

POLYLOGE

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

www.fpi-publikationen.de/polyloge

Herausgegeben von:

Univ.-Prof.Dr.mult. **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.

**POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit -
Ausgabe 14/2004**

Das Modell „komplexen Bewusstseins“ der Integrativen Therapie - Beispiele der Anwendung in verschiedenen Tätigkeitsfeldern

Oliver Grund, Hürth, *Katja Richter*, Hürth, *Gabriele Schwedland-Schulte*, Köln, *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf

Die Bewußtseinstheorie der Integrativen Therapie, wie sie in ersten Umrissen von *Hilarion G. Petzold* schon Ende der sechziger Jahre konzeptualisiert wurde, um dann 1988 differenzier ausformuliert zu werden, wird von den Praktikern der Integrativen Therapie bislang offenbar noch recht wenig genutzt, obwohl – wie die Neurowissenschaften zeigen – Bewußtseinsprozesse für das Verstehen psychischen Geschehens doch sehr bedeutsam sind und die Bewußtseinforschung große Fortschritte gemacht hat (*Metzinger* 1996, 2003). Die Integrative Bewußtseinstheorie ist von ihrem Aufbau und ihrer Struktur mit diesen Forschungen gut kompatibel und schlägt eine Brücke zwischen neurowissenschaftlicher Orientierung (*Perrig* et al. 1993, *Roth* 2003) und tiefenpsychologischer Theorienbildung (*Petzold* 2002b revid.). Mit der Frage des Bewußtseins und des neuronalen Unbewußten, daß z.T. dem Bewußtsein strukturell niemals zugänglich ist (man kann nicht introspektiv das „Feuern der Neurone“ erfassen – der eigenen wie auch von Anderen -, hier liegt auch die Grenze jeder tiefenpsychologischen bzw. psychoanalytischen Empathie- und Deutungsarbeit), ist auch die Frage nach bewußten und unbewußten Lernprozessen (*Kandel, Hawking* 1992; *Spitzer* 2002), mit denen sich die „komplexe Lerntheorie“ des Integrativen Ansatzes befaßt (*Sieper, Petzold* 2002) und mit bewußtem und unbewußtem Willen und Wollen verbunden (*Libet* et al. 2000), und ohne Willensarbeit, diesem vernachlässigten Thema der Psychotherapie, ist fruchtbare psychotherapeutische Arbeit nur bedingt möglich, wie die drei Bände von *Petzold* (2001i) und *Petzold, Sieper* (2003) zum Willensproblem in den psychotherapeutischen Schulen zeigen.

Die Integrative Bewußtseinstheorie geht von einem Spektrum des Bewußtseins aus, daß sich zunächst von einem prinzipiell der Introspektion unzugänglichen Bereich des *neuronalen Unbewußten*, über Unbewußtes, das durch Dissoziierung und Verdrängung zustande gekommen ist (UBW), über Vorbewußtes (VBW), das in die Gedächtnisspeicher aus dem „Bewußtseinsfeld“ abgesunken ist, in den Bereich des Mitbewußten (MBW) erstreckt, der am Rand dieses Feldes liegt, um dann in die Wachbewußtheit, die *awareness* überschritten zu werden, an Bewußtseinklarheit zu gewinnen, *consciousness*, reflexives Ich-Bewußtsein (IBW), das sich zu einem hyperreflexiven Klarbewußtsein (KBW) steigern kann, einem luziden Bewußtsein, das in meditativer Versunkenheit in einem Nichts-Bewußtsein (NBW) überschritten werden kann. Auf diesem Bewußtseinspektrum (vgl. Abb. 4, *Petzold* 2003, 256) mit seinen „Schwellen“ und Übergängen lassen sich Bewußtseinszustände von PatientInnen anhand von Phänomenbeobachten in ihrem Verhalten, ihren Äußerungen verorten. Nur wenn es dem Therapeuten/der Therapeutin gelingt, die Bewußtseinslagen ihres Patienten/ihrer Patientin genau zu erfassen, kann es zu einer guten „Passung“ kommen und wird es gelingen, auf Bedürfnisse, Probleme, Entwicklungsaufgaben adäquat zu reagieren.

Im Folgenden sollen einige kurze Anwendungsbeispiele aus verschiedenen Praxisfeldern der AutoInnen zeigen, wie die Bewußtseinstheorie der Integrativen Therapie für die therapeutische Arbeit fruchtbar gemacht werden kann.

1. Anwendungsbeispiele aus der Arbeit im Jugendamt (sozialpädagogische, beratende Tätigkeit)

- In der Beratungssituation begegnen mir Individuen mit ihren Problemen und sozialen Verbundenheiten, die es in möglichst komplexem Maße zu überblicken gilt. Um adäquat und in relativ kurzer Zeit (auch intuitiv) handeln zu können, ist die Fähigkeit einer szenisch-atmosphärischen und synoptisch-synergetischen Wahrnehmung, einer weitgefächerten Mehrperspektivität nötig (→ Mitbewusstes - MBW[‘], Wachbewusstes - WBW[‘], Ich-bewusstes - IBW[‘] bis Klarbewusstes - KBW[‘]). Gleichzeitig wirken unbewusste (UBW) und vorbewusste (VBW) Inhalte in Situationen mit. Um z.B. notorische Eigenübertragungen (*Petzold* 1980g) schnell auflösen oder nutzen zu können, muss ich mir dieser Tatsache bewusst sein. In Supervision, kollegialer Intervision, Kontrollanalyse kann/muss immer wieder die Arbeit auf diese Zusammenhänge hin reflektiert werden (→ Triplexreflexion, *Petzold* 1998a, 2003a, 34). Motivation, Stabilität, Willens- und Lebenskraft (*Petzold, Sieper* 2003) und vor allen Dingen SINN (derselbe 2001k) und erhalte ich u.a. durch mein mich tragendes soziales Netz, Sport/Tanz (→ MBW, WBW, IBW), aber auch durch Entspannung, Meditation (→ KBW bis in Nichts-Bewusstes – NBW[‘]). Gerade diese Erfahrungen sind zudem förderlich um eine ‚breite‘ und ‚tiefe‘ Wahrnehmungsfähigkeit auszubilden.
- In der Beratungssituation gilt es mir ein Bild von den Problem- und Lebenslage der Hilfesuchenden zu machen. Abzuklären ist u.a., ob ein Gegenüber in der Lage ist seine Situation *klar* wahrzunehmen und zu reflektieren, wie es sie empfindet und welche sozialen, kulturellen Werte dem zugrunde liegen (→ MBW, WBW, IBW).
- Ich nehme *periverbale* Hinweise – Mimik, die mit dem Sprechen einher geht - auf und bringe sie mit allen anderen Eindrücken zusammen, mache mir ein Bild von meinem Gegenüber. Gleichzeitig werden auch meine periverbalen und emotionalen Botschaften wahrgenommen (MBW bis VBW, UBW) und wenn diese meinen verbalen Äußerungen nicht entsprechen, nicht *stimmig* sind, wird es vermutlich zu einem weniger tragfähigen Kontakt kommen. Es können Zweifel, Verwirrungen und Misstrauen aufkommen. ‚Anwesend‘ in der Beratungssituation sind auch alle bisherigen Erfahrungen meiner Klienten u.a. mit Jugendämtern und anderen offiziellen Stellen (→ VBW, MBW, WBW, IBW), so daß innerere *Polyloge* (*Petzold* 2002c), Austausch/Gespräche zwischen „verinnerlichten Menschen“ entstehen. Diese gilt es zu berücksichtigen und oft ist es sinnvoll sie anzusprechen.
- Häufig begegnen mir Menschen, die wie ‚gefangen‘ in der Situation wirken. Es ist ihnen nicht möglich eine „exzentrische Position“ einzunehmen (→ WBW, IBW) und einmal, wie von außen, auf die Situation zu schauen (aktuell beeinträchtigte Ich-Funktionen; → beeinträchtigtes IBW). Hier gilt es durch Reflexionshilfen genau diesen Schritt zu unterstützen, um Mehrperspektivität und somit das Entwickeln von Lösungswegen zu ermöglichen. Aus Sicht der IT sollte das mögliche Wahrnehmungsspektrum von der Mitte/Scheide des ‚Wachbewusstes‘ aus möglichst breit sein. In der Beratungssituation kann dies durch direktes Ansprechen mehrerer Bewusstseinsaspekte unterstützt werden: Wie sieht ihre aktuelle Situation aus? (→ MBW, WBW, IBW) Wie geht es ihnen damit? (→ WBW, IBW) Welche Gründe sehen sie dafür? (→ WBW, IBW) Wie geht es ihrem Kind in der Familie? Können sie sich in die Eltern hinein fühlen? Haben sie Ähnliches erlebt? (→ ggf. VBW, MBW, WBW, IBW) Was hat ihnen (damals) geholfen? (dito) Kann das auch dem Kind helfen?...
- Wie spricht der 15-jährige Jugendliche von der Unmöglichkeit für ihn, in die Schule zu gehen? Kann er wahrnehmen, wie es ihm ging als er dort war (→ MBW, WBW, IBW, ggf. VBW), kann er reflektieren, wie es dazu gekommen sein könnte (→ WBW, IBW), hat er Ideen, wie das evtl. zu ändern wäre, was Helfen könnte (→ WBW, IBW). Wie kann er meine Fragen, Ideen, Vorschläge kognitiv auffassen, prüfen und reflektieren (→ MBW, WBW, IBW)?
- Immer wieder begegnen mir Personen oder ganze Familien, die in einer ‚Traumwelt‘ zu leben scheinen bzw. zumindest vordergründig nicht in der Lage sind, ihre reale Situation oder die eines

Familienmitgliedes adäquat wahrzunehmen (→beeinträchtigttes Bewusstseinsfeld: MBW, WBW, IBW). Letztendlich wirkt es als wäre es ihnen egal, ob es ihnen immer schlechter geht, die Familie zu zerbrechen droht, der Sohn aus der Abhängigkeit herausfindet, die magersüchtige Tochter nach und nach verhungert und das Interesse für die eigenen Belange versiegt, ist verstellt (→beeinträchtigttes Bewusstseinsfeld: MBW, WBW, IBW).

- Einen 19-jährigen lernbehinderten Heranwachsenden, mit frühen und mehrfachen Missbrauchserfahrungen und ca. über 10 Jahre andauernder Jugendamtsbetreuung, kann ich nur sehr begrenzt kognitiv erreichen. Es ist davon auszugehen, dass reflektierende oder gar synoptische Leistungen nur rudimentär möglich sind (→beeinträchtigttes Bewusstseinsfeld: MBW, WBW, IBW). D.h. für mich ihn ‚angemessen einfach‘, aber auch fördernd anzusprechen, um ihm immer wieder ein Verstehen der Situation sowie der Zusammenhänge und damit auch einen Kontrollgewinn (Flammer 1990; Eichert, Petzold 2003) zu ermöglichen. Dieser junge Mann scheint von Inhalten des ‚Vorbewussten‘ oder auch ‚Unbewussten‘ überschwemmt zu werden und sich immer wieder in durchbrechenden Wahninhalten archaischen Materials zu verlieren. Durch die frühe Traumatisierung und die defizitären Entwicklungsbedingungen, ist es ihm nicht möglich gewesen, eine hinreichen schützende **Schwelle** bzw. **Grenze** zum VBW und UBW zu entwickeln – archaische Inhalte überschwemmen das ICH. Es wird deutlich, dass es ihm häufig sehr schlecht geht – er wirkt dann wie ein verängstigttes, aggressives Tier – ist aber nicht in der Lage, sein Befinden zu verbalisieren oder Wünsche zu äußern, zu sagen, was er braucht (→beeinträchtigttes Bewusstseinsfeld: MBW, WBW, IBW).
- Die Erlebnisse misshandelter oder missbrauchter Kinder sind oftmals in ‚Unbewusstes‘, ‚Vorbewusstes‘ *dissoziiert* worden (mit Janet und der neurowissenschaftlichen Traumaforschung ein wohl besserer Begriff als „verdrängt“). Dissoziation schützt vor Überlastungen (Janet 1919), und das ist erst einmal auch gut so (Petzold, Wolf et al. 2000). Hier gilt es zunächst zu schützen und die salutogenen Fähigkeiten der Dissoziation/Verdrängung anzuerkennen. (Aufforderungen z.B. sich offen gegen einen Täter zu stellen oder zu einer gerichtlichen Aussage, müssen gut überprüft werden.) Die spezifische Arbeit an und mit unbewussten oder vorbereussten Inhalten ist in meiner Jugendamtstätigkeit nicht angezeigt und hier muss auf andere professionelle Hilfesysteme verwiesen werden. Wichtig ist es natürlich, mir bewusst zu sein, dass die eigenen Anteile aus dem UBW und VBW immer wirken

2. Anwendungsbeispiele aus der Arbeit mit Suchtkranken (krankenpflegerische Tätigkeit in einer Suchtambulanz, sowie auf einer Therapiestation für alkoholabhängige Patienten)

Die Behandlung von Suchtkranken ist ein Kerngebiet integrativer Therapie (Petzold 1974b; Petzold, Schay, Ebert 2003). Suchtmittel und Rauschzustände verändern aktuelle Bewußtseinslagen, ggf. auch das Bewußsein im Sinne dauerhafter Schädigungen. In der Therapie beeinflußt man in der Arbeit mit Drogenabhängigen immer wieder auch Bewußtseinlagen oder muß sich mit drogeninduzierten Zuständen der PatientInnen auseinandersetzen.

Suchtambulanz-Tätigkeit

- Ein alkoholabhängiger Patient kommt in die Sprechstunde und gibt zur Erfassung seiner Krankenkassendaten die Krankenkassenkarte ab. Diese wird durch die behandelnde Ärztin zu Beginn des Beratungsgespräches zurückgegeben. Beim Verlassen der Ambulanz fragt er erneut nach seiner Chipkarte, kann sich im Gespräch erinnern, diese erhalten zu haben. → Die Rückgabe erfolgte 'mitbewusst' (MBW).
- gleiche Situation, aber die Übergabe der Karte kann nicht erinnert werden. Der Patient findet sie dann in seinem Portemonnaie. → Die Rückgabe erfolgte zwar 'mitbewusst', kann aber nicht erinnert werden. Sie wurde in kurzer Zeit 'vorbewusst' oder 'unbewusst'. → Ggf. Hinweis auf kognitive Einschränkungen aufgrund seines Alkoholkonsums (alkoholische Demenz → insgesamt liegt hier eine Einschränkung des Bewusstseinsfeldes vor → MBW, WBW, IBW → was therapeutische Relevanz im Hinblick auf die Behandlungsstrategien hat).
- Ein mit Methadon substituierter Patient reagiert im 'Kontakt' sehr gereizt und aggressiv, fühlt sich nicht ernst genommen. Im Laufe der Substitutionsbehandlung und der sich aufbauenden 'Begegnung'/'Beziehung' (Petzold 2003a/1991b, 781-808) verändert sich seine Haltung mir gegenüber. In einem Gespräch darüber wird ihm deutlich (→ WBW, IBW), dass ich ihn sehr an seinen Vater erinnert habe. Danach ist es ihm nun möglich, mich als Person zu erleben. 'Unbewusstes' oder 'Vorbewusstes' (Bilder des Vaters – ein *Narrativ*, vgl. ders. 2001b, 2003a, 333f, 434), welches die aktuelle Situation überlagerte wurde erkannt, konnte reflektiert werden. Die Begegnungssituation kann 'ungestört' stattfinden (→ MBW, WBW, IBW)
- Ein zur täglichen Abstinenzkontrolle erscheinender Patient wird im Gespräch auf seine verändertes Erscheinungsbild angesprochen (im Gegensatz zu früher ist er 'farbenfroh' gekleidet). Dies war ihm bisher nicht 'bewusst' (→ MBW, WBW, IBW). Im weiteren Gespräch wird deutlich, dass er sich insgesamt besser fühlt (→ WBW, IBW). Indem er mehr auf seine Kleiderwahl achten will, die bisher 'mitbewusst' und auch 'vorbewusst' erfolgte, bekommt er ggf. seine Gemüthsstimmung besser mit und kann so einem möglichen Rückfall vorbeugen (→ MBW, WBW, IBW, ggf. KBW).
- In einem Familiengespräch kommt mir (→ WBW) die Sitzordnung in den Blick (Mutter – Sohn – Vater; alle sitzen sehr eng beieinander). Der abhängige, erwachsene Sohn erzählt von der 'Übergriffigkeit' der Eltern; die Eltern sehen dies nicht so. Die Sitzordnung wird aufgegriffen (→ WBW → IBW) und es wird mit ihr experimentiert. Durch die Veränderungen des vorgängigen Arrangements (→ VBW, MBW) wird die familiäre Enge deutlich und für alle wahrnehmbar (→ MBW, WBW, IBW). Durch das Ausprobieren verschiedener Positionen und das bewusste Nachspüren (→ WBW) und das anschließende Gespräch (→ WBW, IBW) werden weitere Zusammenhänge deutlich (→ MBW, WBW, IBW ggf. KBW).

Reflexionen der Tätigkeit auf der Therapiestation:

- Beim 'Entspannungstraining' (PMR – mit Musik) fällt mit bei einem Patienten seine 'Unruhe' auf. Im abschließenden Gespräch (→WBW, IBW) über die Stunde erzählt der Patient, dass er sich durch die Musik an belastende Situationen in seinem Leben erinnert habe und so nicht zur Ruhe kommen konnte. 'Unbewusstes', oder auch 'Vorbewusstes' gelangte ins Bewusstsein (→MBW, WBW, IBW).
- In einem anderen, einem Entspannungstraining folgenden Gespräch äußern einige PatientInnen Störungen durch das 'Schnaufen' eines Mitpatienten. Andere haben die Geräusche als nicht störend erlebt, können sich aber im Nachhinein daran erinnern (→MBW). U.a. die Intervention: 'Die Geräusche um mich herum treten in den Hintergrund, ich bin mit meiner Aufmerksamkeit ganz bei mir' oder 'Geräusche, Gedanken nehme ich wahr, schaue sie mir an und verabschiede mich von ihnen', ermöglichten es einigen Patienten sich besser auf die Selbstwahrnehmung (→WBW) einzulassen (→ Awareness-Übung).
- Während einer Gruppensequenz werden Streitigkeiten zwischen zwei Patienten thematisiert. Im Verlaufe der Arbeit wird dem einen deutlich (diesem obliegt im Moment die Aufgabe des 'Küchendienstes', führt diesen sehr gewissenhaft, zuweilen sehr pedantisch aus), dass das Verhalten des anderen (dieser übernimmt kaum Verantwortung für Ordnung und Sauberkeit) ihn an sein Zuhause erinnert (→VBW, ggf. UBW): Als Kind hat er sich für die häusliche Ordnung gesorgt und sich sehr verantwortlich gefühlt. Seine Mutter hat aufgrund ihrer Alkoholerkrankung wenig Arbeit im Haushalt übernommen. U.a. wird ihm plötzlich deutlich, dass der Ärger zum Teil seiner Mutter gilt, die bisher, wie vieles aus seiner Geschichte, durchweg als positiv erlebt wurde (→WBW, IBW bis ggf. KBW). Es beginnt hier eine Veränderung/Neubewertung der eigenen Geschichte, die im Rahmen der weiteren Therapie immer wieder thematisiert wurde.

3. Anwendungsbeispiele aus der Arbeit mit alten Menschen (betreuende und agogische Tätigkeit in einem Altenzentrum in Form von Gruppenarbeit, Bewegungstherapie und Einzelgesprächen)

Bei alten Menschen und insbesondere bei Hochbetagten kann es zu Veränderung von Bewußtseinslagen kommen, wenn aufgrund cerebraler Veränderungen sich die Vigilanz verändert, dementielle Erkrankungen das Ich-Bewußtsein einschränken, das Wachbewußtsein eintrüben, die Kapazitäten mitbewußten Wahrnehmens, also die subliminale Aufnahmefähigkeit einschränken. Gerontotherapeutische Arbeit muß diese Gegebenheiten berücksichtigen, um AlterspatientInnen gerecht zu werden und negative Nebenwirkungen der Behandlungen zu vermeiden (Müller, Petzold 2002a).

- In einem Gespräch mit einer leicht dementen Bewohnerin – eine PatientInnengruppe, mit der durchaus therapeutisch gearbeitet werden kann (Petzold 1985a; Müller, Petzold 2002b; Petzold, Müller 2002), lenke ich - ausgehend von ihrer gedrückten Stimmung - ihre Aufmerksamkeit auf ihre Kinder, welche die alte Dame regelmäßig besuchen. Zunächst hat sie Probleme sich an den letzten Besuch zu erinnern (→VBW, MBW), dann jedoch fällt ihr der Besuch wieder ein (→tritt ins ‚Wachbewusste‘ und ‚Ichbewusste‘). Im weiteren Gespräch erinnert sie sich an schöne Begebenheiten mit ihren damals noch kleinen Kindern (→VBW ggf. auch UBW). Ihre Stimmung wird spürbar besser, insgesamt wird sie lebendiger und lässt sich in der Folge sogar auf einen - zuvor abgelehnten - kurzen Spaziergang ein, während dem ich sie weiterhin sehr lebendig erlebe (→Aktivierung ‚Mitbewusstes‘, ‚Wachbewusstes‘ und ‚Ichbewusstes‘).
- Während einer bewegungstherapeutischen Einheit (‘Hockergymnastik‘) wird ein Ball weitergereicht. Ein älterer Herr, der an der Hockergymnastik bisher immer nur missmutig teilnahm, schießt den zuvor einer Dame heruntergefallenen Ball mit dem Fuß weg. Dies wird von anderen aufgegriffen und es entwickelt sich in der Folge ein ‘kleines Fußballspiel’. Der genannte Herr wirkt auf einmal sehr motiviert und ehrgeizig. Im Gespräch erzählt er dann, dass er in seiner Jugend gerne und gut Fußball gespielt habe, dies habe er ganz vergessen (→‘Vorbewusstes‘ oder auch ‘Unbewusstes‘ tritt ins ‘Wachbewusste‘ und ‘Ichbewusste‘). Beim Erzählen wirkt er lebendig (Gestik, Mimik, Stimme), dies wird im mitgeteilt und er kann diese Veränderung dann wahrnehmen (→‘Mitbewusstes‘ tritt ins Wahrnehmungsfeld: WBW, IBW).
- Eine zuvor kurzfristig, bettlägerige, sehr religiöse Dame, kann nach ihrer Genesung wieder den sonntäglichen Gottesdienst besuchen. In einem Gespräch teilt sie mir mit, wie sehr ihr dieses in der letzten Zeit gefehlt habe (→MBW, WBW, IBW; →im Gottesdienst kann sie Erfahrungen machen, die u.U. dem Bereich KBW in Richtung der Grenze zum NBW zugeordnet werden können). Die Gespräche mit dem das Altenheim besuchenden Pfarrer (→WBW, IBW) und auch der Empfang der Kommunion haben ihr während der Erkrankung sehr gut getan (→MBW, WBW, IBW), aber es sei doch etwas anderes ‘richtig‘ am Gottesdienst teilzunehmen (gemeint sind hier u.U. ‘Erfahrungen‘ des KBW). Im nachfolgenden Teamgespräch mache ich dies zum Thema und rege an ggf. auch auf dieser Station, wie auf den Pflegestationen üblich, den bettlägerigen Bewohnern ein TV auf das Zimmer zu stellen, damit sie zumindest die Übertragung des Gottesdienstes über den Haussender sehen können.
- Ein verwirrter, bettlägeriger Herr äußert immer wieder fragmentarisch ‘Kriegsträume’ (→‘Unbewusstes‘ oder ‘Vorbewusstes‘ dringt ins ‘Wachbewusste‘). In diesen Momenten wirkt er sehr ängstlich, verzweifelt, gequält. Dies drückt sich u.a. durch starke und zeitweise aggressiv getönte Unruhezustände aus. Durch eine körperliche Zuwendung ist oftmals eine Linderung dieser Zustände zu beobachten (→über Berührung – nonverbal und auch verbal- erfolgt eine Fokussierung auf das ‚Wachbewusste‘, so dass die aus dem ‘Unbewussten‘ und ‘Vorbewussten‘ aufgetauchten Inhalte zum Teil wieder ‘absinken‘ können bzw. gemeinsam besser ertragen werden können. Eine Möglichkeit des Reflektieren über mögliche Ursachen/Zusammenhänge ist aufgrund des allgemein eingeschränkten Bewusstseinszustand des Herrn nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich und in seiner Situation auch wenig sinnvoll).

4. Arbeit mit traumatisierten Patientinnen

Traumatische Ereignisse „überfallen“ Menschen mit oft kaum vorstellbarer Grausamkeit, mit Schrecken, dass einem „Hören und Sehen vergehen“, es „einem die Sprache verschlägt“, „unaussprechliches Entsetzen“, den Menschen ergreift bis zum Stupor oder zur Besinnungslosigkeit, wo ihn eine „gnädige Ohnmacht“ umfängt. In der Integrativen Therapie habe ich mich mit diesem Bereich der Traumabelastungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen seit ihren Anfängen befassen müssen (Petzold 1974j, 1986b), weil mir traumatisierte PatientInnen begegnet sind und ich in Katastrophengebieten als Helfer gearbeitet habe: dem Erdbeben in Skopje, der Save-Überschwemmung in Zagreb in den sechziger Jahren. Später habe ich mich mit diesem Bereichen in der Psychotherapie und Familientherapie spezialisiert (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; Petzold, Josić, Erhardt 2003). Die besondere „Traumaphysiologie“ (Hüther 1996, 2002; Petzold 2000g; Yehuda 2002) – ein sinnvoller evolutionsbiologischer Schutz, um Extremüberlastungen zu überleben – führt bei lebensbedrohlichen Situationen oder dem Miterleben von Gewaltexzessen und Katastrophen durch eine Notreaktion der Amygdala zu einer Blockierung der Informationsweiterleitung zum Hippokampus und zum präfrontalen Kortex. Dadurch wird das Opfer vor überintensiven Eindrücken geschützt, es vermag sie zu *dissoziieren*, wie schon *Pierre Janet* im ausgehenden 19. Jh. erkannte. Entwickelt sich eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), so können Phänomene der Dissoziation, der Hypervigilanz und/oder der Abstumpfung (numbing) chronifizieren. Die Bewußtseinslagen der PatientInnen verändern sich nachhaltig. Immer wieder kommt es in „flash backs“ zu plötzlichen Überflutungen des Wach- und Ichbewußtseins (WBW, IBW) mit Materialien, die in Bereiche des Vorbewußten oder Unbewußten (VBW, UBW) dissoziiert wurden, ein Vorgang der nicht oder nur schwer kontrollierbar ist. Oder der Patient ist in permanenten Beunruhigungs- und Erregungszuständen (hyperarousals), weil ihm *mitbewußt* (MBW) „am Rande des Bewußseinfeldes“ reale oder imaginäre Bedrohungen präsent sind. Therapeutisch geht es 1. um ein Bewußtmachen dieser Mechanismen, um 2. über sie Kontrolle zu gewinnen. Die Integrative Therapie hat hier spezifische Methoden Traumabehandlung entwickelt (Petzold 2000g, 2001m) – sie folgen nicht dem leider weit verbreiteten „Expositionsparadigma“, weil hier die Retraumatisierungsgefahren zu groß sind (Miltenburg, Singer 1997). Wir trainieren die PatientInnen, ihre Bewußtseinslagen zu erkennen und vermittels Ablenkungstechniken (z. B. Lauftherapie, *van der Mei*, Petzold, Bosscher 1997) *Distraktoreneffekte* zu nutzen, um „auf andere Gedanken zu kommen“, ihre Gefühle „umstimmen“ zu lernen, etwa die *vorbewußten* (VBW) Zustände der Beunruhigung zu erkennen und durch ein spezielles Bottom-Up- und Top-Down-Entspannungstraining (**IDR** Integrative und **D**ifferentielle **R**egulation, Petzold, Wolf et al. 2000), das muskuläre und imaginale Entspannungsmomente verbindet, zu beruhigen. Durchweg wird versucht, das Ich-Bewußtsein (IBW) zu unterstützen und zu stärken, weil damit die bewußten Kontrollen (*consciousness*) und Willensentscheidungen (Petzold, Sieper 2003, 2003a) erhöht werden, wohingegen eine bloße Intensivierung der „awareness“ durch Intensivierung des Wachbewußtseins (WBW), wie es die Gestalttherapie betreibt (wobei zumeist auch noch kognitive Kontrollen abgelehnt werden, wie es *Freud* und *Perls* gleichermaßen forderten), geradezu kontraindiziert ist, denn Erlebnisaktivierungen riskieren Flashbacks und bergen ein relativ hohes Retraumatisierungsrisiko durch ein „triggern“ vom Materialien, die ins Vor- oder Unbewußte dissoziiert wurden. Awarenessfokussierungen (MBW → WBW), die z. T. zur Identifikation von leiblichen Beunruhigungszuständen unumgänglich sind, müssen deshalb stets mit Techniken zur Erhöhung der kognitiven Kontrolle einhergehen (WBW → IBW) und mit einer Unterstützung der volitiven Kontrollen, die an IBW gebunden sind und so **gebahnt** werden müssen, daß sie schon im VBW in Richtung „Deeskalation“ wirken, denn Willensimpulse nehmen oft in UBW und VBW ihren Ausgang (Libet et al. 2000). Werden sie indes bewußt geübt, so sinken ihre Motivationssysteme ins VBW und kommen dort schon zu Wirkung, indem eine gewisse vorbereitende Disposition (*preparedness*) implementiert wird.

Schlußbemerkung

Eine neurobiologische Orientierung der Psychotherapie, wie sie heute unverzichtbar wird (*Schiepek* 2003; *Petzold* 2002j) und durch die leib- und bewegungstherapeutische Praxis der Integrativen Bewegungstherapie mit Rückgriff auf *Bernstein, Lurija, Ukhtomsky* (*Sieper, Petzold* 2002) sowie auf neurowissenschaftliche Bewußtseinstheorien (ders. 1988a) stets gegeben war, muß die phänomenologische und hermeneutische Arbeit unterfangen. Darin besteht u. a. die „*Metahermeneutik*“ der Integrativen Therapie. Wir fragen die PatientInnen nach ihren Gefühlen, ihrem Befinden (phänomenologischer Zugang – z.B. „Was erleben und fühlen sie jetzt“ – so auch die Gestalttherapie), wir fragen sie aber auch nach ihren Überlegungen, Erklärungen, Hypothesen (bei *Fritz Perls* als „mindfucking“ und auch bei *Lore Perls* als rationalisierende Abwehr) verpönt und wählen damit einen kognitivistischen und hermeneutischen Zugang, der den erlebniszentrierten, phänomenologischen ergänzt und unterfängt, *erlebniskonkrete Zentrität* und *distanznehmende Exzentrität* verbindet (WBW ↔ IBW). In dieser Arbeitsweise liegt eine wesentliche Überschreitung des Gestaltansatzes von *Perls, Perls und Goodman* durch die Integrative Therapie (1996h), hinzu kommen aber noch die metahermeneutische Fragen:

- „What happens on the brain level?“, d.h. was steht hinter den Gedanken und Gefühlen auf bio- bzw. neuroinformatischer Ebene, auf der Ebene der Neurobiologie, Neurophysiologie und Neuroanatomie (*Kandel et al.* 1996; *Petzold* 2002j; *Schiepek* 2003; *Spitzer* 2003),
- „What happens on the somatic level“, d.h. was geschieht auf der Ebene der Neuroimmunologie, der Genexpressionen und Genregulationen (*Bauer* 2002; *Petzold* 2002j)
- „What happens on the socio-cultural level?“ (*Núñez, Freeman* 1999; *Petzold* 2003e, 2001d). Biopsychologische Vorgänge sind an Interaktionen in sozialen Netzwerken, in Lebenswelten, social worlds, Lebenslagen (ders. 2000h) gebunden, denn der Mensch ist verleblichtes Subjekt (*embodied*), daß in die soziokulturelle Lebenswelt eingebettet (*embedded*) ist. Das Soziale wirkt bis in die Neurobiologie (ders. 2002j; *Gallagher* 1998; *Clark* 2001).

Metahermeneutik im Verständnis des Integrativen Ansatzes heißt ja, daß sich die Hermeneutik einerseits auf ihre neurobiologischen Voraussetzungen andererseits auf ihre soziokulturellen Grundlagen hin reflektiert (*Petzold* 2003a). In diesem Kontext ist auch die Arbeit mit den Prozessen auf dem „Bewußtseinspektrum“ zu sehen. Psychotherapie heißt hier einmal mehr Bewußtseinsprozesse beeinflussen, aber keineswegs nur über Einsichtsprozesse sondern darüber hinaus auf dem – zuweilen durchaus mühevollen Weg der „Einübung in ein anderes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln“ durch ein Üben, anders zu denken, zu fühlen, zu wollen und zu handeln, damit *neue Wege* gebahnt werden – in den neuronalen Prozessen auf cerebraler Ebene genauso wie im Leben des Alltag. Dem Wollen und dem Üben kommt dabei eine große Bedeutung zu. Das ist eine *neue alte Erkenntnis*, die einerseits durch die „*Neurobiologie des Lernens*“ fundiert wird (*Spitzer* 2002; *Sieper, Petzold* 2002), andererseits in der „*philosophischen Therapeutik*“ der Antike, der Praxis eines *Sokrates, Epikur, Seneca, Epictet, Marc Aurel*, in den Mühen einer Sorge um sich und um das Gemeinwohl, in ihrer Kultivierung von Tugenden, die sie in das Zentrum ihrer „Seelenführung“ stellten (*Hadot* 1969, 1991, 2001; *Petzold* 2001m). Ohne das Üben im Alltag, den „Alltag als Übung“ (*Dürckheim* 1964) wird man in der Psychotherapie und der Leibtherapie im Bemühen um die *Veränderungen* von „eingefleischten“ Haltungen und Verhaltensweisen und Veränderungen von eingeschliffenen Bahnen des Denkens, verfestigten Formen des Bewußtseins, von chronifizierten Störungen und dysfunktionalen Problemlösungsmustern nicht auskommen. Das wußten die großen Weisheitstraditionen der Menschheit schon immer. Sie alle betonten die Wichtigkeit der geduldigen „*Arbeit an sich selbst*“, eine Fähigkeit, die viele Menschen heute nicht mehr erwerben – es mangelt an Vorbildern und an Anleitung. Kurzzeittherapien eignen sich hier nicht besonders. TherapeutInnen, die nur auf schnelle, einfache Lösungen setzen - „lösungsorientiert“, das neue Zauberwort – oder auf eine one session „Aufstellung“ à la *Hellinger* – ein neuer fauler Zauber - auch nicht. Ja, es gibt sie, die spontanen Veränderungen, die kurzfristigen Umstellen ... zuweilen. Die Regel sind sie nicht, auch wenn wir uns das für uns und unsere PatientInnen wünschen. Die Mühen der Übung, die den „Meister macht“ -

und das sei nicht unerwähnt - die Freuden solcher Übung, wenn man Meisterschaft gewinnt (die *mastery experiences* kleiner Kinder zeigen das, vgl. Harter 1978) - gilt es erneut wertzuschätzen. Das liegt nicht unbedingt im Zeitgeist. Nur die Faktizität der Nichtveränderung in langen, erfolgarmen oder ergebnislosen Therapiekarrieren, immer auf der Suche nach der – endlich – richtigen Methode, konfrontiert diejenigen hart und schmerzlich, die nicht bereit sind, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (Petzold 1970c) und sich auf den herakliteschen Weg der Veränderung und Entwicklung zu machen, in die Versuche und Bemühungen einzusteigen „sich anders zu Denken“. Foucault (1984/1998) bringt es auf den Punkt: „Der ‘Versuch‘ – zu verstehen als eine verändernde Erprobung seiner selbst und nicht als vereinfachende Aneignung des anderen zu Zwecken der Kommunikation – ist der Lebende Körper der Philosophie, sofern diese jetzt noch das ist, was sie einst war: eine Askese, eine Askese, eine Übung seiner selber, im Denken“ (S. 463). „Im klassischen griechischen Denken und jedenfalls in der Sokrates ausgehenden Tradition spielt also die *áskesis*, verstanden als praktische Übung, die unerlässlich ist, damit sich das Individuum als moralisches Subjekt bilde, eine wichtige und nachdrückliche Rolle“ (ibid. 473). Es geht um die Arbeit an seinem Bewußtsein (IBW) und seiner Lebenspraxis als „Lebenskunst“ in einer „Kultivierung seiner Selbst“, die wieder und wieder zu einer „Klarheit über sich und das Leben“ (KBW) führt – es wird keine endgültige Antwort geben, sondern es werden immer neue Standorte gefunden werden: hierin liegt die schöpferische Erfahrung des Menschen, der an sich und an den für ihn relevanten Weltverhältnissen „arbeitet“, mit seinen „signifikanten Anderen“ *kokreativ* tätig wird. Psychotherapie, die diese Zusammenhänge nicht versteht, greift zu kurz. Sie trägt nicht dazu bei, daß Menschen das *Glück* erfahren, sich selbst nahe zukommen, in Momenten des Klarbewußtseins (KBW) und diese sind in einer umgreifenden, *perichoretischen* Überschau niemals „solipsistische“ Selbstbespiegelung, sondern stehen in Bezogenheiten auf Andere, stehen *POLYLOG*, dem Gespräch, dem Erzählen „nach vielen Seiten“ (Bakhtin 1981; Petzold 2001p, 2001b). Es muß sich jeder fragen lassen – der Patient/die Patientin wie auch der Therapeut/die Therapeutin – welcher Art denn seine „Arbeit an sich selbst mit Anderen für sich und für Andere“ ist und wo er mit dieser Arbeit/Gestaltung/Kultivierung steht. Kann diese Frage von Patienten nicht gestellt werden, weil man ihnen diese Dimension nicht eröffnet hat, sind PatientIn und TherapeutIn nicht bereit, sich diese Frage stellen zu lassen und zu versuchen, sie in aller jeweils möglichen Bewußtseinsklarheit (WBW, IBW, KBW) sich und dem Anderen zu beantworten (durchaus mit Möglichkeiten „selektiver Offenheit“, vgl. Petzold 1980g), so verfehlt man wesentliche Dimensionen von Psychotherapie, wird den PatientInnen, aber auch sich selbst nicht gerecht (ders. 2000a, 2003i).

Dem herakliteschen Strom der Veränderung (Petzold, Sieper 2003a/1988b, 351ff) kann man ohnehin nicht entgehen. Wir haben nur die Chance, wenn wir nicht steuerlos auf ihm treiben wollen, auf ihm kompetent zu „navigieren“, d.h. Veränderungen bewußt zu planen und anzusteuern. Die neurowissenschaftlich gänzlich unfundierte und anthropologisch inkonsistente, ja absurde „paradoxe Theorie der Veränderung“ (Beisser – eine der heiligen Kühe der klassischen Gestalttherapie, bis heute hochgelobt).

Literatur:

- Bakhtin, M.M. (1981): *Dialogical imagination*, Austin TX: University of Texas Press.
- Bauer, J. (2002): *Das Gedächtnis des Körpers*. Frankfurt: Eichbaum.
- Dürckheim, K. v. (1964): *Der Alltag als Übung*, Bern: Huber 1972
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003b): *Hilflosigkeit, Kontrolle, Bewältigung - Kernkonzepte und Materialien für die Supervision*. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 12/2003
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Hadot, I. (1969): *Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung*. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1991): *Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike*. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P. (2001): *La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson*. Paris: Albin Michel.

- Harter, S., Effectance motivation reconsidered: towards a developmental model, *Human Development* 21 (1978) 34-68.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- Hüther, G. (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- Hüther, G. (2001): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten, in: *Petzold, Wolf et al.* 2000.
- Janet, P. (1919): Les médications psychologiques, 3 Bde., Alcan, Paris. Reprint: Société Pierre Janet, Paris 1984; americ.: Psychological Healing, Macmillan, New York 1925. Reprint: Arno Press, New York 1976.
- Kandel, E.R., Hawkins, R.D. (1992): The biological basis of learning and individuality. *Scientific American* 267, 78-86.
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M. (Hrsg.) (1996): Neurowissenschaften. Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Libet, B., Freeman, A., Sutherland, K. (2000): The Volitional Brain. Towards a Neuroscience of Free Will. Exeter: Imprint Academic.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 374-428.
- Metzinger, Th. (Hrsg.) (1995): Bewußtsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Paderborn: Schönigh.
- Metzinger, Th. (2003): Being no one. Cambridge: MIT-Press.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology* Vol 7, Nr. 5, 605-628.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“, in: *Märtens, Petzold* (2002) 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002b): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 1), *Integrative Therapie* 1, 2002, 52-90.
- Núñez, R. Freeman, W. J. (1999): Reclaiming Cognition: The Primacy of Action, Intention and Emotion. New York: Imprint Academic
- Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): Unbewußte Informationsverarbeitung. Bern: Huber.
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine; auszugsweise dtsch. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G., 1971c. Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, , in: *G. Birdwood, Willige Opfer*, Rosenheim: Rosenheimer Verlag, S. 212-245.
- Petzold, H.G. (1974b): Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn; 3.Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983.
- Petzold, H.G. (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, in: *Petzold* (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G. (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.
- Petzold, H.G. (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf; revid. in ders.: *Integrative Therapie*, Bd. II, 1(1991a) S. 153 – 332; Neuauflage, Junfermann, Paderborn (2003a) S. 181 - 298.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung; repr. (2003a) S.871-808.
- Petzold, H.G. (1996h): Integrative Therapie und/oder Gestalttherapie. *Gestalt* (Schweiz) 27 (1996) 19-52.
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge – Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 12/2001.
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388.
- Petzold, H.G. (2001i) (Hrsg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2001.

- Petzold, H.G.* (2001m): Trauma und "Überwindung" – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“ 4, 344-412; auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002)
- Petzold, H.G.* (2001p): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2001.
- Petzold, H. G.* (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“ (revidierte Fassung). Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002.
- Petzold, H.G.* (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002.
- Petzold, H.G.* (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002.
- Petzold, H.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold* (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002) Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz)3-50.
- Petzold, H. G.* (2003i): Psychotherapie, die Menschen Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“. Langversion von (2000h): POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 06/2003.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J.* (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2003) Bd. II und bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002
- Petzold, H.G., Müller, L.* (2002c): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 2), *Integrative Therapie* 2, 2002, 109-134.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.* (2003): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen, Düsseldorf: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2003a): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolition – Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, 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.
- Petzold, H.G, Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Roth, G.* (2003): Wie das Gehirn die Seele macht. In: *Schiepek, G.* (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, S. 28 – 41.
- Sieper, J., Petzold, H.G.* (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Spitzer, M.* (2002): Lernen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Spitzer, M.* (2003): Neuronale Netzwerke und Psychotherapie, in: *Schiepek* (2003) 42-57.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I.* (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Yehuda, R.* (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: *Streek-Fischer* (2001)43-71.