

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1993

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold (1993p):
Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und
Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken*

Erschienen in: *Petzold, Sieper, Integrative Therapie, Bd.III, 985-1048*

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

Textarchiv H. G. Petzold et al.

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

* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken

1. Quellen und Konzepte der IFK

In der *Integrativen Therapie* wurden neben *Langzeittherapien* (zwei Jahre und mehr, 80 Stunden und mehr), *mittelfristigen Therapien* (sechs bis achtzehn Monate, 30-80 Stunden) stets auch *Kurzzeittherapien* mit stützender, aber auch mit fokalisierender, konfliktzentriert-aufdeckender Ausrichtung bei entsprechender Indikation eingesetzt (Beispiele bei *Petzold* 1969b, 1974k, 1988n, 455-490; *Petzold, Heintz* 1980; *Heintz, Petzold, Walch* 1983). Die *Langzeittherapien* haben in kurativer Absicht die Ziele eines umfassenderen *Verstehens* des eigenen biographischen So-geworden-Seins, der *Einsicht* in die gesellschaftlichen Bedingungsgefüge, des *Erkennens* der im Sozialisationsgeschehen entstandenen biographischen Prägungen (erster und zweiter und vierter „Weg der Heilung und Förderung“, vgl. idem 1988n, 215 ff). Langzeitbehandlungen erfolgen im wesentlichen nach dem Konzept einsichtszentrierten Durcharbeitens bewußter und unbewußter Probleme und Konflikte sowie nach dem Modell der „Nachsozialisation“, des Parenting/Reparenting (ibid. 247ff). Ziel ist die Symptomreduktion und die Steigerung der Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität der Behandelten. Dabei kommen die Prinzipien der Grundregel der Integrativen Therapie (S. 1050) zur Anwendung.

Die *Integrativen Kurzzeittherapien* greifen weniger weit und sind darauf gerichtet, unter den zeitökonomischen Begrenzungen von Institutionen oder aufgrund der Ressourcenknappheit der Betroffenen in einem begrenzten zeitlichen Rahmen Patienten zu helfen, einige ihrer zentralen Lebensprobleme zu handhaben. Dabei kann die Zielsetzung jeweils abhängig von Krankheitsbild, Lebenssituation und Ressourcenlage unterschiedlich sein, was auch Rückwirkungen auf das methodische Vorgehen hat. In vorliegender Arbeit wird auf die „**Integrative fokale Kurzzeittherapie**“ (IFK) abgestellt und die „**Integrative supportive Kurzzeittherapie**“ (ISK) nicht behandelt. Diese Darstellung bleibt einer anderen Veröffentlichung vorbehalten. Kurz nur soviel: Die ISK ist ein vielfach indiziertes, äußerst nützliches und anspruchsvolles Behandlungs- und Interventionskonzept. Sie ist bei Patienten, bei denen mit konfliktzentriertem Vorgehen aufgrund der Ressourcenlage, der familiären Situation, der Motivation usw. nicht gearbeitet werden kann, einzusetzen und geht – an Konzepte der longitudinalen

Entwicklungsforschung anschließend – davon aus, durch die **ISK** *protektive Faktoren* (Rutter 1985) zu mobilisieren und „schützende Inseleerfahrungen“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993, dieses Buch) bereitzustellen, „social support“ und „Ressourcen“ (idem 1997p) zu erschließen und „Coping- Fähigkeiten“ zu stärken. Soziotherapie und Netzwerkarbeit werden dabei genauso wichtig, wie die „**supportive Valenz**“ von Familiensystemen zu stärken. Der Rückgriff auf Erfahrungen mit „significant caring adults“, das Erschließen von „bedeutungsvollen persönlichen Beziehungen“, die Aktualisierung „innerer Beistände“ (Petzold 1985l) und das Zugänglichmachen von neuen „Netzwerken/Konvois“ (Selbsthilfegruppen, Gruppen in der Familien- und Erwachsenenbildung, im Breitensport, Seniorensport usw.), sind in der ISK zentrale Strategien. Dabei wird eine aufdeckende, konfliktzentrierte Vorgehensweise bewußt abgegrenzt. Ein solches Vorgehen hat durchaus Sinn, zumal wenn man sich klarmacht, daß sich die ISK in die Kette positiver, protektiver Faktoren einreihet, die in ihrer Gesamtheit Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität maßgeblich mitbestimmen, und wenn man sich weiterhin verdeutlicht, daß andere Interventionsmöglichkeiten oftmals nicht bestehen (jetzt: Petzold, Schay, Ebert 2003 für die Suchttherapie).

Die „**Integrative fokale Kurzzeittherapie**“ (IFK) hingegen versucht, Probleme, Störungen, Erkrankungen, seit längerer Zeit bestehende psychische bzw. psychosomatische Krankheiten oder Störungen mit Krankheitswert mit ihren historischen Hintergründen und biographischen Bedingtheiten – also nicht nur stützend – so zu bearbeiten, daß damit die Bewältigung der anstehenden Schwierigkeiten und eine Entlastung der Persönlichkeit im Gesamt ihres Problempotentials möglich wird. Weiterhin wird in der IFK eine eigenständige Weiterbearbeitung relevanter Themen mit den Supportsystemen der Alltagswelt (Lebenspartner, Freunde, etc.) angestrebt. Dabei wird ressourcenorientiert vorgegangen und auf erlebnisaktivierende und fokalisierende Techniken – z. B. aus der „aktiven Analyse“ (Ferenczi), der „Gestalttherapie“ (Perls, Goodman) und dem Psychodrama (Moreno), der Arbeit mit „kreativen Medien“ (Orth, Petzold) – zurückgegriffen, um Zusammenhänge szenisch konkret erlebbar zu machen und um Einsichten zu vermitteln. Für unsere fokaltherapeutische Arbeit sind die Begriffe der „Szene“, der „Stücke“ (*script*) und des „*atmosphärischen Erfassens*“ sowie des „*szenischen Verstehens*“, der Erzählung (*narration*) und des Erzählmusters (*narrative*) von grundlegender Bedeutung, Konzepte, die ich in den sechziger Jahren aufgrund meiner dramatherapeutischen Ausbildung eingeführt (Petzold 1965, 1969b, 1970b, c, d, 1972a) und in einer „Szenentheorie“ ausgearbeitet habe (idem 1979k, 1981i, dieses Buch S. 681-683).

1.1 Das Konzept des „Szenischen“

Das Konzept des „Szenischen“, dessen Wichtigkeit von Dramatherapeuten schon in den ersten beiden Dezennien dieses Jahrhunderts erkannt worden war, nämlich von V.N. Iljine und J. L. Moreno, das überdies Psychologen wie Mead und Politzer, Soziologen wie Simmel und Vierkandt fasziniert hatte (vgl. Petzold, Mathias 1983), scheint sich zum beherrschenden Paradigma auch der psychoanalytischen Kurzzeittherapie zu entwickeln, ohne daß erwähnt und gewürdigt würde, daß szenische Kurzzeittherapie Vorläufer in den dramatischen Therapieformen hatte. Strupp und Binder (1984/1991, 60) zentrieren auf „Inszenierungen“ (*enact-*

ments) von „Cyclical Maladaptive Patterns“ CMP (*Binder, Strupp* 1991, 140), wobei sie ein szenisches Verständnis von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, wie sie sich der klinischen Beobachtung erschließen, zugrunde legen. Dabei müssen diese Konzepte allerdings „vom Einfluß der Metapsychologie befreit“ werden, „deren Bedeutung für die therapeutische Arbeit zunehmend in Frage gestellt wird“ (*ibid.* 1984/1991, 18, wobei auf *M. Gill, E. S. Klein* und *R. Schafer* als Referenztheoretiker verwiesen wird). Letztlich kann man eine solche, am szenischen Zusammenhang orientierte Haltung im psychoanalytischen Feld schon bei *Ferenczi* und *Rank* (1924) finden. Diese Autoren – Väter der psychodynamischen Kurzzeittherapie (*Crits-Christoph, Barber* 1991) –, die auch unsere Arbeit geprägt haben, sehen die aktuelle Übertragung des Patienten als verdichtete *Reinszenierung* „fixierter biographischer Konstellationen“ an. Hier ist die Grundlage von Konzepten wie „Core Conflictual Relationship Theme“ CCRT (*Luborsky* 1984; *Luborsky, Crits-Christoph* 1990), „Cyclical Maladaptive Patterns“ CMP (*Binder, Strupp* 1991), fixierender Scripts (*Berne* 1975; *Steiner* 1974) oder „dysfunktionaler bzw. maligner Narrative“ DN (*Petzold, Orth* 1985b; *Petzold* 1992a, 600 ff.) zu sehen. Derartige Muster gilt es emotional und rational wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und erklärbar zu machen, um sie beeinflussen und verändern zu können, so die Konzeption interaktionaler Tiefenhermeneutik und Therapeutik in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1988a, b).

Die Reinszenierungen – das war die Konsequenz von *Ferenczi* und *Rank* – mußten in einer aktuellen Szene im „Hier und Jetzt“ durch die Aktivität des Therapeuten in einer affektiv dichten, szenischen Konstellation beeinflusst werden, und zwar im Sinne einer „Neukonstellierung“ der originären Szene – wir werden auf diese Zusammenhänge zurückkommen. Hier liegen die Wurzeln von *Balins* „Neubeginn“ und der Verhinderung einer Perpetuierung dysfunktionaler Narrative/Skripts dadurch, daß „korrigierende emotionale Erfahrungen“ – und diese waren schon bei *Ferenczi* „korrigierende Beziehungserfahrungen“ (vgl. sein Konzept der „Mutualität“, *Ferenczi* 1932/1988) – zur Veränderung des alten Musters führen (vgl. auch *Horowitz* 1991, 170). Dieser – psychotherapiegeschichtlich gesehen – von *Moreno, Iljine* und *Ferenczi* begründete „szenische Ansatz“ des Diagnostizierens und Intervenierens wurde mit Anschluß an diese drei Autoren von uns Ende der sechziger Jahre als fokalthérapeutische Praxis weiterentwickelt (*Petzold* 1969b, 1972a, 1974j; *Petzold, Heintz* 1980). An *Ferenczi, Alexander* und *French* anschließend und stärker mit Blick auf das diagnostische Vorgehen haben *Strupp* und *Binder* (1984/1991) den Szenenansatz aufgenommen, wobei von ihnen auch in interventiver Hinsicht eine „aktive Technik“ aufgegriffen wurde, ohne daß dabei eine Reinszenierung mit dramatherapeutischen Mitteln (*Moreno* 1937, 1946, 1969; *Petzold* 1972a, 1982a) oder ein „alternatives Durchspielen“ korrigierender Szenen, wie es in der Tradition von *Ferenczi, Iljine* und *Moreno* üblich war, eingesetzt wurde. Vielmehr ist die Inszenierung und das korrektive Moment bei der Mehrzahl dynamischer Kurzzeittherapeuten im Übertragungskontext angesiedelt (*Crits-Christoph, Barber* 1991). *Strupp* und *Binder* sehen die Fortschreibung dysfunktionaler früherer Beziehungsmuster nicht notwendigerweise als das Resultat der Projektion intrapsychischer Inhalte auf Personen, vielmehr gehen sie von der Annahme aus, daß erstens zwischen Patienten und Therapeuten immer dynamische Interaktionen stattfinden, wobei beide eine eigene „Identität“ haben (leider wird der Identitätsbegriff nicht expliziert), daß zweitens alle Menschen über Muster verfügen, „Prädispositionen, Handlungstendenzen, Szenarios, die sie mehr oder weniger automatisch mit Menschen inszenie-

ren, die im Leben für sie bedeutsam sind“ (*Strupp, Binder* 1984/1991, 68). Wir finden hier im „Szenario-Konzept“ der Autoren sehr ähnliche Auffassungen, wie sie weitaus früher schon in unseren interaktionistisch und intersubjektivitätstheoretisch fundierten Begriffen der „Szene“, der „Szenenfolge“ (*Skript*), des „Narrativs“ seit Ende der sechziger Jahre (*Petzold* 1970c, 1979k, 1981i, 1991o) entwickelt worden sind. Es ist interessant zu sehen, daß sich bei den Autoren der *Vanderbilt*-Gruppe ein Ansatz mit analytischer Tradition findet, der de facto 50 Jahre zuvor konzeptualisierte Theoriemodelle von *Mead* und Therapiemodelle von *Moreno* aufnimmt:

„Wenn sich bedeutsame andere zur Inszenierung dieses speziellen Dramas finden lassen (was meistens nicht schwer ist, da andere Menschen oft ihre eigenen neurotischen Bedürfnisse haben), dann wird die Szene so arrangiert, wie es dem vorbestimmten Szenario entspricht – mit vorhersehbaren Resultaten, die auf den Patienten wie eine sich selbst bewahrheitende Voraussage wirken. Es ist daher die Aufgabe der Psychotherapie, (1) optimale (risikolose) Voraussetzungen für die Inszenierung der Patientenszenarios zu schaffen, (2) deren Inszenierung (innerhalb gewisser Grenzen) zuzulassen, (3) dazu beizutragen, daß der Patient sieht, was er tut, während er es tut, und (4) die Inszenierung komplementärer, vom Patienten zugewiesene Rollen einzuschränken, damit er dazu gebracht wird, die Annahmen, die seinen Szenarios zugrunde liegen, neu zu formulieren, zu verändern und zu korrigieren“ (*Strupp, Binder* 1984/1991, 66).

Die Konsequenz einer solchen Konzeption ist, „daß die traditionelle Trennungslinie zwischen Diagnose und Therapie größtenteils künstlich und noch Überrest des alten Modells [der Psychiatrie] ist“ (*ibid.* 82). Ein solches „neuartiges“ Konzept wurde von der Integrativen Therapie schon seit Ende der sechziger Jahre vertreten und im Begriff der „Theragnose“ (*Petzold* 1974j, 312) zusammengefaßt. „An einer solchen, *Theragnosé* ist der Klient durch sein Erleben, seine Selbstexploration und seine Interaktion mit dem Therapeuten zentral beteiligt“ (*ibid.*). Natürlich wird ein fokalthérapeutisch-diagnostisches Vorgehen das szenische Arrangement genau in dieser Verbindung zu gestalten haben:

„Es handelt sich um ein Prozedere, in dem diagnostische und therapeutische Interventionen konvergieren. Durch den intersubjektiven Ansatz, der die Objektivierung des Patienten ausschließt, wird das diagnostische Geschehen eingebettet in eine wechselseitige Beziehung bzw. in Übertragungs- und Gegenübertragungskonfigurationen. Diagnostik läßt die jeweils betrachtete Realität nicht unberührt. Sie wird damit in jedem Fall ‚Intervention‘. Ein solches ‚theragnostisches‘ Verfahren ist darauf zentriert, das ‚Konfliktfeld‘ zu erfassen, die ‚Konfliktkerne‘ aufzufinden, die jeweils relevante Konfliktkonstellation deutlich werden zu lassen; nicht mit dem Ziel der etikettierenden Festbeschreibung, sondern um des Verstehens und Begreifens ‚im Prozeß‘. ‚Prozessuale Diagnostik‘ wird damit mehr als ein methodisches Konzept zur verlaufsorientierten Erhebung von Daten und Fakten, sie wird ‚cooperative effort‘ (*Moreno* 1934), ein intersubjektives Unterfangen“ (*Petzold, Heidl* 1980, 35).

Damit wird in Fokaldiagnose und Fokalintervention eine „szenische Konkretisierung“ internalisierter Prozesse und eine „szenische Evokation“ von „konflikthaften Dort-und-dann-Situationen“ ermöglicht (*ibid.*), beim Abrufen internalisierter, im Leib festgehaltener Prozesse und beim Aufrufen biographisch relevanter Szenen, um das „Lebenskontinuum aufzurollen“ (*ibid.*). Dabei steht man vor der Situation, daß besonders für das Erwachsenenalter sich keine festen Entwicklungsbahnen ausmachen lassen. Die moderne „Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters“ (*Faltermaier et al.* 1992) ist aufgrund von Längsschnittforschung (*Schroots* 1993) gänzlich von Phasenmodellen, lebensaltertypischen Konfliktkonstellationen (*Erikson*) oder Entwicklungsaufgaben (*Havighurst*) abgekommen, weil in multikulturellen und pluralistischen Gesellschaften die individuellen Lebensläufe so unterschiedlich sind, daß Versuche, sich an schematisierenden Theorien zu orientieren (*Rahm et al.* 1993) in die Irre führen. Die Longitudinalforschung zeigt: Eine differentielle Sicht ist notwendig (*Thomae*

1983, 1988; *Lehr* 1987; *Schroots* 1993). Zwar gibt es wichtige Lebensthemen (z. B. Beruf oder Familie, vgl. *Schneewind* 1991; *Oerter, Montada* 1987; *Oerter* 1978), aber sie sind nicht generalisierbar und selbst die so populäre „*midlife crisis*“ erweist sich im Lichte der Forschung als „*midlife myth*“ (*Hunter, Sundel* 1989), zumindest wenn sie als ubiquitäres Phänomen in menschlichen Lebensläufen gesehen wird, denn natürlich gibt es auch in der Lebensmitte Probleme (*Kalish* 1989). Es wird deshalb notwendig, in der Psychotherapie – und das gilt für Langzeit- wie für Kurzzeittherapien im Einzel- und Gruppensetting – Instrumente zu entwickeln und einzusetzen, die es ermöglichen, die lebensbestimmenden Einflüsse auf das Erwachsenenleben (und nicht nur auf dieses) in ihrer *pathogenen* und *salutogenen* Wirkung in höchst individualisierter Weise *mit dem Patienten/Klienten theoriegeleitet* und *systematisch* (und nicht auf ein *naives* Intuitionskonzept bauend) zu rekonstruieren, um auf dieser Grundlage zu entscheiden – und auch dies, soweit es möglich ist, *ko-respondierend* – welcher Aspekt des Lebenslaufes, welcher Abschnitt dieses Kontinuums oder welche Dimension einer Karriere aufgegriffen wird: Geht es um die Krankheitskarriere, um die Arbeitskarriere, um die Beziehungskarriere? Will man die ganze Länge und Breite der Karriere abgreifen oder mit Blick auf die Fülle des diagnostischen Materials nur einige wichtige Jahre bzw. mit Rücksicht auf die Belastungsfähigkeit des Patienten nur einige Sektoren, in denen dann bestimmte Szenen aktualisiert werden?

2. Einige Überlegungen und Konzepte zur Fokal-diagnostik in der Integrativen Therapie und IFK

Um unter Berücksichtigung dieser und anderer Fragen zu einer ädaquaten diagnostischen Einschätzung zu kommen, habe ich seit Anfang der siebziger Jahre an theoretischen und praxeologischen Konzepten zu einer „prozessualen Diagnostik“ gearbeitet, die die Grundmodelle psychiatrischer und psychoanalytischer Diagnostik ergänzt (*Althen* 1991; *Petzold* 1977)). Gerade für die Indikation zur Kurzzeit- bzw. Fokaltherapie kommt ja einer umfassenden und spezifischen Diagnostik besondere Bedeutung zu.

» Unter „**Prozessualer Diagnostik**“ verstehen wir in der **Integrativen Therapie** die Gesamtheit aller Maßnahmen, die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und seinem Kontext, seiner Lebenssituation, unter Einbeziehung der eigenen Sichtweise dieses Menschen, seiner „subjektiven Weltbilder“, erforderlich sind, um einerseits zu einer klinischen Diagnose und Therapiekonzeption zu kommen und andererseits in ko-respondierender Auseinandersetzung mit dem Patienten zu einer gemeinsamen diagnostischen Einschätzung der Situation, damit über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie ein „fundierter Konsens“ hergestellt werden kann, soweit dies jeweils möglich ist. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, im jeweils gegebenen Kontext/Kontinuum

→ den **Klienten/Patienten** wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen

→ **sich als Therapeut** in der Interaktion mit dem Patienten/Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen

→ **die Therapeut-Patient-Interaktion** in das gemeinsame Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen zu stellen, um auf dieser Grundlage die Dynamik dieses komplexen Wirkgefüges erklären zu können.« (ibid.)

Die intersubjektive Qualität der Diagnostik muß bei diesem Modell unterstrichen werden. Wenn Menschen durch Verdinglichungserfahrungen krank werden können (Petzold, Schuch 1991), dann dürfen diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen nicht Verdinglichung reproduzieren. Für die diagnostische und für die therapeutische Beziehungen gelten demnach die gleichen intersubjektivitätstheoretischen Prämissen (Petzold 1980g.)

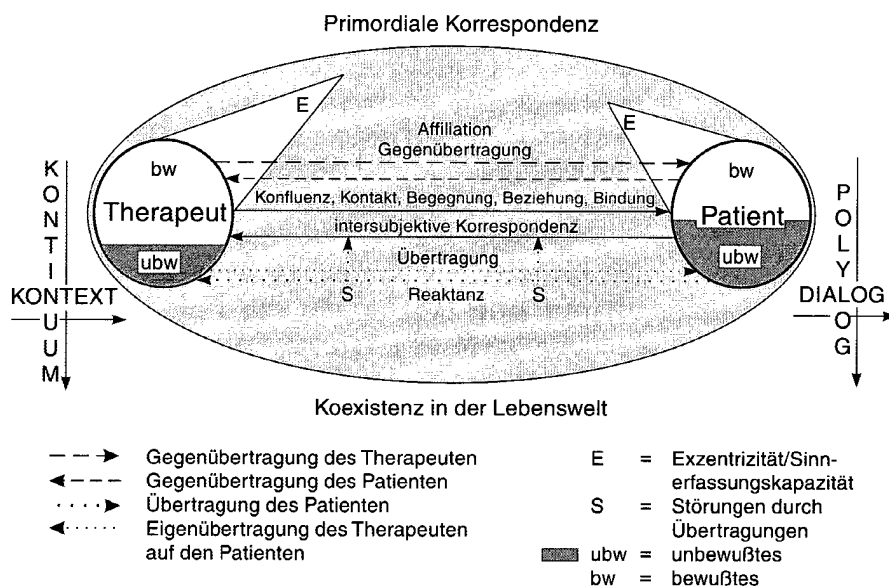


Abb. 1: Dimensionen der Relationalität im theragnostischen Prozeß

In therapeutischen Prozessen können potentiell alle Formen menschlicher *Relationalität* auftauchen: *Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit* (Petzold 1986h, 1991b, 1993a, 1047-1087). Für die diagnostische Situation werden die Relationsformen *Kontakt* und *Begegnung* die häufigsten sein. Weiterhin können von seiten des Patienten als Relationsform *Übertragungen* als „unbewusste Reproduktion alter Szenen, Atmosphären und Relationsformen“ (in der Abb. 1 dargestellt durch ...) auftauchen aber auch von seiten des Therapeuten in Form unbewusster Eigenübertragungen (...). Auf die Übertragungen des Patienten reagiert der Therapeut mit bewußten empathischen Resonanzen (- - -), die wir als *Gegenübertragungen* bezeichnen (Petzold 1980g). Bei Patienten finden sich gleichfalls Gegenübertragungsresonanzen (- - -) auf das Material des Therapeuten. Die unterschiedliche Stärke der Striche und Punkte versucht – idealtypisch – die Verhältnisse darzustellen,

ähnlich wie das Ausmaß an *Exzentrizität* (E) bzw. Bewußtheit und *Unbewußtheit* (■) (zwischen Therapeut und Patient sich in der Graphik unterscheiden. Dem diagnostischen Erfassen des Beziehungsgeschehens bzw. der Relationalitätsformen *in situ* kommt in der „Prozessualen Diagnostik“ große Bedeutung zu. Sie ergänzt damit die Informationen, die durch eine ICD-10 oder durch eine DSM-IV-Diagnose – wir bevorzugen letztgenanntes Instrument – gewonnen wurde. Integrative Diagnostik kann auf psychiatrische Diagnostik aufgrund der Notwendigkeit professioneller Kommunikation und der Realitäten des klinischen Feldes (rechtliche Verordnungen, Bestimmungen der Kostenträger usw.) nicht verzichten, wobei natürlich die Gefahren des „labeling“ und die Probleme rein *klassifikatorischer Diagnostik* gesehen und berücksichtigt werden müssen. Die prozeßdiagnostische Sichtweise als Komplementierung etwa des DSM-IV vermindert die Gefahrenmomente reduzierender Etikettierungen, „labels“, die ja ursprünglich auf Phänomenbeobachtungen gründeten, aber mit den generalisierenden Kategorienbildungen dem Phänomen entfremdet wurden. Wir unterscheiden im Felde der Psychotherapie vier Ansätze der Diagnostik:

1. *Klassifikatorisch-Kategoriale Diagnostik* (Psychiatrische Diagnostik, z.B. ICD 10, DSM- III-R). Von Phänomenbeobachtungen ausgehend, die nach übereinstimmenden Merkmalen „klassifiziert“ werden, kommt es zu „Kategorien“ (labels), nach denen man künftig die Phänomene durchprüft und aussondert (*screening*). Wenn in der Menge der beobachteten Phänomene „mindestens fünfder [acht] folgenden Kriterien“ erfüllt sind, dann hat man die Diagnose – so z. B. der DSM-III-R. Bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach diesem Manual (301.83) bleiben indes Aufschlüsse über mögliche Hintergründe der Erkrankung offen. Zu diesen versuchen andere Ansätze Aufschluß zu geben.

2. *Strukturell-Kategoriale Diagnostik* versucht mit Bezug auf entwicklungspsychologische und persönlichkeits-theoretische Annahmen – in der Regel psychoanalytischer Provenienz – in den beobachteten *Phänomenen* sich zeigende *Strukturen* (z. B. Fixierungen oder Wiederholungszwänge) aufzugreifen. Sie kommt damit zu krankheitstypischen Konflikt- bzw. Problemkonstellationen, die wiederum Grundlage für ein Kategoriensystem werden, nach dem man ein „screening“ der Phänomene auf bestimmte Strukturen hin vornimmt, womit auch hier der originäre und spezifische Aussagewert von Phänomenen und Strukturen übergangen wird und wertvolle differentielle Informationen durch den inhärenten Zwang der Kategorisierung verlorengehen.

3. *Phänomenologische Diagnostik* versucht, bei der „reinen“ Phänomenbeobachtung in deskriptiver Weise zu bleiben. Wir finden sie in der klientenzentrierten Gesprächstherapie und in der klassischen Gestalttherapie, die sich auf das „hier und jetzt“ Wahrnehmbare (etwa die Formen der Beziehungsqualität oder der Kontaktunterbrechung) richten, damit aber keineswegs Kategorienbildungen (Wärme, Echtheit oder Retroflektieren, Projizieren) entgegen, wenngleich diese Kategorien „weicher“ als etwa die psychiatrischen oder psychoanalytischen „labels“ sind. Auf „Strukturen als Beziehungskonstellationen oder Verhaltensmuster, die im Zeitkontinuum als gleichförmig (*homolog*) oder ähnlich (*homoiolog*) erkennbar werden“ (Petzold 1992a, 901, 1306), wird nicht geachtet.

4. *Phänomenologisch-strukturelle Diagnostik* ist die Bezeichnung für den prozessualen Ansatz in der „Integrativen Therapie“, der „von den Phänomenen zu den Strukturen und den Entwürfen“ zu gelangen sucht, die sich im Lebensgeschehen und in der Beziehungsgestaltung des Patienten finden. Dabei erfolgt die Phänomenbeobachtung anhand bestimmter Raster und in bestimmten Beobachtungsfeldern [vgl. Anhang], und es werden generalisierende Kategorienbildungen weitgehend vermieden, um die Unmittelbarkeit und Einzigartigkeit der Phänomene und die Spezifität der Strukturbildung und Entwurfsgestaltung nicht zu nivellieren.

Folgende Vorgehensweise ist charakteristisch für die integrative „prozessuale Diagnostik“: Es wird eine DSM-IV-Diagnose erstellt, um den Erfordernissen des übergeordneten institutionellen und professionellen Kontextes zu genügen, dann werden – je nachdem, welche Informationen über den Patienten/Klienten notwendig sind und welche Form der Diagnostik für ihn angemessen ist (was wieder schon eine Vordiagnostik, ich spreche hier von einer „Fünf-zehntel-Sekunden-Diagnostik“, erforderlich macht) –, nach einem diagnostischen

Leitfaden [vgl. Anhang] Materialien zum Lebenskontext des Patienten, zu seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte eingeholt. Gegebenenfalls werden projektive Arbeitsformen mit „kreativen Medien“ eingesetzt, um „die Syntax der gesamten Situation, des Kontextes, des Verlaufs zu entschlüsseln“ (Petzold, Heintz 1980, 33):

1. Wir gehen in der prozessualen Diagnostik von den *Phänomenen* aus, vom Vordergrund des Offensichtlichen. Wir betrachten zunächst das, was uns der Klient im Hier und Jetzt „an der Oberfläche“ in seinem Verhalten und seinen Interaktionsformen zeigt und was wir als Resonanz darauf erleben bzw. was in der Interaktion geschieht. Impliziert dabei ist, daß „hier und jetzt“ seine gesamte Lebensgeschichte, weil in den „Archiven seines Leibes“ aufgezeichnet, anwesend ist.

2. Wir versuchen in diesem Prozeß nicht, zu einer endgültig festschreibenden Diagnose zu kommen, die zu einem Etikett führt, sondern zentrieren auf das Wahrnehmen, Beschreiben und möglichst ganzheitliche Erfassen von Abläufen und Qualitäten im Verhalten und der Interaktion. Denn „Diagnose ist ein Prozeß, der so lange währt, wie ich mit dem Klienten oder Patienten arbeite“ (Petzold 1974k, 303). Dabei bleibt die Vielzahl an Eindrücken keine summative Aneinanderreihung, sondern wird zum gestalthaften Erfassen komplexer Wirklichkeit, in der sich Prägnanztendenzen zeigen können. Die Gesamtheit der Aspekte und Sichtweisen in der *Synopsis* ist [mehr und] etwas anderes als ihre Summe.

Wichtigstes Mittel ist das „*Continuum of Awareness*“ (Perls 1969, 1980) bzw. das Bewußtseinsspektrum (Petzold 1975h; 1991a, 264ff), in dem der Klient/ Patient ebenso wie der Therapeut stehen und das wir erfahrbar (*aware*) und bewußt (*conscious*) zu machen suchen. So wird der Patient/Klient zum Beobachter seiner selbst aus „exzentrischer Position“, und es nimmt durch das „Zeugenbewußtsein“ (Ricoeur 1969) und die „clarifying activities“ (Barber, Crits-Christoph 1991, 346) des Therapeuten Unbewußtheit ab – dies auch auf seiten des Therapeuten durch die ko-respondierende Klärung und die „Zeugenschaft“ des Patienten in der *Mutualität* (Ferenczi 1988), weshalb wir auch von einer „doppelten Zeugenschaft“ (Petzold 1970c) gesprochen haben.

3. Wir gehen davon aus, daß Diagnostik ein intersubjektiver, interaktionaler Prozeß ist. Der Diagnostiker kann nicht „objektiv“ wahrnehmen (da er selbst Subjekt mit individuellem Lebenskontext und Kontinuum ist). Das hat zur Folge – da wir den Klienten/Patienten als *M i t s u b j e k t* betrachten –, daß wir mit ihm gemeinsam diagnostizieren. Je intensiver der Klient/Patient an diesem Prozeß als *Kodiagnostiker* teilnehmen kann, desto deutlicher wird für beide – Therapeut und Patient – die Feststellung der Realitäten hier und jetzt und im betrachteten Lebenskontext/kontinuum. Jede diagnostische Intervention des Therapeuten wird damit auch zur therapeutischen Intervention.

Der Begriff „prozessual“ bezieht sich also zum einen auf den zwischen Diagnostiker und Klient/Kodiagnostiker ablaufenden Prozeß, der selbst zum Gegenstand der Diagnostik und – soweit es möglich ist – transparent gemacht wird; zum anderen darauf, daß in jedem gegenwärtigen Geschehen die Vergangenheit und im antizipierenden Sinn auch die Zukunft mit einbezogen ist.

4. Von der phänomenalen Ebene der ablaufenden Prozesse schließen wir auf sinnhafte Strukturen. Strukturen sind nicht „sichtbar“, sie müssen hypothetisch erschlossen und überprüft werden. Es wird angenommen, daß im „Hier und Jetzt“ die Strukturen des „Dort und Dann“ *anwesend* sind und erkannt werden können. Der Leib bzw. das Leibgedächtnis werden als Reservoir derartiger Strukturen bzw. Szenen aufgefaßt. Das Erkennen von Strukturen, die sich prospektiv in Entwürfen niederschlagen bzw. fortsetzen, ist ein wesentliches Moment der prozessualen Diagnostik

Nach dieser kompakten Darstellung von Grundprinzipien „*prozessualer Diagnostik*“ bzw. „*Theragnostik*“ sei auf einige spezielle methodische Vorgehensweisen eingegangen, die besonders bei der Fokaldiagnostik in Kurzzeittherapien Verwendung finden, da sich in ihnen therapeutische und diagnostische Momente in idealer Weise verbinden: die Panoramatechnik, die Identitätsbilder, das Fokalinterview.

2.1 Die Panoramatechnik in der Diagnostik der Lebensspanne

Seit Mitte der siebziger Jahre habe ich „als Instrument der Fokaldiagnose die ‚Panoramatechnik‘ (Petzold 1975h; Eilenberger 1979) eingesetzt, um einen größeren und genaueren Überblick zu gewinnen“ (Petzold, Heintl 1980, 48), und zwar in den Formen des Lebenspanoramas (Petzold 1975h; Petzold, Orth 1993a), des Gesundheits/Krankheitspanoramas (ibid. 124; 1981g) und besonders des „dreizügigen Karrierepanoramas“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), das sich auf die Konzepte longitudinaler entwicklungspsychologischer Forschung (Rutter 1988; Robins, Rutter 1990) abstützt. In ihm stellen Patienten 1. die Ketten widriger und „kritischer Lebensereignisse“ (Filipp 1990), die Risikofaktoren (Sameroff et al. 1975), die „chains of adverse events“ in projektiven Zeichnungen bildlich dar, 2. die Ketten salutogener Einflüsse, die „protektiven Faktoren“ (Rolf et al. 1990), die „chains of supportive events“ und 3. schließlich die „prolongierten Mangelserfahrungen“, die „chains of deficits“ – alles mit dem jeweiligen sozialen Bezug, denn bei genauer Betrachtung zeigen sich die „chains“ als „convoys“, als sich perpetuierende Beziehungskonstellationen (Brown 1988; Sameroff, Emde 1989). Mit diesem Instrument des Panoramas wird es möglich, *Konfliktfelder*, *Konfliktkerne*, *Konfliktkonstellationen*, aber auch *Defizite* und *Traumatisierungen* oder *Störungen* zu erfassen, Differenzierungen, die auf jeden Fall vorgenommen werden sollten (Petzold 1977a, 1992a, 578). Das Anbieten des *Karrierepanoramas* und seine erfolgreiche Erstellung sowie das Aufgreifen einer „Probeszene“ aus dem dargestellten Material und der Versuch einer „Probeinszenierung“, z. B. das Anbieten eines „leeren Stuhles“ oder eines „Rollentausches“ (idem 1979k; Moreno 1959; Perls 1969), ist dabei in unserem Ansatz ein diagnostisches Kriterium (vgl. 2.3), das in etwa der von analytischen Kurzzeittherapeuten in ähnlicher Absicht eingesetzten „Probeinterpretation“ (Sifneos 1979; Malan 1976a; Davanloo 1980; Pollak et al. 1991; Wolberg 1983) entspricht. Es läßt sich daran ablesen, ob eine von der Ausrichtung her *kurative Fokaltherapie* indiziert ist und der Patient von seiner Flexibilität, Introspektionsfähigkeit und -willigkeit für eine fokaltherapeutische Heilbehandlung geeignet ist oder ob eine *motivierende Fokaltherapie* angezeigt ist, die den Patienten für eine mittel- oder langfristige – vielleicht *intermittierend* angelegte (Petzold, Hentschel 1991) – Behandlung bereit machen soll.

Ein Grundproblem der tiefenpsychologisch orientierten, fokalisierenden Kurzzeittherapien ist, einen ausreichenden diagnostischen Überblick über die aktuelle Lebens- und Problemlage des Patienten und ihre biographischen Hintergründe zu gewinnen, um eine solide Indikation für eine fokaltherapeutische Behandlung stellen zu können und einen *Fokus* auszuwählen, der von der *Verarbeitungskapazität* des Patienten, den Lebensbedingungen und den therapeutischen Rahmenbedingungen her in erfolversprechender Weise angegangen werden kann. Ein fokaldiagnostisches Prozedere (Petzold, Heintl 1980) – denn auch die diagnostischen Möglichkeiten stehen unter den zeitökonomischen Begrenzungen der „Short Term Therapy“ – wird hier wesentlich.

2.2 Die Identitätsdiagnostik in der IFK

In der fokalthérapeutischen Diagnostik setzen wir routinemäßig eine *Exploration der „fünf Identitätsbereiche“* (Petzold, Heint 1980) ein, weil ihre Stabilität bzw. ihre Fragilität oder Labilisierung wichtige Hinweise für die Indikation zu einer fokalthérapeutischen Kurzzeittherapie liefert (ibid.) und man damit einen Teil der aufgeworfenen Fragen abkürzen kann. Es wird hierfür die vom Autor entwickelte Identitätstheorie (Petzold 1992a, 529ff; Petzold, Mathias 1982) zugrunde gelegt, in der *Identität* gesehen wird als „Syntheseleistung des *Ich*“, das Informationen aus dem Bereich des *Leib-Selbst* und des sozialen und ökologischen Kontextes im Zeitkontinuum integriert. Dabei erfahren *Identifizierungen* (Fremdattributionen) Bewertungen (*valuation, appraisal*), werden mit *Identifikationen* (Selbstattributionen) belegt – oder auch nicht – und durch *Internalisierung* zu Selbstkonzepten bzw. Identitätsschemata, die in ihrer Gesamtheit (nicht in ihrer Summe) die *Identität* ausmachen oder als „Cluster“ von Identitätsschemata bzw. Selbstkonzepten Teilaspekte einer Identität konstituieren. Identitätsattributionen werden durch das Moment ihrer Verinnerlichung Teil des Leib-Selbst (Rollen werden *verkörpert*, gehen in „Fleisch und Blut“ über). Die moderne Identitäts- (Frey, Hausser 1987) und Selbstkonzeptforschung (Filipp 1979) sowie die verschiedenen Selbst-Theorien (Ludwig-Körner 1992) stützen dieses Identitätskonzept, das im Rahmen der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie – Persönlichkeit wird in den Dimensionen *Leib-Selbst, Ich, Identität* gesehen – einen zentralen Ort hat (Petzold 1984i, 1991o, 1992a, 528ff). Die identitätskonstituierenden Fremdattributionen (*Identifizierung*) und Selbstattributionen (*Identifikation*) kommen nach unserem Konzept aus folgenden Bereichen:

I. Leiblichkeit: Ich sehe mich selbst, leibhaftig, finde mich schön oder häßlich, fühle mich „in meiner Haut wohl“ (selbstattributiv, Identifikationen). – Ich werde von Anderen in meiner Leiblichkeit gesehen, als angenehm, attraktiv, abstoßend erlebt (fremdattributiv, Identifizierung) und: – Ich sehe und werte, wie mich andere in meiner Leiblichkeit sehen und erleben (Valuation).

II. Soziales Netzwerk: Ich erlebe meine sozialen Bezugspersonen als mir Zugehörige, weiß auch, wem ich trauen kann, wer „meine Leute“ sind (selbstattributiv). – Ich werde in meiner Gruppe, in meinen Zugehörigkeiten gesehen: „Der wohnt drüben im Block“, „Der ist ein Grüner!“ (fremdattributiv), und: – Ich weiß darum und werte, wie andere meine Zugehörigkeiten sehen (Valuation).

III. Arbeit, Leistung, Freizeit*: „Ich weiß, daß ich ein guter Architekt bin, mein Handwerk verstehe“, „was wegschaffe“ und „mich dabei nicht überstresse, noch Zeit für mich habe!“ (selbstattributiv). – „Das ist ein guter Architekt“, „ein kreativer Bursche“, „bei dem geht's zügig“, „der gönnt sich was, macht sich nicht tot!“ (fremdattributiv). – Ich sehe und werte, wie andere meine Arbeit, meine Leistung, meinen Freizeitbereich beurteilen (Valuation).

* Diese Säule wurde früher (Petzold, Heint 1980) nur als „Arbeit und Leistung“ bezeichnet, und der Freizeitbereich, der Übergreifend gesehen wurde, war impliziert. Es ist aber sinnvoll, ihn explizit für die Diagnostik und Therapie aufzuführen.

IV. Materielle Sicherheiten, (ökonomische Absicherung, ökologisches Eingebundensein): „Das ist mein Haus, mein Quartier, mein Auto – gefällt mir alles!“ (selbstattributiv). – „Der hat ein schönes Haus, einen tollen Schlitten, wohnt in einer schönen Gegend!“ (fremdattributiv). – Ich sehe und werte, wie andere mein Haus, Auto usw. sehen (Valuation).

V. Werte: „Ich bin überzeugter Humanist, bei ‚Amnesty‘ engagiert!“ (selbstattributiv) – „Der setzt sich sehr bei Amnesty ein!“, „Der issn Mensch!“ (fremdattributiv) – Ich sehe und werte, wie andere meine Haltung und Wertüberzeugung betrachten (Valuation).

Die Exploration der „Identitätssäulen“ kann durch fremdanamnestic Informationen – z. B. von Lebenspartnern, Freunden – ergänzt werden, um die fremdattributiven *Identifizierungen* der Identitätsbereiche besser zu erfassen. Neben einer fokussierten verbalen Exploration der Identitätssäulen, verwenden wir auch einen von *Kames* (1992) zu diesem Konzept entwickelten Fragebogen (FESI). Zuweilen wird auch das „Identitätsbild“ bzw. „Bild der Identitätssäulen“ als kreative Form des diagnostischen Informationsgewinns eingesetzt (vgl. Abb. 2, 3, 4, 8).

2.2.1 Identitätsbilder

Für ein „Identitätsbild“ bzw. die bildliche „Darstellung der Identitätssäulen“ erfolgt eine kurze, erklärende Einführung für die Patienten, die damit in der Regel das Konzept recht gut verstehen und annehmen.

»Die menschliche Persönlichkeit, die Identität jedes Menschen, wird von fünf wichtigen Bereichen bestimmt:

I. Auf unsere Identität wirkt alles, was mit dem Körper, unserem **Leib** zu tun hat, seiner Gesundheit, seinem Kranksein, seiner Leistungsfähigkeit, seinem Aussehen, mit der Art und Weise, wie wir uns mögen oder „in unserer Haut“ wohlfühlen oder eben auch unwohl fühlen und natürlich, wie andere Menschen uns in unserer Leiblichkeit wahrnehmen, ob sie uns anziehend finden oder uns ablehnen, schön finden oder hässlich, als gesund und vital oder als krank und gebrechlich erleben.

II. Weiterhin wird unsere Persönlichkeit und Identität nachhaltig bestimmt von unseren sozialen Beziehungen, unserem **sozialen Netzwerk**, den Menschen, die für uns wichtig sind, mit denen wir zusammen leben und arbeiten, auf die wir uns verlassen können, Menschen, für die auch wir da sein können und denen wir etwas bedeuten. Natürlich gehören auch Leute zu unseren sozialen Netzwerken, die uns nicht wohlgesonnen sind, uns feindselig gegenüberstehen oder schaden.

III. Der dritte Bereich, der unsere Persönlichkeit, unsere Identität trägt, kann unter die Überschrift „**Arbeit, Leistung, Freizeit**“ gestellt werden. Leistungen, die wir im Arbeitsbereich erbringen, Arbeitszufriedenheit, Erfolgserlebnisse, Freude an der eigenen Leistung, aber auch entfremdete Arbeit, Arbeitsbelastung, überfordernde sowie erfüllte oder fehlende Leistungsansprüche bestimmen unsere Identität nachhaltig. Überdies werden wir in unseren beruflichen Rollen und Leistungen gesehen und wertgeschätzt oder auch negativ beurteilt.

IV. Der vierte Bereich hat mit unseren **materiellen Sicherheiten** zu tun, unserem Einkommen, den Dingen, die wir besitzen, Mietwohnung oder Haus, aber auch dem ökologischen Raum, dem

wir uns zugehörig fühlen, dem Stadtteil in dem wir uns beheimatet fühlen oder wo wir Fremde sind. Fehlende materielle Sicherheiten belasten unser Identitätserleben schwer.

V. Der fünfte und letzte Bereich, der unsere Persönlichkeit und Identität trägt, sind unsere Werte. Das, was wir für richtig halten, von dem wir überzeugt sind, wofür wir eintreten und von dem wir glauben, daß es auch für andere Menschen wichtig sei. Das können religiöse oder politische Überzeugungen sein, unsere „persönliche Lebensphilosophie“, Grundprinzipien, an denen wir uns ausrichten.«

Auf der Grundlage einer solchen Instruktion, die je nach dem sozialen Bezugssystem und dem sprachlichen Kode bzw. der Sprachwelt des Patienten/Klienten variiert werden muß, können Personen aus allen Schichten und von allen Bildungsniveaus sowohl den Identitätsfragebogen FESI (Kames 1992) als auch die Identitätsdarstellung ohne sonderliche Probleme ausfüllen oder ausführen. Die Materialien können erlebnisaktivierend oder konfliktzentriert-aufdeckend ausgewertet werden (Petzold, Orth 1993), abhängig davon, wie der Patient auf die Auswertungstechnik anspricht und wieviel an aufdeckender Arbeit für ihn integrierbar ist. In der Regel ist es schon eine recht große Informationsmenge, die im „normalen Alltagsgespräch“ über das Bild, d.h. im Aufgreifen von *bewußten* Inhalten zugänglich wird.

Oft lassen wir derartige Bilder auch schriftlich kommentieren. Im folgenden ein Beispiel (die Abb. 3 und 4 – siehe Farbteil am Ende des Bandes, S. XII und XIII – sind unkommentierte Illustrationen):

Kommentar zu den 5 Säulen der Identität (Abb. 2 – siehe Farbteil am Ende des Bandes, S. XI)

Karin M., 41 Jahre, Pädagogin, 2 Kinder von 10 und 12 Jahren, hat sich kürzlich nach 20jähriger Ehe von ihrem Mann getrennt.

I. Leib

Die Säule mit den größten Problemen und mit „weißen Flecken“. Fühle mich hier sehr verletzt und in meinem Ausdruck behindert. Hier ist noch viel zu tun (im Bild: Treppenstufen). Auch de facto bin ich eingeschränkt: Nach einem Autounfall vor 14 Jahren wurde die linke Kniescheibe entfernt. Dadurch sind viele Sportarten nicht oder nur eingeschränkt möglich. Laufen oder längeres Gehen werden schmerzhaft. Ferner leide ich unter Schlafstörungen.

Meine Mutter hat mich von Geburt an wegen der Ähnlichkeit zu meinem Vater, den sie haßte, abgelehnt (zu große Hände und Füße, häßliches Tier). Die 11 Monate jüngere Schwester war dagegen wie ein Püppchen. Mein Vater hat mich vergöttert; ich wurde abgeschirmt von anderen Kindern, die mir wehtun könnten; er hat mich geweckt, um mich anzusehen. Er war oft monatelang weg zur Kur (TBC), später dann Persönlichkeitsveränderung mit Wahnvorstellungen. War für mich massiv bedrohlich und angstvoll. Habe mich erstarrt. Andere Bezugspersonen gab es nicht. In der Adoleszenz Schamverletzungen und sexualisierte Atmosphäre. Später in der Ehe auch ähnliche Koppelung. Als protektiven Faktor empfand ich die Möglichkeit, einen für ein Kind ungewöhnlich großen und abenteuerlichen Bewegungsspielraum auf dem Land gehabt zu haben. Habe hier auch intensive Gefühlserlebnisse. Heute fühle ich mich noch unsicher in meiner sexuellen Identität, habe kein sicheres Fundament im Fühlen und Wahrnehmen. Brauche die Therapeutin als Spiegel. Im Körper steckt noch viel Spannung. Zugang zu Wut und Trauer ist schwierig.

II. Soziales Netz

In dieser Säule ist z. Z. sehr viel Bewegung drin. Ich habe mich kürzlich von meinem Mann getrennt. Meine sozialen Beziehungen haben sich dadurch verändert. Einige Kontakte sind kaputt, neue und bessere sind dazugekommen. Ich habe viele gute Beziehungen in einer „mittleren Distanz“, z. B. Arbeitskollegen, Freundinnen, meine Schwester und meine Ex-„Schwiegerfamilie“, die Frauen aus meiner Gruppe. Dadurch, daß wir oft umgezogen sind, gibt es wenig früh gewachsene Beziehungen. Auch habe ich keine Familie im üblichen Sinne. Schwierig sind für mich Beziehungen im nahen Bereich. Hier fühle ich mich sehr unsicher und erlebe sie auch als anstrengend. Es fällt mir schwer, mir etwas zu holen oder mich fallen zu lassen. Auch sexuelle Beziehungen zu Männern machen mir momentan eher angst.

In der Kindheit habe ich mich isoliert gefühlt, wie in einer Blase (Bild). Ich habe versucht, mich sehr anzupassen, zu verleugnen, um dabei zu sein – aber ohne Erfolg. Im Jugendalter, das ich im Internat verbracht habe, wurde es dann besser. Zunächst fielen mir Kontakte mit Jungens sehr viel leichter als mit Mädchen.

III. Arbeit, Leistung, Freizeit

Dieser Bereich war seit jeher unproblematisch. Das schulische und berufliche Angebot entsprach jeweils meinen Fähigkeiten und Wünschen. Ich fühlte mich weder über- noch unterfordert. Mußte mich niemals wirklich anstrengen, hatte genug freie Zeit. In meiner Arbeit werde ich anerkannt und geschätzt, sowie von den Kollegen als den Klienten. Ich habe in der Vergangenheit jeweils gute Momente für Veränderungen abwarten können und dann zielsicher gehandelt. In der Familie hat die Mutter dafür gesorgt, daß ich als mitelmäßige Schülerin auf das Gymnasium kam, als einziges Kind in einem kleinen Westerwalddorf. Es wurde von mir nicht erwartet, daß ich gute Leistungen bringe, ich sollte den Weg aber versuchen. Niemand aus der Familie konnte mitreden und damit auch reinreden. Die Schulzeit habe ich im Internat verbracht. Existenzängste im beruflichen Bereich brauchte ich nie zu haben.

Momentan habe ich den Wunsch in meiner Arbeit eine Veränderung einzuleiten.

IV. Materielle Sicherheiten

Derzeit starke Einbrüche durch Veränderungen in Säule II. Nach der Trennung von meinem Mann Umzug vom Haus in eine Wohnung, aber im gleichen Ort. Lange, schwere Abschiedsphase, hänge sehr an Vertrautem, auch Garten, Umfeld. Hohe finanzielle Einbußen, die mich auch existentiell bedrohen. Ich muß erstmals in diesem Feld kämpfen. Momentan stehe ich wieder auf dem materiellen Status eines Studenten.

Aber auch hier mache ich immer wieder die Erfahrung, daß ich nie untergehen werde, das Wasser wird mir nie bis zum Hals stehen (Bild).

Recht unklar sind meine familiären Wurzeln. Es gibt kaum Verwandtschaftsbeziehungen. Ich weiß wenig über meine Familie, meine Mutter ist schon lange tot, der Kontakt zu meinem Vater ist abgebrochen. Starke Bindung habe ich an die Natur, in der ich aufgewachsen bin.

Anmerkung: Vor einigen Wochen ist eine unbekannte Großcousine aufgetaucht, die die Wurzeln meiner Familie (Mutter) verfolgt.

V. Werte

Ich fühle mich heute sehr unabhängig von Normen und Werten, die andere an mich herantragen. Ich kann mich abgrenzen und nein sagen. Seit ein paar Jahren fühle ich mich eingebunden in ein Ganzes, ich erlebe, daß alles einen Sinn hat, daß es eine Bewegung nach vorne gibt, daß ich mich entwickle, und ich bin sicher, daß ich heil werde. Ich bin davon überzeugt, daß es die Aufgabe eines Menschen ist, sich weiterzuentwickeln. Ich lade dabei auch Schuld auf mich auf (nehme den Kindern die Familie, bin viel weg während der Fortbildung). Ich weiß, daß ich auf meinem Weg immer überleben werde. Die Fenster symbolisieren die Blicke nach draußen, die Einflüsse, die mir dabei begegnen und mich fördern. Ich bin in einer Familie aufgewachsen, die total aus dem Rahmen fiel. Vater war Frührentner und zu Hause, die Mutter ging den ganzen Tag arbeiten. Der Vater war ein verspinnerter Außenseiter, die Mutter ein Flüchtling aus Ostpreußen. Es gab wenige soziale Kontakte. Ich hörte nie „man tut dies oder das“. Wir waren sowieso extrem.

Identitätsbilder bieten für die Diagnose wie für die Therapie reiches Material, das auch für die Indikation und Prognose wichtige Hinweise liefert.

2.3 Das fokale Tiefeninterview (FTI)

Das „fokale Tiefeninterview“ (FTI) wurde schon Ende der 60er Jahre für die Aufnahme von Drogenabhängigen in der seinerzeit von mir gegründeten, ersten therapeutischen Wohngemeinschaft für drogenabhängige Jugendliche in Europa „Les Quatre Pas“, Paris (Petzold 1969p, 1974f) entwickelt. Es wurde dabei bewußt von der Praxis des konfrontativen Motivationsinterviews abgegangen, welches ich 1968 bei *Synanon* und *Daytop* in den Vereinigten Staaten kennengelernt hatte (idem 1974b, d). Das „fokale Tiefeninterview“ wurde dann in der Folge auch für diagnostisch anamnestische Arbeit mit Psychosomatikern, Neurosepatienten und psychiatrische Patienten eingesetzt (idem 1974j), wobei für die Letztgenannten das Prozedere leicht abgewandelt wurde. Schließlich ist diese Interviewform die Standardtechnik für die Zulassungsgespräche zur Ausbildung in „Integrativer Psychotherapie“ (idem 1983i).

Beim „fokalen Tiefeninterview“ wird von der Beobachtung ausgegangen, daß der Patient im Erstkontakt, in dem er sich mit seinen Beschwerden dem Therapeuten vorstellt, in verdichteter Weise die Gesamtheit seiner Problematik mit sich trägt. Seine „inneren Themen“ im Leibgedächtnis sind „aktiviert“. Relevante biographische Atmosphären und Szenen, aber auch habitualisierte Kommunikations- und Abwehrformen sind dadurch in besonderer Weise zugänglich, wenn der Therapeut es versteht, diesen – durch die Interviewsituation gegebenen – Aktivierungszustand zu nutzen. Wie immer man das Interview gestaltet: Der Patient befindet sich in einer ausgelieferten Situation, in der zusätzlich noch durch das oft gegebene Statusgefälle und Rollengefüge sich eine „Macht-Ohnmacht-Struktur“ findet: Er kommt mit Problemen, Lebensschwierigkeiten, Leidenszuständen, Symptomen, mehr oder weniger hilfebedürftig, der Therapeut hingegen ist in einer starken Position. Von ihm wird erwartet, daß er Hilfe bereitstellen kann und Lösungen für die Probleme zur Verfügung stellt. Der diagnostischen Situation immanent ist überdies die Erwartung, daß der Patient sich mit seinen Problemen offen zeigt, der Therapeut hingegen in professioneller Rolle zuhört, beobachtet. Er fragt, der Patient antwortet. Je nach Problemlage des Patienten und den institutionellen Gegebenheiten („totale Institutionen“ als Setting, etwa ein psychiatrisches Krankenhaus, wirken hier verschärfend) ist damit für den Patienten strukturell eine eindeutige „Ohnmachtsposition“ gegeben. Diese Situation, so schwierig sie ist, bietet die Chance, an Szenen heranzukommen, die „strukturell homolog“ sind, die also gleichfalls Macht-Ohnmacht-Strukturen beinhalten – und diese führen sehr häufig an „prävalent pathogene“ Milieus (idem 1988n, 233ff). Schon im Erstkontakt (d. h. in der, in der Regel, telefonischen Voranmeldung) wird der Patient darüber informiert, daß für Abklärung und Beratung zwei Termine erforderlich sind. Das FTI wird dann – sofern indiziert – beim *zweiten* Termin mit erlebnisaktivierenden Techniken durchgeführt. Es kann in kurzer Zeit wesentliche Lebensthemen in ihrer „emotionalen Besetzung“ deutlich machen. Es spannt eine „synoptische Übersicht“ aus – ein „dramatisiertes Lebenspanorama“ –, das aufgrund der Materialfülle für den Patienten durchaus belastend sein kann. Deshalb verlangt es im Hinblick auf die „Dosierung“ vom Therapeuten hohe empathische Leistungen und eine klinisch kompetente Handhabung der Situation. Durch die methodische Form des Interviews wird sehr gut deutlich, ob der Patient für eine IFK geeignet ist.

Die „Eingriffstiefe und -breite“ wird vom Therapeuten aufgrund etwaiger Vorinformationen (Vordiagnosen, Arztbrief etc.), wesentlich aber aufgrund des „ersten Eindrucks“ beim Erstter-

min entschieden durch die „Fünf-zehntel-Sekundendiagnostik“, die ich so benannt habe, weil der Patient in Mimik, Gestik, Haltung, Bewegungsqualität, Kleidung – in seinem Gesamteindruck also – „mit einem Blick“ *wahrgenommen* und in bestimmtem Maße auch *erfaßt* wird (das *Verstehen* und *Erklären* folgt später, vgl. *Petzold* 1988b, weil er sich in einer Art und Weise „atmosphärisch-szenisch“ vermittelt, die eine „Verhaltensresonanz“ – Zugewandtheit, Fürsorge, Zurückhaltung, Abgrenzungsbedürfnis usw. beim Therapeuten auslöst, die dieser wahrnehmen und nutzen kann – eine „spontane Gegenübertragungsresonanz“). Feinanalysen der „ersten fünf Minuten“ (*Pitteneger* et al. 1960) haben ergeben, daß sich die essentiellen Informationen schon in sehr kurzen Zeitstrecken finden.

Im folgenden sei ein fokales Tiefeninterview mit kurzer Kommentierung erläutert. Derartige Interviews erfolgen – dies sei nochmals betont – zumeist in der zweiten Sitzung, nachdem im Erstgespräch die allgemeine Situation des Patienten, seine Gründe für den Therapiewunsch, die persönlichen Daten, die aktuelle Befindlichkeit sowie die Krankheitsgeschichte (Aufreten der Symptomatik, Dauer der Beschwerden, Vorläufersymptome) Gegenstand des Gesprächs waren. Weiterhin wird in derartigen Vorgesprächen der therapeutische Rahmen geklärt (Kosten, Kassenerstattung, Dauer der Stunden etc.). Der Patient erhält die Möglichkeit des „freien Berichts“, wobei er dazu angehalten wird, auf seine aktuelle Lebenssituation zu zentrieren und auf die Geschichte seiner Beschwerden. Biographische Inhalte werden auf das Zweitgespräch verwiesen.

Dieser Verweis auf die zweite Stunde führt nach unseren Erfahrungen dazu, daß eine Aktivierung biographisch relevanten Materials in besonderer Weise erfolgt. Durch die Vorabklärung genereller Fakten zur persönlichen und klinischen Situation kann dann das „fokale Tiefeninterview“ unbelastet von Marginalien durchgeführt werden.

Das mitgeteilte Interview* wurde mit einem 32jährigen Studenten, *Karl Berger*, durchgeführt, der an Depressionen und Prüfungsängsten leidet, mit seinem Studienabschluß (Biologie) nicht zurechtkommt und der deshalb um eine Psychotherapie nachgesucht hatte.

Karl Berger wird von seinen Eltern unterstützt, lebt in einer Studentenwohnung und studiert nach zwei vorausgegangenem Wechseln des Studienfaches (Mathematik, Chemie) im 22sten Semester. Er war nie berufstätig gewesen (auch keine Studentenjobs) und hatte wechselnde, meist nur sehr kurz dauernde Beziehungen. Der Vater ist leitender Ministerialbeamter, derzeit in Pension, die Mutter Hausfrau mit Abitur. Die Symptomatik ist so massiv, daß der Lebensvollzug stark behindert wird. Der Patient macht vom äußeren Erscheinungsbild einen depressiven Eindruck, er wirkt nicht ungepflegt, aber doch irgendwie „vernachlässigt“.

T: „Herr Berger, wir führen unser zweites Gespräch. Wie fühlen sie sich hier in dieser Situation?“

P: „Ja ..., also es ist ... ja schon irgendwie ... eigenartig, ja ...“

T: „Was meinen sie genau mit ‚irgendwie eigenartig‘? Mich interessiert, wie sie sich in dieser Situation erleben, wie sie sich fühlen?“

[Die Frage zielt auf die *Selbstwahrnehmung* und *Situationswahrnehmung* ab.]

* Es wurde anonymisiert.

P: „Ich weiß nicht, es geht mir nicht so gut und ich weiß nicht“

T: „... wie sie sich in dieser Situation verhalten sollen?“

P: „Ja!“

T: „Wie erleben sie mich?“

[Die Frage zielt auf die Fähigkeit der *Fremdwahrnehmung*.]

P: „Ja, ... was soll ich da sagen? ... Beobachtend, verständnisvoll vielleicht ... auch streng!“

[In meiner Selbstwahrnehmung bin ich zugewandt und aufmerksam. Strenge kann ich in der Selbstwahrnehmung nicht feststellen.]

T: „Woher kennen Sie diese Art von Strenge in ihrem Leben, ihrer Lebensgeschichte ..., wenn sie sich erinnern?“

[Die Frage zielt auf die „Atmosphäre“ der Strenge mit der Absicht, etwaig vorhandene Szenen im Hintergrund aufzufinden.]

P: „Ich weiß nicht ... Prüfung, oder so ... Wenn man geprüft wird!“

T: „Erzählen sie mir etwas über ihre Geschichte mit Prüfungen. Schauen sie einfach, was ihnen dazu in den Sinn kommt!“

P: „Ich hab Prüfungen nie gemocht ... Wer mag die schon. Ich jedenfalls nicht. Ich hab ihnen das ja schon gesagt. Da hängt mein ganzes Studium dran. Schriftliche Arbeiten, ... das ist kein Problem. Nur Prüfungen ...“

T: „War das immer so? Wie weit können sie sich daran zurückerinnern? Gab es besonders unangenehme Prüfungen?“

Der Patient beginnt, über Prüfungssituationen im Studium zu berichten, dann über sein Abitur und seine Gymnasialzeit. Die Erzählung wird zunehmend flüssig und bildhaft.

P: „Ich hatte immer Probleme, wenn ich an die Tafel gerufen wurde ... so vor der ganzen Klasse ... Am schlimmsten war es, wenn ich schlechte Noten kriegte, ich glaub, ... das war, ... das war ziemlich demütigend.“

T: „Ist ihnen das Gefühl der Demütigung jetzt präsent?“

[Der Patient hatte den Kopf gesenkt.]

T: „Irgendetwas geht ihnen doch durch den Kopf?“

P: „Ich hatte gerade, ... ich hatte gerade, ... äh ... an zu Hause gedacht. Schlechte Noten nach Hause bringen, ... das war das schlimmste.“

[Der Patient macht einen sichtlich gedrückten, niedergeschlagenen Eindruck.]

T: „Versuchen sie, sich doch einmal eine solche Situation ins Gedächtnis zu rufen. Wenn sie möchten, schließen sie dabei die Augen, dann geht das leichter ...“

[Der Patient sinkt noch mehr in sich zusammen.]

“... was geht ihnen jetzt durch den Sinn?“

P: „Mein Vater äh ... hm ...“

T: „Beschreiben sie ihn, wie sieht er aus, wie wirkt er? Wo sehen sie ihn? Beschreiben sie einfach mal die ganze Szene!“

P: „Das, ... das ist ... Ich muß ein Heft mit einer Arbeit vorlegen ... Er ist sehr verächtlich.“

T: „Wo ist Szene, wie alt ist er, was hat er an? Holen sie das Bild ganz nah heran!“

P: „Er ist ein großer, schwerer Mann. Man fühlt sich immer ganz klein vor ihm ... Immer Anzug, Krawatte, sehr korrekt ...“

[Der Patient drückt sich jetzt sehr präzise aus. Er steht „innerlich“ schon vor dem Vater]

... Er sitzt hinter seinem Schreibtisch in seinem Arbeitszimmer.“

T: „Und sie bringen ihm das Heft?“

P: „Ja ... Er muß es unterschreiben.“

T: „Was sagt er zu ihnen? Versuchen sie das nochmals zu hören!“

P: „Er sagt ..., daß ich offenbar wieder einmal einen Beweis ... meiner ... meiner Unfähigkeit bringe. Er sagt das ganz ruhig ... wie ein Urteil.“

T: „Ich möchte ihnen einmal einen Vorschlag machen. In unserem Therapieverfahren versuchen wir immer wieder einmal die Rolle eines anderen einzunehmen, sozusagen aus der anderen Perspektive zu sprechen und zu handeln. Setzen sie sich einfach einmal da drüben auf den Stuhl.“

P: „Da?“

T: „Ja, dort einfach mal rüber gehen ...

[Der Patient steht zögernd auf, geht herüber, setzt sich auf den anderen Stuhl.]

... Und jetzt versuchen sie einmal so zu sitzen, wie ihr Vater gesessen hat, seine Rolle einzunehmen. Es ist wichtig, daß sie auch seine Haltung einnehmen. Ich denke, ihr Vater sitzt nicht zusammengesunken da.“

P: „Der nicht ...“

[Der Patient setzt sich aufrecht hin und wirkt sehr gesammelt.]

T: „Sie haben jetzt offenbar die Haltung ihres Vaters eingenommen. Versuchen sie doch einmal das zu sagen, was er seinem Sohn, der da drüben mit dem Heft steht, sagt. Einfach noch mal den ‚Originalton‘ einblenden!“

P: (in der Vaterrolle)

„Na, bringst du wieder die Früchte deines Fleißes (Stimme sehr ironisch)? Ist es wieder ein Edelfünfer? Du mußt dich auf den Hosenboden setzen! Wenn man schon unfähig ist, dann muß man wenigstens fleißig sein!“

T: „Gehen sie wieder auf ihren Platz zurück. Tauschen sie die Rolle wieder! ...“

[Der Patient geht auf seinen Stuhl zurück und sitzt dort sehr zusammengefallen.]

... Was geht jetzt in ihnen vor? Versuchen sie, das einmal auszusprechen!“

P: „... Nun, ... ich weiß nicht (klingt ärgerlich)“

T: „Sie wissen *was* nicht?“

P: „Was soll ich sagen? ...“

T: „Was sind ihre Gefühle jetzt?“

P: „Traurig ..., wütend vielleicht ... Ich fühle mich miserabel!“

T: „Versuchen sie das ihrem Vater einmal rüber zu dem leeren Stuhl hin zu sagen ‚ICH FÜHLE MICH MISERABEL!‘, wenn das geht!“

P: „Der versteht sowieso nichts!“

T: „Bringen sie das in die direkte Rede ‚DU VERSTEHST SOWIESO NICHTS!‘ Versuchen sie es mal!“

P: „Du verstehst sowieso nichts!“ (Der Satz wird leise mit einem leicht ärgerlichen Unterton gesprochen.)

T: „Tauschen sie die Rolle! Gehen sie herüber auf den Vaterstuhl! Versuchen sie mal zu antworten.“

[Der Patient geht und tauscht die Rolle.]

P: „Ja, ich weiß nicht, ... ich fühle mich auf dem Stuhl nicht wohl!“

T: (spricht den Patienten in der Vaterrolle an)

„Herr Berger, sie haben ja gerade von ihrem Sohn gehört, daß er ihnen vorwirft, sie würden nichts verstehen. Was wollen sie ihm darauf antworten?“

P: (fällt aus der Rolle)

„So was hätte ich meinem Vater sowieso nie gesagt!“

T: „Versuchen sie, in der Rolle zu bleiben. Was hätte er geantwortet? – (An die Vaterrolle) Herr Berger, versuchen sie, auf ihren Sohn zu antworten!“

P: „Ich weiß nicht, was er geantwortet hätte. Kann ich mir nicht vorstellen. Das ist eine unmögliche Situation. Die hätte es nie geben können.“

T: „Gut, das ist in Ordnung! Dann versuchen sie es jetzt auch nicht weiter.“

[Der Patient kann die Rolle des Vaters hier nicht einfühlen. Er kann über memorisierte Realtexte hinaus nicht viel „aus der Vaterrolle“ sagen, und zeigt, daß ihm die *Identifikation* mit dem Vater schwierig ist und noch wenig an Auseinandersetzung mit dem „verinnerlichten Vater“ stattgefunden hat.]

T: „Gehen sie doch wieder auf ihren Stuhl. Wie ist es für sie, hier nicht zu wissen, was in ihrem Vater vorging?“

P: „Weiß ich nicht ... Was in dem vorging, wußte nie einer.“

T: „Auch ihre Mutter nicht?“

P: „Wahrscheinlich auch nicht ... Weiß ich nicht.“

T: „Bringen sie doch ihre Mutter einmal mit in die Szene. Stellen sie einen Stuhl von da drüben mal dazu ... Stellen sie die Stühle so, wie die Eltern zueinander stehen. Nah heran, oder weit entfernt, zugewandt, oder abgewandt!“

[Der Patient geht zögernd herüber, nimmt einen zweiten Stuhl und stellt ihn recht nahe neben den Vaterstuhl. Dann geht er um die beiden Stühle herum und dreht den Stuhl des Vaters so, daß er der Mutter halb den Rücken halb zuwendet.]

T: „Was sagt das, was sie dort gerade aufgebaut haben, über die Beziehung ihrer Eltern zueinander?“

P: „Na, die war, ... die war nicht gut, natürlich. Bis heute nicht. Da läuft nicht viel zwischen denen.“

T: „Und wie geht es ihrer Mutter damit?“

P: „Ich weiß nicht, ... hat sich wohl arrangiert. Die ist ganz formal geworden.“

T: „Was empfinden sie, wenn sie die Ehe ihrer Eltern so betrachten?“

P: „Was soll ich da empfinden? Nichts empfinde ich!“

[Klingt resigniert, mit unterschwelligem Ärger. Später, in der Therapie, kommt der Patient auf diese Szene verschiedentlich zurück. Hier liegt ein Grund dafür, daß der Patient Beziehungen immer schon nach kurzer Zeit abbricht. Eine Bindung wie die seiner Eltern will er nicht. Ein anderes Modell ist ihm nicht vorstellbar. Dies ist in den späteren Sitzungen für ihn einsichtig und kann bearbeitet werden.]

T: „Wie geht es ihrer Mutter mit der Situation? Versuchen sie doch auch einmal die Rolle ihrer Mutter einzunehmen, indem sie auf den Stuhl gehen, sich hinsetzen, wie ihre Mutter hätte sitzen können!“

P: „Na, ich weiß nicht, ... äh ... ich weiß nicht, wie die gesessen hat.“

T: „Was war ihre Mutter für eine Frau? Was hatte sie an, wie hat sie sich gekleidet?“

P: „Korrekt, sehr korrekt. Ganz gepflegtes Haar, brünett. Immer frisörfrisch. Meine Mutter war immer sehr gepflegt. Sie sah gut aus ... unnahbar.“

T: „Welche Ausstrahlung hatte sie? Offen, warm, verschlossen, kalt, freundlich ... oder *wie* war sie?“

P: „... Was soll ich sagen? ... Freundlich immer, ... neutral irgendwie. Jedenfalls nie warm und nie kalt.“

T: „Versuchen sie es noch einmal. Setzen sie sich auf den Stuhl der Mutter.“

[P geht auf den Stuhl und setzt sich in seiner eigenen Haltung auf ihm nieder. Er rutscht etwas unruhig hin und her.]

P: „Ich weiß nicht, ... ich weiß nicht ...!“

T: (spricht die Rolle an)

„Frau Berger, ihr Sohn hat da eine schlechte Note mit nach Hause gebracht. Ihr Mann hat ihn ziemlich getadelt. Wie stehen sie denn dazu?“

P: „Ich kann da nichts sagen ... Sie hat meinem Vater nie widersprochen ... Mich nicht in Schutz genommen.“

[Dem Patienten fällt es offenbar schwer, sich in die Rolle der Mutter hineinzusetzen. Er hat wenig Empathie für seine Mutter. Eine innere Auseinandersetzung mit ihr hat bislang offenbar kaum stattgefunden.]

T: „Wie stehen sie denn zu ihrem Sohn, wenn er so schlechte Noten bringt?“

P: „Sie hat eben dann mit mir geübt ... Das hat sie gemacht ... Da hat sie sich auch Mühe gegeben!“

[Wieder kann der Patient die Rolle der Mutter nicht direkt übernehmen. Es findet allenfalls ein „indirekter Rollentausch“ statt. Die spätere Therapie läßt deutlich werden: Die Mutter hielt sich so verschlossen, daß sie für den Jungen praktisch unzugänglich geblieben ist. Die Folge für den Patienten: Frauen sind unzugänglich!]

T: „Dann gehen sie wieder auf ihren Platz zurück.“

[Der Patient macht dies.]

T: „Wie geht es ihnen, wenn sie jetzt auf dieses kleine Rollenspiel zurückblicken? Was haben sie dabei empfunden? Was ist ihnen durch den Kopf gegangen?“

P: „Das ist alles schwierig ... Was soll ich da sagen?“

T: „Nun, es ist offensichtlich nicht viel Kommunikation in ihrer Familie gelaufen, zwischen ihren Eltern und von ihren Eltern zu ihnen selbst hin.“

P: „Da wurde auch nicht viel geredet ... Nicht viel Unnötiges. Mein Vater hatte ja auch keine Zeit und meine Mutter ... (lacht ärgerlich) Ach was solls! Das ist sowieso alles ohne Chance (sehr resigniert). Nun ja, ...“

[Depressive Atmosphäre kommt verstärkt auf und steht deutlich im Raum. Der Patient findet keinen wirklichen Zugang zu seinem Ärger und zu seiner Frustration, auch wenn diese Gefühlsqualitäten unterschwellig anklingen. Hier haben sich offenbar dysfunktionale „emotionale Stile“ (dieses Buch S. 630ff, 633) ausgebildet und „Grundstimmungen“ (ibid.), die in der Therapie aufgegriffen werden müssen und eine „Umstimmung“ erforderlich machen, vgl. ibid. 643].

T: „Wenn sie Szenen, wie die, die sie jetzt erinnert und gespielt haben, so anschauen und ihre gegenwärtige Befindlichkeit, ihre Schwierigkeiten, ... welche Verbindungen sehen sie da?“

P: „... Na ja, ... es sind wohl da Zusammenhänge, ... wohl nicht zu unterschätzen ... Deshalb komme ich ja, um Therapie zu machen!“

T: „Ja, ich denke, hier sind wichtige Zusammenhänge, und die sind auch in dieser Arbeit deutlich geworden. Sie sehen übrigens hier auch, wie in unserer Therapieform immer wie-

der auch gearbeitet wird. Eben nicht nur mit Gesprächen sondern auch mit Rollenspielen und anderen Ausdrucksmöglichkeiten ... Wie fühlen sie sich jetzt, am Ende dieser Reise in die Vergangenheit?“

P: „Das ist schon interessant ... interessiert mich ...“

[Es wird mit einer „indirekten Gefühlsäußerung“ geantwortet.]

T: „Und wie geht es ihnen jetzt?“

P: „Nicht schlecht ..., ich meine, besser als am Anfang.“

T: „Und wie erleben sie *mich* jetzt? Wie ist es ihnen mit mir gegangen?“

P: „Äh ..., ja ..., nunja. Sie sind sehr präzise, sehr interessiert. Sie sehen viel (lächelt). Mit ihnen könnt ichs mir vorstellen.“

[Die *Fremdwahrnehmung* greift emotionale Qualitäten nur indirekt auf, ist aber insgesamt stimmig. Im „präzise“ klingt noch ein wenig die „Strenge“ an, allerdings ohne die Übertragungseinfärbung der Ausgangssituation. Der Abschlusssatz ist das Angebot eines Arbeitsbündnisses.]

Das „fokale Tiefeninterview“ hat eine klare Indikation für eine IFK möglich gemacht. Der Patient kann „szenisch imaginieren“ und in ausreichender Weise „atmosphärisch erfassen“ und „szenisch verstehen“, ja, er ist zu „szenischem Handeln“ fähig. In den Rollenkonstellationen wurden die „emotionalen Mikroklimata“ der Familie deutlich: die Beziehung des Patienten zum Vater, zur Mutter, zu den Eltern insgesamt (Mutter und Vater stehen als Block eng zusammen, die Mutter stellt die strenge und abwertende Haltung des Vaters nicht in Frage). Es wird auch die Beziehung der Eltern zueinander deutlich. Die elterliche Beziehung ist in ihrer *Qualität* ein ganz entscheidender Faktor in der emotionalen Sozialisation von Menschen, denn sie hat eine Modellfunktion – im positiven, wie im negativen Sinne – und prägt weithin die eigene Einstellung zu Beziehungen.

Durch die vorgeschlagenen *Rollentausch*-Situationen, die ja jeweils vom Patienten eine Identifikations- und Empathieleistung verlangen, wird das Maß der eigenen biographischen Arbeit, d. h. der reflektierenden und emotionalen „inneren Auseinandersetzung“ mit den Eltern deutlich. Die im Ansatz indirekt oder teilweise vollzogenen Rollentausche weisen darauf hin, daß hier schon einiges „vorbewußt“ ist, also im Rahmen einer IFK leicht ins Bewußtsein gehoben werden kann. Mitschwingende Affekte des Ärgers und der Frustration werden gleichfalls durch fokalisierende Emotionsarbeit im Sinne „thymopraktischer Aktivierung“ bzw. „emotionaler Differenzierungsarbeit“ (Petzold 1992b) zu bearbeiten sein. Der emotionale Zugang zur Mutter erscheint schwieriger. Die depressiven Atmosphären mit ihrer resignativen, aber auch retroflektiert-aggressiven Qualität zeigen eine Doppelbödigkeit, wobei das Moment der „Niedergeschlagenheit“ durch die repressive Haltung des Vaters noch leichter fokalthérapeutisch anzugehen ist, als die bedrückte Stimmung und die Resignation in der Familienatmosphäre [die nachfolgende Therapie bestätigt diese Annahme], die der Patient „eingefleischt“ hatte, die ihm sozusagen „in Fleisch und Blut übergegangen war“. Der depressive leibliche Habitus (lebloose Hände, niedergeschlagener Blick, ausdruckslose Augen, flache Mimik, flache Atmung, d. h. keine volle „Emotionsatmung“) wird im Rahmen einer Fokalthérapie allein nicht zu bearbeiten sein, denn hier ist „*leibliches Umlernen*“ erforderlich. Konzept und Erfahrung der Integrativen Therapie sind hier anders orientiert als bei der Mehrzahl der klassischen Psychotherapieverfahren. Bei einer depressiven Erkrankung wird immer auch de-

ren *psychosomatische Seite* gesehen. Es geht keineswegs um eine „depressive *Psychoneurose*“, sondern immer auch um *depressive Leiblichkeit*. Gewaltsame „*Impressionen*“, repressive Verhinderungen von *Expressionen*, die verinnerlicht werden und zu *Selbst-Repressionen* führen, haben *Depression* im Gefolge (Petzold 1992a, 855ff). Die Frage bei diesem Patienten ist, ob durch eine „*bimodale Therapie*“ diese Seite mit abgedeckt werden kann. Die höchst beachtenswerten Ergebnisse, die wir an unserer Abteilung der Freien Universität Amsterdam durch „*Lauftherapie mit depressiven Patienten*“ erreichen konnten, u. a. höhere Effektstärke als verbale Therapie (vgl. Bosscher 1991, 1993; Bosscher et al. 1993), sprechen hierfür ebenso wie sehr gute Erfahrungen, die wir durch die Praxis von Aikido und ähnlichen fernöstlichen Kampfsportarten bei depressiven Patienten machen konnten (Petzold 1994a). Motivationsarbeit für einen solchen *bimodalen* Ansatz muß während der IFK geleistet werden (und hatte bei diesem Patienten Erfolg).

Die Initialphase des Interviews wie auch sein Verlauf zeigen auf seiten des Patienten hinreichende *Selbstwahrnehmung*. Die *Fremdwahrnehmung* ist leicht „eingetrübt“ (die Übertragung kam im Verlauf der Therapie immer wieder mehr oder weniger intensiv ins Spiel und stellte ein wichtiges Moment der therapeutischen Arbeit dar). Als „*operativer Fokus*“ wurde auf dem Hintergrund dieser Sitzung und des vorausgegangenen Abklärungsgesprächs sowie durch weitere Momente im prozeßdiagnostischen Verlauf die repressive, abwertende Qualität der Vaterbeziehung gewählt. Als „*Mesofokus*“ wurde die Mutterbeziehung ins Auge gefaßt, allerdings mit einer deutlichen Eingrenzung des Fokusrahmens, weil wir in unserer klinischen Hypothesenbildung auf Grund der im Rollenspiel vermittelten Qualität der Mutter auf *Defizite* in der frühen Sozialisation schließen, insbesondere was die Phase der Ausbildung des *Selbstwertgefühls* (dieses Buch, S. 542ff, 630ff) anbelangt. Die weitere Exploration ergab, daß der Patient von seinem Vater nie geschlagen worden war. Die vorfindliche, massiv „depressive Leiblichkeit“ läßt deshalb noch andere Quellen vermuten, z. B. Defizite in der Zwischenleiblichkeit bzw. körperlichen Zuwendung. Diese Annahme führt im Verlauf der IFK zu einer *prozeßtheragnostischen* Arbeit mit dem „*relationalen Körperbild*“ (Petzold, Orth in: dieses Buch, S. 876ff). In diesem Bild wurden das „*emotionale Defizit*“ durch die fehlende „*körpernahe*“ Zuwendung von seiten der Mutter einerseits und die gewalttätig-repressive Atmosphäre von seiten des Vaters in sehr prägnanter Weise deutlich.

Die Therapie konnte dann in der Folge auch als *indirekt* „*bimodale*“ Behandlung (indirekt, weil nicht bei einem/einer zweiten Therapeuten/ Therapeutin und in keinem weiteren expliziten Therapieangebot) durchgeführt werden, da sich der Patient zur Teilnahme an einer Aikido-Gruppe motivieren ließ und in der Therapie die Anfangsschwierigkeiten mit dieser Gruppe in einer Art und Weise begleitet werden konnten, daß das Angebot mit einer „guten Kontinuität“ wahrgenommen wurde. Der Patient blieb über den Abschluß der Therapie hinaus aktiv bei diesem „*Weg*“ sportlicher Betätigung und persönlicher Selbstverwirklichung (Petzold 1994a). Ein besonderes Charakteristikum des „*fokalen Tiefeninterviews*“ ist der Einsatz der Techniken der „*leeren Stühle*“ und des „*Rollentausches*“ (Moreno), die aus den Formen „*dramatischer Therapie*“ (Petzold 1979k, 1982a), insbesondere aus dem Psychodrama, dem Therapeutischen Theater, der Gestalttherapie übernommen wurden (idem 1973a). Dabei haben wir das Modell des „*strukturierten Fokalinterviews*“ zur Generierung klinischer Hypothesen in der vorliegenden Form entwickelt. Es wird in jedem Interview versucht, die

wichtigen Personen der Primärgruppe vermittelt „leerer Stühle“ zu repräsentieren. In diesem Fallbeispiel waren dies Vater und Mutter – der Patient war Einzelkind. In anderen „fokalen Tiefeninterviews“ kommen noch Geschwister hinzu oder Großeltern oder andere „relevante Bezugspersonen“. Bei Großfamilien kann ein Stuhl für die Gesamtheit der Geschwisterschar stehen und wird dann nur jeweils unterschiedlich besetzt. Besteht neben der Herkunftsfamilie auch noch eine aktuelle Familie, so wird diese im zweiten Teil des Interviews in gleicher Weise einbezogen, weil die eigene Lebenspartnerin, die eigenen Kinder für das Erfassen und Verstehen der Gesamtsituation des Patienten sehr wesentlich sind.

Die „leeren Stühle“ können durch ihre Position und Entfernung in klarer Weise Aufschluß geben über „emotionale Mikroklimata“, über „Beziehungsqualitäten“. Die angebotenen Möglichkeiten des Rollentausches sind jeweils äußerst aufschlußreich mit Blick auf innere Ängste, innere Bezogenheiten, den Grad der Auseinandersetzung mit verinnerlichten wichtigen Bezugspersonen. Durch die Art und Weise, *wie* der Patient den Rollentausch vornimmt – sofern er ihn vornimmt und nicht „blockiert“ –, über die Wege, *wie* man einen nicht vollzogenen Rollentausch vielleicht dennoch motivieren kann, über die auftauchenden Widerstands- und Abwehrformen in diesem Geschehen lassen sich wichtige diagnostische Aufschlüsse finden, die für die Fokuswahl große Bedeutung gewinnen können. Die Beachtung der Körpersprache – etwa ein Zögern beim Aufstehen, um zum anderen Stuhl hinüberzugehen, die Schwierigkeiten bei der Verleiblichung während der Rollenübernahme, Mimik, Gestik, Haltung ..., all das führt in sehr plastischer Weise die biographisch-relevanten Szenen in ihrer atmosphärischen Qualität, die wichtigen Beziehungskonstellationen in ihrer emotionalen Besetzung im „Hier und Jetzt“ der theragnostischen Situation dem Therapeuten, aber auch – in mehr oder weniger zugänglicher Weise – dem Patienten vor Augen. Wenn es gelingt, die Angschwelle nicht zu hoch werden zu lassen und ein genügendes Maß an Stütze zu geben, wird oftmals ein Interesse, eine *Neugierde* auf die „biographischen Hintergründe“ geweckt, und diese ist eine gute Motivation für therapeutische Arbeit. Auftretende Angstreaktionen werden besprochen, verdeutlicht, interpretiert. Der Rollentausch sollte nie forciert werden. Die Verweigerung oder das Unvermögen – beides muß man differenzieren –, eine Rolle zu übernehmen, sind in sich diagnostisch aufschlußreich. Allerdings wird die fehlende Möglichkeit, eine Rolle aus der Primärfamilie zu übernehmen, nicht nur als diagnostischer Hinweis auf Unversöhntheit oder Ängste, auf verdrängte Beziehungsqualitäten usw. gewertet, sondern es wird hieraus auch ein „Therapieziel“ abgeleitet, da aufgrund unserer theoretischen Konzeptualisierungen das „empathische Verstehen der Eltern“ ein wichtiges Moment für den Gewinn eigenen „Selbst-Verständnisses“ ist. Die Arbeit der *Versöhnung* oder *Aussöhnung* – wir differenzieren diese beiden Qualitäten (Petzold 1988n, 235) –, aber auch die Arbeit der *Abgrenzung* und *Zurückweisung* kann ohne zumindest den „inneren“ Rollentausch nicht in einer integrierenden Weise vollzogen werden. Überhaupt lassen sich aus dem „fokalen Tiefeninterview“ eine Menge unmittelbar einsichtiger Therapieziele ableiten, die gruppiert und in ihrer Wichtigkeit geordnet werden müssen, um den „operativen Fokus“ nicht zu überfrachten.

Im vorgestellten Beispiel war der Patient – trotz aller Eingeschränktheiten – *hinreichend* rollenflexibel und introspektionsfähig. Diese Fähigkeiten werden im Verlauf der Therapie vertieft. Seine Abwehr von emotionalen Resonanzen (sowohl in der Selbstwahrnehmung wie in der Fremdwahrnehmung) wird ein Schwerpunkt in der folgenden IFK, in der er Zugang zu

seinen „negativen“, abgelehnten Gefühlen bekommt. Vor allen Dingen gewinnt er Zugang zu seiner Aggression.

Die Handhabung des „fokalen Tiefeninterviews“ als diagnostisches Instrument in der Integrativen Therapie (Althen 1991) erfordert eine sorgfältige Ausbildung und viel Übung. Von entscheidender Bedeutung ist die „Dosierung“ der atmosphärischen Intensitäten, der Zahl der szenischen Konstellationen und des Ausmaßes der „Tiefung“ (Petzold 1974j, 333; 1988n, 105). Bei unsachgemäßer Handhabung können bei diesem methodischen Zugang Verletzungen gesetzt werden (dieses Buch, S. 943ff) oder Labilisierungen erfolgen (dieses Buch, S. 470ff) – ähnlich wie auch bei den „Probedeutungen“ in den analytischen Kurzzeittherapien. Ein abklärendes Vorgespräch ist deshalb eine unabdingbare Voraussetzung für die Verwendung des IFK in der Patientenarbeit. Zuweilen kann es notwendig werden, noch weitere Nachgespräche (1 – 3 Termine) anzuberaumen, insbesondere wenn es nicht zur Aufnahme einer Therapie kommt. Dann wird es wesentlich, die theragnostische Situation in einer Weise abzuschließen, daß der Patient aus den gesehenen, erkannten Szenen des „fokalen Tiefeninterviews“ Gewinn zieht, so daß für ihn die Qualität einer „interessierten Betrachtung“ seiner Lebensgeschichte möglich, und das FTI für ihn eine förderliche, integrierende Erfahrung wird. Wir haben immer wieder erlebt, daß „fokale Tiefeninterviews“ *als solche* ein hohes, veränderungswirksames Potential hatten und bei Patienten dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensveränderungen bewirkten, weil im Interview plötzlich Dinge „klar wurden“, sich „zusammenfügten“, die das Leben schon in entsprechender Weise vorbereitet hatte. Das Interview war sozusagen der letzte Baustein in einem Erkenntnis- oder Veränderungsprozeß. Für eine Integrative Fokaltherapie kann ein solches Interview ein intensiver und fruchtbringender Einstieg sein, weil in der Regel – wie auch bei den anderen Einstiegen, etwa über das Lebenspanorama oder die Identitätsbilder oder über einen kombinierten Ansatz – eine hohe Motivation „zur Arbeit an sich selbst“ geschaffen wird.

2.4 Überlegungen zur Indikation

Für die Indikation zur IFK fallen einige Faktoren besonders ins Gewicht. Bei schwerwiegenden Störungen im Bereich der Leiblichkeit oder des sozialen Netzwerks sind *kurative Fokaltherapien* in der Regel nicht indiziert. Sie haben oftmals bei Patienten negative Folgen (Petzold 1993m), weil sie *anbehandeln*, sofern nicht eine *intermittierende Therapie* angelegt wird. Liegt der Fokus aber genau auf den genannten Problemen mit der motivierenden Absicht, den Patienten zu einer längerfristigen oder „intermittierenden“ Therapie zu bewegen, hat fokaltherapeutische Arbeit auch bei diesen Patienten durchaus Sinn. Massive Störungen der eigenleiblichen (Selbst)wahrnehmung verweisen häufig auf schwerwiegende Defizite oder Traumatisierungen, die in der Regel kurzzeittherapeutisch *kurativ* nicht behandelbar sind. Weiterhin gewährleisten sehr defiziente soziale Netzwerke nicht den für Kurzzeittherapien erforderlichen „*social support*“ (Schuch 1990; Nestmann 1988). Der Aufbau stabiler, ressourcenreicher und support-starker sozialer Netzwerke braucht in der Regel eine längere Zeit, als sie in Kurzzeittherapien zur Verfügung steht, es sei denn, man entschließt sich von vornherein zu einem „bimodalen Behandlungsansatz“ (Petzold, Schneewind 1986) etwa dergestalt, daß man mit

Beginn der Kurztherapie den Patienten auch zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe bewegen kann. Die Zusammenarbeit mit einer „Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen“ und ein guter Kontakt zur Selbsthilfeszene ist dabei unabdingbare Voraussetzung (Petzold, Schobert 1991), damit die Kooperation zwischen „Professionellen und Selbst Helfern“ (idem 1990i) fruchtbar werden kann. Mit den Fragen nach einer Indikation für eine fokalisierende Kurzzeittherapie sind die Probleme der Fokuswahl eng verbunden, d.h. auch die Fragen nach einer Gewichtung des diagnostischen Materials.

Schaut man in die Traditionen psychoanalytischer Fokalthherapie (Crits-Christoph, Barber 1991, 1ff), dann sieht man oft typisierende Vorannahmen, unter denen eine Bewertung der diagnostischen Fakten erfolgt: Entweder werden ödipale Konfliktkonstellationen (Malan 1976; Sifneos 1972, 1979; Davanloo 1980) angenommen, oder es erfolgt eine Zentrierung auf Konflikte in der „Individuations-Separationsphase“ (Mahler 1968), wie dies Mann (1973) favorisiert. Als Psychotherapeut im tiefenpsychologischen Paradigma kommt man aber nicht an den Ergebnissen der empirischen Entwicklungspsychologie vorbei (Lichtenberg 1981; Stern 1985), und diese stellen die von den genannten Autoren in ihren Arbeiten zugrundegelegten, entwicklungspsychologischen Annahmen, die das aktuelle Material der Patienten einseitig vorselektieren, sehr nachdrücklich in Frage. Die Positionen M. Mahlers, aber auch das Ödipuskonstrukt bieten u. E. keine ausreichend gesicherte entwicklungspsychologische Grundlage (Bischof 1985; Dornes 1993; Petzold 1993b; Chasiotis, Keller 1992) für Fokaldiagnosen und die Fokuswahl. In die Behandlung dürfen sie deshalb nicht als gleichsam „gegebene Vorannahme“ übernommen werden, ohne sorgfältige Überprüfung der biographischen Fakten, bei denen dann auch noch die Gefahr besteht, daß die Materialien ausschließlich oder überwiegend unter der Optik der genannten Theorien gewertet werden, wodurch andere Zusammenhänge und neue Erklärungsmöglichkeiten (vgl. z.B. Lazarus 1991; Lewis 1993) außer acht gelassen oder verstellt werden.

Eine sorgfältige verbale Exploration unter der Perspektive des „*life span developmental approach*“ – und hier liegt ein Spezifikum der IFK gegenüber anderen, dynamisch orientierten Kurztherapien (Leuzinger-Bohleber 1985; Crits-Christoph, Barber 1991) – kann Anschlußstellen an *bewusste*, d.h. erinnerbare und *vorbewusste*, d.h. durch Explorationen erschließbare Konfliktkonstellationen (Petzold 1988b) bringen, die dann Hinweise auf anliegende *unbewusste* Konfliktkonstellationen oder Defizite bieten. Verbunden mit dem Rückgriff auf die diagnostischen Instrumente der „Integrativen Therapie mit kreativen Medien“ mit ihrer projektiven Qualität, wie die Panoramatechnik, Identitäts- oder Selbstbilder (Petzold, Orth 1993a), lassen sich hier solide Grundlagen finden. Die phänomenologisch-hermeneutische bzw. tiefenhermeneutische Ausrichtung der Integrativen Therapie erscheint uns in einem solchen diagnostisch-therapeutischem Prozedere besser gewahrt, und auch das kritisch-emanzipatorische Moment unseres Ansatzes (Petzold 1978c, 1981k, 1986a, 1993d), das er mit dem psychoanalytischen teilt (vgl. Habermas 1968b; Lorenzer 1973, 1974; Parin 1983), wird auf diese Weise besser gewährleistet werden können.

Wenn *Integrative fokalisierende Kurzzeittherapie* auf traumatische *Atmosphären, Szenen und Stücke* im Hintergrund der Krankheitsgenese zurückgreifen will, um ihre Fortschreibung in *fixierenden Narrativen*, in *negativen Skripts* (Petzold 1981i) zu verhindern, und es sogar zu ei-

ner Entwicklung „alternativer Kontinuitäten“ kommen soll, so gilt es, einen möglichst genauen Eindruck von „malignen Kontinuitäten“ zu erhalten, von „dysfunktionalen Skripts“, die ständig situationsunangemessene Reinszenierungen produzieren. Karrierepanoramen führen genau an diese Problematik heran. Sie lassen „sinnfällig“ erkennen, wo mögliche Konfliktkonstellationen liegen, und sie machen auch deutlich, wo salutogene Ereignisse als stabilisierende und entwicklungsfördernde Lebenskräfte wirksam werden konnten. Die Einstimmung bei Lebens- und Karrierepanoramen (Petzold, Orth 1993a, 128f), die in der fokalthérapeutischen Diagnostik eingesetzt werden, zentriert neben den pathogen und salutogenen Einflüssen eben auch auf die dritte Größe: Mangelserfahrungen, Defizite. Es läßt sich damit auch sehr schnell die wichtigste *Ausschlußdiagnose* für fokalthérapeutische Arbeit finden: Wenn nämlich hinter der aktuellen Symptomatik schwerwiegende „prolongierte Mangelserfahrungen“, durchgehende Defizite in vitalen Entwicklungsphasen liegen, die die Persönlichkeit insgesamt oder wichtige Strebungen der Persönlichkeit (Selbst, Ich, Identität) geschädigt haben, indem sie ihre organische und ungestörte Entwicklung verhinderten oder beeinträchtigten, ist *kurative IFK* nicht indiziert (allenfalls motivierende IFK).

Für eine erfolgreiche *kurative* Fokalthérapie, ist auf der Patientenseite die *Motivation* wesentlich – und diese ist nicht nur durch den „Leidensdruck“ gegeben oder durch ein „Kausalitätsbedürfnis“, einen Erklärungswunsch im Hinblick auf Symptome und Leidenszustände, sondern auch durch „Selbstaktualisierungstendenzen“ (Goldstein, Maslow, Perls, Rogers) des Menschen, sein Streben nach Selbsterkenntnis, Selbstfindung, Selbstverwirklichung und gemeinschaftlichem Tun als *kokreativem Impetus* zur Weltgestaltung (Iljine 1990; Petzold 1990b; Orth, Petzold 1993c). Faktoren wie die „Neugier auf sich selbst“, die Sehnsucht, schöpferisch zu werden und die eigenen Möglichkeiten zu entdecken und zu realisieren, dürfen als Motivans für die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte nicht unterschätzt werden (Orth 1994; Orth, Petzold 1993c). Hier muß die psychoanalytische anthropologische Sicht *Freuds* mit ihrer pessimistischen, medizinalisierten, pathologie- und individuumszentrierten Orientierung dringend eine Korrektur erfahren (vgl. hier z. B. die Arbeiten von O. Rank, K. Horney, E. Fromm, H.S. Sullivan, T. French).

Für die Indikation zur Kurzzeittherapie wird immer wieder auf die intakten Ich-Funktionen, Ich-Stärke, Introspektionsfähigkeit und reife Abwehrmechanismen verwiesen (Grüntzig, Meyer-Leuzinger 1978, 15-87; Barber, Crits-Christoph 1991). Dieser Auffassung ist prinzipiell zuzustimmen. Der Klient muß ein gutes Maß an Wahrnehmungsfähigkeit und Integrationsfähigkeit mitbringen, soll er von einer *kurativen* Kurzzeit- bzw. Fokalthérapie profitieren, wobei wir auch bei gewissen Psychoseerkrankungen, Borderline-Patienten, mehr aber noch bei Patienten mit sogen. „narzißtischen Neurosen“ (vgl. Petzold 1992f) durchaus genügend Introspektionsfähigkeit, Möglichkeiten der kognitiven Strukturierung und zum Teil auch Ich-Stärke finden (bei Borderline-Patienten schwankt diese allerdings periodisch erheblich, und mit Blick auf die Struktur des *Selbst*, in dem das *Ich* gründet, begegnen wir oft erheblichen Brüchigkeiten). Deshalb können diese Patienten auch durchaus für eine Fokalthérapie geeignet sein (vgl. auch Laikin et al. 1991; Benjamin 1991; Luborsky, Mark 1991; Davanloo 1985). Sollte aus der Panoramatechnik und aus der verbalen Exploration ein Zweifel aufkommen, ob die „Strukturen des Selbst“ – immer das Vorhandensein stabiler, sozialer Supportaspekte vorausgesetzt – für eine Kurzzeittherapie tragfähig genug sind, so kann eine weitere Ex-

ploration, etwa mit „Selbstbildern“ (Orth, Petzold 1993c), zusätzliches Material für die Abklärung bieten, so daß auch bei schwereren Erkrankungen eine „therapy tailored to the patient's level of functioning“ (Pinsker et al. 1991) als Kurzzeitbehandlung durchgeführt werden kann, wie dies etwa im „Fritz Perls Klinikum“, unserem Ausbildungs-Klinikum an den Hardtwaldkliniken in Zwesten (Schröder, Wolf in Petzold, Sieper 1993) in Kombination von integrativer Einzeltherapie, Gruppentherapie, Therapie mit kreativen Medien und Stationsarbeit erfolgt (Hausmann, Meier-Weber 1990), einem Modell, das auf der Grundlage des Integrativen Ansatzes von Lotte Hartmann-Kottek entwickelt wurde. IFK bei Patienten mit massiven Defizitstrukturen sind im Prinzip allenfalls indiziert, wenn diese gut kompensiert sind oder wenn über Kriseninterventionen hinausgehende Motivationsarbeit mit dem Blick auf eine mittelfristige oder längerfristige Behandlung geleistet werden soll oder wenn spezifisch zugepaßte Interventionen mit begrenzter und begrenzbarer Zielsetzungen erfolgen.

3. Überlegungen zu therapeutischen Konzepten der Fokalarbeit

Wird der Patient schon in der diagnostischen Phase aktiv in die Fokussierungen einbezogen, so ist eine *intersubjektive Praxis* gewährleistet und die Gefahr, mit forcierenden und radikalen Techniken Verletzungen zu wiederholen, maligne Regressionen zu provozieren oder unter dem Zeitdruck und aufgrund stereotyper Beobachtungsraster zu gravierender Fehlinterpretation eines persönlichen Schicksals zu kommen, wird erheblich verringert. Wir stimmen *Malan* (1976, 353) deshalb in keiner Weise zu, wenn er schreibt: „... the more radical the technic in terms of transference, depth of interpretation, handling the childhood, the more radical are the therapeutic effects“. Wir sind gegenüber der forcierenden und Widerstand bzw. Abwehrformationen attackierenden Technik der „Short-Term-Dynamic-Psychotherapy“ von *Habib Davanloo* (1978, 1980, 1985) mit ihren eher stereotypen Hypothesenbildungen höchst skeptisch, wobei er, betrachtet man seine Therapievideos, *in praxi* nichts anderes macht als gestalttherapeutische Fokalarbeit in der Form von *F.S. Perls, J.S. Simkin* u. a. (was leider nicht offenlegt wird). *Davanloo* hat offenbar Psychoanalytiker genauso fasziniert und angezogen, wie weiland „Fritz“ *Perls*, zu dem sie gepilgert sind (vgl. *Benz* 1985, 17 f; *Gaines* 1979). Wir sind hingegen darauf gerichtet, in Diagnose und Therapie im Rahmen fokaler Arbeit einen Interventionsstil zu praktizieren, der *strukturierend* und *permissiv* zugleich ist und der von einer warmherzigen, engagierten Grundhaltung getragen wird, womit wir an die Ergebnisse empirischer Psychotherapieforschung anschließen, die auf die besondere Effizienz eines empathischen Therapiestils verweisen (*Zimmer* 1983) und die die eher konfrontative – oft „deckelnde“, ja ruppige Vorgehensweise „to break through the patient's defensive barrier“ (*Laikin* et al. 1991, 80) der *Davanloo*-Richtung (vgl. die Transkripte *ibid.* 97-102) nicht stützen (von therapieethischen Erwägungen einmal ganz zu schweigen, denn der Zweck – z. B. Symptombeseitigung – heiligt die Mittel nicht).

Die fokalinterventive Arbeit der Integrativen Therapie kann durch die im „Hier und Jetzt“ der Exploration fokaldiagnostisch erhobenen Fakten, die Art und Qualität der geklagten Beschwerden, die in der *Gegenübertragung* empathisch erfaßten „szenischen Arrangements“ (*Pet-*

zold 1969b, 1981i, 1990p; Lorenzer 1970; Argelander 1970), wie sie die Panoramaaarbeit, das Familienpanorama (Petzold 1975h) oder das Genogramm (Heinl 1986), die Körperbilder (Petzold, Orth 1991a), die Familienskulpturen (Petzold 1969b/1988n, 464, 480; Heinl 1986; von Schlippe, Kriz 1993) deutlich werden lassen, auf den soliden Hintergrund biographisch eruierbarer Fakten stellen. Man erhält über *Defizite, Traumata, Konflikte, Störungen* als spezifische pathogene Stimulierungskonstellationen, die die Dimensionen der Persönlichkeit *Selbst, Ich, Identität* und das diese umgebende *soziale Netzwerk* schädigen können (Petzold 1992a, 528 f; 1988n, 236 f), Aufschluß, aber auch über benigne Stimulierungen durch salutogene Vergangenheitseinflüsse, „social support“ und Kompensationen. Fokalisierende Theragnostik setzt aktuales Material, unmittelbar sich erschließende Informationen und ihre *Implikate* (d. h. das „Mitgesagte“, mittelbar sich zeigende) in fokussierte Interventionen um, eine Praxis, die die Krisentherapie immer schon verlangt hat und die sich auch bei Freud und in der frühen Psychoanalyse findet (Freud 1895, GW 1, 184-195; 1909 GW 7, 241-397; Jones 1955, 161-162; Stekel 1938). Die Integrative Therapie steht – wie erwähnt – hier in der Tradition der „ungarischen Schule“ Ferenczis. Sie nimmt Überlegungen auf, die der Begründer der „aktiven und elastischen Technik“ zusammen mit Otto Rank in der noch heute für die Psychotherapie wesentlichen Schrift „Entwicklungsziele der Psychoanalyse“ (1924) darlegte. Hier wird die szenische Reproduktion jener „Stücke ..., die als Erinnerung überhaupt nicht zu haben sind“ empfohlen, „so daß dem Patienten kein anderer Weg übrig bleibt als sie zu reproduzieren“ (Ferenczi, 1924/1964 III, 223) in „Gebärdensprache“ (ibid.), „Tonfall, Gebärde, Miene“, um zu einem „*Verständnis des ganzen Textes*“, seines „Sinnes“ (ibid. 226) zu gelangen. Das erfordert „*Aktivität* im Sinne einer direkten Förderung der bisher vernachlässigten, ja als störende Nebenerscheinung betrachteten *Reproduktionstendenz* in der Kur“ (ibid. 224), womit „*anstatt dem Erinnern dem Wiederholen die Hauptrolle in der analytischen Technik zuzuteilen*“ sei (ibid. Hervorhebung im Original). Sie führt zu „einer Analyse der ganzen Persönlichkeit“ (ibid. 227), ausgehend von der „*Gegenwart* des Patienten“, denn „das *Vergangene* und *Verdrängte* muß also im *Gegenwärtigen* und *Bewußten* (Vorbewußten), also in der *aktuellen* psychischen Situation seine Vertretung finden, um effektiver erlebt werden zu können“, womit für die Therapie ein „stückweise vor sich gehender Affektablauf als eine fraktionierte Katharsis“ notwendig wird. „Wir glauben übrigens im allgemeinen, daß Affekte, um überhaupt wirksam zu werden, erst aufgefrischt, d. h. gegenwärtig gemacht werden müssen. Denn was nicht unmittelbar in der Gegenwart, also real affiziert, muß psychisch unwirksam bleiben“ (Ferenczi 1924/1964, III, 234 f). Der große Ungar umreißt hier „essentials“ Integrativer Behandlungstechnik in der Fokaltherapie. Er selbst experimentierte mit aktiven, elastischen Techniken und Kurzzeitinterventionen, die aktuales, erinnerbares oder phantasiertes Material aufgriffen (vgl. den Fall einer „kroatischen Sängerin“ oder die „Großvaterszene“ Bausteine 1964, II, 67 f; III, 494 f). Ferenczi bediente sich dabei szenischer Arrangements, zuweilen des Rollenspiels (ibid. II, 69 f). Er betonte die Realität „ungünstiger Verhältnisse“ und „traumatischer Erlebnisse (ibid. III, 409), d. h. negativer Sozialisierungserfahrungen und – Alexander vorwegnehmend – die Notwendigkeit einer kontrastierenden „Korrektur“ (ibid. III, 498): Bei fehlender mütterlicher Zärtlichkeit müsse der Therapeut derartige Qualitäten bereitstellen, ja Ferenczi meint, man müsse manche der schwerkranken Patienten „*förmlich adoptieren und erstmals der Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden lassen*“ (ibid. III, 489) im Sinne eines Nachnährens, so daß die emotionale Dichte positiver Zuwendung im Hier und

Jetzt zum therapeutischen Faktor werden kann (Ferenczi, Bausteine III, 481, 503 f, 521 usw.; Petzold 1969b). In seinem Text „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (1931) hat er dann das Prinzip ausgearbeitet, das Franz Alexander unter dem Namen der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ bekannt machen sollte. In seinem Plädoyer für eine „elastische psychoanalytische Technik“ umreißt Ferenczi (1927/1928) die Grundlagen analytischer Kurzzeittherapie, die bis heute Gültigkeit haben. Sein empathischer, engagierter und emotional zugewandter Stil kontrastiert mit dem einiger neuerer Protagonisten analytischer Kurzzeit- und Fokaltherapie, etwa Davanloos (1985, 1986) „challenge and pressure to exhaust the patient's resistance“ (Laikin et al. 1991, 85) oder Malans (1963, 1976) zurückhaltende Abstinenz oder Sifneos' Haltung des „unemotionally involved teacher“, der den Patienten konfrontiert „with the anger, fear, anxiety and uncertainty which result from the examination of the areas of emotional conflict“ (Sifneos 1972, 115). So ist es durchaus nützlich, sich für die Entwicklung von Konzepten zur Kurzzeittherapie an den Vätern dieser Behandlungsform zu orientieren. Sie sind pragmatisch an der praktischen Erfahrung mit Patienten ausgerichtet und weniger festlegend, so daß ihre Konzepte direkt an die „Erfordernisse der Praxis“ zu adaptieren sind. Sie stimmen auch gut mit den Wirkfaktoren überein, die die moderne Psychotherapieforschung als bedeutsam für Heilungsprozesse herausgearbeitet hat (Garfield 1982, 1992; Huf 1992) und die für die Integrative Therapie besondere Wichtigkeit haben (Petzold 1992g, 1993m). Sie kommen nicht zuletzt in der IFK zum Tragen (vgl. Abschn. 6).

Ranks Arbeiten z.B. – sie sind über Paul Goodman in die Gestalttherapie eingeflossen –, seine späten Veröffentlichungen zur „Willenstherapie“, aber auch „Art and Artist“ sind für kurzzeittherapeutische Maßnahmen sehr inspirierend und haben den *erlebnisaktivierenden Stil* gestalttherapeutischer Arbeit im „Hier und Jetzt“, der von mir in die Integrative Therapie übernommen wurde, sehr geprägt. Rank betonte überdies mit dem Konzept des Willens eine in Psychologie und Psychotherapie völlig vernachlässigte Größe, der gerade in der Kurzzeittherapie oft erhebliche Bedeutung zukommt (Zottl 1982, vgl. hier auch das Willenskonzept von Assagioli 1982).

Alexander und French (1946) haben die Konzeptionen der Elastizität und Flexibilität sowie das Konzept der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ aus der Ferenczi-Tradition weiterentwickelt und versucht, sie empirisch abzusichern. Die anfänglich heftige Kritik an ihrer Arbeit greift nur insoweit, als daß in der Tat nicht davon ausgegangen werden kann, durch Kurzzeittherapien stabile Verinnerlichungen positiver Erfahrungen im Sinne eines „reparenting“ zu erreichen. Aber es werden Kontrasteffekte, Korrekturen von Haltungen und Einstellung durch kognitive und emotionale Umbewertung möglich, wenn in der Therapie andere Modelle des Umgangs im zwischenmenschlichen Bereich erlebbar werden – so auch Binder und Strupp (1991) – und damit sind emotionale Orientierungen durchaus zu korrigieren.

In Kurzzeittherapien ist also eine Bildung tragfähiger „innerer Beistände“ (guter „Objekte“) durch Internalisierung entsprechender Qualitäten des Therapeuten (Petzold 1985l) oder eine Umstimmung von „Grundstimmungen“, ja des „Lebensgefühls“ (idem 1992b) – anders als in den Langzeittherapien – nach unseren Erfahrungen in der Regel nicht möglich. Wir unterscheiden uns hier in der Auffassung von einigen analytischen Fokaltherapeuten, die u. E. die Möglichkeiten des Aufbaus und der Verankerung guter „Repräsentanzen“ in kurzen Behandlungssequenzen überschätzen. Wir fanden immer wieder, daß entsprechende Phänomene sich als mehr oder weniger oberflächliche Anpassungsleistungen ohne dauerhaften Bestand

erwiesen, wenn nicht an „Vorarbeiten des Lebens“ angeknüpft werden konnte. In den Integrativen Kurzzeittherapien sind wir deshalb besonders darauf gerichtet, auch „prävalent salutogene Erfahrungen“ zu aktivieren und vorhandene „innere Beistände“ (idem 1985l, 12 f; 1992a, 876) aus der Biographie des Patienten zugänglich und nutzbar zu machen, um positive Therapeutenqualitäten an derartige Vorerfahrungen anzubinden und auf diese Weise eventuell einen *benignen Kumulationseffekt* zu erreichen. Dabei ist zu beachten: Auch die positiven Vergangenheitserfahrungen sollten – genauso wie die „prävalent pathogenen Milieus“ – nur im „Fokusrahmen“ Gegenstand der Therapie werden, weil ein Fokus auch zur positiven Seite hin „ausbrechen“ kann, was aufgrund von Kontrasteffekten häufig auch ein Nachstürzen pathogener „Trümmer“ zur Folge hat, womit der zeitliche Rahmen der Kurzzeittherapie gesprengt wird. In *mittelfristigen Therapien* wird von uns versucht, Momente der Langzeittherapie und der fokalen Kurzzeittherapie indikations- und situationsspezifisch zu verbinden, indem wir Fokusverschiebungen und Fokuswechseln gemäß der Prozeßdynamik nachgehen. In der Kurzzeittherapie hingegen versuchen wir, die Stabilität des Fokus zu gewährleisten und den Patienten „am Ball“, d.h. an der gezielten Bearbeitung des fokussierten Problems zu halten.

4. Konzepte zur Fokussierung und Fokuswahl

„Obgleich die Wissenschaftler, die sich mit Kurztherapieforschung befassen, einhellig der Meinung sind, daß ein dynamischer Fokus Therapeuten als Orientierungshilfe oder Bezugsrahmen für ihre Intervention dienen sollte, herrscht doch keine Übereinstimmung darüber, welche spezifische Form eine solche fokale Richtschnur annehmen sollte (innerpsychischer Konflikt, zwischenmenschliches Dilemma, Entwicklungssperre, anhaltendes, affektives Thema); und genausowenig ist man sich darüber einig, wie die Therapeuten an eine Fokusformulierung herangehen, sie entwickeln und darlegen sollen (Kinston, Bentovim 1981) oder auch nur darüber, wie die Qualität eines bestimmten Fokus zu beurteilen ist“ (Strupp, Binder 1984/1991, 100 f). An dieser Einschätzung hat sich bislang im Feld der Kurzzeittherapie wenig gewandelt. In der Fokaltherapie ist nach wie vor der „Fokuskern“ keine absolute oder endgültige Formulierung, vielmehr dient er als „heuristische Leitlinie“ (ibid. 101). Die klinische Praxis zeigt, daß es bei Patienten in der Tat immer wieder ein „Hauptproblem“ gibt (Mann, Goldmann 1982), nur ist das, was als solches etwa im Eingangsgespräch präsentiert wird, keineswegs immer identisch mit der Störung im aktuellen Lebensfeld oder mit der die Symptomatik *verursachenden* Problematik. Eine Beziehungskrise stellt sich zwar für die Betroffenen als aktuelle, schmerzlich erlebte Belastung dar, aber „hinter ihr“ stehen oftmals ungelöste Probleme der Vergangenheit. Es kann aber auch bei Beziehungskonflikten eine akute Aktualsituation wirklich *das* Hauptproblem sein (Seitensprung, Schulprobleme des Kindes, Versetzung eines Partners an einen anderen Arbeitsort usw.). Schaut man nun auf Hintergründe, so trifft man zuweilen auf einen „Kernkonflikt“ (Alexander, French 1946). Bei genauerer Exploration stellt sich aber dann heraus, daß es sich keineswegs nur um ein „Beziehungskernkonfliktthema“ handelt, wie z.B. Luborsky (1977) annimmt. Zwischen solchen festlegenden, monokausalistischen Konzepten einerseits, die im Theoriebezug zum Teil sehr grundsätzlich an das (diskutable) Ödipustheorem anknüpfen (Sifneos 1972), und einer rein intuitiven, empathischen Arbeit andererseits, bei der sich der Fokus gleichsam im Geschehen aus dem Material gedanklich

„herauskristallisiert“ (Malan 1976) und schließlich Ansätzen, die zu einer Fokusbildung nach objektivierbaren Prinzipien führen, liegen Welten, auch wenn man diese heterogenen Modelle alle unter dem Oberbegriff „psychoanalytische Kurztherapie“ subsummiert (Leuzinger-Bohleber 1989), was eine Einheitlichkeit suggeriert, die de facto nicht vorhanden ist (Critt-Christoph, Barber 1991).

Die Forscher der *Vanderbilt*-Studie haben den letztgenannten Weg forschungsgegründeter Fokuswahl beschritten, indem sie Prozeßforschung betrieben. Für die theoretische Fundierung schließen sie an narrationstheoretische Überlegungen von Spence (1982) oder Schafer (1983) an (Strupp, Binder 1984/1991, 104). Sie verweisen auch auf die Skript-Theorie von Schank & Abelson (1977), ohne indes – wie wir dies in der Integrativen Therapie tun – ein entwicklungspsychologisches Konzept der Skriptformation (Nelson 1993a, b; Petzold 1992a, 685ff, 901 ff.; Petzold, Orth 1993a, 98ff) vorzulegen oder den hermeneutischen Standort zu explizieren. Wir haben für diesen Kontext den Ansatz einer *dramatistisch-aktionalen Hermeneutik* entwickelt (Petzold 1981i), die mit einer *diskursiv-narrativen Hermeneutik* (idem 1992a, 902 f) interagiert. Das Konzept, das wir in der Integrativen Therapie als „*narrativer Praxis*“ entwickelt haben, nimmt dabei auf eine Vorstellung der *Biosodie*, der Lebenserzählung (Petzold, Orth 1993a, 100 f), Bezug, deren Archivierung zu einer *Biographie* und zu einer Konstituierung von Identität führt (idem 1991o), womit erzähltheoretische, entwicklungspsychologische, persönlichkeits-theoretische und interaktionistische Perspektiven in einer interventionsrelevanten Weise verbunden und eingesetzt werden. Hier wird Sprache als Handlung, Handlung als Sprache begriffen, wie es für originäre Formen der „Mündlichkeit“ charakteristisch ist (Jousse 1969; Petzold 1969 IIa), und es läßt sich der Bereich des Imaginären, die (frühe) Bildwelt in Form „ikonischer Narrationen“ aufnehmen, womit wiederum Anschluß an die bildliche Darstellung von Lebenskarrieren gefunden wird (Petzold, Orth 1993a, 120 ff). Das hat für die Methode der Fokussierung und das Konzept der Fokuswahl erhebliche Bedeutung, da das Material plastisch und konkret zugänglich wird und sich für den interaktionalen hermeneutischen Prozeß in der Therapie erschließt, denn natürlich wird auch die *Bildgeschichte* wieder in die „Zeit der Erzählung“ (Ricoeur 1986) getragen, in die Ko-respondenz zwischen Therapeut und Patient. Wir sind seit dem Kontakt mit dem hermeneutischen Werk Ricoeurs in unserer Pariser Studienzeit in den sechziger Jahren einer „interaktionalen Tiefenhermeneutik“ verpflichtet (Petzold 1988a, b), waren aber im gleichen Milieu mit Merleau-Ponty und seiner anhand von Kinderzeichnungen entwickelten Vorstellung der „Bilderzählung“ in Kontakt gekommen (Merleau-Ponty 1950, 1969), was durch unsere intensiven Studien zu den Bildgeschichten ostkirchlicher Ikonographie (Sieper 1970; Petzold 1965 II, 1966 II a, b, f, 1968 II g) und dem Erzählcharakter naiver Malerei (idem 1969 II h) untermauert wurde. Schließlich war Gabriel Marceks Vorstellung, daß jede Erzählung ein *intersubjektives Unterfangen* sei – auch die Bilderzählung – für uns grundlegend. So können „Karrierepanoramen“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) als Bilderzählungen und die sich daraus entwickelnden verbal-narrativen oder szenisch gespielten Sequenzen nicht vom aktuellen Interaktionskontext losgelöst werden. Es läßt sich eben „der Erzählprozeß nicht von der aktuellen Patient-Therapeut-Beziehung trennen“ (Strupp, Binder 1984/1991, 111), so daß „eine Fokusformulierung die Phänomenologie der Erfahrung von Patient und Therapeut respektieren muß“ (ibid. 115) – eine beachtenswerte Formulierung, zu der diese psychoanalytischen Autoren aufgrund ihrer klinischen „Phänomenerfahrung“ kommen, ohne dabei den reichen Fundus

phänomenologischer Theorie und Therapieradition im Rücken zu haben. Ihre Feststellung bedeutet, wie wir verschiedentlich herausgearbeitet haben, daß die Erzählung selbst und auch die Bilderzählungen der Lebens- und Karrierepanoramen eine *adressatengerichtete Qualität* haben, d. h. daß ihre Präsentation etwa einem alten oder jungen Behandler gegenüber variieren wird (Petzold 1991o), daß aber „*Monumente*“ – und die Konstituierung von Abwehrhaltungen, die Ausbildung von Symptomen und der Aufbau von fixierenden Narrativen sind Beispiele für derartige *Monumente* (idem 1991a, 324f, 588) – auch eine gewisse „biographische Substanz“ gewährleisten. Diese Substanz wird in ihren pathogenen Dimensionen sowohl in den Reinszenierungen wie auch in der projektiven Qualität der ikonischen Narrationen, z.B. in den Formen, Farben und figuralen Elemente der Karrierepanoramen objektivierbar.

Die Karrierepanoramen im theragnostischen Prozedere der IFK werden vom Therapeuten angeleitet, vom Klienten/Patienten gefertigt und von beiden mit Blick auf Sinnzusammenhänge, aber auch auf eine Fokuswahl ausgewertet. So kommt dem Therapeut-Patient-Beziehungsgeschehen immense Bedeutung zu, dem „matching“, der „Passung“ – ein Umstand, der in Supervision und Kontrollanalyse in besonderer Weise beachtet werden muß (Petzold 1993m). Das gemeinsame Betrachten eines Lebenspanoramas, das „Anarbeiten“ dieser ikonischen Narrationen, dieser Symbolerzählungen, Bildgeschichten (Petzold, Orth 1993a), gibt wesentliche Hinweise, ob ein „*fit*“ möglich ist, ein „*meeting of the minds*“, wie dies bei Balint formuliert ist. Auf diesen Hintergrund muß man auch Balints Bild für die Fokaltherapie stellen, damit es nicht verkürzend wirkt: *Ein Baumstamm, der stromabwärts treibt, verhakt sich. Weiteres Holz fängt sich und staut sich an dem blockierten Baum, so daß das ganze Feld ins Stocken kommt. Kann aber gezielt ein Stamm gelöst werden, kommt das ganze Feld wieder in Bewegung* (Balint, Ornstein, Balint 1973). Welcher Stamm es aber ist, das muß „*ko-respondierend*“ mit dem Patienten erarbeitet werden, wobei die größere „Exzentrizität“ des Therapeuten ihm Hilfen geben soll, in den Prozeß des „atmosphärischen Erfassens“ und „szenischen Verstehens“ einzutreten. Dies wird der analytischen Realität gerecht, in der zwei Subjekte miteinander in „Beziehungsgeflechten stehen“ (Klüwer 1985, 98), und es entspricht auch der intersubjektiven Grundhaltung des Integrativen Ansatzes (Petzold, Maurer 1978). Der Patient wird zum „Kodiagnostiker“ und kann das Material, das ihm sein eigenes Unbewußtes in der bildnerischen Gestaltung dargeboten hat, schrittweise entschlüsseln. Im „Hier und Jetzt“ (idem 1981e) beginnt er, mit dem Therapeuten über seine Gefühle, seine Erlebnisse, sein Bild, sein Situationserleben „in Ko-respondenz“ (idem 1978c/ 1991e) zu treten, die damit Modellfunktion für den Alltag gewinnt: für seine Dialoge, seine Ko-respondenzen mit den Menschen seines Umfeldes. Der Prozeß des ko-respondierenden Problemlösens als Gegenstand des Lernens wird dabei wichtiger als die Lösung eines konkreten Problems. Eine solche gelungene Lösung hat ihre eigentliche Bedeutung in ihrer „*paradigmatischen Funktion*“. Hält man sich dieses fundamentale Faktum bei der Bestimmung des Fokus vor Augen, so wird deutlich, wie wichtig es ist, einen Fokus zu wählen, der auch mit einiger Aussicht auf Erfolg bearbeitet werden kann, um Erfahrungen des Scheiterns zu vermeiden, die an alte Versagererlebnisse anschließen und einen generalisierenden Effekt der Resignation gewinnen können. Die Fokuswahl muß – selbst bei eingeschränkter Exzentrizität des Patienten – ko-respondierend am konkreten Material möglich werden, andernfalls kann eine fruchtbare Fokaltherapie nicht zustande kommen.

Die Fokuswahl im Modell der „Integrativen fokalen Kurzzeittherapie“ (IFK) lässt sich als ein „komprimierter Ko-respondenzprozess“ (Petzold 1978c/1991e), als eine zeitbegrenzte „Suchbewegung intersubjektiver Hermeneutik“ (idem 1988n, 269) kennzeichnen, wobei der „interaktionell gestaltete Fokus als die zentrale Drehscheibe des Prozesses“ zu betrachten ist, wie Thomä und Kächele (1989, 359) formulierten. In mittelfristigen und langfristigen Therapien wird zwischen Patient und Therapeut und den Personen des relevanten Umfeldes (die durch das therapeutische Geschehen zumindest mittelbar betroffen werden und auf dieses zurückwirken) der therapeutische **Prozeß** im *Fortschreiten von Fokus zu Fokus*, im Zusammenspiel von variierenden, *nicht-linearen* Verläufen als eine komplexe, feine Textur gewirkt (Petzold 1969c, 21). In der Fokaltherapie versucht man nun einen Hauptfokus (*Makrofokus*) zu finden und zu halten, der von *Mesofoki*– „Themenkomplexe von mittlerer Reichweite, starker emotionaler Besetzung und biographischem Gewicht“ (idem 1988n, 232) oder von *Mikrofoki* flankiert werden kann. Wir bedienen uns dabei des nachstehend erläuterten Modells.

Zeichenerklärung zur Abbildung 5:

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| F | = Operativer Fokus (schwarz, im Zentrum) | - | = pathogenesezentrierte Perspektive des Fokussierens (risk factors, adverse events, critical life events) |
| N | = Nebenfokus (grauschwarz) | T | = Perspektive der Therapeuten |
| MIK | = Mikrofokussierung (hellgrau) | P | = Perspektive des Patienten |
| MES | = Mesofokussierung (dunkelgrau) | ● | = Prävalent pathogenes Milieu (PPM) |
| MAF | = Makrofokussierung (lichtgrau) | X | = Prävalent salutogenes Milieu (PSM) |
| SF | = Standardfokussierung (mittelgrau) | --- | = Dysfunktionale, maligne Narration (DN) |
| G | = Gegenwart | ... | = Benigne Narration (BN) |
| V | = Vergangenheit | ↻ | = Rotation der Perspektiven und Foki in spiraligen Prozessen |
| Z | = Zukunft | | |
| + | = salutogenesezentrierte Perspektive der Fokussierung (protective factors, nourishing events) | | |

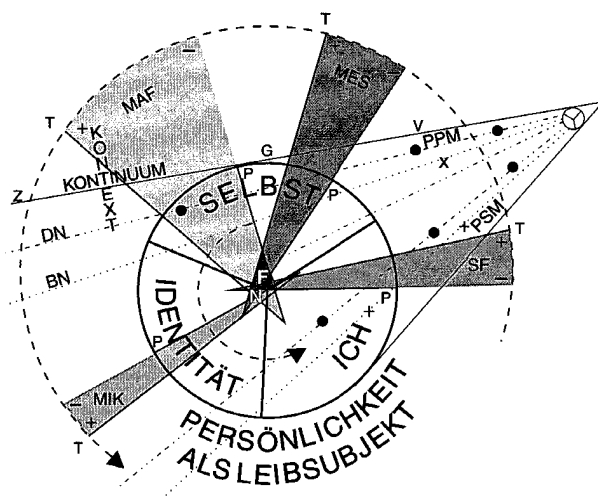


Abb. 5: Fokusbildung im Prozeß der IFK

Legende zur Abbildung 5: „Fokusbildung im Prozeß“ der IFK

Die Persönlichkeit mit ihren Dimensionen *Selbst*, *Ich* und *Identität* wird als gedrittelter Kreis (☉) in *Kontext* und *Kontinuum* dargestellt. Das Leibsubjekt bewegt sich also in der Zeit, in der Lebensspanne und tritt als zeitliches in den therapeutischen Prozeß ein, in den es über die *Archive* seines Gedächtnisses seine Geschichte positiver, negativer und defizienter Erfahrungen einbringt. Das sich entfaltende biographische Material, wie es sich dem Therapeuten durch projektive Diagnosetechniken in kreativtherapeutischer Arbeit (Orth, Petzold 1993a, c; Orth 1994), durch das diagnostisch-anamnestische Gespräch, durch die Wahrnehmung, das „atmosphärische Erfassen“ und das „szenische Verstehen“ der Übertragung und Gegenübertragung in „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ einerseits und in „experimentierender Interaktion“ (Schneider 1979; Hawallek 1988) andererseits erschließt, führt zu Themen aus der Lebensgegenwart und Lebensgeschichte des Patienten oder zu *Prospektionen* (Petzold, Orth 1993a, 132ff), zukunftsgerichteten Entwürfen. In diesen können sich im *Kontinuum* „prävalent pathogene Milieus“ (PPM, dargestellt durch –) finden, in denen „Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte“ (Petzold 1977a, 1992a, 574ff) die Narrationen, die lebendige Lebenserzählung (*Biosodie*) derart negativ beeinflussen, daß sich dysfunktionale Verhaltensmuster, Abwehrformen, Stile des Fühlens, Denkens, Kommunizierens ausbilden, die sich fortschreiben, einen fixierenden Charakter haben und die Narrationen im hohen Maße determinieren.

Wir sprechen dann von „dysfunktionalen oder malignen Narrativen“ (DN) bzw. „Skripts“ (ibid. 600 f, 906, 639 f). Übertragungen, Wiederholungszwänge (Freud), negativer Lebensstil (Adler), Negativskripts (Berne 1972; Steiner 1985), dysfunktionale Schemata (Grawe 1988) oder Pläne (Caspar 1989) sind ähnliche Konzepte aus anderen therapeutischen Schulen. (Sie sind im Diagramm durch gestrichelte Linien — mit • dargestellt). Andererseits finden wir „prävalent salutogene Milieus“ (PSM, dargestellt durch x), biographische Lebensabschnitte, die überwiegend fördernd und aufbauend waren und in denen „benigne Narrative“ (BN), sichernde und stützende Strukturen in der Lebenserzählung (dargestellt durch ~ gepunktete Linien) ausgebildet werden konnten, die den freien Fluß der Narrationen nicht einengen und behindern, weil sie nur eine geringe Strukturierung geben und eine entsprechende Plastizität haben.

Pathogene Milieus und salutogene Milieus, Schutzfaktoren x und Schadensfaktoren •, benigne und maligne Narrative sind in ihrer *Interaktion* zu betrachten. Aus der Gesamtheit des Materials, wie es sich einerseits aus der Perspektive des Therapeuten (T), andererseits aus der Perspektive des Patienten (P) darstellt, schälen sich in der Regel mehrere Schwerpunktbereiche heraus, die von ihrer Wichtigkeit und ihrem lebensbestimmenden Umfang sich als *Makrofokussierung* (MAF, lichtgrau), *Mesofokussierung* (MES, dunkelgrau) und *Mikrofokussierung* (MIK, hellgrau) charakterisieren lassen können. Dabei erfolgt der Blick des Therapeuten in der Regel aus größerer Abständigkeit und *Exzentrizität* und ist in der Ausgangsposition breiter angelegt. Der Blick des Patienten – zumeist aus geringerer Exzentrizität, in sich selbst gefangen, durch Widerstände und Abwehrgeschehen behindert – greift häufig schmaler (in den die Perspektiven anzeigenden Keilen setzt die Patientenperspektive erst innerhalb der Persönlichkeitsgrenzen mit fetter gestrichelter Linie ein). Die unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Materialien, die in den fokussierenden Blick genommen werden, können zu einer Überlappung oder zu mehreren Überschneidungszonen führen, deren dichteste wir als „operativen Fokus“ (F, schwarz) bezeichnen. Er kann einen oder mehrere *Nebenfoki* (N, grauschwarz) haben. Je stärker die Perspektiven des Therapeuten und des Patienten im Hinblick auf den „operativen Fokus“ übereinstimmen bzw. zur Übereinstimmung gebracht werden können (*matching*), d. h. aber auch je mehr der Patient an Exzentrizität und Ich-Stärke zur Verfügung hat, desto chancenreicher ist eine kurative Fokaltherapie, in der vom „Hier und Jetzt“ der phänomenalen Gegenwart (G) ausgehend, „prävalent pathogene Milieus“ (PPM), aber auch „salutogene Milieus“ (PPS) der Vergangenheit (V) betrachtet und für die Bewältigung der *Gegenwart* fruchtbar gemacht werden. Aber auch negative Entwürfe für die Zukunft (Z, Ängste, Befürchtungen, Katastrophenerwartungen) als Fortschreibung pathogener Vergangenheitseinflüsse (die zu *dysfunktionalen* oder *malignen Narrativen* geführt haben), jedoch auch Hoffnungen, Sehnsüchte, Wünsche, Ziele als *Prospektionen* (Orth, Petzold 1993a, 132 f) – in der Regel Fortschreibungen salutogener Erfahrungskontinuitäten – werden in den Blick genommen.

Die Perspektiven, die sich aus dem Material des Patienten ergeben, verändern sich im Verlaufe des Prozesses – für den Therapeuten wie für den Patienten. Die „klinischen Hypothesen“ des Therapeuten und die „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) des Patienten sind in der Regel nicht völlig festgelegt. Sie sind den *Viationen* des therapeutischen Geschehens unterworfen, und damit können sich auch „Viationskerne“ (Petzold 1988n, 234), können sich der „operative Fokus“ oder „Nebenfoki“ verändern und *Fokuswechsel* (ibid. 233, 246) stattfinden. Besonders Nebenfoki können in den zumeist spiralig verlaufenden Prozessen einer stärkeren Rotation (↻) unterliegen. Dadurch kann der operative Fokus – etwa ein zentraler Konflikt (auf den man in der Fokal- bzw. Kurzzeittherapie zentriert) – von verschiedenen Seiten beleuchtet werden.

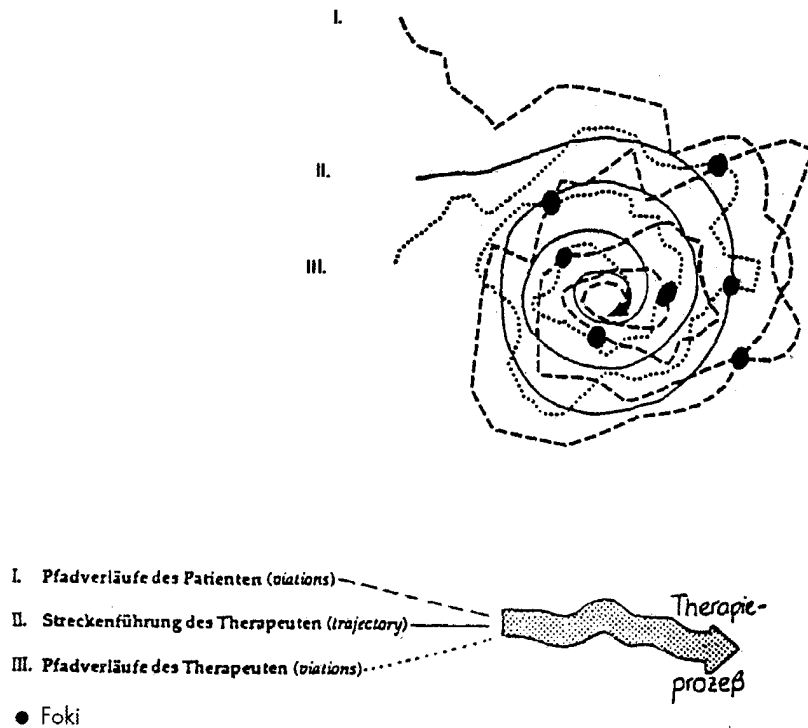


Abb. 6: Rotierende Foki im spiralförmig mäandrierenden Fortschreiten des Therapieprozesses

In jede dieser Konstellationen geht die „Standardfokussierung“ (SF, mittelgrau) ein, mit der der Therapeut auf das soziale Netzwerk des Patienten, seine psychosoziale Situation blickt und ihn anregt, über diese Zusammenhänge nachzudenken, um die „Ursachen hinter den Ursachen“ (Petzold 1991c, 1993d), d. h. die gesellschaftlichen Bedingtheiten seelischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen nicht aus dem Blick zu verlieren (Knobel et al. 1992; Dickwach et al. 1992). Verödete oder zerbrochene soziale Netzwerke haben in der Regel auch makrogesellschaftliche Hintergründe (z. B. Arbeitsmarktlage), und es ist wichtig und für Patienten oftmals entlastend, zu sehen, daß ihre persönliche Misere auch noch andere Hintergründe hat, als z. B. die eines persönlichen Versagens, einer persönlichen, schuldhaften Verstrickung, eines individuellen Scheiterns, d.h. Konstellationen, die Scham- und Entwertungsgefühle als Folge haben (Lewis 1993).

Nehmen wir als Beispiel einen *operativen Fokus*, der sich aus der *Makrofokussierung* auf eine schwierige Vater-Sohn-Beziehung ergibt und hier insbesondere – in Verengung der Ausgangsperspektive – durch Fokalisierung der negativen Seiten (–), der gewalttätig-repressiven Aspekte dieser Beziehung. Durch diese *Makrofokussierung*, aber auch durch eine *Mesofokussierung* auf die passive Mutter, die in Szenen der Gewalt dem Sohn keinen Schutz zu Teil werden ließ, ja, die selbst z.T. Opfer dieser Gewalt wurde, und schließlich durch die *Mikrofokussierung* auf eine vom Vater bevorzugte Schwester, die „Pappas Liebling“ war (zu Lasten ihres Bruders), stoßen wir auf ein „malignes Narrativ“ — im Leben des Patienten: seine unterwürfige Haltung gegenüber „Autoritätspersonen“, von denen er sich ausnutzen und demütigen läßt.

Als weiteres Wiederholungsmuster findet sich ein verdecktes und zuweilen bösartiges Konkurrenzverhalten (Schwesterproblem), daß, wenn es offenbar wird (und es wird natürlich offenbar), zu massiven Ablehnungen des Patienten durch seine Umgebung führt. Der *operative Fokus*, der sich in der Überschneidung der drei Fokussierungen ergibt, steckt den Rahmen der therapeutischen Bearbeitung der Narrative und ihrer Hintergründe ab. Mutterproblematik und Geschwisterproblematik werden als *Nebenfoki* soweit beigezogen, wie es für die Bearbeitung des Vaterproblems und das „Unterwerfungsnarrativ“ notwendig wird, ohne daß die Mutterfrage oder die Geschwisterfrage selbst zu einem *operativen Fokus*, zu einem Hauptfokus im therapeutischen Geschehen wird und das „Konkurrenznarrativ“ zu viel Raum in der Behandlung bekommt. Das Vaterproblem wird auch nicht in seiner ganzen möglichen Vielschichtigkeit bearbeitet, um den gegebenen, zeitlich befristeten Rahmen der Fokaltherapie nicht zu sprengen. So werden memorationsfördernde (bei bewußt zugänglichem Material) oder aufdeckende (bei unbewußtem Material) Explorationen in Richtung *prävalent pathogener Milieus* nur im „Raum des Fokus“ vorgenommen und jenseits dieses Raumes liegende Linien (z. B. Defiziterfahrungen durch zeitweilige, längere Abwesenheiten des Vaters, fehlende Vorbildfunktion usw.) „seitlich liegengelassen“ oder nur „am Rande“ gestreift. Das gleiche gilt auch für die möglichen positiven Seiten in der Fokussierung (+), für salutogene Bezugslinien. Sie werden nur insoweit beigezogen, wie sie in der Fokalisierung der „repressiven Gewalttätigkeit des Vaters“ entlastende Aspekte bieten können. In der Grafik gehen von den gestrichelten DN-Linien — und den gepunkteten BN-Linien — nur zwei von MAF und MES und nur eine vom *operativen Fokus* aus in die Vergangenheit. Die anderen thematischen Linien bleiben von der Fokaltherapie unberührt.

Mit der hier geschilderten, dreizügigen Vorgehensweise, die auf die Interaktion von Belastungs-, Entlastungs- und Defizitmomenten ausgerichtet ist, und mit seiner Ressourcenorientiertheit unterscheidet sich unser Ansatz deutlich von dem einseitig pathologiezentrierten Vorgehen der übrigen psychodynamischen Kurz- und Fokaltherapien (Leuzinger-Bohleber 1985; Strupp, Binder 1991; Klüwer 1976; Crits-Christoph, Barber 1991). Die Arbeit mit verschiedenen Fokussierungen und das sich dabei ergebende „Behandlungsfenster“ mit einem *operativen Fokus* bzw. *Hauptfokus* und verschiedenen *Nebenfoki*, die als „Seitenfenster“ Blicke auf Bereiche der Biographie freigeben, durch welche der *Hauptfokus* flankierend gestützt werden kann, ermöglichen eine variable Fokusgestaltung, bei der die aktuelle Problemlage (geklagte Störungen oder Beschwerden, zwischenmenschliche Konflikte o.ä.) zum Ausgangspunkt genommen wird. Schon in der Exploration der Situation, wird nach der „Reinszenierung maligner Narrative“ Ausschau gehalten, Konstellationen, die den Eindruck erwecken, als handele es sich dabei um die Fortschreibung alter, dysfunktionaler Beziehungs- und Handlungsmuster. Die Qualität von Übertragung und Gegenübertragung liefert zusätzliche Informationen, um im Verein mit der biographischen Exploration zu Szenen mit „homologen Strukturen“ (Petzold 1990p) zu kommen. Findet man derartige „fixierte szenische Arrangements“, „Narrative“, „Skripts“, so wird es für die Behandlung wichtig herauszufinden, welche Rolle der Therapeut in diesen Szenen und Stücken vom Patienten zugeschrieben bekommt und in welcher Form er sie „verkörpern“ will. Neben der Grundhaltung, in der Therapie Atmosphären zu aktualisieren, die einen „significant caring adult“, eine „persönlich bedeutsame Bezugsperson“ kennzeichnen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), um „Kumulativeffekte benigner Erfahrungen“ zu ermöglichen, kann eine Akzentuierung von spezifischen Qualitäten auf der Übertragungsebene nützlich sein. So kann der Therapeut z. B. (wie in dem unter Abschnitt 5 mitgeteilten Beispiel von Klaus O.) bewußt seine „väterliche Seite“ innerlich „aktivieren“. Wir setzen damit in unserem Ansatz eine „aktive szenische Gestaltung“ der Übertragung und Gegenübertragung ein, stärker als dies von anderen, mit einem ähnlichen Ansatz arbeitenden analytischen Autoren geschieht (Luborsky, Mark 1991; Baker 1991; Laikin et al. 1991; Leuzinger-Bohleber 1985, 65). Aufgrund der Arbeiten Lorenzers (1970, 1974) und Argelander

(1970) wird von einigen psychoanalytischen Fokalthérapeuten das Konzept des „szenischen Verstehens“ verwandt (Klüwer 1976, 1978, 1985). In unserem Konzept des „szenischen Verstehens“ als *compréhension scénique* – es wurde von mir unabhängig von Lorenzers Arbeiten entwickelt – (Petzold 1969b/1988n, 469 f, 1970c, 1988n, 319, 590) – kommt noch das „atmosphärische Erfassen“ (*appréhension atmosphérique*) und das „szenische Handeln“ (*action scénique*) hinzu, und zwar sowohl durch die aktive Rollengestaltung des Therapeuten, wie auch durch den Einsatz dramatherapeutischer Verfahren. Wir schließen hier klar an die szenische Arbeit von Iljine, Ferenczi, Moreno und von Fritz und Lore Perls sowie die des „analytischen Psychodramas“ an (Lebovici et al. 1958; Anzieu 1982; Basquin et al. 1987; Petzold 1972a, 1982a). Dabei kommt der Begleitung in Kontrollanalyse und Supervision eine besondere Bedeutung zu, da sich in ihr, wie wir an anderer Stelle dargestellt haben (Petzold 1993m), die szenischen Konstellationen in diesen Settings als „systemische Resonanzphänomene“ bzw. „strukturelle Echoeffekte“ im *Mehr-Ebenen-System* der Supervision reproduzieren. Ähnliche Phänomene hat Klüwer (1985, 103ff) beschrieben, dessen Ansatz von der praxeologischen Seite her in bestimmten Konzeptualisierungen – etwa der Betonung des „Verhältnisses von Lebensgeschichte – Krankheitsgeschichte – Behandlungsgeschichte“ und der Aufgabe der „Aneignung der Geschichte“ (ibid. 107) – unseren Auffassungen noch am nächsten kommt (vgl. unsere narrations-theoretischen Überlegungen in Petzold 1991o).

5. Fokusfindung und Fokushandhabung – Beispiele aus der IFK

Auf dem Hintergrund der voranstehenden Ausführungen und des dargestellten Modells möchten wir verschiedene Beispiele für unterschiedliche Problemlagen geben, die eine fokalisierende Kurzzeittherapie indiziert erscheinen lassen.

5.1 Fokalthérapeutische Akutbehandlung

Mit Abb. 7 (siehe Farbteil am Ende des Bandes, S. XIV) möchten wir ein dreizüiges Karrierepanorama mit den Erfahrungsströmen (Positiv-, Negativ-, Defiziteinflüsse) vorstellen, das ein Patient erstellt hat, der wegen einer akuten Angst-/Stresssymptomatik und Schwierigkeiten in seiner Partnerschaft sowie Kontaktproblemen in seinen sozialen Beziehungen (Außen-seiterposition) in die Behandlung kam. An diesem Bild kann der Prozeß der Fokusbildung sehr anschaulich exemplifiziert werden. Nach einem einstündigen, explorativen Erstgespräch, aufgrund dessen uns „Panoramaarbeit“ möglich schien, wurde eine Doppelstunde für die zweite Sitzung vereinbart. In dieser wurde die Panoramatechnik vorgestellt und das Bild nach zehnminütiger Einstimmung in ca. vierzig Minuten gestaltet. Für das Gespräch mit einer ersten Auswertung folgten unmittelbar anschließend 30 Minuten. Das dritte Gespräch (50 Min.) in der folgenden Sitzung brachte eine weitere Vertiefung und die Festlegung des „operativen Fokus“.

Klaus O.*, ein 28-jähriger Schreinermeister mit arbeitstherapeutischer Fortbildung in einer Behindertenwerkstatt, kommt wegen diffuser Angstzustände und gelegentlicher Panikattacken in die Behandlung. In seinem Panoramabild sind die Mutter und die Geburt in leuchtendem Rot-Gelb dargestellt. Der Vater, symbolisiert durch erdiges Braun, stützt die Schwangerschaft und die erste nachgeburtliche Zeit.

Die Geburt ist, wie der Patient aus Erzählungen zu berichten weiß, schwer verlaufen und im Bild durch die schwarze Farbe angedeutet. Gegen Ende des ersten Lebensjahres verstirbt der Vater nach einem Arbeitsunfall. »Er wurde vom Tod verschluckt**«, so sagt der Patient. Aus dem Rachen dieses Zerberus kommen zwei Ströme, ein *violetter*, die „Kette widriger Ereignisse“, ein *grauer*, die „fortgesetzten Mangel Erfahrungen“, die Defizite. Von der Mutter geht ein *gelber* Strom aus, die Leitfarbe der „Kette positiver Erfahrungen“. Das Bild läßt die drei Strömungen gut erkennen. Die positiven, salutogenen Einflüsse werden symbolisiert durch helles Gelb und kräftiges und liches Grün: »Die Landschaft meiner Kindertage!« Ein Jahr nach dem Tod des Vaters zieht man von der Kleinstadt ganz auf das Land, und hier schießen Gelb und Grün hoch auf und tief hinab. Sie durchschneiden sogar den grauen Strom der Defizite für kurze Zeit. Orange, schalenförmige Gebilde, die sich über den ganzen Strom positiver Ereignisse ziehen, erweisen sich als die bergenden und helfenden Hände der Patentante und der Großmutter. Das Grau symbolisiert den abwesenden Vater, aber auch Armut und eine große Isolation – die Nachbarn wollen mit der jungen Witwe nichts zu tun haben, Nachbarskinder nichts mit dem »fremden Jungen«. Im violetten Strom der „*chains of adverse events*“ finden sich blaue Personen, die »Übles wollen und Übel bringen«, weiterhin der Tod der Großmutter (ein schwarzes Kreuz) und immer wieder auch die Köpfe verschlingender Ungeheuer. Eine gescheiterte Liebesaffaire der Mutter läßt sie aus sattem Grün und Rot abstürzen, vor die »Mäuler der Nachbarschaft«, und natürlich sind »alle Feinde zur Stelle, wie das so auf dem Dorf ist. Keiner hat dem anderen was gegönnt, außer es war schlecht« (vgl. die Schilderung derartiger Atmosphären bei *Schneider* 1993). Der Junge ist zu diesem Zeitpunkt 17 Jahre alt und hat in einem Jugendgruppenleiter (dargestellt durch einen erdig-braunen Kreis mit einem grünen Keim) einen väterlichen Freund gefunden, der versucht, den Außenseiter zu integrieren. Hier entsteht eine Beziehung, die durchträgt, die den violetten Strom negativer Ereignisse unterfängt und aus der sich ein kraftvolles Grün – eine gelingende berufliche Entwicklung – ein akzeptierender Freundeskreis und eine lebendige Liebesbeziehung (rot-grün, Interaktion am Schluß des Bildes) entwickelt. »Die einzigen Probleme sind die Ängste und daß ich mit meiner Freundin und meinen Freunden nie über persönliche Sachen reden kann, also über Gefühlssachen! Ja... und da bleib ich oft am Rand« – so der Patient. Der violette Strom indes bleibt, denn immer wieder »beißt das Leben zu«. Der Patient hat Angstzustände. Er erkennt, daß das Unbewußte in Panikattacken spricht: »Die Hunde sitzen jetzt in meinem Kopf und überfallen mich«. Symbolisiert ist dies durch die blauen Hundeköpfe. Sie verdichten die vergangenen Schrecken der Biographie (*Petzold, Orth* 1993a, 132ff). Der Patient ist wegen dieser Paniksymptomatik zur Behandlung gekommen. Er will »die Ängste und Spannungszustände

* Das Beispiel wurde anonymisiert.

** Die im folgenden in kursiven »Anführungsstrichen« stehenden Zitate sind aus den Stundenprotokollen bzw. Sitzungstranskripten.

wegkriegen« und die Kommunikationsprobleme, die in einer prinzipiell von ihm als positiv erlebten Entwicklung, sein Leben einengen.

Damit ist auch schon ein „*dysfunktionales Narrativ*“ (DN) gefunden. Der Patient reproduziert immer wieder Außenseitersituationen, aus denen er trotz der Hilfeangebote wohlmeinender Kameraden oder Kollegen nicht herauskommt. Er wird in der Regel nicht mehr ausgegrenzt, sondern er grenzt sich selbst aus und hält sich randständig. Man läßt ihn in dieser Position. Eine weitere Dimension des *Narrativs* ist, daß sich der Patient aus Kommunikationen zurückzieht (meist abrupt), wenn sie persönlich oder emotional werden. Das Erstgespräch zeigte einen angespannten jungen Mann mit einer hohen Motivation, die als sehr belastend erlebten »Symptome« loszuwerden. Der Patient zeigt sich durchaus als reflexiv mit einem sehr bildhaften Erinnerungsvermögen und einer beruflichen Vertrautheit im gestaltenden Umgang mit Materialien. Er hat über die Hintergründe seiner Angstzustände und Kontaktprobleme seine „subjektiven Theorien“ (Flick 1991) aufgebaut: Der frühe, plötzliche Vaterverlust und die dadurch entstandenen Folgebelastungen seien »wohl für seine Probleme verantwortlich« (Begründungsargument, vgl. Petzold 1991o, 374ff). In der Übertragungsqualität fiel eine für ein Erstgespräch sehr große „Zutraulichkeit“ auf (zumal keine eigenen therapeutischen Vorerfahrungen vorhanden waren). Der Patient rückte so „nah heran“, daß für den Therapeuten ein Abgrenzungsbedürfnis entstand. Als dann gegen Ende der Stunde noch ein weiteres Interview vorgeschlagen wurde, um mehreren Fragen noch vertiefend nachzugehen, reagierte der Patient sehr unvermittelt schroff, fast feindselig, als wenn der Therapeut ihm mit diesem Ansinnen (es wurde schon in den ersten Minuten des Erstgespräches als Möglichkeit in Aussicht gestellt) „zu nahe getreten“ wäre. Die Stimmung schlägt aber wieder um in ein äußerst kooperatives Verhalten, und so wird eine Doppelstunde vereinbart. Dem Therapeuten blieb ein zwiespältiges, ambivalentes Gefühl zurück. Beim zweiten Interviewtermin wurde die Erstellung des Karrierepanoramas vorgeschlagen. Sein Zweck und seine Bedeutung für eine Behandlung sowie die Zusammenhänge und die Vorgehensweise wurden erklärt. Der Patient nahm dieses Angebot gut auf und ging intensiv an die Gestaltung. In diesen Interaktionen war wiederum die Qualität der „Anhänglichkeit“ deutlich spürbar geworden, eine Qualität, die der Therapeut aus dem Umgang mit Heimkindern oder Kindern von Alleinerziehenden kennt, bei denen der „Individualdetektor“ (das Erkennen von vertrauten Einzelpersonen) nur unscharf ausgeprägt ist (Bischof 1985, 473), so daß sich eine generelle Zutraulichkeit gegenüber Fremden finden läßt, aber auch abrupter Rückzug und Verschlossenheit. Diese „Gegenübertragungsresonanz“ des Therapeuten sollte sich für die Diagnostik, wie auch für die Fokalintervention als wichtig erweisen, zumal sie durch das Karrierepanorama vollauf bestätigt wurde.

In der Nachbesprechung und Auswertung des Bildes wurde auf die Frage, welchen Schwerpunkt denn der Patient in der Therapie setzen wolle, von ihm klar der »Verlust des Vaters« benannt. Der Therapeut konnte diesem Thema (als „Makrofokussierung“) zustimmen, so daß die Wahl der Fokussierung, aufgrund derer ein „operativer Fokus“ mit guter Wahrscheinlichkeit gefunden werden kann, *konsensuell* erfolgte. Dabei wurde auf das traumatische Ereignis und seine konflikthafter Folgen abgestellt sowie auf die Folgen der Defiziterfahrung. In seinen klinischen Überlegungen schloß der Therapeut schon während des Erstgespräches mit dem Patienten für sich die Möglichkeit einer kurzzeitig erreichbaren Kompensation der Defi-

ziterfahrung in Form einer fokalen Parenting-Behandlung („zweiter Weg der Heilung und Förderung“, Petzold 1988n) aus, nicht zuletzt mit Blick auf die große „Anhänglichkeit“ des Patienten und das plötzliche Umschlagen in schroffe Abgrenzungen. Das Klima der Exploration wies darauf hin: Hier war Abgrenzungsarbeit zu erwarten, um den Fokus „stabil zu halten“. Als zwei *Mikrofokussierungen* wurden von Therapeuten die »feindseligen Reaktionen der Umgebung« und der »Lebenskampf der Mutter« ins Auge gefaßt. Die *Mikrofokussierungen* sollten sich als nicht sehr wesentlich erweisen und haben zu keinen prägnanten *Nebenfoki* geführt.

Aufgrund der Übertragungsqualität und ihrer „szenischen Resonanz“ beim Therapeuten (undifferenzierte Zuwendung des Kindes zu „fremden Männern“) einerseits und aufgrund verschiedener Indikatoren in der bildnerischen Darstellung (z.B. die Beziehung zum Jugendgruppenleiter) andererseits, insbesondere aber, weil der Gesamtkontext der Gegenwartssituation nicht sehr plastisch wurde, entschloß sich der Therapeut zu einer weiteren Exploration – und zwar wiederum mit bildnerischen Mitteln, da diese vom Patienten gut aufgenommen wurden. Es wird ein *Identitätsbild* (2.2.1) angeboten, nach Zustimmung des Patienten angeleitet und vom Patienten erstellt (Abb. 8 – siehe Farbteil am Ende des Bandes, S. XVI).

Legende zum „Identitätsbild“ von Klaus O. (Abb. 8)

Das Identitätsbild von Klaus O., in dem er die „Fünf Säulen der Identität“ vorstellt, weist offensichtliche Unausgeglichenheiten auf.

I. Leiblichkeit

Die Darstellung der „Leiblichkeit“ akzentuiert einen kräftigen, sportiven Körper, der allerdings auch sehr gepanzert erscheint. Der Genital- und Beckenbereich ist mit braunen und schwarzen Schraffuren abgedeckt (»Da soll man nicht hinsehen!«). Die Herzregion ist in Rottönen gehalten – eine sehr verletzte und verwundbare Region. Das Herz selbst wird durch einen Kasten geschützt (»Der ist aber schon durchlässiger geworden« – so der Patient). Hier zeigt sich eine Geschichte von Verletzungen, Demütigungen, Ausgrenzungen, aber auch die Lebensarbeit, die in Richtung einer Überwindung von vergangenen Kränkungen und einer allmählichen Öffnung in den sozialen Raum geht. Der Kopf wird als »Schaltzentrale« dargestellt. Der Patient betont in der Nachbesprechung, daß er oft nur durch »Vernunft und Selbstdisziplin« mit allem fertig geworden sei.

II. Soziales Netzwerk

Die Identitätssäule der sozialen Beziehungen nimmt sich neben der Leibsäule nicht sehr stabil aus. Sie läßt die Entwicklungsgeschichte des sozialen Netzwerkes gut erkennen. Das Fundament zeigt noch eine dichte Verflochtenheit, ein sicheres Beziehungsnetz. Dann aber werden die spätere Kindheit und die Adoleszenz mager. Schwarze Pfeile symbolisieren die Attacken von außen. Spätere Adoleszenz und junges Erwachsenenalter zeigen wieder mehr Lebendigkeit und eine größere Dichte und Offenheit des Beziehungsnetzes. Viele der rot-gelben Linien im oberen Teil sind soziale Kontakt, die die Freundin des Patienten »in die Beziehung mitgebracht« hatte.

III. Arbeit, Leistung, Freizeit

Die Säule „Arbeit, Leistung, Freizeit“ ist besonders ausgeprägt. Überwiegend in Blau gehalten und durch die Beziehungssäule reichend, ist sie massiv, platznehmend und breit – ausgestattet mit Büchern und technischen Geräten. Für den Freizeitbereich finden sich kaum Anhaltspunkte. Wie schon in der Leibsäule und der des sozialen Netzwerkes hat die Freundin – symbolisiert durch leuchtendes Orange – eine herausragende Stellung. Sie hat sich »ihren Platz im Freizeitbereich erkämpft«.

IV. Materielle Sicherheiten

Die Säule der „materiellen Sicherheiten“ ist solide. »Ich habe mein Auskommen, da läuft alles gut!« Der Patient hat im Beruf Erfolg. Er stellt diesen Aspekt seiner Identität in hellen, kräftigen Farben dar. In der Kindheit ist dieser Bereich mager. Treppen zeigen: »Es geht aufwärts. Früher waren die Sicherheiten immer draußen bei den Anderen. Jetzt habe ich selbst eine sichere Position!« Die Treppen verweisen auf eine Leistungsproblematik. Die Säule ist schwarz-braun eingerahmt, so daß wenig Möglichkeiten für kreativen Spielraum da zu sein scheinen und die materiellen Sicherheiten offenbar auch sehr geschützt werden müssen.

V. Werte

Der letzte Identitätsbereich in der Darstellung von *Klaus O.* ist der der Werte. Er zeigt eine voluminöse, farbintensive Basis, um deutlich zu machen, wie nachhaltig insbesondere die religiöse Sozialisation – Angst, Sünde, Schuld sind beherrschende Themen – in Kindheit und Jugend gewirkt hat. Dann aber, in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter, hat es Einbrüche und Verwerfungen gegeben. Das Vertrauen des Patienten in wertsetzende Institutionen, insbesondere in die Kirche, wurde »schwer angeschlagen«. »Das Ganze hatte nicht mehr so ein Gewicht!«. Dennoch erkennt *Klaus O.*, daß er – trotz vordergründiger Distanzierung – von einem strengen Werte- und Normensystem (einem säkularisierten) bestimmt ist. In der Darstellung bringen die massiven, geschlossenen Quadrate zum Ausdruck: »Ein eingekasteltes System von dem, was richtig ist und was falsch ist; das hält doch ziemlich gefangen!« Die Farben sind überwiegend düster und zeigen die belastende Qualität des normativen Moments durch Symbole wie Paragraphenzeichen und das »Auge Gottes, das alles sieht«.

Das Identitätsbild von *Klaus O.* (Abb. 8 – Farbteil S. XVI) bietet wertvolle Ergänzungen zum dreizügigen Karrierepanorama (Abb. 7 – Farbteil S. XIV). Es bestätigt die Indikation zur fokalisierenden Kurzzeittherapie, denn der Patient zeigt sich auch hier hinsichtlich der Entwicklung seiner Identitätsbereiche als recht bewußt. Weiterhin wird deutlich, daß seine *Resources* und Supportsysteme (soziales Netzwerk, materielle Sicherheit, Arbeit, Leistung, Freizeit) die notwendigen Rahmenbedingungen gewährleisten können, die für eine Kurzzeittherapie notwendig sind. Selbst in der diffusen Wertesäule zeigen sich noch strukturierende Momente, die Bestand haben und durchtragen und nicht nur auf die Seite überstrenger, ja toxischer Normierung bzw. Über-Ich-Strukturen gebucht werden dürfen.

Identitätsbilder, wie das von *Klaus O.*, können unmittelbar nach der Fertigstellung erlebnisaktivierend exploriert werden, man kann aber auch die Klienten/Patienten Kommentare zu der Darstellung der Identitätssäule schreiben lassen. Sie sind insofern aufschlußreich, als daß sie die Selbstdarstellungen der Klienten/Patienten, ihr Problembewußtsein und Reflexionsniveau gut erkennbar werden lassen.

Es ist an dieser Stelle vielleicht wichtig, darauf hinzuweisen, daß in der Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung von den ersten fokaldiagnostischen bzw. therapagnostischen Schritten bis in die Form der fokalthérapeutischen Interaktion der Therapeut darauf bedacht ist, nicht nur den Fragen der *Relationsmodalitäten* (Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, vgl. *Orth, Petzold 1993b*, dieses Buch) und dem Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen (idem 1980g) Bedeutung zuzumessen, nicht nur sich dem psychodynamischen Pfadverlauf (vgl. Abb. 6) des Patienten (*Viation I*) zuzuwenden oder *des eigenen Weges bewußt zu sein* (*Viation II*, vgl. dieses Buch, S. 492f, 571f), sondern auch seine Strategien und Interaktionslinien (*trajectories*, *ibid.* 616) bewußt zu planen. Dabei kommt dem direkten und indirekten Einsatz therapeutisch wirksamer Faktoren (*Huf 1992; Garfield 1983, 1992*) besondere Bedeutung zu. In der IFK stellen wir dabei besonders auf die „14 the-

rapeutischen Wirkfaktoren“ (VTW) ab, die wir für die Arbeit in der Integrativen Therapie unter Rückgriff auf die Psychotherapieforschung und in Auswertung institutsinterner Falldokumentationen und Graduierungsarbeiten herausgearbeitet haben (Petzold 1992g) und die in Abschnitt 6 dieser Arbeit im einzelnen dargestellt werden. Natürlich kommen nicht alle Faktoren in jeder Therapie zum Tragen und selbstverständlich nicht alle in gleicher Wichtigkeit, da die Problemkonstellationen sehr verschieden sein können. In dem hier mitgeteilten Therapiebeispiel werden zur Kennzeichnung die Faktoren in Abkürzungen (EV, LM, TN usw. siehe Abschn. 6) hinter relevante Passagen gesetzt.

Klaus O. hat eine komplexe Problemlage, deshalb werden die Mehrzahl der VTW zum Tragen kommen. Die Wahl des „operativen Fokus“ – „Beziehungen zu Männern“ – wird durch das Material, das der Patient im weiteren Verlauf der theragnostischen Phase bringt, und durch sein Interaktionsverhalten zum Therapeuten hin abgestützt. Er wird in der Exploration der Frage nach etwaigen „Ersatzvätern“ und in der Reflexion der Beziehung zum Jugendgruppenleiter weiter verfolgt. Schließlich wurde thematisiert, welche Rolle denn für den Patienten der Mann gespielt habe, der Ursache der gescheiterten Liebesaffäre der Mutter, ihrem »Absturz« und all den negativen Folgen war und welche Zusammenhänge es hier gab (EE). Dieses Thema löst über drei bis vier Stunden sehr heftige Reaktionen von seiten des Patienten aus. Er hat vermehrt Panikattacken und Angstträume. Er erinnert sich: »Dieser Typ ist mir zu sehr auf die Pelle gerückt.« Auf die Frage, ob diese Annäherung vielleicht eine homosexuelle Qualität gehabt habe, gibt der Patient eine sehr klare, fast schroffe, verneinende Antwort.

Therapeut: »Es war nur so ein Eindruck, und das ist ja ein Thema, über das viele Menschen nicht leicht sprechen können!« (EV)

Der Patient stockt und beginnt plötzlich zu schluchzen.

T: »Lassen Sie Ihre Gefühle ruhig zu. Das ist in Ordnung so.« (ES)

Im Verlauf der Stunde berichtet Klaus O. dann, daß er kurz nach dem Tod der Großmutter eine sehr gewaltsame und bedrohliche homosexuelle Erfahrung mit einem Landarbeiter aus einem der benachbarten Bauernhöfe gehabt habe. Dieser habe ihm gedroht, ihn totzuschlagen, wenn er etwas verlauten lasse. Der im Panorama (Abb. 7) neben dem zweiten Kreuz von der violetten Konfliktkette ausgehende, in den Defizitbereich hereinragende, schwarz schraffierte Balken mit seiner gerundeten Spitze wird jetzt identifiziert: »Das ist der Riesenapparat von dieser Sau!« Der Patient kann nun seine häufigen, überschäumenden Angstgefühle mit seinen Ängsten bei und nach dem Mißbraucherlebnis verbinden (EE). [In der Identitätssäule „soziales Netzwerk“ (Abb. 8) findet sich gleichfalls ein schwarzer, attackierender Pfeil, der an einen Phallus denken läßt. Das Detail bleibt aber unausgesprochen.]

Die Intensität der emotionsaktivierenden Fokaltechnik (Petzold, Heintz 1980), insbesondere die Verwendung von psychodramatischen und gestalttherapeutischen Elementen, wie z.B. dem „leeren Stuhl“ (Perls 1969; Moreno 1946, 1969; Petzold 1973a), auf dem der Angreifer – gleichsam „gegenwärtig gesetzt“ – erscheint und den Haß und die Empörung des Mißbrauchten entgegenschrien bekommt (EA), macht es dem Patienten möglich, verdrängte Gefühle wahrzunehmen: Haß, Rache, Wut. Er begreift in dieser Arbeit, daß seine Angstgefühle auch mit eigener, abgewehrter Aggression zu tun haben (EE).

P: »Ich habe Angst, auch mal so gewalttätig werden zu können, bei all den Verletzungen, die in mir sind!«

Der Patient druckst dann eine Weile herum (das Thema ist eben sehr „emotional“), bis daß der Therapeut ihn fragt.

T: »Da ist offenbar noch etwas, was Sie zurückhalten. Prüfen Sie einfach mal, ob Sie es für sich behalten wollen, dann ist es gut so, oder ob es hier ausgesprochen werden kann (ES)?«
Klaus O. überwindet sich.

P: »Ich würde schon gerne wissen, was Sie jetzt von mir denken?«

T: »Nun, daß Sie Schweres erlebt haben und damit tapfer umgegangen sind. Aber die Unsicherheit, die ist geblieben, und es ist schwer, Selbstvertrauen aufzubauen, sich zu trauen, wenn man von Mißtrauen umgeben ist (EV, SE)!«

Der Patient fühlt sich verstanden, eine Träne läuft ihm aus dem Augenwinkel. Das „Rückzugsnarrativ“ schmilzt.

P: »Und Sie denken jetzt nicht schlecht von mir?«

T: »Nein! Die Gewißheit können Sie haben!« (ES)

P: »Aber Sie sind doch vorhin etwas zurückgerückt?«

T: »Ja, das haben Sie richtig bemerkt! In der Szene, die Sie geschildert haben, war sehr viel Schlimmes, sehr viel Gewalt. Ich habe da einen Abstand gebraucht, ein paar Zentimeter nur, um gut dabei bleiben zu können, und das war mir wichtig. Ich hoffe, Sie haben gespürt, daß ich voll präsent war!« (SE)

P: »Hab ich, aber ich war verunsichert. Gut, daß Sie mich nochmal gefragt haben!«

T: »Gut, daß Sie es mir sagen konnten!« (ES)

Diese Themen kamen in der neunten bis zwölften Stunde auf. Wenig später beginnen die Angstsymptome weniger zu werden. Sie treten seltener auf und sind nicht mehr so intensiv. Jetzt, nachdem wichtige biographische Zusammenhänge erlebbar, bewußt und begreifbar geworden waren, empfiehlt der Therapeut im Sinne einer „bimodalen“ Behandlungsstrategie (Petzold, Schneewind 1986a) dem Patienten, an einem Integrativen Entspannungstraining (Atementspannung und isodynamischer Muskelrelaxation, vgl. Berger 1971; Petzold 1974k) bei einer vom Autor bewegungstherapeutisch ausgebildeten Krankengymnastin teilzunehmen, die mit dem Behandlungskonzept vertraut ist (LB). Klaus O. saß nämlich in den Therapien immer hochangespannt da – der hypertone Schulter-Nackebereich war deutlich erkennbar. Darauf angesprochen, berichtet der Patient, daß er in der Tat oft Verspannungen »im Kreuz und oben im Rücken und Nacken« habe. Bei einem solchen Erscheinungsbild ist nach unserem Konzept eine klare Indikation für eine Entspannungsschulung gegeben – einmal aus der Sicht „praktischer Lebenshilfe“ (LH), zum anderen aus klinischer, schließlich aus prophylaktischer Sicht. Eine Interferenz mit der fokalthérapeutischen Arbeit ergibt sich nach unseren Erfahrungen dadurch nicht. Im Gegenteil, wir konnten stets äußerst nützliche Synergieeffekte im *bimodalen Vorgehen* beobachten. In der Folge wurde in der Behandlung eine *Fokussierung auf protektive und salutogene Erfahrungen* angestrebt – den positiven Lebensstrom der mütterlichen Fürsorge, die schützenden Hände der Großmutter und der Tante und nicht zuletzt die integrale Förderung durch den Jugendgruppenleiter. Dies alles verdeutlicht dem Patienten: »Gott sei Dank, hat es in meinem Leben nicht nur Böses und Schlimmes gegeben!« (PW). Der Therapeut bringt während der Behandlung immer wieder Perspektiven der „Standardfokussierung“ (vgl. Abb. 5) herein, jene in Fokalthérapeutien systematische Thematisierung

gesellschaftlicher Hintergründe. So wird auf die Rolle Mutter als alleinerziehender Frau im kleinstädtischen und dörflichen Milieu hingewiesen (der Patient: »Sie war Freiwild!«). Der Patient wird nach der Bewertung von Homosexualität durch die Umgebung in seiner Jugend befragt und kann die Verschärfung seiner Situation durch die kollektive Tabu-Haltung erkennen (EE):

P: »Das hat das alles noch schlimmer gemacht. Der moralische Druck und die ganze christliche Haltung. Ich habe so viele Scham- und Schuldgefühle gehabt und nie gewagt, jemandem was zu sagen! Dies wirkt ja heute noch! Das wurde mir nach der letzten Stunde klar! Deshalb hab ich auch nie was gesagt ...!«

T: »... und sind in die Außenseiterposition gegangen, das war sicher!«

P: »Stimmt!« (EE)

T: »Mit Schuld- und Schamgefühlen in der Seele kann man überdies nicht gut über Gefühle sprechen! Vielleicht denken Sie einmal über diese *Überlegung von mir* nach, schauen, ob sie Ihnen etwas sagt, oder ob Sie für Ihre Situation nicht zutrifft!«

[Deutungen werden als Angebot, nicht als Wahrheitsaussage mit Geltungsanspruch gegeben (Petzold 1988p), sondern als Überlegung des Therapeuten deklariert, auf die die *Resonanz* des Patienten erfolgen muß, die konsent oder dissent sein kann und darf. Abwehr bzw. Widerstandsphänomene zeigen, daß der Widerstand noch eine „protektive Funktion“ (Petzold 1981c) hat, die respektiert werden muß.]

P: »Mit den Schamgefühlen ... da ist was dran ... mir wird immer ganz blümerant, wenns zu sehr mit Gefühlen kommt!«

[Der Patient erkennt, daß er sich mit seinem Werte- und Normensystem auseinandersetzen muß.]

P: »Da muß ich wohl einiges noch anders sehen lernen ..., ich meine, über einiges neu nachdenken. Auch mit meiner Freundin ... Aber das ist so schwierig. Die versucht immer wieder, ich blockier da total!«

T: »Aber hier gehts doch schon ganz gut.« (ES)

P: »Schon, aber draußen blockier ich total. Für meine Freundin ist das schon ziemlich belastend ... seit ich in Therapie bin, geht es sogar noch schlechter ... das sagt sie ... ich meine zwar nicht ... aber ...«

T: »Wie steht Ihre Partnerin denn zu Ihrer Therapie, sprechen Sie über das, was hier geschieht?«

P: »Das ist es ja. Am Anfang fand sie es gut, aber jetzt ist sie mißtrauisch ... Ich kann ja auch nicht richtig drüber reden, und das wirft sie mir vor ... daß ich mit Ihnen reden kann ...«

T: »Wenn Sie möchten und Ihre Freundin das will, dann kommen Sie doch mal für ein, zwei Sitzungen zusammen ... Was meinen Sie dazu?«

P: »... hm ... Ich weiß nicht ... also ...«

[Der Patient wirkt etwas beklommen.]

T: »Fühlen Sie sich jetzt ‚blümerant‘, um mal Ihren Ausdruck zu verwenden?« (EV)

P: »Kann man wohl sagen!«

T: »Ich finde es wichtig, wenn Partner, von denen einer in Therapie ist, miteinander über die Therapie sprechen können. Sonst kann es zu Störungen kommen. Wir machen die Therapie ja, damit das soziale Netzwerk und die Beziehungen im Alltag besser funktionieren.« (TN)

In der Integrativen Therapie versuchen wir immer wieder, dem Patienten theoretische Konzepte des Ansatzes in verständlicher Form transparent zu machen, um Fremdbestimmtheit zu reduzieren, Partizipation zu ermöglichen, um die „Eingriffstiefe“ konsensuell zu gestalten (vgl. Rummel 1993). In der ITK oder auch in der IT arbeiten wir – es sei nochmals unterstrichen – mit Netzwerken und Beziehungen, auch wenn wir uns hier und jetzt im „dyadischen Setting“ befinden. Deshalb beziehen wir immer wieder, wenn es angezeigt oder erforderlich ist, das „virtuell“ ohnehin anwesende Netzwerk auch konkret ein. Wir machen Paar- oder Familiensitzungen, um Probleme, die „im System“ liegen, „in situ“ auf der Ebene des „Realen“ ansprechen und gegebenenfalls lösen zu können, denn es geht nicht nur (und hier liegt eine Fehleinschätzung der klassischen Psychoanalyse) um die Ebene des „Imaginären und Symbolischen“ (Freud, Lacan) oder die Ebene der „Repräsentation“ (Petzold 1979k, 116ff), so wesentlich diese Ebenen auch sind (ibid. 117f). Der Einbezug von familialen (idem 1973f) und Beziehungsrealitäten (1976e) in die IFK ist darauf gerichtet, die alltäglichen Lebenssysteme des Patienten funktionsfähig zu erhalten, zu stützen, von störenden oder eventuell pathologischen Einflüssen zu befreien (KG, TN). In der Folge kommt es zu zwei Sitzungen zusammen mit der Freundin, die sehr gut verlaufen, denn der Patient kann in der Situation mit ihr offen und *emotional* sprechen (EA). Der Therapeut kommt mit begleitenden, den kommunikativen Prozeß fördernden Interventionen aus (EV, KK), so daß sich für das Paar eine Lernsituation ergibt (LM), die auch im Alltag durchträgt. Bedeutsam ist auch, daß der Therapeut für die Partnerin des Patienten „real“ wird und seine phantasmatische Qualität verliert, sie auch einsehen kann (EE), daß bei ihr Verlustängste ins Spiel kamen – »Ich war mit nicht sicher, ob sie für oder gegen die Beziehung arbeiten. Da bin ich jetzt beruhigt!« Wichtig war auch noch, daß die Partnerin in den beiden Sitzungen aus dem Munde des Patienten etwas über die Hintergründe von dessen „Sprachlosigkeit im Raum des Emotionalen“ erfährt, von seiner Isolation und der seiner Mutter. Beide erkennen, daß das „eindringende Moment“ in der Kommunikation etwa in der Wendung der Freundin: »Jetzt sag doch mal, was mit dir los ist!« (P: »Da muß man nur noch ‚Junge‘ dranhängen, dann ists Originalton ... und ich konnt‘ doch damals nicht sagen, was war«). Der Freundin wurde klar, daß sie hier auch ein Frauenmuster aus ihrer Herkunftsfamilie, ja ein übergreifendes Frauenstereotyp inszeniert: »Bei uns hat die Mutter halt gesorgt, daß der Hausfriede und die Emotionen stimmen ..., als ob immer nur die Frauen für die Gefühle verantwortlich sind!«

Das Paar nimmt aus den beiden Sitzungen eine positive Zukunftsperspektive (PZ) für seine Beziehung und für die Möglichkeit einer erfolgreichen Problembewältigung durch die Therapie mit, ein besseres Verständnis füreinander (SE) und ein gemeinsames Verstehen von Problemhintergründen. Insgesamt wurde durch diese Sequenz der IFK die individuumszentrierte Perspektive überschritten – einmal zum familialen und gesellschaftlichen Rahmen der Ursprungsfamilie, zum anderen zum Netzwerk der Gegenwart hin. Der *Intimitätsraum* der Therapie (der „analytische Raum“) – so wichtig und unverzichtbar er ist – steht doch in der Gefahr, zu einer „Tyrannei der Intimität“ (Sennett 1987) zu verkommen. Hier wurde er zu anderen Intimitätsräumen hin geöffnet, ja, über diese hinaus als Perspektive in den gesellschaftlichen Raum ausgedehnt.

Die gesellschaftskritische Dimension, die aufkommt, weil durch Fragestellungen aufgrund der *Standardfokussierung* dem Patienten Hintergründe bewußt werden, ermöglicht, der funktio-

nalysierenden Tendenz gegenzusteuern, die in der Kurzzeit- und Fokaltherapie zum Tragen kommen kann, soweit sie an gesellschaftlichen Ökonomisierungstendenzen partizipiert (*Castoriadis* 1983). Das „Hin-deuten“ auf gesellschaftliche Zusammenhänge (*Parin* 1978, 1983), trägt dazu bei, verdinglichenden „Medikozentrismus“ zu reduzieren und für Prozesse der „kollektiven Produktion von Unbewußtheit“ (*Erdheim* 1982) zu sensibilisieren. Das wirkt sich insgesamt förderlich auf den Therapieerfolg aus, sofern die oft aufkommende „Akkumulation von Hoffnungslosigkeit“ überwunden werden kann. („Was kann man nur bei solchen gesellschaftlichen Negativkräften als einzelner tun?“) In der Standardfokussierung muß der Therapeut deshalb auch immer auf Möglichkeiten verweisen, solidarische Erfahrungen aufzusuchen bzw. zu solidarischen Aktionen beizutragen (**SE**, „Vierter Weg der Heilung“, *Petzold* 1988n, 332).

Die Karrierepanoramen und Identitätsbilder bieten hier durch die Darstellung der *protektiven Erfahrungen* in der Regel gute Anknüpfungspunkte. Im Panorama des Patienten werden die grünen und gelben Spitzen in diesem Zusammenhang bedeutsam, Zeiten, in denen es ihm und seiner Mutter besonders gutgegangen ist und es sich herausstellt, daß es Aktionen der Hilfeleistung und Solidarität gegeben hatte: für die Familie Unterstützung durch Freundinnen der Mutter, für den Patienten Erfahrungen in Jugendgruppen: »Obwohl ich meistens am Rande stand, habe ich immer wieder Kameraden gefunden, die mich reingeholt haben. Das ist heute noch so. Ich bin nie so richtig drin, aber da kommen immer welche und holen mich rein!«. *Klaus O.* hatte diese Erlebnisse weitgehend vergessen und kann ihre *salutogene Bedeutung* jetzt erst erkennen und richtig werten (**PW**), weil er sie nun durch das erlebnisaktivierende Vorgehen erleben konnte, das in Form „szenischer Imagination“ eingesetzt wurde (*Katz-Bernstein* 1990).

Es ist ein Charakteristikum unseres, am Konzept der Interaktion von pathogenen und salutogenen Einflüssen, Risiko- und Schutzfaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) orientierten Modell der fokalisierenden Kurzzeittherapie (und der Integrativen psychotherapeutischen Arbeit insgesamt), positive Vergangenheitserfahrungen zu vergegenwärtigen und „innere Beistände“ zu aktivieren als Verinnerlichungen von „*significant caring adults*“ (ibid. und idem 1985 I). Der Patient konnte hier als einen solchen benignen „Beistand“ seine Großmutter identifizieren, die bis zu ihrem Ableben die Familie geschützt und gestützt hatte (u. a. auch materiell). »Sie hat für uns wirklich das Letzte gegeben. Ich hab mich oft an sie erinnert. Die war für mich ein Vorbild!« (**PW**).

Das vorliegende Beispiel verbindet fokaldiagnostische und fokaltherapeutische Arbeit. Es ist in der Tat theragnostisch und zeigt, wie sich der *Hauptfokus* herausbildet, *Nebenfoki* aufkommen und wie *maligne Narrative* in ihrer Entstehung erkennbar werden. Unbewußte Zusammenhänge konnten dabei bewußt gemacht werden, aber wichtig war – so der Patient in den auswertenden Abschlusssitzungen nach 26stündiger Therapie –, daß »ich meine Angst in so vielen Situationen erlebt habe, und da waren Sie dabei. Sonst war ich immer allein. Wichtig war auch die Sache mit der Homosexualität und all die Wut, die da noch ist und die mir auch angst macht ... Es war ja überall Angst, bei meiner Mutter, bei mir ... und ich konnte das ja nie zeigen (**EA**). ... Gut war auch, daß es auch was Gutes gab. Sie haben mir das ja gezeigt ... ich habe es auch wieder gefühlt!«

Die Aufzeichnungen dieser Sitzungen zeigen: Die emotionalen Erfahrungen, das Ausdrücken von Gefühlen und die sichernde und verstehende Präsenz des Therapeuten wurden als die wesentlichen Faktoren (vgl. Abschn. 6) in dieser Therapie gesehen, durch die die *fixierenden Narrative* aufgelöst werden konnten. Die *Einsicht* in Zusammenhänge, das Erkennen von Verdrängtem wurde wichtig *in der Verbindung mit dem emotionalen Erleben*: »Manches habe ich schon gewußt irgendwie, aber fühlen konnte ich nichts außer der Angst, und die war so unklar!« In der Therapie kam es verschiedentlich zu Erfahrungen von „vitaler Evidenz (EE), das ist das Zusammenwirken von leiblichem Erleben, emotionaler Erfahrung und rationaler Einsicht in zwischenmenschlicher Bezogenheit“ (vgl. dieses Buch, S. 694f).

Die Angstsymptomatik verminderte sich nach etwa 14 Stunden und war bei Beendigung der fünfmonatigen Therapie weitgehend abgeklungen. Ein katamnestischer Gesprächstermin nach acht Monaten ergab, daß der Patient beschwerdefrei war. Er trug sich indes mit dem Gedanken, in eine Selbsterfahrungsgruppe zu gehen, weil er noch mehr über sich erfahren wolle. »Die Therapie hat mir soviel klar gemacht, und ich habe so viele Sachen auch danach noch gesehen (EE). Ich konnte da noch viel zusammenbringen und auch fühlen, wie das alles war. Ich habe auch seitdem viel mehr mit meiner Freundin gesprochen. Wir sprechen oft über uns und unsere Vergangenheit und über Gefühle (EA). Das haben wir sonst so nicht gemacht. Das gab es vorher bei mir nicht. Auch mit meinen Freunden kann ich jetzt besser reden (TN). Ich komme vielleicht auch noch von der Außenseitersache weg!«

Im Nachhall der Therapie wird der Faktor „Einsicht“ (EE) bzw. „Erleben von Sinnzusammenhängen“ wesentlich, allerdings wieder im emotionalen und erlebniskonkreten Kontext und in der intersubjektiven Bezogenheit, dem Gespräch in der Partnerschaft, in der sich eine dialogisch-narrative Kultur (Petzold 1991o) zu entwickeln beginnt. Und noch etwas wird von Klaus O. hervorgehoben: »Das mit dem Entspannungstraining, das war die Sache. Das hat mir prima geholfen für meinen Rücken. Bei der Frau B. sind jetzt schon ein paar Kollegen von mir und auch Freunde von uns. Die Gerda [seine Freundin] hat's auch gemacht. Wirklich eine Spitzensache!« (LB). Das katamnestische Gespräch verläuft in einer lockeren, unbefangenen Atmosphäre. Klaus O. sitzt in der Tat nicht mehr angespannt da. Die *bimodale* Integrative Kurzzeittherapie mit ihrer Kombination von konfliktzentriert-aufdeckender Fokalisierung und Integrativem Entspannungstraining hatte sich als erfolgreich erwiesen.

Im folgenden soll noch ein dreizüiges Karrierepanorama im fokaldiagnostischen Kontext vorgestellt werden, um die in kurzer Zeit erschließbare Materialfülle für die Fokuswahl aufzuweisen.

5.2 Beispiel – Fokaltherapeutische Anschlußbehandlung

Sylvia F., eine 38jährige Grundschullehrerin (anonymisiert) mit Kontaktproblemen und Störungen in der Identitätsfindung, trägt sich mit Überlegungen für eine Anschlußtherapie. Sie zeigt eine hohe Introspektionsfähigkeit und Wissen um biographische Einflüsse und Determinierungen. Mehrjährige Teilnahme an Selbsterfahrungsgruppen und eine längere analytisch orientierte Therapie fanden in diagnostischen Gesprächen ihren Niederschlag. Das Pan-

orama und seine Auswertung sollte eine Fokusbildung für eine gezielte Bearbeitung der noch bestehenden Probleme ermöglichen. Es findet sich hier eine durchaus häufige Konstellation: Trotz längerer therapeutischer Bearbeitung und erreichten Fortschritten bleibt eine persistente Restproblematik, die doch noch so nachhaltig ist, daß nach weiteren Möglichkeiten der Therapie gesucht wird. Eine erneute Behandlung müßte sich als eine *Fokaltherapie* im Rahmen eines *intermittierenden* Therapieprozesses definieren und versuchen, an die vorgängige Behandlung anzuknüpfen, insbesondere um auszuloten, wo diese an ihre Grenze gekommen ist und wie durch eine richtige Fokuswahl weitere Entwicklungsschritte unternommen werden können. In einer solchen Situation ist die Mitwirkung der Patientin unerlässlich. Sie hat ja Erfahrungen mit sich selbst und kann – gegebenenfalls mit einigen Hilfestellungen – herausfinden, wo ihr Prozeß nicht weitergegangen ist. Ein solches Vorgehen ist wichtig, denn *sie* muß ihre Fragen prägnant stellen und ihr Problem „auf den Begriff“ bringen, um ihre Ziele für die Therapie zu formulieren. *Sie* muß auf all diesen Hintergründen ihrer Erfahrung ihre Lage deuten. Nach all dem, was ihr ihre Therapeuten schon gedeutet, erklärt, vermittelt hatten, zu ihren Träumen, Assoziationen, Erinnerungen, ist nun *sie* an der Reihe. Deshalb die Entscheidung für das Karrierepanorama und eine Auswertung durch den schriftlichen Kommentar. Ein Text von *Adorno* (1973, 87 f), in dem er die Arbeitsteilung zwischen dem Patienten, der assoziiert, und dem Analytiker, der deutet, kritisiert, soll verdeutlichen, was in einem fokaldiagnostischen und fokalthérapeutischen Prozeß bei dieser Patientin *nicht* geschehen darf. „Anstatt daß er [der Patient] um seiner selbst mächtig zu werden, die Arbeit des Begriffs leistet, vertraut er sich ohnmächtig der Bearbeitung durch den Doktor an, der ohnehin schon alles weiß“ (ibid.)

Kommentar von Sylvia F. zu ihrem Panorama (Abb. 9 – siehe Farbteil am Ende des Buches S. XIV)

Die Erinnerungen an Schlechtes nahmen lange Zeit in meinem Leben den größten Platz ein. Das Gute, Lebensspendende, wird allmählich wichtiger.

Zum Bild (Abb. 9): Genau chronologisch ist es nicht, einzelne Ereignisse ziehen sich durch, kommen immer wieder. Im oberen Strang des Bildes sind die belastenden, negativen Ereignisse [pathogener Strang, sc.] dargestellt und durch die Defizite im unteren Strang die positiven Ereignisse [salutogener Strang, sc.] der Kleinkind- und Kinderzeit.

Negativer Strang, links oben:

Die bedrückende Atmosphäre zu Anfang ist nicht unbedingt „historisch korrekt“, aber zeigt, wie sie durch spätere Erfahrungen beladen wurden: dunkel, bedrohlich, ich weiß nicht, was kommen wird; ob die Mutter wegläuft, sich umbringt.



steht für: sexuellen Mißbrauch (ich war beim ersten Mal 4 Jahre), verbunden mit Drohungen, Angst, Scham, Alleinsein. Später eine zweite Scham darüber, daß ich so blöd hatte sein können zu erwarten und zu glauben, ich könnte als Person gemeint sein. Ich erfuhr nämlich, daß dieser Onkel viele Kinder mißbrauchte. Obgleich das Ganze für mich sehr bedrohlich und eben schambeladen war, war ich zu einem Teil auch geschmeichelt: Er nahm *mich* bei der Hand und führte mich in jenes Zimmer.

* Die farbigen Zeichnungen wurden aus drucktechnischen Gründen schwarz nachgezeichnet unter Angabe der Farbe, so daß sie auf Abb. 9 zu identifizieren sind.

Schwarzes Gesicht, Wolke mit Auto, Flasche, Pistole, unten kleines Kind:

Bedrohung durch Erzählung der Mutter (wie Mütter ihre lästigen Kinder töten, wie mein Vater von seinem Vater mit der Pistole bedroht wurde). Mit „verlorener“ Mutter Nächte des Wartens in Angst; der Vater fuhr alkoholisiert Auto, wir wußten nicht, wann und wie er zurückkommen würde. – Später: die ganze Familie im Auto mit dem alkoholisierten Vater am Steuer. Angst. Man durfte nichts sagen, weil er sonst wütend und noch unberechenbarer wurde.

Positiver Strang, unten:



Viel Schutz erfahren von/mit älterer Schwester. Wir waren oft zusammen im Bett, erfanden Geschichten im immer gleichen Muster: Jemand Böser bedroht uns, doch wir haben ein Haus, wo wir Schutz finden. Die Schwester ist immer die schutzgebende Figur, z.B. Bärenmutter.



Die andere Seite des Vaters: vital, lustig, er spielt mit uns, hüpf mit mir durch die Straße, ist großzügig. Wenn ich krank bin, schenkt er mir immer wieder was: ein Buch, Stifte zum Zeichnen.

Unterer Strang:

Hund, Katze, Grünes, Tanne (später auch: Pferd, Natur)

Die Tiere waren meine Vertrauten, beim Hund konnte ich weinen, er leckte mir das Gesicht, war lieb. Viel „Auslauf“ war da, ich war meist im Freien, konnte machen, was ich wollte, auch viel Material (Holz, Werkzeuge) gebrauchen.



Nähe zur Mutter, Verbundenheit mit ihr spürte ich, wenn ich abends im Bett lag und sie Klavier spielen hörte. Sie spielte sehr oft (leider manchmal auch Cembalo – das haßte ich ...)

Oberer Strang:



Mein geliebter erster Hund starb.

Schulzeit

Unterer Strang:



Die blaue Frau steht für meine erste Lehrerin. Sie hatte mich gern, war warmherzig, lieb, straffte nie. Ich liebte sie.

Oberer Strang:



Mit 11 Jahren sehr schwierige Zeit in der Schule: Ich war sehr frech, merkte das schon, konnte mein Verhalten aber nicht steuern („bessern“ ...). Die Strafmaßnahmen, die folgten, empfand ich aber als gemein und sehr ungerecht. Ich wurde zur „Frechen“ stigmatisiert, mußte so ans Gymnasium übertreten, bekam dieses Etikett schon in der ersten Schulwoche zu spüren, fühlte mich bloßgestellt und ausgeschlossen.



steht nicht für ein Ereignis, sondern für eine Reihe von Wut- und Racheaktionen der Mutter in dieser Zeit zwischen 10 und 14: Sie ließ z.B. meine Tiere töten (Hund, Katze) oder verschwinden (Kaninchen, Meerschweinchen), rechtfertigte sich mit ihrem italienischen Temperament und damit, daß ich halt so unmöglich sei und sie zur Weißglut bringe. – Sehr schlimm für mich, diese Aktionen. Ich war verzweifelt, wütend, traurig, allein und ohnmächtig ausgeliefert.

Positiver Strang jener Zeit:



Eine liebe Nachbarin, zu der ich fast täglich ging. Sie hatte mich gern, nahm Anteil [significant caring adult sc.].

Oberer Strang:



Jetzt, beim Schreiben, denke ich, daß dieses Ereignis nicht in diesen Strang gehört, da es für mich Gutes bewirkte:

Als ich 14 war, brannte das Haus vollständig ab. (Meine Mutter war zur Zeit weg, deshalb konnten meine Schwestern und ich am folgenden Tag ein Kleid von ihr in den verkohlten Schutt werfen ...) – Ich wohnte dann 8 Wochen bei einer Nachbarsfamilie (unterer Strang).



Wichtige Zeit: eine andere Familie erleben. Wärme. Eine Mutter, die da ist, z.B. am Morgen auf war und Frühstück machte. Die Tochter (in Parallelklasse) wurde zur Freundin. Später Loyalitätskonflikt, weil meine Familie diese Nachbarn als kleinkariert ablehnte, verlachte.

Oberer Strang:



Steht für die Zeit zwischen 15 und 18 (da ging ich von zu Hause fort), sehr schlimme Zeit: Die Freundschaft zur Nachbarstochter zerbröckelt; sie hatte Anschluß in ihrer Klasse, mir gelang das nicht, ich blieb isoliert. – Das Gesicht: mein Vater. Er begann in jener Zeit mit sexuellen Übergriffen: zwar nur „Gegrapsche“, doch entwürdigend in zweifacher Hinsicht: erstens, weil ich mich so berühren lassen mußte, zweitens, weil er mich auslachte, wenn ich mich wehrte: Er unterstellte mir falsche Wahrnehmung, vermessen, überhaupt auf die Idee zu kommen, daß jemand mich als weibliches Wesen sehen könnte.

Die Schwester war die schöne Tochter. Um sie zu schützen, trat er mich einmal mit den Füßen vor den Augen jener Freundin eine ganze Treppe runter. Das war sehr demütigend – auch schämte ich mich für den Vater.

Das (K) steht für *Katrin*, ein Mädchen, mit dem ich mich später befreundete. Als sie 18 war, verführte mein Vater sie. Ich wußte es (durch meine Mutter), war völlig überfordert, sagte nie jemandem etwas. Die Freundschaft ging kaputt.

Erwachsenenalter

Unterer Strang:



gelb: Austritt aus der Schule, Weggehen von zu Hause, Arbeit in der Welschschweiz; alles allein organisiert. Später in einer anderen Stadt Lehrerausbildung. Das Oval steht für diese Schule. Sie war eine Erholung für mich.

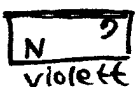
Oberer und unterer Strang verbinden sich.
Zum unteren gehört:



9 Jahre Wohngemeinschaft. Anfangs: endlich aufgehoben sein, Nachholen von Nest, Familie, *miteinander* leben, sich verantwortlich fühlen, Freundschaft. Allmählich verwandelt sich die Freundschaft zu R. von einer gleichwertigen zu einer sehr ungleichen, unseligen Beziehung.



Ich verstehe heute noch nicht ganz, was da genau abgelaufen ist, denke, daß wir gegenseitig dicke Übertragungen machten, uns gegenseitig brauchten und mißbrauchten. Ich gab ihr viel Macht, wurde klein, dumm, abhängig und auf gewisse Weise unterwürfig, packte R. in eine Mutterrolle: die erwünschte gute und/oder die gefürchtete böse Mutter. Sie bot sich dafür an; der Preis war Unterwerfung. Ihr Verdienst: daß sie sich aus diesem Muster herausentwickelte, irgendwann genug hatte, die WG auflöste. Ich hätte noch lange höchst unglücklich und isoliert weitergemacht.



Zeitlich vor und während der WG-Zeit: Zwei Beziehungen zu Männern. Hier aufgezeichnet, weil sie in verschiedener Ausprägung – Wiederholungen meiner früheren Erfahrungen mit Männern waren.

Unterer Strang:



Steht für Arbeit, Beruf (immer mit Kindern). Hat mir Struktur und Halt gegeben, auch das Gefühl, eine Aufgabe, Sinn zu finden.



Steht für Beziehungen mit Menschen. Die ältesten stammen aus der Lehrerausbildungszeit, neuere kamen dazu. Das gelbe Haus: mein Wohnort seit 7 Jahren (zum ersten Mal in meinem Erwachsenenleben wohne und arbeite ich länger als 4 Jahre an einem Ort; bin seßhaft geworden, schlage Wurzeln).



Zeitlich: von Kindheit bis ca. WG-Zeit:
diese Figur zähle ich ebenfalls zum positiven Strang: Meine Phantasiewelt. Ich lebte zu einem großen Teil dort. In Geschichten mit immer demselben Strickmuster: Ich war die Heldin, lebte allein, mit meinen Hunden, in arktischer Wildnis, überlebte größte Kälten und Strapazen ... oder ich war passive Heldin (Opfer) und überlebte irgendwelche großen Scheußlichkeiten, auch ganz knapp.

Bild und Kommentar lassen deutlich die pathogenen und salutogenen sowie die Defiziterfahrung erkennen, Negativpersonen und „significant caring adults“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Ein durchgängiges Thema: Mißbrauch in den verschiedensten Ebenen, Enttäuschung von Vertrauen, Entwertung, Bedrohung, Verunsicherung, Unberechenbarkeit. Das ganze Material weist auf erhebliche Beeinträchtigungen in der Entwicklung des *Selbstwertgefühls* und der Ausbildung einer sicheren, gefestigten und kontaktoffenen *Identität*. Dabei sind „prävalent pathogene Milieus“ (Mißbrauch, unberechenbarer Vater, hilflose Mutter) in der Kindheit und in der Adoleszenz (Racheakte der Mutter, Übergriffe des Vaters, schulische Belastung, Abwertung der sich entwickelnden Weiblichkeit) deutlich erkennbar. Dies alles sind Materialien, die eine Indikation für eine langfristige Therapie nahelegen – und eine solche hatte auch stattgefunden und Wirkung gezeigt (Wurzeln, Seßhaftwerden, Beziehungen, berufliche Sicherheit). Hier haben durch die Therapie Versicherungen der eignen Möglichkeiten stattgefunden, aber die Umsetzung in eine expansive, wagemutige Kontaktaufnahme im sozialen Feld steht noch aus. Die Muster tiefen Mißtrauens sind noch wirksam, und hier wird der Fokus anzusetzen sein: Vertrauensbrüche und Enttäuschungen, die zu Mißtrauen führen, noch einmal erlebnisaktivierend anzusehen (EA), damit die Patientin im Alltag unter verständnisvoller und stützender therapeutischer Begleitung (EV, ES) *experimentierend* sich auf Kontakte und Begegnungen (Orth, Petzold 1993b) einzulassen vermag (KK). Es geht dabei keineswegs um die Anleitung zu einem sozialen „assertive training“ (Salter 1949), sondern um aktive, lebenspraktische Hilfen (LH) zum Einstieg in Kontakt- und Begegnungserfahrungen (KK) und zum Aufbau von tragfähigen, solidarischen Beziehungen (TN, SE) mit der Möglichkeit, diese Erfahrungen in der fokalisierenden Kurzzeittherapie und die in ihnen aufkommenden Gefühle (EA) immer wieder an die biographischen Ereignisse zurückzubinden und, wo notwendig, zu klären (EE), so daß Selbstsicherheit gewonnen werden kann, der eigene Wertebezug sich konsolidiert (PW), die persönliche Identität an Prägnanz gewinnt (PI) und sich ein positiver Zukunftshorizont (PZ) aufbauen läßt.

Die Möglichkeit zur bimodalen Kurzzeittherapie (Einzel-/Gruppenbehandlung) bleibt zu erwägen, weil die Gruppe noch einmal gezielte Möglichkeiten böte, „kommunikative Kompetenz“ zu fördern. In diesem Beispiel zeigt sich, daß die Fokalisierung nicht nur auf biographi-

sche Thematiken, sondern auch auf praktische Umsetzung von Erkenntnisschritten und Erfahrungen der Therapie in Lebensalltag und lebenspraktischem Handeln abzielen kann und muß.

Oft genug haben Zweit- oder Anschlußtherapien (besonders wenn die Ersttherapie regressionsorientiert bzw. nach dem Reparentingmodell verlaufen ist) die Aufgabe, noch ausstehende Transferschritte zu fördern, d. h. emotionale Erfahrungen und kognitive Einsicht in Alltagshandeln, in Verhaltensänderungen, in tagtägliches Lebens- und Beziehungsgeschehen umzusetzen. Erfolge nämlich „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (Ferenczi 1931), in denen „Verzärtelung und mütterliche Zärtlichkeit“ (ibid.) oder „väterliche Fürsorge“ (Petzold 1969b) im Vordergrund des heilenden Geschehens standen, so ist der zitierte Adorno-Satz natürlich nicht relevant. Es geht ja dann darum, sich in der Analyse „zu überlassen“, um in der Hingabe an die väterliche bzw. mütterliche Qualität des Therapeuten/der Therapeutin prolongierte Defizite oder nachwirkende Traumaerfahrungen ausheilen zu lassen. In solchen Therapien nimmt der Prozeß der Auflösung der zunächst notwendigen Bindung „therapeutischer Wahlverwandschaft“, der Ablösung, des Abschieds und der Verselbständigung viel Raum und Kraft, so daß gerade auf dem Hintergrund des nachsozialisierenden Prozesses die Hier-und-Jetzt-Realität der Umsetzung oft nicht in optimaler Weise realisiert werden kann – zuweilen ist auch die Symptomatik nur gebessert, nicht beseitigt. Und dennoch ist in solchen Therapien viel geschehen, was nicht unbedingt in die Evaluationsraster der psychotherapeutischen Effizienz- bzw. Effektforschung fällt (Symptomfreiheit, Arbeitsfähigkeit, Einpassung in Lebenszusammenhänge etc.), und es wäre oft gut, wenn es Therapeuten gelänge, solche nützlichen Langzeitprozesse zu beenden, ohne darauf zu zentrieren, auch noch bestimmte Restprobleme und Nebenfoki „aufarbeiten“ zu müssen oder eine optimale Transferleistung zu erreichen, wo doch die Qualität dieser Therapie durch eine andere Charakteristik gekennzeichnet war. Welchem Anspruch muß hier genügt werden, und wie steht es mit der Relation von Aufwand, Kosten und Nutzen? Wäre es nicht angemessener, auf die Möglichkeit einer themenzentrierten bzw. fokalisierenden Nach- bzw. Weiterbehandlung zu verweisen oder für eine solche zu motivieren?

6. Therapeutische Wirkfaktoren – die 14 „Healing Factors“ in der IFK

Heuristiken therapeutischer Wirkfaktoren finden sich immer wieder im behandlungspraktischen Schrifttum der Psychotherapie. In der Integrativen Therapie haben wir uns schon früh dieser Fragestellung nach den „healing factors“ zugewandt, und zwar in Auswertung der Schriften Ferenczis auf solche Faktoren (Petzold 1969b/1988n, 487 f). Das Resultat war ein heuristisches Zusammenfassen der Faktoren in „vier Wegen der Heilung und Förderung“ (ibid. 484ff, vgl. 1988n, 215 – 267):

- I. Einsichtszentrierung → Sinnfindung;
- II. Nachsozialisation → Grundvertrauen;
- III. Erlebnisaktivierung → Persönlichkeitsentfaltung;
- IV. Solidaritätserfahrung → Übersicht und Engagement

In diesen „Wegen“ sind – betrachtet man sie in der Feinstruktur – zahlreiche therapeutische Wirkfaktoren in Gruppierungen zusammengefaßt, die in der IFK in Sinne von „*fine grained interventions*“ spezifisch zur Anwendung gebracht werden können.

Kurztherapien, auch wenn sie keine fokalthérapeutische Ausrichtung haben, müssen unter zeitökonomischer Perspektive in besonderer Weise darauf gerichtet sein, therapeutische Qualitäten freizusetzen und zur Wirkung zu bringen, die ein hohes heilendes Potential haben. Der Rekurs auf die „Wirkfaktorenforschung“ (Huf 1992; Garfield 1992) und die empirische Psychotherapieforschung insgesamt (Grawe et al. 1993) wird hierbei unverzichtbar. Das Wissen um „*unspezifische* Wirkfaktoren“, die in der Psychotherapie (Garfield 1983) und in Selbsthilfegruppen (Durlak 1979; Reinecker et al. 1989) zur Wirkung kommen, aber auch in Alltagsbeziehungen eine immense Bedeutung haben – sie kennzeichnen etwa die Qualität der „*significant caring adults*“ in negativen Lebenskarrieren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) –, muß in Kurzzeittherapien gezielt eingesetzt werden. Dadurch werden „*unspezifische*“ zu „*spezifischen*“ Wirkfaktoren. Kurzzeittherapeuten sollten deshalb nicht nur um derartige „*common factors*“ wissen, die in allen großen Therapieverfahren offenbar zum Tragen kommen, sondern ihnen sollten auch damit verbundene „*common concepts*“ präsent sein, die wiederum schulenübergreifende Erklärungsmodelle für Diagnose, Pathogenese und Therapie bereitstellen (Petzold 1992g). Die Bedeutung derartiger Faktoren und Konzepte ist nicht zuletzt durch die Forschungsarbeiten von Kurzzeittherapeuten herausgearbeitet worden (Strupp, Binder 1991; Strupp 1993; Binder, Strupp 1991; Barber, Crits-Christoph 1991, 344ff). Je nach dem Thema des Fokus und abhängig von der aktuellen Problemlage und dem Krankheitsbild des Patienten werden die einzelnen Faktoren in unterschiedlicher Weise zum Tragen kommen und einzusetzen sein. Im folgenden soll eine kurze Übersicht über die „14 *therapeutischen Wirkfaktoren*“ (VTW) gegeben werden, wie ich sie in der Integrativen Therapie therapeutischen Prozessen insgesamt zugrunde lege und wie sie – das Fallbeispiel hat es deutlich gemacht – gezielt in der IFK zur Anwendung kommen. Diese Faktoren wurden durch eine *konzeptanalytische* Auswertung von Psychotherapiestudien, die Auswertung von Kasuistiken aus Therapiesitzungsprotokollen, die im Rahmen der FPI-Graduierung abgegeben werden müssen, und aus FPI-Graduierungsarbeiten gewonnen, d. h. es wurden die in diesem Material als therapeutisch wirksam bezeichneten Zusammenhänge und Maßnahmen und die ihnen zugrundeliegenden Konzepte herausgearbeitet. Weiterhin wurden Zusammenstellungen von unspezifischen und spezifischen Wirkfaktoren in der Psychotherapieliteratur ausgewertet und systematisiert (Petzold 1992g).

Indem solche Konzepte und Faktoren systematisch reflektiert und in die Ausbildung von Psychotherapeuten integriert werden, werden Ausbildungskandidaten der Psychotherapie für sie sensibilisiert, und das heißt, daß sie als *spezifische Faktoren prozessadäquat* im therapeutischen Geschehen eingesetzt werden können. Folgende seien in einer groben Reihung aufgeführt:

1. Einführendes Verstehen, Empathie (EV):

Unter diesem Begriff werden Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung gefaßt und Aussagen von der Art, daß ein Patient sich von seinem Therapeuten „so gesehen fühlt, wie er ist“, sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden „verstanden fühlt“. Das Erleben von „*stimmiger Empathie*“ setzt positive Sozialisationserfahrungen (Baker 1991) gegenwärtig oder wirkt als „*korrigierende emotionale Erfahrung*“ für negative, biographische Einflüsse. Wenn Menschen in stimmiger Weise empathisiert werden, vermögen sie sich selbst besser zu verstehen, Selbstem-

pathie zu entwickeln und Einfühlung für andere Menschen, sofern „wechselseitige Empathie“ bzw. *Mutualität* (Petzold 1990b; Ferenczi 1988) nicht verhindert wird. Gerade in der Fokaltherapie können *prolongierte* positiv-regressive Therapiesequenzen *nicht* als Heilfaktor eingesetzt werden – Fokalregressionen aber durchaus, wir teilen den Regressionsvorbehalt vieler Kurzzeittherapeuten (Barber, Cris-Christoph 1991) nicht uneingeschränkt. Prinzipiell ist in der IFK ein partnerschaftliches Arbeiten an Problemlösungen erforderlich, und das kann bei längeren Regressionen nicht gewährleistet werden. Fokalregressionen mit kurzdauernden *Tiefungen* (Petzold 1988n, 104 f) bis in die „Ebene der Involvierung“ und einem raschen Wiederauftauchen (wie es die Fokalinterviewtechnik schon verlangt, s.o. 2.3) sind in der IFK gängige Praxis. Dabei ist ein Grundpotential von Ich-Stärke erforderlich, das auf diese Weise sogar erweitert und gekräftigt wird. In derartigen emotional intensiven Prozessen wird der Wechselseitigkeit der „Selbstöffnung“ (Weiner 1978) als wichtigem Moment in der therapeutischen Beziehung besondere Bedeutung zukommen.

Das erfordert von seiten des Therapeuten, daß er nicht nur bereit ist, sich seinen Patienten gegenüber einfühlend zu verhalten, sondern daß er auch bereit ist, sich von seinen Patienten empathieren zu lassen (sie tun es ohnehin, auch wenn man „hinter der Couch sitzt“). Diese nicht immer einfache Situation wird durch den therapeutischen Stil der „selektiven Offenheit“ und „partiellen Teilnahme“ (Petzold 1980g) sowie durch das Prinzip des „Aushandelns von Grenzen“ (idem 1993a, 1126 f) handhabbar. In der Therapie von Klaus O. kamen diese Aspekte immer wieder zum Tragen: in der grenzüberschreitenden Nähe der Initialsituation bis zur späteren, zaghaften, aber stimmigen Frage nach den Gefühlen des Therapeuten, der „abgerückt war“, als es sehr gewaltsam wurde, Minimalbewegungen nur, aber durch den Patienten bemerkt.

2. Emotionale Annahme und Stütze (ES):

Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung *positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen* (idem 1992a, 823ff), z. B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen – was eine Reduktion *negativer selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen*, z. B. Minderwertigkeit, Schuld, erlernte Hilflosigkeit (Seligman 1978), Scham (Lewis 1993) usw. erforderlich macht – kennzeichnen diesen Faktor, der so mit dem des „einfühlenden Verstehens“ unlösbar verbunden ist. Weil aber „stimmige“ Empathie, die nah genug, aber nicht invasiv sein sollte, weil „stimmige“ emotionale Stützung mit der richtigen Intensität zum *Ausdruck* gebracht werden muß, ohne überflutend zu sein und damit Artefakte zu schaffen, weil diese Qualitäten also nicht zu den einfachsten Momenten in der therapeutischen Interaktion gehören und weil gerade hier Verwirrungen und Verwicklungen entstehen können, ist supervisorische Hilfe besonders angezeigt. Das Überprüfen der „emotionalen Resonanz“, das Untersuchen empathischer Reaktionen auf *projektive Elemente* ist für das Gelingen einer von Eigenübertragungen des Therapeuten nicht verzerrten therapeutischen Beziehung unverzichtbar, sonst werden etwa „repressed memories“ in unzulässiger Überstrapazierung der (von der empirischen Psychologie vielfach bezweifelte) Freud'schen Verdrängungstheorie (Gray 1993; „Erinnerungen“ z. B. an rituellen Mißbrauch) nicht etwa „gefunden“, sondern „produziert“ durch Ideologien, pseudowissenschaftliche Theorien und ungelöste Probleme von Therapeuten, ja ganzen Teams (vgl. die alarmierten Entwicklungen in den USA, Jaroff 1993), und Krankheitsbilder wie „multiple personality disorders“ werden u. U. „induziert“.

„Empathie vollzieht sich ja im Zusammenwirken von subliminalem und supraliminalem Wahrnehmungsmaterial mit der mnestischen Resonanz aus vorgängigen Erfahrungen (persönlichen wie professionellen) sowie auf dieser Grundlage im persönlichen Engagement an der empathierten Person“ (vgl. dieses Buch, S. 275, 803, 871). Die „vorgängigen Erfahrungen“ bedingen indes oft auch Unschärfen in der Wahrnehmung oder Wahrnehmungsausblendungen, oder sie färben aktuelle Wahrnehmung projektiv ein. Die Folge können „Fehlempathierungen“ sein, und damit reproduzieren sich immer wieder belastende oder verletzende Situationen aus der Vergangenheit des Patienten (vgl. *Wirbel* 1987; Petzold 1993a, 1285ff), was sich gerade im begrenzten Rahmen von Beratungen und Kurzzeittherapien in Form von therapieinduzierten Verletzungen (ibid. 1283ff) verhängnisvoll auswirken kann. In der Therapie von Klaus O. ist die emotionale Stütze ein durchgängiges Moment. Besonders in der Bearbeitung der traumatischen Kindheitsszenen darf er nicht alleine darstehen, sondern braucht Versicherung. Auch beim Ausdrücken gesellschaftlich nicht akzeptierter Gefühle wie Haß, Aggression, sind Stützen und Bekräftigungen notwendig, wird Akzeptanz erforderlich, damit der Patient sich ansehen kann, ohne „vor Scham in den Boden zu versinken“.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH):

Erschließen von Ressourcen (Petzold 1997p), Rat, und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Lebensrealität, Problemen usw., praktische Lebenshilfe also, gehört zu den besonders wirksamen Therapiefaktoren, die gerade für die Kurzzeittherapie immense Bedeutung hat. (Dieser Faktor ist durch die große Zahl verhaltenstherapeutischer Studien besonders repräsentiert). Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme (wie „oberflächlich“ sie auch unter „tiefen“-psychologischer Perspektive erscheinen mögen, wie „vordergründig“ sie auch unter gestalttherapeutischem Blick auf die „Hintergrunddimension“ zu sein scheinen) Hilfen für realitätsgerechte Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen. Nicht nur der *Leidensdruck* ist ein Motor der Behandlung, sondern auch die Erfahrung, daß Symptome besser werden und Schwierigkeiten abnehmen, besonders wenn mit dieser Erfahrung die Erkenntnis verbunden ist, daß es Hinter- und Untergründe der persönlichen Biographie sind, die Störzonen bilden. Hier können starke Motivationen für eine vertiefende, therapeutische und persönliche Weiterarbeit und eine aktive Mitarbeit in der Behandlung gesetzt werden, und insofern sind die „Hilfen bei der praktischen Lebensbewältigung“ alles andere als rein „pragmatische“ oder „pädagogische“ therapeutische Interventionen, die das „Eigentliche“ der Therapie vermeiden. Sie stärken vielmehr den Realitätssinn.

Gerade bei Patienten in *prekären Lebenslagen* (idem 2000h) ist selbst bei nicht so schwerwiegenden Krankheitsbildern ohne flankierende soziotherapeutische Maßnahmen (Petzold 1997p) in der Fokalthherapie wenig zu erreichen. In unserem Fallbeispiel von *Klaus O.* waren es das Partnergespräch und die entspannungstherapeutischen Maßnahmen, die eine alltagspraktische Hilfe boten. Derartige sekundäre, flankierende, supportive, pädagogische (usw.) Maßnahmen können und sollten nicht gänzlich von der Psychotherapie abgekoppelt werden. Sie müssen oftmals in psychotherapeutischen Prozessen initiiert, ja, von diesen begleitet werden oder in ihnen sogar eingebettet sein. Wenn der Faktor der „Hilfe bei praktischer Lebensbewältigung“ (LH) so gewichtig ist, müssen Therapieschulen, bei denen dieses Moment nur schwach vertreten ist, sich befragen lassen, warum dies so ist, was hier ausgeblendet wird und auf welche Weise dieser Faktor in die Arbeit einbezogen werden kann. In der „Integrativen Therapie“ machen wir jedenfalls die Feststellung, daß eine psychodynamisch orientierte Arbeit, daß das „analytische“ Moment solcher Arbeit keineswegs unvereinbar mit soziotherapeutischen oder anderweitigen Stützmaßnahmen ist, daß sich der „analytische Raum“ und der „Raum der Lebensrealität“ keineswegs ausschließen, sondern in der klinischen Praxis durchaus fruchtbar verbinden lassen. Stationäre Settings zeigen dies in überzeugender Weise (Matakas 1992). Supervisorische Arbeit trägt dazu bei, etwaige „Turbulenzen an den Schnittflächen“ immer wieder zu klären.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft (EA):

Bei diesem Faktor geht es um Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle und Willensregungen, *kathartische* Entlastung (Schelp, Kemmler 1988; Kemmler, Schelp, Mecherill 1991). Er findet sich besonders in erlebnisaktivierenden Verfahren und ist von dem der *emotionalen Stütze* (ES) zu unterscheiden, aber auch mit diesem eng verbunden. In dem Therapiebeispiel von *Klaus O.* spielt dieser Faktor eine herausragende Rolle. Zurückgehaltene, blockierte Gefühle können aufkommen, dadurch daß der Therapeut empathisch, mit Verständnis für die Schwierigkeiten bereit ist, die Thematik aufzugreifen, die angesprochen wurde. Schmerz, Angst und Wut können aufkommen und in der „akzeptierenden Präsenz“ des Therapeuten ausgedrückt werden. Scham, Schuld, Haß und Rache, alles „verbotene“ Gefühle, die nicht mit den religiösen Moralvorstellung aus dem Milieu des Patienten übereinstimmten, werden gezeigt und benannt. Großmutter, Tante, Jugendgruppenleiter waren, trotz ihrer positiven Bedeutung für *Klaus O.*, indirekt auch repressive Instanzen (wobei dieser Nebenfokus nicht aufgenommen wird). Der Emotionsausdruck wirkt weiter bis in die Partnerbeziehung des Patienten, in der sich dann – gefördert durch die Paarsitzung (KK) – eine positive „emotionale Kultur“ und entscheidungsfreudige Willenskultur entwickeln kann (Petzold, Sieper 2003).

Gerade mit Blick auf die neuere Emotionspsychologie und -forschung (Kruse 1991; Lazarus 1991; Petzold 1992b, 1993b) und ihre Bedeutung für die Psychotherapie (Schelp, Kemmler 1988; Kemmler et al. 1991) aber auch mit Bezug auf das klassische „Repressionsmodell der Pathogenese“ (Petzold 1992a, 855f) wird dem Faktor „Förderung emotionalen Ausdrucks“ zunehmend Beachtung zu schenken sein, insbesondere wenn man Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“, als Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ oder als die Beeinflussung von „Grundstimmungen“ (dieses Buch, S. 637ff) auffaßt. Es wird im übrigen an dieser Stelle deutlich, daß hinter dem Faktor *Ein-fühlung*, „empathisches Verstehen“ (EV), eine Theorie der Empathie und des Verstehens sowie der therapeutischen Beziehung stehen muß. Weiterhin muß natürlich auch – wie beim Konzept „emotionaler Stütze“ (ES) oder dem der „Förderung emotionalen Ausdrucks“ (EA) – eine Emotionstheorie vorhanden sein, auf die sich

das Handeln des Therapeuten abstützt. In der fokalen Kurzzeittherapie ist die Bearbeitung des Themas „Emotionen“, „Umgang mit Emotionen“, insbesondere mit „Überforderungsgefühlen“ bzw. Streß und die Veränderung „dysfunktionaler emotionaler Stile“, eine zentrale Aufgabe, genauso wie die Entwicklung adäquater Willensstile (Petzold 2001i).

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)

Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen: Daß dieser Faktor bei den empirischen Outcome-Studien nicht an erster Stelle steht – weder bei kognitivistisch-orientierten noch bei der Mehrzahl der psychoanalytischen – zeigt, daß theoretische Konzeptualisierung und die Erfordernisse der Praxis oftmals nicht deckungsgleich sind. Im übrigen hängt es davon ab, was unter dem Begriff „Einsicht“ verstanden wird, ob man ihn rationalistisch verkürzend von den Emotionen abkoppelt oder als „Aha-Erleben“ oder „Evidenzerfahrung“ mit den Gefühlen verbunden hält. In der Integrativen Therapie sprechen wir deshalb lieber von der „Förderung von Sinnerleben“, der *Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs-, Sinnschöpfungskapazität*. In jedem Falle geht es darum, daß Menschen Zusammenhänge und Hintergründe in möglichst umfassender Weise verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, daß sie handlungsleitende Explikationsfolien für die Strukturierung ihres Alltags und ihres Lebensvollzugs erhalten. In der Therapie von Klaus O. war der Einsichtsfaktor deutlich präsent. Dem Patienten wurden immer wieder Zusammenhänge „klar“ und in ihrem Sinnbezug und Bedeutungsgehalt faßbar. Aber seine „Einsichten“ in Verdrängtes haben keine rationalisierende Qualität, sondern sind emotional unterfangen: „felt meaning“, und dies gilt auch für das Erkennen der gesellschaftlichen Einflußgrößen, die durch die *Standardfokussierung* in den Blick und ins Bewußtsein treten. Hier stellt sich natürlich die Frage, *wie* die Explikationsfolien gewonnen werden, ob die Perspektiven und Erklärungsrauer des Therapieverfahrens bzw. des Therapeuten einfach dem Patienten weitergegeben werden (unter dem Zeitdruck der Fokaltherapie besteht die Gefahr, daß sie ihm „aufoktroiyert“ werden, – vgl. die Transkripte aus der *Davanloo-Schule*, Laikin et al. 1991, 97ff) oder ob sie zwischen Therapeut und Patient erarbeitet werden. Das systematische Einbringen der *Standardfokussierung* ist natürlich eine metatheoretisch begründete Vorentscheidung, die als Angebot vorgetragen wird und dann vom Patienten aufgenommen werden muß, wenn sie fruchtbar werden und legitimierbar bleiben soll. Vor allen Dingen muß geschaut werden, wieviel Komplexität der Patient in seinem Therapieprozeß und seiner Lebenssituation bewältigen kann, wo eine solche Erweiterung des Horizontes konstruktiv ist oder wo sie zu einer Belastung werden kann. *Nicht jede Einsicht ist heilsam!* Therapientheorien können durchaus zur Lebenshilfe werden. Vielleicht werden sie aber auch zu einer neuen „Selbstzwangsapparatur“ (Elias 1976) – einer psychotherapeutischen. In der Integrativen Therapie versuchen wir deshalb vom Bezugssystem des Patienten ausgehend zu arbeiten. Das bedeutet immer auch, daß der Therapeut in der Lage ist, sein eigenes Bezugssystem zu relativieren, es „für eine Zeit“ an die Seite zu stellen. Andererseits wird es für viele Patienten notwendig werden, ihren „*frame of reference*“ zu überschreiten, ihn zu erweitern, sich neue „*social worlds*“ (Strauss 1978; Petzold, Petzold 1991) zu erschließen, neue „*représentations sociales*“ (Moscovici 1984; Jodelet 1984, 1989) zu erwerben, wenn sie einengende soziale Welten und restringierende Wertssysteme überwinden wollen. In Kurzzeittherapien kann dies durchaus gelingen und sollte diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, obgleich hier auch besonders die Gefahr der Verletzungen, der Mißverständnisse, des Übergehens gegeben ist (vgl. dieses Buch, S. 943ff).

6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit (KK):

Sehr viele Patienten sind in ihren Möglichkeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren, eingeschränkt. Es fehlt an sozialer Wahrnehmung, an Rollenflexibilität, an „social skills“, an Ausdrucksvermögen. Es fehlen die Worte, die Möglichkeiten, auf jemanden zuzugehen. Es mangelt an Empathie bzw. „mutueller Empathie“ (der Möglichkeit, sich einzufühlen *und* sich empathieren zu lassen). Hier müssen Therapeuten Hilfestellungen geben, Kommunikationsmöglichkeiten zu erschließen, zu erproben und – über die therapeutische Situation hinausgehend – im Alltag zu aktualisieren. In solchen Prozessen, in denen immer auch an die „Geschichte der Relationalität“, d. h. der Kommunikationsstörungen, an Erfahrungen von Kommunikationsdefiziten geführt wird, ist es oft schwierig, den Fokus zu halten, da die Hintergründe sehr komplex sein können. Die Zentrierung auf die Phänomene der „Hier-und-Jetzt-Interaktion“ ist deshalb angezeigt, wenngleich sie nicht ungefährdet ist. Hier kann es leicht zu Verstrickungen kommen, zur Reproduktion von Sprachlosigkeit, einem „Aneinandervorbeireden“. Wo immer es gelingt, kommunikative Kompetenz/Performanz, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit zu fördern, wird ein wesentlicher Beitrag zur Heilung und zur Lebensbewältigung geleistet. In der Therapie von Klaus O. wurden sicher seine

Möglichkeiten der Kommunikation im sensiblen Bereich des Zwischenmenschlichen – mit seiner Freundin, seinen Freunden – gefördert und damit ein „selbstverstärkender Prozess“ angestoßen. Gelingende Kommunikationen machen Menschen kommunikativer und kommunikativ kompetenter. Das Ko-respondieren im *berührten* therapeutischen Gespräch hat hier eine wichtige Modellfunktion, denn der Therapeut wird hier zugleich Modell und Feedback-Instanz (Binder, Strupp 1991).

7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB):

„Awareness“ und „consciousness“ gegenüber leiblichen *Regungen* und *Empfindungen*, die sich in *Gefühlen* entfalten und leiblich-konkret zeigen können (dieses Buch, S. 618ff), wo immer dies möglich ist, müssen als gesundheitsfördernde und krankheitsvermindernde Faktoren gesehen werden. Bei vielen unserer Patienten finden wir eine *Anästhesierung des „perzeptiven Leibes“* (dieses Buch, S. 855ff), was in der Regel auch mit einer *Inhibierung des „expressiven Leibes“* verbunden ist, mit Verspannungen und Verkrampfungen. Damit sind die Möglichkeiten der körperlichen Selbstregulation – auf Spannung folgt Entspannung, auf Wachheit Müdigkeit, auf Bewegtheit Ruhe, auf Hunger Sättigung usw. – blockiert, und es können sich dysfunktionale Regulationen und Kompensationen (Verspannungsmuster, Bluthochdruck, aber auch Hypotonie und Antriebslosigkeit) ausbilden (Traue 1989), funktionale Störungen bis zur psychosomatischen Erkrankung und zu organopathologischen Befunden. Förderung von Leibbewußtheit und Regulationshilfen – oder im *bimodalen* Vorgehen – Förderung eines bewegungsaktiven Lebensstils (Petzold 1985f), sind hier wesentliche therapeutische Maßnahmen.

In der Therapie von Klaus O. wird die hohe Angespanntheit schon im Erstkontakt deutlich – eine für Angstpatienten sehr charakteristische Begleitsymptomatik, aufgrund derer sehr häufig eine *bimodale* Behandlung, ein zweigleisiger Therapieansatz, empfehlenswert ist. Die Fokalarbeit wäre mit einer Behandlung der Verspannungszustände überfrachtet worden. Die parallellaufende Entspannungstherapie hat aber Lösung von Spannungen insgesamt gefördert, und so wiederum auch einen Beitrag dazu geleistet, daß emotionaler Ausdruck freier fließen konnte. Verspannungen wurden auch in der Fokaltherapie immer wieder angesprochen, und der Patient wurde unterstützt, sich entspannter hinzusetzen, sich zu recken und zu dehnen. Der Leib muß entspannen! Er muß lernen, zwischen „Engung und Weitung“ (Schmitz 1989) zu wechseln. Bei emotional dichten Situationen, in denen der Patient habituell mit Anspannung reagiert, erhält er von seiten des Therapeuten Hilfen zum „Loslassen“. Im Hinblick auf leibtherapeutische Interventionen sind „focusing of awareness“ (*non touching approach*) oder unspezifische Berührungen im Sinne „emotionaler Alltagsgesten“, z.B. Berührungen des Trostes, der Stütze, der Versicherung (*touching approach*) durchaus angezeigt. Spezifische Berührungen, z.B. atemfördernde oder muskuläre Panzerung mobilisierende Interventionen (*psychophysical approach*) sind in Kurzzeittherapien in der Regel kontraindiziert. Bei leibtherapeutischem Vorgehen ist sehr viel Erfahrung unerlässlich, weil durch diese methodischen Ansätze ein sehr unmittelbarer Zugang zu Material gefunden wird, das „in den Leib hineinverdrängt wurde“ und oft aus frühen, vorsprachlichen oder sehr traumatischen Bereichen stammt. Leibtherapeutische Arbeit kann große emotionale Intensitäten freisetzen, die eine besonders klare und eindeutige Gestaltung der therapeutischen Beziehung erfordern. Das „Prinzip integrierender Eindeutigkeit“ steht hier für das *Abstinenzprinzip* (vgl. Petzold 1993m, 3.2.4.1). In der fokalisierenden Kurzzeittherapie wird tiefenaktivierende Leibarbeit nicht einzusetzen sein. Sensibilisierung für Verspannungen, Beratung und Motivation zur Nutzung von Angeboten funktionaler Entspannungsmöglichkeiten (Volkshochschulkurse in Yoga, Relaxionsgymnastik etc.) ist aber durchaus angezeigt, ebenso wie die Ermutigung zum Langlauf (Bosscher 1991) oder anderen Arten von Ausdauersport, um einen *bewegungspassiven Lebensstil* in einen *bewegungsaktiven Lebensstil* umzuwandeln.

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM):

Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse (Sieper, Petzold 2002). Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext. Wir können bei vielen Patienten beobachten, daß ihre Probleme u. a. auch damit verbunden sind, daß ihre Lernmöglichkeiten und Interessen eingeschränkt wurden oder behindert worden sind, ja negativ sanktioniert wurden (hier sind besonders geschlechtsspezifische Problematiken zu beachten, etwa in Biographien von Frauen, denen Intellektualität untersagt wurde, aber auch religiöse Einstellungen, Haltungen, Einengungen). Immer wieder gilt es auch in Kurzzeittherapien, die Lerngeschichte und -motivation des Patienten/der Patientin in den Blick zu nehmen, das intentionale und fungierende Bildungsgeschehen in Schule, Elternhaus, Nachbarschaft. Es ist auf schichtspezifische und milieubezogene Fragestellungen Wert zu legen. Im Fallbeispiel von Klaus O. wird die bestimmende Kraft des Milieus sehr deutlich. Der Patient erkennt, wie sehr er noch an die al-

ten Werte und Normen gebunden ist und wie notwendig es ist, manches neu zu überdenken. Da es sich bei Therapien um „begleitete Lernprozesse“ (dieses Buch, S. 1051) handelt, müßten die Formen des Interesses und Lernens thematisiert werden, sonst werden „Lernstile“ – und es geht hier natürlich keineswegs nur um schulisches Lernen, sondern auch um die Lernprozesse des Lebensalltags – mit ihren konstruktiven Potentialen und ihren dysfunktionalen Verformungen nicht bearbeitbar. (Im übrigen sind die therapiewirksamen Faktoren in der „Förderung kreativer Gestaltungskräfte“ und „Anregungen von Interessen“ mit dem der „Förderung von Lernmöglichkeiten“ eng verbunden.)

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG):

Wahrnehmen → *Resonanz* → *Erleben* → *Resonanz* → *Ausdruck* → *Resonanz* → *Gestalten*, das ist eine Sequenz, die schöpferische Prozesse kennzeichnet, wobei die Wahrnehmung selbst schon schöpferisch sein kann, wenn sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes *Realitätserleben* fördert. Viele Menschen sind in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt bis hin zur Anästhesierung, und damit sind auch die Möglichkeiten des Erlebens beschnitten, die Möglichkeiten, die Welt zu erfahren. Die „heilende Kraft des *Naturerlebens*“ (die Erhabenheit einer großen Landschaft, eine tröstliche Abenddämmerung, eine verzaubernde Blütenpracht) oder die „heilende Wirkung“ des *Kunsterlebens*“ (eine beschwingende Musik, ein erheiterndes Gedicht, ein bezauberndes Bild), all dieses ist bei Wahrnehmungsbeschränkungen verstellt. Vielen Patienten sind deshalb diese Quellen heilenden Erlebens verschlossen, und es werden keine „inneren Resonanzen“ möglich, die – werden sie stark genug – Ausdruck gewinnen können. Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung.

Bei der Auswertung kunsttherapeutischer und kreativitätstherapeutischer Literatur (*Aissen-Crewett* 1986) wird die „heilungsfördernde Wirkung“ vielfältiger, sensibler Wahrnehmung „mit allen Sinnen“ (*Brooks* 1979), wird die „heilende Kraft des Schöpferischen“ (*Petzold* 1992m, 1999q) immer wieder hervorgehoben. Konkret heißt das, Anregungen zu kreativem Tun zu geben als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung. Da intermediale Arbeit ein Spezifikum der Integrativen Therapie ist (*Petzold, Orth* 1990a) und *Medien* einen sehr unmittelbaren Zugang zum Unbewußten bieten, überdies die Patienten in der Panoramaaarbeit mit ihren Gestaltungskräften in Kontakt kommen, haben die Medien in der IFK einen festen Platz. Sie eröffnen einen Zugang zu „salutogenen Erfahrungen“ der Vergangenheit, deren Aktualisierung ein großes, heilendes Potential hat, und sie können in Prozessen der *Symbolisierung* (*Orth, Petzold* 1993a, 132ff) komplexe Zusammenhänge zugänglich und bearbeitbar machen, was gerade in der Kurzzeittherapie ein Vorteil ist, wie in der Arbeit mit *Klaus O.* gut erkennbar wird.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (PZ):

Hier geht es um den Aufbau und die Bekräftigung von Sicherheit und Hoffnungen, den Abbau von Befürchtungen und Katastrophenerwartungen, um die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen, Lebenszielen. Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfaßt auch seine Zukunftsentwürfe (dieses Buch, S. 299ff). Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen. *Adler* und *Moreno* haben die Zukunftsdimension für die Psychotherapie erschlossen. Wenn man den Menschen als selbstreflexives Subjekt sieht, das sich in seinem Lebensverlauf verwirklicht, so muß er auch als ein „Sich-Entwerfender“ (*Sartre*) gesehen werden. Chronosophische Überlegungen (*Petzold* 1981e, 1991o) kennzeichnen den Integrativen Ansatz therapeutischer Arbeit genauso wie leibtheoretische (wobei sich die Verbindung über das Wesen des Leibes als zeitlichem, als „Zeitleib“ herstellt, vgl. idem 1981h). *Klaus O.* hatte bei Therapiebeginn eine positive Zukunftsausrichtung, so daß hier keine Notwendigkeit bestand, etwaige antizipierte Befürchtungen zu bearbeiten, was in anderen Fokaltherapien durchaus zu einem wichtigen Aspekt in der Arbeit werden kann. Immerhin: die Kurzzeittherapie hat in ihm eine „Neugier auf sich selbst“ geweckt, und das Verschwinden der Angstsymptomatik hat seinen Zukunftshorizont noch weiter geklärt.

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW):

Dieser Faktor, wie auch die nachfolgenden Faktoren, sind als schulenspezifisch anzusehen, da sie in den an FPI und EAG angefertigten Graduierungsarbeiten und Therapieprotokollen immer wieder auftauchen, in den von uns ausgewerteten Therapiestudien indes nur okkasionell vorkommen (was wiederum nicht heißt, daß sie in der therapeutischen Praxis unbedeutend sind, sondern daß es sich eher um „Leerstellen“ in den Fragestellungen der Forscher handelt, die in ihren Erhebungen diesen und anderen Bereichen keine Beachtung geschenkt haben). Andererseits

zeigt eine konzeptanalytische Untersuchung des theoretischen Fundus bei vielen Verfahren, daß sie den Fragen der Werte in ihren Theorien nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt haben (Ausnahme: die Logotherapie von *V. Frankl*. Sie hat zum Wissensstand der Psychotherapie in dieser Frage wichtige Beiträge geleistet). Werte werden nicht nur im Rahmen Über-Ich-theoretischer Überlegungen bedeutsam. Auch in *identitätstheoretischen* Überlegungen ist die Auseinandersetzung mit Normen und Werten von entscheidender Bedeutung (*Kames* 1992; dieses Buch, S. 412ff). Schließlich ist es Faktum, daß Menschen „sozialen Welten“ als „wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge“ (*Petzold, Petzold* 1991) angehören, daß sich in ihrem Handeln „*représentations sociales*“ (*Jodelet* 1989) als kollektive Wertungen realisieren und daß schließlich Psychotherapie immer und immer Bewertung von Lebenssituationen – durch den Therapeuten, durch die Position seines Verfahrens (*Thommen* et al. 1988), durch den Patienten, durch die Institution, durch die Familie, durch die Supervisionsgruppe usw. – bedeutet, ein Grund, sich mit diesem Komplex intensiv auseinanderzusetzen. Dies wird natürlich ohne eine Klärung der eigenen ethiktheoretischen Position, ein Bereich, in dem wiederum die psychotherapeutischen Schulen nicht sehr explizit sind (für die IFK vgl. *Petzold* 1992a, 500ff. und dieses Buch), nicht gut möglich sein. Therapeutische Arbeit hat sich mit den Fragen des Wertebezugs also nicht nur zu befassen, weil ein positives, gefestigtes Wertesystem ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor ist, sondern weil auch die „Bewertung der Werte“ – sie geschieht zumeist indirekt – in Therapien ein sehr neuralgischer Punkt ist. Hier ausreichende „Exzentrizität“ zu gewinnen wird unerlässlich sein, wenn man Patienten gerecht werden will. In der mitgeteilten Therapie von *Klaus O.* wurde das bei der Frage nach der Homosexualität sehr plastisch. Der Patient fragt die Werthaltung des Therapeuten an – wie dieser jetzt von ihm, *Klaus O.*, denke. Auch bei den dörflichen und kirchlichen Normen, die in dieser Behandlung eine Rolle gespielt haben, ist der Wertebereich präsent und gilt es, strenge, rigide, niederdrückende Normierungen bewußt zu machen, ohne das gesamte und offenbar noch stark verankerte (und deshalb auch tragende) Wertesystem zu labilisieren.

12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität (PI)

Dieser therapiewirksame Faktor ist insofern verfahrensspezifisch, weil in der Integrativen Therapie und ihrem persönlichkeits-theoretischem Modell das Selbst- und Identitätskonzept eine zentrale Stellung hat (*Petzold* 1984i, 1992a, 528ff; *Kames* 1992; *Affeldt* 1991). Mit Blick auf entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretische Forschung erhält der Selbst- und Identitätsbegriff aber auch eine schulübergreifende Bedeutung in der Psychotherapie (*Petzold, Mathias* 1983; *Frey, Hausser* 1987; *Ludwig-Körner* 1992). Da sich Identität aus dem *Leib-Selbst* durch die Aktivität des *Ich* konstituiert, das die aus dem Umfeld kommenden und sich auf verschiedene Identitätsbereiche („fünf Säulen“) beziehenden *Identitätsattributionen* (*Identifizierungen*, social identity) aufnimmt und mit deren *Bewertung* (*valuation, appraisal*) durch *Selbstattributionen* (*Identifikationen*, ego identity) sowie durch die *Internalisierung* dieser Zuschreibungen zur *Identität* synthetisiert, muß Psychotherapie dazu beitragen, diese Prozesse in einer positiven Weise zu ermöglichen, um *persönliche Souveränität* zu fördern.

Negative Identitätsattributionen in Form von Stigmatisierung (*Brusten, Hohmeier* 1975) führen nämlich zu einer „*spoiled identity*“ (*Goffman* 1967). Besonderes Gewicht muß den spezifischen Fragen ethnischer und schichtenspezifischer sowie männlicher und weiblicher Identität zugemessen werden (*Flaake, King* 1992; *Tatschmurat* 1980), wobei es insbesondere für männliche Therapeuten wichtig ist, weibliche Selbstdefinitionen des Identitäts- und Rollenthemas zu rezipieren (*Camenzind, von den Steinen* 1991; *Gilligan* 1988) und sich der Einseitigkeiten etwa psychoanalytischer Konzeptbildungen bewußt zu bleiben (*Goldhor Lerner* 1991; *Rhode-Dachser* 1991; *Alpert* 1991; *Chasseguet-Smirgel* 1974), damit nicht Vorurteile und geschlechtsspezifische, stereotype Identitätszuweisungen zu Unangemessenheiten führen. Die Erwartungen des Therapeuten/der Therapeutin an die Patientin/den Patienten (und bei ihnen handelt es sich natürlich auch um attributive Vorgänge, z.B. Rollenzuschreibungen) beeinflussen therapeutische Prozesse (*Rosenthal, Jacobson* 1971). Diese Erwartungen werden natürlich in den therapeutischen Interaktionen immer wieder verändert (*Zimmer* 1983), aber gerade das zeigt ja auch, daß derartigen attributiven Vorgängen Wichtigkeit beizumessen ist, damit der Therapeut in der Dyade zu aufbauenden *Identifizierungen* beitragen kann und dem Patienten ermöglicht, Attributionen positiv zu *valuieren* und mit *Identifikationen* zu belegen, so daß es zu *Internalisierungen* kommen kann, die „gute Innenwelten“ und ein breites „*Rollenrepertoire*“ aufzubauen helfen. In der IFK sind derartigen, dauerhafte Selbstkonzepte bzw. Identitätsschemata bildenden Internalisierungen Grenzen gesetzt – die Zeit ist zu knapp bemessen –, es sei denn, es gelingt, an vorgängige positive Identitätszuschreibungen anzuknüpfen und sie fortzuschreiben. Es ist auch möglich, daß an die Attributionen in spezifischen Identitätsbereichen bevorzugt angeknüpft wird – etwa im Bereich sozialer Beziehungen, Leiblichkeit, Arbeit und Leistung usw. In der Therapie mit *Klaus O.* wurde darauf abgezielt, die Geschlechtsrollenidentität zu klären, aber auch die Randposition der Mutter, eine Außenseiterrolle bzw. ihre Fortschreibung, denn die Ausgrenzung der Al-

leinerziehenden hatte auch Auswirkung auf ihren Sohn. Der Patient wurde dazu angeregt, seine sozialen Beziehungen zu überdenken, und er stellte dabei fest, daß er nach wie vor randständig in sozialen Gruppierungen ist. Seine spätere Entscheidung, in eine Selbsterfahrungsgruppe zu gehen, mag hier einen Hintergrund haben, denn in gruppentherapeutischen Prozessen kommen die Identitätsthemen in noch komplexerer Weise zum Tragen. Immer jedoch – ob in Einzel- oder Gruppentherapie – sind die *Transfer-Dimensionen* entscheidend: Wie gelingt es dem Patienten, auf dem Boden seiner Erfahrungen in der Therapie, in seinen sozialen Netzwerken negative Zuweisungen zu bewältigen oder abzuweisen und positive Attributionen zu „kapitalisieren“? Welche Hilfen kann er dabei durch seine Therapie erhalten? Diese und ähnliche Fragen führen zur Nennung eines weiteren therapeutischen Wirkfaktors, der an dem erstgenannten des „einfühlenden Verstehens“ in der therapeutischen Beziehung – die ja Teil des sozialen Netzwerks ist – anschließt.

13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN):

In der Literatur über Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Garfield 1983, 1992; Huf 1992) findet sich kaum etwas über die Bedeutung sozialer Netzwerke. Sie wurden in der Psychotherapieforschung offenbar genauso ausgeblendet wie die Dimension der Leiblichkeit, zumal der Schwerpunkt der Forschung auf der Evaluation von Einzeltherapien und der Verhaltensänderungen von Einzelpersonen zentriert. Aus dem „social support research“ (Nestmann 1985; Keupp, Röhrle 1987; Kähler 1983) wissen wir aber um die immense Bedeutung supportiver, ressourcenreicher Netzwerke für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen. Durch Untersuchungen bei netzwerkzentrierten Interventionen ist deren positive Wirkung auf das persönliche Wohlbefinden, Identitätserleben und für die Beeinflussung von Krankheitssymptomen, ja für die nachhaltige Behebung von Störungen und seelischen Erkrankungen bekannt (Petzold 1979c). Deshalb ist es gerade auch in der „einzeltherapeutischen“ Arbeit (als prinzipiell „dyadischer Therapie“) wichtig, daß Therapeuten realisieren: Sie arbeiten *nicht* mit Einzelpersonen, sondern mit sozialen Netzwerken – vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen. Der Patient hat Angehörige, Freunde, Eltern oder Kinder, und die Interventionen in der „Einzelbehandlung“ wirken in diese Netzwerke hinein – *for better or worse*. Auch dem Patienten sollte vermittelt werden, daß er mit sich *und* mit seinem Beziehungsnetz arbeitet. Klaus O. war u. a. in die Therapie gekommen, weil er spürte, daß er mit seiner Partnerin und in seinen Beziehungen an Grenzen kam, die er erweitern wollte, so daß für diesen Zusammenhang keine große Motivationsarbeit geleistet werden mußte, wie dies zuweilen bei den Patienten notwendig wird, die noch nicht sehen, daß die Beziehungsqualitäten in ihrem Netzwerk und die „supportive Valenz“, d. h. die Tragkraft und der Ressourcenreichtum des Netzwerkes, einen direkten Einfluß auf die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden haben, so daß gegebenenfalls direkte (z. B. Paarsitzungen oder durch Familienkonferenzen) oder indirekte (z. B. durch Arbeit an „sozialen Netzwerkdiagrammen“, Petzold 1983f) Netzwerktherapie bzw. Netzwerkpflege angezeigt ist.

Als Supervisor und Kontrollanalytiker habe ich vielfach gesehen, wie die fehlende Netzwerkperspektive dazu geführt hat, daß Beziehungen zerbrochen sind. Es hat mich immer wieder erstaunt, mit welcher Selbstverständlichkeit Therapeuten annehmen, die Beziehung zu ihnen sei wichtiger, als zu einem Lebenspartner (das Gebot/Verbot, über die Geschehnisse in der Analyse nicht mit dem Lebenspartner zu sprechen, wie es von manchen orthodoxen psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen ihren Analysanden und Analysandinnen immer noch auferlegt wird, zeugt nicht nur vom Ausblenden der systemischen Perspektive, sondern auch davon, daß Therapeuten hier offenbar das „rechte Maß“ verloren haben). Es nimmt denn auch nicht wunder, daß die Psychoanalyse in dem von Grawe (1992, 137/138) erstellten Vergleich aller evaluierten Therapieverfahren am schlechtesten beim Kriterium der Verbesserung der Beziehungsfähigkeit abschneidet und Ansätze einer beziehungs- und familienorientierten Psychoanalyse (Bauriedl 1983) wenig Resonanz erhielten.

Therapeutische Beziehungen sind wichtig, und sie nehmen in defizitären Netzwerken geradezu eine zentrale Stellung ein. Deshalb ist es wesentlich, daß ein Therapeut über das „soziale Atom“ (Moreno 1936; Petzold 1979c), das „soziale Netzwerk“ (idem 1985f; Keupp, Röhrle 1987) seines Patienten gut informiert ist, über die Zahl der Menschen in der Kernzone, der Mittel- und Randzone, über die Qualität der Beziehungen, über die Werte- und Normensysteme, kollektive Bewertungsmuster (*social worlds*, Strauss 1978, *représentations sociales*, Moscovici 1984) über die „supportive Valenz“ des Netzwerkes. (Ist es tragfähig, kann es den Patienten stützen, oder ist vielleicht der Patient die stärkste Person in seinem Netzwerk, an der alle hängen? usw.). Das Wissen um die Ressourcen eines Netzwerkes, um den „social support“ (Nestmann 1988; Schuch 1990), muß als Hintergrund für die therapeutischen Strategien, z. B. für etwaige regressive Arbeit oder Einbrüche in der Therapie vorhanden sein. (Wer stützt den Patienten zwischen den Therapiestunden? Hat er Gesprächspartner? usw.). Therapeuten müssen sich darüber klar sein, welche Rolle sie selbst im Netzwerk ihres Patienten spielen, wie sie in das Beziehungsgeflecht eingebunden sind, wel-

chen Platz sie darin haben usw. Das Ansprechen der Netzwerkqualität – eventuell mittels „Netzwerkdiagrammen“ bzw. „sozialen Atomen“ (vgl. Abb. 10 – im Farbteil am Ende des Bandes, S. XV) – stellt eines der wichtigen Momente in der Psychotherapie dar, auch wenn der Faktor aufgrund seiner fehlenden Beachtung durch die Mehrzahl der Psychotherapeuten und Psychotherapieforscher in Untersuchungen nicht so stark repräsentiert ist (ein Forschungsartefakt also). In der IFK werden Netzwerkperspektiven durch eingestreute Paar- und Familiensitzungen und in der Standardfokussierung berücksichtigt. Dabei wird vorausgesetzt, daß der Therapeut selbst um sein eigenes Netzwerk und seine Ressourcen Bescheid weiß (auch darum, welchen Platz seine Patienten darin einnehmen) und daß er in seiner eigenen Lehranalyse sein „soziales Atom“ und dessen Entwicklung bearbeitet hat.

Auch die Repräsentation vergangener sozialer Netzwerke wirkt natürlich in die gegenwärtigen hinein. Netzwerkarbeit steht oftmals am Anfang einer Therapie, da ohne den Aufbau tragfähiger, sozialer Stützstrukturen erfolgversprechende Behandlungen mit überdauernden Effekten kaum möglich sind, wie u. a. in einer Studie deutlich wird, die psychoanalytische, individuumszentrierte und familientherapeutisch-systemische Behandlung vergleichend evaluiert (*Szopocnik, Murray* 1989). Entsprechende haben oft soziotherapeutische Maßnahmen zunächst vor einer vertiefenden biographischen Arbeit Vorrang (ein Prinzip, das leider oft genug bei Therapien vernachlässigt wird), weil ansonsten die Chancen für besonders geschädigte Patienten mit schwachen, support- und ressourcenarmen sozialen Netzwerken besonders schlecht sind und noch geringer werden, wenn die therapeutische Ideologie eines Verfahrens soziotherapeutische Aktivitäten von seiten der Therapeutinnen und Therapeuten oder kooperative „bimodale“ Behandlungen unter Beiziehung anderer Therapeuten, sozialer Hilfszentren, Selbsthilfegruppen (*Petzold, Schober* 1991) etc. ablehnt.

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft (SE):

Als letzter, aber nicht unwesentlicher Faktor, sei der der *Solidaritätserfahrung* genannt. Er erscheint in der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung nicht, obwohl er in gut funktionierenden Therapiegruppen und Selbsthilfegruppen eine entscheidende Rolle spielt (*Richter* 1974; *Möller* 1989; *Petzold, Frühmann* 1986) und seine Bedeutung sich aus dem „social support research“ (*Sarason, Sarason* 1985; *Badura* 1991; *Schuch* 1990; *Nestmann* 1988) erschließen läßt. Soziotherapeutische Perspektiven (*Petzold, Petzold*, dieses Buch) werden bisher von Psychotherapeuten kaum reflektiert oder beforcht. Dabei kann man davon ausgehen, daß ein „engagiertes Eintreten“ für den Anderen (idem 1978c, 1989i) in fundierter Partnerschaft (*Petzold, Gröbelbauer, Geschwend* 1999) ganz allgemein als hilfreich erlebt wird und von Patienten im besonderen, handelt es sich bei ihnen doch oft genug um Menschen, die gescheitert, zusammengebrochen, erkrankt sind, weil ihnen in kritischen Momenten Solidarität gefehlt hat, und diese ist mehr als Stütze oder materielle Hilfe: Hinzukommen muß das „engagierte Eintreten“, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist, das sich „Solidarisch-an-die-Seite-der-Betroffenen-Stellen“. Im abstinenter Diskurs der Psychoanalyse oder in dem versachlichenden Diskurs der Verhaltenstherapie ist dies kaum möglich. Solidarisches Eintreten ist ohnehin aufgrund des Statusgefälles Therapeut/Patient und der damit verbundenen Rollenkonfigurationen schwierig, und es wird in Therapieausbildungen dieser Dimension wenig Beachtung geschenkt. Dabei wird keineswegs unterschätzt, daß der therapeutische Prozeß als solcher durchaus eine solidarische Qualität haben kann und vielfach auch impliziert, und es werden die Schwierigkeiten solidarischer Praxis im Rahmen von Psychotherapien durchaus gesehen. In der Ausbildung zum Integrativen Therapeuten steht als viertes Leitziel neben der „Förderung der personalen, sozialen und der professionellen Kompetenz und Performanz“ stets die „Förderung sozialen Engagements“ (*Sieper* 1985; *Petzold, Sieper* 1972, 1976; *Petzold* 1988n, 603), und es wurde in der klinischen Heuristik der „Wege der Heilung und Förderung“ als „vierter Weg“ der der *Förderung von Solidaritätserfahrungen* herausgestellt (ibid. 260ff). Derartige Zielsetzungen dürfen keine leeren Worte bleiben, sondern müssen als Wirkfaktor handlungskonkret in Therapien zum Tragen kommen.

7. Abschließende Bemerkungen

Therapiewirksame Faktoren müssen in allen therapeutischen Prozessen – ganz gleich ob Langzeit-, mittelfristige oder Kurzzeittherapien – bewußt und gezielt eingesetzt werden. Deshalb ist das Wissen von Therapeuten um „common and divergent concepts“, um „specific and unspecific factors“ wichtig und muß in der Therapieausbildung, insbesondere in Supervision

und Kontrollanalyse (Petzold 1993m) in *prozeßgerechter Form* vermittelt werden, denn es kann ja keinesfalls darum gehen, die Wirkfaktoren als „eingübte Prozeßvariablen“ einzusetzen. Sie müssen vielmehr integriert im *persönlichen Stil* und organisch im therapeutischen Geschehen situations- und problemangemessen zum Tragen kommen, und das bedarf der Schulung, Erfahrung, ja, der Ausbildung einer gewissen „*clinical wisdom*“ (dieses Buch, S. 339), die gute Therapeuten kennzeichnet. Auch die Handhabung der verschiedenen kreativtherapeutischen Diagnose- und Interventionsinstrumente – z.B. Identitätsbild und dreizügiges Karrierepanorama – erfordert eine sorgfältige Einweisung, Ausbildung und Supervision. Das hohe, aufdeckende und erlebnisaktivierende Potential dieser Ansätze kann bei unsachgemäßer Anwendung natürlich auch zu Destabilisierungen führen und Schäden anrichten – ähnlich, wie fehlplatzierte und falsch dosierte „Probedeutungen“ in der Initialphase psychoanalytischer Kurzzeittherapien negative Folgen haben können.

Kurative fokaltheraeutische Behandlungen im Zusammenhang mit Identitätsbildern, Karrierepanoramen oder auch Lebenspanoramen lassen sich bei *adäquater Indikationsstellung* nach unseren Erfahrungen in 65 Prozent der Fälle auch im vorgegebenen Zeitrahmen von ca. 30 Stunden mit Erfolg durchführen. Die übrigen Patienten bedürfen allerdings längerer Behandlung, weil sich der Fokusrahmen nicht stabil halten läßt, sondern es zu einem Einbrechen der Grenzziehung kommt, z.B. durch Verschärfung der aktuellen Lebensschwierigkeiten oder durch Auftauchen neuen und schwerwiegenden biographischen Materials, wobei eine Umwandlung der Behandlungsform in eine mittelfristige oder gegebenenfalls sogar langfristige Therapie notwendig wird. Bei der Hälfte dieser Patienten (20 %) wird die Fokalthherapie zu einem Schritt eines absehbaren, weiteren Therapiegeschehens, d. h. zu einem Abschnitt in einer „*intermittierenden Therapie*“ bzw. Karrierebegleitung (Petzold 1992a, 738 f, 567): Der Patient hat durch die Fokalthherapie erfahren und weiß darum, daß er wahrscheinlich noch weitere Foki bearbeiten muß, glaubt sich aber für seine aktuelle Lebenssituation ausreichend stabilisiert und unternimmt es, seine Lebensbewältigung eigenständig wieder in die Hand zu nehmen. In solchen Situationen bieten wir *explizit* die Möglichkeit an, für einen weiteren fokaltheraeutischen Schritt wieder zum gleichen Behandler zurückzukehren, um keinen „zerrissenen Therapeutenkarrieren“ Vorsub zu leisten, sondern im Sinne einer „*extensiven Karrierebegleitung*“ (Petzold, Hentschel 1991) eine gewisse Kontinuität in der Arbeit an sich selbst zu gewährleisten. Je nach Thematik kann aber auch die Weiterarbeit bei einer Kollegin empfohlen werden, mit der – gemeinsam mit dem Patienten – eine ein- oder zweistündige „Übergabe“ erfolgt, in der die bisher gelaufene Fokalarbeit noch einmal kurz reflektiert wird und anhand des Karrierepanoramas (mit etwaig inzwischen erfolgten bildnerischen Ergänzungen) die Möglichkeiten neuer Foki besprochen werden. Die eigentliche Fokuswahl für den Abschnitt erfolgt dann in dem neuen therapeutischen Bündnis. Ist eine Übergabe in der geschilderten Weise nicht möglich, so erfolgt, wenn es irgend geht, im Einvernehmen mit dem Patienten eine schriftliche Information. In jedem Falle werden Patienten motiviert, ihre Identitätsbilder, ihre Karrierepanoramen und andere Materialien bei einem neuerlichen Behandlungsanlauf dem neuen behandelnden Therapeuten bzw. der Therapeutin mitzubringen und über die Bearbeitung des Fokus in der vorausgegangenen Therapie zu berichten, gegebenenfalls auch ihre Therapietagebücher (Petzold, Orth 1993a) oder Ausschnitte aus diesen ihm/ihr zugänglich zu machen. Die ausgesprochen negative Auswirkung „zufällig gestückelter Therapien“, wie wir sie bei Patienten mit therapeutischen Zufallskarrieren (nicht zuletzt durch

Kurzaufenthalte in psychotherapeutischen Kliniken, die keine adäquaten Nachbetreuungen vermitteln konnten), immer wieder gesehen haben, haben uns zu dieser Strategie motiviert, die sich, soweit wir Karrieren verfolgen konnten, auch sehr positiv ausgewirkt hat.

Nachdem über lange Jahre (1972 – 1978) an unserem Institut im Rahmen der Ausbildung von Soziotherapeuten mit 30stündigen, fokalisierten Selbsterfahrungsanalysen *ohne* die Panoramaarbeit Erfahrungen gesammelt werden konnten und wir diese Form zugunsten eines offenen Lehranalyseangebotes aufgegeben haben (die Konfrontation der Ausbildungskandidaten mit sehr verschiedenen und belastenden Patientensituationen, die sie als Soziotherapeuten in ihrer Praxis erleben, machte dies notwendig), haben wir nunmehr durch den systematischen Einsatz der *dreizügigen* Karrierepanoramen (protektive, adverse und defizitäre Orientierung) feststellen können, daß sich die Qualität der fokaldiagnostischen Arbeit, die Stimmigkeit der Fokuswahl und die Effizienz der fokaltherapeutischen Interventionen wesentlich verbessern ließen, nicht zuletzt durch den unmittelbaren Zugriff auf den *operativen Fokus* und die damit erkennbaren *Narrative* sowie das Erkennbarwerden weiterer relevanter Foki, aber auch aufgrund der Erfahrung, daß durch die szenische Gestaltung der Fokusthemen mit erlebnisaktivierenden Methoden in *einer* fokalisierenden Kurzzeittherapie auch mehrere Hauptfoki bearbeitet werden können, ohne daß der gegebene Zeitrahmen überschritten bzw. wesentlich überschritten werden muß.

Da Integrative Fokaltherapien häufig nach dem Vierschrittemodell des „tetradischen Systems“ (Petzold 1970c, 1974j, 1988n, 80ff) ablaufen – *Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase* (idem 1973a, 74f) – und eine Übersicht über „operative Foki“ durch die Karrierepanoramen schon in der Initialphase möglich wird, kann schon relativ früh eingeschätzt werden, wann mit weiteren Makro- oder Mesofoki zu rechnen ist (ob dann die Notwendigkeit der Bearbeitung tatsächlich gegeben ist, erweist der Verlauf der Therapie). Ein solches Konzept der *Mehrfokalität* ist allerdings nur zu vertreten, wenn man *nicht* von der verkürzenden Annahme ausgeht, daß das menschliche Leben von „einem“ *zentralen, neurotischen Beziehungskonflikt* (Luborsky 1984; Luborsky, Crits-Christoph 1990) bestimmt sei oder von zweien. Wir sehen, daß *Defizitstrukturen* in Biographien keine geringere Rolle spielen als *Konfliktstrukturen*. Wir sehen weiterhin das Zusammenwirken verschiedener Konflikte, und über derartige „Synergien“ oder akkumulierende Effekte weiß man noch recht wenig. Hier wird in fokaldiagnostischer und fokaltherapeutischer Hinsicht in Zukunft noch manche Entwicklung zu erwarten sein. Die **Integrative Fokale Kurzzeittherapie** (IFK) ist ein effizienter Weg, Menschen in schwierigen Lebenssituationen, Problemen und Störungen mit Krankheitswert *kurativ* zu helfen, bei fehlender bzw. schwieriger Motivationslage *motivierend* auf tiefere therapeutische Arbeit vorzubereiten oder *fraktioniert* in längerfristigen, „intermittierenden“, karrierebegleitenden Therapien Teilziele der Behandlung zu realisieren. Die **IFK** ist damit ein wichtiges methodisches Instrument innerhalb der Integrativen Therapie, bei dem allerdings – wie bei allen Formen der Kurzzeittherapie – durch kritische Reflexion des Handelns, der Situation und der institutionellen „Sachzwänge“ darum Sorge getragen werden muß (trotz der Sicherung des „Standardfokus“), daß unter dem Druck der Kostenminimierung nicht emanzipatorische Therapieziele auf der Strecke bleiben oder Patienten kurzzeittherapeutisch behandelt werden, wo doch eigentlich eine mittelfristig oder langfristig angelegte Therapie wichtig, ja unerlässlich wäre. Hier gilt es, offensiv für unsere Patienten und für die ethischen Grundsätze unserer Profession einzutreten.

8. ANHANG: Prozessuale Diagnostik (vgl. jetzt Osten 2001)

Leitfaden zur „Integrativen Diagnostik“

Name:	Vorname:	Geb.Datum:
Familienstand:	Kinder:	Herkunftsfamilie:
Straße:	Ort:	
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:	
DSM-III-R:	ICD 10:	

I. HEURISTIK DER PROZESSUALEN DIAGNOSTIK

A: Pathogene Stimulierungskonstellation (Klinische Krankheitslehre): Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte.

B: Phänomene „multipler Entfremdung“ (Anthropologische Krankheitslehre)

Leitfragen

1. Was ist gesund und funktionsfähig und muß erhalten werden?
(*Konservierende Behandlungsstrategie*)
2. (a) Was ist gestört/beeinträchtigt und muß restituiert werden?
(*Reparative Behandlungsstrategie*)
(b) Was ist gestört/beeinträchtigt, nicht restituirbar und muß bewältigt werden?
(*Coping-Strategie*)
3. (a) Was ist defizient (nie vorhanden/nicht mehr vorhanden) und muß bereitgestellt werden?
(*Substitutive Behandlungsstrategie*)
(b oder: falls nicht anders möglich, was muß bewältigt werden?
(*Coping-Strategie*)
4. Was ist noch nicht genutzt und könnte erschlossen und entwickelt werden?
(*Evolutive Behandlungsstrategie*)

II. ANALYSE DES LEBENSZUSAMMENHANGES (Kontext und Kontinuum, Soziales Netzwerk // Ökologische Perspektive)

- (a) Mikroebene (Familie, Arbeitssituation, Freundeskreis // Wohnung, Quartier, Arbeitsplatz)
- (b) Mesoebene (soziale Schicht, Milieu // Dorf, Stadtteil)
- (c) Makroebene (politische und ökonomische Situation im Großraum // regionale ökologische Situation im Großraum)
- (d) Supraebene (Zeitgeist, weltpolitische, weltwirtschaftliche Situation // mundane ökologische Situation)

III. BEREICHE DER ANALYSE IN DER PROZESSUALEN DIAGNOSTIK

1. *Bedürfnisanalyse/Motivationsanalyse*: Was sind die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Klienten?
2. *Problem- und Konfliktanalyse*: Wo liegen Defizite, Traumatisierungen, Störungen oder Konflikte, die aufzulösen, zu substituieren oder zu mindern sind? Welche zentralen Beziehungskonflikte fallen ins Auge?
Was sind die wesentlichen Coping-Strategien? Wie wird die eigene Kompetenz wahrgenommen (perceived competence)? Welcher Art sind die Kontrollüberzeugungen? Welche Risikofaktoren fallen auf, welche protektiven Faktoren?
3. *Leibfunktionsanalyse*: Wie ist es um die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes bestellt?
4. *Lebensweltanalyse*: Wie ist die Familien- und Arbeitssituation des Patienten, sein sozioökologisches Setting, seine Wohnsituation? Wie konsistent ist sein soziales Netzwerk, wie stabil seine „social world“?

5. *Kontinuum-Analyse*: Wie hat sich das Leben des Patienten vollzogen? Welche „prävalent pathogenen Milieus“ lassen sich feststellen, welche kritischen Lebensereignisse, welche Diskontinuitäten? Wie wird der bisherige Lebenslauf eingeschätzt? Welche biographischen Auswirkungen zeigen sich hier und jetzt? Welche prospektiven Aspekte sind zu erwarten? Was sind die spezifischen Merkmale der Krankheitskarriere? Wie ist die Qualität adversiver Ereignisketten bzw. Convoys, prolongierter Mangelenerfahrungen, positiver Ereignisketten, und wie stellt sich die Interaktion dieser Ketten dar? Welche Aspekte ergeben sich unter einer Mehrgeneration-Familien-Perspektive?
6. *Ressourcen-Analyse*: Was steht dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen (z. B. soziales Netzwerk, physische Konstitution, materielle Mittel, Bildung, Lebenserfahrungen, Copingstrategien, interne und externe protektive Faktoren etc.) zur Verfügung? Wieviel „social support“ ist vorhanden?
7. *Interaktions-Analyse*: Wie sind die Formen der Relationalität (positive/negative Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeiten) ausgeprägt? Welche Übertragungsqualitäten, Widerstandsphänomene und Abwehrformen fallen auf? Welche Gegenübertragungsrisonanzen kamen bei Therapeut/Therapeutin auf? Wie ist das Interaktionsverhalten in der aktuellen Situation?

IV. BEOBACHTUNGSFELDER

1. *Körper/Leiblichkeit*: Vitalität, Ausdrucksfähigkeit (Mimik, Gestik), Atmung, Haltung (z. B. Grounding), Bewegungsqualität, Wahrnehmungsfähigkeit, *sensumotorische Stile*
2. *Emotionaler Bereich*: Emotionale Bandbreite und Reaktionsbereitschaft, Differenziertheit, Flexibilität, Intensität, Dosierung, Angemessenheit, Ort und Form des Ausdrucks, Kongruenz, Grundstimmungen, Lebensgefühl, emotionale Belastbarkeit (emotional coping) – *emotionale Stile* (vgl. Petzold 1993b, 223-229)
3. *Kognitiver Bereich*: Fähigkeit wahrzunehmen und zu verarbeiten, zu differenzieren, zu analysieren und Synthesen zu erstellen, Zusammenhänge zu verstehen, Probleme zu lösen – *kognitive Stile*.
4. *Soziale Fähigkeiten*: Kontaktbereitschaft, kommunikative Kompetenz und Performanz (verbale und nonverbale Kommunikation), Fähigkeit, Nähe und Distanz zu regulieren, Dauer und Qualität von Beziehungen, Rolleninventar, Rollenrepertoire und Rollenflexibilität – *kommunikative Stile*.
5. *Wertbereich*: Sinn, Ziele, Werte, Normen, Einstellungen zu: Leben, Tod, Liebe, Wahrheit, Mithenschlichkeit, Hoffnung, Religion und Weltanschauung – *Bewertungsstile* (valuation, appraisal).
6. *Lebenskontext*: Engere soziale Situation (Familie, Freunde), weitere soziale Situation (Status, Rolle, soziale Verflechtungen, Familienstand, Beruf, Lebensraum), ökonomische Situation (Wohnung, Wohnort, Landschaft), epochale Situation (politische, soziale, geistesgeschichtliche Strömungen).
7. *Lebenskontinuum*: Alle Bereiche im Zeitkontinuum (retrospektiv Vergangenheit, aspektiv Gegenwart, prospektiv Zukunft), „prävalent pathogene Milieus“ (PPM) und „prävalent salutogene Milieus“ (PSM), dysfunktionale bzw. maligne Narrative, Ereignisketten, Convoys.
8. *Intersubjektiver Prozeß*: Berater/Therapeut – Klient/Patient im Kontext und Zeitkontinuum.

V. DIAGNOSTISCHE BEWERTUNG UND EINORDNUNG DER INFORMATIONEN

VI. ZIELFORMULIERUNG UND PROGNOTISCHE EINSCHÄTZUNG

1. *Metaziele* (z. B. komplexes Bewußtsein, d. h. Selbst-/Weltverständnis, Intersubjektivität, Kokreativität)
2. *Persönlichkeitsbestimmte Ziele* (z. B. Selbst-Wertgefühl, Ich-Stärke, Prägnanz der Identität, Stabilität von Identitätssäulen, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit)
3. *Kontextbestimmte Ziele* (z. B. Arbeitsfähigkeit, Abbau von Lernstörungen, soziale Integration etc.)
4. *Störungs-/Krankheitsbestimmte Ziele* (z. B. Verminderung von Spannung, Angst, Depressivität)
5. *Methodenbestimmte Ziele*: (z. B. Einhaltung der Sitzungszeiten, Aushalten der Gruppe, Akzeptanz von Berührung oder von Medien).

VII. INTERVENTIONSFORMEN, BEHANDLUNGSANSATZ

Methoden, Techniken, Medien, Formen, Modalitäten, Stile (Petzold 1993h).

LITERATUR

- Adorno, T.W.*, *Minima Moralia*. Reflexionen aus dem beschädigten Leben, Suhrkamp, Frankfurt 1951, 1964, 1973.
- Affekt, M.*, *Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung*, Kovac, Hamburg 1991.
- Aissen-Crewett, H.*, *Kunsttherapie. Kunst — Psychotherapie — Psychiatrie — (Sozial-)Medizin — Pädagogik*, C. Richter, Köln 1986.
- Alexander, F., French, T.M.*, *Psychoanalytic therapy. Principles and application*, Ronald Press, New York 1946.
- Alpert, j.* (Hrsg.), *Psychoanalyse der Frau jenseits von Freud*, Springer, Heidelberg 1991.
- Althen, U.*, *Das Erstinterview in der Integrativen Therapie*, *Integrative Therapie* 4 (1991) 421-449.
- Anzieu, D.*, *Le psychodrame analytique chez l'enfant*, P.U.F., Paris 1956; dtsh. *Analytisches Psychodrama mit Kindern*, Junfermann, Paderborn 1985.
- Argelander, H.*, *Das Erstinterview in der Psychotherapie*, Wissensch. Buchgesellschaft, Darmstadt 1970.
- Assagioli, R.*, *Die Schulung des Willens. Methoden der Psychotherapie und der Selbsttherapie*, Junfermann, Paderborn 1982.
- Badura, B.* (Hrsg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*, Frankfurt 1981.
- Baker, H.S.*, *Shorter-term psychotherapy: A selfpsychological approach*, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 287-322.
- Balint, M., Ornstein, P., Balint, E.*, *Fokaltherapie: Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P.*, *Comparison of the brief dynamic therapies*, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 323-356.

- Basquin, M, Dubuisson, P., Samuel-Lajeunesse, B., Testemale-Monod, G.*, Le psychodrame: une approche psychanalytique, Dunod, Paris 1972; dtsh. bei Junfermann, Paderborn 1980.
- Bauriedl, T.*, Das systemische Verständnis der Familiendynamik in der Psychoanalyse, *Praxis der Psychother. Psychosomatik* 28 (1983) 255-265.
- Benjamin, L.S.*, Brief SASB-directed reconstructive learning therapy, in: *Crits-Christoph, Barber*(1991) 248-286.
- Benz, A.*, Eindrücke zum Internationalen Symposium zur psychoanalytischen Kurztherapie, in: *Leuzinger-Bohleber* (1985) 17-19.
- Berger, A.*, Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik“ nach Prof. H. Petzold, *Atem und Mensch* 3 (1971) 8-13; 4, 13-19.
- Berne, E.*, What do you say after you say hello? Grove, New York 1972; dtsh. Was sagen Sie, nachdem Sie Guten Tag gesagt haben?, Kindler, München 1975.
- Binder, J.L., Strupp, H.H.*, The Vanderbilt approach to time-limited dynamic psychotherapy, in: *Crits-Christoph, Barber*(1991) 137-165.
- Bischof N.*, Das Rätsel Ödipus. Die biologischen Wurzeln des Urkonflikts von Intimität und Autonomie, Piper, München 1985, 3. Aufl., Rowohlt, Reinbek 1991.
- Bommert, H., Henning T., Wälte, D.*, Indikation zur Familientherapie, Klett, Stuttgart 1990.
- Bosscher, R.J.*, Runningtherapie bij depressie, Thesis, Amsterdam 1991a.
- Bosscher, R.J.*, Runningtherapie bij depressive: een experiment, *Bewegen & Hulpverlening*4 (1991b) 234-260.
- Bosscher, R.J.*, Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients, *Int. J. Sport Psychol.* 24 (1993) 170-184.
- Bosscher, R.J., Tilburg W van, Mullenbergh, G.J.*, Hardlopen en depressie, *Maandblatt Geestelijke Volksgezondheid*6 (1993).
- Brooks, Ch.*, Sensory awareness, Viking Press, New York 1974; dtsh. Erleben durch die Sinne, Junfermann, Paderborn 1979.
- Brown, G.W.*, Causal paths, chains and strands, in: *Rutter* (1988) 285-314.
- Brown, G. W., Harris, T.O.*, Establishing causal links: the Bedford college studies of depression, in: *Katschmg H.* (ed.), Life events and psychiatric disorders, Cambridge University Press, Cambridge 1986, 107-187.
- Brown, G. W., Harris, T.O., Bifulco, A.*, The long term effects of early loss of parents, in: *Rutter, Izard, Read* (1986) 251-296.
- Brusten, M, Hohmeker, J.*, Stigmatisierung, 2 Bde., Luchterhand, Neuwied, Darmstadt 1975.
- Camenzirul, E., von den Steinen, U.*, Frauen definieren sich selbst. Auf der Suche nach weiblicher Identität, Kreuz, Stuttgart 1991.
- Caspar, E.M.*, Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutischen Plananalyse, Huber, Bern 1989.
- Castoriadis, C.*, Durchs Labyrinth. Seele, Vernunft, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1983.
- Chasiotis, A., Keller, H.*, Zur Relevanz evolutionsbiologischer Überlegungen für die klinische Psychologie: Psychoanalytische und interaktionistische Ansätze im Lichte der Kleinkindforschung, *Integrative Therapie* 1/2 (1992) 74-100.
- Chasseguet-Smirge J.* (Hrsg.), Psychoanalyse der weiblichen Sexualität, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Kurias, J.S.*, Introduction and historical background, 1991 b, in: *Crits-Christoph, Barber*(1991) 1-16.
- Davanloo, H.* (ed.), Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy, Spectrum, New York 1978.
- Davanloo, H.* (ed.), Short-term dynamic psychotherapy, Jason Aronson, New York 1980.
- Davanloo, H.*, Short term dynamic psychotherapy. A two-day comprehensive audiovisual symposium and workshop on short term dynamic psychotherapy (with *Malan, D.* and *Marmor, J.*), New York 1985.

- Davanloo, H.*, Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant patients: 1. Handling resistance, *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1 (1986) 107-133.
- Dickwach, F., Kabat vel Job, K., Linke, S., Weigel, S.*, Ost/West-Forschungsprojekt zur Bewältigung von individuellen Problemlagen und Optionen in den Neuen Bundesländern. Beitrag zur Präventions- und Interventionsforschung im psychosozialen Bereich, *Integrative Therapie* 4 (1992) 402-429.
- Dornes, M.*, Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen, Fischer, Frankfurt 1993.
- Durlak, JA.*, Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers, *Psychol. Bull.* 86 (1979) 80-92.
- Eilenberger, M.*, Das Lebenspanoram als diagnostische und therapeutische Methode in der Integrativen Therapie, Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Hamburg, Hamburg 1979.
- Elias, N.*, Über den Prozeß der Zivilisation, Basel 1939; 2 Bde, Suhrkamp, Frankfurt 1969, 1976, 1986.
- Erdheim, M.*, Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Eine Einführung in den ethnopsychanalytischen Prozeß, Suhrkamp, Frankfurt 1982.
- Faltermajer, T., Mayring Ph., Saup, W., Strehmel, P.*, Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Kohlhammer, Stuttgart 1992.
- Ferenczi, S.*, Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (1927/28), Bausteine III, 380-398.
- Ferenczi, S.*, Kinderanalysen mit Erwachsenen (1931), Bausteine III, 490-510.
- Ferenczi, S.*, Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern 1964.
- Ferenczi, S.*, Journal clinique, Payot, Paris 1985; dtsh. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch 1932, Fischer, Frankfurt 1988.
- Filipp, S.H.*, Selbstkonzeptforschung, Klett, Stuttgart 1979.
- Filipp, S.H.*, Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981, erw. Auflage 1990.
- Flaake, K., King V* (Hrsg.), Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen, Campus, Frankfurt 1992.
- Flick, U.* (Hrsg.), Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Asanger, Heidelberg 1991.
- Freud, S.*, Gesammelte Werke (GW), chronologisch geordnet, hrsg. v. *Freud, A., Heir, W., Kris, E., Isakower, O.*, Imago Publishing Co., London 1940 ff.; deutsche Ausgabe, Fischer, Frankfurt 1952.
- Frey, H.-P., Haußer, K* (Hrsg.), Identität, Enke, Stuttgart 1987.
- Frühmann, R., Petzold, H.G.*, Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn 1993.
- Gaines, J.*, Fritz Perls - Here and now, Celestial Ans, Millbrae 1979.
- Garfield, S.L.*, Psychotherapy: an eclectic approach, Wiley, New York 1980; dtsh. Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz, Beltz, Weinheim 1983.
- Garfield, S.L.*, Eclectic psychotherapy: A common factors approach, in: *Norcross, Goldfried* (1992) 162-195.
- Gilligan, C.*, Die andere Stimme, Lebenskonflikte und Moral der Frau, Piper, München 1988.
- Goffman, E.*, Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität, Suhrkamp, Frankfurt 1967.
- Goldfried, M.P., Castonguay, L.G., Safran, J.D.*, Core issues and Future directions in psychotherapy integration, in: *Norcross, Goldfried* (1992) 593-616.
- Goldfried, M.R., Newman, C.F.*, A history of psychotherapy integration, in: *Norcross, Goldfried* (1992) 46-93.
- Goldhor Lerner, H.*, Das mißdeutete Geschlecht. Falsche Bilder der Weiblichkeit in Psychoanalyse und Therapie, Kreuz, Stuttgart 1991.
- Graue, K.*, Heuristische Psychotherapie. Eine schematheoretisch fundierte Konzeption des Psychotherapieprozesses, *Integrative Therapie* 4 (1988a) 309-325.
- Graue, K.*, Psychotherapeutische Verfahren im wissenschaftlichen Vergleich, *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 33 (1988b) 153-167.
- Graue, K.*, Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre, *Psychologische Rundschau* (1992) 132-162.

- Graue, K, Donati, R, Bernauer, P., Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen 1993 (im Druck).
- Gray, P., The assault on Freud, *Time International* 48 (1993) 37-41.
- Grüntzig M, MeyerLeuzinger, M, Die fokussierende Beratung, *Prychell* (1978) 1059-1088.
- Habermas, J, Erkenntnis und Interesse, Suhrkamp, Frankfurt 1968, mit neuem Nachwort 1973b.
- Hausmann, B, MeierWeber, U., Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 1011-1114.
- Hawellek, Ch., Gestalttherapie/Integrative Therapie und Experiment — methodologische und wissenschaftstheoretische Überlegungen, *Gestalt & Integration* 2 (1988) 69-84.
- Hein/, P., Die Interaktionsskulptur, *Integrative Therapie* 1/2 (1986) 77-109.
- Heini, P., Die visuelle Struktur und visuelle Analyse von Genogrammen (Familienstammbäumen), in: *Van Quekelbeighe* (Hrsg.), Studien zur Handlungstheorie und Psychotherapie 3, EHW, Landau 1986.
- Heini, H., Petzold, H.G., Walch, S., Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten, in: *Petzold, Heini* (1983) 267-309.
- Horowitz, M.J., Short-term dynamic therapy of stress response syndromes, in: *Crüts Christoph, Barber* (1991) 166-198.
- Huf A., Psychotherapeutische Wirkfaktoren, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1992.
- Hunter, S., *Sundel, M*, Midlife myths. Issues, findings, and practice implications, Sage, Newbury Park 1989.
- Ijine, V.N., *Petzold H.G., Sieper, J.*, Kokreation — die leibliche Dimension des Schöpferischen — Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 203-213.
- Jare L., Lies of the mind. Repressed-memory therapy is harming patients devastating families and intensifying a backlash against mental health practitioners, *Time International* 48 (1993) 42-47.
- Jodelet, D., Representations sociales: Phenomenes, concepts et theorie, in: *Moscovici, S.*, Psychologie sociale, Presses Universitaires de France, Paris 1984a, 357-379.
- Jodelet, D., The representation of the body and its transformations, in: *Farr, R., Moscovici, S.* (eds.), Social representations, Cambridge University Press, Cambridge 198413.
- Jodelet, D., Les representations sociales, Presses Universitaires de France, Paris 1989a.
- Jodelet, D., Folies et representations sociales, Presses Universitaires de France, Paris 1989b.
- Jones, E., Sigmund Freud: Life and work, Bd. 1: The young Freud, 1856-1900, Hogarth Press, London 1953; dtsh. Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Bd. 1: Die Entwicklung der Persönlichkeit und die großen Entdeckungen, 1856-1900, übers. v. *Katherine Jones*, Hans Huber, Bern 1960.
- Jones, E., Life and work, Bd. II: Years of maturity, 1901-1919, Hogarth Press, London 1955; dtsh. Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Bd. II: Jahre der Reife, 1901-1919, übers. v. *Gertrud Meili-Dworetzki* unter Mitarbeit von *Katherine Jones*, Hans Huber, Bern 1962.
- Jousse, M., Anthropologie du geste, Resma, Paris 1969; Gallimard, Paris 1974².
- Jüttemann, G., *Thomae, H.*, Biographie und Psychologie, Springer, Heidelberg 1987.
- Köhler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker, *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit* 4 (1983) 225-244.
- Kalish, R.A., Midlife loss. Coping strategies, Sage, Newbury Park 1989.
- Kames, H., Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* (1992) 363-386.
- KatzBernstein, N*, Phantasie, Symbolisierung und Imagination — „komplexes kathartisches Erleben" als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern, in: *Petzold, Orth* (1990a) 883-927.
- Kemmler, L., Schelp, Th., Mecheril P.*, Sprachgebrauch in der Psychotherapie. Emotionales Geschehen in den Therapieschulen, Huber, Bern 1991.
- Keupp, H., Röhrle, B.*, Soziale Netzwerke, Campus, Frankfurt 1987.

- Kinston, W., Bentovim, A., Creating a focus for brief marital therapy, in: *Budman, S.H.* (ed.), *Forms of brief therapy*, Guilford, New York 1981, 361-386.
- Klüwer, R., Über die Orientierungsfunktion eines Fokus bei der psychoanalytischen Kurztherapie, *Psyche* 24 (1970) 739-755.
- Klüwer, R., Psychoanalytische Fokaltherapie, in: *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Kindler, Zürich 1976, 1135-1142.
- Klüwer, R., Die Technik der Fokaltherapie, in: *Provokation und Toleranz*, Festschrift für Alexander Mitscherlich, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Klüwer, R., Versuch einer Standortbestimmung der Fokaltherapie als einer psychoanalytischen Kurztherapie, in: *Leuzinger-Bohleber* (1985) 94-113.
- Knobel, R., Mankwald, B., Pazolch H.G., Sombrowsky, C., Qualitative Forschung als Grundlage therapeutischer Intervention in den Neuen Bundesländern — ein interdisziplinärer Ansatz, *Integrative Therapie* 4 (1992) 429-455.
- Kruse, O., *Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung*, Enke, Stuttgart 1991.
- Laikin, M., Winston, A., McCullough, L., Intensive short-term dynamic psychotherapy, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 80-109.
- Lazarus, R.S., *Emotion and adaption*, Oxford University Press, Oxford 1991.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Kestemberg E., Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique en France, *Evol. Psychiatrique* 3 (1952) 397-412.
- Lebovici, S., Diatkine, R., Kestemberg E., Bilan de six ans de pratique du psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent, *Psychiatrie de l'enfant* 1 (1958) 63-176.
- Lehr, U., *Psychologie des Alterns*, Steinkopff, Darmstadt 1979, 1987.
- Leuzinger-Bohleber, M. (Hrsg.), *Psychoanalytische Kurztherapien. Zur Psychoanalyse in Institutionen*, Westdeutscher Verlag, Opladen 1985.
- Leuzinger-Bohleber, M., Psychoanalytische Fokaltherapie — Eine klassische Kurztherapie in Institutionen, in: *Leuzinger-Bohleber* (1985) 54-93.
- Lewis, M., *Scham. Annäherung an ein Tabu*, Kabel, Hamburg 1993.
- Lichtenberg J.D., The empathic mode of perception and alternative vantage points for psychoanalytic work, *Psychoanal. Inquiry* 1 (1981a) 329-356.
- Lichtenberg J.D., Implications for psychoanalytic theory or research on the neonate, *International Review of Psychoanalysis* 8 (1981b) 35-52.
- Lorenzer, A., *Sprachzerstörung und Rekonstruktion*, Suhrkamp, Frankfurt 1970, 1973².
- Lorenzer, A., Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder Sprache und Interaktion, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Lorenzer, A., *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf*, Suhrkamp, Frankfurt 1974.
- Luborsky, L., Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme, in: *Freedman, N., Grand, S.* (eds.), *Communicative structures and psychic structures*, Plenum, New York 1977.
- Luborsky, L., *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*, Basic Books, New York 1984.
- Luborsky, L., *Crits-Christoph, P.*, Understanding transference: The CCRT method, Basic Books, New York 1990.
- Luborsky, L., Mark, D., Short-term supportive-expressive psychoanalytic psychotherapy, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 110-136.

- Ludwig Körner, C.*, Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie, Deutscher Universitäts Verlag, Wiesbaden 1992.
- Mahler, MS.*, On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, Int. Univ. Press, New York 1968; dtsh. Symbiose und Individuation, Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter, Klett, Stuttgart 1983³.
- Malan, D.H.*, Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung, Klett, Stuttgart 1963.
- Malan, D.H.*, The frontier of brief-psychotherapy. An example of the convergence of research and clinical practice, Plenum, New York 1976a.
- Malan, D.H.*, Toward the validation of dynamic psychotherapy. A replication, Plenum, New York 1976b.
- Mann, J.*, Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument, Walter, Freiburg 1973.
- Mann, J.*, Time limited psychotherapy, in: *Crits Christoph, Barber (1991)* 17-45.
- Mann, J., Goldmann, R.*, A casebook in time-limited psychotherapy, Mc-Graw-Hill, New York 1982.
- Matakas, F.*, Neue Psychiatrie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- MerleauPonty, M.*, Les dessins infantile, *Bulletin de Psychologie de l'Universiti de Paris* 8 (1950) 12-13; 9 (1950) 6-10.
- MerleauPone, M.*, La prose du monde, Gallimard, Paris 1969; dtsh. von *Giuliani, I?.*, Die Prosa der Welt, Fink, München 1983.
- Möller, ML.*, Anders Helfen — Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen, Klett-Cotta, Stuttgart 1989.
- Moreno, J.L.*, Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations, Nervous and Mental Disease Publ. Co., Washington 1934; erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953.
- Moreno, J.L.*, Organization of the social atom, *Sociometric Review* 1 (1936b) 11-16; repr. *Sociometry* 3 (1947) 287-293.
- Moreno, J.L.*, Interpersonal therapy and the psychopathology of interpersonal relations, *Sociometry* 1/2 (1937) 9-76; erweitert bzw. verändert in: *Moreno (1946)*.
- Moreno, J.L.*, Psychodrama, Bd. I, 1946, 3. Aufl. Beacon House, Beacon 1964.
- Moreno, J.L.*, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme, Stuttgart 1959.
- Moreno, J.L.*, Psychodrama, Bd. III, Beacon House, Beacon 1969.
- Moscovici, S.*, The phenomenon of social representations, in: *Farr, R.M., Moscovici, S. (eds.)*, Social representations, Cambridge University Press, Cambridge 1984.
- Nelson, K.*, Erinnern und Erzählen: eine Entwicklungsgeschichte, *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 73-94.
- Nelson, K.*, Events, narratives, memory: What develops? in: *Petzold (1993c)*.
- Nielsen, G., Barth, K.*, Short-term-provoking psychotherapy, in: *Crits Christoph, Barber (1991)* 45-79.
- Nestmann, F.*, Beratung von sozialpädagogischen Institutionen — Plädoyer für einen eklektischen Ansatz, *Neue Praxis* 1 (1985) 12-25.
- Nestmann, F.*, Die alltäglichen Helfer, de Gruyter, Berlin 1988.
- Norcross, J. C., Goldfried, M.R. (eds.)*, Handbook of psychotherapy integration, Basic Books, New York 1992.
- Oerter, R.*, Entwicklung als lebenslanger Prozeß, Hoffman & Campe, Hamburg 1978.
- Oerter, R., Montada, L.*, Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch, Psychologie Verlags Union, München, Weinheim 1987, 2. völlig neubearbeitete, erweiterte Auflage.
- Orth, I.*, Das Unbewußte in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden und kreativen Medien — Überlegungen aus der Sicht Integrativer Kunsttherapie, in: *Schmidt, Ch. (Hrsg.)*, Beiträge zur Integrativen Therapie, Junfermann, Paderborn 1994.
- Orth, L., Petzold, H.G.*, Beziehungsmodalitäten — ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik, 19936, dieses Buch.

- Parin, P., Das Ich und die Anpassungsmechanismen, in: *Parin, P., Der Widerspruch im Subjekt. Ethno-psychoanalytische Studien*, Syndikat, Frankfurt 1978.
- Farin, P., Der Medicozentrismus der Psychoanalyse, in: *Lohmann, HM., Das Unbehagen in der Psychoanalyse*, Bd. I, Qumran, Frankfurt 1983.
- Perls, ES., Cowichan lecture an Gestalt Therapy and integration, Lake Cowichan 1969a.
- Perlt, ES., Gestalt Therapy Verbatim, Real People Press, Lafayette 1969b; dtsh. Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1974.
- Perls, ES., Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980, 1987³.
- Petzold, H.G., Geragogie - nouvelle approche de reeducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 1-16 ; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., Zum Fest der Christgeburt und seiner Ikonographie, *Kyrios, Zf. Osteuropäische Kirchen und Geistesgeschichte* 1 (1965a II) 193-203.
- Petzold, H.G., Von Geist und Wesen der Ikonen, *Wort und Antwort* 6 (1966a II) 172-176.
- Petzold, H.G., Abgestiegen zur Unterwelt. Zur Ikonographie des Osterfestes, *Echo der Zeit* 15 (1966b II) 16.
- Petzold, H.G., Dreifaltigkeit und Geistsendung, *Echo der Zeit* 23 (1966f II) 13-15.
- Petzold, H.G., Die heilige Höhle, *Erbe und Auftrag, Benediktinische Monatszeitschrift* 6 (1968g II) 450-467.
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, 196913; auszugsweise dtsh. in: *Petzold* (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G., Die Kunst der Naiven. Adalbert Trillhaase (1858-1936). Ein Maler des einfältigen Herzens, *Das Tor* 4 (1969h II) 65-70.
- Petzold, HG., Les Quatre Pas. Concept d'une communaute therapeutique. Paris 1969c; teilweise dtsh. in: (1974i).
- Petzold, HG, Some important techniques of psychodrama. Vidareutbildningskurs i psykiatri, hrsg. v. *Franzke, E., St. Seid Sjukhus*, Växjö 197013; teilweise dtsh in: *Petzold* (1977a).
- Petzold, HG., Therapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et education corporelle comme integration, Paris 1970c.
- Petzold, HG., Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, *Zeitschrift f. prakt. Psychol* 8 (1970d) 387-408; überarb. Fassung in: *Petzold* (1977a).
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972a.
- Petzold, H.G., Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) Kreativität und Konflikte, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, HG, Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Eltemgruppen, 1973f, in: *Petzold* (1973c) 271-289.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 197413; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, HG., Therapeutische Modelle und Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974d, in: *Petzold* (1974f) 41-61.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie ist kreative Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975h.
- Petzold, H.G., Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, 1977a, in: *Petzold* (1977n) 252-396; revid. in (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G., Prozessuale Diagnostik und Erstinterview. Seminar. Vgl. Nachschrift von A. Rauber, Schule f. soziale Arbeit, Bern 1977j.

- Petzold H.G.*, Das Ko-responzenmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.
- Petzold, H.G.*, Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter — eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G.*, Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980f.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, 1980g, in: *Petzold* (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Widerstand — ein strittiges Konzept der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981b.
- Petzold, H.G.*, Das Konzept des Widerstandes in der Psychotherapie, 1981c, in: *Petzold* (1981b) 7-37.
- Petzold, H.G.*, Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: *C. Bachmann*, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G.* Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen, 1981g, in: *Pro Senectute, Schneider, H.G.* (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Schönigh, Paderborn 1981, 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- Petzold, H.G.*, Leibzeit, *Integrative Therapie* 2/3 (1981h) 167-178; auch in: *Kamper, Ch., Wulf P.*, Die Wiederkehr des Körpers, Suhrkamp, Frankfurt 1982, 68-81.
- Petzold H.G.*, Integrative Dramatherapie, *Integrative Therapie* 1 (1981i) 46-61; auch in: *Petzold*(1982g) 166-187.
- Petzold, H.G.*, Vorsorge — ein Feigenblatt der Inhumanität — Prävention, Zukunftsbewußtsein und Entfremdung, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4 (1981k) 82-90.
- Petzold H.G.* Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G.*, Theater — oder das Spiel des Lebens, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982g.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunktthema Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: *Petzold* (1988n) 583-600.
- Petzold H.G.*, Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen — Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen, 1983f, in: *Petzold, Heintz*(1983) 409-449; repr. (1985a) 123-158.
- Petzold, H.G.*, Vorüberlegungen und Konzepte zu einer integrativen Persönlichkeitstheorie, *Integrative Therapie* 1/2 (1984i) 73-115.
- Petzold, H.G.*, Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold H.G.*, Bewegung ist Leben — körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik, 1985f, in: *Petzold* (1985a) 428-466.
- Petzold, H.G.*, Über innere Feinde und innerer Beistände, in: *Bach, G., Torbet, W.* Ich liebe mich — ich hasse mich, Rowohlt, Reinbek 1985i.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Psychotherapie und Friedensarbeit, Junfermann, Paderborn 1986a.
- Petzold, H.G.*, Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt Bulletin* 1 (1986h) 75-101.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; erw. in: *Petzold* (1991a) 153-332.
- Petzold, H.G.*, Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b; erw. in *Petzold* (1991a) 91-152.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und 1/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold H.G.*, Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie 1988p, in: *Petzold* (1988n) 285-340.

- Petzold, H.G.*, Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement, *Integrative Therapie* 3/4 (1989i) 352-363.
- Petzold, H.G.*, „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien — Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G.*, Selbsthilfe und Professionelle — Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10.6.1990, Dokumentation, 1990i, auch in: *Petzold Schobert (1991)* 17-28.
- Petzold, H. G.*, Integrative Dramatherapie und Szenentheorie — Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: *Petzold Orth* (1990a) II, 849-880; völlig überarb. von 1981i; in: *Petzold* (1992a) 897-924.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H. G.*, Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden, 1991i3; repr. in: *Petzold* (1993a) 1047-1086.
- Petzold, H.G.*, Die Ursachen hinter den Ursachen, 1991c, in: Festschrift zum 50jährigen Geburtstag von *Rolf Schwendter*, Wien.
- Petzold, H.G.*, Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold H. G.*, Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-396.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. 11/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G.*, Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, 1992b; in: *Petzold* (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G.*, Gebt Narziß seinen Namen zurück — Überlegungen zu einem Buch über „Narzißmus“, *Integrative Therapie* 3 (1992) 323-325.
- Petzold, H.G.*, Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, 1992g, in: *Petzold* (1992a) 927-1040.
- Petzold, H.G.*, Die heilende Kraft des Schöpferischen, *OrffSchulwerkInformationen* 50 (1992m) 6-9; repr. in: *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993) 1014.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. 11/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold H.G.*, Die Wiederentdeckung des Gefühls, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G.*, Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold H.G.*, Identität und Entfremdung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1993d.
- Petzold, H.G.*, Grundorientierungen, Verfahren, Methoden — berufspolitische, konzeptuelle und terminologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes, *Integrative Therapie* 4 (1993h).
- Petzold, H.G.*, Kontrollanalyse und Supervisionsgruppe — zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden in der Weiterbildung von Psychotherapeuten, 1993m, in: *Frühmann, Petzold* (1993a).
- Petzold, H.G.*, Der Weg ist das Ziel. Fernöstliche Kampfsportarten, Psycho- und Bewegungstherapie, 1994a (in Vorbereitung).
- Petzold H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof; J.*, Protektive Faktoren und Prozesse — die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, dieses Buch.
- Petzold, H.G., Frühmann, R.*, Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, 2 Bde, Junfermann, Paderborn 1986.

- Petzold* H.G., *Heinl*, H., Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt, *Integrative Therapie* 1 (1980) 20-57; auch in: *Petzold, Heinl* (1983).
- Petzold*, H. G., *Heinl*, H, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold*, H.G., *Hentschel*, U., Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold* H.G., *Mathias*, U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold*, H.G., *Maurer*, Y., Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: *Battegay, R., Trenkel, A.*, Die therapeutische Beziehung, Huber, Bern 1978, 95-116.
- Petzold* H.G., *Orth*, I. (Hrsg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985a.
- Petzold*, H.G., *Orth*, I., Poesie- und Bibliotherapie. Entwicklung, Konzepte, Theorie-Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes 1985b, in: *Petzold Orth* (1985a) 21-102.
- Petzold*, H.G., *Orth*, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2. Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold* H.G., *Orth*, I., Körperbilder in der Integrativen Therapie — Darstellungen des phantastischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik, 1991a, *Integrative Therapie* 1/2 (1991) 117-146; repr. in *Petzold* (1993a) 1201-1226.
- Petzold*, H.G., *Orth*, I., Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1/2 (1993a) 95-153; repr. dieses Buch.
- Petzold*, H.G., *Petzold*, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold*, H.G., *Petzold*, Ch., Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, repr. dieses Buch.
- Petzold*, H.G., *Schneewind*, U., Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie 1986a, in: *Petzold, Frihmann* (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold* H.G., *Schobert*, R., Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold*, H.G., *Schuch*, W., Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1991) 371-486.
- Petzold*, H.G., *Sieper*, J., Präambel, 1. Jahresprogramm des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Basel, Würzburg, Düsseldorf 1972a.
- Petzold* H.G., *Sieper*, J., Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf 1972b.
- Petzold*, H.G., *Sieper*, J., Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 2/3 (1976) 120-144.
- Pinsker*, H., *Rosenthal*, R., *McCullough*, L, Dynamic supportive psychotherapy, in: *Crits-Christoph, Barber* (1991) 220-247.
- Pitteneger*, R.E., *Hockett*, *Danehy*, J.J, The first five minutes. A sample of microscopic interview analysis, Paul Marineau, New York 1960.
- Pollak*, J., *Flegenheimer*, W, *Winston*, A., Brief adaptive psychotherapy, in: *Crits-Christoph, Barber*(1991) 199-219.
- Pritz*, A., *Petzold*, H.G., Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1991.
- Rahm*, D., *Otte*, H, *Bosse*, S., *Ruhe-Hollenbach*, H., Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis, Junfermann, Paderborn 1992, revid. 1993
- Rank*, O., Das Trauma der Geburt, Int. Psychoanalyse Verlag, Leipzig 1924.
- Reinecker* H, *Schiepek*, G., *Gunzelmann*, T, Integration von Forschungsergebnissen: Meta-Analysen in der Psychotherapieforschung, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 18 (1989) 101-106.
- Rhode-Dachser*, I., Expedition in den dunklen Kontinent — Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse, Springer, Heidelberg 1991.

- Richter, HE, Lernziel Solidarität, Rowohlt, Reinbek 1974.
- Ricaur, P., Zeit und Erzählung, Fink, München 1986.
- Robins, L.N., Rutter, M., Straight and devious pathways from childhood to adulthood, University of Cambridge Press, Cambridge 1990.
- Rolf I., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, KH., Weintraub, S. (eds.), Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rosenthal, R., Jacobson, E., Pygmalion im Klassenzimmer, Beltz, Weinheim 1971.
- Rummel, C., Das Psychotherapeutengesetz, Deutsches Jugendinstitut, München 1993 (mimeogr.).
- Rutter, M., Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.
- Rutter, M., Izard, C.E., Read, P.B., Depression in young people: Clinical and developmental perspectives, Guilford, New York 1986.
- Salter, A., Conditioned reflex therapy, Capricorn, New York 1949.
- Samerojj; A.I., Chandler, M.J., Reproductive risk and the continuum of caretaking casuality, in: Horowitz, E.D. (ed.), Review of child development research, University of Chicago Press, Chicago 1975, 87-244.
- Samere A.J., Emde, R.N., Relationship disturbances in early childhood, Basic Books, New York 1989.
- Sameroft; A.J., Seifer, R., Early contributors to developmental risk, in: Rolfet al. (1990) 52-66.
- Sarason, LG., Sarason, B.R., Social support: Theory, research and applications, Nijhoff, Dordrecht 1985.
- Schafer, R., The analytic attitude, Basic Books, New York 1983.
- Schank, R.C, Abelson R.P., Scripts, plans, goals and understanding, Erlbaum, Hillsdale, J.J. 1977.
- Schelp, T, Kmmler, L., Emotion und Psychotherapie, Huber, Bern 1988.
- Schlippe, A. von, Kriz, J., Skulpturarbeit und zirkuläres Fragen, *Integrative Therapie* 3 (1993) 222-241.
- Schmitz, H., Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik, Junfermann, Paderborn 1989.
- Schmitz, H., Der unerschöpfliche Gegenstand, Bouvier, Bonn 1990.
- Schneewind, KA, Familienpsychologie, Kohlhammer, Stuttgart 1991.
- Schneider, K, Das Experiment in der Gestalttherapie, *Integrative Therapie* 3 (1979) 192-207.
- Schneider, R, Schlafes Bruder, Reclam, Leipzig 1993.
- Schroots, J.E.J., Aging, health and competence. The first generation of longitudinal research, Elsevier, Amsterdam 1993.
- Schuch, B., Zum gegenwärtigen Stand der Social-Support-Forschung, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Seifer, R., Sameroff, A.J., Baldwin, CP, Baldwin, A., Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age, *Journal of the Amerikan Academy ofChik I and AdolescentPsychiatry*3 (1992) 893-903.
- Seligman, M.E.P., Helplessness, Freeman, San Francisco 1978.
- Sennett, R., Verfall und Ende des öffentlichen Lebens. Die Tyrannei der Intimität, Fischer, Frankfurt/M. 1987³; orig. The fall of public man, Alfred Knopf, New York 1974.
- Sieper, J., Die Theologie des Bildes im alten Orient, Publ. Inst. St. Denis, Paris 1970.
- Sieper, J., Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-359.
- Sifneos, P.E., Short-term psychotherapy and emotional crisis, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. 1972.
- Sifneos, P.E, Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique, Plenum, New York 1979.
- Spence, D.P., Narrative truth and historical truth, Norton, New York 1982a.
- Spence, D.P., Narrative truth and theoretical truth, *Psychoanalytic Quaterly LI (1982b)* 43-67.
- Stekel, W, Die Technik der analytischen Psychotherapie, Huber, Bern 1938.

- Steiner, C.*, Scripts people live, Grove, New York 1974; dtsch. Wie man Lebenspläne verändert: Die Arbeit mit Skripts in der Transaktionsanalyse, Junfermann, Paderborn 1982, 1985.
- Stern, D.N.*, The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985; dtsch. Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart 1992.
- Strauss, A.L.*, Social world perspective, in: *Denzin, M.K.*, Studies in symbolic interaction, Vol. I, JAI Press, Greenwich 1978, 119-128
- Strupp, H.H.*, Psychotherapie: Zeitgenössische Strömungen, *Psychotherapie Forum* 1 (1993) 1-8.
- Strupp, H.H., Binder, J.L.*, Psychotherapy in a new key, Basic Books, New York 1984; dtsch. Kurzpsychotherapie, Klett-Cotta, Stuttgart 1991.
- Szopocnik, J., Murray, A.* et al., Structural family versus psychodynamic children therapy for troubled hispanic boys, *J. Consult. Clin. Psychol.* 57 (1989) 571-578.
- Tatschmurat, C.*, Arbeit und Identität. Zum Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen weiblicher Identitätsfindung, Frankfurt 1980.
- Thomä, H., Kächele, H.*, Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I, Springer, Berlin 1985; 2. korr. Nachdruck 1989.
- Thomae, H.*, Altersstile und Altersschicksale. Ein Beitrag zur differentiellen Gerontologie, Huber, Bern 1983
- Thomae, H.*, Das Individuum und seine Welt, Verlag für Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1968; 2., neu bearbeitete Aufl. 1988.
- Thommen, B., Ammann, R., Cranach, R. v.*, Handlungsorganisation durch soziale Repräsentation, Huber, Bern 1988.
- Traue, H.C.*, Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Weiner, M.*, Therapist disclosure. The use of the self in psychotherapy, Butterworth, Boston 1978.
- Wirbel U.*, Verletzungen in der Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1987) 407-423.
- Wolberg L.*, Kurzzeit-Psychotherapie, Thieme, Stuttgart 1983.
- Zimmer, D.*, Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983.
- Zottl, A.*, Otto Rank, Kindler, München 1982.

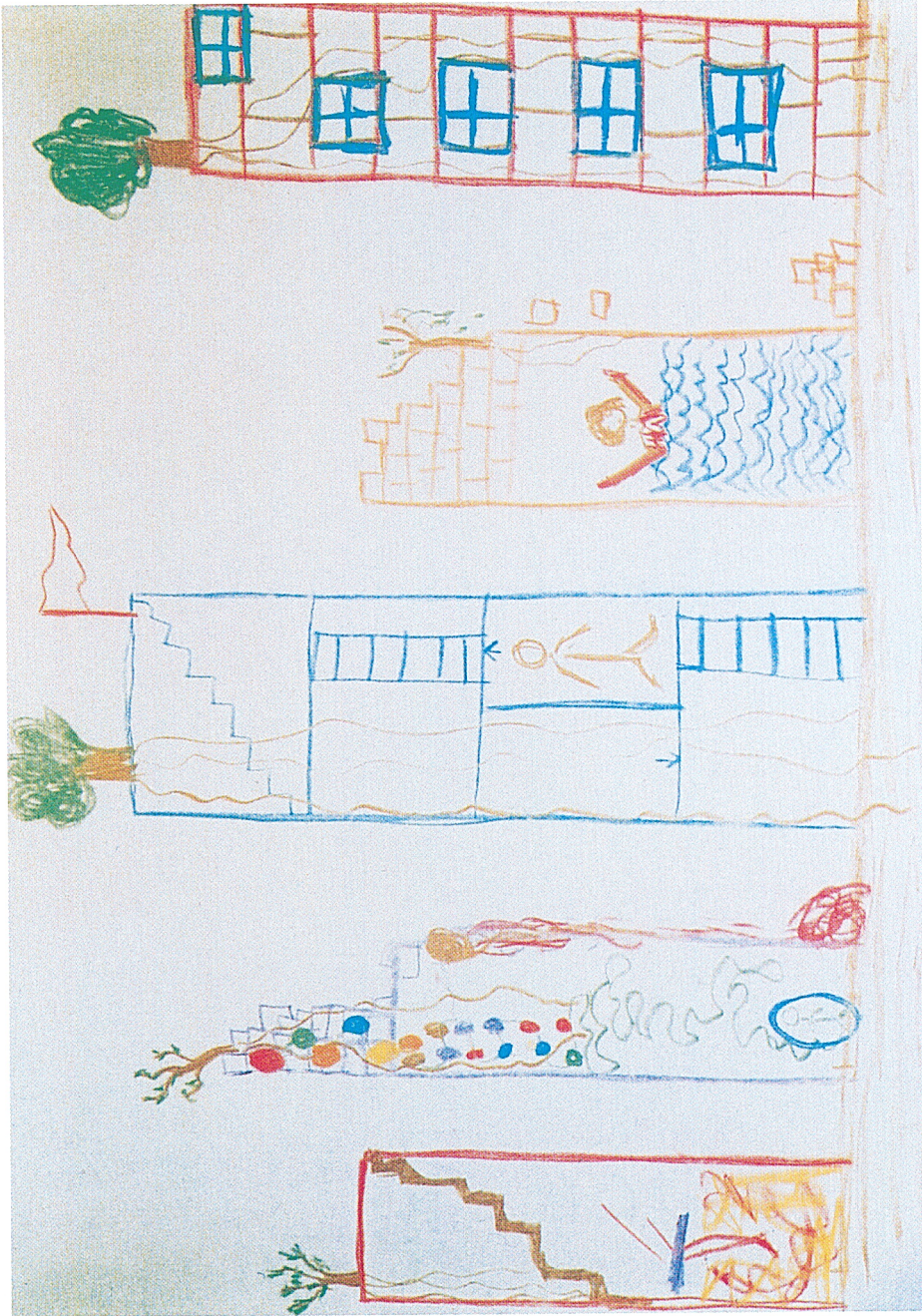


Abb. 2: Identitätsbild von Karin M. – Identitätsäulen (siehe S. 996)

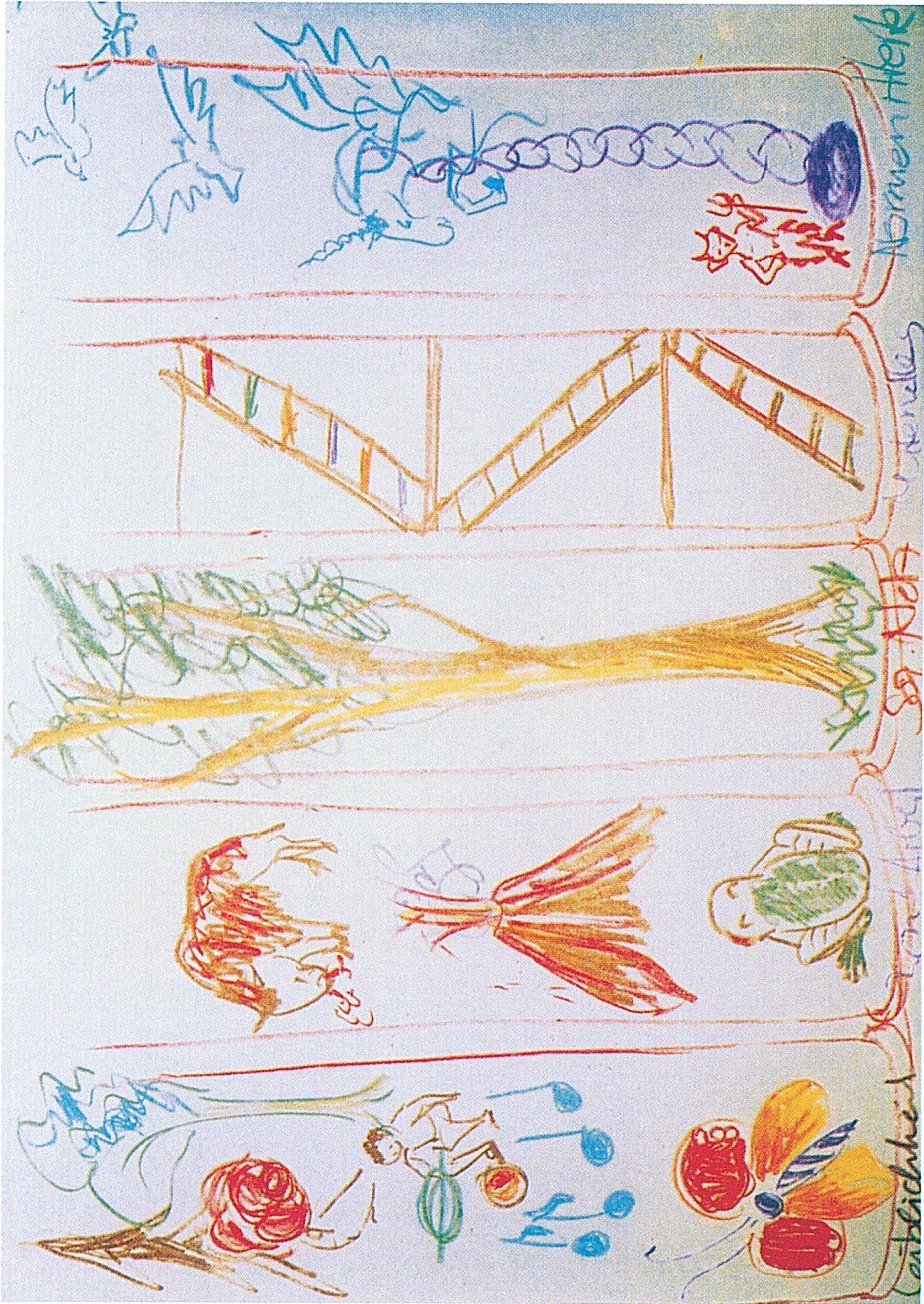


Abb. 3: Identitätsbild von Johanna H. – Identitätssäulen (siehe S. 996)

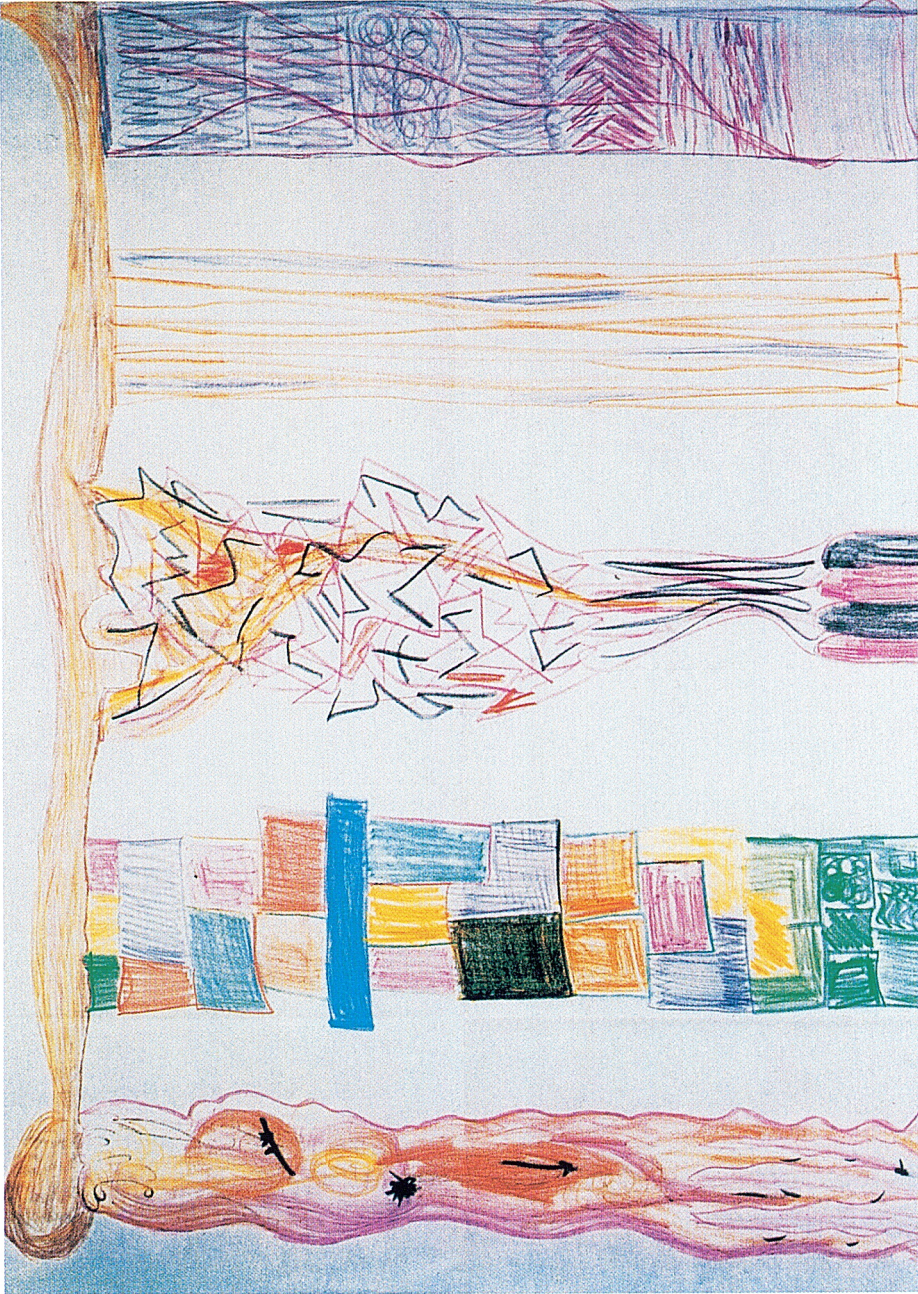


Abb. 4: Identitätsbild – Identitätssäulen (siehe S. 996)



Abb. 7: Dreizüiges Karrierepanorama von Klaus O. (siehe S. 1020)

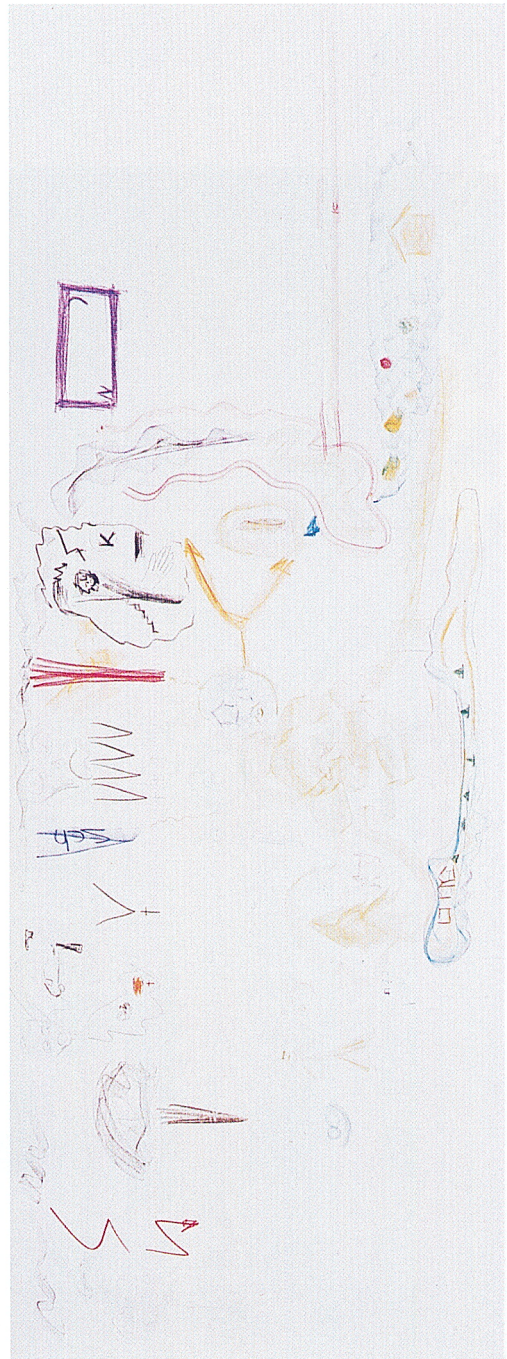


Abb. 9: Dreizüiges Karrierepanorama von Sylvia F. (siehe S. 1031)

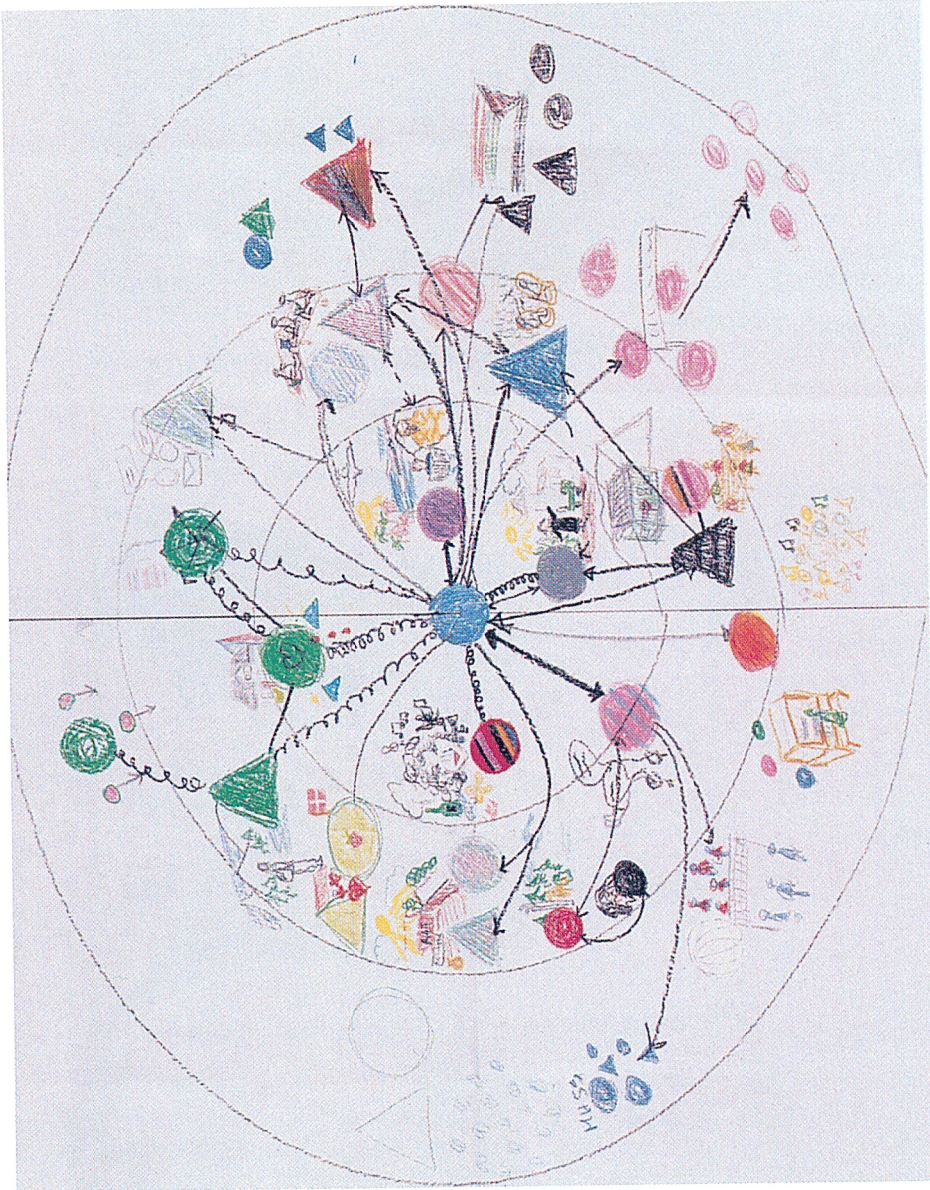


Abb. 10: Soziales Atom (siehe S. 1045)



Abb. 8: Identitätssäulen von Klaus O. (siehe S. 1023)