Setzung haben, die nicht hinterschritten werden kann; *Prinzipien* sind begründende Festlegungen mit einem sehr hohen Grad innerer Konsistenz und Entäuschungsfestigkeit, die für die Theorie und die daraus folgende Praxeologie und Praxis eine unverzichtbare Basis darstellen; *Konzepte* sind konsensuell begründete Annahmen, die für die Theorie, Praxeologie und Praxis eine handlungsbegründene und -leitende Funktion haben.

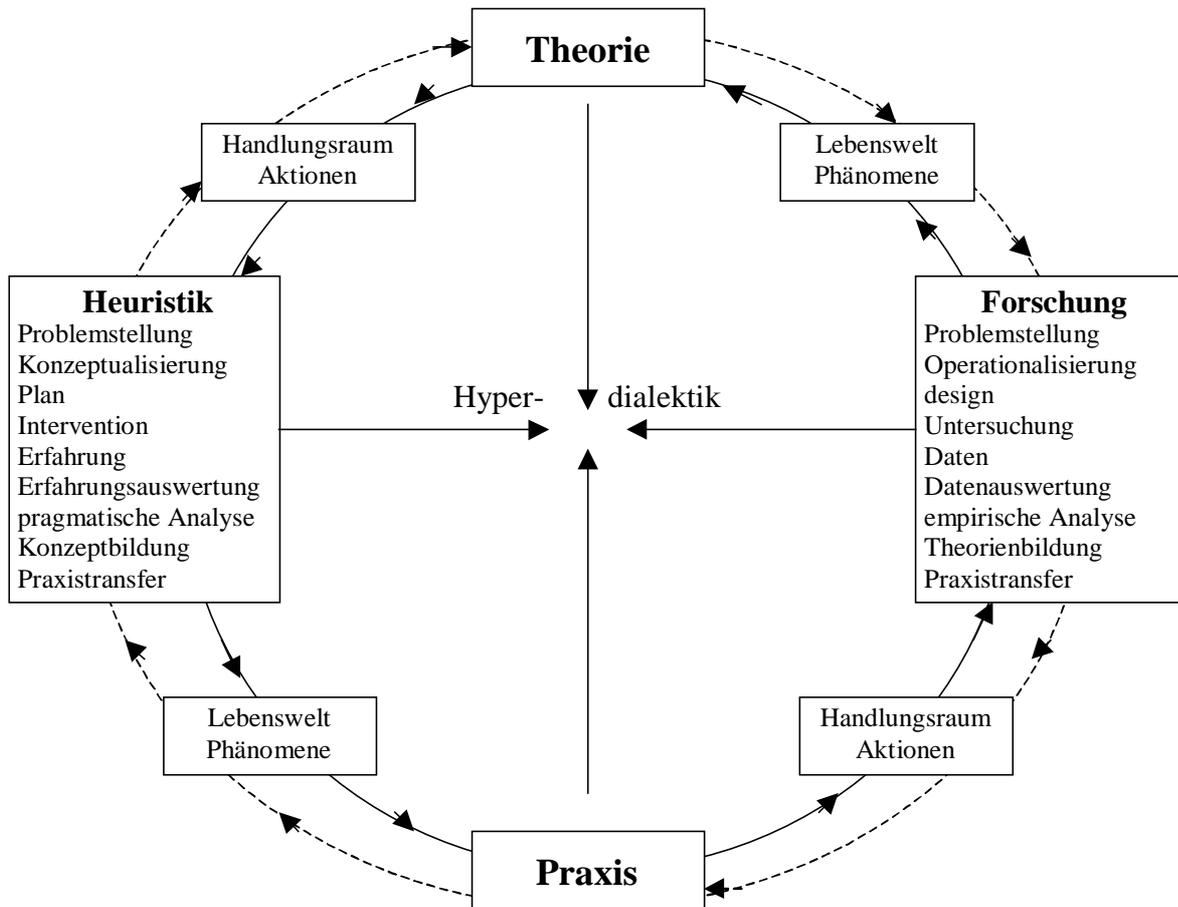
\*\* zum Parrhesiekonzept vgl. *Petzold, Orth* 1999 und *Petzold, Orth, Sieper* 2000, *Petzold, Ebert, Sieper* 2000

\*\*\* zur integrativen „komplexen Lerntheorie“ vgl. *Sieper, Petzold* 1993, *Sieper* 2001

**6.3 Prozesse der Theorienbildung:** Theorienbildung erfolgt im Integrativen Ansatz prinzipiell „**ko-respondierend**“ (idem 1991e): einerseits in der Ko-respondenz zwischen *Konzeptentwicklung, Praxis* und *Forschung*, d.h. auch *Theoretikern, Praktikern, Forschern* – zuweilen sind die Rollen in einer Person vereint. Das Konzept des Forschungsprozesses wird in Abb. 5 wiedergegeben. Andererseits erfolgt sie in „Begegnung und Auseinandersetzung“ in der eigenen „*scientific community*“ unter Rückgriff auf Ergebnisse der Grundlagen- und Anwendungsforschung, durch Auswertung von klinischen Erfahrungen und Kenntnisständen, weiterhin in schulenübergreifenden und in multidisziplinären, interdisziplinären und transdisziplinären Diskursen (zur Differenzierung vgl. idem 1998a, 26) mit anderen *scientific*

*communities*, mit denen der *Diskurs* aktiv gesucht wird. Tagungen, Symposien, Internet-Foren, Journalbeiträge, Buchreihen, Sammelbände (z.B. *Petzold, Märtens* 1999) etc. sind hier die üblichen Wege.

**Abb. 5: Generatives Theorie-Praxis-Modell „systematischer Heuristik“ der Forschungs-/Anwendungs-Verschränkung aus Petzold (1991e, 82f)**

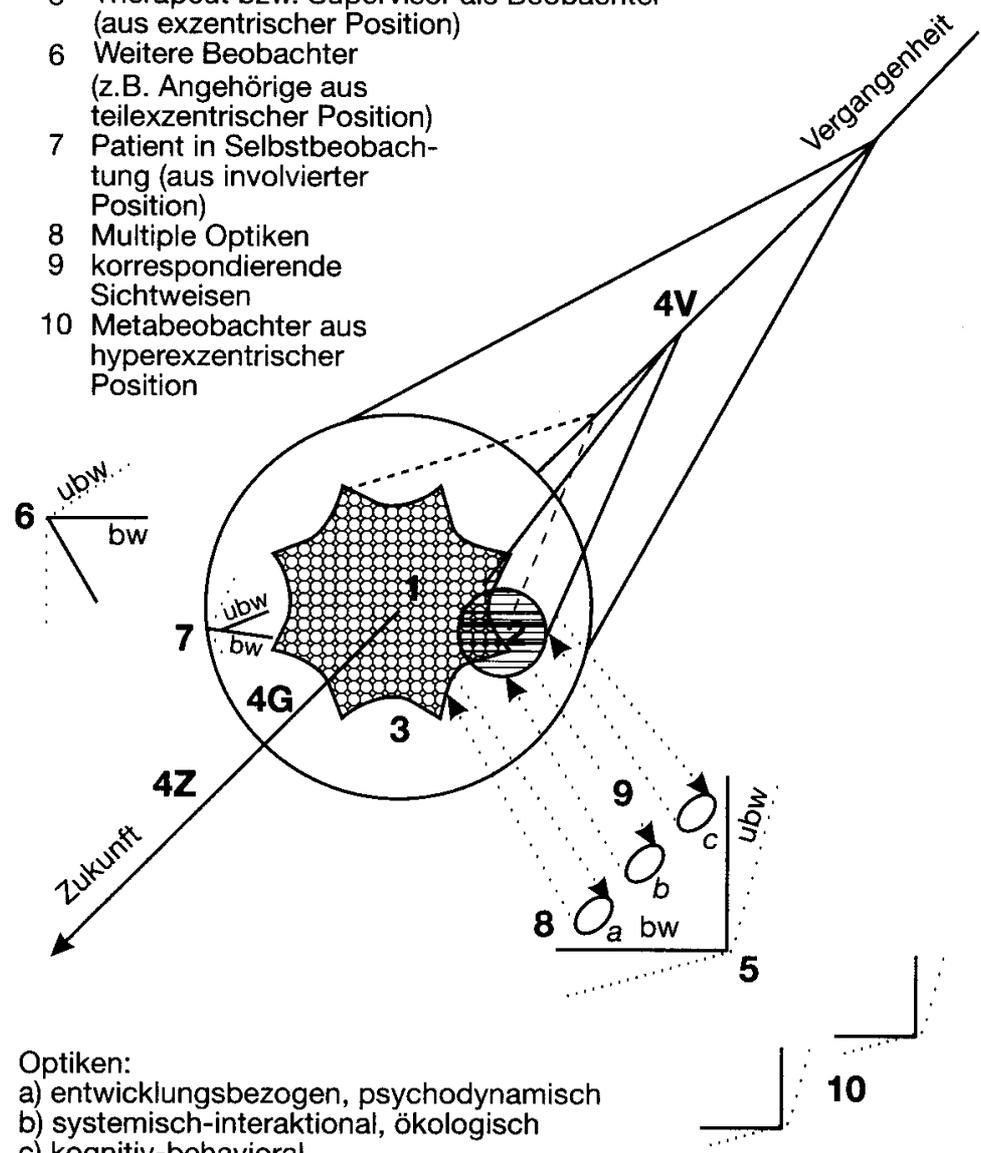


#### 6.4. Einbezug wissenschaftlicher Grundlagen für den Therapie- und Theorieansatz, Praxis und Lehre

Geleitet von einer **Metatheorie** mit erkenntnistheoretischen Standpunkten, einem hinlänglich konsistenten anthropologischen Konzept und klaren ethischen Positionen können *spezifische theoretische Konzepte (realexplikative Theorien)* wie eine „allgemeine Theorie der Therapie“, Positionen zur „Persönlichkeitstheorie“, zur „Entwicklungstheorie“, zur „Gesundheits- und Krankheitslehre“ wachsen. Die realexplikativen Theorien bieten Materialien für die Erarbeitung einer **Praxeologie** sowie Erklärungshilfen für die Handhabung therapeutische Wirklichkeit in der **Praxis**. Durch diese theoretischen „Folien“ blickt die integrativ arbeitende Therapeutin auf die Wirklichkeit (Abb. 6), wenn sie vielfältige Therapiemethoden einsetzt und differentielle und integrative „Wege der Heilung und Förderung“ (Petzold 1993a) beschreitet. Das Modell dient der Reflexion der eigenen Praxis und der Supervision, Kontrollanalyse und Intervision (idem 1993m, 1998a).

**Abb. 6: Modell mehrperspektivischer Betrachtung mit verschiedenen theoretische Optiken** (aus Petzold 1998a, 135, vgl. das mehrperspektivische Gruppenmodell von Frühmann 1986)

- 1 Perspektive Gruppe
- 2 Perspektive Individuum
- 3 Perspektive Kontext  
(Szene, Situation, z.B. Institution)
- 4 Perspektive Zeitkontinuum  
(Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)
- 5 Therapeut bzw. Supervisor als Beobachter  
(aus exzentrischer Position)
- 6 Weitere Beobachter  
(z.B. Angehörige aus teilexzentrischer Position)
- 7 Patient in Selbstbeobachtung  
(aus involvierter Position)
- 8 Multiple Optiken  
korrespondierende Sichtweisen
- 9 korrespondierende Sichtweisen
- 10 Metabeobachter aus hyperexzentrischer Position



**7. Schlußbemerkung**

Ich hoffe, dieser komprimierte Text aus dem Diskussionsprozeß der Charta hat den wissenschaftstheoretischen und erkenntnistheoretischen Ansatz der **Integrativen Therapie** erkennbar werden lassen und ihren Ansatz *kritischer Problematisierung* und *metahermeneutischer Reflexion*. Mehr als ein „Erkennbar werden lassen“ ist nämlich im

Rahmen einer „Stellungnahme im *Diskurs*“ kaum möglich, auch nicht in schriftlich geführten Diskursen etwa im Rahmen von Fachzeitschriften. Dafür sind Fragen wie die der Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie zu komplex. Sie verlangen von den Diskurspartnern mehr an „Aneignung“ als eine „schnelle Rezeption“, die *Derrida* (1986, 22) anprangert, wobei häufig alles, was den „künstlichen und historisch festgelegten Normen, die die eigene Rhetorik, die eigene Axiomatik der konventionellen Diskussion bestimmen“ (ibid.) zuwiderläuft – und sei es der Zitationsweise der Manuskripttrichtlinien, von anderen Grundsatzperspektiven zu schweigen – nicht oder nur cursorisch zur Kenntnis genommen, abgewertet oder ignoriert wird. **Der „Mühen der Aneignung“ des anderen Diskurses muß man sich schon unterziehen, wenn man den Anderen wirklich verstehen will, und zwar so intensiv, daß man vielleicht die Chance hat, von ihm zu lernen, ehe der Gestus der Überlegenheit des eigenen Paradigmas wieder greift und man ihn zu den eigenen „bevierte systems“ bekehren will.** Diese Glaubenssysteme folgen bei der Mehrzahl der Therapieschulen nicht den Prinzipien, die für eine moderne Psychotherapie m. E. unerlässlich sind und die ich einen „therapietheoretischen Imperativ“ fassen möchte, dem ich – blicke ich auf meine eigenen Arbeiten – stets verpflichtet war und sein werde:

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

Um einem solchen Imperativ zu folgen, ist es unerlässlich, sich intensiv mit den verschiedenen Diskursen in der Psychotherapie befassen – und es liegen in der Tat von mir wichtige Arbeiten zu *Moreno*, *Perls*, *Ferenczi* u.a. vor.. Es hat mich Jahre gekostet etwas von *Freud* zu verstehen\*, um trotz etlicher Vorbehalte gegen *Freuds* Diskurs *Derridas* (1992) Votum „Être juste avec Freud“ vollauf endorsieren zu können, und es hat mich mehr als ein Dezennium gekostet, um die als „simpel“ stigmatisierte Verhaltenstherapie, dieses komplexe Konvolut z.T. höchst disparater Konzepte und Praxen, denen keineswegs eine verbindende Lerntheorie zugrunde liegt oder eine Einfachvariante von Behaviorismus, hinlänglich zu erfassen. Es ist vielleicht das Problem einer schnellebigen Zeit und hyperflexibler Menschen (*Sennett* 1998) in Prozessen *akzelerierter Lebensunternehmenschaft* vor globalisiertem Hintergrund zu glauben, man könne es sich nicht mehr leisten, sich in den „anderen Diskurs“ zu vertiefen und die „Hürden der Komplexität“ des anderen Denkens zu nehmen, wo man doch für das eigene Denken Differenziertheit und Komplexität als Selbstverständlichkeit beansprucht – oder sollte man diesen Anspruch aufgeben haben?

### Zusammenfassung

Der Text wurde im Zusammenhang der schulenübergreifenden Diskussion innerhalb der „Schweizer Psychotherapiecharta“ erstellt, in dem verschiedene Therapierichtungen zu ihrer *erkenntnistheoretischen* und *wissenschaftstheoretischen* Position Stellung nehmen. Der Autor gibt diese Stellungnahme aus der Sicht der „Integrativen Therapie“ ab und wendet dabei sein Modell der *metahermeneutischen Mehrebenenreflexion* einerseits auf ein Behandlungsbeispiel einer Patientin in einer „prekären Lebenslage“ an, andererseits aber auch auf den Diskursprozeß der Charta selbst, indem er das „archäologische Erbe“ der Psychotherapie als säkularisierte Fortführung der „Pastoralmacht“ im Sinne *Foucaults* thematisiert und „kritisch problematisiert“. Dabei werden die differenzierten erkenntnistheoretischen und praxeologischen

---

\* Ich hatte, bei *Ricoeur* 1965 in den Zeiten seines bedeutenden Freud-Buches hörend, eine intensive Freud-Lektüre begonnen, die mich bis in die Gegenwart immer wieder beschäftigt hat. Aber erst in jüngster Zeit habe ich mich entschlossen, zu *Freud* etwas umfänglicher zu schreiben – kritisch-wertschätzend und manches rigoros ablehnend, etwa seine negativistische Anthropologie. Vgl. *Leitner, A., Petzold, H.G.* (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien.

Modelle des Integrativen Ansatzes dargestellt und zugleich exemplarisch für die dargestellten Themen dieses Beitrags angewandt.

### Summary

This text has been elaborated for the context of the discussion between schools of psychotherapy within the „Schweizer Psychotherapiecharta“, a discourse in which various orientations of psychotherapy are exposing their positions concerning epistemology and theory of science. The author offers his view from the position of „Integrative Therapy“ applying his model of *metahermeneutic multilevel reflexion* to an example from the treatment of a patient in a „precarious life situation“ but also to the process of discourse within the Charta itself by thematizing and „critically problematizing“ the „archeological heritage“ of psychotherapy as secularized perpetuation of „pastoral power“ in the line of *Foucault*. The sophisticated epistemological and praxeological models of the Integrative approach are in this way presented and in the same time exemplified with the topics of this paper.

### Literatur in Auswahl

- Apel, K.O. (1973): Transformationen der Philosophie. Frankfurt: Suhrkamp 1973.
- Arkowitz, H. (1992): A common factors therapy for depression. In: *Norcross*,
- Beck, U. (1997): Auf der Suche nach der sozialen Wirklichkeit. Frankfurt: Suhrkamp.
- Berger, P.L., Luckmann, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt: Fischer.
- Berlin, I. (1996/1998): The sense of reality, Chatto. London: Windus; dtsh. Wirklichkeitssinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen. Berlin: Berlin Verlag.
- Berthok, A. (2000): The brain's sense of movement. Boston: Harvard University Press.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1999): Biologische Psychologie. Berlin u.a.: Springer (4. Aufl.)
- Bischof, N. (1966): Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie, in: Metzger, W. (Hg.), Handbuch der Psychologie, Bd. I, Hogrefe, Göttingen 1966, 1974<sup>2</sup>, 21-78
- Blankertz, S. (2000): Gestalt begreifen. Wuppertal: Peter Hammer.
- Böhme, G. (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Darmstädter Vorlesungen. Frankfurt: Suhrkamp.
- Böhme, G., Böhme H. (1983): Das Andere der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozeßforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
- Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer. Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.
- Bunge, M. (1977): Emergence and the mind, *Neuroscience* 2, 501-510.
- Bunge, M. (1980): The mind-body-problem - a psychobiological approach, Pergamon, Oxford; dtsh. Das Leib-Seele-Problem, Mohr, Tübingen 1984, 1987.
- Castel, R. (1996): Psychoanalyse und gesellschaftliche Macht. Kronberg:
- Coenen, H. (1981): Leiblichkeit und Sozialität. *Integrative Therapie* 2/3 (1981) 138-166 und in: *Petzold* (1985g) 197-229.
- Cohn, R. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett.
- Conquergood, D. (1985): Communication as performance: Dramaturgical dimensions of everyday life, in: *Sisco, J.I.*, The Jensen lectures: Contemporary communication studies, Tampa 1983; repr. in: *Schweinsberg-Reichart, I.* (Hrsg.), Performanz. Sprache und Sprechen, Scriptor, Frankfurt 1985, 11-28.
- Culler, J. (1994): Dekonstruktion. Reinbek: Rowohlt.
- Damasio, A. (1994): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns. München: List.
- Damasio, A. (2000): The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. London: Vintage.
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Derrida, J. L'écriture et la difference. Paris: Gallimard; dtsh. Die Schrift und die Differenz, Suhrkamp, Frankfurt 1972.
- Derrida, J. (1972): Die Struktur, das Zeichen und das Spiel der Wissenschaften vom Menschen. In: idem, Die Schrift und die Differenz. Frankfurt: Suhrkamp, 422-442.
- Derrida, J. (1976): Ou commence et comment finit un corps enseignant. In: *Grissoni, D.* (Hg.), Politiques de la philosophie. Paris: Grasset, 55-97.
- Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Böhlau.

- Derrida, J. (1992): "Être juste avec Freud". In: *Roudinesco, E., Penser la folie. Essais sur Michel Foucault*. Paris, 139-195.
- Derrida, J. (2000): *Politik der Freundschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Diels, H., Kranz, W. (1961): *Die Fragmente der Vorsokratiker*, 3 Bde. Berlin: de Gruyter.
- Dilthey, W. (1924): *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften* [1910], *Gesammelte Schriften* Bd. VII. Leipzig: Teubner. Nachdruck (1960): Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Doubrawa, E., Staemmler, F. (1999): *Heilende Beziehung – Dialogische Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer.
- Endreß, M. (1995): *Zur Grundlegung einer integrativen Ethik*. Für Hans Krämer herausgegeben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ebert, W. (2000): *Systemtheorie und Supervision*. Opladeb: Leske + Budrich.
- Edelman, G. (1987): *Unser Gehirn. Ein dynamisches System*. München: Piper.
- Edelman, G. (1992): *Bright air brilliant fire. On the matter of mind*. New York.
- Ehlert-Balzert, M. (1999): Ist die Psychoanalyse Gift für Traumaopfer? *Forum Psychoanalyse* 15, 81-84.
- Feuerhorst, R. (2000): Integrative soziotherapeutische Gruppenarbeit mit Frauen im Hinblick auf ihr soziales Netz. *Gestalt* (Schweiz) 38, 3 – 20.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Foerster, H. von (1985): *Observing systems*, Seaside, Ca. 1981; dtsh. *Sicht und Einsicht: Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie*. Braunschweig: Vieweg.
- Foucault, M. (1966): *Les mots et les choses*. Paris:
- Foucault, M. (1974/1977): *Die Ordnung des Diskurses*. München: Hanser.
- Foucault, M. (1978): *Recht der Souveränität/Mechanismus der Disziplin*, in: ders. *Dispositive der Macht*. Berlin: Merve S. 75 – 95.
- Foucault, M. (1982): *Der Staub und die Wolke*. Bremen:
- Foucault, M. (1984): *L'histoire de la sexualité. 2 L'usage des plaisirs*, Paris.
- Foucault, M. (1986/1989): *Die Sorge um sich*, Bd. III. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1996): *Diskurs und Wahrheit*. Berlin: Merve.
- Freud, S. (1904): *Über Psychotherapie*. Studienausgabe. Frankfurt: Fischer 1975ff, Ergänzungsband.
- Freud, S. (1912c): *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*.
- Freud, S. (1919): *Wege der psychoanalytischen Therapie*. GW Bd. XII, Frankfurt/M.: Fischer (1978), 181-194.
- Freud, S. (1933a): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. In: GW, Bd. XV, Fischer, Frankfurt 1973.
- Freud, S. (1940): *Totem und Tabu. Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*, *Gesammelte Werke*, Bd. 9. London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1975): *Studienausgabe (StA)*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S., Pfister, O., (1980): *Briefe 1909 – 1939*. Frankfurt: Fischer. 2.Aufl.
- Garfield, S.L. (1992): *Eclectic Psychotherapy: A common factors approach*, in: *Norcross, Goldfried*, 162-195.
- Gergen, K. (1994): *Realities and Relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K.J. (1992): *Introduction*. In: *McNamee, S., Gergen, K.J. (eds.): Therapy as social construction*. London: Sage.
- Gibson, J. (1979): *Senses considered as perceptual systems*. Boston: Houghton Mifflin.
- Grathoff, R., Sprondel, W. (1976): *Maurice Merleau-Ponty und das Problem der Struktur in den Sozialwissenschaften*. Stuttgart.
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Guattari, F. (1964/1965): *La Transversalité. Psychothérapie Institutionelle*, 1, 91-106.
- Habermas, J. (1971): *Hermeneutik und Ideologiekritik*. Frankfurt:
- Habermas, J. (1980a): *Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik*. In: *Apel, K. O., Bormann, C., Bubner, C., Gadamer, H.G., Habermas, J. (1980): Hermeneutik und Ideologiekritik*. Frankfurt: Suhrkamp, 120-149.
- Habermas, J. (1981): *Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz*. 2 Bde. Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J. (1983): *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J., Luhmann, N. (1971): *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung*. Frankfurt: Suhrkamp-
- Hacking, I. (1999): *Was heißt ‚soziale Konstruktion‘? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften*. Frankfurt: Fischer.

- Hadot, I.* (1969): Seneca und die griechische römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P.* (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen der Antike. Berlin: Gatzka.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märten* (1999a) 193-272.
- Heft, H.* (2001): Ecological Psychology in Context. London: Erbaum.
- Hüther, G.* (2000): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen, Vortrag gehalten auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung in Bad Zwesten am 25.2.2000.
- Hurrelmann, K.* (1995<sup>5</sup>): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.
- Iljine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J.* (1990): Kokreation - die leibliche Dimension des Schöpferischen - Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: *Petzold, Orth* (1990a) 203-213.
- Ivainer, T., Lengelet, R.* (1996): Les Ignorances des savants. Paris: Maisonneuve et
- Janet, P.* (1889): L'automatisme psychologique. Paris:
- Janet, P.* (1919): De l'angoisse à l'extase. Paris:
- Janet, P.* (1927): La pensée interieur et ses troubles. Paris: Metoine.
- Janich, P.* (1980): Die Protophysik der Zeit. Frankfurt: Suhrkamp 1980.
- Janich, P.* (1996): Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kandel, E. R., Schwarz, J. H., Jessell, T.J.* (1995): Essentials of Neuronal Science and Behavior. New York: Appleton & Lange; dtsh. (1996): Neurowissenschaften. Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kambartel, F.* (1974): Moralisches Argumentieren, in: idem, Praktische Philosophie, konstruktive Wissenschaftstheorie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kant, I.* (1991): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Werke, hg. *W. Weischedel*, Bd. XII. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kelso, J.A.S.* (1995): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge, Massachusetts: MIT-Press.
- Krämer, H.* (1992): Integrative Ethik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Krämer, H.* (1995): Zur Rekonstruktion der Philosophischen Hermeneutik, Zeitschrift für allgemeine Wissenschaftstheorie 26/1, 169-185.
- Kriz, J.* (1997): Chaos, Angst und Ordnung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krohn, W., Küppers, G.* (1992): Emergenz: Die Entstehung von Ordnung. Organisation und Bedeutung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Laplanche, J.* (1996): Die unvollendete kopernikanische Revolution in der Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer.
- LeDoux, J.E.* (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- Leitner, E.* (2000): Bourdieus eingreifende Wissenschaft. Handhab(ung)en. Wien: Turia + Kant.
- Levinas, E.* (1963/1983): La trace de l'autre, Paris 1963; dtsh. Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Leyens, Dardenne* 1997(in *Jüster, Hidenbrand*)
- Loch, W.* (1965): Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses. Bern: Huber.
- Lorenz, K.* (1941): Kants Lehre vom Apriorischen im Lichte gegenwärtiger Biologie, *Blätter für die Deutsche Philosophie* 15, 94-125.
- Lorenz, K., Wuketits, F.M.* (1983): Die Evolution des Denkens. München: Piper.
- Luhmann, N.* (1968): Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen. Tübingen: Mohr.
- Luhmann, N.* (1992): Beobachtungen der Moderne. Opladen (Westdeutscher Verlag)
- Lytard, J.-F.* (1986): Das postmoderne Wissen. Ein Bericht, Bremen 1982, 2. Aufl.. Wien: Passagen Verlag.
- Märtens, M., Petzold, H.G.* (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G.* (2000): Therapieschäden. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- Mazumdar, P.* (1998): Foucault. Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- McLeod, J.* (1998): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M.* (1945/1966): Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris 1945; dtsh. von *Boehm, R.*, Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M.* (1964): Le visible et l'invisible. Paris (Gallimard), deutsch: (1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München (Fink)
- Mertens, W.* (1993): Einführung in die psychoanalytische Theorie. Stuttgart: Kohlhammer 3 Bde. 2. Aufl.
- Mertens, W.* (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Berlin: Quintessenz.
- Mertens, W.* (1997): Der Beruf des Psychoanalytikers. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mertens, W.* (2000): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.

- Métraux, A., Waldenfels, B. (1986): Leibhaftige Vernunft. Spuren von Merleau-Pontys Denken. München: Fink. □
- Metzinger, T. (1995): Bewußtsein - Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Paderborn: Schönigh.
- Misch, G. (1947): Vom Lebens- und Gedankenkreis Wilhelm Diltheys. Frankfurt: Verlag Schulte-Blumke.
- Morgenthaler, F. (1978): Zur Technik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt: Suhrkamp.
- Morin, A. (1997): Ein konzeptueller Rahmen für Transdisziplinarität. Ein Interview mit Parker, I. (1999): Deconstructing psychotherapy. London: Sage.
- Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations, in: Farr, R.M., Moscovici, S. (eds.), Social representations. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Moser, T. (1989): Gottesvergiftung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie* 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik - Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie*, 2-3, 187-250.
- Nagler, N. (1998): Die Leidenschaft der Kritik. Wilhelm Reichs marxistische Psychoanalyse und die gegen ihn gerichtete freudianische Vereinspolitik der Identitätsvernichtung. *Integrative Therapie*, 1, 123-130.
- Orth, I. (1994): Unbewußtes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien - Überlegungen aus der Sicht Integrativer und intermedialer Kunsttherapie, Vortrag auf dem 9. Symposium der DGKT, 19. - 21. November 1993; *Integrative Therapie* 4, 312-339, und in *Kunst & Therapie* 23, 13-52.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1990c): Metamorphosen - Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. In: Petzold, Orth (1990a) II, 721-774; auch verk. in: *Integrative Therapie* 1/2, 53-93 und *Forum für Kunsttherapie*, 9-31.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1995a): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie - Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld - Präzisierungen Integrativer Positionen, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1995.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2000): Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie. *Integrative Therapie* 2/3, 131-144.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis, in: Petzold, Orth, Sieper (1995a).
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Perls, F.S. (1969a): Cowichan lecture on Gestalt Therapy and integration, Lake Cowichan.
- Perls, F.S. (1980/ 1987<sup>3</sup>): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn: Junfermann.
- Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): Unbewußte Informationsverarbeitung. Bern: Huber.
- Petzold, H. G. Die Siglen hinter den Jahreszahlen beziehen sich auf die Gesamtbibliographie von H. G. Petzold in: idem (1996a) 689 – 729.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsch. in: Petzold (1985a), 11-30.
- Petzold, H.G. (1966 II d): Das Wesen der Orthodoxie nach der Auffassung der serbischen Kirche des Mittelalters. *Concilium* 7, 515-519.
- Petzold, H.G. (1967 II a): Geisteskrankheit, Ehe und Ordination im Orientalischen Kirchenrecht. *Österreichisches Archiv für Kirchenrecht* 7, 515-519.
- Petzold, H.G. (1967 II e): Antinomie und Synthese in Kirche und Kosmos. *Kyrios* 3-4, 229-251.
- Petzold, H.G. (1968 II a): Gottes heilige Narren. *Hochland* 2, 97-109.
- Petzold, H.G. (1968 II h): *L'ivresse mystique chez Omar Khayyam*. *Cahiers Persannes* 1, 7-12.
- Petzold, H.G. (1969 II a): *Die altdeutsche Predigt als geschriebenes und gesprochenes Wort*. *Theologie und Philosophie* 2, 193-221. Petzold, H.G. (1969 II d): Weltvollendung und Verklärung der Schöpfung. Zur Theologie des Eschatons aus der Sicht der Ostkirche. *Ostkirchliche Studien* 4, 309-319.
- Petzold, H.G. (1969 II e): Das Bild des Menschen. Zenkovsky, B., Petzold, H.G. (1969): Das Bild des Menschen im Lichte der orthodoxen Anthropologie. Marburg: Verlag R.F. Edel.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Inst. St. Denis, mimeogr.; auszugsweise dtsch. in: (1988n, S. 455-491).
- Petzold, H.G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1972a): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1972II a): Die eschatologische Dimension der Liturgie in Schöpfung, Inkarnation und Mysterium Pascale. *Kyrios*, 1/2, 67-95.
- Petzold, H.G. (1972 II b): Zum Frömmigkeitsbild der heiligen Säulensteher. *Kleronomia* (Thessaloniki) 2, 251 – 266.
- Petzold, H.G. (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel: Nicol.
- Petzold, H.G. (1973e): Analytische Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und szenisches Spiel als "triadisches Psychodrama" in der Arbeit mit Studenten. In: *Petzold* (1973c) 167-205.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. in *Petzold* (1991e).
- Petzold, H.G. (1980b): Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie. *Integrative Therapie* 4, 323-350; auch in *Petzold* (1982g) 83-112.
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: *Petzold* (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G. (1980j): Moreno - nicht Lewin, der Begründer der Aktionsforschung. *Gruppendynamik* 2, 142-160.
- Petzold, H.G. (1980k): Moreno und Lewin und die Ursprünge der psychologischen Gruppenarbeit. *Zeitsch. f. Gruppenpädagogik* 6, 1-18; Nachdr. in *Schwalbacher Blätter* 3 (1981) 96-112.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1981b): Widerstand - ein strittiges Konzept der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1981e): Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, in: C. Bachmann (Hg.), Kritik der Gruppendynamik, Frankfurt: Fischer, S. 214-299.
- Petzold, H.G. (1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. in: *Petzold, Stöckler* (1988) 47-64.
- Petzold, H.G. (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hg.), Vorbereitung auf das Alter. Paderborn: Schöningh, S. 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- Petzold, H.G. (1982a): Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater. Stuttgart: Hippokrates.
- Petzold, H.G. (1982o): Welttheater. in: *Petzold* (1982a) 22-37.
- Petzold, H.G. (1984h): Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodmann. *Integrative Therapie* 1/2, 5-72.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- Petzold, H.G. (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. In: *Richter, K.* (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95.
- Petzold, H.G. (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit. Repr. in *Petzold* (1991a) 153-332.
- Petzold, H.G. (1988b): Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie. Repr.: *Petzold* (1991a) 98-152.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. *Ausgewählte Werke Bd. I.* Paderborn: Junfermann. (3. revid. u. überarb. Auflage 1996a)
- Petzold, H.G. (1988p): Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie. in: *Petzold* (1988n) 285-340
- Petzold, H.G. (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen, Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1989f): Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. *Gestalt und Integration* 2, 140-150.
- Petzold, H.G. (1990n): Ethische Konzepte für die Psychotherapie - Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie. *Gestalt* 9 (Zürich) 6-12; revid. In (1992a) S. 500-515.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. *Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie.* Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo; repr. (1993a) S. 1047-1087.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c); repr. in (1992a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. Düsseldorf: FPI Düsseldorf, in (1991a) S. 333-395.

- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, (1992a) S. 789-870 und revid. in (1993b).
- Petzold, H.G. (1992q): Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993, Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie 2* (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt 17* (Zürich 1993) 38-39.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive, *Integrative Therapie 4*, 341-379 und in: Hermer, M. (Hrsg.), *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.
- Petzold, H.G. (1993m): "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In: *Frühmann, Petzold* (1993a) 479-616.
- Petzold, H.G. (1993n): Zur Frage nach der "therapeutischen Identität" in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie - Überlegungen (auch) in eigener Sache, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 51-92.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakonzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration 2*, 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97-174.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Gestalt* (Schweiz) 20, 6-28 und in *Hermer, M.* (Hrsg.), *Die Gesellschaft der Patienten*. Tübingen: dgvt (1995) 143-174.
- Petzold, H.G. (1994o): Integrative Therapie und Psychotherapieforschung oder: Was heißt "auf das richtige Pferd setzen?" *Gestalt* (Schweiz) 37-45
- Petzold, H.G. (1995h): Schulenübergreifende Perspektiven zu einer integrierten Psychotherapie und einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft - der Beitrag von Gestalttherapie und Integrativer Therapie, in: *Berufsverband deutscher Psychologen* (Hrsg.), *Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, 71-94.
- Petzold, H.G. (1996h): Integrative Therapie und/oder Gestalttherapie. *Gestalt* (Schweiz) 27 (1996) 19-52.
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie 4*, 371-450.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anläßlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie 2-3*, 319-349. auch in: *Petzold, Orth* (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: *Sticht, U.* (Hg.), *Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch*. Freiburg: Lambertus, 57-115.
- Petzold, H.G. (1997l): Multitheoretische und transdisziplinäre Perspektiven für den Diskurs im supervisorischen Feld. *aktuell DGSv 3* (1997) 24-26.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie 4* (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G., Editorial: Supervision, Organisationsentwicklung und globalisierte Moderne, *Integrative Therapie 1-2* (1997t) 3-11.
- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Cosulting & und Organisationsberatung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1998f): Konnektivierung, Integration, Pluralität - Auswirkungen der Moderne auch im psychotherapeutischen Feld, 1998f, *Gestalt* (Schweiz) 33, 26-64.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, S. 43-46.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie 4*,
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. und in: *Kunst & Therapie 1-2/1999*, 105-146.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsobjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-](http://www.fpi-)

- Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold* (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.) *Der Text ist auch im Internet zugänglich:*  
<http://mypage.bluewin.ch/gestalt/supervisionskritik>
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (Hrsg.), *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996) 173-266.
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: *Petzold, Orth* (1999a) 363-392.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie 2-3* (in Druck).
- Petzold, H.G., Märtens, M. (Hg.) (1999a). Wege zu effektiven Psychotherapien. *Psychotherapieforschung und Praxis*. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Laschinsky, D., Rinast, M. (1979): Exchange Learning - ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3, 224-245; repr. (1985a) 69-92.
- Petzold, H.G., Lemke, J., Rodriguez-Petzold, F. (1994): Die Ausbildung von Lehrsupervisoren. Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzeption aus Integrativer Perspektive, Fritz Perls Institut, mimeogr. Erw. in: *Gestalt und Integration* 1, 1995, 298-349.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie, in: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe und in: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1985a) (Hrsg.). *Poesie und Therapie*. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothek, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn, pp. 432
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998): Wege zu "fundierter Kollegialität" - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität, *Feedback ÖAGG 3* (Wien 1997) 31-37 und *Report Psychologie 3* (1998) 234-239; erw. in: *Slembek, E., Geissner, H.*, *Feedback*. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder, Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert 1998, 107-126.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: *Petzold, Orth* (1999a) 15-66.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen - das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie 2* (in Druck)
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie, in: *Laireiter, A.* (Hg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer und in: *Petzold* (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold* (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991b): Soziale Gruppe, "social worlds" und "narrative Kultur" als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 192-217; repr. In (1992a) S. 871-986.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem "differenziellen Kundenbegriff". Düsseldorf: Fritz Perls Institut; erw. *Gruppendynamik 2* (1998) 207-230, und in: *Petzold* (1998a)
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management* (OSC) 3, 277-288; erw. in *Familiendynamik 3*, 289-311.

- Petzold, H.G., Schmidt, I. 1972. Psychodrama und Theater. In: *Petzold* (1972a) 13-44.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 (1970) 392-447; repr. (1973c).
- Petzold, H.G., Sieper, J., 1993a. Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J., 1988a. Integrative Therapie und Gestalttherapie am Fritz Perls Institut - Begriffliche persönliche und konzeptuelle Hintergründe und Entwicklungen. *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 1, 22-96.
- Petzold, H.G., Sieper, J., 1988b. Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges". *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33, auch in 2003a, 351-374.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Rodriguez-Petzold, F. (1995): Das Wissenschaftsverständnis und die Therapie- und Forschungsorientierung der Integrativen Therapie - Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SPV, in: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 93-111.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt (Schweiz)* 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. *Integrative Therapie*, 3 (in Druck).  
Der Text ist auch im Internet zugänglich: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt>
- Petzold, H.G., Wolf, H.U. et al. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *Kolk, van der, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L.* (Hg.): *Traumatischer Stress*. Paderborn: Junfermann, im Druck.
- Philodemus, Περὶ πᾶρρησιας*, hrsg. v. A. Olivieri, Leipzig 1914.
- Pöppel, E. (1985): Grenzen des Bewußtseins. Stuttgart: dtv.
- 
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1991): Eine andere Aufklärung - Das *Freudsche* Subjekt in der Analyse. Frankfurt: Suhrkamp.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1994): Psychoanalyse - Das Ende einer Deutungsmacht. Reinbek: Rowohlt.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl.
- Reil, J. Ch. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung, Halle.
- Ricoeur, P. (1965/1969): *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris 1965; dtsh. *Die Interpretation. Versuch über Freud*, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Ricoeur, P. (1983/1988): *Temps et récit*, Vol. 1, Gallimard, Paris 1983; dtsh. *Zeit und Erzählung*, Bd. 1, Fink, München 1988.
- Riedl, R. (1981): *Biologie der Erkenntnis. Die stammesgeschichtlichen Grundlagen der Vernunft*. Hamburg: Parey.
- Schmitz, H. (1993): *Die Liebe*. Bonn: Bouvier.
- Schmid, W. (1995): Selbstsorge. Zur Biographie eines Begriffes. In: *Endreß* (1995) 98-129.
- Schmid, W. (1999): *Philosophie der Lebenskunst*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 3. Aufl.
- Schuch, H.W. (1988): Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung, *Integrative Therapie* 2/3, 108-131.
- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 2 (im Druck)
- Sennett, R. (1998): *Der flexible Mensch*. Berlin: Berlin Verlag.
- Sieper, J. (1987): Vom Mythos der "alternativen Gestalttherapie und des "gestaltischen Lebens, *Gestalt Bulletin* 1, 90-
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Sofsky, W. (1996): *Traktat über Gewalt*. Frankfurt: Fischer.
- Steinfath, H. (1998): *Was ist ein gutes Leben?* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Strauss, A.L. (1978): A social world perspective, in: *Denzin, M.K.*, *Studies in symbolic interaction*, Vol. I. Greenwich: JAI Press, 119-128.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3, 374-428.
- Vollmer, S. (1975): *Evolutionäre Erkenntnistheorie*. Stuttgart: Hirzel.

- Waldegrave, C.* (1990): „Just Therapy“. *Dulwich Centre Newsletter* 1, 6-46.
- Waldenfels, B.* (1983): *Phänomenologie in Frankreich*. Frankfurt:
- Waldenfels, B.* (1987): *Ordnung im Zwielficht*. Frankfurt: Suhrkamp
- Wallner, F.* (1990): *Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus*. Wien: WUV.
- Welsch, W.* (1987): *Unserer postmoderne Moderne*. Weinheim: Acta Humaniora.

# INTEGRATIVE THERAPIE (IT) KOMPAKT

Text zum Abschluss des Charta-Prozesses für das Psychotherapie Forum

Johanna Sieper, Hilarion G. Petzold

**1. Die Institution:** Das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) wurde 1972 von *Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper* gegründet, 1974 mit *Hildegund Heintl* als gemeinnützige GmbH in Düsseldorf, 1981 in der Trägerschaft des FPI die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung am Beversee, 1985 die Schweizer „Tochter“ (SEAG). Die EAG gilt als das führende Zentrum für Methodenintegration in der Psychotherapie, für kreativitätstherapeutische und leibtherapeutische Verfahren (Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Poesie-/Bibliotherapie). Sie ist europaweit tätig. Fachbereiche: Supervision/OE/Coaching, Psychotherapie, Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie, Soziotherapie/Suchttherapie, eigene Forschungsabteilung, Ausbildungen in 8 europäischen Ländern (*Petzold, Sieper* 1996). Universitäre Kooperationen: „Center for IBT“, Free University of Amsterdam, „Zentrum für psychosoziale Medizin“, Donau-Universität Krems.

**Hintergrund des Verfahrens:** Die IT wurde in den kulturellen Umbrüchen, Innovationen und dem beginnenden europäischen Denken der 60er Jahre in Paris entwickelt.

**Einflüsse:** *Metatheoretisch* durch Erarbeitung einer „klinischen Philosophie“ (1991a): mit *Marcel, Merleau-Ponty, Ricœur, Levinas, Schmitz* für die „therapeutische Hermeneutik“, die Leibsubjekt- und Beziehungstheorie, *Foucault, Deleuze, Bourdieu, Bakhtin* u.a. für kulturkritische Perspektiven, *Darwin, Teilhard de Chardin, Florensky, Whitehead* für das Weltbild. *Klinisch-psychologische Einflüsse:* integrationsorientierte Ansätze (*Janet, Delaye* u.a.) ergänzt durch neurowissenschaftliche Perspektiven (*A. Ukhtomsky, N. Bernstein, A. Luria*, heute *Damasio, Edelman, LeDoux* u.a.), *entwicklungspsychologische:* *Vygotsky, Wallon, Piaget, Baltes* für den „clinical lifespan developmental approach“ der IT (1992a, 1994j), *sozialpsychologische:* *Politzer, Lewin, Moscovici* u.a.. *Einflüsse:* aktionale, erlebnisaktivierende Methoden wie aktive Psychoanalyse (*Ferenczi*), Psychodrama (*Moreno*), Therapeutisches Theater (*Iljine*), Gestalttherapie (*Perls*), Imaginationsübungen (*Janet*), Leibtherapie (*Gindler/Ehrenfried, Reich/Råknes*, Budo-Tradition), behaviorale Methoden (*Bandura, Lazarus, Kanfer, Bernstein*, vgl. *Sieper* 2001). Als „biopsychosoziales Modell“ (2001a) ist IT aus einem *polyzentrischen Netz von Wissen und Praxen, von Konzepten und Methoden* hervorgegangen, einem *polylogischen, interdisziplinären Diskurs* von Humanwissenschaften, in welchem *transdisziplinäre Erkenntnisse* emergieren konnten, ein *eigenständiger methodenübergreifende* Ansatz in Theorie und Praxis geschaffen wurde. Die Integration dieser Komplexität wurde mit dem „*metahermeneutischen* Modell „vielfältiger„Ko-respondenz“ (Polylogik, Diskursivität, *Habermas, Bakhtin* u.a.) und durch eine *nicht-lineare systemische* Betrachtung (*Ukhtomsky, Luhmann, Haken* u.a.) angegangen. Dabei führen „multiple Konnektivierungen“ von differenten Konzepten und Praxeologien zu zwei Integrationsmodi: „*schwache Integrationen*“ als *Heuristiken und Konzepten* oder bei sehr hoher Vernetzungsdichte „*starke Integrationen*“ als Vorhandenes in neuer Weise überschreitende *übergeordnete Modelle* – beide Modi sind wichtig (2002a,b) und müssen ideologiekritisch (*Petzold, Orth* 1999) und empirisch abgesichert werden (*Wirkungs-/Nebenwirkungsforschung*, 2001a, *Märtens, Petzold* 2002).

Die IT ist eines der ersten Verfahren im „*neuen Integrationsparadigma*“ moderner Psychotherapie (1992a, *Norcross, Goldfried* 1992) mit eigenen Ansätzen der Kindertherapie, Leib- /Bewegungstherapie, Kreativtherapien (1998a; *Petzold, Orth* 1990), Supervision.

**Gründer:** *Hilarion G. Petzold* (\*1944 Kirchen), Weiterentwicklungen mit *J. Sieper, H. Heintl, Ilse Orth* und vielen KollegInnen. *Petzold* studierte in Paris (1963-1971) Philosophie,

Psychologie, Theologie (Dr. theol. 1968; Dr. phil. 1971 bei *G. Marcel*), in Düsseldorf und Frankfurt (1971-1979) Medizin, Soziologie, Erziehungswissenschaften (Dr. phil. 1979). 1971 Professur in Paris, seit 1979 an der FU Amsterdam (Professor für Psychologie und Psychomotorik); zahlreiche Gastprofessuren (1980- 1989 Bern, Abt. klinische Psychol. *K. Grawe*), seit 2000 Psychotraumatologie und Supervision, Donau-Universität, Krems. Arbeitsschwerpunkte: Vergleichende Psychotherapie, Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Psychotraumatologie, Supervision. - 600 Veröffentlichungen. Begründer von „Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration“ 1975ff (vgl. *Zundel* 1987; *Sieper* 2002).

**Verbreitung, Zahlen, Chartamitgliedschaft:** In Deutschland, Österreich, der Schweiz wird **IT** ab 1972 und seitdem in zahlreichen europäischen Ländern und in Übersee gelehrt. Integrative Psychotherapieformen haben große internationale Verbreitung.

AbsolventInnen/Mitglieder: In Schweizer Fachvereinigungen (SPV, FSP, SIBT u.a.) ca. 300; international: ca. 3500; in Ausbildung ca. 30; international: ca. 180. Gründungsmitglied der Charta.

**2. Menschenbild:** Therapeutisches Handeln erfordert eine – Genderperspektiven berücksichtigende - Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre im Rahmen einer Therapietheorie vor dem Hintergrund eines anthropologischen Metakonzeptes, das zu fassen sucht, *was zur „Hominität“*, zu *Wesen und Natur des Menschen gehört, über die immer wieder zu jeder Zeit und an jedem Ort von den Wesen, die sich Menschen nennen, nachgesonnen, nachgedacht werden muß*, damit sich dieses Wesen beständig entwickelt und „**Humanität**“ geschaffen wird. 1965 wurde eine *anthropologische Grundformel* erarbeitet (mit den Elementen 0, 1, 2, 3, A, B, C):

- „*Der Mensch ist zugleich exzentrisches Leibsubjekt und als Leib zentriert in der Lebenswelt. Er ist ein Körper<sup>1</sup>-Seele<sup>2</sup>-Geist<sup>3</sup>-Wesen in einem sozialen<sup>A</sup> und biophysikalischen<sup>B</sup> Umfeld, d. h. er steht in Kontext und Kontinuum<sup>C</sup> in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit und ihrer Hominität<sup>0</sup>“.*
- Er hat in der **Ko-respondenz** mit dem Anderen (*Levinas*) und in der Interaktion mit relevanten Umwelten (*Vygotsky, Lewin*) die Chance, in selbstreflexiven und diskursiven Entwicklungsprozessen **in der Lebensspanne<sup>C</sup>** und in zu gestaltenden **sozialen Netzwerken** und **Lebenslagen<sup>D</sup>** seine **Hominität<sup>0</sup>** und eine **komplexe Persönlichkeit** zu entwickeln: d.h. ein kohärentes und zugleich pluriformes **Selbst<sup>I</sup>** mit einem leistungsfähigen, transversal operierenden **Ich<sup>II</sup>** und einer konsistenten, aber flexiblen **Identität<sup>III</sup>**.
- Integrative Identitätstheorie und -therapie differenziert **5 „Säulen der Identität“**: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit/Leistung/Freizeit, 4 materielle Sicherheiten, 5. Werte. Die zentralen Begriffe (Fettdruck und Siglen) wurden mit *Anschluß* an sozialwissenschaftliche Theorien spezifisch definiert (2002b).

Ein differentielles und integratives Therapieverständnis folgt aus dieser komplexen Sicht.

**3. Gesundheits/Krankheitsverständnis:** Die **IT** kennt eine „anthropologische Gesundheits/Krankheitslehre“, die die gesellschaftliche Dimension fokussiert und auf die Kernkonzepte „*multiple Entfremdung*“ für kollektive und individuelle *Pathogenese* und „*multiple Zugehörigkeit*“ für die *Salutogenese* zentriert. Daneben gibt es eine „allgemeine“ und „spezielle“ **klinische Krankheits/Gesundheitslehre**, die *einen* verwobenen Prozess von „Salutogenese/Pathogenese über die Lebensspanne“ annimmt. Sie gründet im Kernkonzept „*multipler Stimulierung*“ des Menschen durch vielfältig interagierende Einflüssen aus der Umwelt, in die er eingebettet (*embedded*) ist, und die verleiblicht (*embodied*) werden: mit *salutogener Stimulierung* (protektive Faktoren, z.B. Anregung, Herausforderung, Support, Konsolidierung) und mit *pathogener Stimulierung* (Risiko- und Belastungsfaktoren). In

Auswertung der *empirischen entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung* (Petzold et al. 1993) wurden herausgearbeitet:

- **Pathogenesefaktoren:** 1. Genetische/somatische Einflüsse und Dispositionen, 2. Entwicklungsschädigungen (frühe und in der Lebensspanne), 3. adverse psychosoziale Einflüsse (Milieufaktoren), 4. Negativkarriere im Lebenslauf, 5. internale Negativkonzepte, 6. Auslösende aktuelle Belastungsfaktoren, 7. diverse Negativeinflüsse als ungeklärte Faktoren. **Salutogenesefaktoren:** 8. Entwicklungsförderung (frühe und in der Lebensspanne), 9. konstruktive psychosoziale Einflüsse, 10. Positivkarriere im Lebensverlauf, 11. internale Positivkonzepte, 12. aktuelle Unterstützungsfaktoren (2001a).
- In der „speziellen Krankheitslehre“ wurden *störungsspezifische* Modelle (z. B. Genese von depressiven, posttraumatischen Störungen usw.) entwickelt (Petzold et al. 2002).
- 
- **4. Therapieverständnis:** Therapie hat 1. eine klinisch-kurative, 2. gesundheitsfördernde, 3. persönlichkeitsentwickelnde, 4. eine kulturkritische Aufgabe. Sie geht differentiell vor und zielt: a) *somatotherapeutisch* auf die körperliche Realität des Menschen, b) *psychotherapeutisch* auf die seelische, c) *nootherapeutisch* auf die geistige, d) *soziotherapeutisch* auf die sozioökologische Realität. Ein überaus reiches Repertoire an psycho-, körper- und kreativtherapeutischen Methoden und „kreativen Medien“ (Petzold, Orth 1990) wurde deshalb in der IT für ihre Arbeit in *intersubjektiven therapeutischen Beziehungen* und in den *Polylogen* netzwerkorientierter Behandlung entwickelt. „Vier Wege der Heilung und Förderung“ bieten eine differentielle Praxeologie:

I. Weg: kognitives Verstehen/Bewußtseinsarbeit → Einsicht in biographische Determinierungen, neue Sinnfindung durch Evidenzerlebnisse

II. Weg: Emotionale Differenzierungsarbeit, parenting, Durcharbeiten →, Nachsozialisation, Bekräftigung von Grundvertrauen

III. Weg: Erlebnisaktivierung, Trainig → Förderung assertiven und kreativen Verhaltens, Persönlichkeitsentfaltung

IV. Weg: Solidaritätserfahrung, empowerment → Förderung persönlicher Souveränität (2002a)

**Forschungsgestützt wurden 14 Heilfaktoren herausgearbeitet. Sie werden indikationsspezifisch eingesetzt.**

**Das Verfahren und seine besonderen, störungsspezifischen Vorgehensweisen wurden mit guten Ergebnissen empirisch evaluiert und als nebenwirkungsfrei/-arm befunden (2001a; Märtens, Petzold 2002). In der Verbindung der Ergebnisse moderner Psychotherapieforschung mit denen neuwissenschaftlicher und psychologischer Forschung und mit fundierten philosophischen Positionen, politisch engagiertem Handeln und einer kreativen Praxeologie liegt die besondere Charakteristik des Integrativen Therapieverständnisses.**

Literatur bei den Verfassern:

Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Mainz: Grünewald.

Petzold, H.G. (2002): Integrative Therapie (3 Bde.). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. et al. (2002): Das Trauma überwinden. Paderborn: Junfermann.

•

**Adressen:**

**EAG**, Wefelsen 5, D- 42499 Hückeswagen, T: 0049 2192 858-0 - [http://www.Integrative Therapie.de](http://www.IntegrativeTherapie.de)

**SEAG**, Steingrueblistr. 41 CH- 9000 St. Gallen – [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de)

•

# Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa

Hilarion G. Petzold

**Aus:** *Petzold, H.G.*, 1992q. Die Bedeutung der Charta für die Zukunft der Psychotherapie und deren Auswirkungen in Europa, Vortrag zur Unterzeichnung der Charta am 10.03.1993 Zürich, ersch. in: *Forum Psychotherapie* 2 (Zürich 1993) 17-19 und *Gestalt* 17 (Zürich 1993) 38-39.

„Den Autoren der Charta gelang es – bei aller Unterschiedlichkeit der Ausgangspositionen – in mehrjährigen Ko-responsenzprozessen einen Konsens darüber zu finden, was Psychotherapieausbildungen vermitteln sollten und dies wiederum ohne Reglementierung durch staatliche Vorgaben oder Interesseneinflüssen von Kostenträgern. Es handelt sich damit um den genuinen Ausdruck einer „psychotherapeutischen Identität“. Nicht einzelne Schulen, Verfahren, Methoden haben sich hier artikuliert, sondern die Psychotherapie als Ganzes. Dies ist ein bedeutsamer Schritt in Richtung einer eigenständigen Professionalität, in der die Ausgangspositionen – z. B. Arzt, Psychologe, Sozialwissenschaftler – überschritten werden. Für die Psychotherapie in Europa hat die Charta damit Modellcharakter: Sie ist Modell selbstorganisierter Professionalität, Modell schulenübergreifender Konzeptarbeit, Modell autonomer Zielbestimmungen, Modell auch für eine fruchtbare Weiterentwicklung des theoretischen und methodisch-praktischen Fundus von Psychotherapie.“

Die Psychotherapiecharta, die in einer intensiven, mehrjährigen Zusammenarbeit von Vertretern eines breiten Spektrums an therapeutischen Einrichtungen und Schulen – langjährig etablierten und traditionsreichen, aber auch Repräsentanten neuerer Entwicklungen – erarbeitet wurde, trifft in der Schweiz wie auf europäischer Ebene in eine offene, bislang wenig definierte Situation. Obgleich Psychotherapie seit den Zeiten von Freud, Moreno, Adler und Jung – um die Pioniere zu nennen – in den europäischen Ländern praktiziert wird, hat sie sich bis in die jüngste Zeit hinein nicht als eigenständige Profession und eigenständige Wissenschaft prägnant zu artikulieren und zu organisieren vermocht. Prägnant heißt, dass berufsständische Gesetze und Verordnungen geschaffen worden wären mit einem eigenständigen Berufsbild und dass es im akademischen Bereich zu einem grundständigen oder zumindest doch aufbauenden Studiengang für Psychotherapie oder Psychotherapiewissenschaft gekommen wäre. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Ein sehr wesentlicher Grund ist, dass die Psychotherapie sich sowohl als Teilgebiet der Medizin entwickelt hatte als auch als Unterdisziplin in der Psychologie, nämlich der klinischen. Und auch die verschiedenen Sozialwissenschaften hatten ihren Teil an der Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren. Eine solche Situation ist für die Prozesse wissenschaftlicher und professioneller Identitätsbildung nicht unbedingt förderlich.

Seit ihren Anfängen war die Psychotherapie keine einheitliche, übergreifende Disziplin, sondern sie entstand in Schulen, die ihre Differenzen z. T. strittig ausgefochten haben. Schon früh verglich Max Graf, der Vater des „kleinen Hans“, diese Vorgänge – etwa die Abspaltung Jungs oder Adlers von der Psychoanalyse Freuds – mit den Glaubenskämpfen im frühen Christentum. Außerdem trafen unterschiedliche Entwicklungen, z. B. die europäische Tiefenpsychologie und der amerikanische Behaviorismus aufeinander mit äußerst divergierenden anthropologischen Positionen, Therapietheorien, Forschungstraditionen und Behandlungsmethodologien. Eine derartige Unterschiedlichkeit konnte über lange Zeit nur durch Abwertungen der jeweils anderen Richtungen, mehr aber noch durch eine Isolierung von anderen Schulen gehandhabt werden. Man blieb im eigenen Territorium und Mainstream und entwickelte seine Konzepte überwiegend schulenimmanent, weitgehend abgekoppelt von der akademischen, klinischen Psychologie oder der forschungsorientierten universitären Psychiatrie. Das Feld der Psychotherapie wurde durch fortwährende Differenzierungen und Spaltungen allmählich recht unübersichtlich, aufgeteilt in eine Vielzahl kleinerer und größerer Parzellen – es ist wohl besser von Territorien zu reden -, in

denen unterschiedliche „Kulturen“ gepflegt wurden. Dies war und ist an sich kein Schaden, denn so konnte für die Vielzahl menschlicher Problemlagen, für äußerst unterschiedliche Persönlichkeitstypen ein breites behandlingstechnisches Instrumentarium entwickelt werden und eine große Zahl nützlicher Heuristiken und theoretischer Konzepte. Die nicht zu übersehende Gefahr dabei ist, dass das „Paradigma der Differenzierung“ in einem „Psychoboom“, die Methodenvielfalt in einer „Methodeninflation“ zu verkommen droht. Es entstanden Sprachprobleme. Höchst unterschiedliche Begriffssysteme, Explikationsfolien, Denkfiguren haben zu Fachsprachen geführt, die ohne ein „Sprachstudium“ Kommunikationen zwischen den Schulen nur schwer möglich machen. Bis wirkliche Verständigung in inhaltlicher Hinsicht erreicht wird, ein wechselseitiger Kenntnisstand, der es ermöglicht, vom Fundus der einzelnen Richtungen, ihren Stärken und Eigenheiten im Austausch zu profitieren, bis dahin ist es ein weiter Weg. Das Unterfangen der Charta ist hier ein einzigartiger Schritt gewesen, die wesentlichste Barriere beiseite zu räumen: das isolierte, selbstgenügsame, oft konkurrierende Nebeneinander.

Dass dies in der Schweiz geschehen konnte, liegt wohl daran, dass – anders als in der Bundesrepublik – keine staatlichen Vorgaben einen Konkurrenzkampf installiert haben. Es gab keine anerkannten oder nicht anerkannten Verfahren. Kantonale Zulassungsregelungen haben nicht Schulen, sondern Einzelpersonen anerkannt. So war eine egalitäre Ausgangslage gegeben. Weiterhin konnte man in der Schweiz an demokratische Tradition anknüpfen, die im Aushandeln von Territorialinteressen und in der Kommunikation unterschiedlicher Sprachwelten gewachsen waren. Schließlich ließen sich anstehende politische Regelungen antizipieren, so dass eine gemeinsame Interessenlage und Motivation gegeben war. Dies war eine Chance dafür, dass eine dialogische Situation entstehen konnte, eine Ko-respondenz zwischen den Schulen und ihren Organisationen und Ausbildungsstätten, eine Auseinandersetzung über gemeinsame Anliegen und unterschiedliche Positionen. Das bedeutsamste Ergebnis – und dies ist richtungsweisend für das gesamte psychotherapeutische Feld – ist das Faktum, dass man sich auf eine „Metastruktur von Psychotherapie“ einigen konnte, auf einen „Kanon“ von Themen, auf Basispositionen, die von allen Richtungen unterschrieben werden konnten. Derartige Modelle waren von Psychotherapieforschern schon seit längerem ausgearbeitet worden (Petzold 1975, 1992; Norcross, Goldfried 1992). Sie wurden in der Praxis aber kaum rezipiert. Ein solches Modell sei kurz vorgestellt:

„Tree of Science“

#### I. Metatheorie

- Erkenntnistheorie
- Wissenschaftstheorie
- Kosmologie
- Anthropologie
- Gesellschaftstheorie
- Ethik
- Ontologie

#### II. Realexplikative Theorien

- Allgemeine Theorie der Therapie
- Persönlichkeitstheorie
- Entwicklungstheorie
- Gesundheits- und Krankheitslehre
- Spezielle Theorie der Therapie

#### III. Praxeologie

- Prozeßtheorie
- Interventionslehre

- Methodenlehre
  - Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen
- Petzold 1975

Die Verbände der Charta haben dieses Modell im Prinzip zum Ausgangspunkt ihrer theoretischen, ausbildungsdidaktischen und berufspolitischen Überlegungen gemacht. Es wurde damit zum ersten Mal von Vertretern unterschiedlicher Richtungen ein schulübergreifender Konsens darüber geschaffen, was Psychotherapie umgreifen müsse, und das bot und bietet die Chance, auch zu inhaltlichen Diskussionen zu kommen, die Grenzen überschreiten, Gemeinsamkeiten, „common concepts“ offenbar machen, aber auch Spezifitäten und Divergenzen. Dies wird dazu führen, dass Feindbilder abgebaut werden, gemeinsamer Boden geschaffen werden kann und auch die Möglichkeit, differentielle Indikationen für unterschiedliche Krankheitsbilder und Patientenpopulationen zu erarbeiten. Das Metamodell ist zu Beginn gemeinsamer Sprachregelungen: für die klinische Arbeit, für die Ausbildungsinhalte und für die Ausbildungsdidaktik. Den Autoren der Charta gelang es – bei aller Unterschiedlichkeit der Ausgangspositionen – in mehrjährigen Ko-respondenzprozessen einen Konsens darüber zu finden, was Psychotherapieausbildungen vermitteln sollten und dies wiederum ohne Reglementierung durch staatliche Vorgaben oder Interesseneinflüssen von Kostenträgern. Es handelt sich damit um den genuinen Ausdruck einer „psychotherapeutischen Identität“. Nicht einzelne Schulen, Verfahren, Methoden haben sich hier artikuliert, sondern die Psychotherapie als Ganzes. Dies ist ein bedeutsamer Schritt in Richtung einer eigenständigen Professionalität, in der die Ausgangspositionen – z. B. Arzt, Psychologe, Sozialwissenschaftler – überschritten werden. Für die Psychotherapie in Europa hat die Charta damit Modellcharakter: Sie ist Modell selbstorganisierter Professionalität, Modell schulübergreifender Konzeptarbeit, Modell autonomer Zielbestimmungen, Modell auch für eine fruchtbare Weiterentwicklung des theoretischen und methodisch-praktischen Fundus von Psychotherapie.

Die Charta kann als spezifischer Ausdruck einer sich in verschiedenen Bereichen abzeichnenden Bewegung innerhalb der Psychotherapie gesehen werden. Ich habe diese Bewegung vor einigen Jahren als das „Neue Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie bezeichnet, das das Paradigma der „Differenzierung“ komplementiert. Die empirische Psychotherapieforschung, von der wir neben der klinischen Babyforschung und der Longitudinalforschung für die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie die wichtigsten Impulse erwarten dürften, hat gezeigt: Es gibt „allgemeine“ und „spezifische“ Wirkfaktoren für die einzelnen therapeutischen Ansätze, „common factors“, die in allen Therapieverfahren zum Tragen kommen – wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung. Hier liegt ein verbindendes Moment. Therapie ist aber mehr als die Anwendung wirkfaktorengestützter Interventionstechniken. Hinter ihr stehen Werte, Zielvorstellungen, Menschenbilder. Und auch hier gibt es Gemeinsamkeiten, „common concepts“. Dies wurde bei der Erarbeitung der Charta deutlich. Im Zentrum des Integrationsparadigmas aber steht die Erkenntnis, dass ein integrierender Therapeut, der von seiner Persönlichkeit her Differenzierungs- und Integrationsprozesse bei Patienten fördern kann, das bedeutsamste Moment von Psychotherapie ist. In der Charta kommt dies durch die zentrale Position zum Ausdruck, die man der Selbsterfahrung und Eigentherapie beigemessen hat. Offenbar haben hier Therapeuten unterschiedlichster Richtungen auf die Grundlagen ihrer eigenen Erfahrung von Veränderung, Entwicklung und Heilung zurückgegriffen. Sie konnten in der gemeinsamen Erarbeitung von Konzepten in der Charta entdecken, dass es hier ein verbindendes Moment gibt, das stärker wiegt als theoretische und methodische Unterschiedlichkeiten. Die anthropologische Grunderkenntnis: „Zum Menschen wird man durch den Mitmenschen“, die durch die empirische Babyforschung vollauf bestätigt wird, setzt auch den Maßstab für die Heilung beschädigter Subjektivität: „Heil wird man in einer guten zwischenmenschlichen Begegnung und Beziehung“, und eine solche gilt es, in der Psychotherapie bereitzustellen. Dass dieses Grundprinzip heilender und entwicklungsfördernder

Beziehungsarbeit auch auf den Umgang der psychotherapeutischen Schulen untereinander gelten müsse, schien – blickt man in die Geschichte der Psychotherapie – nicht unbedingt evident. Die Zusammenarbeit der Schulen und Richtungen in der Charta in einer fairen, kollegialen und zwischenmenschlichen „stimmigen“ Art und Weise hat indes deutlich gemacht: Das dialogische Prinzip, die intersubjektive Ko-espondenz gilt auch für Psychotherapeuten und Psychotherapieschulen – und hierin liegt meines Erachtens die bedeutsamste Leistung derjenigen, die die Charta erarbeitet haben und die zukunftsweisende Qualität der Charta für das Gesamtfeld der Psychotherapie in Europa und darüber hinaus.

*Norcross, J., Goldfried, M., Handbook of Psychotherapy Integration, 2 vol., Basic Books, New York 1992*

*Petzold, H.G., Integrative Therapie ist kreative Therapie, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1975*

*Petzold, H.G., Integrative Therapie, Modelle und Methoden zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, 3 Bde., Junfermann, Paderborn 1992*

# Die Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zur Wissenschaftlichkeit von 2002 – eine Stellungnahme aus der Position „weiterführender Kritik“

Hilarion G. Petzold, Johanna Sieper, Düsseldorf

Der Chartaprozess zum Thema Wissenschaft ist ja kein abgeschlossener sondern setzt sich als kritischer Diskurs fort, wie das nachfolgende Material zeigt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Anbei erhalten Sie das Reglement mit den eingearbeiteten Stellungnahmen. Die Stellungnahme von Herrn Petzold habe ich nicht eingearbeitet, weil sie teilweise grundsätzlicher Natur ist und er wünscht, dass sein Schreiben an alle weitergeleitet wird, und daher im Kolloquium diskutiert werden muss.

Herr Petzold schreibt:

Lieber Herr Schlegel,

leider konnten wir die Stellungnahme nicht früher fertigstellen. Sie kommt aber in üblicher Gründlichkeit (Chartareglement2006) und wir bitten Sie, diese noch weiterzuleiten. Wir meinen: das alles muss bescheidener werden, weil so nicht zu realisieren. Ich füge Ihnen noch einen Text an, den wir zur Deklaration von 2002 geschrieben haben, weil nichts von unserer damaligen Kritik weiterverfolgt wurde. Er wird in Polyloge gestellt, damit Interessierte nachlesen können. Ich hoffe, dass das Forschungsprojekt nicht alle Kräfte bindet für die andere Arbeit, die zu tun ist.

Mit freundlichen Grüßen

Hilarion Petzold

Mit freundlichen Grüßen, Mario Schlegel

PS: Damit Sie nicht lange suchen müssen stelle ich Ihnen alle relevanten Dokumente wieder zu.

Von: Mario Schlegel [mailto:m.schlegel@bluewin.ch]

Gesendet: Donnerstag, 29. Juni 2006 23:19

## Zusammenfassung:

Es wird eine kritische Stellungnahme zur „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zur Wissenschaftlichkeit von 2002“ gegeben vor dem Hintergrund diskurstheoretischer und kritiktheoretischer Positionen mit der Zielsetzung, zu einer Weiterarbeit an dieser Deklaration zu arbeiten, um sie in konsistenter Weise weiterzuentwickeln und dabei über eine explizite, diskursive Kultur für die Charta nachzudenken .

## Summary

A critical appraisal of the „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zur Wissenschaftlichkeit von 2002“ is given on the ground positions from theories of discourse and critics with the goal, to stimulate a revision and development of this declaration to achieve more consistency and to encourage in this context, to think about an explicit culture of discourse for the Charta. .

**Keywords:** Declaration of Scholarliness, Swiss Charta, Theory of Discourse and Critics

Wir hatten 2001 an der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“ (abgedruckt *Psychotherapieforum* 2002, 10, 228-230) mitgearbeitet und in diesem Kontext verschiedene kritische Stellungnahmen verfasst (*Petzold* 2001o; *Petzold, Sieper* 2001e). Diese standen in folgendem Kontext:

Der Text wurde in den kritischen Diskurs gestellt, für den wir folgende klare Beurteilungskriterien angelegt haben, um:

- 1. eine sachgemessene hohe Qualität zu gewährleisten,
- 2. Fehler auszuschließen,
- 3. eine Passung für die Situation des Verbandes und seiner Mitgliedsinstitutionen zu gewährleisten,
- 4. einen innerverbandlichen Konsens zu fördern,
- 5. einen realistischen und realisierbaren Rahmen zu erstellen,
- 6. eine berufspolitisch seriöse und sinnvolle Aussendarstellung zu gewährleisten.

Weiterhin erachten wir es für wichtig, unsere kritiktheoretische Position offen zu legen, weil eine solche in Diskursen oft nur implizit sichtbar wird, sofern sie überhaupt ausgearbeitet wurde. Implizite Kritikmaximen sind oft: „Hart in der Sache, wertschätzend zur Person“, „Fairness in der Kritik“, „Kontextangemessenheit der Kritik“. Das sind gute kritikheuristische Positionen, denen wir uns durchaus verpflichtet fühlen, wenn es um sachbezogene oder „strittige Diskurse“ geht, um eine gute „Streitkultur“. Wir vertreten dezidiert eine „Differenz- und Dissensfreundliche Kultur“, die sich um die „Wertschätzung von Andersheit“ bemüht, um eine Kultur, die nicht „konfliktvermeidend“ sondern problembewusst „konfliktklärend“ ausgerichtet ist, was ja nicht immer einfach ist, gerade im psychotherapeutischen Feld (vgl. *Petzold* 2002q, 2003b). Grundlegend ist hier unser „Ko-respondenzmodell“, in dem es in Konsens-Dissens-Prozessen zu angemessenen und gerechten Einigungen kommen kann (*Petzold* 2006n, o). *Ko-respondenz* ist Erkenntnisprinzip und Erkenntnismethode des „Integrativen Ansatzes“. Es setzt die Anderen als Mitsubjekte und damit *Intersubjektivität* und *Polylogik* voraus. *Ko-respondenz* kommt in der Theorie, in der Praxeologie und in der Praxis als Leitprinzip zum Tragen und gewährleistet, daß in aller notwendigen konzeptuellen Vielfalt, in allen erforderlichen und angemessenen Differenzierungen ein *integrierendes Moment* wirksam bleibt, und sei es nur das des *Konnektivierens*, des In-Beziehung-Setzens. Ko-respondenz als komplexes Lernen und Handeln muß deshalb als etwas eminent Praktisches gesehen werden. Im Sinne eines interaktionalen, diskursiven, *polylogen* Geschehens aufgefaßt, also von der Metaebene auf eine Handlungsebene gebracht, wird Ko-respondenz wie folgt verstanden:

„*Ko-respondenz* als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d. h. in **Intersubjektivität**, ist ein synergetischer Prozeß direkter, ganzheitlicher und differentieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene, ein *Polylog* über relevante Themen unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes im biographischen und historischen Kontinuum mit der Zielsetzung, aus der Vielfalt der vorhandenen *Positionen* und der damit gegebenen *Mehrperspektivität* die Konstituierung von Sinn als **Kon-sens** zu ermöglichen [und sei es Konsens darüber, daß man **Dissens** hat, den zu respektieren man bereit ist]. Auf dieser Grundlage können konsensgetragene **Konzepte** erarbeitet werden, die Handlungsfähigkeit als **Ko-operation** begründen, die aber immer wieder *Überschreitungen* durch **Ko-kreativität** erfahren, damit das *Metaziel* jeder Ko-respondenz erreicht werden kann: durch ethisch verantwortete Innovation eine humane, **konviviale** Weltgesellschaft und eine nachhaltig gesicherte mundane Ökologie zu gewährleisten“ (*Petzold* 1999r, 7; vgl. *ibid.* 23, vgl. 1991e, 55).

Im Fettdruck erscheinen Kernkonzepte des Modells:

**polylogische Ko-respondenz** ⇒ **Konsens/Dissens** ⇒ **Konzepte** ⇒ **Kooperation** ⇒ **Kokreativität<sup>1</sup>** ⇒ **Konvivialität**.

Gesperrt erscheinen Konzepte relevanter Referenztheorien bzw. Theoretiker: *Ereignis* und *Überschreitung*/Transgression sensu *Foucault* (1998, *Petzold, Orth, Sieper* 2000), *Subj*

ekt /Intersubjektivität sensu *Marcel* (1967), *Andersheit* sensu *Levinas* (1983), *Position* sensu *Derrida* (1986), *Mehrperspektivität* sensu *Merleau-Ponty* (1964, 1966) und *Petzold* (1998a).

**Ko-respondenz** in ihrer kooperativen und kokreativen Umsetzung ist immer mit komplexen Lernprozessen verbunden, allein schon, weil in Ko-respondenzprozessen immer mehr als ein Teilnehmer involviert ist. Sie ist daher **polylogisch** ausgerichtet. Auch dieses Konzept sei kurz erläutert:

»**Polylog** wird verstanden als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, *vielfältigen Sinn* konstituiert oder einen hintergründigen oder untergründigen oder übergreifenden **Polylogos** aufscheinen und „zur Sprache kommen“ lässt. **Polylog** ist der Boden, aus dem **Gerechtigkeit** hervorgeht; sie gedeiht nicht allein im dialogischen Zwiegespräch, denn sie braucht Rede und Gegenrede, Einrede und Widerrede, bis ausgehandelt, ausgekämpft werden konnte, was recht, was billig, was gerecht ist, deshalb ist er der **Parrhesie**, der freien, mutigen, wahrhaftigen Rede, verpflichtet. Das Konzept des **Polylogos** bringt unausweichlich das **Wir**, die strukturell anwesenden Anderen, in den Blick, macht die Rede der Anderen hörbar oder erinnert, daß sie gehört werden müssen – unbedingt! « (*Petzold* 1988t/2002c).

Mit einer solchen Konzeption werden die Anderen in ihrer Andersheit (*Levinas*), in ihrem potentiellen Dissens (*Foucault*), in ihrer *Différance* (*Derrida*), in ihrer Mitbürgerlichkeit (*Arendt*) prinzipiell „significant others“, **bedeutsame Mitsprecher** für die „vielstimmige Rede“ (*Bakhtin*), die wir in einer humanen, **konvivialen** Gesellschaft, in einer Weltbürgergesellschaft brauchen – an jedem Ort.

Menschen und Menschengruppen als ko-respondierende, polylogisierende sind „lernende Systeme“ und entwickeln sich als Lernende in den Prozessen des Lernens. Sie konstruieren im Sinne der sozialkonstruktivistischen Position von *Berger* und *Luckmann* gemeinsame Welten als „social worlds“ (*A. Strauss*) bzw. im Sinne der sozialpsychologischen Positionen von *S. Moscovici* „kollektive mentale Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004), denn das Problem der Charta besteht ja zentral darin, in gemeinsamen Mentalisierungsprozessen hinlänglich konsistente, gemeinsame *mentale* (d.h. *kognitive, emotionale und volitive*) *Repräsentationen* mit bereinigten Konfliktpotentialen (*Petzold* 2003b) zu schaffen.

Auf diesem Boden steht auch unsere Theorie einer „Weiterführenden Kritik“. Kritik hat mit *Beobachtung* und *Bewertung* zu tun:

**Kritik** die; -, -en <gr.-lat.-fr.>: 1. [wissenschaftliche, künstlerische] Beurteilung, Begutachtung, Bewertung. 2. Beanstandung, Tadel. 3. a) kritische (1 a) Beurteilung, Besprechung einer künstlerischen Leistung, eines wissenschaftlichen, literarischen, künstlerischen Werkes (in einer Zeitung, im Rundfunk o. Ä.); b) (ohne Plural) Gesamtheit der kritischen Betrachter (*Fremdwörterduden* 2002).

**Kritik** hat aber auch – und es ist dekuvierend, dass diese Bedeutung nicht mit aufgeführt ist – mit der vernunftgeleiteten und der moralischen Beurteilung gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse zu tun als „Kulturkritik“, „Gesellschaftskritik“, „Systemkritik“. **Kultur** – auf der Makro- wie auf der Mikroebene - erwächst in wichtigen Bereichen aus der „Kritik“, auch die „Kultur“ eines spezifischen Feldes wie das der Psychotherapie. Und wenn wir in der Charta zu Positionen und Dokumenten Stellung nehmen, stehen wir auch in einer – zumindest impliziten – „Kultur“ des Diskurses bzw. der Kritik. Natürlich ist in diesem Kontext keine Auseinandersetzung mit dem Kritikbegriff seit *Platons* Sophistes, dem aufklärerischen, dem *Rousseauschen* Konzept von Kulturkritik oder dem *Marxschen* und *Freudschen* oder poststrukturalistischen intendiert, sondern es wird aus unserer Kulturtheorie eine knappe Kulturdefinition herausgeschnitten:

*Eine Kultur ist ein Gesamt von archivierten und tradierten kollektiven Wissensständen, Kenntnissen, Erfahrungen, Techniken und ihrer aktual vollzogene Umsetzung in kollektiven bzw. kollektiv imprägnierten Kognitionen, übergreifenden emotionalen und volitiven Lagen und Lebenspraxen von Gruppen und Einzelpersonen (Petzold 1975h, 1998a, 244; 2005v).*

Diese Definition mag als Leitlinie dienen für den Ansatz von „Kritik“, den wir vertreten. Sie hat nämlich all dieses in den Blick zu nehmen, bei jeder Gruppe, auf die sie sich richtet mit der Zielsetzung, das Kritisierte konstruktiv voranzubringen.

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Fakten (z. B. Dokumenten, Handlungen) oder virtuellen Realitäten (z.B. Positionen, Ideen) aus der **Exzentrizität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (für die Psychotherapie die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit, die der Wissenschaftlichkeit und klinischen Fachlichkeit) und des **Kommunizierens** der dabei gewonnenen Ergebnisse in **ko-responzierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise, das die parrhesiastisch kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**“ (Petzold 2000a).

Die in dieser Definition gegebenen Maßstäbe erscheinen für eine kritische Betrachtung von „Kulturen“ – in diesem Zusammenhang etwa der „Diskurskultur in psychotherapeutic communities“ – gut begründbar und legitimierbar. Dabei muss man sich darüber klar sein, dass Kritik immer auch bedeutet, ein „Wahrheitsregime“ (Foucault 1983a, b) anzugreifen, einen Konsens darüber zu bezweifeln, was geht oder nicht geht, sein darf oder nicht sein darf, und dass man als Angehöriger einer „community“ selbst in diesem Wahrheitsregime steht, ihm unterworfen ist. Man ist von der Anerkennung der Anderen abhängig, macht sich mit der Kritik, mit dem Aussprechen einer „anderen Wahrheit“, mit dem offenen Sagen *seiner* Wahrheit angreifbar, riskiert also mit dieser *Parrhesie* in Gefahr zu geraten, wie *Sokrates* in Gefahr geraten ist, als er als Bürger von Athen den anderen Bürgern die Wahrheit sagte.

„**Offene Sprache** (**παρρησια**) ist das Kennzeichen der Freiheit; über das Risiko dabei entscheidet die Bestimmung des richtigen Zeitpunkts.“ *Demokrit* (Fragment 226)

### **Foucault (1983a, b, 1992, 1994, 1996) hat diesem Thema intensive Gedankenarbeit gewidmet.**

Vor diesem Hintergrund sind also insgesamt unsere Positionen in den Chartadiskussionen auf den Colloquien zu sehen (Petzold 2001o). Wir haben immer unsere Positionen offen, parrhesiastisch und theoriegeleitet vertreten und führen die Positionen von 2001 an dieser Stelle nochmals auf, um zur Weiterarbeit anzuregen. In der Charta lag seinerzeit und liegt leider bis heute keine „explizite“, d. h. theoretisch klare Diskurs- bzw. Ko-respondenzkonzeption vor. Eine solche wäre aber für die Diskurskultur sicher förderlich, auch wenn eine faktisch gut funktionierende Gesprächs- und Diskussionspraxis in der Charta besteht, das sei ausdrücklich hervorgehoben. Aber gerade weil die Charta eine eminent diskursive Plattform ist und sein will, wäre eine explizite Auseinandersetzung mit diskurstheoretischen Positionen wichtig, die in moderner Dialogizität bzw. Polylogizität eine gute Referenz hätten (vgl. *Marková* 2003, *Marková et al.* 1995, *Petzold* 2005ü) und den oft implizierten Bezug auf *Bubers* theologisierende Dialogkonzeption mit *Bakhtin* (1981) und *Habermas* (1981) in Richtung auf eine sozialwissenschaftliche und mit *G. Marcel* und *E. Levinas* zu einer ethischen Dialogizität/Polylogizität hin überschreiten könnten.

Nun zu dem Text der „Deklaration“.

Klar war seinerzeit, dass der Text weiterbearbeitet werden müsse, weil er doch erhebliche Schwachstellen enthielt. Wir hatten diese auch pointiert. Aber es war ein Anfang, in den viele Mühen investiert worden sind und der zu einer hinlänglichen Synchronisierung geführt hat und das ist viel. Aber was ist weiter geschehen? Jetzt 2006 wird dieser Text unverändert für die

Erarbeitung eines „**Reglements zum Nachweis der Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit von Psychotherapie-Verfahren**“ zugrundegelegt, ohne dass weitergearbeitet wurde. Das ist bedauerlich. Der Text von 2002 entspricht überdies nicht mehr den Anforderungen von 2006, meinen wir. Diese Deklaration hat aber eine sehr wertvolle Substanz und einen noch bedeutsameren Kontext. Die Charta gehört zu den ganz raren Beispielen in der Psychotherapiesgeschichte und -gegenwart für eine kooperative Zusammenarbeit zwischen psychotherapeutischen Schulen, die sich oft genug in Kokurrenzgerangel wechselseitigen Abwertungen ergehen. Hier wird ein **Polylog** praktiziert, der ein hohes konstruktives Potential hat. Deshalb publizieren wir unsere seinerzeitigen Kritikpunkte noch einmal, um diese Anregungen zu Überarbeitungen und zur Bereinigung von Inkonsistenzen wieder ins Gedächtnis zu rufen. Dabei ist die Gesamtheit unserer damaligen Argumentationen (idem 2001o) im Blick zu behalten: die Position eines „wertgeschätzten Differenten“ zu fördern.

## **Kritikpunkte und Anregungen:**

### **Präambel**

1. Statt alleinig „multikulturellen“:

Alternativ: **multi- bzw. interkulturellen, demokratischen Gesellschaften**

Begründung: In der heutigen Europadiskussion wird klar, dass Multikulturalität in Richtung einer Interkulturalität überschritten werden muss, damit es zu „transkulturellen Entwicklungen“ kommen kann: Ich bin Franzose **und** Europäer, ich bin Türke, in Deutschland lebend **und** Deutscher. Ohne Interkulturalität sind integrierte Gesellschaften nicht möglich, wie die Probleme der holländischen, französischen, deutschen Integrationsbemühungen für die hohen Ausländerpoulationen zeigen. Hier sollte die Charta auch von der Terminologie progressiv sein. In der Interkulturalität kommt es aus guter Kenntnis des Anderen zu „**informierten Polylogen aus wechselseitiger Wertschätzung der Andersheit der Anderen**“ (Petzold 2002). Die Charta ist auf dem Wege zu einer solchen „interkulturellen Kultur“ aus der als **transkulturelle Emergenz** die Position: Wir sind „PsychotherapeutInnen“, hervorgeht. Das sollte auch in der Terminologie zum Ausdruck kommen,

2. Die „unterschiedlichen Auffassungen von Wissenschaft“ leiten sich zuerst aus unterschiedlichen **epistemologischen Positionen** her. Die jeweilige erkenntnistheoretische Position liegt der anthropologischen voraus (deshalb steht in meinem Tree of Science Modell die Erkenntnistheorie vor der Anthropologie). Um über den Menschen überhaupt fundierte Aussagen machen zu können, muss man eine „Position“ eingenommen haben, wie Erkenntnis gewonnen wird. Der Fehler, die Anthropologie der Epistemologie vorzuordnen, wurde in der gesamten Chartadiskussion (trotz meiner Einwände in den Colloquien) gemacht und reproduziert sich hier wieder.

Alternativ: **Dahinter steht die Einsicht, das es nicht nur ein einziges erkenntnistheoretisches Paradigma, Menschen und Weltbild gibt, aus denen heraus versucht wird, Erkenntnismöglichkeiten, die Natur, Eigenschaften und individuelles und kollektives Verhalten des Menschen zu erfassen, zu verstehen und zu erklären.**

Ich finde es problematisch mit dem vorbelasteten Wesens-Begriff zu operieren. „Natur“ bietet Anschlussmöglichkeiten an Natur-, Kultur- und Geisteswissenschaften; das bringt der schwammige Wesens-Begriff nicht. Viele der Charta-Verfahren dürften sich mit dem Wesensbegriff nicht identifizieren. „Eigenheiten“ ist weder ein anthropologischer noch ein psychologischer Begriff also nicht anschlussfähig, anders „Eigenschaften“. Dieser Passus könnte den Vorwurf einbringen, dilettantisch formuliert zu sein. Vor jedem „Verstehen“ steht das Wahrnehmen/Erfassen, das wiederum schon von epistemologischen Folien präterminiert ist. Eine moderne hermeneutische/metahermeneutische Position (der späte Ricœur oder in seiner Folge meine Metahermeneutik) sollte man hier beiziehen. Diese Formulierung hat keine „Anschlussfähigkeit“ (Luhmann) an bestehende wissenschaftliche Diskurse.

Nochmals: Die unterschiedlichen Auffassungen von Wissenschaft leiten sich aus unterschiedlichen **wissenschaftsgeschichtlichen und wissenschaftstheoretischen** Positionen her, wie die Wissenschaftsgeschichte zeigt, die man offensichtlich nicht rezipiert hat, wenn man hier eine voraufklärerische Position vertritt. In einer weitgehend „nachmetaphysischen Welt“ (Habermas) sollten Menschenbilder für wissenschaftliche Verfahren (das will Psychotherapie doch sein, oder ??) nicht mehr über religiöse oder kryptoreligiöse (wie in so manchen Therapieverfahren) Annahmen über das „Wesen“ des Menschen konstruiert werden. Die Positionen, Formulierungen und die Terminologie dieser Passage zeigen leider deutlich diesen von Foucault aufgedeckten Diskurs.

3. „- das Selbstverständnis der Charta-Institutionen zur ...“

Diese Formulierung konterkariert die vorausgegangene „Pluralitätsaussage“. Außerdem ist sie *strukturell* unwahr, denn wenn man die metatheoretische bzw. theoretische Substanz der in der Charta zusammengeschlossenen Verfahren sieht – die Kolloquien haben gezeigt, wie disparat die Positionen sind – dann kann es nur „Selbstverständnisse“ geben. Z. B. sind die epistemologischen und anthropologischen Positionen von Gestalttherapie, wissenschaftlicher Gesprächstherapie und Psychoanalyse **grundsätzlich** different, ja divergent. Eine Einheit, wie sie durch die Formulierung vorgespiegelt wird („das Selbstverständnis“), gibt es in der Charta auf theoretischer Ebene nicht; deshalb muss das auch in der Formulierung herauskommen. Wenn schon, dann sollte man die Differenz-Position auch systematisch vertreten. Lyotard, Deleuze, Derrida, Foucault u. a. haben dafür ja gute Argumente gegeben, von anderer Seite Ricœur (der die Irreduzibilität differenter wissenschaftlicher Diskurse aufgezeigt hat), wieder anders Habermas (differente Diskurse mit unterschiedlichen Legitimationsfolien), wieder anderer Lakatos, Luhmann (1992, Beobachtungen der Moderne) oder Feyerabend.

**Alternativ: „Gemeinsam vertretene Positionen der Chartainstitutionen zur ...“**

Diese Formulierung ist „weicher“, wahrer und sachangemessener:

4. „- Erarbeitung gemeinsamer Positionen“

Wieder die Vermeidung der Differenz (*différance*, Derrida 1967) oder die Verkennung ihrer Bedeutung, offenbar ein epistemologisches Selbstmissverständnis der Charta, deren Bedeutung doch m. E. gerade darin liegt, dass „Differentes different sein darf“. Im übrigen ein Beispiel dafür, dass man die Positionen (Derrida 1986) der Anderen in der Charta noch nicht genügend zur Kenntnis nimmt. Ich habe wohlbegründet gezeigt, dass ein „common and divergent concept approach“ (wie auch common and divergent factor approach) in der Psychotherapie notwendig ist (Petzold 1971, 1982, 1993), wäre dem nicht so, hätte Grawe mit seiner allgemeinen Psychotherapie Recht. Es ist, als hätten wir in den Colloquiumstexten nichts vom „wertgeschätzten Differenten“ gesagt und geschrieben, haben wir aber.

**Alternativ: „- Erarbeitung von gemeinsamen und von differenten Positionen und Konzepten, um wertgeschätzte „fundierte Differenz“ zu ermöglichen und der Pluralitätsannahme in der Psychotherapie gerecht zu werden.“**

Das wäre konsistent. Die Pluralitätsannahme, die in der Präambel steht, wird überhaupt nicht konsequent durchgehalten, offenbar weil keine Theorie der Pluralität bzw. keine Theorie der Differenz vorliegt. Die Charta gewinnt damit die Qualität einer Notgemeinschaft, die sich gegen die akademisch-universitäre Wissenschaft polarisiert, ohne ihre epistemologischen Fundamente gut ausgearbeitet zu haben und ohne zu sehen, dass auch nomothetische Wissenschaft selbst doch von der Pluralitätsannahme lebt: **Wissenschaft ist plural, sonst ist sie nicht.**

Der gesamte Passus „Wissenschaftstheoretische und erkenntnistheoretische Rahmenbedingungen“ sollte von wissenschaftstheoretisch und erkenntnistheoretisch versierten Fachleuten bearbeitet werden, die ihr Handwerkszeug verstehen (z. B. Mittelstrass, Bieri o. a.). Die beiden Begriffe werden nicht differenziert gebraucht und so kommt zu einer ziemlich

„vermatschten“ Argumentation. Allein schon die Polarisierung „verallgemeinerbare Aussagen“ und „spezifische Situation“ ist doch epistemologisch problematisch. Die Position: jede Therapiesituation ist höchst spezifisch, ist eine verallgemeinerbare Aussage und kann dann empirisch (auch nomothetisch) gut angegangen werden. Außerdem überschätzen PsychotherapeutInnen offenbar die „Spezifität“ der therapeutischen Situation, die in hohem Masse durch „kollektive mentale Repräsentationen“ (Moscovici) bestimmt ist. Schulenspezifische Psychotherapie ist hierfür das beste Argument. Im Lichte der Sozialpsychologie schwinden die Unterschiede schnell und reduzieren sich auf überschaubare Items. Das zeigt auch der Verschiedenheiten einebnende Versuch in dem Charta-Forschungsdesign die „schulenspezifische Vorgehensweise“ mit einem mageren, auf Konformität gerichteten jeweils schulenspezifischen Fragebogen zu erfassen, der dieser Spezifitätsannahme überhaupt nicht gerecht wird, sondern in der Gefahr steht, die Prozesse zu „kalibrieren“. Die Annahmen der Therapeuten sind eben nicht nur „subjektiv“, sondern auch schulenideologisch ausgerichtet, die Annahmen der PatientInnen sind gender-, ethnieschichtspezifisch. Wiederum ginge es darum, Konvergenzen und Divergenzen kollektiver Repräsentationen (kognitiver, emotionaler und volitiver) zu erfassen und die sich daraus gegebenen Passungen bzw. Fehlpassungen, welche ja wesentlich das Therapieergebnis bestimmen.

Und warum die Polarisierung persönlich-biographisch/geschichtlich? Und was ist „Motor kreativer Entwicklungen“? Das ist sehr idealisierend, blickt man auf die Ergebnislage der Psychotherapieforschung etwa bei „schweren, komplexen Störungen“ (weit über 50% ohne Wirkung, bei allen Schulen!) und auf die Therapieschadensforschung (vgl. unser Buch Märtens, Petzold 2002) und Arbeiten zur konformisierenden Ideologiewirkung in der Psychotherapie (Dauk 1989, Petzold, Orth 1999), die zeigen auch anderes als kreative Entwicklungen, sondern oft sehr Mühevoll in kleinen Schritte und mit kleinen Erfolgen und leider auch viele mäßige oder gar Mißerfolge. Es fehlt – wie üblich – die Dimension der Risiken und Nebenwirkungen in diesem gesamten Passus (er kommt später, sollte aber schon hierhin).

*„Dem Problem, dass Subjekt und Objekt in der Psychotherapie nicht klar zu trennen sind, muss Rechnung getragen werden.“*

Ja, da liegt doch gerade das Problem der Psychotherapie seit *Freuds* höchst problematischer Junctim-Annahme! Das ist eine völlig unsinnige Aussage. Subjekt- und intersubjektivitätstheoretisch (Marcel, Levinas von anderer Seite Habermas) gibt es in der Psychotherapie nie „Objekte“ (ein Begriff wie „Objektbeziehung“ ist, wie der Psychoanalytiker Roy Schaffer u. a. gezeigt haben, sprachlogischer Unfug, Ausdruck von Verdinglichung etc.). Eine solche Aussage wie die obenstehende ist Ausdruck einer verdinglichenden Psychotherapieauffassung oder eines ungenauen Gedankenganges.

Sollte es nicht heißen „**sind in der Psychotherapieforschung nicht zu trennen**“? Und selbst diese Aussage ist unsinnig, denn sie sind sehr genau zu trennen, wenn man die Standards der Forschungsethik auf EU- und US-Ebene einmal konsultiert, denen es genau darum geht – ob es gelingt ist eine andere Frage.

**Alternativ: diesen problematische Passus ersatzlos streichen.**

Hinter ihm steht ein weitgehendes Fehlen einer differentiellen Auseinandersetzung mit dem Therapeut-Patienten-Verhältnis aus philosophischer (anthropologischer, ethischer), soziologischer (etwa Berger und Luckmann 1970), rechtlicher Sicht (*grundrechtlich* wäre viel zum Status von PatientInnen und zu ihren Rechten zu sagen, was die Sicherung der Integrität ihrer Persönlichkeit anbelangt). Diese Auseinandersetzung hat in der Charta erst rudimentär begonnen (ausweislich der Colloquiumspapiere) vgl. jetzt ausführlich Petzold 2006h.

5. „eigenständige wissenschaftliche Disziplin“. Ja, könnte man sagen, aber nicht so. Wiederum findet sich keinerlei Anschluss an die wissenschaftstheoretische Diskussion zum Wissenschafts- und Disziplinbegriff<sup>ii</sup>. Die ziemlich willkürliche und überaus breite Auflistung der Referenztheorien und Einflüsse spricht natürlich gegen die „Eigenständigkeit“. Das kann man

nur machen, wenn die eigenen Proprien abgegrenzt wurden, was leider nicht geschieht. Auch eine Zuordnung zu einem Wissenschaftstypus fehlt, denn Biologie und Pädagogik, Literaturwissenschaft sind doch nicht gleich zu ordnen. Ich hatte das Problem schon in dem entsprechenden Kolloquiumsbeitrag (Petzold, Sieper 2001) aufgezeigt<sup>iii</sup>. Wo ist die Psychotherapie nun zuzuordnen? Zu den Naturwissenschaften, den Geisteswissenschaften, den Sozialwissenschaften? Das bleibt völlig unklar. Eine Grundlagenwissenschaft ist sie offenbar nicht („auf interdisziplinären Diskursen gründet“), und damit ist die Frage der „Eigenständigkeit“ schon einmal prekär. Pädagogik oder Gerontologie etwa sind eben nicht „eigenständig“ sondern von Grundlagenwissenschaften - Psychologie, Biologie [Humanbiologie, Neurobiologie] abhängig. Bei der Psychotherapie steht es nicht anders. Hier wird einfach das psychoanalytische Wissenschaftsverständnis (mit Recht höchst umstritten) übernommen, ohne die Diskussion hierzu aufzugreifen und eine solide Position zu erarbeiten, was möglich ist, aber Arbeit kosten würde. Es wird hier also nur eine Behauptung aufgestellt, ohne eine wissenschaftstheoretisch begründete Position zu dokumentieren oder im Hintergrund zu haben. Die in der Charta vertretenen Verfahren haben in der Tat hier z. T. völlig verschiedene historische Wissenschaftstraditionen. Dieses Faktum spricht schon gegen den Begriff „eigenständige wissenschaftliche Disziplin“. Der Wissenschaftsbegriff und der Disziplinbegriff ist ungeklärt und das zeigt sich auf Schritt und Tritt.

Theorienbildung steht „in komplexen Prozessen des Austauschs mit den Erfahrungen der Praxis ...“. Was heißt das denn, genau das müsste bestimmt werden, um eine wissenschaftstheoretische Position auszuweisen (Klingt nach Hermeneutik, aber welche dann? Könnte konstruktivistisch sein, was nun?). Was in dem gesamten Abschnitt ausgeführt wird, dokumentiert einen „wilden“ theoretischen Eklektizismus [noch nicht einmal die eines systematischen Eklektizismus] und keine eigenständige, transparente wissenschaftstheoretische Position. Auch hier sollte man vor der Publikation wissenschaftstheoretisch ausgewiesene Fachleute beiziehen, um sich nicht angreifbar zu machen.

Denn die Aussage: „Diese Erfordernisse werden durch kritische Diskurse und durch Forschung erfüllt“ besagt ja gar nichts, wenn die Art der Diskurse nicht diskurstheoretisch präzisiert wird und die Art der Forschung nicht forschungslogisch präzisiert wird. Genau das aber würde ja bedeuten, eine wissenschaftstheoretische Position auszuweisen und genau das geschieht nicht.

6. Es ist ja erfreulich, dass der Abschnitt „Relevanz der Theorienbildung“ mit meiner Bestimmung der vier Richtziele von Psychotherapie, wie sie auch in den Kolloquiumpapieren vorgestellt wurde (1. kurativ – ich fügte noch palliativ hinzu – , 2. gesundheitsfördernd, 3. persönlichkeitsentwickelnd, 4. kulturkritisch) begonnen wird. Aber die Folgerung, die gezogen wird ist hypertroph und nicht meine. Theorienbildung in 2 und 4 kann nicht *eigenständig* geschehen sondern nur sekundär zu den Ergebnissen der Gesundheitswissenschaften und zu den kulturwissenschaftlichen Diskursen. Und auch bei 3 leidet die Psychotherapie doch durchweg daran, dass sie die Forschungen der Persönlichkeitspsychologie übergeht. Völlig absurd wird dann die Forderung, in diesen Bereichen auch noch Forschung zu betreiben. Seriös kann das nicht geschehen, sondern man ist auf die Forschung der spezifischen Forschungscommunities angewiesen. Wenn man Glück hat und an einer guten Universität ist, kann man gelegentlich in einem interdisziplinären Forschungsprojekt mitarbeiten.

**Alternativ: Weniger anspruchlich formulieren** Psychotherapie überschätzt chronisch die eigene Leistungsfähigkeit für diese Bereiche.

Der ganze Abschnitt über Forschung ist zu kurz, unspezifisch und für die Präsentation eines Wissenschaftsverständnisses, was ohne Darstellung eines differentiellen Forschungsverständnisses gar nicht möglich ist, unergiebig. Mehr als Gemeinplätze werden nicht formuliert. Das müsste doch spezifischere Aussagen zu Methoden, Designs etc. bieten.

7. Ethik in Wissenschaft und Forschung

Keine einzige ethiktheoretische Position wird offengelegt (informed consent, client dignity sollten zumindest genannt werden). Normatives Empowerment (Regner 2005, Petzold, Regner 2005) sollte Standard sein. Der Passus ist sonst eher nichtssagend.

Nicht „können beigezogen werden“

**Alternativ: müssen** beigezogen werden

### **Abschliessend:**

Wir formulieren hier ja wenig Neues. Stellen es nur in den diskurs- und kritiktheoretischen Rahmen. Fast alles ist in unseren diversen Stellungnahmen schon zu finden. Etliches in dem Text der Deklaration stammt ja auch aus unseren Beiträgen, was erfreulich ist. Die Diskrepanz des wissenschaftstheoretischen Abschnittes zum Forschungsabschnitt ist, was Länge und Inhaltlichkeit anbelangt zu groß.

Man sollte insgesamt doch nochmals nacharbeiten, denn so etwas sollte man nicht beim Text von 2002 belassen. Es wäre sehr wünschenswert, wenn zuvor auch die diskurstheoretischen und kritiktheoretischen Rahmenbedingungen geklärt würden. Die Zeit ist weitergegangen.

### **Literatur in Auswahl:**

- Bakhtin, M.* (1981): *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Translated by *Carol Emerson* and *Michael Holquist*, edited by *Michael Holquist*. Austin: Texas University Press.
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G.* (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. /2004 und in *Gestalt* 51(Schweiz) 37-49.
- Habermas, J.* (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*, 2 Bde., Frankfurt: Suhrkamp.
- Habermas, J.* (1984): *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Marková, I.* (2003): *Dialogicality and Social Representations: The Dynamics of Mind*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marková, I., Graumann, C.F., Foppa, K.* (1995): *Mutualities in Dialogue*. Cambridge: Cambridge University Press
- Moscovici, S.* (2001) *Social Representations. Explorations in Social Psychology*, New York: New York University Press.
- Petzold, H.G.*, 1982. *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.*, 1992g. Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", *Integrative Therapie* Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040, Paderborn: Junfermann Verlag, 2. erw. Aufl (2003a) S. 701 – 1037:
- Petzold, H.G.*, 1993h. Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: *Hermer, M.* (Hrsg.), *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.
- Petzold, H.G.* (2001o): Der Chartaprozess - die „Charta-Wissenschaftscolloquien“ 2000 - 2001 – Ausgewählte Texte. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 09/2001.
- Petzold, H.G.* (2002q): Strittige Diskurse: Noch einmal „Gestalttherapeutische Aggressionstheorie“. Die Staemmler-Petzold-Debatte zur Perls-Goodman Aggressionsideologie. Gerangel um Positionen, Desillusionierungen – Schwierigkeiten eines „klaren und fairen Umgangs“ mit Wesentlichem bei konkurrierenden Positionen - Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 15/2002
- Petzold, H.G.* (2003b): *Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“*. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003
- Petzold, H.G.* (2005ü): *POLYLOGE II: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten – eine Sicht Integrativer Therapie und klinischer Philosophie. Hommage an Mikhail M. Bakhtin.* (Updating von 2002c) . [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2005

- Petzold, H.G. (2005x): Übergänge und Identität, Wandlungen im Feld. Ein Rückblick auf 30 Jahre der Zeitschrift „Integrative Therapie“. Editorial. Integrative Therapie 4 (2005) 348-372.
- Petzold, H.G. (2006n): Engagement, Respekt, Heilung - „Grundregel“, Leitprinzipien, Werte für eine kritisch-reflexive und gerechte Psychotherapie (in Vorber.)
- Petzold, H.G. (2006o): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Kritische Überlegungen zu Therapie und Gerechtigkeit, „Just therapy“. (Updating von 2003i. ). Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2006.
- Petzold, H.G., Orth, I, Sieper, J. (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 626-713.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001d): Das „wertgeschätzte Different“ in einer engagierten, eingreifenden Wissenschaft: Problematisierungen des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ in der Charta, Vorschläge und Alternativen. In: *Gestalt* 41, S. 52-68. Erweitert und fortgesetzt in Petzold 2001o: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 02/2001

Weitere Lit. der Autoren: Petzold, H.G. (2006): „Gesamtbibliographie Hilarion G.Petzold 1958 – 2005. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2006

## Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit EAG

### Stellungnahme zum Reglement zum Nachweis der Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit von Psychotherapie-Verfahren

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Leider war uns eine frühere Stellungnahme zum „Reglement“ nicht möglich. Wir wollen unser Votum dennoch nachreichen, denn in diesem Papier steckt Mühe und Arbeit, die wir wertschätzen, und dieses Papier wird als Dokument der Außendarstellung auch von der Fachöffentlichkeit zur Kenntnis genommen und bewertet werden. Das macht besondere Sorgfalt erforderlich..

Der Text wird in den kritischen Diskurs gestellt, und der ist notwendig. Wir legen klare Beurteilungskriterien an, um:

- 1. eine sachangemessene hohe Qualität zu gewährleisten,
- 2. Fehler auszuschließen,
- 3. eine Passung für die Situation des Verbandes und seiner Mitgliedsinstitutionen zu gewährleisten,
- 4. einen innerverbandlichen Konsens zu erzielen,
- 5. einen realistischen und realisierbaren Rahmen zu erstellen,
- 6. eine berufspolitisch seriöse und sinnvolle Aussendarstellung zu gewährleisten.

Als kritiktheoretische Position legen wir die einer „Weiterführenden Kritik“ zu Grunde:

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Fakten (z. B. Dokumenten, Handlungen) oder virtuellen Realitäten (z.B. Positionen, Ideen) aus der **Exzentrizität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (für die Psychotherapie die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit, die der Wissenschaftlichkeit und klinischen Fachlichkeit) und des **Kommunizierens** der dabei gewonnenen Ergebnisse in **ko-responzierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise, das die parrhesiastisch kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**“ (Petzold 2002b).

Das Reglement ist teilweise ein Schritt in die richtige Richtung, scheint uns aber sehr stark defensiv bzw. legitimatorisch bestimmt und geht deshalb unserer Auffassung nach an der Realität der meisten Verfahren und Institutionen der Charta vorbei, weil die Mehrzahl von ihnen keine universitäre Anbindung haben, z. T. nicht ausreichend internationalisiert sind, so dass die geforderten Standards selbst im Minimalbereich von vielen Mitgliedsinstitutionen nicht erbracht worden sind **und auch auf Dauer nicht seriös erbracht werden können**. Selbst die Mainstream-Regelung hilft da kaum weiter, weil z. B. in der Körpertherapie eine Studie zur Bioenergetik nicht als Wirksamkeitsbeleg von Integrativer Leib- und Bewegungstherapie verwendet werden kann und vice versa. Das Arbeitspotential der meisten Charta-Institutionen wird mit diesem Reglement u. E. völlig überfordert. Das zeigt sich doch schon an dem Faktum, dass an den großen Schwächen der Deklaration von 2002, die wir in unserer Kritik offengelegt hatten, bis heute nicht weitergearbeitet wurde (vgl. Petzold, Sieper 2006, wo wir die damaligen Schwachstellen nochmals aufgezeigt haben). Es zeigt sich auch daran, dass eine fundierte Ethikregulierung nicht weiterkommt usw.. Die Deklaration war ein Anfang, in den viele Mühen investiert worden sind und der zu einer hinlänglichen Synchronisierung geführt hat, und das ist viel. Aber was ist weiter geschehen? Jetzt 2006 wird dieser Text unverändert für die Erarbeitung eines „**Reglements zum Nachweis der Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit von Psychotherapie-Verfahren**“ zugrundegelegt, ohne dass weitergearbeitet wurde. Das ist bedauerlich.

Diesem Reglement kann man **so** u. E. nicht zustimmen, wenn man weiß, dass man die erforderliche Infrastruktur nicht hat und auch nicht erhalten wird. (Wir sprechen hier nicht von der EAG). Stimmt man dennoch zu, wird das Reglement keinen Bestand und keine Nachhaltigkeit haben, es wird zu einer Farce. Und einer solchen Gefahr sollte man sich nicht aussetzen.

Die Charta gehört u. E. zu den ganz raren Beispielen in der Psychotherapiegeschichte und – gegenwart für eine kooperative Zusammenarbeit zwischen psychotherapeutischen Schulen, die sich oft genug in Kokurrenzgerangel und wechselseitigen Abwertungen ergehen. Hier wird ein **Polylog** praktiziert, der ein hohes konstruktives Potential hat. Das ist in sich so wertvoll, dass man sich nicht in einen legitimatorischen Zwang bringen lassen sollte, durch den alles überdimensioniert wird, genauso wie u. E. die in Angriff genommene Charta-Studie. Redimensionierung auf einen realistischen Rahmen, das wäre anzustreben.

Wir sind sehr gespannt, da wir ja ein wenig die Ressourcen und die Internationalität, die universitären Anbindungen und vor allem den publikatorischen **wissenschaftlichen** Output in der Literatur von Seiten der Chartaverfahren überblicken (kostet nur einen kleinen Search), wie man in dieser Sache abstimmen wird und welche Form man finden kann, die angemessen ist. Wir meinen, dass man dieses Reglement **ohne substantielle Veränderungen** und wenn man es nicht redimensioniert, nicht seriös beschließen kann,.

Nun zu einzelnen u. E. kritischen Punkten:

Zur Überschrift: **Reglements zum Nachweis der Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit von Psychotherapie-Verfahren**

Man sollte hinzufügen: **Wirksamkeit und Unbedenklichkeit** (oder **Nebenwirkungsfreiheit**) **von Psychotherapie-Verfahren**. Die wachsende Bewusstheit für Psychotherapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen sowie die zunehmende Forschung (vgl. unser umfassendes Buch zu diesem Thema: Märten, Petzold 2002), sowie die kritische Diskussion von Psychotherapie in der Öffentlichkeit lässt uns einen solchen Zusatz gerechtfertigt und strategisch nützlich erscheinen. Auch die Kategorie „Wirtschaftlichkeit“ wurde fortgelassen. Sie fehlt leider im gesamten Text, obwohl wir hierzu dringend Studien brauchen. Auch in der geplanten Charta-Studie gibt es nichts zur Unbedenklichkeit und zu Wirtschaftlichkeit, obwohl dies wesentliche Kategorien für Forschungsbemühungen sind und auch die Öffentlichkeit und die Kostenträger solche Studien fordern (siehe Margraff-Gutachten).

Zu 1. Präambel.

Diese ist zu opulent und weitschweifig und sollte gekürzt werden, zumal sie auch kein gutes fachliches Argumentationsniveau hat. Man sieht: Von keinem Psychotherapieforscher geschrieben. „Die auf Statistik (be)gegründete empirische Forschung“.

Das ist eine laienhafte Aussage. Als ob es im wesentlichen um die Statistik ginge. Es geht in erster Linie um die Fachlichkeit und Elaboration der Forschungsmethodik, um Designs, Messinstrumente und Messverfahren, Gütekriterien, Validität, Reliabilität etc. Formen der Mathematisierung und statistische Prüfverfahren sind Handwerkszeug. Dann wird in der Regelung alleinig auf Wirksamkeitsnachweise abgestellt, nirgendwo auf Grundlagenforschung. Da liegt ein Problem. Das Thema Evidenzbasierung, ein zentrales Thema, wird gänzlich ausgespart, obgleich zu einer *psychotherapiegerechten* Evidenzbasierung einiges gesagt werden müsste.

**Mittlerweile ist man in der Therapieforschung schon wieder weiter gegangen.**

**Neurobiologische bzw. -wissenschaftliche Wirksamkeitsstudien werden indes im Reglement erst gar nicht erwähnt. Hier kommt aber ein neuer Standard auf, an dem letztlich gemessen werden wird. (Auch unter diesem Gesichtspunkt ist die höchst aufwendige Charta-Studie zu problematisieren. Für das Geld bekäme man einige Studien mit bildgebenden Verfahren. Pro Verfahren sieben untersuchte PatientInnen mit Ergebnissen „on the brain level“ bei einigen großen Störungsgruppen wären Nachweis genug. Zur qualitativen Forschung wird nichts Aussagekräftiges im Reglement ausgeführt. Uns sind nur sehr wenige qualitative Studien aus der Therapieforschung bekannt, die dem heute geforderten Elaborationsniveau für qualitative Forschung entsprechen. Aus den in der Charta vertretenen Verfahren sind uns nur ältere Arbeiten bekannt, die dem heutigen Anspruchsniveau nicht entsprechen (für anders liegende Informationen zu Studien wären wir sehr dankbar).**

Warum wird nichts zur den Wirkungsbedingungen von Therapieinterventionen ausgeführt? Was wirkt in der Psychotherapie wodurch? Das sind doch die zentralen Fragen. *Grawes* (2005a, b) letzte Veröffentlichungen sollten hier ernst genommen werden (*Petzold* 2005q).

Die Idee, dass durch die von der „Charta organisierte Forschung“ (mit einer Studie, die über sieben Jahre laufen soll!) die internationale Forschungslage (oder die deutschsprachige) „beeinflusst“ werden sollte, erscheint uns wirklichkeitsfern. Die geplante Studie lässt jetzt schon absehen, dass sie wenig Impactpunkte einfahren wird.

Hier sollte man bescheidener formulieren oder diese Ausführungen weglassen.

Zu 2:

2.1 beim Elend des Umgangs mit Genderfragen in der Psychotherapie finden wir die Erwähnung gut, aber nicht mit Gender-Klischees, besser in der Formulierung „Genderfragen, Generationenprobleme und schicht- und ethniespezifische Fragestellungen“, letztere Fragen sind höchst relevant.

2.5 Würden wir umformulieren:

verfügt über eine systematische, **theoretisch und empirisch abgesicherte** Form der Dokumentation und Evaluation von Therapieerläufen **und -ergebnissen;**

nur mit diesen Ergänzungen ist das eine sinnvolle Forderung, die bislang allerdings noch von fast keinem Chartaverfahren eingelöst wird. Das wird Investitionen kosten.

2.7 „dass die erarbeiteten Erkenntnisse im Diskurs sowohl mit anderen wissenschaftlichen Disziplinen und psychotherapeutischen Richtungen als auch innerhalb der internationalen psychotherapeutischen „community“ fortlaufend reflektiert und diskutiert werden“.

Völlig unrealistische, hypertrophe Forderung, die von fast keinem der Chartamitglieder geleistet werden kann z. T. wegen fehlender Internationalität, z. T. wegen fehlender englischsprachiger Publikationskultur und weil ohnehin kaum ein Diskurs zwischen anderen wissenschaftlichen Disziplinen und der Psychotherapie läuft. Wir lassen uns da gerne durch Nennung von Literatur belehren. Als die, die im deutschsprachigen Raum wohl die meisten Bücher zum Diskurs

zwischen den Psychotherapieverfahren herausgebracht haben (über 20 Bände in der Reihe Vergleichende Psychotherapie) und viele interdisziplinäre Sammelbände, können wir sagen, ein solcher Diskurs besteht bislang kaum. Wo wird denn etwas gar noch „fortlaufend reflektiert und diskutiert“ zwischen den Schulen?

Zu 3. Das ist doch eigentlich Stoff im Grundstudium Psychologie und muss u. E. nicht im Detail aufgeführt werden. Folgendes sollte aber verändert werden oder entfallen:

- *Qualitativ empirisch*  
Mindestens eine Untersuchung muss qualitativ typisierende Fallstudien enthalten, die den Kriterien von G. Rudolf entsprechen (s. Anhang 2, Punkt 5).

Rudolf ist nun wirklich kein Referenzautor für qualitative Forschung und allein das Konzept „qualitativ typisierender Fallstudien“ ist schon problematisch.

Warum bezieht man sich hier nicht auf internationale Literatur? Überhaupt würden wir Namen und die aufgeführten Taxonomien rausnehmen. Das ist doch Basiswissen, man kann das auch ganz anders sehen. Ist auch nicht ganz auf dem Stand der Diskussion. Warum mit Rudolf einen psychoanalytischen Psychotherapieforscher, warum keinen systemischen (Schiepeck oder Kriz), warum keinen behavioralen (Laireiter oder Caspar)? Wurde die Diskussion der Rudolf-Studie in der internationalen Literatur und ihr Impact verfolgt? Warum keine klinisch-psychologischen Referenzautoren? (Baumann oder Perrez)

Einen Formulierung wie:

**Nach dem Stand und Standard internationaler Psychotherapieforschung**

würde vollauf genügen. Diese Präsentation finden wir eher peinlich.

- Optimal ist die Verknüpfung der quantitativen mit den qualitativen Ergebnissen.

Nicht nur die Verknüpfung der Ergebnisse, sondern die Verbindung quantitativer und qualitativer Forschungsstrategien in einem „sophisticated design“ (manche sprechen von bimodal).

- Die minimal geforderten Forschungsarbeiten müssen die Schweizer Population einschliessen.

Welcher? Der deutschen oder der welschen oder der bündnerromanischen?

Eine unsinnige Forderung in Europa heute. Bei der Internationalität der Forschung und bei der Forschung im deutschsprachigen Kulturraum sollte man das fallen lassen oder will man die Existenz nationalitätenspezifischer Pathologien oder Heilungspotentiale unterstellen?

Zu 3.2 1:

„Psychotherapierichtungen, die beanspruchen, zu einer anerkannten psychotherapeutischen Hauptrichtung zu gehören ( Psychoanalyse, Humanistische Therapien, Verhaltenstherapie, Systemische Psychotherapie, Körperpsychotherapie)“.

Man sollte hier nicht mit Mainstream- oder Grundorientierungen oder Mesoparadigmen ungenau umgehen. Von wem stammt diese Einteilung, welchen Rückhalt hat sie in der psychotherapiewissenschaftlichen Literatur, wie ist ihre inhaltliche wissenschaftliche Begründetheit?

Vgl. das Standardwerk von Kriz oder grundlegend *Petzold* 1993h oder Stumm et al. 2002 das Lexikon der Psychotherapie.

Wieso Psychoanalyse? Will man die Traditionen Adlers oder Jungs ausgrenzen oder vereinnahmen?

Dort wäre „Tiefenpsychologische Verfahren“ der richtige Oberbegriff (vgl. das Grundlagenwerk von D. Wyss), dem man auch die Psychoanalyse unter wissenschaftsstrukturellen Gesichtspunkten zuordnen muss (auch wenn manche Psychoanalytiker das nicht gerne sehen).

Der amerikanische Begriff „psychodynamic“ ist in unseren Breiten nicht gut brauchbar, weil sich auch die Gestalttherapeuten und die Integrativen als „psychodynamisch“ verstehen müssen (und verstehen), sieht man auf ihre Theoriestruktur.

Dann bitte „humanistisch-psychologische Therapien“, oder will man den anderen Richtungen absprechen, humanistische Positionen zu vertreten? Und welche Richtungen fasst man hierzu? Eine Dachverbandsmitgliedschaft oder Nationalverbände gibt es da nicht.

**Heute müssen die Integrativen Verfahren als ein eigenes Paradigma aufgeführt werden, denn das zeigt die Internationale Entwicklung (Petzold 1982, 1992g, 2005x). Es gibt nationale und internationale Gesellschaften zu integrativen Therapierichtungen. Und will man Grawe als Verhaltenstherapeut eingruppiieren, wo er selbst angibt, dieses Paradigma überschritten zu haben? Will man die Kognitiven Therapeuten der Verhaltenstherapie zuschlagen? Ist das klug, wo diese sich in den USA als eigene Richtung definieren oder als Integrative verstehen?**

Beim heutigen Stand der Körperpsychotherapien kann man sie seriöser Weise nicht als „eigenes Paradigma“ aufführen, weil sie als Bewegung viel zu heterogen sind und sich von ihren theoretischen Ansätzen her jeweils den voranstehend aufgeführten Paradigmen zuordnen lassen müssen und sie bis auf die Körperinterventionen keine metatheoretische und klinisch-theoretische Eigenständigkeit haben. Nur nach der Interventionsebene und -technik hat man bislang noch nie Verfahren klassifiziert. In den Körperschulen muss man nach ihren Paradigmen fragen.

Es gibt für diese Klassifizierung auch keine internationalen Beispiele. Körpertherapien haben eine psychodynamische, humanistische, behaviorale, systemische oder integrative Ausrichtung. Außer den neuromotorisch-psychomotorischen Ansätzen gibt es da nichts paradigmatisch Eigenständiges (hier wird ja nicht von den übungszentrierten, funktionalen Verfahren gesprochen, wie Alexander, Feldenkrais etc.).

Und wer klassifiziert wie? Hierzu, um die Problematik, die für die Charta und ihre Mitgliedsverfahren entsteht, aufzuzeigen folgende Beispiele:

Ist Transaktionsanalyse „Humanistisch-psychologisch“ oder psychodynamic/tiefenpsychologisch (wir meinen das letztere und in Deutschland positioniert sie sich auch so aufgrund der Gesetzeslage, wie auch so manche Gestalttherapeuten). Ist Integrative Therapie Humanistisch? Nein, sie ist dem „neuen Integrationsparadigma“ zuzuordnen (Petzold 1982, 1992g; Petzold, Orth, Sieper 2006), aber dafür gibt es im Reglement keine Kategorie. Was ist „systemisch“, die Hellingersche Aufstellungsarbeit? usw. usw.

Hier liegen also noch Probleme. Und wohin soll ISIS oder die Bam? Nirgendwo in Europa wurden bislang Kunsttherapie oder Musiktherapie, obwohl sie natürlich *auch* psychotherapeutische Wirkungen haben, als Formen der Psychotherapie anerkannt (mit guten Gründen und das wird auch so bleiben, weil es eigene Gesetzgebungen für die Kreativverfahren gibt, wie in den Niederlanden, und auch anderen Orts geben wird, wie in den skandinavischen Ländern, das Bam-Papier hat die Situation hier nicht repräsentativ dargestellt).

Welche Forschung kann nach dem Regelement angerechnet werden. Dazu gibt es keine genauen Aussagen. Z. B. bezieht sich vorliegende internationale musiktherapeutische Forschung sich in praktisch allen kontrollierten Studien **nicht** auf Musikpsychotherapie (ein Label, dass es in der angloamerikanischen Literatur so gar nicht gibt) sondern hauptsächlich auf „rezeptive Musiktherapie“. Welche Studien sollen also für die Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie gerechnet werden? Dazu sagt das Reglement nichts. Es wäre aber wesentlich, wie die jüngsten Reaktionen aus der Charta auf den Bam-Antrag zeigen, die das musiktherapeutische Feld und die dortige Forschungslage überhaupt nicht angemessen einschätzen.

Viele dieser Verfahren sind dem tiefenpsychologischen Paradigma zuzuordnen bzw. sie ordnen sich diesem zu, einige dem humanistischen, aber es gibt auch schon behaviorale Musiktherapie. Immer aber werden sie als „auxiliarische Verfahren“ oder kreativtherapeutische Verfahren also nicht als Psychotherapie klassifiziert.

Wir hoffen, es wird deutlich: Da ist Arbeit zu investieren, um hinlänglich stimmige Unterscheidungen hinzubekommen und vor allem solche, die von der Zuordnung konsistent sind. Und wer soll das beurteilen, wo es keine übergeordneten Verbände gibt?

Heute werden noch zwei Grundorientierungen hinzugenommen, die es schon länger gibt, aber keine Erwähnung finden:  
die **neurowissenschaftliche/neuropsychologische** (Grawe, Schiepek u. a.) und die **entwicklungspsychobiologische** (Herpertz-Dallmann, Petzold). Beide werden oft auch dem **integrativen** Paradigma zugeordnet oder ordnen sich ihm selbst zu, aber für dieses gibt es, wie gesagt, keine Kategorie.  
Die Listung der Grundorientierungen muss also berichtigt werden in alphabetischer Reihung:

### **behaviorale, humanistisch-psychologische, integrative, systemische, tiefenpsychologische Grundorientierung**

Um zusammenzufassen:

Wie gesagt, die Anhänge von Leichsenring und Rüter, 2004 oder Rudolf sollten entfallen. Schlanker wäre das Reglement besser, meinen wir. Außerdem: Es gibt internationale Standards für die Forschung. Da braucht man nicht so detailliert zu werden. Auf Verbaldeklarationen und Forderungen kommt es doch nicht an, sondern auf das, was vorgelegt werden kann. Wer beurteilt die Studie und ihren Impact? Es kommt ja auf die Güte der Studien an. Normaler Weise entscheidet das die Publikation in einem Reviewed Journal mit einem anerkannten Board und nicht die Publikation in der Hauspostille. So könnte Objektivität erreicht werden. Dazu steht nichts im Text.

Wie sollen die kleinen Verfahren in 5 Jahren ordentliche Studien vorlegen? Die Teilnahme an der Charta-Studie wird ohnehin genügend Kräfte binden und die soll doch sieben Jahre laufen. Es darf nicht zu einer „selbst programmierten Ausgrenzung“ der kleinen Verfahren in fünf Jahren kommen.

Wir hoffen, dass unsere kritische und in der Sache pointierte Stellungnahme Nachdenklichkeit anregt und dazu beiträgt, den Text zu optimieren.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Hilarion Petzold  
Wissenschaftlicher Leiter EAG

Prof. Dr. phil. Johanna Sieper  
Ausbildungsleiterin EAG

Grawe, K. (2005a): Alle Psychotherapien haben ihre Grenzen, *Neue Zürcher Zeitung* 23.10. 2005, Nr. 43, 78

Grawe, K. (2005b): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden?

*Psychotherapeutenjournal* 1, 4-11.

Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.

Petzold, H.G., 1982. *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn.

Petzold, H.G., 1992g. Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", *Integrative Therapie* Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040, Paderborn: Junfermann Verlag, 2. erw. Aufl (2003a) S. 701 – 1037:

Petzold, H.G., 1993h. Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 4, 341-379 und in: Hermer, M. (Hrsg.), *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.

Petzold, H.G. (2001o): Der Chartaprozess - die „Charta-Wissenschaftscolloquien“ 2000 - 2001 – Ausgewählte Texte. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 09/2001.

Petzold, H.G. (2005q): Nachruf Klaus Grawe. *Integrative Therapie* 4 (2005) 419-431.

Petzold, H.G. (2005x): Übergänge und Identität, Wandlungen im Feld. Ein Rückblick auf 30 Jahre der Zeitschrift „Integrative Therapie“. Editorial. *Integrative Therapie* 4 (2005) 348-372.

Petzold, H.G., Orth, I, Sieper, J. (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): *Integrative Suchttherapie*. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 626-713.

- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001d): Das „wertgeschätzte Differentiale“ in einer engagierten, eingreifenden Wissenschaft: Problematisierungen des „Wissenschaftlichkeitsvorbehalts“ in der Charta, Vorschläge und Alternativen. In: *Gestalt* 41, S. 52-68. Erweitert und fortgesetzt in Petzold 2001o: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 02/2001
- Petzold, H. G., Sieper, J. (2006b): Die Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zur Wissenschaftlichkeit von 2002 – eine kritische Stellungnahme. ). Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2006.

---

<sup>i</sup> Zum Konzept der **Kokreativität** vgl. Petzold (1998a) und Iljine, Petzold, Sieper (1990), zum Konzept des „**komplexen Lernens**“ in der Integrativen Therapie und Agogik vgl. jetzt Sieper (2001) und Petzold (1983i), Petzold, Orth, Sieper (1995a).

<sup>ii</sup> Beispielsweise ein auch in den Chartacolloquien vorgetragenes Verständnis auf der Grundlage der Auseinandersetzung mit der relevanten Diskussion: „Unter *Disziplin* werden eine ‘*community of experts*‘ und die von dieser *community* in ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen generierten *Wissensstände* verstanden, die in *Konzepten* ausgearbeitet und in unterschiedlichem Maße durch Institutionalisierungsprozesse gesichert wurden. Diese Konzepte werden in fortlaufenden Diskursen der *community* unter Einhaltung bestimmter Ordnungsprinzipien (*disciplina*) weitergegeben und weiterentwickelt, um in gesellschaftlichen Arbeitsprozessen von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen genutzt werden zu können. Eine Disziplin ist damit auch ein *gesellschaftlicher Wissensvorrat*, der in Form von ‘sozialen Repräsentationen‘ der Gesellschaft zur Verfügung steht und durch Informationsagenturen (z. B. wissenschaftliche bzw. öffentliche Einrichtungen, Hochschulen, Bibliotheken) und durch Methodologien der *Konnektivierung* und *Distribution* von Wissen (z.B. Bildungsmaßnahmen, Beratung) genutzt wird. Diese Konnektivierungs- und Distributionsprozesse machen individuelles und kollektives Lernen möglich, wobei in ihnen selbst auch wieder Wissen generiert und der Gesellschaft zur Verfügung gestellt wird, die wiederum Institutionalisierungsmöglichkeiten für die Disziplin und die sie tragende Community bereitstellt oder auch verfügt (zuweilen wird das ein Hindernis für Innovation). Die Einzeldisziplinen können *monodisziplinär* oder in mehrperspektivischer Weise *multidisziplinär* genutzt werden, sie können sich in *interdisziplinären* Polylogen, d.h. Begegnungs-, Austausch- und Arbeitsprozessen ergänzen und dabei auch durch Emergenzen *transdisziplinäre* Wissensstände hervorbringen, so daß die *gesellschaftlichen Wissensvorräte* durch Wachsen des jeweiligen monodisziplinären Fundus, des durch Multidisziplinarität akkumulierten Wissens, der diskursiv geschaffenen inter- und transdisziplinären Erkenntnisse fortlaufend anwachsen, nicht zuletzt durch das beständige Entstehen neuer Disziplinen aufgrund von Forschungsaktivitäten, Erkenntnis- und Wissensdynamiken. Das läßt *polyzentrische Wissensnetze* in und zwischen Disziplinen, läßt *Metadisziplinen* entstehen, deren *Emergenzpotential* vom Grad ihrer *Konnektiviertheit* abhängt und den Fähigkeiten der Wissensnutzer in transversalen Querungen auf den Meeren des Wissens kompetent zu *navigieren* und wagemutig in die unendlichen Ozeane des Nichtwissens vorzustößen“ (Petzold 1994q, vgl. 1998a, 27f, 312)

<sup>iii</sup> Aus unserem Charta-Colloquiumsbeitrag: Wir vertreten deshalb eine *wissenschaftlich plural fundierte Psychotherapie bzw. Humantherapie*, die neben einer geistes-, sozial-, kulturwissenschaftlichen Orientierung, einer Rezeption von Erkenntnissen aus bildender Kunst und Literatur verbunden mit einer Wertschätzung hochkarätiger *qualitativer* Forschung unverzichtbar ein seriöses nomothetisches, auf *quantitativ-experimenteller* Forschung basierendes Fundament haben muss. Quellen- und Referenzwissenschaften sind hier unabdingbar: die empirische Psychologie, die Bio- und Neurowissenschaften, die klinisch relevanten empirischen Sozialwissenschaften, die psychiatrische und allgemeinmedizinische **Grundlagenforschung**. Diese wiederum müssen durch epistemologische, anthropologische und ethiktheoretische Grundsatzreflexionen moderner philosophischer Wissenschaft unterfangen sein. Das eine geht nicht ohne das andere. Die „Konnektivierung“ der unterschiedlichen Wissensstände in differentieller Gewichtung, diese permanente Aufgabe „konnektivierender Erkenntnisarbeit“, wird zu stärkeren oder auch schwächeren Integrationen führen, zu *multidisziplinären Auseinandersetzungen*, zu *interdisziplinären Angrenzungen* und manchmal auch zu *transdisziplinären Synthesen* (Petzold 1998a, 26f)