

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1998

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

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

H.G. Petzold, R. Leuenberger, A. Steffan (1998):

Ziele in der Integrativen Therapie*

erschienen in: *Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie* In: *Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen. S. 142-188.*

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

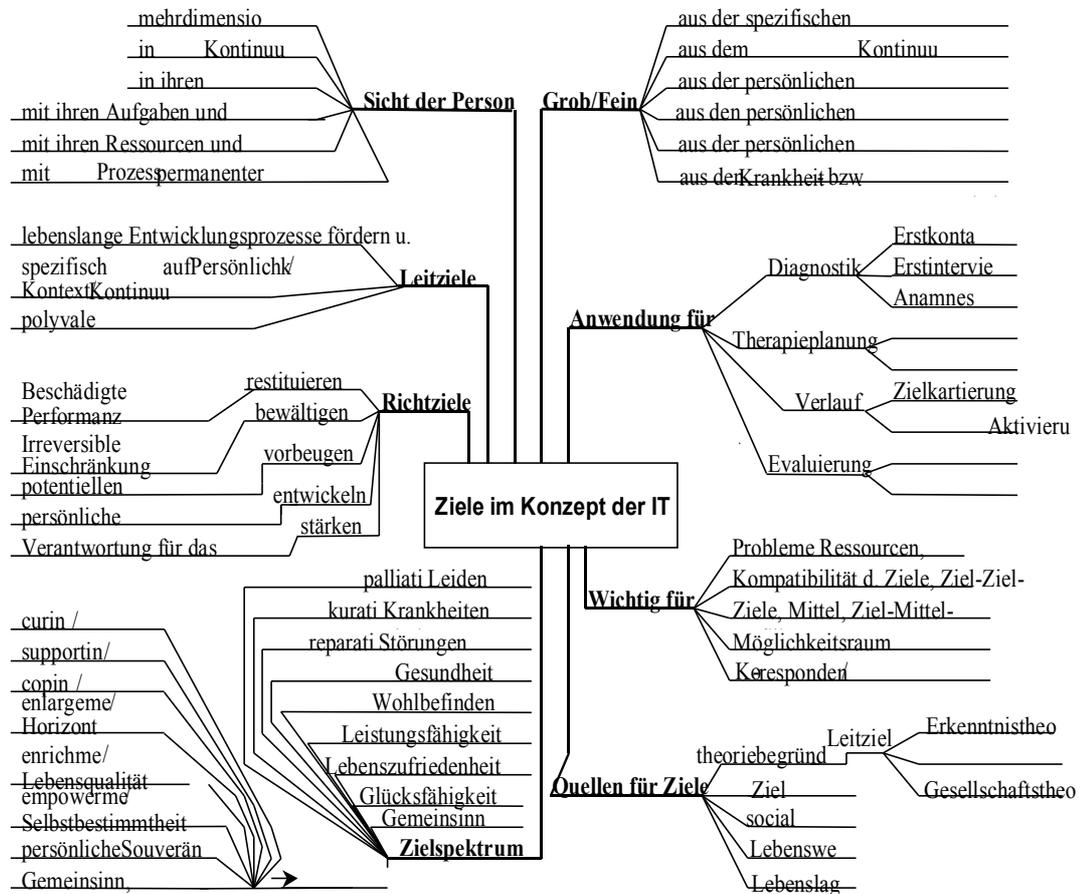
<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

1. Historie und Grundkonzepte der Ziele in der Integrativen Therapie

* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen mailto:forschung_eag@t-online.de, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>. – Der Text hat die Siegle: Petzold, Leuenberger, Steffan 1998.

- 1.1 Historische Entwicklung und wissenschaftliche Positionierung der Integrativen Therapie
- 1.2 Zentrale Grundkonzepte
 - 1.2.1 Leiblichkeit und "persönliche Souveränität" als Grundlage psychischer Prozesse und sozialer Interaktion
 - 1.2.2 Interpersonale Bezogenheit, Netzwerke, Convoys, Intersubjektivität und Ko-respondenz als Grundbedürfnisse und Wesensmerkmale des Menschen
 - 1.2.3 Die phänomenologisch-strukturelle Ausrichtung
 - 1.2.4 Der mehrperspektivische, transversale Ansatz
 - 1.2.5 Die Ressourcenperspektive
 - 1.2.6 Der "erweiterte Gesundheitsbegriff"
 - 1.2.7 Die entwicklungszentrierte Perspektive als "life span developmental approach"
2. Art der Ziele in der Integrativen Therapie - zieltheoretische Konzepte
 - 2.1 Ziele in der Integrativen Diagnostik und Therapieplanung
 - 2.1.1 Die drei Phasen Erstkontakt, Erstinterview und Anamnese
 - 2.1.2 Ziele in der halbstrukturierten Anamneseerhebung
 - 2.1.3 Ziele in der Therapieplanung, Zieltaxenomenien und -matrizen
 - 2.2 Ziele im Therapieverlauf - struktur- und prozesstheoretische Konzepte
 - 2.2.1 Ziele in der Initialphase der Therapie - Zielkartierungen
 - 2.2.2 Ziele in der Therapiebeziehung: die Therapiebeziehung als "Ko-respondenzprozeß" und "prozessuale Aktivierung"
 - 2.2.3 „Wege der Heilung und Förderung“, Modalitäten und Tiefungsebenen - methodenbezogene Ziele
 - 2.2.4 Die 14 therapeutischen Wirkfaktoren
 - 2.2.6 Therapiebeispiele
3. Informed Consent
4. Stabilität der Therapieziele im Behandlungsverlauf
5. Operationalisierbarkeit und Operationalisierung der Therapieziele
6. Evaluierung der Therapie bezüglich Erreichung der Therapieziele

Die komplexe Zielstruktur der Integrativen Therapie



1 Historie und Grundkonzepte der Ziele in der Integrativen Therapie

Um die Therapieziel-Geschichte in der Integrativen Therapie zu verdeutlichen, sei kurz die Entwicklung der Integrativen Therapie und einiger ihrer Grundkonzepte umrissen.

1.1 Historische Entwicklung und wissenschaftliche Positionierung der Integrativen Therapie

Die kritische Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse Freuds führte in einer durchgreifenden Differenzierungsphase zur Entwicklung der heute bestehenden Psychotherapie-Richtungen. *Adler, Reich, Jung, Ferenczi, Moreno* und die Neo-Analytiker *Erikson, Fromm, Horney, Sullivan* etc. wiesen Freuds biologistische, triebdynamische Orientierung als nicht-

hinreichend zur Erklärung psychischer Störungen zurück. Dazu Fromm:
"Freud betrachtet den Menschen grundsätzlich als geschlossenes System, das von Natur aus mit bestimmten physiologisch bedingten Trieben ausgestattet wurde, und er interpretiert die Entwicklung des Charakters als Reaktion auf die Befriedigung oder Frustrierung dieser Triebe.

Demgegenüber vertrete ich den Standpunkt, daß die menschliche Persönlichkeit grundsätzlich nur in ihrer Beziehung zur Welt, zu den anderen Menschen, zur Natur und zu sich selbst zu verstehen ist. Ich halte den Menschen primär für ein gesellschaftliches Wesen und glaube nicht, wie Freud es tut, daß er primär selbstgenügsam ist und nur sekundär die anderen braucht, um seine triebhaften Bedürfnisse zu befriedigen. In diesem Sinne glaube ich, daß die Individualpsychologie im Grunde Sozialpsychologie ist, oder, um mit Sullivan zu reden, Psychologie zwischenmenschlicher Beziehung" (zitiert aus *Fiedler*, 1997, S. 92). Diese früh einsetzende Bewertung der interaktionellen Eingebundenheit des Menschen ist auch heute noch keine Selbstverständlichkeit, wie z. B. Fiedlers Bemühungen zeigen, Persönlichkeitsstörungen als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens aufzufassen (ebd.).

Aus der Differenzierungsphase, die heute noch andauert, begann sich Mitte der siebziger Jahre die Integrationsphase zu artikulieren, die wir als das "neue Integrationsparadigma" beschrieben haben (*Petzold*, 1992b). Aus der Erkenntnis heraus, daß jede einzelne Therapierichtung *partielle* Wahrheiten über den Menschen, seine Entwicklung, Persönlichkeit, Gesundheit und Krankheit entwickelt hat und in ihrer Praxis zwar spezifische und unspezifische Wirkfaktoren mobilisiert, aber auch Einseitigkeiten und Lücken aufweist, und daß letztlich Methodenmonismus zu Lasten der Patienten geht, aus dem Unbehagen über diese Unzulänglichkeiten also, entstanden schulenübergreifende Psychotherapie-Verfahren. Die "Integrative Therapie" entstand Mitte der 60-er Jahre in den Anfängen dieser Bewegung und ist unter den heute bestehenden "*Richtungen oder Schulen des Integrierens*" wohl die älteste und eine der elaboriertesten, was die Integrationsbemühungen auf theoretischer sowie praxeologischer Ebene betrifft.

Die *Integrative Therapie* wurde entwickelt aus der "aktiven" und "elastischen" Technik der ungarischen Psychoanalyse (*Ferenczi*, 1988), der

Gestalttherapie, dem Psychodrama Morenos und dem Therapeutischen Theater Iljines sowie Ansätzen der Leibtherapie und der Verhaltensmodifikation (*Kanfer, Phillips, 1975*). Diese Verfahren bzw. Methoden haben gemeinsame Schwerpunkte, die die Psychotherapieforschung heute als wesentlich erachtet (*Grawe, 1998, Grawe, Donati, Bernauer, 1994*): die "prozessuale Aktivierung" unmittelbarer Erfahrung, der interpersonale und der integrative Fokus. *Iljine* (1972) intendierte bereits 1910 "die Integration von Körper, Seele und Geist", *Moreno* (1946) zusätzlich jene von Individuum, Gruppe und sozialem Umfeld. Aus diesem Fundus entstand die Integrative Therapie als *phänomenologisch* und *sozialwissenschaftlich* orientiertes und die Phänomene zu den Strukturen und Entwürfen hin überschreitendes, *tiefenhermeneutisch* fundiertes Verfahren. Von Anfang an war sie dem Integrationsgedanken, wie man ihn bei *Pierre Janet* und *Maurice Merleau-Ponty* findet, sowie einem "life span developmental approach" und der *Multiperspektivität* verpflichtet, z. B. der Verbindung leibtherapeutischer, emotions-, kognitions-, sozial- und entwicklungspsychologischer Perspektiven und Forschungsergebnissen. Sie bezieht wichtige Impulse aus der neueren longitudinalen Entwicklungsforschung, aus Säuglings-, Emotions- und Traumaforschung, aus Lern- und Streßtheorien, aus der Psychoneuroimmunologie und aus der Psychotherapieforschung (*van der Mei, Petzold, Bosscher, 1997; Märten, Petzold, 1995a,b*) ein. Dadurch ist die Integrative Therapie über Therapierichtungen hinausgewachsen, die ihre Wurzeln mitbestimmten, wie Gestalttherapie und Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse, aber auch ihre behavioristischen Quellen, indem sie sich auf allgemeine Wirkprinzipien in der Psychotherapie ausrichtet (*Grawe et al., 1994*). Sie ist jedoch kein eklektisches (*Garfield, 1982*), sondern ein dezidiert *integratives* Verfahren, da sie Erkenntnisse aus der Forschung kontinuierlich in eine übergreifende und in sich konsistente Theorie einbaut, die differenziert, jedoch aufgrund prinzipieller erkenntnistheoretischer Überlegungen nie als abgeschlossen betrachtet werden kann. So wurde eine "klinische Philosophie" bzw. *Metatheorie* (Epistemologie, Anthropologie, Ethik), eine integrative "*klinische Theorie*" (Theorie der Therapie, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre) und auf diesem Boden eine "*methodenplurale Praxeologie*" (Methodenlehre, Theorie der Techniken, Medien, Settings, Zielgruppen) entwickelt (*Petzold,*

1993b). Als Einstieg kann die Darstellung folgender Grundkonzepte dienlich sein:

1.2 Zentrale Grundkonzepte

Jedes psychotherapeutische Verfahren verfügt über Grundkonzepte und Leitideen, die ihre Praxis bestimmen und ihren Referenzrahmen kenntlich machen, verdeutlichen, welchem übergeordneten "mainstream", welcher "Grundorientierung" es zugehört.

1.2.1 „Leiblichkeit“ und „persönliche“ Souveränität als Grundlage psychischer Prozesse und sozialer Interaktion

Wahrnehmungen sind unlösbar mit Handlungen verschränkt (Warren, 1990). Sie sind sinnlich-leiblicher Art: sensumotorische, kinästhetische, propriozeptive und interozeptive schon als frühe intrauterine Perzeptionen, gefolgt von auditiven im 5. Gestationsmonat, nach der Geburt ergänzt durch optische. Leibliche Dialoge zwischen Kind, Mutter, Vater und anderen Pflegepersonen werden begleitet von vokalen prosodischen Dialogen (Papoušek, 1994) und Blickdialogen als Grundlagen für affect attunement, attachment und Internalisierung (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Bowlby, 1988; Petzold, van Beek, van der Hoek, 1994; Rutter & Rutter, 1992; Stern, 1985). Auch in allen späteren Interaktionserfahrungen spielen neben verbalen immer auch nonverbale, d. h. leiblich-sinnenhafte Wahrnehmungen als Verschränkung von *Wahrnehmungs-Handlungs-Zyklen* (*perception-action-cycle*, **PAC**; Warren, 1990) bzw. bei komplexeren Interaktionen/Kommunikationen als *Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spiralen* (**WVH**; Petzold, van Beek & van der Hoek, 1994) eine zentrale Rolle: Die Forschungen aus dem Bereich der "sozialökologischen Entwicklungspsychologie" und "dynamic systems theory" (Thelen & Smith, 1994; Adolf, Eppler & Gibson, 1993; Petzold et al., 1994) zeigen, daß Wahrnehmungen, Handeln und Kontext unlösbar miteinander verbunden sind und *social affordances* (ebd., S. 540ff; Gibson, 1982) in Form von

Gestik und Mimik auch in komplexeren sozialen Interaktionen zum Tragen kommen, z. B. in Begegnungen, Interaktionen der Zugehörigkeit, Nicht-Zugehörigkeit, Nähe und Distanz, Wertschätzung und Ablehnung, Unterwerfung und Anpassung, Unterstützung und vor allen Dingen in der für gelingende Therapien so zentralen Größe der *Passung*. Überall sind leibliche, ja zwischenleibliche Erfahrungen präsent und wirksam. Leiblich-sinnenhafte Wahrnehmungen und verbale Botschaften durchlaufen eine basale psychophysiologische Klassifizierung (*marking*) - z. B. gefährlich/ungefährlich (*Le Doux*, 1996) - , eine emotionale Bewertung (*valuation*) und eine kognitive Einschätzung (*appraisal*), also einen komplexen Ver- und Bearbeitungsprozeß, in dem Strukturen des limbischen Systems - besonders die Amygdala -, Hippocampus und präfrontaler Cortex an der Informationsverarbeitung zusammenwirken (*Petzold*, 1997a) und so Selbstwirksamkeitserwartung, Motivation, Volition und das Handeln beeinflussen (*Bandura*, 1986; *Lazarus*, 1986, 1995; *Schwarzer*, 1993). Die als **Strukturen**, d. h. Konfigurationen von Information, archivierten Erfahrungen persönlicher Leistung (*mastery*) und externaler Wertschätzung sowie Bestätigung ermöglichen Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Selbstgewissenheit, d. h. positive selbstreferentielle Kognitionen und Emotionen, bauen ein *Grund- und Lebensgefühl* (*Petzold*, 1992a, 823f) auf, das in gelungenen Sozialisations- und Entwicklungsprozessen die Qualität "**persönlicher Souveränität**" (*Petzold & Orth*, 1998b) gewinnt, "persönliches Sinnerleben" (*Petzold*, 1978), "sense of coherence" (*Antonovsky*, 1979) freisetzt. Dies alles bietet dann auch Grundlage gelingender Prozesse der Lebensbewältigung und Lebensgestaltung, Basis guten intersubjektiven Miteinanders im sozialen Netzwerk/Convoy, im Arbeitsleben, das von "fundierter Kollegialität", und in einem therapeutischen Bündnis, das von "engagierter Partnerschaft" (*Gröbelbauer, Petzold, Gschwend*, 1998) gekennzeichnet ist.

Mit dem Konzept der *Leiblichkeit* und leibbegründeten *Sinnes* werden zentrale anthropologische und epistemologische Fragestellungen berührt, die an dieser Stelle nicht dargestellt werden können (vgl. *Petzold*, 1992a, S. 480-522). Die Frage des Körper-Seele-Geist-Problems steht im Raum. Hier vertreten wir einen *emergenten, differentiellen und interaktionalen Monismus* (*Petzold, van Beek, van der Hoek*, 1994, S. 553ff). Die funktionsfähige

Physiologie des Leibes, seine Lern- und Speicherfähigkeit, die cerebrale Kokreativität und Gestaltungskraft ist die Grundlage von allem. Eine Verbindung von neurowissenschaftlichen (*Edelman*, 1987; *Damasio*, 1994; *Le Doux*, 1996) und kognitionswissenschaftlichen Erkenntnissen erscheint uns unerlässlich. Wir haben hier ein spezifisches Modell erarbeitet, in dem neurophysiologische (*J. Le Doux*) und sozialökologische Perspektiven (*J. Gibson*) mit konnektionistischen Ansätzen (*P. Smolensky*, *D. Rumelhart*) und symboltheoretischen (hermeneutischen) Perspektiven (*P. Ricoeur*) verbunden werden über ein Konzept *differentieller Strukturbildung* (Schemabildung würde man in einem anderen Sprachspiel sagen) durch *Konfigurierung von "organisierter bzw. strukturierter Information"* (*Petzold et al.*, 1994, S. 539-560). Die Begriffe Struktur, Schema, Narrativ, Skript, Stil als Bezeichnung für „Muster“ sind funktional äquivalent. Sie entstammen unterschiedlichen Theorietraditionen und damit Sprachspielen, setzen unterschiedliche Akzente, haben unterschiedliche Reichweite und sind auf verschiedene Bereiche gerichtet. Zuweilen haben sie einen unterschiedlichen Umfang. Der Begriff des *Schemas* (*Grawe*, 1988; *Petzold*, 1993b, S. 1306) ist häufig auf kleine psychophysiologische Einheiten oder kognitive Muster gerichtet (*Neisser*, 1979; *Mandler*, 1984; *Petzold, van Beek, van der Hoek*, 1994) und greift für komplexe Muster, wie wir sie in sozialen Zusammenhängen finden, zu kurz, wodurch kognitiv-behaviorale Therapieansätze oft in der Gefahr stehen, reduktionistisch zu konzeptionalisieren. *Stile* werden als „Bündel von Schemata“ gesehen (*Petzold*, 1992a, S. 529, S. 682), greifen also breiter. *Narrative* oder *Skripts* (*Schank, Abelson*, 1977) als komplexe meist sprachlich gefaßte, Sinn und Bedeutung tragende Strukturen bzw. Interaktionsmuster umfassen gleichfalls breitere Verhaltenseinheiten und haben dramatische, narrationstheoretische und hermeneutische Referenztheorien (*Petzold*, 1990; 1992a, S. 903, Abb 1; 1991c). In der Integrativen Therapie verwenden wir die verschiedenen Begriffe *absichtsvoll* sowohl synonym als auch differentiell im spezifischen Bezug etwa auf kognitive Schematheorien oder auf hermeneutische Erzähltheorien. Seit seinen Anfängen ist es gerade diese Verbindung, die für den Integrativen Ansatz charakteristisch ist, um für unterschiedliche Komplexitäten und Bereiche (motorische, emotionale, volitive, kognitive *Schemata* und *Stile* - biographische *Narrative*, sinnorientierte Handlungsskripts) angemessene Begrifflichkeiten und

Referenztheorien zur Verfügung zu haben. So werden „einfache“ **Perception-Action-Cycles** (Warren, 1990) und hochkomplexe Symbolsysteme, individuelle und kollektive Kognitionen als **Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spiralen** (Petzold et al., 1994, S. 554) konnektierbar und gegebenenfalls integrierbar. Auf unterschiedlichen Ebenen informationaler Komplexität erfolgen durch “transformative Konfigurationen” Emergenzen von neuen Strukturen/Schemata/Narrativen, d. h. Mustern des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns eines *reflexiven Subjektes* bzw. - persönlichkeits-theoretisch formuliert - eines leibhaftigen *personalen Selbstes* (ebd., 1992a, 526f; Bermúdez, Marcel, Eilan, 1997). Mit dieser Perspektive wird ein sozialbehavioristischer/kognitivistischer Reduktionismus genauso vermieden wie nebulöse Hermeneutik, die sich ihrer neurophysiologischen und kognitiven Grundlagen nicht versichert. Im Zentralnervensystem gespeichert werden ja nicht allein kognitive Inhalte, sondern auch „emotionale Inhalte im Kontext“, z. B. im Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen, Szenenfolgen, Worten und Sätzen mit ihren relevanten leiblichen Begleiterscheinungen (sensumotorische, propriozeptive und autonome Körperreaktionen) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (*valuation*), kognitiven Einschätzungen (*appraisal*), subjektiven Sinnstrukturen und Bedeutungen (*interpretation*). In der Leiblichkeit manifestieren sich alle Ebenen von *Wahrnehmung* und *Handlung* (jede Handlung bringt ja neue Wahrnehmung, “movement produced information”, mit sich) wie in einem Brennpunkt als Ganzheiten oder *Synergeme*, die jeweils mit den *Kontextstrukturen* verschränkt sind. Denn der Leib ist in fundamentaler Intentionalität auf die Welt gerichtet (Merleau-Ponty, 1945). So kann der Leib bzw. Leiblichkeit als komplexes differenziertes Instrumentarium der Perzeption und Aktion und der Abspeicherung des Wahrgenommenen und Ausgedrückten, von Propriozeptionen, Atmosphären und Szenen, von Strukturen/Schemata, Narrationen, Scripts und deren Bedeutung betrachtet werden. Und genau dadurch konstituiert er sich als *Leibsubjekt*, als *personales Leibselbst* (Bermúdez et al., 1997, Petzold, 1992a, S. 528).

Die an das Konzept der “Leiblichkeit im Kontext” gebundene *Entwicklungstheorie* der Integrativen Therapie nimmt Einfluss auf ihre Gesundheits- und Krankheitstheorie (ebd., S. 551-611): so sind psychische

Störungen immer auch als leibliche Störungen zu sehen, die Bewegungsgeschehen (Mimik, Haltung, Motorik, Muskeltonus, Atemmuster, etc.), Organtätigkeit, neurologische, immunologische und endokrinologische Prozesse betreffen. In der Psychotherapie spielt die leibliche Dimension eine zentrale Rolle: über sie wird Psychisches unmittelbar erfahrbar und werden Veränderungsprozesse initiiert, beispielsweise, wenn es um "Erlebnisaktivierung" bzw. "prozessuale Aktivierung" bei problem- und ressourcenorientierten Interventionen geht, oder um die Gestaltung der Therapiebeziehung. Integrative Therapie ist daher „*Therapie vom Leibe her*“ bzw. von der "*Leiblichkeit im Kontext*" her.

1.2.2 Interpersonale Bezogenheit, Netzwerke, Convoys, Intersubjektivität und Ko-respondenz als Grundbedürfnisse und Wesensmerkmale des Menschen

Grundprämisse des Integrativen Therapieverfahrens ist die die Bezogenheit zwischen Menschen und die Wechselwirkung von Mensch und Umwelt. Koexistenz, Bezogenheit, Interaktion und Kommunikation in ökologischen Kontexten und sozialen Netzwerken erscheinen als Organisationsprinzipien der gesamten Evolution. Unser Wesen ist sowohl von *Selbstheit* als auch von *Zugehörigkeit* gekennzeichnet. Wir sind vom Mutterleib an in lebenslangem sozialem und ökologischem Bezug von dem und über den wir „mentale Repräsentationen“ bilden. Unser *Selbst*, *Ich* und unsere *Identität* wachsen leibhaftig (Bermúdez et al., 1997; Baumeister, 1995, S. 55) in Kontakt, Begegnung, Beziehung und Bindung zu Anderen (Lévinas). Menschen brauchen lebenslang aktuell greifbare und internalisierbare, positive Bezugspersonen (Petzold, Goffin, Oudhof, 1993). Sie und ein tragfähiges soziales Netz als "convoy" auf der Lebensstrecke (Petzold, 1995) sind die wirksamsten Schutzfaktoren für psychische und psychosoziale Krankheiten. Interpersonale Ko-respondenz ermöglicht kooperatives Handeln und damit kulturelle Entwicklung. Ressourcenförderung und -nutzung (Petzold, 1997a) als zentrales Therapieziel ist daher unlösbar mit der interpersonalen Dimension verknüpft. Therapie ist deshalb genau genommen nie Einzeltherapie, sondern zumindest dyadische Therapie mit Personen-in-Netzwerken und -Systemen. Soziales Umfeld und Therapiebeziehung stehen im Mittelpunkt der Praxis Integrativer Therapie. Die Beziehung zu Patienten wird als Subjekt-

Beziehung gestaltet, nicht als Objekt- oder sachlich-funktionale Beziehung. Wir erarbeiten eine intersubjektiv fundierte Partnerschaft mit ihnen (*Petzold & Orth*, 1998b) und behandeln sie als Leib-Subjekte im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum, wobei wir als Therapeuten in ihren "convoy", ihr Weggeleit, für die Zeit der Behandlung eintreten.

1.2.3 Die phänomenologisch-strukturelle Ausrichtung

Von Leib- und Umwelterfahrungen - wie ausgeführt - werden im Verlauf der Sozialisation mental repräsentierte *Strukturen* (=Narrativen, Schemata) ausgebildet, Organisationseinheiten unserer Psyche (*Grawe et. al.*, 1994, *Petzold et al.*, 1994). Im Unterschied zur Kognitiven Therapie sieht die Integrative Therapie *Strukturen* - z. B. Wahrnehmungsstrukturen - als multidimensional bzw. transversal (*Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper*, 1997). Sie steuern in Verbindung mit relevanten gespeicherten Erfahrungen unser Erleben und Handeln (s. u.). In jedem Augenblick sind durch Kontextstimuli bzw. spezifische Reize (affordances, reminders) bestimmte *Strukturen* (d. h. Informationskonfigurationen) aktiviert und rufen "Repräsentationen" relevanter Erfahrungen ab. Auch *Repräsentationen* werden (in Abhebung vom psychoanalytischen „Repräsentanz“-Begriff) als komplexe Konfigurationen strukturierter Information gesehen (*Petzold, van Beek, van der Hoek*, 1994, S. 539ff). *Strukturen* sind phänomenologisch erschliessbar: sie manifestieren sich leiblich in Haltung, Mimik, Gestik, im Interaktionsverhalten, periverbal und verbal im Gesagten und im Nichtgesagten, emotional, kognitiv, aber auch in kreativen Aktivitäten wie Bewegungsimprovisationen, Malen, im Rollenspiel, etc..

Strukturen sind als im Zeitkontinuum wiederkehrende, gleichförmige (homologe) oder ähnliche (similäre) informationale Konfigurationen, die im Verhalten (Denken, Fühlen, Handeln, Wollen) zu erkennen sind.

Therapie, die *Strukturen* erreichen und beeinflussen will, muß daher multidimensional, phänomenologisch und prozessual vorgehen, ansetzen bei den jeweils manifesten *Phänomenen*, und von ihnen aus in

intersubjektiver Ko-responsenz weiterschreiten zu unmittelbar wirksamen *Strukturen*, mit dem Ziel, dysfunktionalen (malignen und defizitären) Strukturen ihr bestimmendes Gewicht zu nehmen und alternative funktionale Strukturen zu bilden und zu stärken, die in neuen *Entwürfen* des Handelns sich realisieren können. Da nur augenblicklich wirksame "*aktivierte Strukturen*" und mitaktivierte Erfahrungen bearbeitbar sind, ist der phänomenologische Ansatz, und mit ihm der Fokus auf die unmittelbare Erfahrung, ein methodenbezogenes Hauptziel der Integrativen Therapie.

1.2.4 Der mehrperspektivische, transversale Ansatz

In der Situation postmoderner Lebensvielfalt und Weltkomplexität ist es nicht mehr möglich, Menschen mit eindimensionalen Therapiekonzepten zu betrachten und zu behandeln - etwa einseitig psychoanalytisch oder nur mit behavioralen "Metaerzählungen" (Lyotard, 1986). Die *transversale* Qualität (Welsch, 1996; Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper, 1997) individueller Lebensvollzüge, ihre Unüberschaubarkeit, Vielschichtigkeit macht deshalb konzeptuelle und methodische *Pluralität* und damit *Mehrperspektivität* erforderlich (Petzold, 1998). Die Integrative Therapie, selbst ein Phänomen der Moderne bzw. Postmoderne, behandelt deshalb Menschen vor dem Hintergrund und mit Rückgriff auf die ganze Vielfältigkeit, die moderne Psychotherapie zu bieten hat. Sie betrachtet und behandelt Patienten in ihrer *Leiblichkeit*, d. h. ihren emotionalen, kognitiven, motivationalen, volitionalen, behavioralen und sozialen Dimensionen, in ihrer ökonomischen und ökologischen Situation (*Kontext*), ihrer memorierten Vergangenheit (d. h. deren Repräsentation), in erlebter und gestalteter Gegenwart und ihrer antizipierten Zukunft (*Kontinuum*). Sie verbindet die entsprechenden theoretischen Optiken, um - wo immer möglich - gemeinsam mit dem Patienten seine *Probleme* und Symptome, aber auch seine *Ressourcen* und *Potentiale* möglichst umfassend *wahrnehmen, erfassen, verstehen, erklären* (Petzold, 1991a, S. 104ff) zu können und seine Situation auf diese Weise und die für sie determinierende Struktur veränderbar zu machen. Die Therapie umfaßt tiefenhermeneutische, verhaltens-, sozio- und netzwerktherapeutische Arbeit, verbindet problem- und

ressourcenorientiertes Vorgehen, persönliches und *soziales Sinnverstehen* (Metzmacher, Petzold & Zaepfel, 1996).

1.2.5 Die Ressourcenperspektive

Der gesundheits- und entwicklungspsychologische Forschungsstand zeigt: Gesundheit und Krankheit werden durch das Zusammenwirken von Risiko- und protektiven Faktoren über den gesamten Lebenslauf bestimmt (Petzold, Goffin & Oudhof, 1993). Dies macht plausibel, wie wesentlich es ist, Patienten (und Therapeuten) aus einer einseitigen Problem- bzw. Pathologiefixierung in die Ressourcenperspektive zu bringen. In der Integrativen Therapie wurde deshalb eine differenzierte Ressourcentheorie und Praxis der Arbeit mit Ressourcen entwickelt (Petzold, 1997a).

Aktivierung und Förderung verschiedenster Ressourcen und Potentiale spielt eine zentrale Rolle, die von der Psychotherapieforschung voll bestätigt wird (Grawe, 1998). Konfliktarbeit, Kommunikationsförderung, Aufbau des sozialen Netzes und sinnstiftender Freizeittätigkeiten werden als korrektive bzw. alternative strukturbildende Erfahrungen eingesetzt und verbunden mit dem Einsatz verschiedenster kreativer Methoden und Medien, wie Farben, Ton, Musik, Bewegung, Tanz, Sensory Awareness (Brooks, 1995), mit Texten, Puppen, Masken, szenischem Spiel und Imagination. Die differenzierte *intermediale* Verwendung "kreativer Medien" wurde als Konzept Mitte der sechziger Jahre in der Integrativen Therapie entwickelt (Petzold & Sieper, 1993; Petzold & Orth, 1990).

1.2.6 Der "erweiterte Gesundheitsbegriff"

Die Überwindung der Pathologiezentrierung wird über die Ressourcenperspektive hinaus unterstützt u.a. durch den Einfluss der Gesundheitspsychologie, durch agogische, kompetenz/performance-theoretische und entwicklungspsychologische Perspektiven, und führt in der Integrativen Therapie zu folgender erweiterter Konzeption von Gesundheit:

Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte, bewertete und external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leib-Subjekts **und** seiner Lebenswelt gesehen.

Der gesunde Mensch nimmt sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr. Im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage ist er imstande, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Auf dieser Grundlage kann er seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickeln (*Petzold*, 1993b, S. 553; 1998).

Deshalb wird der gezielten Arbeit mit "protektiven Faktoren", salutogenen Einflüssen, resilienzfördernden Massnahmen in der Integrativen Therapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt (*Petzold*, 1995; *Petzold, Goffin & Oudhof*, 1993).

1.2.7 Die "entwicklungszentrierte Perspektive" als "life span developmental approach"

Seit ihren Anfängen ist die Integrative Therapie "entwicklungszentriert" an der empirischen Entwicklungsperspektive, insbesondere an der "Entwicklungspsychologie der Lebensspanne" und der longitudinalen Entwicklungsforschung orientiert (*Petzold, Bubolz*, 1979; *Baltes, Rese & Lippsit*, 1980; *Rutter*, 1988; *Petzold*, 1992a, S. 539ff). Leben wird als persönlicher und gemeinschaftlicher Entwicklungsprozeß (z. B. im "convoy", *Petzold*, 1995) verstanden, in dem Enkulturations- und Sozialisationseinflüsse formend zum Tragen kommen (*Hurrelmann*, 1995), in dem Menschen auch ihr eigenes Entwicklungsgeschehen in Prozessen permanenter "Identitätsarbeit" (*Petzold*, 1991a, S. 333-396) gestalten. Ziel von Psychotherapie ist es, derartige lebenslange Entwicklungsprozesse zu unterstützen und zu fördern. Die Förderung der expressiven, kommunikativen und kreativen bzw. kokreativen Potentiale und gesundheitsaktiver Lebensstile ist ein Spezifikum des Integrativen Ansatzes im kreativtherapeutischen und psychotherapeutischen Bereich (*Petzold*, 1996b; *Petzold & Orth*, 1990). Hieraus sind eine Reihe eigener Ausbildungszweige bzw. -schwerpunkte entstanden (*Petzold & Sieper*, 1993).

2. Art der Therapieziele

Die Frage der Ziele in der Psychotherapie - in vielen Therapieschulen ein lange vernachlässigtes Thema - wird in neuerer Zeit vermehrt aufgegriffen, nachdem man sich lange mit *Inhalten* befasst hatte. Aber die Inhalte sind im hohen Maße bestimmt von der Lebenssituation, dem Kontext und dem Lebenskontinuum des Patienten und seines Netzwerks (und natürlich auch dem des Therapeuten). *Ziele* und *Inhalte* stehen damit in einem dynamischen Bezug, der beständig reflektiert werden muß. Zu den schulenspezifischen Auseinandersetzungen zwischen den Grundorientierungen über mögliche Ziele kommt noch das Problem gewachsener Komplexität in einer "radikalisierten Moderne" (Giddens, 1991) bzw. postmodernen Lebenswelt (Edelmann, 1996) als ein *pluralistischer, inter- und transkultureller* Aufgabenbereich (Petzold et al., 1997) für Psychotherapie und Sozialinterventionen hinzu. Es wird damit ein breites Spektrum für mögliche und neue Therapieziele eröffnet. Ein solches neues Spektrum darf keinesfalls nur unter der Perspektive von Sparmaßnahmen gesehen werden, sondern muß aus klinischer Sicht unter der Perspektive von Patientenerfordernissen und aufgrund des theoretischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit betrachtet werden, um daraus für eine patientenzentrierte Psychotherapie notwendigen Maßnahmen von angemessener *Interventionsbreite* und *Interventionstiefe* abzuleiten.

Für die Integrative Therapie haben wir folgende **Richtziele** formuliert: *Restitution* von durch Störungen beschädigter Kompetenz und Performanz; *Bewältigung/Coping* als Hilfen bei irreversiblen Störungen und Einschränkungen; *Prophylaxe* als präventive Maßnahmen, um Störungen oder Erkrankungen zu vermeiden; *Entwicklung* als Maßnahmen zur Förderung von persönlichen Potentialen (Petzold, 1993b, S. 1276). Ein soziotherapeutisches Spektrum greift noch weiter. **Inhalte** müssen jeweils bezogen auf Persönlichkeit/Kontext/Kontinuum spezifisch erarbeitet werden. Auf jeden Fall beschränkt sich das Zielspektrum nicht nur auf "reparative" Maßnahmen der Beseitigung von Krankheit, sondern schließt Förderung der *Gesundheit (health)*, des *Wohlbefindens (wellness)* und der *Leistungsfähigkeit (fitness)* ein, gemäß des öffentlichen Auftrages, Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Die letztgenannten Bereiche werden von Psychotherapeuten (und auch von Kostenträgern selbst) nicht ausreichend als Zielbereiche gesehen (Ist der

Patient gesund, kann er auch arbeiten und Leistung bringen! So einfach ist das aber nicht!). Bei einer breiten Sicht ergeben sich dann Interventionsziele wie: Heilen (*curing*), Stützen (*supporting*), Bewältigungshilfen (*coping*) - das ist der klinische Teil des Spektrums -, dann: Horizonterweiterung (*enlargement*), Verbesserung der Lebensqualität (*enrichment*) und Förderung der Selbstbestimmtheit und persönlicher Souveränität (*empowerment*). Psychotherapie kann dieses Spektrum vom klinischen Heilverfahren bis zum "health coaching" abdecken. Was davon zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen soll, ist eine Frage des politischen Konsenses. Hinter *Zielen* in der Therapie stehen jeweils **Probleme** (als Schwierigkeiten, aber auch als Aufgaben verstanden), **Ressourcen** und **Potentiale** (als Möglichkeiten, die der Kontext und die jeweilige Patientenpersönlichkeit mit ihrem Netzwerk bietet). Dieser Hintergrund (**PRP**) muß stets bei Formulierung und Umsetzung von *Zielen* in der Therapie gesehen werden, um die *Problem-Ressourcenfrage*, *Richtzielkompatibilität*, die *Ziel-Mittel-Frage* und die Einschätzung des Möglichkeitsraumes, der Potentiale, in der Ko-respondenz mit den Patienten angemessen zu handhaben (Petzold, 1996a, S. 270). Wir haben deshalb, „eine **variable** und eine **polyvalente Zielstruktur** und *Inhaltsfindung* und - wie Ferenzci - den Mut zu einer **systematischen Heuristik**, was die Auswahl neuer Behandlungsmethoden und -techniken anbelangt. Wir sind darauf verwiesen, in Begegnung und Auseinandersetzung [=Ko-respondenz, sc.] mit dem Patienten die Ziele und Schwerpunkte immer wieder neu zu erarbeiten, die den Prozeß von Integration und Kreation voranzubringen“ (Petzold, 1970, S. 5)

Therapieziele werden einerseits aus der *Metatheorie* (Anthropologie, Epistemologie, expliziten oder impliziten Gesellschaftstheorie) und der *Klinischen Theorie* (Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre) eines Therapieverfahrens hergeleitet, andererseits aus der Lebenssituation des Patienten *und* auch des Therapeuten mit seinem professionellen Kontext bzw. Setting (freie Praxis, Klinik). Nun sind therapietheoretisch erarbeitete *Zieldimensionen* nicht gleichzusetzen mit *Intentionen* von Subjekten, ihren persönlichen Absichten. Deshalb ist die Ebene *theoriebegründeter Ziele* (objektives) mit „klinischer Bedeutsamkeit“ (DSM-IV, 1998, 11) und *persönlich bedeutsamer Ziele*

(goals) zu differenzieren. In der Therapie müssen *operative Ziele* deshalb für den Patienten persönlich bedeutsam werden. "Fremdgesetzte Ziele können nur dann verhaltenswirksam werden, wenn man sie akzeptiert und sich ihnen verpflichtet fühlt" (*Schwarzer*, 1993, S. 209). Fragen der Motivation, Volition und des "commitments", der persönlichen Investition in die *Zielrealisierung*, werden hier wichtig - genauso wie Fragen nach den individuellen, funktionalen und dysfunktionalen Strategien der Zielrealisierung. Gemeinsames Erarbeiten von Zielen mit den Patienten bietet die Chance, *commitment* zu erhöhen: die gesetzten Ziele, werden auch seine, werden für ihn Handlungsintentionen. Ob sie aber erreicht werden oder nicht, hängt davon ab, welche Form des Strebens (high-level/low-level, strivers, *Emmons*, 1992), welche Geschichten der Zielverfolgung, des Erfolges oder des Scheiterns im Hintergrund stehen, so daß Ziele, Intentionen, Volitionen und Realisierungsprozesse selbst im therapeutischen Procedere reflektiert und ggfs. bearbeitet werden müssen. In Motivations-, Problemlösungs-, Volitionsforschung und Arbeiten der Sozialpsychologie hat man sich mit der Zielfrage vielfältig befaßt. Die Zieltheorie von *Locke und Latham* (1990), die "Theory of Reasoned Action" (*Fishbein & Ajzen*, 1975), die "Theory of Trying" (*Bagozzi & Warshaw*, 1990) oder Banduras (1992) Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung haben differenzierte Modelle entwickelt, die Zusammenhänge von Einstellung, subjektiven Normen, Intention, Zielen und Verhalten erklären. Bagozzis "Theory of Trying" hat durchaus Relevanz für psychotherapeutische Kontexte. Man muß, um ein komplexes Ziel zu erreichen, dieses vor Augen haben, wenn man den Prozeß als Versuch des Erreichens, mit all seinen Hürden durchstehen will. Erwartungen und Einstellungen gegenüber Erfolg und Versagen kommen ins Spiel, Einstellungen gegenüber den Versuchen, Häufigkeit früherer Versuche bestimmen die *Intention zum Versuchen* und das Versuchen. Derartige Prozesse laufen in Therapien bzw. Mehrfachtherapien beständig ab, und es kommen in ihnen kognitive, emotionale und motivationale Komponenten zum Tragen (*Bagozzi*, 1992). Kompetenzerwartungen, instrumentelle Überzeugungen, Mittelwahl, Gefühle zu den Mitteln, Planen und Steuern, psychologischer Einsatz (commitment) und Anregungen unter fördernden oder erschwerenden Bedingungen bestimmen das Erreichen von Zielen. All das aber ist von vorgängigen (biographischen) Erfahrungen bestimmt und muß damit in therapeutischen

Prozessen, die Problemlösungsprozesse sind, thematisiert werden. Die Prozesse werden damit metareflektiert, und es kommen Fragen der Motivation und Volition in Spiel, die in der neuere Volitionsforschung (*Heckhausen & Gollwitzer, 1987; Gollwitzer, 1993; Kuhl & Beckmann, 1993*) aufgegriffen worden sind.

Therapieprozesse haben eine initiale *Motivationsphase* und immer wieder neu aufkommende Motivationsphasen. In ihnen werden *Zielintentionen* gebildet. Umgesetzt werden sie in einer *Volitionsphase*, wo *Ausführungsintentionen* in praktisches, zielorientiertes Handeln führen (*Schwarzer, 1993, S. 223*). Die Bedeutung von präaktionalen Entscheidungen mit aktionalen Umsetzungen, Willensentschlüssen und Durchhaltevermögen für die Realisierung von Therapiezielen - und damit die Wichtigkeit von Motivations- und Volitionsphasen in Therapieprozessen - kann gar nicht hoch genug gewertet werden. Damit kommt willenspsychologischen und -pathologischen Fragestellungen (*Petzold, 1998*) in der Integrativen Therapie besonderes Interesse zu. *Intentionen*, Handlungsabsichten, die sich gleichsam "von selbst" umsetzen und *Therapieziele*, die erarbeitet werden und solchen Intentionen und ihren oftmals dysfunktionalen Routinen entgegenstehen, werden im Therapieprozeß beobachtet und reflektiert. Dadurch kommt die Frage nach der *Angemessenheit* von Therapiezielen - pessimistisch untersteuernd, illusionär übersteuernd, realistisch - ins Spiel und es wird die Möglichkeit der Einübung in chancenreiche Volitions- und Zielrealisierungsprozesse gegeben. Es lassen sich individuelle "Stile des Wollens" herausarbeiten (*Petzold, 1998*). Mit Blick auf empirische Typisierungen, wie sie *Kuhl (1992; 1993)* und *Kuhl & Beckmann (1993)* vorgenommen haben (*Lageorientierung: Präokkupation, Zögern, Unbeständigkeit - Handlungsorientierung: Disengagement, Initiative, Ausdauer*) werden in der prozessualdiagnostischen Arbeit *Volitionsstile* herausgearbeitet: Reaktanz, Passivität (*Wortmann & Brehm, 1975; Heckhausen, 1987, S. 449*), motivationale und funktionale Hilflosigkeit (*Seligman, 1979; Kuhl, 1992*), Resignation (*Jerusalem & Schwarzer, 1997*), streßbezogene Hilflosigkeit und Ängstlichkeit (*Bandura, 1986; Lazarus, 1991*), Optimismus (*Seligman, 1991*), Selbstwirksamkeit (*Flammer, 1990*) usw.. Derartige *Stile* in ihrer höchst individualisierten, lebensgeschichtlich ausgebildeten Form erweisen

sich als sehr bedeutsam für das Erreichen von persönlichen Zielen und natürlich auch von Therapiezielen bzw. für ein Scheitern an Zielen. Sie bilden für viele Phänomene eine wesentlich konsistentere Erklärungsbasis als das traditionelle psychoanalytische und in vielen Therapierichtungen verbreitete Konzept des *Widerstandes* (Petzold, 1981), wobei dieses - jedenfalls im integrativen Verständnis - die interaktionale Dimension der Zielerreichung oder -verhinderung noch in den Blick bringen kann, die in volitionstheoretischen Ansätzen bislang zu wenig berücksichtigt wird - wie z. B. in der Theorie von Lazarus (1995). Für die Therapie ist aber wesentlich, was in der Beziehung zu den "relevanten Anderen" - etwa zur Therapeutin - wichtig wird. Hier liegen wesentliche Möglichkeiten, zielverhindernde volitionale Stile und Handlungsstile (Performanzen) zu verändern und die Möglichkeit zu steigern, daß gemeinsam erarbeitete Therapieziele auch erreicht werden.

2.1 Ziele in der Integrativen Diagnostik und Therapieplanung:

Diagnostik führt theoriegeleitet mit klassifikatorischer Diagnostik (z. B. ICD oder DSM), Anamnese und Hypothesenbildung zu Indikationsstellung, Prognose und Zielbestimmung, zum "*therapeutischen Curriculum*". Jede Station auf diesem Weg hat ihre eigenen Ziele, die kurz beschrieben werden (ausführlich Osten, 1994; 1995; Osten & Petzold, 1998; Petzold, 1988a; 1992a; Petzold & Orth, 1994; Petzold & Sieper, 1993). Übergeordnete Ziele integrativer Diagnostik sind:

- (1) Mehrperspektivität:** Patienten werden mit verschiedenen theoretischen Optiken betrachtet, in ihren kontextuellen Bezügen, Netzwerken/Convoys, lebensgeschichtlichen und prospektiven Kontinuums-Abschnitten, aus intra- und interpersonaler Perspektive, um sie in ihren Störungen, Problemen, Ressourcen und Potentialen möglichst komplex zu begreifen. Da diese Betrachtung mit dem Patienten besprochen, reflektiert wird, dabei seine Sichtweisen einbezogen werden, wächst *Mehrperspektivität* - auch auf Seiten des Patienten - , der dadurch eine gewisse Übersicht und *Exzentrizität* gewinnt, die für Compliance, Informed consent und Kooperation grundlegend sind.
- (2) Intersubjektivität:** Wo immer möglich, findet Diagnostik dialogisch statt, in geteiltem "locus of control". Therapeut und Patient durchschreiten gemeinsam in intersubjektivem Austausch (Ko-

respondenz) die hermeneutischen Spirale, welche aus Zyklen von *Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären* und *Verändern* besteht. Damit wird der Patient, soweit es ihm möglich ist, zum Ko-Diagnostiker. Seine positiven Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserfahrungen finden Stärkung, "learned helplessness" wird entgegengewirkt, und therapeutische Wirkfaktoren wie Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen (Petzold & Sieper, 1993, S. 317) werden bereits hier genutzt zur Förderung "persönlicher Souveränität" (Petzold & Orth, 1998) - einem Kernkonzept des Integrativen Ansatzes, daß auch grundlegend für einen intersubjektiven Lebensstil ist.

(3) Prozessualität: Diagnostik hat bereits interventiven Charakter, indem sie über den Einsatz einer Reihe von Wirkfaktoren prozeß- und therapiebeziehungs-bestimmend ist. Zusätzlich ist der interaktionale Prozeß vom Erstkontakt und Erstinterview an selbst Gegenstand der Diagnostik (Osten, 1994). Nach der initialen Diagnostik bleibt prozessuale Diagnostik integraler Teil der Therapie, indem neu auftretende und differenziertere Informationen beständig aufgenommen und in die therapeutische Arbeit einbezogen werden. Das Erleben von Prozeßverlauf und Prozeßqualität ermöglicht den Patienten, das *Handhaben von Prozessen* unmittelbar im Partizipieren zu erlernen.

(4) Tiefenhermeneutik: Der Diagnostiker verwendet einen erlebnisaktivierenden Stil. Dieser wurde aus psychodramatischer und gestalttherapeutischer Arbeit im "Hier und Jetzt" übernommen und gekoppelt mit dem Brückenschlag zu jeweils aktivierten, bewußtseinsfähigen lebensgeschichtlichen Ereignissen. Die Prozeßaktivierung öffnet Zugänge zur Ätiologie der Störung, die sonst verschlossen wären, und verleiht geschilderten und manifest werdenden Problemen und Potentialen Prägnanz. Beides gemeinsam begünstigt die Hypothesenbildung über unbewußte Strukturen bzw. Schemata. Die Mitwirkung des Patienten in solchen (bewußten und teilbewußten) tiefenhermeneutischen Prozessen führt zu einer *Koreflexivität*, in der die "*interpretative Kompetenz*" des Patienten - eine wichtige Fähigkeit der Lebensbewältigung und -gestaltung - beständig wächst.

(5) Heuristik: Der Umgang mit den aufgeführten Zielen/Mitteln der diagnostischen Therapiephase der Integrativen Therapie, z. B. Intersubjektivität, die durch intersubjektive Praxis gefördert wird, oder Prozeßbewußtheit, die durch prozessuales Arbeiten entwickelt wird, mündet in der konsensuellen Auswahl von therapeutischen (für die Behandlungssituation) und alltagspraktischen (für den Lebensvollzug) Handlungsstrategien und Behandlungsmethoden, die mit Blick auf das komplexe Erfassen der Lebenssituationen des Patienten eine *hinlänglich konsistente* Pragmatik des Vorgehens erlaubt, auf Seiten des Therapeuten orientiert an professionellem Wissen und klinischer Erfahrung, auf Seiten des Patienten orientiert an Alltagserfahrungen der Problembewältigung. Der Therapeut setzt seine *Heuristiken* (Petzold, 1988b, S. 214, S. 267f) *systematisch* ein und der Patient lernt dabei auch seine Praxen der Ressourcenaktivierung, des Copings, der Lebensgestaltung als "*systematische Heuristiken*" einzusetzen.

2.1.1 Die drei Phasen: Erstkontakt, Erstinterview und Anamnese

Integrative Diagnostik schliesst eine differenzierte Anamneseerhebung ein, die dem Patienten sein Gewordensein im Lebenskontinuum ansatzweise deutlich machen soll (Osten, 1994, 1995). Er erhält eine Vorstellung von den *Inhalten*, über die in einer anschließenden Therapie gearbeitet werden kann und wird intersubjektiv in die *Zielbestimmung* einbezogen. Erst jetzt ist er in der Lage, sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden. Diese Inhalte

lassen sich nicht in 50 Minuten explorieren. Die initialen Begegnungen sind phänomenologisch und klinisch hochkomplex und so dicht, daß Diagnostik ihrer Aufgabe nicht gerecht wird, wenn sie sich darauf beschränkt, Fakten, Sachinformationen zu erfragen, zu sammeln und zu systematisieren. Sie muß gleichzeitig entwicklungsbestimmende Atmosphären, intersubjektiv-dynamische Beziehungsaspekte und Reinszenierungen aus der Biographie mit erfassen. Aus diesen und weiteren Gründen (ebd.) durchläuft Integrative Diagnostik drei Phasen mit je eigenen Zielen:

- Der **Erstkontakt** (erste faktische Kontaktaufnahme des Patienten) soll den Entscheid ermöglichen, ob Weiterweisung (inkl. Hospitalisierung), Krisenintervention, oder ein Erstinterview indiziert sind.
- Die Situation des **Erstinterviews** ist meist gekennzeichnet von viel Unsicherheit und Spannung. Es wird dem Patienten viel Raum zur Entfaltung seiner Eigenheiten, Themen und Geschichten gegeben, um sie ganzheitlich, atmosphärisch, szenisch, inhaltlich in allmählicher Annäherung aufzunehmen. Die Informationen sind trotz Dichte größtenteils Hypothesen, die weiterer Überprüfung bedürfen. Die bearbeiteten Themen müssen für die Patienten alleine handhabbar sein, wenn er (oder der Therapeut) sich gegen eine Therapie entscheidet. Es wird deshalb behutsam stützend vorgegangen, über weitere Anamneseerhebung informiert und entschieden. Der Therapeut sollte am Schluß des Erstinterviews über die Therapeut-Patient-*Passung - Ferenczi* (1988) sprach von „*Mutualität*“ - entscheiden können, der Patient sollte dazu zumindest ein „feeling“ haben: Bin ich bezüglich Kompetenz, Performanz, Empathiefähigkeit, Belastbarkeit, Eigenübertragungen, Prozeß- und Ergebnis-Erwartungen für *diesen* Patienten der geeignete Therapeut? Ist er für mich mit seiner Störung, seinen Problemen, seiner Persönlichkeit und Ausstrahlung ein Patient, den ich gut annehmen, begleiten und behandeln kann? Ist der Therapeut als Mensch und Fachmann für mich der Richtige? Kann ich mich ihm anvertrauen?
- Die detaillierte halbstrukturierte **Anamneseerhebung** (*Osten*, 1994) beginnt erst nach dem Erstinterview in den folgenden zwei bis vier Sitzungen. Der Therapeut wechselt dabei den *Fokus* seines Fragens, Beobachtens und Handelns in einer Reihe verschiedener Ebenen (u.a. Erzähltes, Interaktion, Übertragung, Gegenübertragung, aktuelle Stabilität, Prognose), was *Osten* (1994, 1995) und *Petzold* (1993c) als Vorgang des „*Shiftings*“ bezeichnen. Auch hier wird nur auf den beiden oberen „Tiefungsebenen“ der Reflexion und des Bilderleben (s. unten) gearbeitet, weil es um Sichtung und Orientierung geht und der Patient sich im Anamneseverlauf noch gegen eine Therapie entscheiden können soll.

Ziele der Anamnese seien nun detaillierter dargestellt:

2.1.2 Ziele in der halbstrukturierten Anamneseerhebung

Der Versuch, ein festes, generelles und allgemein verbindliches Anamneseraster zu entwerfen, ist nicht sinnvoll angesichts der Fülle möglicher Kontextbedingungen, Daten und anthropologischer Erwägungen (Osten, 1994). Wir gehen daher von Leitfragen aus: *Was ist gesund? Was ist gestört, geschädigt? Was ist defizient? Was ist ungenutzt?* und explorieren sie in den drei Bereichen des *Zeitkontinuums*: Gegenwart (*aspektiv*), Vergangenheit (*retrospektiv*), Zukunft (*prospektiv*), je von den *Phänomenen* zu den unterliegenden *Strukturen* (Petzold & Sieper, 1993, S. 326-328), die sich oftmals als stereotypisierte *Entwürfe* (z. B: Scripts, Wiederholungszwänge) fortschreiben, wenn keine Veränderungsmöglichkeiten geschaffen werden:

Aspektiv erfolgt eine Bestandsaufnahme der *aktuellen Gegenwart* und ihrer *emotionalen Bewertung (valuation)* und *kognitiven Einschätzung (appraisal)* durch den Patienten. Objektive und subjektiv wahrgenommene Stressoren, Risiko- und Schutzfaktoren werden in folgenden Bereichen erhoben:

- **Symptomanalyse:** Symptome, Probleme, Konflikte aus der störungsspezifischen Perspektive (DSM, ICD). Im Erstinterview begonnen, wird sie nun differenziert und ergänzt durch:
- **Analyse der Motivationen, Volitionen und der Handlungsregulation:** Intentionen, Motivationen, Volitionen, Coping-Strategien, Kompetenz-, Performanz und Selbstwirksamkeitserwartungen. Affektives Zustandsbild, Belastbarkeit, selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen;
- **Analyse der Leiblichkeit:** organmedizinische Situation, perzeptive, expressive und memorative Leiblichkeit (z. B. Atmung, Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, Beweglichkeit, Kondition)
- **Kontextanalyse:** Familien-, Arbeits-, Freizeit-, Wohn- und finanzielle Situation, soziales Netzwerk/Convoy, sozialer Support. Kommunikationsstile, kollektive Kognitionen (z. B. Rollenvorstellungen, social worlds), faktische / wahrgenommene Risikofaktoren (Beziehungskonflikte, Arbeitsplatzverlust, Überlastung, etc.), und auch Schutz- und Resilienzfaktoren;
- **Ressourcenanalyse:** Was gibt dem Patienten ein positives Selbsterleben? Aus welchen Quellen kann er schöpfen bei Lebensbewältigung, Förderung von Gesundheit, "wellness", "fitness" und seiner Potentiale? Ressourcenreservoir bzw. -potential, personale, soziale, materielle, professionelle, faktische / wahrgenommene Ressourcen und ihre Gewichtung (Petzold, 1997a)
- **Interaktionsanalyse:** die Therapeut-Patient-Interaktion als diagnostisches Instrument: motivationale Konflikte und intersubjektive Kompetenzen, die atmosphärisch, szenisch, nonverbal und verbal, in Übertragungen, Widerstand, Abwehr, aber auch in Kontakt-, Beziehungs-, Begegnungs- und Bindungsfähigkeit manifest werden (Petzold, 1993b, S. 1047-1088).

Der Beobachtungsfokus richtet sich differenzierend und gleichzeitig integrierend auf leibliche, kognitive, emotionale, volitive, motivationale, sozio-ökonomische und -ökologische Faktoren, auf personale und soziale, alltagspraktische *Kompetenz* (Fähigkeit) und *Performanz* (Fertigkeit), zwei Dimensionen, die wir sorgfältig differenzieren (ebd., 1998), weil Ziele oftmals auf der Ebene des *Wissens* (*competence*) angegangen werden müssen, oftmals aber auch auf der Ebene des *Könnens* (*performance*), noch häufiger auf beiden Ebenen. In rein kognitiven Ansätzen wird der Performanzdimension oft nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt.

Retrospektiv wird das oben dargestellte Raster auf die persönliche Vergangenheit angewandt: Es wird nach "Schädigungen", d. h. pathogenen, defizitären aber auch nach salutogenen, entwicklungsfördernden Faktoren und Prozessen in der bio-psycho-sozialen Entwicklung im bisherigen Lebenslauf gesucht, d. h. nach *Traumatisierungen, Defiziten, Konflikten, Störungen* - hier spezifisch verstanden - nach uneindeutigen, inkonstanten Stimulierungen und nach positiver Stimulierung, nach Ressourcen und Schutzfaktoren (ebd., 1996, 359f). Beide Pole, Risiko- und Schutzfaktoren, werden qualitativ untersucht, nach Ausmaß, Dichte, Langfristigkeit, subjektiver Bedeutung und Interaktion (Synergie). Im Blick sind "chains of adverse and protective events", (*Petzold, Oudhof & Goffin, 1993*) und auch prolongierte Mini-Defizite oder Mini-Traumatisierungen, und ihre Altersspezifität, z. B. Schädigungen im Frühbereich, in der Adoleszenz, im Erwachsenenalter, bis ins Senium (*Osten & Petzold, 1998*). Eine wesentliche Frage ist: Welche zentralen Ereignisse und Beziehungskonflikte der Vergangenheit fallen ins Auge und wirken sich bis heute in Symptomen des Patienten aus?

Prospektiv werden die relevanten Antizipationen erhoben: real und unabwendbar kommende, einschneidende Ereignisse, wie "empty nest", Pensionierung, Scheidung, Tod, etc. Auch subjektiv erwartete Prospektionen, wie Wünsche, Sehnsüchte, Hoffnungen, Befürchtungen, Vertrauen auf ethische, religiöse Werte, Lebenspläne und -ziele werden exploriert. Diese Inhalte ergänzen die obengenannte Motivationsanalyse.

Durchgängig gilt die Maxime:

von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen. Alles, was in der verbalen Exploration und in den kreativen Medien zur Darstellung kommt, wird nach Regelmäßigkeiten abgesucht: die verbal dargestellten expliziten und impliziten Themen im *Zusammenspiel* mit der leiblichen Expressivität (nonverbales, periverbales Verhalten), mit dem Ausdruck in kreativen Medien (wie das gemalte Lebenspanorama, Selbstbild oder soziale Netzwerk, vgl. *Petzold & Orth*, 1994), mit dem Interaktionsverhalten. Zu all dem kommen die inneren Resonanzen des Therapeuten. Denn das, was verbal erzählt wird, was nonverbal, über kreative Medien und in der Interaktion geschieht und was wir als Resonanz darauf erleben, stellt ein *komplexes Ganzes*, ein Synergem von Phänomenen dar, in dem sich dysfunktionale und funktionale Kontinuitäten als Phänomen-Muster abzeichnen. Nicht direkt sichtbar, aber daraus erschließbar sind maligne und benigne *Strukturen* (Narrative, Schemata, Muster, Skripts, Rollen, Stile - alles Begriffe aus verschiedenen Theoriesystemen, die mit unterschiedlichen Akzentuierungen letztlich ähnliches, z. T. gleiches aussagen). Strukturen, die das eigene *Selbst*, (Selbstzweifel, Selbstwert), das *Ich* (Ichstrukturdefizite, Ichstärke), die *Identität* (Identitätsdiffusion, Identitätsprägnanz), Identitätsbereiche betreffen, weiterhin Kompetenz- und Performanzerwartungen, Coping- und Gestaltungsstrategien, Muster zur sozialen Interaktion (Beziehungsschemata), zur beruflichen oder leiblichen Identität etc..

Mit dem Fokus auf die Persönlichkeitsstrukturen schreitet Integrative Diagnostik von der Informationssammlung zu deren Auswertung. Sichtung, Orientierung und Ordnung führt zu Bezügen, in denen Prägnanz und Sinn erscheinen. Folgende Ziele sind nun realisierbar:

- **Erstellung der Statusdiagnose nach ICD-10 oder DSM-IV**, bei Bedarf unter Bezug objektiver Erhebungsinstrumente zur Differentialdiagnostik.
- **Hypothesen zur Ätiologie** der aktuellen Symptome, der Konfliktdynamik und zur Entstehungsgeschichte der problemrelevanten Strukturen (Strukturen, Narrative, Schemata)
- **Hypothesen zu aktuellen Strukturen/Schemata**, malignen und benignen (dysfunktionalen/funktionalen) und deren Zusammenhang (gegebenenfalls als Taxonomie/Hierarchie)
- **Indikation und Prognose:** Formulierung prioritärer Therapieziele, interventiver Perspektiven (präventive, konservierende, reparative, evolutive, u.a.), Entscheid hinsichtlich Fokal- oder Langzeittherapie, Einzel- oder Gruppenbehandlung.

Diese Schritte erfolgen in intersubjektivem Diskurs, soweit wie der Patient dadurch nicht destabilisiert wird. Ihm ist der Entscheid für oder gegen eine Therapie ja noch offen. Neben Therapieentscheid und Arbeitsbündnis ist ein Ziel die Induktion oder Bekräftigung positiver Erwartung. Nach vereinbarter Therapie folgt die individuelle und differentielle Therapieplanung.

2.1.3 Ziele in der Therapieplanung, Zieltaxenomen und -matrizen

Wie für die Anamnese kann auch für die Therapieplanung ein objektiv-analytisches Vorgehen allein nicht gelingen: In der Initialphase der Therapie sind wir als Therapeuten in besonderem Maß auf unsere Empathie, Selbstempathie, Erfahrung, auf unsere inneren Resonanzen (Gegenübertragungen) angewiesen, um psychische Stabilität, therapeutische Ansprechbarkeit und Motivation, Übertragungs- und Widerstandstendenzen, Coping- und Abwehrformen beim Patienten und uns selbst erkennen und damit die mögliche **Passung** einschätzen und werten zu können. Diese kognitive Einschätzungen (appraisal) und emotionale Bewertung (valuation) fließen über Indikationsstellung, Prognose und Engagement für den Patienten in die Therapieplanung ein.

Der Therapieplan bzw. das "Therapeutische Curriculum" wird für den einzelnen Patienten einerseits auf dem Hintergrund individuumsunabhängiger, forschungs- und theoriegeleiteter Meta- und Grobziele erstellt, andererseits auf dem Boden einer Analyse der individuumsspezifischen Lebenswelt und einer situationsspezifischen Betrachtung, woraus sich kontext- und kontinuumsbezogene Ziele ergeben.

Metaziele:

Metaziele (auch Leit-, Global- oder Richtziele genannt) leiten sich ab aus den Theorien grosser Reichweite (Metatheorie, vgl. *Petzold*, 1992a, S. 480-521) wie Menschenbild (Anthropologie), Gesellschaftstheorie, Ethik, etc. Sie bestimmen therapeutisches Handeln implizit oder explizit immer mit. Als

übergeordnete Ziele sollen sie v.a. dazu dienen, für die bewußte Handlungssteuerung in persönlichen und therapeutischen Entwicklungsprozessen verfügbar zu sein. Solche Ziele sind z. B.

- psychophysische und soziale Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit
- Intersubjektivität, Ko-respondenzfähigkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- u. Bindungsfähigkeit) Empathiefähigkeit, Konsens-, Kooperationsfähigkeit u.a.
- komplexes Bewußtsein, Reflexionsfähigkeit, Selbst- und Weltverständnis, Lebensplanung und -gestaltung
- persönlicher Lebenssinn, sense of coherence
- Selbstaktualisierung, Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenzen, Performanzen und Potentiale, „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth, 1998)
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Kokreativität (Petzold & Orth, 1997)
- engagierte Verantwortung für Integrität gegenüber sich selbst, der Mit- und der Umwelt
- Fähigkeit zu „fundierter Partnerschaftlichkeit“ in der Privatsphäre und „fundierter Kollegialität“ (ebd.) im Berufsleben

Grobziele:

Grobziele leiten sich ab aus den Theorien mittlerer Reichweite (realexplikative Theorien, vgl. Petzold, 1992a, S. 522-616) wie Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheits- u. Gesundheitstheorie. Sie betreffen die Person in ihrem Umfeld, ihrem *Kontext* und ihrem *Zeitkontinuum* - Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft - und werden mit den spezifischen, aus der Exploration der Persönlichkeit und der Kontext-/Kontinuumsanalyse des konkreten Patienten gewonnene Daten verbunden (matching), um im *„therapeutischen Curriculum“* des Patienten umgesetzt zu werden. Grobziele lassen sich wie folgt gliedern:

Persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele:

- Ziele bezüglich Selbst-, Ich- und Identitäts-Entwicklung (Petzold, 1992a, S. 526ff), bezüglich Emotionen, Kognitionen, Volitionen, personaler und sozialer Kompetenz und Performanz, dysfunktionaler und funktionaler Struktur und Tendenzen im persönlichen Strukturgefüge.
- **Persönliche Souveränität** (Petzold & Orth, 1998b) durch ein positives, **konsistentes** und **stabiles Selbst** mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen, Fähigkeit zur Selbst-Bestärkung, Selbst-Sorge (Foucault, 1986) und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst. Erleben eines von Grundvertrauen (basic trust) getragenen Lebensgefühls, Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile ins eigene Selbstbild;
- **starkes** und **flexibles Ich**, d. h. Präzision und Zuverlässigkeit wachbewußter Aktivitäten (Petzold, Orth, 1994), *primäre Ich-Funktionen* genannt: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen,

Wollen, Entscheiden, Handeln, weiterhin *sekundärer Ich-Funktionen*: wie Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion. Das **Ich** ist dabei die integrierende Instanz. In anderer Terminologie kann das heißen: funktionale Kontrollüberzeugungen, Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen, adaptive Coping-Strategien, z. B. lösungs und ressourcenorientierte Gestaltungsstrategien (Petzold, 1997a);

- **stabile und prägnante Identität** in den Identitätsbereichen „Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte“, sowie ihrer inneren Repräsentationen aufgrund von Fremdattributionen/Identifizierungen, Selbstattributionen/Identifikationen, Bewertungen/Einschätzungen (valuation, appraisal) und Verinnerlichungen (Petzold, 1992a, S. 529ff; Petzold & Orth, 1994);
- Fähigkeit zur **Selbstregulation**, d. h. zum Wahrnehmen, Ausdrücken, Realisieren, Regulieren eigener Bedürfnisse; Intentionen, Motivationen, Volitionen und körperlicher Zustände (z. B. Streßverhalten) und Befindlichkeiten (van der Mei, Bosscher & Petzold, 1997);
- Fähigkeit zu angemessener **Relationalität**, d. h. Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, zu Kooperation (Petzold, 1993b, S. 1047-1088), Konsensbildung und Abgrenzung, zu Rollenperformanz, Empathie, Perspektivenübernahme, Konfliktfähigkeit etc.;
- gute **interne Ressourcenlage**, z. B. Gesundheit, emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit, Wissen und Kenntnisse (Petzold, 1997a);

Kontextbezogene Ziele:

- stabile **soziale Netzwerke** mit guter *supportiver Valenz*, versichernden kollektiven Kognitionen (social words), verlässlicher Convoy-Qualität (Petzold, 1995; Kahn & Antonucci, 1982)
- gute **externe Ressourcenlage**, Arbeit/Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Bildung/Weiterbildung, materielle Sicherheiten, soziale Integration und sozialer Rückhalt (Petzold, 1997b)
- Handhabung von **Umfeldeinflüssen**, z. B. Risikofaktoren entsprechend den eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten, der eigenen Vitalität/Vulnerabilität/Resilienz, Vermeidung chronischer Überlastungen, aber auch von okkasionellem Hyperstreß oder von “daily hassles” (van der Mei, Petzold & Bosscher, 1997)

Kontinuumbezogene Ziele:

- Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse und Ereignisketten (z. B. aus negativen Convoys), d. h. jener pathogenen und defizitären Einflußfaktoren, die - verbunden mit den lebensgeschichtlich ausgebildeten Strukturen - Auswirkungen auf die aktuelle Situation haben, also Teil des Symptombildes und der Störungsaufrechterhaltung sind. Dazu dienen reparative, copingorientierte, substitutive, evolutive Behandlungsziele (Petzold, 1988a, S. 206).
- zugängliche, aktivierte Ressourcen und protektive Faktoren aus der eigenen Lebensgeschichte (Personen, Orte, Tätigkeiten, etc.);
- haltgebende Zukunftserwartungen wie Ziele, Pläne, Hoffnungen, Glaubensrückhalt und andere Werte als protektive Faktoren, Erfahrung von Sinn im eigenen Leben und Handeln

Zieltaxonomien und -matrizen

Ziele werden taxonomisch geordnet, einmal nach ihrer *persönlichen Valenz*, d. h. ihrer Bedeutung für den Patienten, seine Störung, sein Leiden, seine

Lebenssituation, zum anderen in ihrer *klinischen Valenz* (vgl. DSM-IV, 1998, 11) d. h. ihrer Gewichtung für diese Störung und das Leiden, ihrer kurativen Wichtigkeit, ihrer Bedeutung für den Therapieprozeß, seinen Fortgang und Erfolg, schließlich nach ihrer *sequentiellen Valenz*, ihrer Gewichtigkeit im Therapieablauf als unmittelbar notwendige Zielvorgaben oder als in der Langzeitperspektive anzustrebende Ziele. So können kurz-, mittel- und langfristige Ziele unterschieden werden, die sich sowohl in ihrer Gewichtung als auch in ihrer temporären Sequenz verändern können, und dies sowohl in der Bedeutungsszuweisung durch den Patienten als auch in der Bewertung durch den Therapeuten, so daß eine beständige ko-respondierende Zielbestimmung erforderlich wird, durch die selbst ein *Metaziel*, nämlich das der Lebensplanung und -gestaltung, *in Praxi* eingeübt und realisiert wird. Aus all diesen Einflußgrößen entstehen hochkomplexe **Zielmatrizen** mit "weichen", sehr flexiblen **Zieltaxonomien**, die eine netzwerkförmige Struktur mit verschiedenen Knotenpunkten und Valenzkonzentrationen haben, die nicht-linear verbunden sind. Aus den multiplen Konnektierungen (*Petzold, 1994a*) *emergieren* dann sowohl dominante *Grobziele* wie auch situativ wichtige *Feinziele*, wobei Vergangenheitsbelastungen und -bewältigungen in ihnen durch Strukturbildungen spürbaren Nachwirkungen *Propulsoren* für die Zielgewinnung und -verwirklichung sind, aktuelle Probleme und Ressourcen wichtige *Generatoren* von Zielen sind, und Metaziele sowie überzeugende Zukunftsperspektiven starke *Attraktoren* für das Entstehen und Realisieren Grob- und Feinzielen sind. **Zielmatrizen** lassen sich bildlich in Form von Zielpiktogrammen bzw. "goal maps" mit kreativen Medien visualisieren (vgl. zu *mapping* und *charting*, Schneiter et al., 1996), so daß sie für Patient und Therapeut plastisch werden (siehe Abb. 1 und 2).

Für den einzelnen Patienten werden also auf dem Hintergrund des beschriebenen oder eines ähnlichen Rasters in mehreren Schritten *die individuellen Grobziele und Feinziele* formuliert. Feinziele sind instrumentell für das Erreichen von Grobzielen. Dabei entstehen Zieltaxonomien im Netz der *Zielmatrix*, da ein *Feinziel* oder eine Gruppe von *Feinzielen* mehreren *Grobzielen* dienen und mehrere *Grobziele* ein oder mehrere *Metaziele* stützen können. Indikation, prognostische Analyse *persönlicher Valenz* und *klinische Valenz* ermöglichen die Formulierung *angemessener* Ziele, die in verfügbaren Zeitrahmen - z. T. sequentiell gestaffelt - angestrebt werden, die

anspornen, aber nicht überfordern und die beständig revidiert, adjustiert und optimiert werden können, die also als *operative Ziele* umgesetzt und erreicht werden können.

Feinziele erfordern auch praxeologische Überlegungen zu Interventionen, d. h. zu Methoden, Medien, Techniken und Interventionen (s. unten). Es geht damit auch um *methodenbestimmte Ziele*: Wir müssen wissen, was wir soziotherapeutisch, netzwerktherapeutisch, regressionstherapeutisch, mit kreativen Medien, der konflikt- und der übungszentrierten Modalität etc. erreichen können und wollen. In der Zeitplanung geht es darum, die *sequentielle Valenz* zu bestimmen, Grob- und Feinziele erster Priorität zu finden, evt. sogar *ein* relevantes Hauptziel für den Therapiebeginn, um weitere Ziele in eine hinlänglich konsistente chronologische Ordnung zu bringen.

Das so ko-respondierend im "informed consent" erarbeitete "*therapeutische Curriculum*" ist der Rahmen für die differentielle und individuelle Taxonomie und Chronologie der jetzt erkennbaren, adäquaten Therapieziele. Es ist offen für die Ziel-Optimierung im Therapieverlauf (s. u.).

Ein Angelpunkt des Therapieplans sind die problemrelevanten malignen und benignen **Strukturen** im Strukturgefüge der Person. Persönlichkeits- und Lebenswegstrukturen (Schemata, Narrative) sind Verbindungsglieder: Durch ihre Entstehungsgeschichte binden sie an die Biographie und deren bewußte und unbewußte Inhalte. Durch ihren Bezug zu Leiblichkeit, Kognitionen, Emotionen, Volitionen und Handlungen binden sie an Gegenwart und antizipierte Zukunft und deren bewußte und unbewußte Inhalte. *Strukturen* haben daher ein vehementes integratives Potential, indem sie bei einem multimodalen Vorgehen und transtheoretischen Konzeptualisieren (*van der Mei, Petzold, Bosscher, 1997*) in der Therapie die vergangenheitsbestimmten Ziele tiefenhermeneutischer Therapie mit jenen gegenwarts- und zukunftsorientierter Behandlung verbinden, z. B. einsehens- oder regressionsorientierte Therapie mit Kreativitäts- und Ressourcenförderung, mit Netzwerk- und Soziotherapie, konfliktorientiert-aufdeckende Modalität mit übungszentriert-funktionaler (ebd.). Dieses

Potential wird erst in integrativer, mehrperspektivischer Therapie nutzbar, und es fließt bereits in die Therapieplanung ein.

2.2 Ziele im Therapieverlauf - struktur und prozeßtheoretische Aspekte

Therapie hat das Ziel, im Verlauf therapeutischer Prozesse vorhandene dysfunktionale Strukturen/Schemata zu verändern oder funktionale Strukturen zu optimieren und zu entfalten. Das macht eine kurze Darstellung unserer struktur- bzw. schematheoretischen Konzepte erforderlich, bevor prozesstheoretische Darstellungen von Verlaufsdynamiken angesprochen werden können.

Exkurs: Wahrnehmung-Verarbeitung-Handlung (WVH) - „aktivierte Strukturen“

- Die Wahrnehmungen von Subjekten sind mit ihren Handlungen unlösbar verschränkt (*J. Gibson*). Menschen sind in Kontexte eingebunden, die *affordances*, Verhaltensmöglichkeiten für sie bereit halten (*Reed*, 1988). Multidimensionales, sinnlich-leibliches (visuelles, akustisches, olfaktorisches, taktiles, propriozeptives etc.) *Wahrnehmen* bildet mit *Verarbeitungs-* und *Handlungsprozessen* und ihren atmosphärischen, szenischen, aktionalen, emotionalen, volitiven und kognitiven Komponenten bzw. Ebenen eine interaktive, synergetische Ganzheit, ein **Synergem**.
- Als solche Synergeme werden „*Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten*“ (**WVHs**) psychophysiologisch gespeichert, archiviert als „In-formation“ von verschiedenen Organisationsniveaus (*Petzold et al.*, 1994, S. 554 f.), vom biochemischen Erregungsmuster bis zur mentalen Repräsentation.
- Aus dem Fundus der Information werden in beständigen Prozessen der „transformativen Konfigurierung“ von *Information* (ebd., S. 556 ff.) *Strukturen* - man kann auch von *Schemata* sprechen - von unterschiedlicher Komplexität gebildet. Dabei fließt jede Prozeßdimension mit in die Strukturbildung ein - beides, Prozeß und Struktur werden archiviert. Strukturen sind daher in sich ebenso multidimensional wie die archivierten *Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten*, aus denen sie hervorgingen. Als Synergeme von multipel vernetzten, nicht scharf trennbaren Dimensionen/Komponenten, bilden sie eine funktionale Einheit.
- *Strukturen/Schemata* als vielfältig vernetzte informationale Operationseinheiten repräsentieren die gesamte gespeicherte Information des Leibes. Sie können metaphorisch analog zu „Organen im Organismus“ (*Grawe*, 1988) gesehen werden. Informationen sind in jeder Strukturdimension nach nicht-linearen Regelmäßigkeiten, Gemeinsamkeiten, Bezügen etc. geordnet. Gespeicherte Information kann via Strukturbildung und -nutzung rasch und effizient handlungswirksam werden. Das weist auf den evolutionsbiologischen Hintergrund, auf dem auch die Multidimensionalität der Strukturen verstehbar wird: auf phylogenetisch primitiver Stufe sind es allein molekularbiologisch konfigurierte, genetische Strukturen, die Informations-Verarbeitung und damit Verhalten bestimmen. Mit zunehmender Lernkapazität auf höheren Stufen werden aus individuell aufgenommenen und gespeicherten *Informationen* einfache mentale Strukturen (Schemata) konfiguriert, die die genetischen ergänzen. Phylogenetisch frühe Schemata steuern

das Verhalten auf physiologischer Ebene (Propriozeption, Sensusmotorik, Lokomotion, Orientierung), einem basalen Niveau der Konfigurierung von Information, so bei Lachsen, Aalen und Meeresschildkröten. Insekten haben z.T. komplexe Repräsentationen ihres Habitats, aber keine Fähigkeit zu Kognitionen *darüber*. Erst die Evolution emotionaler und kognitiver Fähigkeiten als *Emergenzien* immer komplexerer Informationsverarbeitungs- und Konfigurierungsprozesse brachte diese Ebenen in die Strukturen bzw. Schemata „höherer Ordnung“ (Petzold et al., 1994, S. 554) hinein. Wölfe haben hochkomplexe, genetisch vordisponierte und durch individuelles und kollektives Lernen ergänzte Strukturen, die ihr Territorial-, Sozial- und Jagdverhalten steuern (Ziemen, 1993). Dabei finden Bewertungen (*valuations* - keine reflexiven *appraisals*) von Wahrgenommenem auf vielen Ebenen statt: taktil, geruchlich, bildhaft, szenisch, und zwar stark emotional, was in der Synergie hochintelligent und intuitiv wirkt. Wölfe und auch andere höhere Säuger “denken” emotional (mit dem limbischen System, Ademas, 1978, 1991), ja, man könnte sagen: *Gefühle sind Arche- oder Paläokognitionen* (Bischof, 1987,; S. 87ff). Höhere Kognitionen (z. B. Reflexivität, Metakognitionen) sind aber allenfalls in Ansätzen da, auf jeden Fall weniger als bei Menschenaffen/Schimpanzen (Boesch & Boesch, 1984; Premack, Premack, 1983). Die Biologie wie auch neuere Forschung zum kognitiven Unbewußten (Perrig, Wippich, Perrig-Chiello, 1993) zeigt, wie leistungsfähig die subkognitiven Struktur-Dimensionen sind - auch bei Menschen. Das wird in “emergency reactions” etwa bei traumatischem Streß deutlich, wo basale Amygdalareaktionen Informationen so *markieren* (*marking*), daß differenziertere *emotive Bewertungen* (*valuations*) im Hippocampus und komplexe *kognitive Einschätzungen* (*appraisal*) im präfrontalen Cortex massiv von archaischen Reaktionen beeinflusst werden (LeDoux, 1996; van der Kolk, 1994; Petzold, 1997a, S. 449f). Die kognitive Strukturebene ist beim Menschen besonders ausgeprägt. Wie die Gehirnanatomie und Psychophysiologie wird die “Anatomie” und Physiologie der Strukturen/Schemata erst im phylogenetischen Blick verständlich (Edelmann, 1987, 1996).

- Neue Umweltangebote an Wahrnehmungen (affordances) treffen auf das ganze Set bisheriger Strukturen, so daß dann im **WVH**-Prozeß mehrere aktiviert, abgerufen und aktuell wirksam werden (effectivities, Michaels, 1992). Die “prozessuale Aktivierung” geschieht über einzelne Struktur-Dimensionen modular *und* holographisch: z. B. kann die Wahrnehmung eines Geruchs (z. B. ein Parfum, ein Pheromon) - wahrgenommen durch das Riechen - über die “olfaktorische”, d. h. im olfaktorischen *Gedächtnis*modul (Engelkamp, 1990) archivierte Ebene einer *Struktur* diese *als Ganze* aktivieren, bis hin zu ihren *motorischen Performanzen*, *emotionalen Resonanzen* und *kognitiven* Inhalten (z. B. „Brandgeruch, Feuer, Gefahr! Lauf!”). In Abhängigkeit von der eintreffenden Stimulusvielfalt werden Strukturen simultan in ihren verschiedenen Dimensionen oder durch bzw. in Abfolgen (Induktion) aktiviert, jedoch immer über *moduläre* Aktivierungen hinausgehend, *holographisch als ganze funktionale Einheit*.
- In allen Dimensionen einer *aktivierten Struktur* laufen Bewertungsprozesse ab: multiple Stimulierung, leibliche und atmosphärische Eindrücke werden von leib- und atmosphärenbezogenen Struktur-Dimensionen bewertet und aktivieren diese, wenn sie als passend (als “*matches*”) taxiert werden.
- Fragen wir Patienten mit einer bestimmten *aktivierten Struktur* nach ihren Bewertungen, Einschätzungen, Befürchtungen, Annahmen und Überzeugungen, so wird für uns in einer auf Verbalisation orientierten Außenperspektive in den Antworten vorwiegend die kognitive Strukturdimension erkennbar. Begrenzen wir unseren Blick auf sie, so entgeht uns die Multidimensionalität der Struktur und mit ihr die Bewertungsprozesse (marking, valuation, appraisal, Petzold, 1997a) auf allen anderen, meist basaleren Ebenen. Bewertungsprozesse laufen auf allen Ebenen interaktiv. So werden kognitive Prozesse von basaleren beeinflusst und

wirken auf sie zurück (z. B. in der Kommunikation durch Nonverbalität, die "Außstrahlung" von Menschen, d. h. die von ihnen ausgehenden vielfältigen Signale, die - selbst vom Gegenüber und vom Kontext beeinflusst - bewußt *und* subliminal aufgenommen werden).

- *Strukturen* sind neurophysiologisch bzw. psychoneuroimmunologisch nicht abgekoppelt von mental archivierten lebensgeschichtlichen Erfahrungen, aus denen sie entstanden sind (vergangener und aktueller Kontext-, Leib- und Persönlichkeitserleben). Bei einer *aktivierten Struktur* ist immer ein Teil dieses *Archivs* - wir sprechen auch von "Leibgedächtnis" - vor-, mit- oder wachbewußt mitaktiviert, das heißt bewußtseinsfähig (Petzold, 1992a, S. 267) und durch Nachfrage zugänglich: Das Herz klopf wild bei der Erinnerung, Übelkeit oder Atembeklemmung kommt auf „wie damals“. Das „Leibgedächtnis“ schließt das „autobiographische Gedächtnis“ ein (Conway, 1990; Granzow, 1994), zudem auch archivierte frühere Selbstbilder, ja Persönlichkeitsschemata gehören. Man spricht zuweilen von „inneren Kindern“, von den Menschen, der man „früher“ einmal war, Seiten, die man abgelegt hatte und die jetzt „wieder hochkommen“ etc.. Dieses ist therapeutisch hochrelevant (Petzold, 1991a, S. 238f). In einem durch regressive Prozesse aktivierten „prävalent pathogenen Melieu“ (ebd., S. 234) der Biographie - z. B. einer frühe Verlassenheitssituation - ist jetzt der Therapeut in erlebbarer (und internalisierbarer) „hilfreicher Präsenz“ anwesend.
- Die subjektive Erfahrung wird bei einer "*aktivierten Struktur*" nicht durch diese allein und ihren aktuellen "*aktivierenden Kontext*" (z. B. eine Beziehungskonstellation mit dem Therapeuten) bestimmt, sondern in erheblichem Ausmass von Erinnerungen (d. h. auch von erinnerten, "aktivierenden Kontexten"), die, auch wenn sie subliminal bleiben (wie z. B. bei Übertragungen), mitaktivierend wirken. Bei *malignen* Strukturen (z. B. PTSD-Folgen) wird die Wiederholung der Erfahrungen in allen Einzelheiten befürchtet, bei *benignen* werden Wiederholungen erhofft. Relevante frühere Erfahrungen werden *wie eine Folie* auf die gegenwärtige Situation gelegt, "übertragen". So werden bedrohliche Personen und Szenen unsichtbar gegenwärtig. Aktivierte Vergangenheit ist pure Gegenwart. Gespeicherte Erfahrungen nehmen so durch ihre Koppelung mit den *Strukturen in vivo* direkten Einfluß auf psychisch gesundes oder *krankes* Erleben und Handeln. Daraus muß gefolgert werden, daß es neben disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren auch übergreifende Einflüsse gibt, die stets *mit* eine Rolle spielen.
- Die *Aktivierung* einer dysfunktionalen Struktur und das Wiedererleben relevanter, ungueter Erfahrungen (aus Vergangenheit oder gegenwärtigen Kontext) allein ist nicht veränderungswirksam. Erst das Zusammentreffen mit korrektiven bzw. alternativen Erfahrungen in der "prozessualen Aktivierung", die jetzt, in unmittelbarer Neuerfahrung gemacht werden, bildet neue funktionale Strukturen, die mit den bisherigen in Verbindung (*Konnectierungen*) kommen. Diese Verbindungen können unterschiedlicher Art sein. Alte, nicht mehr funktionale Strukturen können jedoch sowenig "gelöscht" oder abgebaut werden wie entsprechende Erinnerungen. Auch wenn gute neue Erfahrungen und Strukturen die alten, dysfunktionalen ergänzen, haben wir nie eine Garantie gegen Rückfälle. Letztlich heißt das, vorhandene singuläre *Strukturen* können wohl *nicht* oder kaum nachhaltig verändert werden, wohl aber das *Struktur-Gesamt* und damit die Intensität von Wirkungen, die Aktivierungsverläufe und unsere Kompetenz, diese zu steuern.

Diese kurz umrissenen strukturtheoretischen Überlegungen machen deutlich: Strukturen werden in Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Prozessen (WVH) gebildet, archiviert und können als solche in neuen WVHs aktiviert werden. Strukturen bilden multipel vernetzte Gefüge, die durch neue Strukturbildungen, d. h. durch Hinzufügen (nicht durch Löschungen oder

Modifikation singularer Strukturen) verändert werden können. Strukturbildende und damit Netzwerke/Strukturgefüge verändernde Prozesse sind die Grundlage von Verhaltensveränderungen und deshalb grundlegend für die Zielformulierung und Zielrealisierung in Therapieprozessen und Behandlungsverläufen. Therapieprozesse sollen also Strukturen aktivieren, neu bilden und Strukturgefüge modulieren. Die Prozess- und Verlaufsmodelle der Integrativen Therapie sind vor diesen Hintergrund zu sehen.

Der Therapieverlauf, einzelne Abschnitte, Phasen, Trajektorien, Variationen (*Petzold*, 1992a, S. 616) bestimmen die Art, die Qualität und die Realisierungsmöglichkeiten von Zielen.

Für kreative, problemlösende und struktur-, verhaltens- und persönlichkeitsverändernde Prozesse benutzt die Integrative Therapie das Prozeßmodell und Strukturierungsschema des "tetradischen Systems" mit Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase (*Petzold*, 1996a, S. 75f). Eine Therapie als Ganzes durchläuft im Prinzip diese 4 Phasen (ebenso wie eine einzelne Sitzung, Teile von Sitzungen oder eine Reihe von Sitzungen), wobei das Phasenmodell eine Richtung, nicht aber eine zwingende Abfolge angibt, denn die Phasen können "springen", oszillieren, alternieren. Es gibt Abbrüche, Rückfälle, Übersprünge, unvollständige Phasenzyklen.

2.2.1 Ziele in der Initialphase der Therapie - Zielkartierungen

In der *Initialphase* der Therapie geht es zunächst darum, die *Passung* zwischen Therapeut und Patient festzustellen und zu bekräftigen, so daß ein gutes Arbeitsbündnis entsteht. Zunächst herrschen beim Patienten noch die alten Ordnungen vor, jenes Zusammenspiel aus Ressourcen, Problemen und Symptomen und ihren entsprechenden *Strukturen*, das den Patienten zur Therapie veranlasste. Schemata, Stile, Strategien für unsichere Lebenslagen sind aktiviert - z. B. angstbesetzte Beziehungsschemata - und mischen sich mit positiven Erwartungen. Um keine Ängste mobilisieren und akzelerieren und daher malignen Regressionen vorzubeugen, wird vom

Erstinterview nicht abrupt in die Therapie übergegangen (Osten, 1994). Übergeordnetes Ziel der Initialphase ist, die Voraussetzungen zu schaffen, daß sich alte Ordnungen, alte *Strukturgefüge* verändern können. Dazu gehören, über die Therapieplanung hinausgehend, *Stärkung der Passung* bzw. *Mutualität, Aufbau von Vertrauen und Induktion positiver Erwartungen*. Der Patient soll von Anfang an Wertschätzung, Geborgenheit, Verständnis, Geduld, Freiraum und Vertrauen erfahren können, um spüren und entscheiden zu können, ob dieser Therapeut für ihn "paßt" und er die Therapie beginnen will. Er muß versichert und motiviert werden. Stärkere Erschütterungen sollen vermieden, Prozesse müssen angeregt, katalysiert, aber auch, wo notwendig, begrenzt werden. Bei Übertragungen mit hoher Dynamik (z. B. bei Borderline- Persönlichkeitsstörungen) müssen *korrektive* und *alternative* Beziehungserfahrungen (wir differenzieren diese, Petzold 1992a, S. 701, S. 917f) angeboten werden. Aufdecken kann jedoch kontraindiziert sein. Das bedeutet, daß wir als Therapeuten im Sinne der positiven, bewußten und subliminalen Wünsche und Ziele und nicht im Sinne der Befürchtungen und negativen Erwartungen unserer Patienten handeln bzw. reagieren sollten. Die Ermöglichung korrektiver und alternativer emotionaler Erfahrungen bezüglich unbewußter Befürchtungen und Konflikte sind darauf gerichtet, unsicheren Kontakt zum Beginn der Beziehung in sicheren zu verwandeln und *positive Erwartungen* induzieren. Letztere sind ein zentraler Wirkfaktor (Grawe, 1998) in der Therapie.

Dieser Aufbau von Kontakt- und Arbeitsbündnis geschieht auf der *Sachebene* durch Vermittlung erster Erfolgserlebnisse, z. B.

Evidenzerfahrungen, Förderung von Interessen, Freude in der Arbeit mit kreativen Medien oder mit dem Therapietagebuch (Petzold & Orth, 1993), Erfolg bei vereinbarten Hausaufgaben etc.

Hausaufgaben sind ab Therapiebeginn ein wichtiges Instrument im Hinblick auf alle Therapieziele, da sie im Transfer direkt Kontrollüberzeugungen, Selbstregulation und Festigung neuer Strukturen fördern (denn wir nehmen keine zwangsläufige Übertragung von Erkenntnissen aus der Therapie in den Alltag an, vgl. Petzold, 1995). Wir vereinbaren Hausaufgaben konsensuell aus den Ergebnissen der *Neuorientierungsphase* am Ende der Sitzungen (Petzold, 1974).

Auf der *Beziehungsebene* werden positive Erwartungen (bei Patient und Therapeut!) aufgebaut, wenn Patienten sich mit ihren Problemen und in

ihrem erlebten Leid verstanden und angenommen fühlen und gleichzeitig wahrnehmen, daß sie nicht auf ihre Leiden und Probleme reduziert und pathologisiert werden (*Gröbelbauer et al., 1998*). Beides ist nur möglich, wenn Therapeuten ihre Patienten nicht nur aus der Problemperspektive, sondern ebensogut aus der *Ressourcenperspektive* (*Petzold, 1997a*) zu sehen imstande sind: nicht nur die Ressourcen *neben* den Problemen, sondern auch die *in* den Problemen sollen gespürt, erfasst und gewürdigt werden. Konkret heißt das: aus der Innenperspektive der Patienten Symptome und "dysfunktionale" Narrative/Schemata als Selbstschutz nachvollziehen zu können, auch bei persönlichkeitsgestörten Menschen (vgl. *Fiedler, 1997*), das "geschützte Gesunde" zu erspüren, das für die Therapie häufig wichtiger ist als das "verdeckte Gestörte", und auch die Anstrengungen, ja die besondere seelische Tiefe und menschliche Größe zu sehen, die oft gerade das Aushalten und Tragen von Not und Leid verleihen.

Den Symptomen zugrundeliegende Antriebe und Motivationen, die zum Teil vor Therapiebeginn noch verdichtet oder implizit blieben, werden nun prägnanter: Veränderungsbereitschaft, Eigenverantwortlichkeit, Widerstand, Übertragungen, Regression, dysfunktionale Volitionsprozesse etc..

Ein wichtiges Ziel besteht darin, den Patienten auf der Sach- und der Beziehungsebene in Kontakt zu bringen mit seinen *Problemen, Ressourcen* und *Potentialen* und sie als Motor zu seiner Veränderung (d. h. der Veränderung von Strukturgefügen, vernetzten Schemata) zu mobilisieren (*Petzold, 1997a, Grawe, 1998*). Das ermöglicht ihm, sich dann auch zunächst als bedrohlich erlebten Veränderungen auszusetzen. Im direkten Gegensatz zum Freudschen Ansatz wird also nicht mehr ausschließlich oder gar überwiegend Symptom und Leidensdruck als "Motor der Therapie" angesehen (*Gröbelbauer et al., 1998*).

Um Therapieziele in plastischer Weise zu erfassen und zu erarbeiten haben wir in unseren klinischen "Mapping-" und "Charting-Ansätzen" (*Petzold & Orth, 1994, 1998a; Schneiter et al., 1996*) die Methode der *Zielkartierung* entwickelt, die in der Initialphase aber auch bei Zwischenevaluationen eingesetzt werden kann.

Zielkartierung:

Instruktion: »Wir haben ausführlich über Ziele gesprochen: zentrale Ziele für die therapeutische Arbeit, die besonderes Gewicht haben und mit besonderem Engagement angestrebt werden sollten, Fernziele, die in mehreren Schritten oder Etappen angegangen werden müssen, Nahziele, die bald erreicht werden können, Ziele, die Ihnen persönlich wichtig sind und andere, für die Sie eher eine Außenanforderung verspüren, Ziele, die Ihnen schwer und die Ihnen leicht zu erreichen scheinen. Bitte versuchen Sie, mit den Farben einmal ihre Vorstellungen von den Zielen Ihrer Therapie darzustellen, wie Sie sie jetzt, nach unseren Gesprächen vor Augen haben. Versuchen Sie, Gewichtungen zu setzen, Zusammenhänge herzustellen. Wir haben ja die vielfältigen Vernetzungen der Ziele und Absichten gesehen und auch festgestellt, wie unterschiedlich Sie für einzelne Menschen sein können. Nutzen Sie die Farben und Formen, um Ihre Gedanken und auch Ihre Gefühle und Willensentschlüsse auf das Papier zu bringen. Sie können die Ziele ins Bild schreiben oder durch Nummerierungen kennzeichnen!«



Abb. 1: Zielkartierung, "Hans", Initialphase

Hans, 38 Jahre, Versicherungskaufmann, Angststörung, vegetative Beschwerden, berufliche Belastungen/Überbelastungen. Die Zielkartierung wurde gegen Ende der therapeutischen Initialphase (6. Sitzung) einer integrativen gruppentherapeutischen Behandlung angefertigt, nachdem das Thema "Ziele" ausführlich Gegenstand der Gruppenarbeit war.

Meine Ziele habe ich immer sehr hoch gesteckt, oft zu hoch, so daß ich oft daran gescheitert bin. Das will ich jetzt anders machen (aber der Weg zur Hölle ...). Mein oberstes Ziel, gesund (1) und wieder arbeitsfähig (2) zu werden, die Ängste wegzukriegen, wieder gut drauf zu sein, wie früher! Das ist mit dem Gelb, Orange und Rotgold dargestellt. Das Netz der Ziele ist aber in dieser Zone noch sehr unklar, mit losen Enden. Die schwarzen Linien und Zielknotenpunkten sind mit klar, aber da gibts noch ein zweites Netz und Knoten, die erkenne ich noch nicht so richtig [weiße Linien und Punkte].

Ich weiß, das meine Basis in der Kindheit nicht so gut war [schwarz]. In der Jugend wird es besser [braun], auch nicht gut, riesig nie. Ich darf mich, nein, will mich, davon nicht mehr so runterziehen lassen (3). Es gab auch gute Freunde [gelb und rotgold]. Das will ich aktivieren, das ist ein wichtiges Ziel (4), auch neue Freunde (5) und wieder 'ne Freundin (6, Sex). Allein ist nicht so toll! Dazu muß ich aber raus aus dem Bau, unter die Leute (7) und dafür muß ich an die Angst (8), die überfällt mich so plötzlich blutrot, daß ich Angst vor der Angst hab, da muß ich auch ran (9) und an die Depressionslöcher [violett], in die ich dann fall. Das mit dem Lauftraining (10) schmeckt mir nicht, muß wohl. Die Arbeit [grün und hellgrün] und meine Weiterbildung [blau] sind mir ganz wichtig. Da will ich ein bißchen langsamer machen (11), soll ja Spaß machen (12), Lerndruck ist nicht nötig (13). Wenn ich so drauf gucke, sind wohl viele kleine Schritte nötig und noch viele kleine Ziele bei den großen Zielen, aber ich bin da ganz zuversichtlich.

Bei der Arbeit an konkreten struktur-, verhaltens- und kontextverändernden Zielen in der Feinstruktur, kann auch eine bildnerische Darstellung eines Globalziels mit seinen Grob- und Feinzieln erfolgen, so daß Feinregulierungen und -planungen auf diese Art und Weise vorbereitet werden. Weiterhin ist es möglich, Zielkartierungen und Kartierung der Zielrealisierungen als Zwischenbilanzen anfertigen zu lassen (Abb. 2)

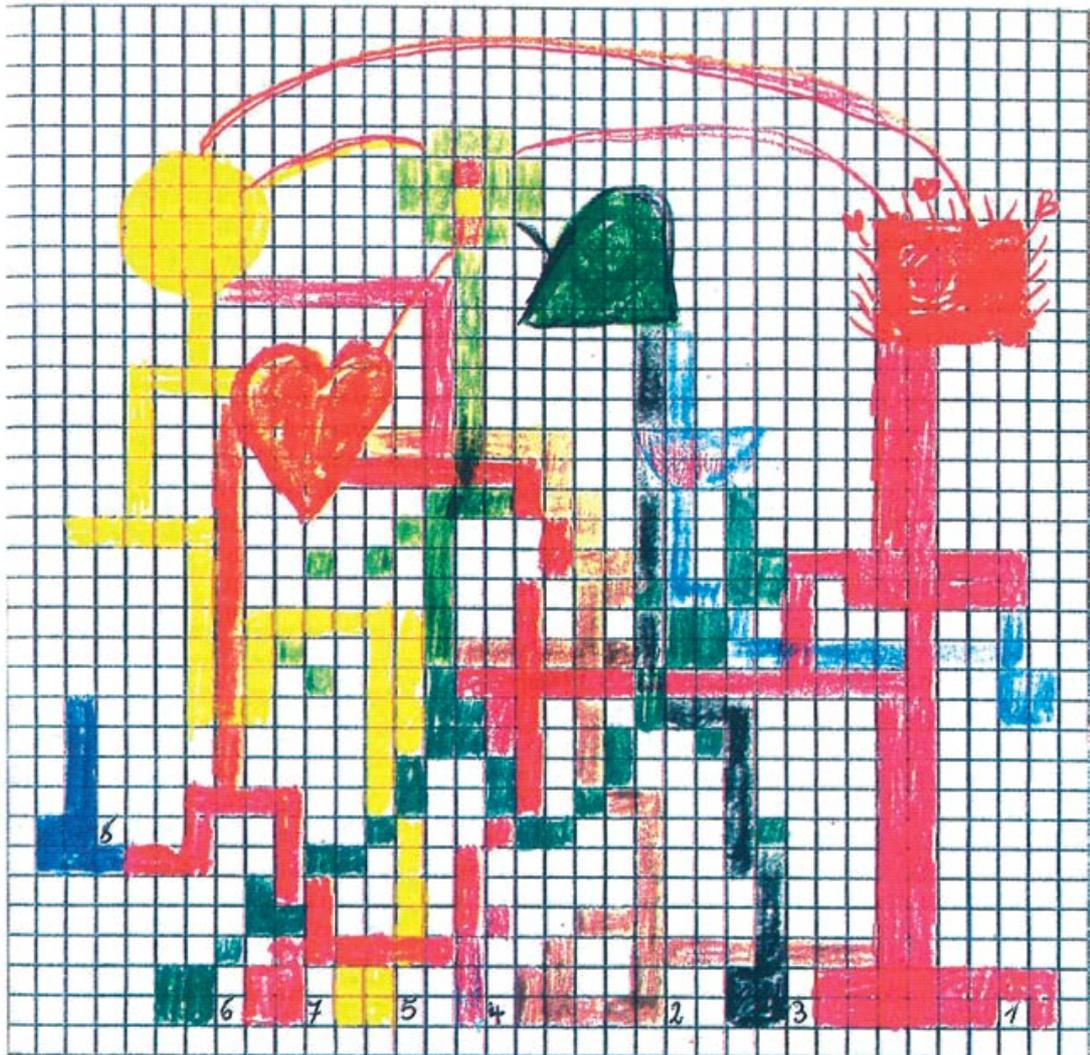


Abb. 2: Zielkartierung/Realisierungsprozess "Erna", Zwischenbilanz

Erna, 42 Jahre, Sekretärin, Zwangsstörung, Migräne, berufliche Überlastung. Die Kartierung der Ziele und des Realisierungsprozesses wurde nach der 18. Stunde einer Integrativen Gruppentherapie in der Gruppenarbeit vorgenommen. Erna wählte - trotz großer Auswahl an Papier und Farben - ein Kästchenblatt.

Ich schaue mir meine Ziele an, die wir am Anfang der Therapie festgelegt haben (nein, anvisiert, ich weiß!), und wie die Umsetzungsbemühungen gelungen sind.

1. Mein Hauptziel war, die Überlastung im Beruf abzubauen. Das ist vollauf gelungen. Motivation war hoch, Entscheidung war klar. Ich bin das gründlich angegangen - zwanghaft (wie Frau O. sagte), aber erfolgreich.
2. Wichtiges Nebenziel war, die die Verspannungen zu beseitigen [braun]. das Entspannungstraining habe ich gut einüben können. Die Verspannungen sind wesentlich gebessert. Ich habe das Training durchhalten können. Die Laufgruppe [violett] mit dem 4. Ziel Konditionsverbesserung und Entspannung habe ich abgebrochen. Dafür habe ich aber angefangen zu schwimmen (Ute hat mich überzeugt und mitgenommen. Es macht Spaß).
3. Die Migränen [grüner Hut] haben sich kaum verbessert, deshalb eine schwarze Säule. Vielleicht schlägt das Schwimmen [blau] an. Es scheint so.
5. Auch mit dem Verändern düsterer Gedanken bin ich weiter gekommen [gelb]. Es gab Rückfälle. Tendenz aber positiv steigend.

6. Mit den Zwangsgedanken ist es mühsam. Oft bin ich nicht weitergekommen, und meine Versuche haben sich zerstreut [grüne Kästchen]. Dann habe ich aber Hilfen durch das positive Denken, die Entspannung [braun], die entlastete Arbeitssituation [dunkelrot] und durch liebe Menschen [rot, orange] bekommen, so daß sich meine Bemühungen verändert haben, von Giftgrün zu Olive. In die Zwänge kommen bunte Tupfen (positive "Introjektionen", wie Frau O. sagte).

7. In meine Partnerbeziehung ist neue Liebe hereingekommen - Herz -. Das war, Gott sei Dank, kein Therapieziel, sondern ist einfach so passiert. Die Therapie hat dabei sicher etwas angestoßen. Durch die Gruppe habe ich viel neue, liebe Beziehungen bekommen. Das hat mich mobilisiert. Zwänge und Migräne erfordern noch viel Arbeit (die Zahlenreihe habe ich schon in Unordnung gebracht. Mein Arbeitskopf ist schon nicht mehr so quadratisch und treibt Blüten).

8. Als neues Ziel ist die Frage nach dem Lebenssinn und Religion [marienblau] hinzugekommen. Migräne/Meditation, Lebensangst/Zwangssicherheit Ich habe als einzige ein Kästchenblatt, wie peinlich (immerhin merk ichs!)

2.2.2 Ziele in der Therapiebeziehung: die Therapiebeziehung als Ko-respondenzprozess und "prozessuale Aktivierung"

Als stärkster "protektiver Faktor" hat sich in der entwicklungspsychologischen Longitudinalforschung das Vorhandensein einer nahen, wertschätzenden und supportiven Bezugsperson gezeigt (*Petzold, Goffin & Oudhof, 1993*). Neben der Förderung und Aktivierung des Netzwerks als Ressource ist die therapeutische Beziehung der wichtigste Faktor in der Therapie. Sie ist Rahmen, Basis und Medium des Entwicklungsprozesses. Sie kann zu einem "protektiven Megafaktor" und soll für Patienten zu einer zentralen "Ressource auf Zeit" werden (*Petzold, 1980; Petzold, 1993b, S. 1047-1088*).

Patienten erwarten und konstellieren häufig un-, vor- und wachbewußt aufgrund ihrer Lebens- und Lerngeschichte und der dabei entstandenen dysfunktionalen und defizienten Narrative/Schemata entsprechende Beziehungserfahrungen: pathogene, defizitäre, aber auch durchaus solche positiver Kooperation, denn ein Mensch - wie schlimm auch immer die Geschichte seiner Beziehungserfahrungen war, wie negativ auch daraus resultierende Beziehungsmuster sind - ist niemals nur von dysfunktionalen Strukturen, malignen Narrativen bzw. Negativschemata dominiert, sondern verfügt auch über andere positive Erfahrungen und konstruktive Interaktionsschemata. Er muß also nicht zwingend zu negativen Reinszenierungen, z. B. feindseligen Übertragungen, kommen. Sie sind im psychoanalytischen Verfahren oftmals ein Settingartefakt, Resultat einer stereotypen Verhaltenserwartung und determinierender Interaktionsformen, z. B. abgrenzender Abstinenz. Können archivierte, konstruktive

Kommunikationsstrukturen und damit aktivierbare Kommunikationsmöglichkeiten angesprochen und aktiviert werden - und sei es nur partiell oder temporär - kann es zu einer "konstruktiven Passung" kommen. Im Beziehungsgeschehen erfolgen also "*prozessuale Aktivierungen*" sowohl negativer Strukturen/Muster, die bearbeitet und modifiziert werden müssen, als auch positiver Muster, die es zu nutzen gilt. Mit *Merleau-Ponty* (1945, S. 519) hat die Integrative Therapie stets affirmiert, daß Fixierungen, Narrative als "Erfahrungsstrukturen" (ebd., S. 518) nur überwunden werden können, wenn von alten Erfahrungsstrukturen überformtes Erleben und Handeln "in seiner bestimmenden Bedeutung neu erlebt werden kann, und das gelingt dem Kranken nur in der Perspektive seiner Koexistenz mit dem Arzt" (ebd., S. 519; vgl. *Dreyfus*, 1986), d. h. in einer Matrix "*prozessualer Aktivierung*" archivierter Narrative/Schemata durch qualitativ alternative Beziehungserfahrungen, die einen neuen "inkarnierten Sinn" stiften, neue Möglichkeiten, die Welt zu begreifen und in ihr leibhaftig zu handeln (*Petzold*, 1991a, S. 290-297), durch Ermöglichung von neuen "affordances" und Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmustern (ebd., 1995, S. 230 ff), neuen *Strukturen* im *Strukturgefüge der Person*. Ein zentrales Ziel in der Therapiebeziehung ist daher, negativen Erwartungen und Konstellierungen dysfunktionaler Strukturen nicht durch Reinszenierungen zu entsprechen, Übertragungsangebote selektiv aufzunehmen und stattdessen, wie bereits erwähnt, Patienten durch Höhen und Tiefen des Prozesses alternative Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, die ihre benignen Narrative (funktionalen Strukturen/Schemata) bekräftigen und neue benigne Strukturen an die Seite der malignen bzw. in die Lücken der fehlenden stellen (*Grawe*, 1992). Dies geschieht durch korrektive und/oder alternative Erfahrungen der Relationalität (d. h. Kontakt, Begegnungs-, Beziehungs-, Bindungsmodalitäten, vgl. *Petzold*, 1993b, S. 1047 ff.), Erfahrungen, die durch die Intensität der "*prozessualen Aktivierung*" die Qualität "vitaler Evidenz" haben, d. h. leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht im Beziehungskontext synergetisch verbinden (ebd., S. 827, S. 916 f.). In solchen Evidenzerfahrungen sind Therapeut oder Therapeutin bedeutungsvolle, sorgende und stützende Bezugspersonen, "significant caring others" (*Scharfman*, 1989), die, internalisiert, zum "inneren Beistand" (*Petzold & Orth*, 1994) werden können.

Um die Ansprüche schwer persönlichkeitsgestörter Patienten an die Beziehung in den von ihnen aufgrund dysfunktionaler Strukturen konstellierte, oft unvermeidlichen "Beziehungstests" und Reinszenierungsversuchen erfüllen oder handhaben zu können, braucht der Therapeut personale und klinische Kompetenz und Performanz zum Umgang mit Widerstand, problematischen Volitionsprozessen, Übertragungen, Gegenübertragungen und seinen Eigenübertragungen, d. h. für die Beziehungsarbeit. Wir differenzieren hierbei Arbeit an der Übertragung / in der Übertragung, durch die Übertragung sowie Arbeit an der Beziehung / in der Beziehung und durch die Beziehung (*Rahm, Otte, Bosse & Ruhe-Hollenbach, 1993*). Negative Übertragungen sind auf den Therapeuten (die Gruppe, die Institution) bezogene, aktivierte maligne/defizitäre Beziehungsnarrative bzw. -schemata. Positive Übertragungen sind entsprechend aktivierte positive Erwartungen und benigne Schemata. Meist sind Übertragungen beider Kategorien wirksam, und das kann z. B. zu Kipphänomenen, zu Idealisierungen und Entwertungen führen. Vernachlässigt oder ignoriert der Therapeut - bewußt oder unbewußt - "Übertragungs- oder Widerstandsphänomene", so verletzt bzw. negiert er das Wirkprinzip der "*prozessualen Aktivierung*", das besagt, daß in der Regel nur prozessual stattfindende, unmittelbare Erfahrungen veränderungswirksam sind. Er hat dann z. B. die Befürchtungen oder Hoffnungen nicht zu unmittelbaren Erfahrungen von "vitaler Evidenz" werden lassen. Dadurch verschenkt er das veränderungswirksame Potential der Beziehungsarbeit mit Übertragungen, Widerstand, Volitionsprozessen. Beziehungs-, Übertragungs-, Widerstands- und Willensarbeit sind immer Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Es gibt in ihr nur wenige von der Therapiebeziehung unabhängige Themen. Einsatz für eine vertrauensvolle, tragfähige Beziehung ist unvereinbar mit Konfliktvermeidung. Die Beziehung mag tragfähig wirken, sie wird es aber erst mit durchlebten und durchgestandenen Konflikten. Patienten benutzen, wenn die Therapiebeziehung selbst für sie konflikthaft wird, oft - keineswegs immer - die dysfunktionalen Varianten ihrer mitgebrachten Strukturen und Strategien, z. B. Vermeidung, Rückzug, Kontakt-, ja Therapieabbruch, oder sie wagen *Beziehung* erst garnicht und die Therapie besteht dann aus einer Folge von *Kontakten*. Um latente Konflikte frühzeitig konstruktiv zu nutzen, muß die

Therapiebeziehung selbst immer wieder thematisiert werden, muß Raum gegeben werden zum Erlernen von Konflikt- und Beziehungsfähigkeit. Konflikte sind Risiko und gleichzeitig zentrale Chance für die Therapie. Patienten sollten ohne negative Folgen ihre Vorbehalte und Zweifel, Ärger und Wut, Angst und Vorwürfe ausdrücken können. Das heißt aber nicht, daß Therapeuten geduldig alles "schlucken" und ihre eigenen Emotionen abwehren sollen. Die Chance für Patienten ist ja, wahrnehmen zu lernen, wie ihr Konfliktverhalten auf ein reales Gegenüber wirkt, wie es zu konstruktiven Auseinander-setzungen kommt, nach denen man sich wieder zusammen-setzen kann, um Konfliktfähigkeit zu entwickeln. Sie können oft erstmals erfahren und lernen, daß Zuwendung, Solidarität, ja Zuneigung und Liebe weiterbestehen, auch wenn ihr Gegenüber einmal ärgerlich ist, Grenzen zieht, an Grenzen stößt, Fehler macht und sie eingesteht, konfrontiert und beharrlich ist. Auch das sind *korrektive* oder *alternative* emotionale Erfahrungen, die strukturbildend wirken und damit Strukturgefüge verändern, modulieren können. Dazu brauchen Therapeuten Introspektions- und Resonanzfähigkeit, was ihre eigenen Anteile an Konflikten betrifft, die häufiger sind, als gern angenommen wird (z. B.: Was macht mir Angst, was lehne ich ab, wo will ich pushen?). Fehlende Konfliktfähigkeit bei Therapeuten kann nicht durch Techniken überdeckt oder ersetzt werden. In Supervision und Kontrollanalysen müssen deshalb Eigenübertragungen kontinuierlich bearbeitet werden (*Petzold, 1993a*). Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, müssen Therapeuten sich einlassen können, ohne sich selbst (und damit den Überblick) zu verlieren. Sie müssen sich engagieren können, ohne involviert zu werden, durch das Einlassen auf sich selbst, auf den Patienten, die Inhalte des Geschehens, die Interaktion. Im Wechselspiel zwischen *Zentrität* und *Exzentrität* entsteht so eine therapeutische Haltung, die wir als so *partielles Engagement* (*ebd., 1980*) bezeichnen.

Die Therapiebeziehung muß in allem, was getan wird, bewußt oder zumindestens mitbewußt im Blickfeld des Therapeuten sein. Ihre augenblickliche Qualität zeigt sich atmosphärisch und szenisch (d. h. verbal, nonverbal und periverbal) und nicht in einem ausschließlich kognitiv oder verbal gesetzten Fokus.

Die *Abschlußphase der Therapie* hat ihre eigenen, für die Therapiebeziehung relevanten Ziele im Hinblick auf Ablösung und Abschied (*Rahm et. al., 1993*). Wenn die Beziehung bisher so vernetzt war mit allen Inhalten der Therapie, so ist sie es auch in der *Abschlußphase*, und ein gelingender *Abschluß* ist Teil einer gelungenen Therapiebeziehung. Es muß Auseinandersetzung stattfinden über folgende Themen und Fragen:

- Die eventuell unterschiedlichen Vorstellungen über den Zeitpunkt des Therapieabschlusses, und die Gründe dafür;
- Erreichtes und nicht Erreichtes und dessen subjektive Bedeutung für den Patienten. Die Therapiebeziehung ist wesentlicher Teil dieser Bilanz. Gibt es Enttäuschungen, die sich auf sich selbst, den Therapeuten oder auf die Therapiebeziehung richten?
- Kann der Patient den Prozeß alleine fortführen? Wie stellt er sich seine weitere Entwicklung vor? Hat er nun Krisenstrategien zur Verfügung, die die Therapiebeziehung erübrigen?
- Themen, Strukturen und Erinnerungen, die durch ihre Affinität zur Trennungsphase nochmals aktualisiert werden: Verlust, Trennung, Trauer, Loslassenkönnen und Abschiednehmen, Angst vor der Zukunft. Durch die motivierende Kraft der Trennungsphase können zuweilen bisher nicht gewagten Schritte möglich werden und bisher vermiedene, eventuell noch nie eingebrachte Themen bearbeitet werden.

2.2.3 "Wege der Heilung und Förderung", Modalitäten und Tiefungsebenen - methodenbezogene Ziele

Die therapeutische Arbeit verläuft in der Integrativen Therapie orientiert an der Heuristik der "Vier Wegen der Heilung und Förderung" (*Petzold, 1996a*), verschiedener Modalitäten des Vorgehens, spezifischer Strategien der Behandlung und zielt dabei ab auf die Realisierung von 14 Wirkfaktoren. Überall spielen korrektive und alternative emotionale Erfahrungen in Klimata "*prozessualer Aktivierung*" eine unverzichtbare Rolle.

Therapieprozesse dienen der Bereitstellung salutogener und pathologievermindernder, strukturbildender Erfahrungen und wenn dies ein so zentrales Therapieziel ist, so muß präzisiert werden, welche Subziele solche strukturorientierte Arbeit verfolgt. Das führt zu den *methodenbezogenen Zielen*. Sie stehen auf dem im vorausstehenden *Exkurs (2.2)* knapp skizzierten theoretischen Hintergrund eines psychophysiologisch begründeten Modells *konfigurierter Informationsverarbeitung* (und die bezieht immer kognitiv-emotional-volitiv-

aktionale Aspekte ein). Für die Praxis ergeben sich daraus folgende methodenbezogenen Ziele, die alle dem Wirkprinzip der "*prozessualen Aktivierung*" folgen:

- Patienten werden ganzheitlich auf allen Ebenen von Perzeption und Expression, von Wahrnehmung, Verarbeitung und Handlung (*WVH*) angesprochen: der leiblich-sinnlichen, atmosphärischen, emotionalen, kognitiven und interpersonalen Dimension wird gleichwertig Raum gegeben in zentrierter Achtsamkeit (*awareness*) und exzentrischer Aufmerksamkeit (*consciousness*), damit sie sich als *Synergem* in der unmittelbaren Erfahrung des Subjektes entfalten können. "Aktivierte Strukturen" werden so in ihrer Multidimensionalität bzw. Transversalität zugänglich. Auf einzelne Ebenen - wie die kognitive, die emotionale, volitive oder motorische - wird situationsspezifisch und prozeßfördernd fokussiert. Neue korrektive oder alternative Erfahrungen treten multidimensional in unmittelbar ablaufenden *WVHs* auf und können so in Emergenzprozessen multi- oder transdimensionale - d. h. neue überschreitende, übergreifende Qualitäten, "*Transqualitäten*" als Emergenzien (*Petzold et al., 1997; ebd., 1995, S. 555*) freisetzend - *strukturbildend* wirken und *Strukturgefüge* beeinflussen. Das ganzheitliche Erleben und Erfahren fördert die Festigung neuer Strukturen.
- Lebensgeschichtliche Erfahrungen und Ereignisse aus dem gegenwärtigen Kontext, die über "aktivierte Strukturen" bewußtseinsfähig werden, werden situationsspezifisch mit in die unmittelbaren wachbewußten und ichbewußten Erfahrungen (vgl. *Petzold, 1991a, S. 240*) des Patienten gebracht, geteilt und bearbeitet.

Exkurs: Modalitäten des Vorgehens:

Im Vorgehen "*von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen*" vereinigt die Integrative Therapie also gegenwarts- und vergangenheits- und zukunftsorientierte Therapie und intendiert Synergien der Potentiale psychodynamischer, humanistischer, systemtherapeutischer, soziotherapeutischer und kognitiv-behavioraler Therapieansätze. Verschiedene "*Wege der Heilung und Förderung*" (*Petzold, 1988b*) und verschiedene *Modalitäten* des Vorgehens kommen dabei situations- und indikationsspezifisch und auch vernetzt zum Einsatz. Der Integrative Ansatz

der Therapie verfügt über ein breites behandlungsmethodisches Instrumentarium, mit dem die aus der Analyse von **Probleme**, **Ressourcen** und **Potentialen** ko-respondierend erarbeiteten Ziele realisiert werden können (*Petzold*, 1993b, S. 1332).

Seit Anfang der siebziger Jahre wird - unabhängig von *Lazarus* - ein **“multimodales” Vorgehen** praktiziert (*Petzold*, 1974, *van der Mei et al.*, 1997), und theoretisch und methodisch entwickelt, in dem in einer *übungsorientiert-funktionalen Modalität* mit modernen Relaxationsmethoden, Lauftherapie, Biofeedback etc. gearbeitet werden kann, um z. B. eine vorgefundene *stress physiology* in Richtung einer *wellness physiology* zu verändern (ebd.). In einer *erlebnisorientiert-stimulierenden Modalität* wird mit kreativen Medien und Methoden (*Petzold & Orth*, 1990; *Hausmann & Neddermeyer*, 1996) an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit mit ihren Strukturgefügen gearbeitet (enlargement, enrichment). In einer *konfliktorientiert-aufdeckenden Modalität* (*Petzold*, 1988a, 1993b) werden mit Methoden aus der „aktiven Analyse“, der „Gestalttherapie“, dem „Psychodrama“, den kognitiven Problemlösungsansätzen (*Barthing, Echelmeyer, Engberding & Krause*, 1992) biographische und aktuelle Probleme, dissoziierte und verdrängte Konflikte, d. h. problematische Strukturen bearbeitet. Diese und andere Modalitäten kommen in der *Heuristik der “vier Wege der Heilung und Förderung”* zum Tragen.

Exkurs: Vier Wege der Heilung und Förderung:

Diese “vier Wege” sind nicht hierarchisch geordnet, werden kombinatorisch eingesetzt, ergänzen einander, werden auch selbst entwickelt und ausdifferenziert mit dem und durch den Fortschritt der Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Gegenüber der Darstellung von *Petzold* (1988b) wird der 4. Weg z. B. methodisch weiter ausgebaut. Insgesamt wird neben dem curativen Aspekt der gesundheitsfördernde noch stärker betont. In den „vier Wegen“ zeichnen sich auch Akzente von Grundorientierungen ab. Der 1. Weg nimmt tiefenhermeneutische und kognitionspsychologische Aspekte auf; der 2. Weg tiefenpsychologische, leibtherapeutische und entwicklungstheoretische; der 3. Weg humanistisch-psychologische (experientielle), kreativtherapeutische und kognitiv-behaviorale; der 4. Weg systemische, netzwerktheoretische, kognitiv-behaviorale, soziotherapeutische und gesundheitspolitische. Es können also in jedem

Weg vielfache psychologische Modelle, Methoden und Techniken vor dem multi-, inter- und transtheoretischen Hintergrund Integrativer Therapie (*Petzold et al., 1997*) *störungsspezifisch* und zugepaßt auf die Lebenssituation der Patienten zum Einsatz kommen.

1. Weg: Bewußtseinsarbeit:

Ziele sind Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen nach dem Modell der „hermeneutischen Spirale“ (*Petzold 1991a, S. 123-147*). Fortschreitend vom multidimensionalen *Wahrnehmen* im unmittelbaren Erleben zum *Erfassen* von Bezügen zu Aktuellem und Vergangenen, zum *Verstehen* von Auswirkungen und wirksamer Strukturen, zum Erklären-können und Verändern in der Neuorientierung. Im Sinne "vitaler Evidenz" verbinden sich leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht, auf der Grundlage von konkreter Bezogenheit in "*prozessualer Aktivierung*", um neue Strukturen zu bilden und Strukturgefüge zu modulieren.

Modalität: konfliktzentriert-aufdeckend *Methoden* und *Techniken*: störungsspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

2. Weg: Nachsozialisation, Parenting/Reparenting, emotionale Differenzierungsarbeit:

Regressionsorientierte Arbeit im Sinne dieses zweiten Weges, die Grundvertrauen bekräftigt und defizitärer Strukturen (z. B. emotionale, volitionale, kognitive Defizite) durch korrigierende oder alternative Erfahrungen zu kompensieren trachtet, ist in gewachsener, tragfähiger Beziehung indiziert, wo nicht Regression ein Form der Abwehr ist, sondern *aktivierte* maligne, defizitäre, aber auch benigne *Strukturen* und entsprechende Erinnerungen zum Tragen kommen. Unter Einbezug zwischen-leiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation wird besonders an dysfunktionalen "emotionalen Stilen" bzw. Strukturen/Schemata (*Petzold, 1992a, S. 835 ff.*) gearbeitet. Defizite emotionaler Sozialisation können durch "emotionale Differenzierungsarbeit" angegangen werden, negative Grundstimmungen werden durch Übungen und "Umstimmungen" angegangen (ebd.). Führt die Regression in Annäherung an frühe Relikte aus der Säuglingszeit, so kommen die genetisch disponierten, typisierten Muster des "Intuitive parenting" (*Papoušek, Papoušek, 1981*) zum Tragen. Parentingmuster für die Kleinkindzeit sind nicht mehr typisiert und als "sensitive caregiving" bekannt (*Vyt, 1989; Petzold et al., 1994*). Jeder benignen Regression folgen Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug, mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten, z. B. im Self-Parenting, der Selbstregulation, der Entwicklung des Selbst (*Bermúdez et al., 1997*). Außerdem dürfen Parentingstrategien keineswegs nur auf das frühe Milieu begrenzt werden. Auch Adoleszente brauchen Eltern, und Erwachsene sind gut beraten, wenn sie einen väterlichen Freund oder eine mütterliche Frau bei schwierigen Lebenssituationen konsultieren können. Dabei nimmt der Therapeut unterschiedliche Rollen und Funktionen ein, keineswegs nur elterliche (*Petzold, Orth, 1998b*). Zumeist jedoch verkörpert er kompetente, erwachsene Schutz-, Pflege- und Bezugspersonen in aktualisierten Situationen fehlenden Beistandes oder in der Aktivierung früherer guter Milieus und anderer Ressourcen.

Eine von uns durchgeführte katamnestiche Studie (*Petzold & Sieper, 1993, S. 223*) zeigte, daß von Patienten nicht das Aufdecken verdrängter Traumata und Defizite als heilsam erlebt wurde, sondern die positive Zuwendung, die damit einherging, und die Regressionen, die zu positiven Erfahrungen hinführten.

Modalitäten: konfliktzentriert-aufdeckend oder erlebniszentriert-stimulierend - *Methoden* und *Techniken*: Störungsbildspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung:

In multipler Stimulierung werden alternative Erfahrungsmöglichkeiten bereitgestellt, z. B. mittels Bewegung, Spiel, kreativen Medien, kommunikativer Förderung, die die Selbstwahrnehmung aus der Ressourcenperspektive entwickeln und so das Ressourcenpotential vergrößern, Ressourcennutzung verbessern, Selbstwirksamkeitserwartung und Bewältigungskompetenzen (Petzold, 1997a) und neue Strukturbildung fördern, so daß sie persönliche Strukturgefüge erweitern und verändern können.

Modalitäten: erlebniszentriert-stimulierend oder übungszentriert-funktional - *Methoden und Techniken:* Störungsbildspezifisch, zugepaßt auf die Lebenssituation.

4. Weg: Alltagspraktische Hilfen und Förderung von Solidaritätserfahrungen:

Dieser Weg unterfängt die Arbeit in den übrigen drei Wegen durch die solidarische Haltung des Therapeuten, durch sein engagiertes Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist. Damit dies nicht nur eine sozialpolitische Haltung ist, eine Deklaration gesundheitspolitischen Engagements, gehören hierhin auch alltagspraktische Hilfen, z. B. initiierte und begleitete soziotherapeutische Maßnahmen bei akuten Belastungen und schwierigen Lebenslagen, die oft prioritär sind, und die Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme. Der Integrative Ansatz hat stets großen Wert auf Soziotherapie (Petzold, 1997b) Wohngemeinschafts- und Selbsthilfeprojekte (Petzold & Vormann, 1980; Petzold & Schobert, 1991) gelegt und Instrumente der Netzwerktherapie, Projektarbeit und des Gesundheitscoachings entwickelt. Grundlegend ist hier der Ansatz des "sozialen Sinnverstehens" (Metzmacher, Petzold, Zaepfel, 1995; Petzold, 1995, S. 171), der "sozialen Empathie" (ebd., S. 242), ein Erfassen der Situation des Patienten im Netzwerk, der Situation des Netzwerks und seiner Strukturen, der sozioökologischen Gegebenheiten durch Akte "sozialperspektivischer Identifikation" und des Ermöglichens "wechselseitiger Empathie" (ebd.). Therapieziele, die aus dieser Matrix erwachsen, kommen unmittelbar im sozialen Raum und in alltagspraktischen Hilfen zum Tragen.

Modalitäten: Konflikt- und erlebniszentriert. - *Methoden und Techniken:* Hier wird auf das Instrumentarium sozial-kognitivistischer bzw. behavioristischer Ansätze genauso zurückgegriffen wie auf Strategien aus "social casework" bzw. "casemanagement" oder aus der Soziotherapie.

Kognitiv-behaviorale Methoden wie Habituationstrainings, Konfrontation, Selbstmanagement, sind in die Wege 1, 3 und 4 integriert, je nachdem, ob sie konfliktzentriert, übungszentriert oder ressourcenorientiert gewichtet sind.

1. und 2. Weg erfordern ausreichende Ich-Stärke und Stabilität der Identität. Sie dürfen nicht zu Destabilisierungen führen. 3. und 4. Weg werden immer genutzt, und nicht nur bei Patienten, die vorwiegend stützendes Vorgehen erfordern.

Neben den 4 Wegen und 3 Modalitäten ist die therapeutische Arbeit durch **4 Tiefungsebenen** gekennzeichnet. Sie repräsentieren Intensitätsstufen der Struktur- und Erfahrungsaktivierung (Petzold, 1996a; Rahm et. al., 1993):

1. Ebene der Reflexion

2. Ebene des Bilderlebens und der Affekte
3. Ebene der Involvierung
4. Ebene der autonomen Körperreaktionen

Es gilt hier nicht die Regel: je tiefer, umso veränderungswirksamer! Vielmehr geht es darum, das Potential jeder Ebene prozeßorientiert optimal zu nutzen.

Diese Wege, Modalitäten und Tiefungsebenen werden so eingesetzt, daß sie im Zusammenwirken die Realisierung der individuell gesetzten Grob- und Feinziele unterstützen. Dabei kommen - flexibel gruppiert über die 4 Wege und die Modalitäten - therapeutische Wirkfaktoren zur Anwendung, die die Integrative Therapie therapeutischen Prozessen insgesamt zugrunde legt:

2.2.4 Die 14 therapeutischen Wirkfaktoren

Diese Faktoren seien hier unkommentiert aufgeführt (vgl. *Petzold*, 1993c). Sie werden von Therapeuten in unterschiedlichen Gewichtungen prozessorientiert eingesetzt (*Brumund, Märtens*, 1998).

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d. h. "persönlicher Souveränität"
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

Diese Faktoren sind instrumentell für übergeordnete *Strategien* wie:

- Vermittlung korrektiver bzw. alternativer interpersonaler Erfahrungen
- Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs- und Bewältigungserfahrungen
- Prozessuale Aktivierung
- Förderung von Ressourcen, Ressourcen-Kompetenz und -Performanz

2.2.5 Therapiebeispiele

Frau G., 35, Mutter von drei Kindern, trinkt heimlich (Abusus), wenn die allgemeine Belastung sich zuspitzt durch Konflikte mit ihrem patriarchalisch-autoritären Mann. Ausgehend von diesen aktivierten aktuellen Konflikten werden Erinnerungen wach an das kleine, verletzte Mädchen, das mit gewalttätigem Vater und Alkoholikerin-Mutter ohne existentielle Sicherheit und Geborgenheit aufwuchs und mit 12 Jahren den Haushalt praktisch allein führen mußte, ohne Dank und Taschengeld und mit ständigen Entwertungen, die letztlich zu Mustern der Selbstentwertung führten. In der unmittelbaren Erfahrung erkennt sie, daß sie heute noch nach denselben Strukturen/Mustern lebt: ständig arbeitet, sich keine Freizeit, Hobbies gönnt und nicht für Mitbestimmung und eigenes Geld einsteht. Als Brücke zu dem kleinen Mädchen, ihrer Kindheit voller Entbehrungen, wählt sie eine Puppe, nimmt sie mit nach Hause und redet über Monate verständnisvoll, stützend und ermutigend mit ihr. In der Arbeit mit Kindheitsszenen weint sie viel an der Brust ihres Mannes, der sequenzweise an der Therapie teilnimmt und für seine Frau Empathie gewinnt. In Rollenspielen verbessern wir ihre kommunikativen Fertigkeiten. Mit Fotos und kreativem Schreiben arbeiten wir an einer Verlusterfahrung, dem Tod ihres Lieblingsbruders, seit dessen Tod sie trinkt. Er und die Patentante waren die einzigen Menschen, von denen

sie sich als Kind geliebt fühlte (fixiertes Narrativ: Alle anderen Menschen lehnen mich ab, ich bin nichts wert!). In Imaginationen besuchen wir diese Tante wieder, aktivieren sie als „inneren Beistand“. In vereinbarten Schritten reduziert die Patientin ihre Haushaltsarbeiten, schafft sich klar gesetzte Entlastungszeiten, organisiert sich eigene Ferien und eine kleine Verdienstmöglichkeit. Ihre nächste Freundin beziehen wir in die Rückfallprävention mit ein. Bei Rückfällen kann sie auch dem Therapeuten gegenüber zuerst nicht ehrlich sein. Zwei Puppen helfen hier weiter: eine ehrliche (Teddy) und eine, die nicht ehrlich sein kann und ihre Gründe dafür hat (Clown). Die wertschätzende Haltung des Therapeuten, seine nicht strafenden Konfrontationen können angenommen und verinnerlicht werden, d. h. sie tragen zur Ausbildung neuer Strukturen bei. Langsam wächst sie in die Rolle (neue Schemata) einer souveräneren, erwachseneren Frau hinein, die für sich einstehen kann. Sie gewinnt Exzentrizität zu den Strukturen der eigenen Verletztheiten und Defizite, wendet sich diesen Seiten ihrer Persönlichkeit jedoch liebevoll zu, ohne Selbstentwertungen, und kann sie langsam integrieren. Die Anbahnung und Festigung neuer, funktionaler *Strukturen/Schemata* geschieht durch die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Anregungen über kreative Medien, durch die Hinwendung zu den dysfunktionalen Schemata und ihrer Entstehungsgeschichte und den Aufbau positiver *selbstreferentieller* Emotionen, Kognitionen und Handlungsmuster. Vier Monate nach Therapiebeginn hat sie den letzten Rückfall. Nach sieben Monaten wünscht sie eine eigene Bankomatkarte. Dann verbietet ihr Mann mit unklaren Argumenten weitere Therapie und ein mühevoller Auseinandersetzungs- und Durchsetzungsprozeß beginnt.

Herr R., 50, Beamter. Seit er 18 war, hat er "täglich Migräne", Streßgefühle und Schlafstörungen. Jeden Monat liegt er einige Tage mit Infektionen im Bett, körperlich wirkt er gespannt, verbunden mit einem alexithymen Emotionsstil (Petzold, 1992a, S. 836). Es liegt eine deutliche „Streßphysiologie“ vor (van der Mei, Bosscher, Petzold, 1997). Deshalb arbeiten wir mit Übungen zum leiblichem Nachspüren (awareness training, Brooks, 1979) und dem Integrativen Entspannungsverfahren der „Isotorik“ (Petzold, 1974, Voutta-Voß, 1997), das muskuläre, respiratorische und mentale Ansätze der Relaxation verbindet und Imaginationsmethoden

einsetzt. In einer Imagination sieht Herr R. sich als Holzfaß, das einen stärkeren Metallreif braucht, um nicht zu platzen. Dann kommen Zwerge, lösen den Reif, der in eine Waldlichtung hüpf und sich in die Sonne legt. In einer anderen Imagination sieht er eine alte, lebenslang lastentragende, krumme Tessinerfrau, für alle Ratschläge unempfänglich - Muster aus seiner normierenden Familie mit ihrer überstrengen Leistungsorientierung. Solche Szenen übersetzen wir ins „korrektive“ psychodramatische Spiel (*Petzold*, 1979) und planen Lernschritte für den Transfer in seinen Alltag. Nach und nach reduzieren wir sein die ganze Freizeit füllendes Pflichtenheft und ersetzen etliche Pflichten durch Freuden: er entdeckt das Kasperltheater-Spielen für seine kleinen Töchter und für Schulanlässe. Der Therapeut aktiviert Muster des Gewährens, der Nachsicht gegenüber sich selbst. So kann Herr R. beginnen im Büro Gegenstrategien zu seinen zwanghaften Persönlichkeitsstrukturen zu trainieren, z. B. durch Zuspätkommen, zuweilen legt er die Beine aufs Arbeitspult. Er findet im Curling ein Hobby. Kauft sich eine Videokamera. Aktuelle Konfrontationen mit seinem erwachsenen Sohn werden im Rollenspiel vorbereitet. Nach 8 Monaten hat er nur noch ca. einmal pro Monat Migräne. Schemata der Konfliktvermeidung treten jetzt ins Zentrum. Durch sie macht er sich sehr viel Druck. Wir arbeiten an Konflikten in seiner Ehe. Im szenischen Spiel zeigt sich z. B., daß er im Bett ganz am Rand liegt, mit untergezogenem Arm, um seine Frau ja nicht anzustossen und zu wecken. Hier experimentieren wir mit expansiven Alternativen, immer verbunden mit leiblichem Spüren, seinem einzigen Zugang zu seinem inneren Druck. Das wird ergänzt durch konkretes Training von neuen funktionalen Kommunikationsmustern bei Konflikten. Allmählich hören seine Schlafstörungen auf. Durch integrative Imaginationsarbeit (*Katz-Bernstein*, 1990; *Signer-Brandau*, 1986) findet das komplexe (neuronale und mentale) Unbewußte (*Perrig et al*, 1993) über die innere Bilderwelt zu neuen, funktionalen Schemata in Bildern, Szenen und Atmosphären. Werden so geöffnete Türen genutzt und im leiblichen Nachspüren, emotionalen Durchleben, kognitiven Durchdenken und im Alltagstransfer volitiv gefestigt, so findet neue Strukturbildung als Veränderung des persönlichen Strukturgefüges, aufgrund der *Synergie* all dieser Potentiale statt.

Die Beispiele zeigen den Reichtum an kreativen methodischen Ansätzen, in denen die „vier Wege der Heilung und Förderung“, die „vier Modalitäten“, die „14 Wirkfaktoren“ entsprechend den erarbeiteten Zielen umgesetzt werden.

3. Informed Consent

Aufgrund *erlernter* oder *funktionaler* Hilflosigkeitsstrukturen, aber auch der faktischen Machtstrukturen des therapeutischen Settings (*Petzold & Orth*, 1998a) neigen Patienten in der Psychotherapie dazu, Ziele und Mittel zu akzeptieren, deren Sinn ihnen nicht verständlich ist, zu denen sie nicht intrinsisch motiviert sind, oder sogar Prozeduren mitvollziehen, deren Ziele sie nicht gutheissen und die ihnen sogar unangenehm sind, wie *Freud* dies im Kontext der "Grundregel" sogar vom Patienten verlangte (vgl. *Gröbelbauer et al.*, 1998). All dessen sind sich viele Patienten oft nicht klar bewußt. Hier kann sich eine zur Struktur verdichtete Geschichte von Entfremdung, Fremdbestimmung, Hilflosigkeit etc. mit dem Therapiebeginn und durch die Therapie weiter verfestigen, wenn Therapeuten dieses Patientenverhalten verkennen, bestärken oder gar ausnutzen. So werden ohne Diskurs Patienten auf die Couch gelegt, Beziehung und Blickkontakt langfristig verweigert, oder es wird nur im „Hier und Jetzt“ gearbeitet, nur in der Problemperspektive, nur vergangenheitsorientiert gearbeitet, oder Vergangenes wird prinzipiell ausgeklammert, es wird nur auf Kognitionen oder auf Emotionen fokussiert etc. Menschenbild, Therapietheorie, Basiskonzepte, Metaziele des Verfahrens werden nicht offengelegt, obwohl der Patient nach ihren Vorgaben beeinflusst oder gar - wie es z. B. die Psychoanalyse beansprucht - in seiner *Persönlichkeitsstruktur* verändert werden soll. Der Integrative Ansatz hat keinen so weitreichenden Anspruch, affirmiert aber, daß der Patient über all diese Positionen informiert werden muß: über Grundannahmen, Ziele und Methoden, über Risiken und Nebenwirkungen, so daß die Therapie auf Konsensprozessen gründen kann. Mit nicht-informierendem Vorgehen wird von Anfang an eine *Ziel-Mittel-Divergenz* induziert: Meta- und Grobzielen wie Mündigkeit, Autonomie, Selbstregulation, Introspektionsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit etc. wird - bis hinunter zum Einsatz von Methoden, Medien, Techniken, bis in die kleinsten

Interventionen also - entgegengearbeitet, anstatt sie in der interventiven Praxis zu unterstützen. In der Integrativen Therapie versuchen wir stattdessen Transparenz und Diskurs so zu gewährleisten, daß "Mitwirkung aus Konsens" an jeder Stelle des therapeutischen Geschehens möglich ist und eine gezieltes "empowerment" des Patienten erfolgt (ebd.). Im Integrativen Ansatz wurde mit dem *Ko-respondenzmodell* (Petzold, 1978) erstmalig eine Theorie und praktische Konzeption vorgelegt, durch die Konsensprozesse und Kooperation gezielt gefördert werden können. Das betrifft auch den "*informed consent*", die "informierte Übereinstimmung" des Patienten, was die Art, Risiken, Methoden, Ziele und Leitgedanken anbelangt (Faden & Beauchamp, 1986; Beauchamp & Childress, 1989; Koch, Reiter-Theil, Helmchen, 1996), und mehr noch, die therapeutischen Grundannahmen des Verfahrens, seine Ideologien und die prozessuale Umsetzung von Zielen in der Therapie. Konsensprozesse, "informed consent" werden damit als integraler Bestandteil des Therapieprozesses gesehen und nicht auf die Initialphase (Reiter et al., 1992) der Therapie beschränkt und zentriert. Übereinstimmungen - z. B. in Zwischenbilanzen - werden beständig erweitert und dienen Kompetenz- und Performanzgewinn im Lebensalltag.

Intersubjektivität und Ko-respondenz-Prinzip als Zentrum der Integrativen Therapie (Petzold, 1993, 1996b) bedeuten hier: in der therapeutischen Begegnung und späteren Beziehung werden Therapieziele - vom Erstgespräch an - in intersubjektiver *Ko-respondenz* so thematisiert, daß *Konsens* möglich wird und zu gemeinsam erarbeiteten transparenten *Konzepten* führt, die *Kooperation* im therapeutischen Bündnis begründet (ebd., 1991b). Förderung der Fähigkeit zur Zielbildung, -realisierung und der dazugehörigen Kompetenzerwartungen ist ein persönlichkeitsbezogenes Hauptziel, und es kann nur kongruent mit dem Therapiegeschehen umgesetzt werden, wenn der Miteinbezug des Patienten bei der Zielbestimmung selbst ein zentrales Therapieziel wird.

Es gibt allerdings Ziele, deren Thematisierung in der Initialphase der Therapie die Tragfähigkeit des Patienten und der Beziehung überfordern und gefährden würden: Ziele, die sich auf ich-synthone Symptome beziehen, stark dissoziierte Kognitionen, Emotionen und Handlungen (z. B.

introspektives Erfassen eigener Anteile an interpersonellen Konflikten, dependenten Strukturen, etc.). Hier ist aufgrund der klinischen Einschätzung eine entsprechende Dosierung und Handhabung der Information erforderlich, eine "selektive Offenheit", die zu erreichen ein wichtiges Therapieziel ist, denn zu einem späteren Zeitpunkt der Therapie kann anhand gerade dieser "schwierigen" Themen die Konflikt- und Beziehungsfähigkeit des Patienten wesentlich gefördert werden.

4. Stabilität der Therapieziele im Behandlungsverlauf

Das individualisierte "*therapeutische Curriculum*" enthält eine gleichzeitig differenzierte und flexible Zielhierarchisierung und führt damit zu Fokusbildungen - und das nicht nur in Fokaltherapien. Der Theorie und Praxis der Fokalisierungen wurde im Integrativen Ansatz besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Auf die entsprechenden Publikationen muß verwiesen werden (*Petzold, 1993a; Heini, 1997; Metzmacher, Petzold & Zaepfel, 1995*). Foki werden immer wieder neu gebildet oder zumindestens doch neu positioniert. Das offene und halboffene Curriculum bietet für die Behandlung eine "hinlängliche Flexibilität". "Linie und Flexibilität" ist das Motto der Behandlung. Im Therapieprozess auftauchendes Material kann durch das Curriculum eingeordnet und reflektiert werden auf dem Theorie- und Anamnesehintergrund, durch den es abgesichert ist. Andererseits bietet es Elastizität durch die Wahlmöglichkeiten von Mikro- und Mesofolien. Drei Dimensionen im Prozeß sind zu differenzieren:

(1) Das, soweit dies immer möglich ist, ko-respondierend per Konsensbildung zustandegewonnene therapeutische Curriculum, als "Ensemble handlungsleitender Konzepte" bezeichnen wir als *Trajekt*. Diese Verlaufsdimension bestimmt die bewußte, intendierte Streckenführung des Therapeuten (*Petzold, 1996a, S. 229f., 1992a, S. 616*).

(2) Der Patient seinerseits steht unter Einflüssen aus seinem aktuellen Umfeld, aus Biographie und Therapie, die seine Intentionen, Motivationen, Volitionen und Handlungen bewußt und unbewußt mitbestimmen und sich auf den Fluß relevanter Themen von Sitzung zu Sitzung auswirken. Diese Verlaufsdimension nennen wir *Pfadverläufe* oder *Viationen des Patienten*.

(3) Der Therapeut steht seinerseits auch im Einfluß von Variablen aus seinem Umfeld, seiner Biographie und seinem Erleben des Therapieprozesses, die unbewußt und bewußt seine Arbeit mitbestimmen: wir sprechen von *Viationen des Therapeuten*. Die im Therapieplan/Curriculum vorgezeichnete Streckenführung/Linie (*trajectory*) dient als Korrektiv für Flexibilitäten in Viationen des Therapeuten und beeinflusst auch die Viationen des Patienten. Die drei Verlaufsdimensionen müssen zugunsten des Patienten in grösstmögliche *Synergie* gebracht werden, anstatt sich zu behindern.

Würde der Therapieplan unflexibel abgehakt, so würde regelmässig neben der unmittelbaren Erfahrung des Patienten an seinen gerade relevanten Themen vorbeitherapiert. Wirkfaktoren wie "prozessuale Aktivierung" blieben dann ungenutzt. Würde andererseits auf Planung verzichtet und einzig dem Pfadverlauf des Patienten gefolgt (wie etwa in der Gestalttherapie oder bei *Rogers*), so würde die differentialdiagnostisch erhobene Information nicht handlungsleitend genutzt werden.

Gerade wenn Therapeuten auf unverhofft auftretende Belastungen, aktivierte Strukturen oder bereitstehende Ressourcen elastisch und prozessaktivierend eingehen im Sinne der Ziele des Therapieplans/Curriculums, kann solche *Synergie* entstehen.

Elastizität (*Ferenczi*, 1927/28) bedeutet aber auch, die vorher gesetzten Ziele auch modifizieren zu können, wenn es im Therapieverlauf aufgrund von Zwischenevaluationen angezeigt ist (z. B. bei Rückfällen, Suizidalität, Verlusten, oder bei Symptomen, die erst im Therapieverlauf anvertraut werden können).

Die im "therapeutischen Curriculum" bzw. im Therapieplan vereinbarten Therapieziele können wie ein Rückgrat verstanden werden, gleichzeitig haltgebend und flexibel, um das Vorwärtsgen zu optimieren.

Therapeutische Curricula sind daher halboffen, mit variabler und polyvalenter Zielstruktur, sie sind *systematische Heuristiken* (*Petzold*, 1988a, S. 206 ff., 1992a, S. 612).

Die drei Verlaufsdimensionen: Trajekt, Viationen des Patienten und Viationen des Therapeuten, bilden *zusammen* den Therapieprozess. Dieser schreitet zuweilen auf Umwegen, Doppelspuren und mit Rückschritten voran. Gleiche Themen kehren oftmals wieder, an gleichen Grob- und Feinzielen wird bei

zunehmender Bewältigung und Kompetenz wiederholt gearbeitet. Dies gibt dem Therapieprozess einen *spiralig progredierenden* Verlauf, der sich auf die gesteckten kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Meta-, Grob- und Feinziele zubewegt. Die Mühen der fortwährenden ko-respondierenden Abstimmung der Variationen und des Trajektoriums auf der Grundlage von theoretischer Reflexion, methodischer Intervention und engagierter Beziehungsarbeit sind unumgänglich.

5. Operationalisierbarkeit und Operationalisierung der Therapieziele in der Integrativen Therapie

Ein sinnvolles psychotherapeutisches Handeln ohne Ziele ist unmöglich. Zielsetzungen dienen der Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die für eine erfolgreiche Behandlung erforderlichen Probleme und Zusammenhänge und dadurch einer Reduzierung von Komplexität. Sie motivieren Patienten, Angehörige und Therapeuten, konkrete therapeutische Handlungsstrategien für das Erreichen von Zielsetzungen zu entwickeln. Zielsetzungen legen vor dem Hintergrund von Kontextgegebenheiten, **Problemen**, **Ressourcen** und **Potentialen (PRP)** Rahmenbedingungen für das psychotherapeutische Geschehen fest. Sie dienen zur Begründung und Orientierung der psychotherapeutischen Intervention. Die Analyse von Problemen, Ressourcen und Potentialen, die jeder Zielformulierung vorausgeht, die Zielbestimmung, Methoden- und Strategiewahl, die therapeutische Umsetzung, Prozeßbeobachtung und Evaluation sind ein dynamisches Geschehen.

Ziele haben immer einen Primat über die Methoden der Therapie (vgl. *Petzold*, 1988). Im Laufe des Behandlungsprozesses werden Ziele, Methoden und Wirkungen immer wieder mit den Patienten (soweit dies möglich ist) evaluiert und Entwicklungen im Prozeß sowie neuen Situationen, wo erforderlich, angepaßt. Dieser Vorgang ist als „*systematische Heuristik*“ und „*hermeneutische Therapie*“ beschrieben worden (*Grawe*, 1988; *Petzold*, 1988, 1992a). Systematisch heuristisch arbeitende Therapeuten müssen über ein breites Wissen an klinischen und sozialwissenschaftlichen Theorien und Forschungsergebnissen verfügen

und ein reiches Repertoire an klinischen Behandlungstechniken und Interventionsmethoden haben, besonders, wenn sie einer methodenübergreifenden Praxis und einem theorie- bzw. konzeptpluralen Ansatz verpflichtet sind (*Petzold, Rodriguez-Petzold, Sieper 1997; Petzold 1998*). Sie geben feste Abfolgen von therapeutischen Behandlungsschritten für eine an der Eigenaktivität und der Entwicklung des Patienten ausgerichteten flexiblen Strategien- und Methodenwahl vor. Dieses systematisch-heuristische „prozessuale“ Vorgehen ermöglicht in der Regel eine hohe „Passung“ in den Therapeuten/Patienten-Interaktionen und eine praxeologische Effizienz sowie den Ausbau der Theorie im unmittelbaren Praxisbezug. Therapiezielfindung und Zieldefinitionen bleiben eine intersubjektive Suchbewegung, eine Folge von Konsensfindungen. Sie beruhen auf einer diskursiven Auseinandersetzung zwischen Therapeut und Patient, für die in der Integrativen Therapie ein eigenes Prozeßmodell entwickelt wurde, das „Ko-respondenzmodell“, in dem zwischen Therapeut, Patient und gegebenenfalls noch anderen an der Behandlung beteiligten „professionals“ oder von ihr berührten Netzwerkangehörigen Konsens, Konzepte und Kooperation in Begegnung und Auseinandersetzung erarbeitet wurden (*Petzold, 1978; 1991b; Petzold & Orth, 1998a*). Dabei wird grundsätzlich der „Patient als Partner“ betrachtet vor einer in der Integrativen Therapie spezifisch entwickelten Position „fundierter Partnerschaft“ (*Gröbelbauer, Petzold, Gschwend, 1998*), die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, mastery und positiven Kontrollüberzeugungen, d. h. das erleben „**persönlicher Souveränität**“ (*Petzold & Orth, 1998b*) auch im Therapieprozeß ermöglichen soll, damit hier nicht - wie vielfach der Fall - eine Ziel-Mittel-Divergenz entsteht. Die Probleme der Expertenmacht (*Hitzler, Honer & Meader, 1994*) müssen hierbei reflektiert und die „*doppelte Expertenschaft*“ - die der Patienten für ihre Situation und die der Helfer mit ihrer Professionalität - muß ernst genommen werden (*Petzold & Schobert, 1991*).

Die Offenheit der Heuristik erfordert Transparenz. Der Therapieprozeß muß kommunizierbar und den Patienten, den Therapeutenkollegen sowie der scientific community verständlich zu machen sein. Mit der Etablierung der modernen Klinischen Psychologie und der Psychotherapieforschung in der akademischen Psychologie in den 60er und 70er Jahren und deren

Anspruch an eine wissenschaftliche und empirische Überprüfbarkeit der psychotherapeutischen Methoden wurde eine systematische Erfassung von Problemen, eine klarere Formulierung von Zielen und ihre Evaluation unabdingbar. Die Fragen nach dem Nutzen von Psychotherapie für die seelische Gesundheit der Bevölkerung, nach einer Vermeidung von Schäden für Patienten und nach einer hinlänglichen Wirtschaftlichkeit fordert zusätzlich eine wissenschaftliche Überprüfung und Legitimation der angewandten Methoden und ihrer Hintergrundkonzepte.

Operationalisierungen bieten eine Sprache, die einen Austausch über wissenschaftliche Gegenstände im Prozeß der Falsifizierung von Annahmen, der Theorienentwicklung und der Legitimierung von Psychotherapie ermöglicht. Die Auseinandersetzung zwischen einer einerseits auf Operationalismus und Quantifizierungen, statistischen Meß- und Prüfmethode und andererseits auf Verstehen, Intuition, qualitativen Ansätzen und Ganzheitlichkeitskonzepten bauenden psychologischen Theorien - speziell der psychologischen Diagnostik - ist so alt wie die wissenschaftliche Psychologie und Psychotherapie selbst. Realisierungen von Operationalisierung und der empirischen Gehalt psychologischer Theorien (vgl. *Foppa*, 1984) sind prinzipiell problematisch, da die gewählte empirischen Ansätze den theoretischen Konstrukten gegenüber immer irgendwie beliebig und zufällig sind (ebd.). Einerseits ist die Formulierung von Therapiezielen durch Operationalisierung eine Notwendigkeit für die Begründung und Messung der Intervention. Andererseits markiert dieser Anspruch auch die Begrenzung dessen, was die empirische Psychologie momentan leisten kann.

Operationalisierung eines Merkmals bzw. eine operationale Definition „standardisiert einen Begriff durch die Angabe von Operationen, die zur Erfassung des durch den Begriff bezeichneten Sachverhaltes notwendig sind, oder durch die Angabe der meßbaren Ereignisse, die das Vorliegen dieses Sachverhaltes anzeigen (Indikatoren)“ (*Bortz & Döring*, 1995). Durch Operationalisierung wird festgelegt, welche Handlungen, Reaktionen, Zustände man als eindeutig formulierte Ziele festlegen möchte und wie diese quantitativ erfaßt werden sollen. Ein quantifizierendes Vorgehen in der therapeutischen Praxis ist nur sehr bedingt möglich, da das Messen und Gewichten psychischer Merkmale - zumal noch „in vivo“, im aktuellen Prozeß - entsprechend testpsychologischer Gütekriterien kaum möglich ist. Die

Individuumzentriertheit und der Prozeßcharakter des spezifischen Therapiegeschehen erfordert ein Überdenken der Relevanz der Gütekriterien, wie sie von der klassischen Testtheorie (*Lienert*, 1969) gefordert werden. Der Einsatz standardisierter und operationalisierter Meßinstrumente auf der Einzelfallebene im Therapieprozeß ist schwierig. *Validität*, *Reliabilität* und *Objektivität* sollten entsprechend des Möglichkeitsraumes der Zielbestimmung und ihrer Evaluation eingesetzt werden. Es existieren eine Reihe von Vorschlägen aus der qualitativen Forschung, die eher am humanistischen und sozialwissenschaftlichen Hintergrund von Psychotherapie orientiert sind: *Objektivität* könne durch *Intersubjektivität* und *Validität* durch *Funktionsfähigkeit* ersetzt werden (*Krause Jacob*, 1992; *Lamnek*, 1988). Die starken subjektiven Momente in der Psychotherapie und die Komplexität des Behandlungssettings und der Lebensbedingungen von Patienten verhindern eine exakte empirisch-experimentelle Prüfung von Behandlungen - es sei denn, man nimmt einen erheblichen Reduktionismus in Kauf. Methodische Kriterien für eine saubere Versuchsanordnung können zumeist nicht vollständig erfüllt werden. Als eine angemessene Alternative hierzu kann das Verstehen subjektiver Sinnzuschreibungen und ihre systematische Reflexion bzw. Metareflexion durch die an einem Forschungsprozeß Beteiligten im Prozeßgeschehen angesehen werden.

Operationalisierung etwas weiter gefaßt erstellt eine methodisch beschriebene Relation zwischen zwei Sachverhalten und ermöglicht dadurch konsistente Vergleiche. Eine fundierte Analyse der Bedeutung des zu operationalisierenden Sachverhaltes auf Grundlage der Forschungstheorie, der Therapietheorie und der Metatheorie ist Voraussetzung für jede Operationalisierung. Hierzu wurde in der Integrativen Therapie ein eigener Ansatz einer „sozialwissenschaftlich ernüchterten“ Hermeneutik entwickelt (*Petzold et al.*, 1997).

Therapiezielbestimmung und Überprüfung erreichter Ziele ist für jeden praktisch tätigen Therapeuten ein selbstverständlicher Vorgang, der zum Therapieprozeß gehört. Praktiker bewegen sich dabei zwischen dem Kriterium praktischer Effizienz einerseits und der empirisch-wissenschaftlichen Nachweisbarkeit andererseits (*Breuer*, 1981). Aufgrund

der Komplexität, der Spezifität und des Prozeßcharakters von Psychotherapie hat sich bisher aber noch keine allgemein anerkannte und standardisierte Taxonomie therapeutischer Ziele (*Perrez, 1982*) durchsetzen können. Die Masse an Fragebögen und Ratingskalen, die von Forschern zur einzelfallbezogenen Auswertung in der klinischen Praxis entwickelt wurden, werden von den Praktikern nur zögerlich angenommen. In der Verhaltenstherapie, in der die Problem- und Zielanalyse einen zentralen Stellenwert im Therapieprozeß einnehmen, werden Zielerreichungsskalierungen vorgenommen (*Margraf, 1996; Schulte, 1995*). Therapeut und Patient setzen gemeinsam ganz konkret formulierte Behandlungsziele und schätzen am Ende der Therapie das genaue Ausmaß der Zielerreichung ein. Die hierzu verwendeten Ratingskalen ermöglichen häufig nur eine sehr globale Beurteilung mit Hilfe vorgegebener Kategorien, die individuelle, sehr persönliche Ziele der Patienten meist nicht oder nicht hinreichend erfassen, es sei denn die gemeinsame Zielformulierung und die Erarbeitung der Ratinginstrumente seien in einem Prozeß erfolgt. Die Sinnhaftigkeit einer Zielverhandlung dieser Art für den Patienten ist allerdings fraglich (vgl. *Krause Jacob, 1992*). Individualisierte Zielerreichungsskalierungen, wie das Goal Attainment Scaling (*Kiresuk & Sherman, 1968*) haben sich im Praxisalltag nicht durchgesetzt, da der zeitliche Aufwand über dem Nutzen liegt. Eine Zusammenarbeit zwischen (anwendungsbezogener) Forschung und Praxis für eine Entwicklung praktikabler, standardisierter Instrumente für die Therapiezielbestimmung und -evaluation ist dringend erforderlich. Dabei sollten die Erkenntnisse des interpretativ-hermeneutischen Paradigmas qualitativer Forschung und des quantitativ-empirisch orientierten Forschungsparadigmas in der Psychologie genutzt werden, um eine neue „integrierte“ Erkenntnisplattform zu schaffen, auf deren Grundlage praxisrelevante, effiziente und wissenschaftlich fundierte diagnostische Techniken entstehen können. Aus diesem Grund sind in der Integrativen Therapie Erkenntnisse der Diagnostik- und Psychotherapieforschung für ihre Theorie und Praxeologie unverzichtbar, wobei sie für den Raum der Praxis der klinischen Relevanz gegenüber der statistischen Signifikanz einen höheren Stellenwert einräumt, dies schon aus behandlungs- und forschungsethischen Gesichtspunkten, die das Patientenwohl in allen Kontexten an die erste Stelle setzen (*Petzold, 1993b, S. 500ff*).

Die Erarbeitung und Begründung psychotherapeutischer Behandlungsziele aus der Analyse von **P**roblemen, **R**essourcen und **P**otentialen im Kontext und damit die Ziel-Mittel-Analyse ist von verschiedenen, sich oftmals wandelnden Bedingungen abhängig und deshalb einer ständigen Änderung vorbehalten. Die mit den *Zielen* - besonders den Global- und Grobzielen - im engen Zusammenhang stehenden Werte sind sehr durch die anthropologischen, ethiktheoretischen, persönlichkeits-theoretischen, störungs- und behandlungstheoretischen Grundannahmen des jeweiligen Verfahrens geprägt. *Deskriptionen*, Beschreibungen der Patienten in ihren „relevanten Kontexten“, d. h. beobachtbares und operationalisierbares Verhalten, werden in *Präskriptionen*, theoriegeleitete Konstrukte übersetzt. Die Rückübersetzung ermöglicht die Überprüfung von Veränderungen (zu Möglichkeiten und Grenzen solcher Therapiezielbestimmung vgl. Greve, 1993). Der metatheoretische Grundsatz in der Epistemologie der Integrativen Therapie lautet: „von den *Phänomenen* zu den *Strukturen* zu den *Entwürfen*“ und entspricht dem Vorgehen bei der Therapiezielbestimmung. Therapiezielbestimmung setzt hier am „Offensichtlichen“ bei den Beschreibungen des Klienten und den Beobachtungen des Therapeuten an. Von diesen ausgehend wird in einem spezifischen hermeneutischen Prozeß (der „hermeneutischen Spirale“ von *Wahrnehmen* ⇒ *Erfassen* ⇒ *Verstehen* ⇒ *Erklären*) von den Phänomenen auf die dahinter liegenden *Strukturen* geschlossen (Petzold, 1991a). Die Zielbestimmung erfolgt durch Beschreibung der therapeutischen Ausgangssituation (z. B. geringes Selbstwertgefühl, Angstzustände) und dem daraus angestrebten Zielzustand (Angstbeseitigung, starkes Selbstwertgefühl). Therapiezielbestimmung beginnt mit dem Erstkontakt in Ko-respondenz zwischen Patient und Therapeut (Petzold, 1991b). Inhaltlicher Ausgangspunkt ist die aktuelle Lebenssituation des Patienten, weiterhin die zugängliche Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten sowie die relevante antizipierbare Zukunft. Seine **P**roblem- und **R**essourcenlage, die erschließbaren **P**otentiale werden erfaßt, Änderungswünsche werden transparent gemacht, systematisiert und als Ziele formuliert. Hierbei bringen - wie erwähnt - Patient und Therapeut ihr Expertenwissen ein.

„Kreative Medien“ (wie Farben, Ton, Masken, Poesie, Musik, Szenisches Spiel) tragen dazu bei, die Lebens- bzw. Krankheitsgeschichte der Patienten zu verdeutlichen (*Petzold & Orth* 1994). Die bildhaft-plastische Darstellung dient oft als geeignetes Instrument der Vermittlung zwischen War-Ist-Soll und ermöglicht Therapiezielbestimmungen in intersubjektiver Ko-respondenz aus „*informiertem Konsens*“ heraus. Die dialogische Reflexion des Dargestellten läßt Patient und Therapeut gemeinsam Therapie und Ziele planen. Der Darstellungsprozeß selbst ist diagnostisch sehr aufschlußreich. Sich aus der Theorie der Integrativen Therapie ableitenden Aspekten wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt: Interaktionales Verhalten, Stimmungsqualitäten, Leiblichkeit, Emotionalität, Volitionen, kognitive Differenziertheit, Werte und Ketten positiver sowie negativer Lebensereignisse (vgl. *Petzold & Orth*, 1994; *Osten & Petzold*, 1998). Ein sehr potentes Instrument mediengestützter Therapiezielbestimmung ist das „Lebenspanorama“ (*Petzold & Orth*, 1993). Der bildlich dargestellte Lebensweg bietet eine Reihe von Anhaltspunkten für die Therapiezielbestimmung. Die Panoramatechnik kann auch themenspezifisch eingesetzt werden, z. B. als Arbeitspanorama, als Krankheitspanorama oder als Partnerschaftspanorama. Auf der Grundlage der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie wurde ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“ (*Kames*, 1992) entwickelt. Diese Instrumente sind für die Überprüfung der Zielerreichung im Therapieprozeß und am Ende der Therapie sehr geeignet.

Bei der mediengestützten Diagnostik ergibt sich die qualitative und quantitative Bewertung und mit ihr Validität und Reliabilität im Prozeß der gemeinsamen dialogischen Hermeneutik. Sie entfalten sich als Einsichten und Evidenzerfahrungen. Wird hier differenziert und intersubjektiv vorgegangen, so ist im Verbund mit Kontext- und Kontinuumanalyse etc. auf dem Hintergrund der Statusdiagnose die Therapieplanung auf hohem Niveau meist ohne Fragebogentests möglich, um so mehr als im prozessaktivierenden und kreativen Vorgehen auch unbewußte Inhalte und Strukturen/Schemata phänomenologisch in Erscheinung treten und diagnostisch genutzt werden können, die in Fragebogentests in der Regel durch die Maschen fallen. Zusätzliche geeichte Tests werden dann benutzt, wenn das gesammelte Material zu wenig aussagekräftig und differenziert ist, um den Ansprüchen an exakte Diagnostik und Therapieplanung zu genügen

oder um im Therapieverlauf erzielte Fortschritte klar evaluieren zu können (oft z.B. bei Persönlichkeitsstörungen, psychotischen Störungen), weiterhin, wenn für empirische Studien „objektive“ (nicht nur intersubjektive) Operationalisierbarkeit der Informationen und Ziele benötigt wird. Etliche zentrale Bereiche von Therapie wie Leiblichkeit, interpersonale Kommunikation, Gruppeninteraktion lassen sich gar nicht oder nur schwer bzw. unter hohem Informationsverlust durch Reduktion so operationalisieren, daß sie für empirische Studien nutzbar sind. Hier ist die intersubjektive Erfassung adäquater, da sie mit weit weniger Verlust an therapie- und patientenrelevanter Information arbeitet.

Der intersubjektive Prozeß des gemeinsamen *Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens* und *Erklärens* (Petzold, 1991a, S. 123f) auf der Grundlage des theoretischen Fundus der Integrativen Therapie steht hinter jedem methodischen Konzept, mit dem Daten und Fakten erhoben und operationalisiert werden sollen. Die Arbeit an und mit Therapiezielen wird demnach immer getragen von einer intersubjektiven Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

6. Evaluierung der Therapie bezüglich der Erreichung der Therapieziele

Das Ideal einer Wissenschaft, die wertfreie Suche nach Wahrheit und Erkenntnis auf ihre Fahnen geschrieben hat, unterliegt gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Realitäten, Ideologien und Zwängen, Strömungen des Zeitgeistes. Während die Grundlagenfächer diesem wissenschaftlichen Ideal, dessen versteckte Machtdikurse (Foucault, vgl. Dauk, 1988; Petzold & Orth, 1998) allerdings sorgfältig diskursanalytisch und dekonstruktivistisch (Derrida, vgl. Culler, 1994) untersucht werden müßten, noch näher kommen, steht die Frage des gesellschaftlichen Nutzens bei den Anwendungswissenschaften an erster Stelle (Kriz, 1990). Psychotherapie gehört zu den Anwendungswissenschaften und ist daher aufgefordert, ihren gesellschaftlichen Nutzen nachzuweisen. Auch hier wird die Frage nach den Interessen (Wer hat den Nutzen?) wichtig. Evaluation aus der Alltagsperspektive betrachtet, ist eine Beurteilung von Verhaltensweisen, Personen, Situationen nach bestimmten Kriterien. Derartige evaluative Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse laufen bei Menschen beständig,

automatisch, bewußt und unbewußt ab. Von wissenschaftlichen Evaluationen bzw. von Evaluationsforschung spricht man dann, wenn die Beurteilung explizit mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden zweckorientiert erfolgt (Wottawa, 1986). Evaluationsforschung beinhaltet die Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung eines Konzeptes. Das Erkenntnisinteresse der Evaluationsforschung ist an Erfolg oder Mißerfolg einer Maßnahme interessiert. Die Integrative Therapie legt einen großen Wert auf den empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit (Hass, Märtens & Petzold, 1998), sowohl im Bereich klinischer Therapie von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen (Petzold, 1979; Heintl, 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher, 1997; Ebert, Möhler, 1997) als auch in Ausbildung von Psychotherapeuten und Supervisoren (Petzold, 1995; Schigl, Petzold, 1997). Damit erfolgt gleichzeitig eine indirekte Erfassung von erreichten Therapiezielen durch standardisierte testpsychologische Instrumente zu verschiedenen Meßzeitpunkten und durch die Berechnung von Prä-Post-Differenzmaßen. Beispihaft sei eine Evaluationsstudie der Integrativen Therapie genannt, in der die Erfassung therapeutischer Veränderungen durch einen Einsatz eines Fragebogens zu fünf Meßzeitpunkten (Beginn der Therapie, nach der 15., 30. Stunde, am Ende der Therapie und durch eine Katamnese 6 Monate nach Abschluß) erfolgt. Darüber hinaus werden bis zur 30. Stunde therapiebegleitend Stundenbögen (für Therapeut und Patient) zur Erfassung des Geschehens in den einzelnen Sitzungen und zur Untersuchung der Therapeut-Klient-Beziehung im Zeitverlauf eingesetzt.

1) Welches Thema stand für Sie heute im Vordergrund der Therapie?

2) Die heutige Stunde war für mich ...



3) Heute habe ich mich in der Beziehung zu meiner Therapeutin/meinem Therapeuten ...

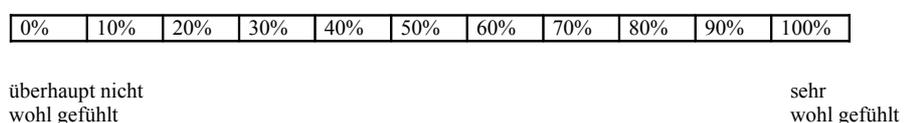


Abb. 3: Stundenbegleitbogen zur Evaluation Integrativer Therapie

Über die klinischen Diagnosen nach ICD-10 Kriterien hinaus werden Wirksamkeitskriterien in folgenden Bereichen erhoben, um damit den verschiedenen Aspekten Integrativer Therapie (Leibaspekt, Ausrichtung am Intersubjektivitätskonzept, Berücksichtigung des sozialen Kontextes und des Lebenskontinuums, multiperspektivistische Betrachtungsweise des therapeutischen Geschehens unter Berücksichtigung von protektiven und belastenden Faktoren; pathogenen und salutogenen Aspekten, (vgl. *Petzold, Goffin & Oudhof*, 1993), gerecht zu werden:

- Rückgang somatischer und psychischer Symptome
- Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen
- Abnahme des Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsums
- Körperbezug und -erleben
- Anzahl und Qualität der Netzwerkbeziehungen, Zufriedenheit mit sozialem Netzwerk
- Behandlungszufriedenheit.

Als *standardisierte Instrumente* werden die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL90-R, deutsche Übersetzung von *Franke*, 1995) und das auf dem Kieslerschen Kreismodell (*Kiesler*, 1983) beruhende Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP, *Horowitz, Strauss & Kordy*, 1994) verwendet, die von der „Society for Psychotherapy Research“ als eine Art psychotherapeutischer Kernmeßverfahren angesehen werden (vgl. *Grawe & Braun*, 1994). Beide Fragebögen erlauben einen wiederholten Einsatz während des Therapieverlaufes, so daß Prä-Post-Vergleiche auf der Ebene einzelner Patienten wie auch der gesamten Stichprobe möglich werden. Für die Zielverhandlung, evtl. für eine Modifizierung der Ziele kann eine Thematisierung von Zwischenergebnissen sehr relevant sein. Ergänzt werden diese Instrumente durch eine Dokumentation zur Erfassung der persönlichen Therapiemotivation, Einschätzungen zum Therapieverlauf etc. Um spezifischen Aspekten der Integrativen Therapieansätze gerecht zu werden, wurden eigene Instrumente zur Dokumentation entwickelt:

Erfassung des Leibaspektes: Der leibliche Aspekt ist in der Integrativen Therapie von zentraler Bedeutung. Zwei Aspekte, die einer

Operationalisierung über Papier und Bleistift zugänglich schienen, werden erhoben. Dazu sollten das emotionale Erleben der eigenen Leiblichkeit und körperlicher Schmerzen auf Körperabbildungen lokalisiert werden (zu einer Auswertungsmöglichkeit vgl. Müller & Czogalik, 1995).

Einschätzskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit erfassen aus drei Perspektiven, der Klienten-, der Therapeuten- und (hier liegt ein innovatives Moment) der Angehörigenperspektive das Ausmaß gesundheitsrelevanter Ressourcen und Belastungen. Dabei handelt es sich um 11 Skalen, die Lebenszufriedenheit erfassen, sowie eine Zusatzskala zur Erfassung der antizipierten Behandlungszufriedenheit.

1. Ich bin zufrieden mit meiner Persön-
lichkeit und mit meinen Fähigkeiten.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2. Im Augenblick bin ich zufrieden mit
meinem Leben.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

3. Ich erlebe mein Leben als sinnvoll.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

4. Im Kontakt mit anderen Menschen
komme ich gut zurecht.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

5. Ich habe viele Freunde.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

6. Ich bin zufrieden mit meiner Freizeit.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

7. Mit Arbeit und Beruf bin ich zufrieden.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

8. Mit meiner Sexualität bin ich zufrieden.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

9. Mit meinem Körper bin ich zufrieden.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10. Mit meiner wirtschaftlichen Situation bin ich zufrieden.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
11. Mit meiner Wohnsituation bin ich zufrieden.	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Abb. 2: Klientenversion der Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL-100%) zur multiperspektivischen Erfassung (Märtens, 1994)

Insbesondere der EAL-100% ermöglicht eine Erfassung der impliziten Therapieziele und ihre Evaluation. Ein strikter nomothetische Forschungsansatz kann bei der Evaluation der Integrativen Therapie und deren Therapiezielen den theoretischen, praktischen und methodischen Erfordernissen nicht vollständig gerecht werden, wie dies für komplexe Behandlungsansätze in natürlichen Behandlungssettings in der Psychotherapie insgesamt ausgesagt werden kann. Der wichtigen und realisierbaren Forderung nach einer *hinlänglich genauen* Dokumentation des therapeutischen Geschehens im Sinne einer kontrollierten Praxis muß nachgekommen werden, denn nur so kann ein Beitrag zur Transparenz, zur Qualitätssicherung und zur Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie geleistet werden.

Literatur

- Ademac, R.E. (1978). Normal and abnormal limbic system mechanisms of emotive biasing. In K.E. Livingston & O. Hornykiewicz (Eds.), *Limbic mechanisms*. New York: Plenum Press.
- Ademac, R.E. (1991). Partial kindling of the ventral hippocampus: Identification of changes in limbic physiology which accompany changes in feline aggression and defense. *Physiology and Behavior*, 49, 443-454.
- Adolph, K.E., Eppler, M.A. & Gibson, E.J. (1993). Crawling versus walking; infants perception of affordances for locomotion over sloping surfaces. *Child Development*, 64, 1158-1174.

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. London, San Francisco: Jossey Bass.
- Bagozzi, R.P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 2, 178-202.
- Bagozzi, R.P., Warshaw, P.R. (1990). Trying to consume. *Journal of Consumer Research*, 17, 127-140.
- Baltes, P.B., Rese, H.W., Lippsit, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 3, 165-210.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards an unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 8, 191-215.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 3-38). Washington DC: Hemisphere.
- Barthing, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., Krause, R. (1992). Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumeister, R.F. (1995). Self and Identity: An Introduction. In A. Tesser (Hrsg.), *Advanced Social Psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1989). Principles of medical ethics. New York: Oxford University Press.
- Bermúdez, J.L., Marcel, A., Eilan, N. (1995). The body and the self. Cambridge: MIT.
- Bischof, N. (1987). Zur Stammesgeschichte der menschlichen Kognitionen. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 46, 77-90.
- Boesch, C.H. & Boesch, H. (1984). Mental map in wild chimpanzees: An analysis of hammer transports for nut cracking. *Primates*, 25, 160-170.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Breuer, F.* (1981). Zur Struktur und Bedeutung von Zielen im Prozeß psychologischer Beratung und Therapie. *Sonderheft IV der Mitteilungen der DGVT*, 28-68.
- Brooks, C.V.W.* (1995). Erleben durch die Sinne. Paderborn: Junfermann.
- Brumund, L. & Märtens, M.* (1998). Die 14 Heifaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration*, 1
- Conway, M.A.* (1990). Autobiographical memory. An introduction. Philadelphia: Open University Press.
- Culler, J.* (1994). Dekonstruktion. Reinbek: Rowohlt.
- Damasio, A.* (1994). Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns. München: List.
- Dauk, E.* (1989). Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.
- Dreyfus, H.* (1986). Alternative philosophische Konzeptionen in der Psychopathologie. In A. Métraux & B. Waldenfels (Hrsg.), *Leibhaftige Vernunft*. Spuren von Merleau-Pontys Denken. München: Fink.
- Ebert, A. & Möhler, A.* (1997). Integrative Therapie bei Patienten mit coronarer Herzkrankheit: Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben. *Integrative Therapie*, 3, 289-315.
- Edelmann, R.J.* (1987). The psychology of embarrassment. Chichester: Wiley.
- Edelmann, R.J.* (1996). Psychotherapieziele an der Schwelle von der Postmoderne zum Neohumanismus. *Psychotherapie Forum*, 4, 82-87
- Emmons, R.A.* (1992). Abstract versus concret goals: Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social psychology*, 62, 292-300.
- Engelkamp, J.* (1990). Das menschliche Gedächtnis. Göttingen: Hogrefe.
- Faden, R. & Beauchamp, T.L.* (1986). A history and theory of informed consent. New York: Oxford University Press.
- Ferenczi, S.* (1988). Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt/M.: Fischer.
- Ferenczi, S.* (1927/28). Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In Ferenczi, S. (Hrsg.) (1964), *Bausteine der Psychoanalyse III* (S. 380-398). Bern: Huber.
- Fiedler, P.* (1997). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley.*
- Flammer, A. (1990). Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Verlag Hans Huber.*
- Foppa, K. (1984). Operationalisierungen und der empirische Gehalt psychologischer Theorien. *Psychologische Beiträge*, 26, 539-551.*
- Foucault, M. (1986). Sexualität und Wahrheit (Bd. I). Frankfurt/M.: Suhrkamp.*
- Franke, G. (1995). SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (deutsche Version, Manual). Göttingen: Beltz Test GmbH.*
- Garfield, S.L. (1982). Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 5, 610-623.*
- Gibson, J. (1982). Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung (The ecological approach to visual perception, Trans.). München: Urban & Schwarzenberg. (Originalarbeit erschienen 1979)*
- Giddens, A. (1991). Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Cambridge: Polity Press.*
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: The role of intentions: In M. Hewstone & W. Stroebe (Hrsg.), *Europaen Review of Social Psychology* (Bd. 4). Chichester: Wiley.*
- Granzow, S. (1994). Das autobiographische Gedächtnis. Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven. Berlin: Quintessenz.*
- Grawe, K. (1988). Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses. *Integrative Therapie*, 4, 309-324.*
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Rättger.*
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 242-267.*
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Bern: Hogrefe.*
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Bern: Hogrefe.*

- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Interventionen. Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22, 347-373.
- Gröbelbauer, 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. In H.G. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Mythen in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Hass, W., Märten, M. & Petzold, H.G. (1998). Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie aus Therapeutensicht. In A. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie - ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996). *Bewegt sein*. Paderborn: Junfermann.
- Heckhausen, H. (1987). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F.E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 121-142). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational vs. volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 102-120.
- Heinl, H. (1996). Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. In H. Riedel & R. Sandweg (Hrsg.), *Die Behandlung der psychosomatischen Erkrankungen des Bewegungssystems und ihre Ergebnisse* (S. 293-324). Blieskastel: Selbstverlag der Stiftung "Psychosomatik der Wirbelsäule".
- Heinl, H. (1997). Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. *Integrative Therapie*, 3, 316-373.
- Hitzler, R., Honer, A. & Maeder, Ch. (Hrsg.) (1994). *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hurrelmann, K. (1995). *Einführung in die Sozialisationstheorie* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Iljine, V.N.* (1972). Das Therapeutische Theater. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft* (S. 168-176). Paderborn: Junfermann.
- Janet, P.* (1919). *Les médications psychologiques* (3 Bde.). Paris: Alcan.
- Janet, P.* (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: Chahine.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R.* (1989). Selbstkonzept und Ängstlichkeit als Einflußgrößen für Stresserleben und Bewältigungstendenzen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 4, 307-324.
- Kahn, R.L. & Antonucci, T.C.* (1980). Convoys of social support: A life course approach. In *I.B. Kiesler, J.N. Morgan & V.K. Oppenheimer* (Hrsg.), *Aging* (S. 383-405). New York: Academic Press.
- Kames, H.* (1992). Ein Fragebogen zur Erfassung der "Fünf Säulen der Identität" (FESI). *Integrative Therapie*, 4, 363-386.
- Kanfer, F. & Phillips, J.S.* (1975). *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler.
- Katz-Bernstein, N.* (1990). Supervisionsverfahren in der Logopädie - Perspektiven des Integrativen Ansatzes. *Gestalt und Integration*, 2, 104-116.
- Kiesler, D.* (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kirusek, T. & Sherman, S.* (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Koch, H.G., Reiter-Theil, S. & Helmchen, H.* (Hrsg.) (1996). *Informed consent in psychiatry. Euroaen Perspectives of ethics, law, and clinical practice*. Baden-Baden: Nomos.
- Krause Jacob, M.* (1992). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie: Veränderungsprozesse aus der Sicht von Klienten*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Kriz, J.* (1990). *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie*. Opladen: Leske & Budrich.

- Kuhl, J. (1992). A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Applied Psychology: An International Review*, 2, 97-120.
- Kuhl, J. (1993). A theory of action and state orientation. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Toronto: Hogrefe.
- Kuhl, J. & Beckmann, J. (Hrsg.) (1993). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen/Toronto: Hogrefe.
- Lamnek, S. (1988). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lazarus, A.A. (1986). Multimodal therapy. In: J.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Lazarus, A.A. (1995). *Praxis der multimodalen Therapie*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Lienert, G.A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Locke, E.A., Latham, G.P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Engelwood: Prentice Hall.
- Lyotard, J.-F. (1986). *Das postmoderne Wissen* (2. Aufl.). Graz-Wien: Passagen Verlag.
- Mandler, J.M. (1984). *Stories, Scripts, and Scenes: Aspects of schema theory*. Hillsdale: Erlbaum.
- Margraf, J. (Hrsg.) (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (2. Bde.). Berlin: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Märtens, M. (1994). *Einschätzskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL 100%)*. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (Unveröffentlichtes Manuskript).
- 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*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 8, 302-321.

- Märtens, M. & Petzold, H.G. (1998). Wer und was wirkt in der Psychotherapie. Mythos Wirkfaktoren oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie, 1*
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, dtsh: Boehm, v. R. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard. deutsch: (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 (Bd. I). Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G. & Zaepfel, H. (1996). Praxis der Integrativen Kindertherapie. *Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis* (Bd. 2). Paderborn: Junfermann.
- Michaels, C.F. (1992). The reunification of sensory information and coordinated action. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Moreno, J.L., (1946). *Psychodrama*. Beacon: Beacon House.
- Müller, I., Czogalik, D. (1995). Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen - eine Evaluationsstudie. Düsseldorf: FPI-Publikation.
- Neisser, U. (1979). *Kognition und Wirklichkeit*. Klett: Stuttgart.
- Osten, P. (1994). Die Anamnese in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie, 4*, 392-430.
- Osten, P. (1995). *Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept*. München: Reinhardt.
- Osten, P. & Petzold, H.G. (1998). Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In A.R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1981). Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. *Sozialpädagogische Praxis, 3*, 229-238.
- Papoušek, M. (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Huber.
- Perrez, M. (1982). Ziele der Psychotherapie. In R. Bastine, P. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 459-463). München: Edition Psychologie.

- Perrig, W., Wippich, W. & Perrig-Chiello, P. (1993). Unbewußte Informationsverarbeitung. Bern: Huber.
- Petzold, H.G. (1970). *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*. Paris: Gallimard.
- Petzold, H.G. (1974). Integrative Bewegungstherapie. In: H.G. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1978). Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie*, 1, 21-58.
- Petzold, H.G. (1979). Psychodrama-Therapie ("Beihefte zur Integrativen Therapie" 3). Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1980). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann: Paderborn.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1981). Widerstand - ein strittiges Konzept der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988a). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Junfermann: Paderborn.
- Petzold, H.G. (1988b). Die "vier Wege der Heilung" in der "Integrativen Therapie". Teil I: Anthropologische und konzeptuelle Grundlagen. *Integrative Therapie*, 4, 325-359.
- Petzold, H.G. (1990). Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In H.G. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie* (2. Bd., S. 879-925). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991a). Integrative Therapie: Klinische Philosophie (Bd. 1). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b). Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Integrative Therapie. Klinische Philosophie* (S. 19-90). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991c). Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Petzold, H.G. (1992a). Integrative Therapie: Klinische Theorie (Bd. 2). Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1992b). Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur". In H.G. Petzold (Hrsg.), Integrative Therapie: Klinische Theorie (Bd. 2, S. 927-1040). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1993a). "Kontrollanalyse" und Gruppensupervision in "Kompetenzgruppen" - zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In R. Frühmann & H.G. Petzold (Hrsg.), Lehrjahre der Seele (S. 479-616). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1993b). Integrative Therapie: Klinische Praxeologie (Bd. 3). Junfermann, Paderborn.*
- Petzold, H.G. (1993c). Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. H.G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), Integration und Kreation (Bd. 1, S. 267-340). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1994a). Mehrperspektivität - ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. Gestalt und Integration, 2, 225-297.*
- Petzold, H.G. (1994b). Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. (Bd. 2). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1995). Schutzschild und Weggeleit. In B. Metzmacher, H.G. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie (Bd. I). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1996a). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (2. revidierte Auflage). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (1996b). Integrative Therapie und/oder Gestalttherapie. Gestalt (Schweiz), 10, 19-26.*
- Petzold, H.G. (1997a). Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie. Integrative Therapie, 4, 435-472.*
- Petzold, H.G. (1997b). Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance. Freiburg: Lambertus.*

- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1998). *Integrative Supervision und Organisationsentwicklung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Bubolz, E.* (1979). *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- 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 H.G. Petzold & J. Sieper (Hrsg.), *Integration und Kreation* (S. 173-266). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (1990). *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie (2 Bde.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (1993). *Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie*. *Integrative Therapie*, 1/2, 95-153.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (1994). *Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch mediengestützte Techniken in der Integrativen Therapie und Beratung*. *Integrative Therapie*, 4, 340-391.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (1997). *Das Konflux-Modell und die Arbeit mit kokreativen Prozessen in Teamsupervision und Organisationsberatung*. *Kunst & Therapie*, 1, 1-46.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (Hrsg.) (1998a). *Mythen in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I.* (1998b). *Wege zu „fundierter Kollegialität“ - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität*. In *E. Slembek & B. Geissner* (Hrsg.), *Feedback*. St. Ingbert, Röhring Universitätsverlag.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. & Sieper, J.* (1997). *„Supervisorische Kultur“ und Transversalität - Grundkonzepte Integrativer Supervision*, Teil 1. *Integrative Therapie* 1/2, 17-59; Teil 2: *Integrative Therapie*, 4, 473-511
- Petzold, H.G. & Schobert, R.* (1991). *Selbsthilfe und Psychosomatik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Sieper, J.* (Hrsg.) (1993). *Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien* (2 Bde). Paderborn: Junfermann.

- 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 (S. 93-111). In H.G. Petzold, I. Orth & J. Sieper (Hrsg.), Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Düsseldorf: FPI-Publikationen.*
- Petzold, H.G., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M. (1994). Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In H.G. Petzold (Hrsg.), Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung (Bd. 2, S. 491-646). Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. & Vormann, G. (Hrsg.) (1980). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle - Supervision. München: Pfeiffer.*
- Premack, D. & Premack, A. (1983). The mind of an ape. New York: Norton.*
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S. & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Junfermann: Paderborn.*
- Reiter, L., Reiter-Theil, S. & Eich, H. (1992). Therapeutischer Kontrakt und informierte Zustimmung. Initialphase der Psychotherapie. *Psychologie in der Medizin*, 3, 11-14.*
- Reed, E.S. (1988). Revolution in perception: The ecological psychology of James J. Gibson. New Haven: Yale University Press.*
- Rutter, M. (1988). Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data. Cambridge: Cambridge Univ. Press.*
- Rutter, M. (1992). Pathways from childhood to adult life. *Integrative Therapie*, 1/2, 11-44.*
- Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing minds. Challenge and continuity across the life span*. London: Penguin Books.*
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg) (1998). Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.*
- Schank, R.C. & Abelson R.P. (1977). Scripts, plans, goals and understanding. Hillsdale: Erlbaum.*

- Scharfman, M.A.* (1989). The therapeutic dyad in the light of infant observational research. In *S. Dowling & A. Rothstein* (Eds.), *The significance of the infant observational research for clinical work with children, adolescents, and adults* (S. 53-64). Madison: Int. Univ. Press.
- Schigl, B. & Petzold, H.G.* (1997). Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie, 1-2*, 85-145.
- Schneiter, U., Petzold, H.G. & Rodriguez-Petzold, F.* (1996). "Kulturkarten", "Power maps", "Charting" - kokreative Ansätze in Supervision, Organisationsentwicklung und "reflexivem Management". Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Schulte, D.* (1995). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R.* (1993). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seligmann, M.E.P.* (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Seligmann, M.E.P.* (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Signer-Brandau, D.* (1986). Imagination in der Gestalttherapie (S. 431-450). In *J.L. Singer & K.S. Pope* (Hrsg.), *Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Stern, D.N.* (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books: New York.
- Thelen, E. & Smith, L.B.* (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. Cambridge, MA: Bradford Books.
- van der Kolk, B.* The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry, 1*, 253-265.
- van der Mei, S., Petzold, H.G. & Bosscher, R.J.* (1997). Runningtherapy, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie, 3*, 374-429.
- Voutta-Voß, M.* (1997). *Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie: Teil 1a: theoretische und praxeologische Grundlagen*. *Integrative Bewegungstherapie, 1*, 14-27.

- Vyt, A. (1989). The second year of life as a developmental turning point: implications for sensitive caretaking. *European Journal of Psychology of Education*, 2, 145-158.
- Warren, W.H. (1990). The perception-action coupling. In H. Bloch & B.I. Bertenthal (Eds.), *Sensory-motor organizations and development in infancy and early childhood*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Welsch, W. (1996). Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Wortmann, C.B. & Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: In integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in experimental social psychology* (Bd. 8, S. 277-336). New York: Academic Press.
- Wottawa, H. (1986). Evaluation. In B. Weidenmann, A. Krapp, M. Hofer, G.L. Haber & H. Mandl (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie* (S. 703-733). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ziemen, E. (1993). *Der Wolf. Verhalten, Ökologie und Mythos*. München: Goldmann.