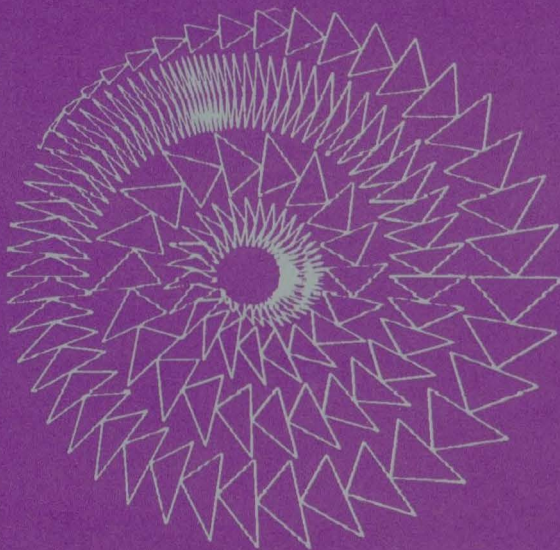


Hilarion G. Petzold

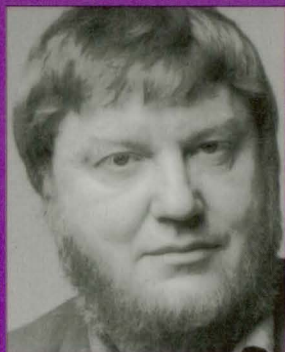
Integrative Therapie

Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer
Humantherapie und Kulturarbeit

– Theorie, Praxis, Wirksamkeit –



Jubiläumsausgabe der Zeitschrift *Integrative Therapie*



Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. Hilarion Petzold ist Ordinarius für Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik an der Freien Universität Amsterdam, wo er seit 1979 lehrt und forscht, wissenschaftlicher Leiter der „Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Düsseldorf/Hückeswagen, Professor für Supervision und Psychotraumatologie am „Zentrum für psychosoziale Medizin“ der Donau-Universität Krems. Begründer der „Integrativen Therapie“ im biopsychosozialen Modell. „Die Zeit“ zählt ihn zu den Leitfiguren moderner Psychotherapie.

Die MitarbeiterInnen an den Studien und Texten dieses Bandes gehören dem Forschungsinstitut der EAG und verschiedenen Hochschulinstitutionen an, mit denen die EAG kooperiert und Verbundforschung und Weiterbildungsprojekte durchführt: Wolfgang Hass, M.A; Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Märtens; Dipl.-Sup. Ilse Orth; Dr. Waldemar Schuch, M.A; Dr. phil. Johanna Sieper; Dipl.-Psych. Angela Steffan.

In der aktuellen Psychotherapie gewinnt das „neue Integrationsparadigma“ schulenübergreifender, transtheoretischer und methodenpluraler Behandlungsverfahren und -modelle international eine immer größere Bedeutung. Seine Grundlagen sind: gut evaluierte, forschungsgestützte Methoden, moderne Theorienbildung, innovative Praxeologie. In der Regel wird ein starker Bezug auf die Erkenntnisse der Psychologie genommen, so daß auch von „psychologischer“ Psychotherapie gesprochen wird. Das vorliegende Buch stellt – breiter greifend – das biopsychosoziale Modell der „Integrativen Therapie“ vor, einer der ältesten und besonders fundierten Ansätze in diesem Bereich: seine theoretischen Konzepte, Menschenbild, Persönlichkeits- und Identitätstheorie, Krankheitslehre, Salutogeneseorientierung, klinische Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne, Praxis der Integrativen Traumatherapie, therapeutische Wirkfaktoren, Therapieethik/„patient dignity“ und kritisch emanzipatorische Kulturarbeit. Die äußerst praxisrelevanten Resultate einer großen und komplexen empirischen Studie zur Wirksamkeit integrativer Kurzzeithherapie in ambulanten Behandlungen werden hier präsentiert.

Das Buch bietet eine Fülle von Informationen und Ergebnissen aus einem der umfangreichsten Projekte integrierter Qualitätsentwicklung im Feld moderner Psychotherapie, das Ausbildungs- und Therapieforschung, Evaluation, Theorie- und Methodenentwicklung, Praxisstrategien, PatientInneneinbezug, sozialpolitisches Engagement und kritische Kulturarbeit verbindet.

ISBN 3-87387-464-4

Hilarion G. Petzold

**Integrative Therapie –
Das „biopsychosoziale“ Modell
kritischer Humantherapie und
Kulturarbeit**

**Ein „lifespan developmental approach“
Theorie, Praxis, Wirksamkeit**

**Jubiläumsausgabe zum 25jährigen Bestehen
der Zeitschrift „Integrative Therapie“**



Junfermann Verlag · Paderborn
2001

Jubiläumsausgabe 25 Jahre Integrative Therapie 1975 – 2000

**Dr. med. Hildegund Heintl zum 80-jährigen &
Lic. theol. Dr. phil. Johanna Sieper zum 60-jährigen Geburtstag**

<i>Ilse Orth, Hilarion G. Petzold: Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie (Integrative Therapy: The Biopsychosocial Model of Critical Human Therapy)</i>	131
<i>Hans Waldemar Schuch: Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. (Characteristics of the Concept and Model of Integrative Psychotherapy.)</i>	145
<i>Hilarion Petzold, Angela Steffan: Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ (Health, Illness and the Concept of Diagnosis and Therapy in „Integrative Therapy“)</i>	203
<i>Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper: Transgressionen I – das Prinzip narrativierender Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche (Transgression I – The Principle of Narrative Self- and Concept Development by Transgression in „Integrative Therapy“ – Hommage to Nietzsche).</i>	231
<i>Hilarion G. Petzold, Wolfgang Hass, Michael Märtens, Angela Steffan: Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting (Effectivity of Integrative Therapy in Practice – Results of an Evaluation Study in an Outpatient Setting)</i>	277
<i>Hilarion G. Petzold, Angela Steffan: Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem (The Evaluation of Training for Psychotherapy in Integrative Therapy – the EAG-Quality System)</i>	355
<i>Hilarion G. Petzold: Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – „Quenching“ the trauma physiology</i>	367
<i>Hilarion G. Petzold: Client Dignity konkret – PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ – eine Initiative</i>	388
<i>Buchbesprechungen</i>	396

Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen und sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder benützte Kopie dient gewerblichen Zwecken gemäß § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG WORT, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München 2, von der die Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

FPI-PUBLIKATIONEN, DÜSSELDORF
Junfermann-Verlag Paderborn

Vorwort und Einführung

Integrative Therapie: Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit – ein „lifespan developmental approach“

Theorie, Praxis, Wirksamkeit, Entwicklungen

Ilse Orth, Düsseldorf, Hilarion G. Petzold, Amsterdam

In der modernen Psychotherapie vollzieht sich allmählich ein Paradigmenwechsel hin zu dem, was als das „**neue Integrationsparadigma**“ (Petzold 1992g) und schon früh als der Weg „**Integrativer Therapie**“¹ bezeichnet wurde. Inzwischen findet das Bemühen, Schulmonismus zu überwinden, eine immer breitere Resonanz (Castonugay, Goldfried 1997), und es werden verschiedene „Orientierungen des Integrierens“ erkennbar². Deutlich ist der Bezug solcher Bemühungen auf die empirische Absicherung der Praxis durch die Psychotherapieforschung³, um Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit, spezifische Wirkfaktoren, Prozessverläufe, störungsbildorientierte Behandlungsformate, aber auch neuerlich (und dringend erforderlich) „Risiken und Nebenwirkungen“ (Petzold, Märtens 2000) besser zu erfassen, zu verstehen und systematischer im Sinne von „good/best practice“ (Dobson, Craig 1998) einsetzen zu können. Damit kommt man wichtigen Aufgaben der *Qualitätssicherung* und *-entwicklung* nach (vgl. diesen Band, S. 355ff), aber auch zentralen therapeutischen Postulaten: *client welfare, patient security, client dignity* (vgl. diesen Band, S. 388ff). In diesem sich differenzierenden Feld fundierter integrativer Ansätze in der Psychotherapie wird es sinnvoll, die eigenen Positionen, den eigenen Integrationsansatz in Metatheorie (Schuch, dieser Band, Petzold, Orth, Sieper, dieser Band), klinischer Theorie (Petzold, Steffan, dieser Band, S. 203ff), Praxeologie (dieser Band, S. 367ff) und Forschung (dieser Band, S. 277ff) darzustellen, seine gesundheitspolitischen, ethiktheoretischen, kulturkritischen Positionen offenzulegen. Das erscheint umso sinnvoller, als die Begriffe

1 Petzold 1965, 1974j, 1992a

2 Norcross, Goldfried (1992), Finke (1999), Sponsel (1995), Jacobi, Poldrack (2000), Grawe (1998), Prohaska, DiClemente (1992) etc. siehe Petzold, Hass et al. dieser Band, Lit.-Verz.

3 Grawe et al. 1994; Baumann, Perrez 1998; Petzold, Märtens 1999

„integrativ“, „Integration“ vielfach schon als modische Schlagworte gebraucht werden – nicht zuletzt auch von tiefenpsychologischen oder behavioralen Autoren, die damit aber keine wirkliche *Transgression* in ihrem Paradigma oder gar ihres gesamten Paradigmas vollziehen. Aber genau darin sehen wir die Bedeutung und Chance des „neuen Integrationsparadigmas“ und seines Beitrags für eine „zukunftsfähige Psychotherapie“ (Petzold 1999p). Oft findet man geradezu einen inflationären Gebrauch des Integrationslabels, ohne dass eine Integrationstheorie und eine elaborierte integrative Praxis und Methodik erkennbar wird – eine forschungsgegründete zumal.

Wir haben deshalb das fünfundzwanzigjährige Bestehen der von *Hilarion G. Petzold* und *Charlotte Bühler* begründeten und mit zahlreichen FachkollegInnen aus unterschiedlichen Therapierichtungen herausgegebenen Zeitschrift „Integrative Therapie“ zum Anlass genommen, in einem Sonderheft, das auch in einer Buchausgabe als Jubiläumsband⁴ erscheinen wird (unter dem Titel dieses Vorwortes), die „Integrative Therapie“ in der Orientierung, wie sie von den BegründerInnen der Zeitschrift intendiert war und sich über mehr als drei Jahrzehnte kontinuierlicher Arbeit entwickelte, darzustellen. Es sollen dabei die spezifischen Momente dieses Integrationsmodells herausgestellt werden, neue Forschungsergebnisse und Entwicklungen vorgestellt werden, um Diskurse innerhalb der Integrationsbewegung(en) anzustoßen und zu anderen, z.T. schon länger, teilweise auch erst neuerlich im Feld bekannten Integrationskonzepten, wie sie *R. van Quekelberghe*, *R. Bastine*, *E. Heim*, *M. Perrez*, *U. Baumann*, *J. Kriz* u.a. zu danken sind – nicht zu reden von den großen Integrationsmodellen von *Grawe* (1998, et al. 1994) oder *Sponzel* (1995) – bessere Vergleichsmöglichkeiten zu bieten.

Historischer Kontext

Die „Integrative Therapie“ wurde seit Mitte der sechziger Jahre im *transversalen* Milieu postmoderner Vielfalt der kulturkritischen Bewegungen in Paris (*Schuch*, dieser Band; *Petzold* 2000h) als eine *Orientierung* (nicht „Schule“!) im Rahmen der Psychotherapie und klinischen Psychologie von *Hilarion G. Petzold* entwickelt, zunächst unter Mitarbeit von *Johanna Sieper*, seit Anfang der siebziger Jahre mit einem größeren KollegInnenkreis (*Hildegund Heinl*, *Ilse Orth*, *Waltraud Rönner*, *Jürgen Lemke*, *Renate Frühmann*, *Apostolos Tsomplektis*, *Ruedi Signer*, *Jan Velzeboer*, um nur einige zu nennen). In unserer Arbeitsgruppe wurde dabei in methodisch-praktischer Hinsicht

4 Die Seitenzahlen der Buchausgabe und die der Zeitschrift erscheinen deshalb als Doppelziffer mit Schrägstrich.

auf psychoanalytische, psychodramatische, gestalttherapeutische, verhaltenstherapeutische und leib- und kreativitätstherapeutische Methoden, Techniken und Medien zurückgegriffen – und zwar durchaus theoriegeleitet in Abgrenzung zu „theorielosem Eklektizismus“ oder „Polypragmasie“ (Petzold 1974j, 301, 305, 1969b, idem Osterhues 1972) -, um eine konsistente *klinische Praxeologie* zu entwickeln. „Die Integrative Therapie versucht, verschiedene theoretische Konzepte und therapeutische Praktiken in einem übergeordneten Bezugsrahmen zu sehen“ (idem 1974j, 294). „Ein solcher Rahmen kann über einen systemtheoretischen Ansatz gewonnen werden“ (ibid. 295) und wurde von uns mit Bezug auf Luhmann (1968) entwickelt und beständig wissenshermeneutisch kritisch reflektiert. Die *Habermas/Luhmann-Debatte* (1971) und die wissensgeschichtliche, archäologische Rekonstruktionsarbeit von Foucault (1966) waren dabei Leitlinien. Für die klinische Orientierung wurde von uns dabei stets in sehr breiter Weise auf die allgemeine Psychologie, Entwicklungs- und Sozialpsychologie, Emotions- und Gedächtnispsychologie für die Erarbeitung der klinischen Theorie und Praxis des Integrativen Ansatzes Bezug genommen (Petzold 1992a). Sie hat damit eine Entwicklung im „Feld“⁵ der Psychotherapie angebahnt, die Klaus Grawe (1998) heute auf den Punkt bringt, wenn er von „*Psychologischer Psychotherapie*“ spricht, die sich in zentraler Weise auf den Fundus der *Psychologie* als wissenschaftlicher Disziplin in ihrer Gesamtheit bezieht, also nicht nur auf die „klinische Psychologie“ und nicht nur auf eine behaviorale Orientierung. Diese Position können wir vollauf unterschreiben, meinen aber, dass sie nicht ausreicht.

Biopsychosozialer Ansatz – das „BPS-Modell“

Die Entwicklungen in den *Bio- und Neurowissenschaften*, den psychotherapielevanten Forschungen in der *Medizin* haben einen solchen „impact“ für eine moderne Psychotherapie, dass hierauf ein *expliziter* Bezug genommen werden muss. In gleicher Weise ist der Ertrag *klinisch relevanter Sozialwissenschaften* – etwa der *medizinischen Soziologie*, aber auch der *Sozialphilosophie* – für die Psychotherapie als einer „*angewandten Humanwissenschaft*“, einer *Praxeologie* für den Umgang mit Menschen unverzichtbar. Sie ist hier etwa der „*angewandten Gerontologie*“ (Geriatric, Gerontotherapie, Sozialgeragogik)⁶ oder der modernen, forschungsgestützten Heil- und Sonderpädagogik und Therapie mit geistig Behinderten⁷ vergleichbar. Für derartige *Praxeo-*

5 Zum Feldbegriff und seiner Brauchbarkeit in Supervision und Psychotherapie vgl. Petzold, Ebert, Sieper (1999)

6 vgl. Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.

logien haben wir 1965 ein ganzheitliches und differentielles **biopsychosoziales Modell (BPS-Modell)** entwickelt (Petzold 1965, Abb.1/1985a, 13), das wir multiperspektivisch durch den Fundus „naturwissenschaftlicher Anthropologie (Biologie, Medizin), philosophischer Anthropologie (Philosophie, Pädagogik) und sozialwissenschaftlicher Anthropologie (Soziologie, Sozialpsychologie)“ (idem 1974j, Diagramm III, 304) abzusichern bemüht waren. Ähnliche ganzheitliche Orientierungen finden sich in der psychosomatischen Medizin (V. von Weizäcker, T. von Uexküll, G.L. Engel).⁸

Entwicklungstherapie in der Lebensspanne (lifespan developmental approach) und Salutogeneseorientierung

Durch unsere Arbeit mit Kindern und alten Menschen haben wir eine lebenslaufbezogene Perspektive der Entwicklung und des Alterns als „*einem hochkomplexen Prozess der Veränderung auf der biologischen, psychischen, sozialen, ökologischen und geistigen Ebene*“ (idem 1965/1985, 14 Hervorhebung im Original) erarbeitet – ein „**lifespan developmental approach**“, wie er inzwischen in der modernen, longitudinal ausgerichteten „klinischen Entwicklungspsychologie“⁹ Grundlage der Betrachtung ist. Dabei sind Risikofaktoren, protektive Faktoren und Resilienzen zu beachten, Salutogenese und Ressourcenperspektiven (dieser Band), die (Entwicklungs)psychologie gesunden Verhaltens. Wir waren die ersten, die diese Konzepte longitudinaler Entwicklungsforschung systematisch für die Psychotherapie und ihre Praxis fruchtbar gemacht haben und orientieren uns auch heute an Perspektiven der „health sciences“. Die Integrative Therapie in unserer Orientierung einer „**entwicklungszentrierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentfaltung in der Lebensspanne**“ hat im Unterschied etwa zu den Integrationsmodellen von Grawe oder Norcross, Orlinsky oder Prohaska diese dezidiert entwicklungspsychologische bzw. entwicklungstheoretische und salutogenesebewusste Ausrichtung.

-
- 7 Petzold, H.G., 1993i. Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten, in: Koch, U., Lotz, W., Stahl, B. (Hrsg.), Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen, Huber, Bern 1994, 226-240.
 - 8 Engel, G.L. 1982. The biopsychosocial model and medical education. *New England J. of Medicine* 306, 802-805; Uexküll, T. von, Wesiak, W. 1998. Theorie der Humanmedizin. München: Urban & Schwarzenberg. 3. Aufl.
 - 9 Petzold, H.G., 1992d. Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“, *Integrative Therapie* 1/2, 1-10; vgl. Petzold, Goffin, Oudhoff (1993), Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold (1985a, 1993c, 1994).

Leiborientierung als psychophysiologische Behandlung

Ein weiteres charakteristisches Moment ist die „**Leiborientierung**“ unseres Ansatzes. Zugrunde liegt das anthropologische Konzept des „Leibsubjektes“ und das neurophilosophische Konzept des „*informierten Leibes*“ (idem 1988n). Immer wurde eine psychophysiologische, stresstheoretische Ausrichtung betont (idem 1968b, 1974j), was besonders in unserer Arbeit mit TraumapatientInnen (dieser Band, S. 367ff) oder der Schmerz- (Heinl 1997) oder Depressionsbehandlung (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) zum Tragen kommt und zur Entwicklung eigenständiger Methoden „Integrativer Leib- und Bewegungstherapie und Psychomotorik“ (idem 1974j, 1988n) führte. Perzeptionen, Kognitionen, Volitionen, Emotionen haben eine leibliche Basis, deren neurophysiologische und immunologische Prinzipien genauso zu verstehen sind wie die des „eigenleiblichen Spürens“ (H.Schmitz 1989), des leibphänomenologischen und leibhermeneutischen Erfassens (Petzold 1991a).

Netzwerktherapie, soziotherapeutische Interventionen in „prekären Lebenslagen“

Die soziale Realität, „prekäre Lebenslagen“ (idem 2000h; Müller, Petzold 2000) als kontextbedingte Probleme machen „Soziotherapie“ in einer effektiven, nicht-reduktionistischen Hilfe für Menschen und für „multimodale“ (idem 1974j, 304) Kombinationsbehandlungen unverzichtbar. Wir konzipierten die erste Soziotherapieausbildung im deutschsprachigen Bereich, die seit 1972 neben der Psychotherapieausbildung an unserer Einrichtung durchgeführt wird¹⁰ (Petzold 1997c) und entwickelten und beforschten netzwerktherapeutische Behandlungsverfahren (Hass, Petzold 1999). Diese als „vierter Weg der Heilung und Förderung“ gekennzeichnete Vorgehensweise trägt der sozialpolitischen Verantwortung Rechnung, die TherapeutInnen unserer Auffassung nach im Rahmen des Gemeinwesens in besonderer Weise wahrnehmen sollten (Schuch, dieser Band; Petzold, dieser Band, S. 388ff), zusammen mit ihren Partnern, den PatientInnen und KlientInnen, und – wo erforderlich – für sie.

¹⁰ Vgl. Petzold, H.G., Petzold, Ch., 1993a. Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: Petzold, Sieper (1993a) 459-482; repr. Bd. II, 3, S. 1263-1290.

Relationalität und Ko-respondenz

Die Integrative Therapie ist ein Verfahren, das mit Bezug auf ihre ontologische Prämisse „Sein ist Mitsein“ und ihr anthropologisches Axiom „der Mensch gewinnt seine *Hominität*, sein Menschsein, als Mitmensch“ (Petzold 2000h) in der zwischenmenschlichen Bezogenheit zentriert. Sie differenziert sprachphänomenologisch die Relationalitätsmodi „Verschmelzung, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit“ (Petzold 1991b) und legt dabei die „Andersheit des Anderen“ (Levinas) und die Intersubjektivität (Marcel) als Leitkonzepte zugrunde. In der therapeutischen Praxis und der Netzwerkarbeit wird auf den differenzierten Umgang mit diesen Modi neben der Handhabung der klinischen Phänomene „Übertragung, Gegenübertragung“ (idem 2000h, Petzold, Sieper 1993, 117ff) Wert gelegt. In Prozessen der „Ko-respondenz“, d.h. der „Begegnung und Auseinandersetzung“ in wechselseitiger, responsiver Empathie wird *Sinn als Konsens* gewonnen, und sei es der Konsens, dass man *Dissens* hat, der repektvoll wertgeschätzt wird, soweit die ethiktheoretischen Leitwerte der Gewährleistung der *Integrität* von Personen, Gruppen, Lebensräumen, von *personaler Souveränität* und der Verwirklichung von *Intersubjektivität* dadurch nicht gefährdet werden (idem 1991e), ansonsten gilt es, engagiert einzutreten (idem 1996 j, k). Therapie wird unter diesen Prämissen als Ko-respondenzprozess begriffen, Agogik und Wissenschaft als Konsens-/Dissensprozesse der Konzeptbildung und der Begründung von kooperativem Handeln (idem 2000h). Dem Dissens, der als Ausdruck von *Heterotopien* (Foucault 1998) und *différance* (Derrida 1967) ja Vielfalt, Transversalität begründet – auch das *Mitsein* trägt seine Signatur – wird im Integrativen Ansatz eine eminente Bedeutung beigemessen, denn er ist eine Quelle von Innovation.

Kritische Kulturarbeit

Integrative Therapie hat sich stets – hier ist sie dem Erbe von *Pierre Janet*, *Sigmund Freud*, *Georges Politzer*, *Wilhelm Reich*, *Michel Foucault* und *Paul Goodman* verpflichtet – als Ansatz „kritischer Kulturarbeit“ verstanden (vgl. Petzold, Orth, Sieper, dieser Band), und das nicht nur auf der Ebene der Theoriearbeiten (idem 1996j), sondern auch auf der Ebene institutioneller Praxis und engagierter Projektarbeit. Der Aufbau unserer EAG-Weiterbildungsakademie ist für uns ein solches Projekt (Petzold, Sieper 1993) oder die Arbeit in der Traumatherapie (idem 1986b, idem, Wolf et al. 2000) oder das Engagement in der Gerontotherapie (idem 1965, 1985a, Müller, Petzold 2000).

Heraklitesche Orientierung – Transversalität – Transgressionen

Die Integrative Therapie hat eine *heraklitesche Orientierung* (idem 1991a, 413ff). Sie geht, wie der Skoteinos von Ephesos lehrt, von einem Fluss beständiger Veränderung aus. Das gilt für das individuelle Leben und Schicksal genauso wie für soziale Gruppen und Gemeinwesen, für Prozesse in der Therapie, wie für solche in Wissenschaft und Forschung. Das gilt natürlich auch für die Entwicklung von Therapieverfahren. Dadurch wird beständig Vielfalt generiert – der kulturellen Formen, des Wissens, der Praxen. Diese Realitäten gilt es zu konnektivieren, indem sie beständig transversal durchmessen werden in einem *kompetenten Navigieren in den Meeren der Weltkomplexität*. Damit betonen wir im Integrativen Ansatz die Möglichkeiten der gestaltenden Einflussnahme, des Umgangs mit Transversalität. Wir sind dem herakliteschen Strom nicht gänzlich ausgeliefert, sondern wir haben die Chance, auf ihm zu steuern. Der Kybernetes segelt vor dem Wind, kann Wirklichkeit in den Horizont hinein überschreiten. *Transgression* ist damit ein zentrales Thema für die Praxis der Therapie im Integrativen Ansatz und für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Integrativen Verfahrens als Praxeologie und Disziplin, aber auch für ihren Beitrag zu ihren Referenzdisziplinen, der klinischen Psychologie und damit zur Psychologie, der klinischen Philosophie (Petzold 1991a) und damit zur Philosophie. Die Entwicklung der Integrativen Therapie ist als Oszillieren zwischen Einheit und Vielfalt (idem 1989a) und als spiralförmige Überschreitung – die heraklitesche Spirale, nach beiden Seiten offen, ist ihr Leitsymbol (Petzold, Sieper 1988b) – zu begreifen. Nietzsche hat diesen herakliteschen Gedanken in besonderer Weise entwickelt. Sein hundertjähriger Todestag war für uns ein Anlass, den Gedanken der **Transgression**, der im Integrativen Ansatz stets zentral stand (Petzold, Orth, Sieper 1999) – u.a. durch den Bezug zu Foucault (1963) und Derrida (1983) – vertiefend auszuführen, und zwar als eine *systematische Fortschreibung*, die die *Narration* (idem 1991o) unserer Ausgestaltung der Integrativen Therapie und den *Diskurs* unserer Ko-responsenden verdeutlicht, sinnfällig macht. Mit dem Beitrag von Petzold, Orth und Sieper (dieser Band) „**Transgression I**“ wird ein serieller Text begonnen – Derrida war hier Vorbild -, der in den kommenden Jahren in der Zeitschrift „Integrative Therapie“ fortgeschrieben werden soll und Einblick in unsere Ideenwerkstatt zu geben trachtet. **Transgression II** wird bei einem neuen kokreativen „Prägnanzpunkt“ unserer Arbeit und bei einem neuen *Konsens* unserer Ko-responsenzgruppe abgefasst werden. Das Unterfangen steht gleichsam paradigmatisch für Entwicklungsprozesse im Integrativen Ansatz.

Integrative Humantherapie – das „biopsychosoziale Modell“

Ein solch breiter Ansatz, der körperliche Dimensionen, emotionale, volitive, kognitive Aspekte einbezieht, Leiblichkeit und Sozialität betont und gesellschafts- und kulturkritische Hintergrunddimensionen systematisch zu reflektieren sucht – also stets *im Meer der Komplexität navigierend*, um metahermeneutische Perspektiven bemüht ist – muss aus der *Exzentrizität* wieder in die *Zentriertheit* der Zwischenleiblichkeit, der Beziehung, der Leiblichkeit, des Selbstbezugs finden und wieder in konkrete, personenzentrierte, aber nicht individualisierende Praxis zurücksteuern. Diese ganzen Zusammenhänge, deren Komplexität man nicht durch Ablendung, Ausblendung, positivistischen Reduktionismus löst – eine leider zu oft zu findende Strategie in bestimmten Strömungen der Wissenschaft – hat uns zum Konzept einer „**Integrativen Humantherapie als BPS-Modell**“ (idem 1992a) geführt. In ihr ist die *Psychotherapie* die Kernkomponente „**psycho**“, deren cartesianische Dualismen und Individualisierungstendenzen allerdings geklärt werden müssen, um zu gewährleisten, dass die Kernkomponente „**sozio**“ einen angemessenen Platz erhält und *Soziotherapie* und netzwerk- und lagebezogenen Sozialinterventionen nicht als nachrangige Stützmethoden klassifiziert werden. Schließlich muss die Kernkomponente „**bio**“ in ihrer Bedeutung gewürdigt werden, damit *Leib- und Bewegungstherapie*, aber auch mikroökologische Interventionen (idem 1995 a,b, *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) ihren angemessenen Ort erhalten. Wir hoffen, dass der Integrative Ansatz unserer *O r i e n t i e r u n g* inzwischen mit seiner zunehmenden Internationalisierung und Mitarbeiterschaft einen Grad der Elaboration erreicht hat, von dem gesagt werden kann: Hier werden Beiträge geleistet, die für das Gesamtfeld der Psychotherapie einigen Nutzen haben. In diesem Band werden Texte zur Theoriearbeit und Praxeologie sowie Ergebnisse integrativtherapeutischer und agogischer Forschung veröffentlicht, die Entwicklungen aufzeigen und deutlich machen, wie auf dem im Voranstehenden dargestellten Kontext und dem im Folgenden kurz umrissenen Hintergrund des *Verfahrens* aktuelle Weiterführungen und Überschreitungen (*transgressions, Petzold, Orth, Sieper*, dieser Band) – einschließlich neuer Publikationen – stattfanden und stattfinden:

1. Konnektivierende Pluralitätserfahrung: Integrative Therapie entstand, wie erwähnt, aus unseren Erfahrungen mit verschiedenen Therapieverfahren, deren konzeptuelle Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten wir in Selbsterfahrung „am eigenen Leibe“ sowie durch Beobachtung ihrer Praxen in der Patientenbehandlung erlebt haben. Durch Vergleich ihrer Praxeologien und Theorien in strukturtheoretischen und wissenshermeneutischen Untersuchungen – orientiert an *Ricoeur* und *Foucault* – konnten wir „synonyme Inhalte“, „funktionale Äquivalente“, „Differenzen und Divergenzen“ in einem „*common and divergent concept approach*“ herausarbeiten, die Elemente zum Teil *konnektivieren* und nach dem von uns entwickelten Strukturmodell des

„Tree of Science“ ordnen (Petzold 1970c, 1992a, neueste Versionen 1998a, 93 und 2000h), um dann solche Konnektivierungen (etwa von Verhaltenstherapie, kognitiven Vorgehensweisen, humanistisch-psychologischen und tiefenpsychologischen Ansätzen, vgl. z.B. idem 1972f, Petzold, Osterhues 1972) auch in der Praxis zu erproben. Das war (und ist) unser spezifischer Beitrag zum „neuen Integrationsparadigma in der Psychotherapie“ (idem 1992g, 1999p), der heute durch empirische Untersuchung von Effekten, von gemeinsamen Wirkfaktoren und -prozessen ergänzt wird, so dass ein multiperspektivisch begründeter Ansatz als „**Integrative Therapie**“ entstand (Schuch, dieser Band; vgl. zum wissenshermeneutischen und epistemologischen Ansatz heute Petzold 2000h, zu den Wirkfaktoren idem 1993p; Brummund, Märten 1998 und zur empirischen Evaluation Petzold, Hass, Märten, Steffan, dieser Band).

2. Experimentierende Praxis: Integrative Therapie wurde zunächst in kinder- und gerontherapeutischen Kontexten (Petzold 1965, 1969b) praktiziert. Das war ein weiterer Hintergrund – unsere therapeutische Arbeit als *narrative Praxis und Erzählbarkeit* (idem 1991c, Petzold, Orth 1985; McLead 1997), Arbeit mit unterschiedlichen künstlerischen Methoden und Medien: Drama, Poesie, Puppen, Märchen, Bewegung, Farben, Ton, Pantomime, Musik, Tanz (wir führten 1965 Begriff und Konzept der „kreativen Medien“ und der „intermedialen Arbeit“ in die Psychotherapie und Kunsttherapie ein). Auf dem Boden einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold 1993), der „*sich selbst zum Projekt macht*“, seine Vielfalt gestaltet, und auf der Grundlage einer „Hermeneutik des sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdrucks“ (idem 1988b), die „*Sinnerfassung fördert*“, sollte integrativtherapeutische und -agogische Arbeit zur Gesundung, Kreativierung, Persönlichkeitsentwicklung und Souveränität (idem 1998a) beitragen in „intermedialer Praxis“ (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993), die das „*Selbst als Künstler und Kunstwerk*“ sieht, wie es der Titel einer neueren Arbeit zum heilenden Potential „ästhetischer Erfahrung“ kennzeichnet (vgl. Petzold 1999q).

3. Problematisierende Reflexivität, Metahermeneutik: Petzolds und Siepers Studien u.a. bei Marcel und Ricoeur, aber auch bei Foucault und Deleuze – Merleau-Ponty und Derrida eröffneten Perspektiven zu Wegen in diesem Spannungsfeld – führte in problematisierende Auseinandersetzungen mit der Idee der Humanwissenschaften (Foucault 1963, 1966, 1971) und des Humanismus (der „Humanistischen“ Psychologie natürlich) und zu einem kritisch reflektierten Verständnis von hermeneutischem Selbst- und Weltverstehen, das wiederum metahermeneutisch, d.h. diskursanalytisch und dekonstruktivistisch bearbeitet werden muss (Petzold, Orth 1999; Parker 1999). In der ko-respondierenden Konsensfindung, einschließlich des *Konsenses über Dissens* (Petzold 1991e), wurde zunehmend die Bedeutung anderer Räume, der *Heterotopie* und des *Dissens* (Foucault), der *Andersheit*, der *Alterität* (Levinas), der *différance* als Herstellen von Unterschiedlichkeiten (Derrida) erkannt: für die eigene Identität, für den Umgang mit Fremdheit und Pluralität, für Transqualitäten in der Interkulturalität, für das beständige Wachsen von „*Sinnerfassungskapazität*“ (Petzold 1992a) und *Parrhesie*, d.h. offener, freier, wahrhaftiger Rede. So wurde es möglich, „*seminaire*“ Therapieideologeme wie „*bewusste Selbstverwirklichung*“ (Perls) zu der differenzierten Konzeption einer „*Sorge um sich selbst*“ (Foucault) und das „*Eintreten für den Anderen*“ (Levinas) auszuarbeiten oder den Versuch zu unternehmen, das *seminaire* Postulat einer Gestaltung gesellschaftlichen Lebens durch *psycho- und soziotherapeutische Arbeit* (Moreno) zu einer Konzeption engagierter Gemeinwohlorientierung (Bourdieu 1997) und in Richtung einer „*kritischen Problematisierung*“ als „*Kulturarbeit*“ (Petzold 1994c) und eines umfassenden Demokratieverständnisses (Derrida 2000) zu überschreiten bzw. an solchen Konzeptionen zu arbeiten (vgl. idem 1994c, Petzold, Sieper, Orth 1999 und dieser Band). Hier sind nicht nur theoretische Auseinandersetzungen angesagt, sondern auch praxeologische Wege – etwa zu einem „*kultivierten Altruismus*“, einer „*Hilfe in prekären Lebenslagen*“ (idem 2000h) und einer persönlichen und gemeinschaftlichen „*Lebenskunst*“ (Foucault).

Die Fragen um Hermeneutik und Metahermeneutik haben zu konkreten therapiepraktischen Konsequenzen geführt. Heute sind diese Ansätze ausgebaut in einem dif-

ferenzierten Konzept „narrativer Praxis“ (idem 1991a, 2000 b, e) und „ko-respon-dierender Therapie“ als Wege, um sich selbst und den Anderen in beständigen „Trans-gressionen“ bzw. „Selbstüberschreitungen“ (Petzold, Sieper, Orth, dieser Band) besser verstehen zu lernen (idem 2000 b, c). Dabei wurde dem *Polylog* und dem Konzept der „Andersheit des Anderen“ (Levinas) als Ergänzung des Konzeptes des „Mitseins“ (Marcel) gegenüber der Buberschen Dialogik des „Ich und Du“ der Vorzug gegeben (idem 1996k, 2000e), denn der Andere ist immer *vor mir*, ich kann nur *in seiner Spur* gehen: *Du, Ich*, Versuche der Ko-respondenz, Wertschätzung von Andersartigkeit (*alteri-té*), Sensibilität für *Dissens* und die Pluralität des eigenen und des anderen Selbst (idem 2000b; Rowan, Cooper 1999; Bakktin 1981).

4. Differentielle Therapie – ein strukturelles Implikat jedes integrativen Ansatzes – entstand weiterhin aufgrund der Arbeit mit verschiedenen Zielgruppen bzw. Klientensystemen in komplexen Zusammenhängen (z.B. „Therapieketten“ oder Verbund-systemen, Petzold, Scheiblich, Thomas 2000) und in der Konnektivierung von klinischer (krankheitsorientierter), agogischer (gesundheitsorientierter), soziotherapeutischer (gemeinwesenorientierter) und ästhetischer bzw. kulturkritischer Praxis – heute spre-chen wir von der Verbindung von *Pathogenese-* und *Salutogenese-*Perspektive (Petzold, Goffin, Oudhof 1993, Petzold, Steffan 2000, dieser Band) sowie der Verbindung von Per-sönlichkeitsentwicklung und Kulturarbeit (idem 2000b, Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000).

Das führte zum Konzept und in die Praxis einer „differenziellen und integrativen“ Humantherapie/Psychotherapie und Agogik *im Lebensverlauf und Lebenszusammen-hang* (Petzold, Sieper 1970, 1993), ein Novum in der Psychotherapie (vgl. oben *lifespan de-velopmental approach*, idem 1999b). Das ist ein sozialökologisch-systemischer Ansatz, was wenig zur Kenntnis genommen wird (vgl. Petzold 1974j, 293ff; 1998a; Ebert 2000 und einen unserer wichtigsten Texte zur IT: Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). In dieser Pra-xis in „*Kontext und Kontinuum*“ arbeiteten wir von Anfang an mit Kindern, Erwachse-nen, [drogenabhängigen] Jugendlichen, alten Menschen, ihren Netzwerken (Hass, Pet-zold 1999) und *Lebenslagen* (idem 2000h) sowie in verschiedenen Settings (Klinik, Am-bulanz, Therapeutische Wohngemeinschaften, Selbsthilfeprojekten, Therapieketten), immer im Bewusstsein, dass diese Arbeit im gesellschaftlichen Kontext stattfindet, des-sen **Diskurse** berücksichtigt werden müssen (Schuch, dieser Band; Petzold, Orth, Sieper, dieser Band).

5. Kritische Forschungsorientierung. Projekte im Bereich der empirischen klinisch-psychologischen und arbeitspsychologischen Forschung zu Überforderungserleben, Stress, nostalgischen Reaktionen (Petzold 1968b) brachten nicht nur ein Interesse an Fra-gen von „Psychotherapie und Arbeitswelt“, der Arbeit mit benachteiligten Schichten mit sich (Petzold, Heini 1983; Thomas 1985), sondern eine Orientierung auf das Paradigma pat-hogener und salutogener *Stimulierung*, Überforderung und Erholung, *stress physiology* und *wellness physiology*, Anspannung und Entspannung. Entspannungs- und be-wegungstherapeutische Methoden, psychophysiologisch fundierte Leibtherapie, z.B. **IDR** (Petzold, dieser Band, S. 367ff), wurden in der Integrativen Therapie wichtige Instru-mente (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Heini 1997), die mit einer differenzierten Ziel-struktur in *biomodalen* Langzeit- und Kurzzeit-Fokalbehandlungen (Petzold 1993p; idem, Leuenberger, Steffan 1998) eingesetzt und beforscht werden konnten (vgl. *Integrative Therapie* 3, 1997). Die Forschungsorientierung – Rezeption psychologischer, neuro-wissenschaftlicher, sozialwissenschaftlicher Forschung, Auswertung eigener For-schungsprojekte – wurde und wird in der Integrativen Therapie als wichtig erachtet (Stefan, Petzold 2000), besonders, um in der Psychotherapie eine gute Behandlungsqua-lität unter folgenden Kriterien zu entwickeln: *good practice* im Sinne sorgfältiger und er-folgreicher Therapien, *informed consent* für Patienten zu gewährleisten, *client welfare* zu sichern und *client dignity* zu respektieren (dieser Band, S. 388ff). Forschung kann und muss hierzu wesentliche Beiträge liefern, zumal in schwierigen Bereichen, „*prekäre Le-benslagen*“, wie in der Behandlung von Traumabelastungen (idem 1999i; *Bräutigam, Märten*, Petzold 2000; Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić, Steffan 2000).

Im vorliegenden Jubiläumsband wird eine große Studie zur Wirksamkeit **Integrativer Therapie** als **BPS-Modell** in dem Format wirkfaktorenorientierter *fokaler Kurztherapie* (idem 1993p, 314ff; Petzold, Steffan, Schuch 2000) aus der psychotherapeutischen Praxis publiziert (Petzold, Hass, Märten, Steffan, dieser Band). Sie bringt eine Menge interessanter Ergebnisse, die für die praktische klinische Behandlung und für die Ausbildung Relevanz haben. Gleichzeitig wird eine kompakte Übersicht über unsere verschiedenen Studien in der Ausbildungsforschung publiziert (Petzold, Steffan, dieser Band, S. 355ff). Es folgt eine Arbeit zur psychophysiologisch fundierten Integrativen Traumatherapie (dieser Band, S. 367ff), weiterhin eine Darstellung von Gesundheits- und Krankheitstheorie (Petzold, Steffan, dieser Band, S. 145ff) vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen zu Therapiezielen, Wirkfaktoren und Wirkprozessen (Märten, Petzold 1998; Petzold, Steffan, Schuch 2000; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Schuch bietet mit einer Gesamtsicht der Integrativen Therapie (dieser Band) Aspekte, die wiederum in einen *metakritischen Diskurs* gestellt werden, der in *transversalen Querungen* von vielfältigen Wissensbeständen und Praxen *Überschreitungen* möglich macht (Petzold, Orth, Sieper, dieser Band, idem 1994c, 1996j). Dabei wird die starke Konnektivierung der durchmessenen Bereiche deutlich. Anders als von Grawe (et al. 1994) angenommen, dass nämlich die Theorie für die Wirkung von Psychotherapie keine erhebliche Rolle zu spielen scheint, zeigt sich für die *Integrative Therapie*, dass z.B. ihre theoretische Betonung der Beziehungsdimension sich in der Praxis der Ausbildung unmittelbar niederschlägt: die von Lehrtherapeuten/Ausbildern erfahrene Wertschätzung wird von den AusbildungskandidatInnen in den Untersuchungen besonders hoch geschätzt. Genau diese Qualität geben die so Ausgebildeten aber auch weiter, denn bei den von ihnen behandelten Patienten wird die gleiche wertschätzende Haltung erfahren und sehr positiv bewertet. Neben der deutlichen und katamnestisch stabilen Symptomreduktion – *klinisch-kurative* Perspektive – werden Steigerungen von Lebensqualitäten erreicht – *salutogenetische* Perspektive –, auf die in der theoretischen Konzeption Wert gelegt wird. Die Leiborientierung (Petzold 1988n) der Integrativen Therapie schlägt sich in positiven Veränderungen von Körperbildern nieder, Lebenslagen- und Netzwerkorientierung (Hass, Petzold 1999; idem 2000h) in Veränderungen der Kommunikations- und Netzwerkqualität, und das, obwohl die TherapeutInnen die kommunikative Kompetenz ihrer PatientInnen schlechter einschätzen als diese selbst und auch die Therapieerfolge von den TherapeutInnen zurückhaltender beurteilt werden als durch die befragten Angehörigen und von den PatientInnen. Das muss zu Korrekturen in der theoretischen Konzeptualisierung der therapeutischen Partnerschaft (dieser Band, S. 388ff), in der Behandlungspraxis und in der Ausbildung führen: positivere Verhal-

tenserwartungen und Kompetenzattributionen könnten die guten Ergebnisse noch verbessern. Auch an einen noch aktiveren Einbezug der Netzwerke/Konvois könnte gedacht werden oder eine Intensivierung *bimodaler* Behandlungen (Petzold 1993p) – z.B. durch zusätzliche Lauftherapie oder IDR-Entspannungstherapie –, um Schmerzbereiche und negativ besetzte Leiblichkeit noch stärker in positiver Weise zu beeinflussen, als dies ohnehin schon geschehen ist. Die Ergebnisse der Untersuchung, die derzeit repliziert wird (mit einer Kontrollgruppe medikamentenbehandelter PatientInnen), sprechen für den Einsatz *integrativer, methodenübergreifender* Behandlungsansätze mit ihrem breiten und flexiblen Interventionsinstrumentarium in der psychotherapeutischen Praxis, weil das Setting – anders geartet als in Einrichtungen klinischer Forschung, aus denen die Mehrzahl der Studien in der Psychotherapieforschung stammt – vom Praktiker einen ständig wechselnden Einsatz verschiedener *Kompetenzen* (Wissen, Fähigkeiten) und *Performanzen* (Können, Fertigkeiten) verlangt.

Bei all diesem setzen wir 1. auf die *Selbstregulationskräfte des Organismus: natura sanat*, 2. auf die *Selbsteilungskräfte und Entwicklungspotentiale des Subjekts: persona sanat* und 3. auf das heilende und fördernde *Potential der zwischen- bzw. mitmenschlichen Beziehung*, der Anthropophilie, der Menschenliebe: *humanitas sanat*.

Wir hoffen, mit diesem Jubiläumsband einen innovativen und anregenden Beitrag zum *konnektivierenden Diskurs* von Theorienbildung, Praxeologie, Forschung und kulturkritischer Metareflexion (idem 1994c, 1996j; Petzold, Orth 1999) in der **Integrativen Therapie** unserer **Orientierung** und in der Bewegung des „**neuen Integrationsparadigmas**“ geleistet zu haben, der zu *Transgressionen* anregt.

Literatur:

In diesem Literaturverzeichnis werden Texte, die neuere Entwicklungen aufzeigen und für die *Integrative Therapie* besondere Bedeutung haben, mit einem Asteriskos * gekennzeichnet, Basistexte mit **. Weitere in diesem Beitrag zitierte Literatur findet sich in den Literaturverzeichnissen von Petzold in diesem Band.

- Baumann, U., Perrez, M. (1998): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Huber, 2. Vollst. Überarb. Aufl.
- Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstands gegen die neoliberale Invasion. Konstanz: Universitätsverlag.
- Bourdieu, P. et al. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Universitätsverlag.
- Brütigam, B., Märrens, M., Petzold, H.G. (2000): Leitgedanken für Eltern und Angehörige traumatisierter Kinder. In: van der Kolk et al. (2000) 425-443.
- Brummund, L., Märrens, M. (1998): Die vierzehn Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten, in: Petzold (1998h) 448-464.
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ebert, W. (2000): Supervision und Systemtheorie. Opladen: Leske + Budrich (im Druck).
- Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention. Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.
- Foucault, M. (1963): Archéologie du savoir. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1971): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt: Suhrkamp.
- Graue, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- *Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märtens* (1999a) 193-272.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome, *Integrative Therapie* 3, 16-330.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (2000): Klinisch-Psychologische Forschung. Ein Praxis-Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- *Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000): Problematische Therapie mit alten Menschen in „Präkären Lebenslagen“ – Client dignity? in: Märtens, M., Petzold, H.G. (Hrsg.): *Therapieschäden*. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- **Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Paris; auszugsweise dtsh. in: (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratic et éducation corporelle comme intégration. Paris: Institut St. Denis; auszugsweise dtsh. in: (1992a) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1972a) (Hrsg.): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann., 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. 1977.
- Petzold, H.G. (1972f): Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes kathathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama. Kassel: Nicol.
- **Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: *Petzold, H.G.* Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann, 285-404; revid. in (1988n) 5.59-172.
- **Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- **Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- **Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responzenmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitlichkeiten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen, in: (1991a) 333-395.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, in: (1992a) 927-1040.
- **Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ – Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie in: *Gestalt* (Schweiz) 20, 1994, 6-28 und *Hermer, M.* (Hrsg.), *Die Gesellschaft der Patienten*, dgvt, Tübingen 1995, 143-174.
- Petzold, H.G. (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke, Junfermann, Paderborn.
- **Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße, *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- **Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995), *Integrative Therapie* 2/3, 319-349.
- **Petzold, H.G. (Hrsg.), *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Ein Handbuch, Band I, Junfermann, Paderborn 1998a.
- *Petzold, H.G. (1998f): Konnektivierung, Integration, Pluralität – Auswirkungen der Moderne auch im psychotherapeutischen Feld, *Gestalt* (Schweiz) 33, 26-64
- Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz) 34, S. 43-46.
- Petzold, H.G. (1999i): Body Narratives. Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus der Sicht der Integrativen Therapie, *Integrative Bewegungstherapie* 1, 4-30; repr. *Energy and Character* Jg. 2000.
- *Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft, *Integrative Therapie* 4, 338-393
- **Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk – Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. *Kunst & Therapie* 1-2, 105-146.
- **Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen. Im Internet zugänglich unter: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt>
- Petzold, H.G. (2000e): Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie oder integrative Wege hermeneutischer Existenzauslegung? Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen. Im Internet zugänglich unter: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt>
- **Petzold, H. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung der „Integrativen Therapie“ (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen. DGfK-Mitgliederrundbrief 2 u. 3, 2000. Im Internet zugänglich unter: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt>

- **Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994a):** Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, in: *Petzold (1994j)* 491-646.
- **Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993):** Protektive Faktoren und Prozesse – eine „positive“ Perspektive in der longitudinalen „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper (1993a)* 173-266
- Petzold, H.G., Heintz, H. (1983) (Hrsg.):* Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann.
- *Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998)** Ziele in der Integrativen Therapie, in: *Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), Therapieziele*, Hogrefe, Göttingen (1998) und erw. in: *Petzold (1988h)* 142-188.
- **Petzold, H.G., Mürtens, M. (Hg.) (1999a).** Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich; Bd. II, 2000.
- **Petzold, H.G., Orth, I. (1990a):** Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- **Petzold, H.G., Orth, I. (1999a).** Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999):** Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. In: *Petzold, Orth (1999)* 15 – 66.
- *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000):** *Transgressionen 1 – das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche, Zu unserer Arbeit an einem transversalen Verständnis und einer konnektierenden Praxis von Therapie und Agogik, dieser Band.*
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972):* Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter kathartischer Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold (1972a)* 232-241.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000):* Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit, in: *Uchtenhagen, A., Ziegler, W. (Hrsg.), Suchtmedizin München u. Jena: Urban & Schwarzenberg, S. 322-341.*
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970):* Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a):* Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann, , 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000):* Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ (Charta Colloquium I), dieser Band.
- Petzold, H. G., Steffan, A., Schuch, W. (2000):* Wirkprozesse und Wirkfaktoren: Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und vor dem Hintergrund des Menschen- und Weltbildes in der „Integrativen Therapie“ und der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ (Charta Colloquium II), Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen. Im Internet zugänglich unter: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt>
- **Petzold, H. G., Wolf, H.U. et al. (2000):** „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“, in: *van der Kolk et al. (2000)* 445-579
- Sponzel, R. (1995):* Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie. Erlangen: IPPT.
- Thomas, G. (1986):* Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B, McFarlane, A., Weisaeth, L. (2000):* Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann.

Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“

Hans Waldemar Schuch, Plettenberg/Dortmund*

Vorrede

Ich möchte mit dieser Arbeit in die Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Therapie“ einführen, wie es in den vergangenen dreißig Jahren entwickelt wurde (Petzold 1974, 1992), in einer Bewegung, die als das „Integrationsparadigma“ in der modernen Psychotherapie gekennzeichnet wird. Diese Skizze zeigt „Mut zur Lücke“. Sie kann mit Blick auf das umfangreiche Werk von *Hilarion Petzold* und der Kolleginnen und Kollegen, die an der Entwicklung des Verfahrens mitarbeiten, und auf den *biopsychosozialen* Wissensfundus von Psychotherapie, der immer wieder kritisch/metakritisch reflektiert werden muss, nur punktuell und exemplarisch erfolgen. Der Leser kommt wohl nicht ohne ein gewisses Maß an Leidensfähigkeit aus. Ihm kann leider nicht erspart werden, einigen theoretisch durchdringenden, zum Teil definitorischen Gedankengängen zu folgen. Es versteht sich von selbst, dass mehr Fragen angeregt als beantwortet werden.

Diese Arbeit ist Ergebnis einer Reihe von Vorträgen. Stellenweise habe ich bewusst den Vortragscharakter, auch gelegentlich eingestreute Bewertungen beibehalten, um das Diskursive und Narrative psychotherapeutischer Theoriebildung im Integrativen Ansatz nicht hinter einer verdinglichenden Darstellungsweise verschwinden zu lassen. Mir geht es dabei nicht um das Ersetzen einer problematischen Wahrheit durch eine andere, angeblich bessere, sondern letztlich darum, zu exzentrischem, kritischem Denken über psychotherapeutische Theorie und Praxis anzuregen.

1. Zur Situation des Integrierens in Deutschland

Gestatten Sie mir aus aktuellem berufspolitischem Anlass einige kritische Anmerkungen zur Situation des Integrierens in der Psychotherapie. Für jemanden, der in der Klinik arbeitet, ist die Integration von psychotherapeutischen Verfahren regelmäßig Alltag. Die Klinik

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen, in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI), Düsseldorf.

ist in der Regel nicht auf ein Verfahren beschränkt. Immer am therapeutischen Ergebnis orientiert, hat sie es gelernt, die Psychotherapie als ein weites Feld anzusehen, in dem es nur ratsam ist, verschiedene Zugänge zum Patienten zu beschreiten. Wir finden dort z.B. neben der Psychotherapie im engeren Sinne, u.a. Körpertherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Arbeitstherapie, Reittherapie, Paartherapie, Sozialtherapie etc.; all dies aus gutem Grund.

Für die Psychotherapie, die in psychotherapeutischen Praxen erbracht wird, soll seit Anfang dieses Jahres nach Vorschrift des deutschen Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) der bewährte methodenpluralistische Zugang zum Patienten offenbar nicht mehr gelten. Die Psychotherapie wird nicht mehr als ein weites Feld angesehen, in dem vielfältige „Wege zum Menschen“ (Petzold 1984) gesucht werden können, sondern sie wird auf die Ausübung bestimmter Verfahren eingeschränkt und begrifflich an sie gebunden. Per Gesetz sind nur noch „zweieinhalb“ Richtungen der Psychotherapie berufs- und sozialrechtlich lizenziert: Die Psychoanalyse samt ihrem „Abkömmling Tiefenpsychologie“ einerseits, die Verhaltenstherapie andererseits. Nur noch Vertreter dieser Verfahren, in Kombination mit dem Studium der Medizin oder der Psychologie – sowie eingeschränkt auf das Feld der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch Pädagogen – haben das Recht, sich „Psychotherapeut“ zu nennen. Allen anderen wurde dies damit abgesprochen, auch wenn sie bereits jahrelang psychotherapeutisch arbeiteten.

Eignet diesen Verfahren allein Wissenschaftlichkeit? Sind damit alle anderen zu Scharlatanen geworden, wie in der Begleitmusik zum Gesetz aufgespielt wurde? Was ist mit den Vertretern anderer, in der Praxis bewährter Psychotherapieverfahren und den psychotherapeutisch ausgebildeten Absolventen anderer humanwissenschaftlicher Studiengänge? Sie sind neben den Patienten, denen das Recht der freien Psychotherapeuten- und Verfahrenswahl genommen worden ist, die „Verlierer des Gesetzes“ (Geuter 1999). Ihnen wurde per Gesetz nicht nur die Existenzgrundlage entzogen, sondern auch noch die Identität genommen: Sie haben sogar ihre Berufsbezeichnung eingebüßt. Angesichts des international pluriformen Erscheinungsbildes von Psychotherapie (Stricker/Gould 1993), die Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht lediglich zweier, in vielfacher Hinsicht deutlich begrenzter, in sich überaus heterogener und widersprüchlicher psychotherapeutischer Schulbildungen (Pine 1990; Hoffmann/Schüßler 1999) zu definieren – Grawe (Grawe et al. 1994) sprach bezeichnenderweise von „Konfessionen“ – hat etwas davon, die Erde wieder (zumindest für Deutschland) zur Scheibe zu erklären. Kriz (1998), Vertreter systemtheoretischer Perspektiven in der Psychotherapie, die bis dahin ebenfalls von der wissenschaftlichen Anerkennung ausgeschlossen sind, zeigte sich, wie er selbst ausführte, „als

Optimist“ unverdrossen überzeugt, dass langfristig auch Deutschland wieder den Anschluss an die internationale Weite geistiger Fundamente und Lebensformen finden wird und die derzeitige Lokalposse (bzw. -tragödie) bis dahin nicht unbegrenzten Schaden – wenn auch absehbar leider viel zu viel – anzurichten vermag.

Wie peinlich auch immer sich die Situation der Psychotherapie in Deutschland des Weiteren darstellen mag, die Zeit der psychotherapeutischen Schulen ist abgelaufen. Die Zeichen der Zeit stehen eindeutig auf Methodenintegration. Es regiert das „neue Integrationsparadigma“ (Petzold 1982). Vielerorten hat man mittlerweile begonnen, die Methoden der Psychotherapie „jenseits des Schulenstreits“ zu diskutieren (Pieringer 1994), Psychotherapieverfahren zu kombinieren (Senf/Broda 1997), allgemeine (Grawe 1998; Wagner/Becker 1999) oder integrative (Fiedler 2000) Modelle von Psychotherapie zu entwerfen, zu beschreiben oder zumindest davon zu reden. Die empirische Untersuchung psychologischer und ärztlicher psychotherapeutischer Praxis zeigt jedenfalls die psychotherapeutische Praxis jenseits aller sozialrechtlichen, berufspolitischen, ideologischen oder konfessionellen Vorgaben tatsächlich von Methodenvielfalt gekennzeichnet (Andritzki 1999). Dies spricht für die grundlegende Evidenz psychotherapeutischer Praxis. Das Integrieren, so realitätsgerecht und zukunftsweisend es auch vorkommen mag, verläuft indessen keineswegs problemlos. Auch die begrüßenswerten Integrationsversuche verdienen einen kritischen Blick. Senf & Broda (1999, 2) sehen sicherlich viel zu voreilig die sogenannten Schulenstreitigkeiten bereits zunehmend zurücktreten zu Gunsten einer größeren Methodentransparenz und zu Gunsten von Ansätzen zur Kombination bzw. Integration verschiedener Therapieansätze. Eine Problematik fällt dem Chronisten sofort ins Auge: Bevorzugte Stilmittel des psychotherapeutischen Integrierens in Deutschland scheinen Ignorieren und Ausgrenzen – sozusagen archaische Abwehrmechanismen – zu sein. Vorhandene Ansätze werden häufig wider besseres Wissen einfach verschwiegen, es werden unberechtigte oder unzutreffende Angaben über die Einzigartigkeit von Ansätzen gemacht (Grawe 1999; Oerter et al. 1999; Fiedler 2000).

Ein besonderes Kapitel liefert traditionell die Zunft der Psychoanalytiker. Bekanntlich bedienen sie sich fleißig in fremden Ansätzen – so haben die Psychoanalytiker in den letzten Jahren u.a. den „Körper“ (Grunert 1977) entdeckt, die „Intersubjektivität“ oder den „therapeutischen Prozess als schöpferische Beziehung“ (Psyche 9, 10, 1999). Ist es ihre konfessionsartige, selbstbezügliche Organisationskultur, die sie dazu zu zwingen scheint, jede Thematik stets so hinzustellen, als seien sie nur aus eigenen Quellen schöpfend, darauf gekommen? Nichtpsychoanalytische Referenzen sucht man in Literaturlisten psychoanalytischer Publikationen meist vergeblich. Ohne Zweifel ein

wissenssoziologisches Unding, um so verwunderlicher, wenn man zufällig persönlich mitbekommen hat, wie es zu manchem Wissenstransfer gekommen ist. Ein Kuriosum von geradezu historischer Dimension, die man z.B. bis zu *Freuds* Darstellung seiner philosophischen Rezeption, insbesondere von *Nietzsche* und *Schopenhauer* zurückverfolgen kann (*Schuch* 1999). Auf der einen Seite finden die Psychoanalytiker außer über die Identifikation mit dem Werk *Freuds* kaum noch einen gemeinsamen Grund (*Thomä* 1991). Dies gilt entsprechend für ihre Abkömmlinge. So, wie es sich darstellt, liegen die Gemeinsamkeiten psychodynamisch/psychoanalytisch orientierter Psychotherapie lediglich in einem offenbar mehr oder minder beliebigen Bezug zur psychoanalytischen Theorie (*Hoffmann/Schüßler* 1999). Der überaus vage Oberbegriff „Tiefenpsychologie“ muss strenggenommen als Chiffre einer wissenschaftstheoretischen Nebelzone angesehen werden, in der zahlreiche, z.T. inkompatible Ansichten und Praktiken gepflegt werden und mindestens vier Psychologien (*Pine* 1990) vorzufinden sind. Auf der anderen Seite strotzen Auseinandersetzungen der Psychoanalytiker um die Reinheit ihrer Lehre von Feindbildern (*Rohde-Dachser* 1990) und werden im Stil pathologisierend und geradezu rufmörderisch geführt, wie kürzlich erst *Bauriedl* (1998) versus *Moser* (1999) wieder einmal vorführte. Ebenfalls ein Verhalten mit Geschichte, wenn man auf den üblichen Umgang mit psychoanalytischen Innovatoren denkt, um mit *Ferenczi* (*Haynal* 1989; *Schuch* 1994) nur den vielleicht hervorragendsten zu nennen, den der Bannstrahl der Orthodoxie traf. Das Vorwort abschließend wäre anzumerken: Im neuen Integrationsboom geht es offenbar immer noch weniger um wissenschaftliche Redlichkeit, fachlichen Austausch, ganz zu schweigen etwa von Kollegialität, sondern vielmehr darum, die Reihen zu ordnen, konkurrierend Positionen zu besetzen, „claims“ abzustecken und sich mitbewerbende Kollegen aus dem Feld zu schlagen oder zur Aufgabe ihrer Überzeugungen und vermittels „Nachqualifikation“ zur Konversion zu zwingen. Hier hat sich zweifellos noch eine durchlässige, tolerante, gedeihliche Integrationskultur zu bilden. Ansätze sind bereits zu erkennen (*Psychotherapeut* 6, 1999).

2. Begriff und Begründung der Integrativen Therapie

Paradoxon

Paradoxerweise führen in Deutschland die gesellschaftlichen Vorgaben dahin, die schulenübergreifende Orientierung „Integrative Therapie“ in Form einer klar erkennbaren, von anderen Schulen abgegrenzten, psychotherapeutischen Schule zu etablieren. Denn, um

heutzutage in Deutschland als Verfahren der Psychotherapie wissenschaftlich und berufsrechtlich anerkannt zu werden, ist man leider gezwungen, sich als geschlossenes, kohärentes Verfahren darzustellen. *Integrative Therapie* als Name einer geschlossenen „Schule“ der Psychotherapie bildet selbstverständlich einen Widerspruch in sich. Das „Integrationsparadigma“ (Petzold 1982; Norcross/Goldfried 1992) steht eigentlich für Offenheit und Entwicklung und nicht für die Geschlossenheit einer „Schule“. Zumal das Integrieren etwas voraussetzt, das integriert werden soll. Die Integrative Therapie hatte nie den Anspruch – wie er etwa von Grawe (1998) erhoben wird –, die vorhandenen Grundrichtungen der Psychotherapie sozusagen aufzuheben, um sich als Über-Therapierichtung darzustellen, sondern sie will allgemein und grundsätzlich zur reflektierten, problemorientierten, situativ und relational bestimmten Psychotherapie, die sich durch Rezeption solider empirischer Forschung fundiert, anregen. Dazu bedarf es allerdings integrativer Perspektiven. Wenn der Integrative Ansatz allerdings soweit ausgeführt wird, dass er letztlich auch das therapeutische Handeln im Einzelfall steuert, ist die Frage, ob er nicht – trotz gegenteiliger Beteuerung – auf die Begründung einer eigenen Therapieschule hinausläuft (Schulte 1999, 378).

Integrative Therapie, ein eigenständiges Psychotherapieverfahren

Unter den heute im europäischen Raum bestehenden Richtungen des Integrierens ist die *Integrative Therapie* die wohl älteste und eine der elaboriertesten, dies sowohl in theoretischer als auch praxeologischer Hinsicht. Als theoriegeleitete Verbindung von verschiedenen Methoden und Medien im Rahmen eines konsistenten *Verfahrens* (Petzold 1988, 343) hat sie seit den 70er Jahren eine originelle, klar identifizierbare Praxis. Aus anderer Perspektive – z.B. gemessen an der über hundert Jahre alten Psychoanalyse (Freud sprach 1896 zum ersten Mal von „Psychoanalyse“) –, handelt es sich bei der Integrativen Therapie um ein eher junges Verfahren der Psychotherapie. Für das jugendliche Alter können sich die Ergebnisse allerdings bereits sehen lassen; z.B. aufgrund von wissenschaftlicher Begleitforschung sowie zahlreichen Publikationen ist sie vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V. als „wissenschaftliche und klinisch ausgewiesene psychotherapeutische Behandlungsmethode“ anerkannt (Hellfrisch 1998).

Anmerkung: Die Anerkennung nach dem PsychThG wird aber, wie auch die zahlreicher anderer „kleiner“ Psychotherapieverfahren, allerdings auch einer der „großen“ international anerkannten und sehr gut beforschten, der Gesprächspsychotherapie, vorerst abgeschmettert, weiterhin angestrebt. Auch wenn die Hürden immer höher gesetzt werden, weil man offenbar die vorhandenen Monokulturen vorzieht, um Territorien und Besitzstände und insbesondere ihre Zugänge zu den „Töpfen“ zu verteidigen. Das Verfahren ist in Österreich unter der Bezeichnung „Integrative

Gestalttherapie“ staatlich anerkannt und wird im Rahmen des Diploms „Psychotherapeutische Medizin“ der Österreichischen Ärztekammer in Zusammenarbeit mit der Donau-Universität Krems gelehrt. Es wurde in der Schweiz und wird wahrscheinlich in Slowenien demnächst anerkannt. Ich denke, dahin wird es früher oder später in Deutschland auch kommen.

In Deutschland wird das Verfahren an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG)“ gelehrt. Es gibt europaweit kooperierende Institute, in denen das Verfahren gelehrt wird, u.a. in Norwegen, den Niederlanden, Österreich, Schweiz, Slowenien, Kroatien, Serbien, Griechenland, Neuseeland, Italien/Südtirol. In Deutschland gibt es derzeit 15 Regionalinstitute in diesem Verfahren.

Der Integrative Ansatz ist ein Kind der 60er Jahre

Die *Integrative Therapie* ist ein Kind der 60er Jahre. Sie atmete den Geist kritischer Aufklärung, des Experimentellen, der Erlebnisentdeckung, des Innovativen. Sie wurde als Ansatz von *Hilarion Gottfried Petzold* Mitte der 60er Jahre begründet und ist von ihm und Mitarbeitern seit dieser Zeit beständig weiterentwickelt worden (*Petzold* 1988, 1993; *Petzold/Sieper* 1993).

Anmerkung: Nun wäre es sicherlich ungewöhnlich, wenn ein junger Mann sich hinstellte, um förmlich zu beschließen, „ich begründe jetzt ein schulenübergreifendes Psychotherapieverfahren“, und so ist es auch damals nicht gewesen. Bei allen vielversprechenden Anfängen war nicht abzusehen, dass aus den frühen Entwicklungen ein solch umfangreiches und beeindruckendes Werk resultieren würde. Richtig und wichtig ist für die historische Würdigung, dass bereits in den ersten Schriften von *Petzold* der Integrationsgedanke eine tragende Rolle spielte. *Petzold* praktizierte damals bereits, was er später „konnektivierendes“ und „transversales Denken“ nannte.

Die *Integrative Therapie*, die ich hier vorstelle, wurde ausdrücklich als Entwurf, als ein Konzept und Modell des Integrierens begründet – durchaus mit dem Blick auf die integrierenden Arbeiten von *Pierre Janet*, *Maurice Merleau-Ponty*, *Georges Politzer*. Bezeichnenderweise bildet die „heraklitische Spirale“ das Symbol für die integrative Orientierung, sieht sich die *Integrative Therapie* entsprechend dem „*panta rei*“ *Heraklits* in fortwährender Entwicklung, nicht zuletzt auch als Einladung zur Mitarbeit an ihrer Weiterentwicklung. Die *Integrative Therapie* stellt keinen Vollkommenheitsanspruch. Sie vertritt vielmehr mit *methodischer Konsequenz eine Unfertigkeit*, die diejenigen, die sich ihr zuwenden, zur Auseinandersetzung zwingt, zur Differenzierung und Integration ihres eigenen persönlichen Vorwissens mit den Angeboten und Konzepten. Sie regt zur Weiterarbeit an. Die Begründung der *Integrativen Therapie* passierte im Laufe der Zeit mehrere Phasen des Selbstverständnisses, u.a. im Hinblick auf *Psychodrama* und *Gestalttherapie*, was nicht zuletzt heute noch daran zu erken-

nen ist, dass das Verfahren im „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“ gelehrt wird. *Friedrich Solomon Perls* (1893-1970) war der Begründer der Gestalttherapie.

Warum „Integrative Therapie“?

Ausgangspunkt für die Begründung des Konzepts und Modells einer Integrativen Therapie war insbesondere die Überzeugung, dass Psychotherapie ein überaus komplexer Gegenstand ist, der einer ebenso differenzierenden wie umfassenden Perspektive bedarf, auf dem Hintergrund von:

- ▶ zum einen persönlich unbefriedigender Erfahrungen mit monothematisch geprägten und methodenmonistisch praktizierten Psychotherapieverfahren, insbesondere der Psychoanalyse, aber auch der Gestalttherapie, der Verhaltenstherapie, der Bioenergetik und vieler anderer Verfahren;
- ▶ zum anderen wissenschaftlich-theoriekritischem Problembewusstsein, z.B. die Feststellung, dass jede einzelne der traditionellen Therapierichtungen nur Teil-Erkenntnisse über den Menschen, seine Entwicklung, Persönlichkeit, Gesundheit und Krankheit entwickelt oder berücksichtigt haben.

Einzelne monothematische und methodenmonistische Therapierichtungen sind zwar nachweislich in der Lage, spezifische und unspezifische therapeutische Wirkfaktoren zu mobilisieren, sie weisen aber in der Regel Defizite in der Indikation sowie insgesamt erhebliche Einseitigkeiten und Lücken auf. Ich erinnere hier an einen psychoanalytischen Integrator, der nicht nur vielbeachtete Beiträge zur psychosomatischen Medizin (*Alexander* 1985) geleistet, sondern der darüber hinaus bereits früh die Technik der Psychoanalyse metatheoretisch diskutiert (*Alexander* 1921, 1925, 1937) und im Hinblick auf therapeutische Faktoren analysiert hatte (*Alexander* 1950): *Franz Gabriel Alexander* (1891-1964). *Alexander* hatte in einem Vortrag vor dem „New York Medical Board“ über die Indikation der Psychoanalyse (*Alexander* 1944) die Zuhörer mit der Äußerung provoziert, sinngemäß, die Indikation der Psychoanalyse, als Standardtechnik ausgeübt, sei leicht zu definieren: Man müsse nur die Patienten suchen, die zur Methode passen (*Alexander* 1944, 319). *Alexander* wurde für seinen eigenen Beitrag zur Technik der Psychotherapie (*Alexander* 1957) typischerweise von der psychoanalytischen Orthodoxie in eine Revisionsdebatte hineingezogen, die sein Werk verdunkeln sollte. *Ralph Greenson*, nicht im Verdacht die psychoanalytische Orthodoxie zu provozieren, kam rund dreißig Jahre später im Hinblick auf die Analysierbarkeit von Patienten mit anderen Worten zur gleichen Ansicht: Er sprach von „der Begabung des Patienten in Bezug auf die Erfordernisse der psychoanalytischen Therapie“ (*Greenson* 1975, 67).

Nicht zuletzt hat der Entwurf der Integrativen Therapie den Geist der 60er Jahre auch in der Hinsicht geatmet, dass er eine klar der Auf-

klärung verpflichtete, wissenschafts- und gesellschaftskritische Position eingenommen hat und sich für ein gesellschaftliches Engagement ausspricht. Insbesondere französische Denker wie *Politzer, Deleuze, Guatari, Derrida, Lyotard* haben sich gegen das Diktat umfassender Dogmatiken und totalisierender Metaerzählungen gewandt. Denker wie *Ricoeur, Gadamer, Habermas* haben die diskursive Qualität der Generierung von Wissen aufgezeigt.

Integrative Therapie leitet aus wissenschaftstheoretischen und gesellschaftskritischen Quellen u.a. ihren programmatischen Prozesscharakter her; sie bleibt ausdrücklich „Entwurf“. Dem folgend werden in der Integrativen Therapie in Korrespondenzprozessen immer wieder aufs Neue, auf Grund von Konsens- und Dissensfeststellungen „Konzepte auf Zeit“ zu erarbeiten sein, gültig für konkrete Diskursgemeinschaften bzw. Konsensgesellschaften.

Integrative Therapie wird in diesem Sinne als Konzept gesehen, das mit seiner Methodologie ein Modell ko-kreativer und metareflexiver Generierung von Wissen und Praxis darstellt, ein Modell von genealogischer Rekonstruktion (*Foucault*) und entwerfender Gestaltung, dem aufgegeben ist, sich stets auf mehreren Ebenen selbst, nicht zuletzt im Hinblick auf eigene, latente Strukturen zu reflektieren (*Luhmann* 1991, 1992).

Der Integrative Ansatz ist Antwort auf geänderte Lebensbedingungen

Die postmoderne Lebensvielfalt führt heutzutage zu Lebenserfahrungen und Persönlichkeitsverfassungen, die etwa im Rahmen der Persönlichkeitstheorie von *Pierre Janet* (1859-1947), des Begründers der psychologischen Analyse, als pathologisch einzuordnen wären: *Janet* konnte in seiner Psychologie die normale Persönlichkeit noch als durchgängig integrierten Zusammenhang entwerfen (*Ellenberger* 1996). Im Zeitalter der Postmoderne leben die Individuen in einer explodierenden Vielfalt von Konsum- und Lebensstilmilieus (*Metzma-cher/Zaepfel* 1998, 331). Deshalb fällt es den Individuen heutzutage schwer, sich die erlebte Welt noch als eine einheitliche Welt darzustellen. Und es fällt ihnen schwer, sich in dieser Uneinheitlichkeit als sinnvolle Einheit zu erfahren und zu verhalten. Der Normalfall, mit dem die Individuen klar kommen müssen, scheint eher durch Differenzierung, Facettenbildung, Spaltung und Desintegration gekennzeichnet. Erfahrungsgemäß bilden heutzutage Fragen des Lebenssinns und Lebenswerts im Verein mit Identitätsproblemen, Bedrückung, Stress und Angst sowie die untauglichen Selbstheilungsversuche, nämlich Sucht, Grenzverletzung und Gewalt – Übergriff und Gewaltausübung als Möglichkeiten, sich vorübergehend wieder mächtig und „ganz“ zu fühlen – die Hauptthematiken der Psychotherapie.

Zu den Hauptaufgaben der Psychotherapie zählt heute daher, Patienten zu verhelfen, pluriformes Leben und Erleben zu ertragen, „prekäre Lebenslagen“ (Petzold 2000h) zu bewältigen und sinnvoll zu strukturieren, Identität, Lebenswert und Lebenssinn zu realisieren und auf dem „Meer der Weltkomplexität kompetent navigieren zu können“ (Müller/Petzold 1998, 1999; Petzold/Ebert/Sieper 1999). Die heutigen Hauptthematiken der Psychotherapie unterscheiden sich deutlich vom klassischen Thema der Psychotherapie, der Unterdrückung des Gefühlslebens und insbesondere der Sexualität durch kulturelle Konvention, der darin begründeten Konflikte samt ihrer symptomatischen bzw. neurotischen Bewältigungsstrategien, wie es sich etwa zu seiner Zeit dem Begründer der Psychoanalyse, Sigmund Freud (1856-1939), darstellen konnte.

Um die Vielschichtigkeit und Unüberschaubarkeit individueller Lebensvollzüge noch einigermaßen angemessen zu erfassen und zu verstehen, ist einerseits konzeptuelle und methodische Pluralität und damit *Mehrperspektivität* erforderlich. Andererseits sind Integrationsleistungen zu vollbringen und zu befördern. Integration bezeichnet die Konnektivierung von Differenzen, die Herstellung, Entwicklung und Erneuerung eines Ganzen, ohne auf Kosten der Vielfalt und Komplexität zu vereinheitlichen und zu vereinfachen. Da der Integrationsgedanke von der Vielfalt, Komplexität und Prozessualität sich zunehmend ausdifferenzierender Lebenswirklichkeiten ausgeht, können realistische Integrationsversuche nicht dahin zielen, diese Lebenswirklichkeiten romantischerweise wieder zu stabilen, zu gemütlichen, kleinen, überschaubaren Einheiten zu verschmelzen und unbequeme, störende, disparate Wirklichkeiten zum Zweck der Harmonisierung auszublenden. Dies liefe auf Eskapismus hinaus und würde früher oder später der Enttäuschung anheimfallen (Schuch 1988). Vielmehr besteht im Angesicht der auseinander fallenden Lebensrealisationen, der Risiken von „prekären Lebenslagen“ die Aufgabe darin, immer wieder aufs Neue, zu neuen, differenzierenden Sinnbildungen anzuregen und die Bildung hinlänglich enttäuschungsfester Werte zu fördern – Werte nicht für die Ewigkeit, aber für überschaubare Zeithorizonte.

3. Zwei Gleise der Entwicklung der Integrativen Therapie

Die Entstehung und Entwicklung der Integrativen Therapie ist zweigleisig vonstatten gegangen. Zum einen wurde die Integrative Therapie als praktisches Verfahren entwickelt aus Elementen der „aktiven“ und „elastischen Psychoanalyse“ der ungarischen Schule der Psychoanalyse (Sandor Ferenczi), der „Gestalttherapie“ (Friedrich

Salomon Perls), dem „Psychodrama“ (Jacob L. Moreno), dem „Therapeutischen Theater“ (Vladimir N. Iljine) sowie der „Leib- und Bewegungstherapie“ (Petzold 1988) und der „Verhaltensmodifikation“.

Zum anderen wurde die Integrative Therapie als theoretischer Ansatz interdisziplinärer Konnektivierung (*biopsychosoziales Modell*) und als Weg systematischer Methodenintegration begründet. Zentral steht hier die Idee einer Metastruktur für die Psychotherapie in Form eines „*tree of science*“. Der Tree of Science soll eine wissenssoziologisch angelegte, ordnende und zugleich offene Systematik für Theorien darstellen, die für Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision relevant sind.

4. Was ist das Besondere und eigentlich Neue der Integrativen Therapie?

Integrative Therapie ist nichts voraussetzungslos Neues, sondern sozusagen eine Neubegründung auf einem bereits reichlich bestelltem Feld (Petzold, Ebert, Sieper 1999). Damit stellt sich die Frage nach dem eigentlich Neuen und damit auch nach der fachlichen Berechtigung dieser Neubegründung. In welcher Hinsicht stellt die Integrative Therapie „Neues“ dar? Was hebt sie von anderen Verfahren ab?

4.1 *Integrative Therapie als ein anspruchsvolles wissenschaftstheoretisches Programm zur metaperspektivischen Revision von Psychotherapie*

Das Modell der Integrative Therapie bildet etwas Besonderes in dem Sinne, dass es zu einer allgemeinen *Problematisierung* (Foucault 1996) und ggf. Revision von Psychotherapie anhält, indem es postuliert, alle grundlegenden theoretischen Annahmen und Praktiken von Psychotherapie exzentrisch in den Blick zu nehmen, zu diskutieren und kritisch, z.B. im Hinblick auf inhärente, unausgewiesene Gedankenfiguren, Modellvorstellungen, Ideologien und Mythen, zu reflektieren (Petzold/Orth 1999). Integrative Therapie begründet sich also in theoretischer Hinsicht aus einer bestimmten Betrachtungsweise der Theorie und Praxis der Psychotherapie. Diese Betrachtungsweise ist u.a. durch Begriffe wie Exzentrizität, Mehrperspektivität, Konnektivierung, Transversalität charakterisierbar. Integrative Therapie als wissenschaftstheoretischer Ansatz geht an jedes psychotherapeutische Phänomen von vornherein mit mehrperspektivischen Verständnismustern bzw. Modellvorstellungen (Heuristiken) heran. Mehrperspektivität setzt Exzentrizität voraus. Exzentrizität gilt so-

wohl für den Blick nach außen als auch für den Blick nach innen, zu sich selbst.

Innere Exzentrizität ist von *Böhme* (1985) in seiner „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“ als „obliques Bewusstsein“ bezeichnet worden, sozusagen als abgehobener, schräger Blick auf sich selbst. Das „oblique Bewusstsein“ ist ein Typus der kritischen Reflexion. Eine Form des Denkens, das sich des Anderen, von dem es sich absetzt, von dem es aber abhängig bleibt, weil es in ihm stattfindet, bewusst ist. *Böhme* versteht seine „Oblique Anthropologie“ als eine Darstellung des Menschseins in der Perspektive seines Anderen: des Bewusstseins unter Berücksichtigung des Unbewussten, des bestimmten Menschseins unter Einbeziehung anderen Menschseins, der Vernunft auf dem Hintergrund des „Irrationalen“, des Wissens in der Differenz zum Sein (*Böhme* 1985, 281).

Die exzentrische Position ermöglicht Mehrperspektivität und Synopse. Mehrperspektivität und Synopse legen wiederum Konnektivierung nahe, d.h. die Vernetzung unterschiedlicher Wissensbestände. Konnektivierung ist ein kreatives Prozedere, das ständig aufs Neue vollzogen, ständig neue Interpretationen hervorbringen und neuen *Sinn* schöpfen kann. Durch *Konnektivierung* soll die Bildung vielschichtiger und kontingenter Interpretationen befördert und damit valider Sinn begründet werden.

Beispiel: Die Integrative Therapie schlägt konnektivistisch einen Bogen von der erlebnistheoretischen Philosophie des Subjekts zur objektiven, naturwissenschaftlichen Neurophysiologie. Sie sieht einerseits, dass die funktionsfähige Physiologie des Leibes, seine Lern- und Speicherfähigkeit, die cerebrale Ko-Kreativität und Gestaltungskraft die Grundlage des Menschen ist, und sie sieht andererseits den Menschen als das Subjekt, das dieses sinnlich kreativ realisiert und mit Bedeutung versieht.

Die konnektivierende Art, an die Dinge heranzugehen, ist nicht nur theoretisches Programm, sondern sagt auch schon viel über die konkrete Arbeitsweise der Integrativen Therapie als psychotherapeutische Praxis aus. Ein Begriff der Integrativen Therapie, dem in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zukommt, weil er das typische theoretische und praktische Verfahren der Integrativen Therapie ausgezeichnet charakterisiert, ist der Begriff der „*Transversalität*“. Mit *Transversalität* wird programmatisch der Typus eines offenen, nichtlinearen, pluriformen, prozessualen Denkens bezeichnet. Es handelt sich um das Denken von Vielfalt in permanenten Übergängen, ein Denken, das charakterisiert ist durch mehrperspektivisches Reflektieren und Metareflektieren, ein Denken, das durch beständiges Überdenken, Nachdenken und Durchdringen der eigenen Positionen und ihrer Kontexte deren ganze Komplexität mehr und mehr erschließt, ohne zum Abschluss kommen zu sollen (*Petzold* 1998, 34f).

4.2 Multiwissenschaftliche Grundlegung

Eine weitere wesentliche Besonderheit gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren ist die ausgewiesene multiwissenschaftliche Grundlegung und damit die Verbreiterung der Basis von Psychotherapie sowie die Ausweitung des Denkens über Psychotherapie. Aus der Reihe der Referenzwissenschaften ist zuerst die Philosophie zu nennen. Die Integrative Therapie gründet ausdrücklich auf bestimmten philosophischen Ansätzen, die sich im Ergebnis zu einer philosophischen Anthropologie kombinieren, die den Menschen als ko-kreativen, schöpferischen Menschen in Kontext und Kontinuum, m.a.W. als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ begreift. Es handelt sich bei den philosophischen Quellen insbesondere um Phänomenologie und Strukturalismus (*Maurice Merleau-Ponty*), Leibphilosophie (*Gabriel Marcel*), um Hermeneutik (*Paul Ricoeur*), um Diskursanalyse (*Michel Foucault*) sowie um die Ethik *Emmanuel Levinas*.

Die Integrative Therapie bezieht über die Philosophie hinaus ausdrücklich sozialwissenschaftliche und psycho-sozialwissenschaftliche Theorien in ihr Denken mit ein. Nicht zuletzt gleicht die Integrative Therapie ihre Ansichten und Verfahrensweisen beständig u.a. mit den Erträgen der empirischen Psychologie und Neurowissenschaften ab und entwickelt sich unter Einbeziehung von neurophysiologischen, entwicklungstheoretischen und kognitions-, volutions- und emotionstheoretischen Forschungsergebnissen und Theoriebildungen weiter.

4.3 Ethische Perspektiven:

Was bedeutet „Ethik der Alterität“?

Eine weitere Besonderheit: Als Folge ihrer philosophischen Grundlegung zeichnet sich die Integrative Therapie durch ihre explizite ethische Orientierung ab. Zentral steht hier die Ethik der „Inter-subjektivität“ von *Gabriel Marcel*, die eine Zugehörigkeit zwischen Menschen im wechselseitigen Respekt ihrer Würde betont und der Entwurf einer „Ethik der Alterität“ des Philosophen *Emmanuel Levinas* (1906-1995), der den Primat der Ethik vor der Ontologie gefordert hat (s. „Exkurs zu den philosophischen Grundlagen der Integrativen Therapie“).

Was bedeutet dies für die Praxis? Auf der Grundlage der ontologischen Position, dass Sein Mitsein ist (*G. Marcel*), wird in *Ko-respondenz* das Wort an den Anderen gerichtet, ohne ihn zu vereinnahmen, ohne sich zu entgrenzen, im Abstand, der Nähe schafft und Getrenntheit erhält. Die Behandlung des Anderen als Mitmenschen bestätigt und fördert seine Integrität. Auf der Grundlage dieser akzeptierenden

und fördernden Bedingung kann es erst zu gedeihlicher Zusammenarbeit, zu Analyse und Sinn-Findung kommen, zu wechselseitiger Bestätigung von Integrität. Der Therapeut hat die Verantwortung für die Integrität des Anderen. Er arbeitet mit „unterstellter“ Subjektivität.

Nach Maßgabe der „Ethik der Alterität“ geht es in der Integrativen Therapie vor allen objektivierenden Diagnosen der Psychopathologie und vor allen technisch begründeten, psychotherapeutischen Interventionen um Grundqualitäten des Menschlichen: Würde, Leiden, Trost, Reue, Demut, Treue, Verlässlichkeit, Opfer, Aufrichtigkeit (*Parrhesie*), Liebe zum Mitmenschen, Ergriffenheit, Engagement, Dank, Freundschaft (*Derrida* 2000), das Schaffen und das Erleben von Sinn und Schönheit (*Petzold* 1999). Dabei entfaltet sich eine „Integrative Ethik“ (*Krämer* 1992; *Endreß* 1995) in vielfältigen Qualitäten.

Hierin schließt sich die Integrative Therapie u.a. an die späten Ansichten des ungarischen Psychoanalytikers *Sandor Ferenczi* an, der z.B. die Hypokrisie der psychoanalytischen Haltung (*Freuds* ihm gegenüber) kritisierte und mit einer „mutuellen Analyse“ zu experimentieren begann, die u.a. von Takt, Vertrauen, Verlässlichkeit, Sympathie getragen werden sollte (*Ferenczi* 1988). In dieser Haltung äußern sich ihre philosophischen Referenzen, insbesondere *Marcel Merleau-Ponty* und *Levinas* und nicht zuletzt auch *Foucault* (s.u.).

4.4 Tiefenhermeneutik

Eine bedeutende Erweiterung des konventionellen Verfahrens in der Psychotherapie besteht in dem Verfahren der „Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks“ unter besonderer Einbeziehung des Aspekts einer sozial- und neurowissenschaftlich unterfangenen „Tiefenhermeneutik“ und nicht zuletzt der Anwendung „bewährter Heuristiken“ sowie der Benutzung verschiedener Perspektiven und Optiken. Hierzu zunächst einige Definitionen. „Tiefenhermeneutik“ heißt Analyse, Interpretation und Sinnverstehen eigen-leiblicher Wahrnehmung. Wesentliche Bestandteile der Tiefenhermeneutik sind eigenleibliches Spüren, Erfassen von Atmosphären, Erfassen von Gefühlsqualitäten und nicht zuletzt szenisches Verstehen. „Heuristiken“ sind Modellvorstellungen von Lebensprozessen und Lebenssituationen. „Perspektiven“ sind z.B. der Blickwinkel auf das Individuum, oder der Blickwinkel auf seine sozialen Beziehungen, oder der Blickwinkel auf die Institutionen und Organisationen, die von Individuen und Gruppen hervorgebracht werden, in denen sie sich aufhalten und die sie u.a. bestimmen. Eine weitere, wichtige Perspektive ist die des Zeitkontinuums, d.h. der Blickwinkel auf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft des Menschen; m.a.W. der

Mensch wird in seiner „Lebensspanne“ gesehen. „Optiken“ sind Betrachtungsweisen, die sich z.B. auf Entwicklung beziehen, auf Psychodynamik, in einer systemisch-interaktionalen, ökologischen, kognitiv-behavioralen Sichtweise.

Das in dieser Form Neue und Originelle am Verfahren der Integrativen Therapie besteht in der reflektierten Kombination von Tiefenhermeneutik und Heuristik, von Perspektiven und Optiken zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen therapeutischen Prozesses, der Metareflexion dieser Prozesse vor dem gegebenen kulturellen Hintergrund mit seinen verborgenen geistesgeschichtlichen Strömungen (Berlin 1998) und Diskursen (Foucault 1998, Bublitz et al. 1999) unter Berücksichtigung von deren neurowissenschaftlichen Grundlagen, die in eine „Metahermeneutik“ mündet, in der sich die Hermeneutik selbst zum Gegenstand der Auslegung macht (Habermas 1980).

4.5 Indikationsspezifisches, szenisch-kreatives Setting

Eine weitere wesentliche Besonderheit und Neuerung ist die offene, indikationsspezifische, szenisch-kreative Gestaltung des therapeutischen Settings und Verfahrens. Therapietechnisch ist der Entwurf der Integrativen Therapie also nicht auf ein bestimmtes Therapie-setting und bestimmte regelhaft zu befolgende therapeutische Verhaltensweisen festgelegt. Historisch gesehen knüpft die Integrative Therapie mit ihrer Praxis der offenen, indikationsspezifischen, kreativen Gestaltung des therapeutischen Settings und Verfahrens insbesondere an die in kühnen „technischen Experimenten“ entwickelte Elastische Psychoanalyse des ungarischen Psychoanalytikers Sandor Ferenczi (Ferenczi 1964, 1972, 1988; Harmat 1988; Haynal 1989; Schuch 1994, 1998, 2000) an. Ferner werden bestimmte Gesichtspunkte und Arbeitsweisen der Gestalttherapie nach Friedrich Solomon Perls (1969, 1976, 1980) einbezogen, z.B. Erlebnisaktivierung, Fokalthherapie. Und es kommen Arbeitsweisen des Psychodramas von Jakob L. Moreno zur Anwendung (Petzold 1979, 1982, Petzold/Mathias 1982), z.B. Rollenspiel und Netzwerkinterventionen. Weitere elementare Bestandteile sind das Therapeutische Theater nach Vladimir Iljine, leibtherapeutische und bewegungstherapeutische Behandlungsansätze (Petzold 1988) und die erlebnisaktivierende, intermediale Arbeit mit kreativen Medien (Petzold/Orth 1990), insbesondere bildende Kunst, Tanz, Musik: die „heilende Kraft ästhetischer Erfahrung“ (Petzold 1999). Schließlich sind noch Elemente der kognitiven, behavioralen Methoden zu nennen, die insbesondere bei übungszentrierten (s.u. „Modalitäten“) therapeutischen Passagen zur Anwendung kommen. Allen diesen Verfahren bzw. Methoden ist gemeinsam,

dass sie psychotherapeutische Kriterien realisieren, die seitens der Psychotherapieforschung heute als wesentlich erachtet werden (Grawe et al. 1994; Grawe 1998; Petzold/Märtens 1999).

4.6 Integrative Therapie führt zu einem „erweiterten“ Therapiebegriff

Die breite erkenntnistheoretische, anthropologische, kulturtheoretische und klinische Basis der Integrativen Therapie hat seit ihren Anfängen einen „erweiterten Therapiebegriff“ im Sinne des griechischen „*therapeuein*“ oder des lateinischen „*colere*“ vertreten: Psychotherapie als pflegen, fördern, Sorge tragen, wertschätzen, heilen, entwickeln. Integrative Therapie sieht Psychotherapie eingelassen in kulturelle Diskurse (Foucault 1978), in deren Dynamiken – Macht- und Wahrheitsspielen – sich die Konstitution des Subjekts vollzieht (Petzold/Orth/Sieper 1999). Psychotherapie wird unter einer solchen breiten Perspektive mit vier Schwerpunktbildungen gesehen:

- Als klinischer Ansatz mit kurativer und palliativer Ausrichtung, der Pathogenese begegnen, Störungen beseitigen und Leiden lindern soll.
- Als gesundheitsfördernder Ansatz, der Salutogenese unterstützen und einen gesundheitsbewussten und -aktiven Lebensstil entwickeln soll.
- Als persönlichkeitsbildenden Ansatz, dem es darum geht, persönliche Souveränität und Selbstverwirklichung mit anderen zu realisieren.
- Als kulturkritischer Ansatz, der einer parrhesiastischen und emanzipatorischen Kulturarbeit verpflichtet ist (Petzold/Steffan 1999; Petzold/Orth/Sieper 1999; Petzold/Ebert/Sieper 1999).

5. Theoretische Elemente und Grundbegriffe Integrativer Therapie

5.1 Der „Tree of Science“

Was ist ein „Tree of Science“?

Bei dem „Tree of Science“ handelt es sich um eine wissenssoziologisch angelegte, ordnende und zugleich offene Systematik für Theorien, die in der Psychotherapie relevant sind. Der „Tree of Science“ will den Horizont des für die Psychotherapie relevanten Wissens skizzieren. Er bildet eine metahermeneutische Folie zur systematischen Reflexion, Problematisierung, Diskussion und Revision von Psychotherapie. Er erstreckt sich von Theorien großer Reichweite über Theorien mittlerer Reichweite bis hin zur Praxeologie und Praxis.

Wozu ein „Tree of Science“?

Integration geschieht nicht voraussetzungslos. Das Modell einer Integrativen Therapie bedarf deshalb eines theoretischen Ausgangs- und Bezugspunktes bzw. einer zentralen Gedankenfigur als Angelpunkt, von dem aus bzw. zu dem hin integriert werden kann. Hätte sie diesen Bezugspunkt nicht, geriete sie in die Gefahr, ein beliebiges, eklektisches Konglomerat abzugeben, das nach jeweiligem Gutdünken, nach Bedarf oder Eingebung zusammengestellt wird und das für seine eigenen Prämissen und Strukturen blind ist. Der Angelpunkt eines integrativen Gefüges ist ein theoretischer Ort, an dem hohe theoretische Ansprüche gestellt werden müssen, insbesondere im Hinblick auf erkenntnistheoretische, wissenschaftstheoretische und wissenssoziologische Fragestellungen. Der „Tree of Science“ bildet damit im Modell der Integrativen Therapie eine grundsätzliche Differenzierungsmöglichkeit und einen zentralen Integrationspunkt. Er ist eine sinnvolle und notwendige Voraussetzung für die Diskussion von Psychotherapie. Ich betone die Notwendigkeit, Psychotherapie zu *problematisieren* und *diskutieren*, weil die Grundannahmen der wenigsten Theoriebildungen im Bereich der Psychotherapie erkenntnistheoretischen und wissenschaftstheoretischen Qualitätsprüfungen unterzogen worden sind, geschweige denn genügen. Wissenssoziologisch gesehen sind sie nicht selten den Traditionen eher finsterer Mythologien zuzuordnen.

Dies möchte ich an einem Beispiel verdeutlichen. Die Thematik fängt schon mit den ebenso irrigen wie implikationsreichen Begriffen „Psychotherapie“ und „Psychosomatik“ an. *Petzold & Orth* (1999) stellten erst kürzlich die Frage: Was ist diese Psyche, die wir als *Psychotherapeuten* behandeln? Sie verwiesen auf den Fakt, dass die Psyche als Gegenstand der Psychotherapie bis heute unbestimmt geblieben ist. Es gebe keine rational nachvollziehbare und intersubjektiv nachprüfbare Definition von Psyche. Vielmehr schleppten wir mit Psychotherapie und Psychosomatik ein Begriffssystem mit, das eine problematische Implikation aufweist: die des Körper-Seele-Dualismus. In diesem Dualismus wirft indessen nicht nur die Seite der Seele Probleme auf, auch die scheinbar unproblematische Seite des Körpers bildet erkenntnis- und wissenschaftstheoretisch gesehen eine überaus fragwürdige Basis. Der in diesem Zusammenhang regelmäßig zitierte Klassiker *René Descartes* (1960) hatte in seinen „Meditationen über die Grundlagen der Philosophie“ behauptet, Geist und Körper seien zwei unterschiedliche Substanzen. Er nahm darüber hinaus an, dass die Erkenntnis des menschlichen Geistes ursprünglicher sei als die des Körpers. Den körperlichen Dingen schrieb er eine eigene Existenz zu. Er räumte allerdings in seiner sechsten Meditation ein, dass die körperlichen Dinge „vielleicht nicht alle genau so, wie ich sie mit den Sinnen wahrnehme“ existierten, „da ja die sinnliche Wahrneh-

mung vielfach recht dunkel und verworren“ sei (ibid., 71). Aus der Sicht der modernen Physik ist die cartesianische Auffassung, die Essenz des Körpers sei seine Ausdehnung, wissenschaftlich überholt. *Descartes* wusste noch nichts von Neutrinos, die ebenso wie der angeblich immaterielle Geist ungestört Wände durchdringen können und von subatomaren Partikeln, die ebensowenig Masse besitzen wie er.

Der cartesianische Dualismus wird nicht nur traditionellerweise seitens der Leibphilosophie, die vom Chiasmus von Sehendem und Gesehenen (*Merleau-Ponty* 1986, 172) ausgeht, in Frage gestellt, sondern modernerweise auch seitens physikalistischer Auffassungen, die von der rein physischen Natur des Geistes ausgehen. Die physikalistische Position beinhaltet allerdings auch ihre erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Probleme, denn sie kann das Materielle nicht abschließend bestimmen. Und so bleibt letztlich leider offen, was mit dem von ihr hypostasierten „Materiellen“ exakt gemeint sein könnte. Wissenschaftstheoretisch muss man den derzeitigen Stand der Mikrophysik wohl nur als ein Durchgangstadium ansehen: Es ist sehr wahrscheinlich, dass die derzeitige wissenschaftliche Sicht der Welt ebenso „falsch“ ist, wie sich alle vorangegangenen Welterklärungen als lediglich vorläufige Explikationsversuche erwiesen haben.

Das vom Geist zu unterscheidende Materielle gibt lediglich einen Stand der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis wieder und muss darüber hinaus noch um die Sinnlichkeit des das Materielle realisierenden Subjekts erweitert werden. Ich erwähne dies hier, um darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Seite der Psyche, sondern auch die Seite des Körpers kritische Fragen aufwirft. Der derzeitige Stand der Forschung (*Damasio* 1995; 1999) weist darauf hin, dass somatische Prozesse, neuronales und immunologisches System, Emotionen, Kognitionen und Volitionen miteinander verwoben sind. Es erscheint daher abwegig, sie immer noch nach Maßgabe historisch überholter Modellvorstellungen zu trennen, um sie anschließend isoliert psychologisch zu untersuchen und therapeutisch zu behandeln.

Dadurch, dass Psychotherapietheorien immer noch dualistisch denkend am Psyche-Begriff festhalten und es keine psychotherapieimmanente Kritik an diesem Begriff gibt, wird nicht nur erkenntnis- und wissenschaftstheoretisch auf Sand gebaut, sondern insbesondere dem Fakt ausgewichen, dass man in der Psychotherapie „Subjekte in ihrer Lebenswelt“ behandelt; m.a.W. Psychotherapie ist in erster Linie **Humantherapie**. Psychotherapie ist die Therapie von Menschen, die sich in einer bestimmten Lebenszeit und einem bestimmten Lebenskontext erleben und verhalten.

Die Struktur des „Tree of Science“ der Integrativen Therapie

Der „Tree of Science“ umfasst verschiedene Theoriebildungen mit unterschiedlicher Reichweite, die nun kurz umrissen werden.

► *Metatheorie*

Die Metatheorie beinhaltet Theorien großer Reichweite; z.B. Erkenntnistheorie und Wissenschaftstheorie, insbesondere Phänomenologie, Hermeneutik, Strukturalismus, kritischer Realismus, sozialer Konstruktivismus, Allgemeine Theorie der Forschung; Anthropologie, insbesondere die Konzeption einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, Gender-Perspektiven; Gesellschaftstheorie, insbesondere Struktur und Dynamik von Gesellschaften, Fragen der Macht, der Freiheit; Ethik, insbesondere normative vs. Diskursethik; ontologische und kosmologische Fragestellungen.

► *Realexplikative Theorien*

Realexplikative Theorien beinhalten Theorien mittlerer Reichweite, z.B.:

– *Realexplikative Theorien I:*

Allgemeine Theorie der Psychotherapie, insbesondere im Hinblick auf Ziele, Inhalte, allgemeine Methodik und Wirkprinzipien von Psychotherapie, Feldbedingungen; die Geschichte der Psychotherapie; systematische und vergleichende Psychotherapie, im Hinblick auf Strukturen, Grundannahmen, gemeinsame und divergente Faktoren; Psychotherapieforschung, Konzepte, Methoden, Ergebnisse; psychotherapeutische Verfahren: Theorie und Methodik der Psychoanalyse; Theorie und Methodik kognitiver und behavioraler Therapie; Theorie und Methodik der systemischen Therapieformen; Persönlichkeitstheorie, insbesondere von Gestalttherapie, Psychoanalyse, wissenschaftlicher Persönlichkeitspsychologie, klinische Entwicklungstheorie, Entwicklungspsychologie im *life span developmental approach*: Emotionstheorie, Kognitionstheorie, Volitionstheorie, Theorie der Sensorik, Symbol- und Sprachentwicklung; Sozialisierungstheorien, z.B. symbolischer Interaktionismus, Rollentheorie, Identitätstheorien, Stigmatheorien, Life-style-Theorien; Pädagogische Konzepte.

– *Realexplikative Theorien II:*

Spezielle Theorie der Psychotherapie; Gesundheits- und Krankheitslehre, Salutogenese, Psychohygiene; Psychopathologie und Grundfragen der Psychiatrie, psychiatrische Diagnostik; Allgemeine und spezielle Störungslehre (klinisch-psychologische, behaviorale, medizinische) und Neurosenlehre (Psychoanalyse, Gestalttherapie) sowie die Zusammenführung dieser Perspektiven in der Integrativen Therapie; Theorie der Institutionen, Praxisfelder, Zielgruppen, Theorie der Therapieforschung.

► *Praxeologie*

Formen der Psychotherapie: Fokal-, Kurzzeit-, Langzeittherapie, intermittierende Karrierebegleitung; Anwendungsstrategien der Forschung; Settings: dyadisches, gruppaes, Familien-, Netzwerk-Setting; Anamnese, Indikationen, Kontraindikationen, Prognose; Theorie des therapeutischen Prozesses; Interventionslehre, Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss; Prozessverläufe in Einzel- und Gruppentherapie; Theorien über kritische Lebensereignisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Copingstile, Ressourcen; Lehre von den Methoden, Techniken, Medien; Lehre von Beratung, Coaching, Mediation, Familien- und Paartherapie.

► *Praxisrelevante Ansätze*

Dyadische Therapie; Gruppentherapie; Familientherapie; Therapie von Netzwerken, Institutionen, Feldern.

5.2 Philosophische Quelle Integrativer Therapie

Die philosophische Grundlegung der Integrativen Therapie besteht im Kern in einer kritisch reflektierten, erlebnistheoretisch und intersubjektiv begriffenen Version von Phänomenologie und Hermeneutik, die mit einer Leibphilosophie in eine philosophische „Anthropologie vom schöpferischen Menschen“ mündet. Bei dieser philosophischen Anthropologie handelt es sich um eine Theoriebildung über den Menschen, die den Menschen als reflexives „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ sieht. Die Integrative Therapie gründet sich also auf die philosophisch anthropologische Modellvorstellung eines intersubjektiv verstandenen, in der Sozialität verorteten, kreativen Menschen in der Welt und in der Zeit. Diese Anthropologie geht insbesondere auf französische Philosophien zurück, wie sie z.B. als Phänomenologie insbesondere von *Maurice Merleau-Ponty* (1966, 1986), als Leibphilosophie von *Gabriel Marcel* (1967, 1978), als Hermeneutik von *Paul Ricoeur* (1969, 1971, 1973, 1988) und als Ethik von *Emmanuel Levinas* (1983, 1989, 1995) formuliert worden sind. Ein besonderer Stellenwert kommt hierbei dem diskursanalytische Ansatz (*Bublitz et.al.* 1999) von *Michel Foucault* zu, in dessen Sinne Philosophien auf den Zeitpunkt ihrer *Problematisierung*, auf ihren geschichtlichen Hintergrund sowie auf die Bedingungen der *Subjektconstitution* kritisch reflektiert werden (*Foucault* 1969, 1977, 1978, 1986, 1992, 1996).

Exkurs zu philosophischen Grundlagen der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie ruht in ihrem Zentrum auf einer komplexen Theoriebildung über den Menschen in der Welt. Genauer, auf einer philosophischen Modellvorstellung, die den Menschen *prozessual* als lebendige, sich bewusst erlebende, sich beständig „heraklitesch“ wandelnde, sinnlich kreative Synergie begreift. Eine Modellvorstellung vom Menschen in Kontext und Kontinuum, also eines Menschen, der sich in der Welt erlebt, verhält und denkt und der die Welt, deren Teil er ist, erlebt, reflektiert und gestaltet, d.h. sinnlich realisiert und mit Bedeutungen versieht in beständigen „Überschreitungen“, *transgressions* (*Petzold, Orth, Sieper* 2000). Das Bild des Menschen in der Welt, in die er hineinwirkt und die auf ihn wirkt. Ein Bild des Menschen im Zeitkontinuum seiner Gegenwart auf den Horizonten von Vergangenheit und Zukunft, seiner Leibzeit und Lebenszeit, seiner sozialen Zeit und seiner Zeitgeschichte. Einige Stichworte: Zentral steht hier der Begriff des *Leibes* mit seinen Apriori des Bewusstseins und des sozialen Wissens. Demnach sind wir Mittelpunkt einer je eigenen, leiblichen Welt. Der Mensch, wiewohl Individuum, ist doch von vornherein bezogen, er entstammt dem – wie dies *Maurice Merleau-Ponty* ausdrückte – „gemeinsamen Fleisch“ und befindet

sich insofern in einer basalen Verbundenheit und Bezogenheit mit anderen Menschen und der Welt des Lebendigen, der Biosphäre, der er sich, weil als Individuum geboren, erst wieder zum Teil mühselig und nicht immer mit gutem Erfolg vergewissern muss. Ein weiterer zentraler Begriff des leibphilosophisch phänomenologischen Denkens ist der Begriff des leiblich begründeten Sinnes. Sinn ist in elementarer Weise dem Leib inkarniert, als zunächst ungestalteter, primordialer Sinn. Sinn gestaltet und realisiert sich im Laufe der Entwicklung des Subjekts in intersubjektiven Korrespondenzprozessen. Sinn entsteht durch die Kontingenz von Erfahrung. Leibphilosophisch gesehen ist der Mensch durch „Bi-modalität“ gekennzeichnet, d.h. der Mensch hat – wie bereits der „Ahnherr der Existenzphilosophie“ (Schmidt 1986) und „Vater aller modernen Seelenkunde“ (Mann 1938, 232) Arthur Schopenhauer trefflich ausgeführt hatte – von sich eine „doppelte Erkenntnis“ (Schopenhauer 1977, I,1, 146): Er ist sich auf eine „keiner anderen zu vergleichende Weise“ bewusst und hat eine „anschauliche Vorstellung“ von sich; m.a.W., der Mensch erlebt sich – wie von innen – bewusst und kann sich – wie von außen – anschauen. Aus der Anerkennung der Bi-Modalität des Menschen folgt in der Integrativen Therapie das bi-modale Verfahren mit ihm. Zentral ist daher die Frage nach dem Erleben des Subjekts. Intersubjektivität, d.h. zuerst der Begegnung der Erlebenden – der Konkordanz – wird hohe Bedeutung für den therapeutischen Prozess zugemessen. Erst darauf folgen Darstellung, Auseinandersetzung und Abgleichung der Anschauungen der Subjekte. Diese Version von Leibphilosophie vermittelt indessen keine romantische, harmlose Perspektive menschlichen Miteinanders: Dafür sorgen nicht zuletzt die Beachtung der Arbeiten von Michel Foucault (1971, 1977, 1978, 1986, 1996). Demnach ist Leib immer eingelassen in kulturelle Prozesse, in gesellschaftliches Kräftespiel, in „anonyme Diskurse“, „Dispositive der Macht“ und „Wahrheitsspiele“, in denen sich die Subjektconstitution vollzieht. Foucault thematisierte insbesondere auch die Zurichtung des Leibes, seine Verdinglichung, sein Ausgesetztsein, sein Ausgeliefertsein an Macht und Gewalt. Ihm zufolge durchziehen die Machtverhältnisse auch das „Körperinnere“ (Foucault 1978). Leib bezeichnet den ultimativen Ort der Gewalt wie auch die Aspekte von Lust und Begehren, worauf der von Psychotherapeuten zu wenig beachtete Foucault hingewiesen hat.

Die erlebnistheoretisch verfasste, phänomenologische Leib-Philosophie repräsentiert keinen Individualismus, sondern nimmt insbesondere die Gesichtspunkte von Intersubjektivität und Bezogenheit ein: Das Selbst *wird* am Anderen. Die Subjektivität wächst in der Intersubjektivität. Der Monolog setzt Dyade und Dialog voraus. Leibphilosophie bildet insofern eine nicht einfach von der Hand zu weisende (Lange 1994) – tiefgründige – Begründung für Selbsterfahrung, sei ihr

Fokus klinisch-therapeutisch oder auf Persönlichkeitsentwicklung ausgerichtet.

Die Gesichtspunkte Intersubjektivität und Bezogenheit legen eine Erweiterung und Ergänzung der Leibphilosophie um eine Ethik des Zwischenleiblichen, des Zwischenmenschlichen nahe. Diese Erweiterung und Ergänzung erfolgt einerseits mit dem Konzept des *Chiasmus* und andererseits dem Konzept der *Alterität*. Bei *Merleau-Ponty* zeigt sich das Gute durch seine Bezüge. Transzendenz wirkt in einer „Berührung ohne Berührung“, die Trennung und Verbindung gleichzeitig ermöglicht und eine Spur des Eminenten ohne Vereinnahmung und Feststellung ermöglicht. (*Kapust 1999, 26f*). Mit dem Gesichtspunkt der *Alterität* kommen u.a. die Arbeiten des Philosophen *Emmanuel Levinas* ins Spiel, der u.a. den Primat der Ethik vor der Ontologie gefordert hat. Seine Ethik der *Alterität* beinhaltet insbesondere die Achtung vor dem Anderen und Fremden, das einem prinzipiell anders und fremd bleibt und dessen man sich nicht bemächtigen darf. *Levinas* geht in seiner Ethik der *Alterität* von einer Phänomenologie des Blickes des Anderen aus, die über die Empfindung des Erlebens des Anderen, insbesondere des Gefühls der Liebe zur moralischen Rechtfertigung der Bevorzugung des Nächsten führt. Leibphilosophie mit diesem Spektrum eröffnet Perspektiven und Chancen, leibhaftiges Leben in der „Sorge um sich“ und „Fürsorge für den Anderen“ zu gestalten.

5.3 *Hermeneutik des „sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks“ – Atmosphären, Szenen: atmosphärisches Erfassen und Szenisches Verstehen*

Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks bedeutet, dass die Interaktion von Therapeut und Patient und insbesondere die Mitteilungen des Patienten auf atmosphärische und szenische Implikationen hin beachtet werden. Hierzu einige Definitionen: „Atmosphären“ sind – um ein Wort des bedeutenden Leibtheoretikers und Phänomenologen *Hermann Schmitz* (1989) zu gebrauchen – „randlos in den Raum gegossene, ergreifende Gefühlsmächte“. „Szene“ bezeichnet die raum-zeitliche Struktur des Horizonts meiner Wahrnehmung und Spielraum meines Verhaltens. Szene umfasst – erlebnistheoretisch verstanden – alles, was ich in Wahrnehmung und Handlung erreiche und alles, was mich in Wahrnehmung und Handlung erreicht. „Atmosphärisches Erfassen“ bedeutet, den Horizont meiner Wahrnehmung und meines Verhaltens zu erkennen, „Szenisches Verstehen“ ihn nach Maßgabe bestimmter Muster zu interpretieren und zu evaluieren. Auch therapeutisches Setting

und therapeutische Interaktion haben szenischen Charakter. Szenisches Verstehen exzentrisch auf die Psychotherapie angewandt heißt zunächst, dass Setting und therapeutische Interaktion szenisch verstanden und evaluiert werden.

Die Theorie der Integrativen Therapie spricht vom „Leibgedächtnis“. Im Leib sind kognitive, emotionale und volitive Inhalte im Kontext gespeichert, d.h. stets im Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen, Szenenfolgen, Worten und Sätzen samt ihren dazugehörigen leiblichen Phänomenen (sensumotorische, propriozeptive und autonome Körperreaktionen) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (*valuations*), kognitiven Einschätzungen (*appraisals*), subjektiven Sinnstrukturen und Bedeutungen (*interpretations*). Das alles wird informational festgehalten im „informierten Leib“ (Petzold 1998, 192; Petzold/Wolf et al. 2000). Unser Leibgedächtnis funktioniert atmosphärisch und szenisch. Szenen sind hier als leiblich sedimentierte Strukturen zu verstehen, die sich bei Aufruf in Haltungen, Gesten, Atmosphären äußern. Eine spezifische Arbeitsweise der Integrativen Therapie besteht in der „holographischen Evokation“ leiblich sedimentierter Szenen aus Haltungen, Bewegungen, Mimiken und Gesten des Patienten.

5.4 Heuristiken

Zur Klärung und Sondierung der Mitteilungen des Patienten sowie des eigenen Erlebens und Verhaltens braucht der Psychotherapeut einen Fundus bewährter Heuristiken. Heuristiken sind Modellvorstellungen, anhand derer Atmosphären und Szenen erkannt, untersucht und interpretiert werden können. Eine generelle, zentrale Heuristik ist die Vorstellung des sich lebenslang entwickelnden Menschen, im Kontext bestimmter Bezugspersonen und sozialer Netzwerke, durch bestimmte gesellschaftliche Institutionalisierungen hindurch (z.B. Kindergarten, Schule, Lehre, Studium, Beruf etc.), in bestimmten Milieus, mit spezifischen Atmosphären und kulturellen Bräuchen, zu einer bestimmten historischen Zeit mit bestimmten politischen Ordnungen. Entsprechend dieser Heuristik hat sich der Therapeut eine allgemeine Vorstellung von dem Prozess der Entwicklung und der dabei typischerweise zu absolvierenden gesellschaftlichen Institutionalisierungen, Sozialisations- und Enkulturationsprozessen zu bilden (Osten 2000). Er muss Modellvorstellungen bilden von der konkreten Erlebenswelt und Lebenswelt des sich in die Welt hinein entwickelnden Menschen. Er hat dabei die Milieus, Lebensstile, soziale Welten und die in ihnen realisierten Atmosphären zu berücksichtigen und gegebenenfalls neu zu erfassen, die der sich entwickelnde Mensch in einer bestimmten Kultur mit einem bestimmten

Lebensstil, zu einer bestimmten historischen Zeit üblicherweise erlebt bzw. durchlebt hat. Er muss die Institutionalisierungen beachten, mit ihren spezifischen, zeitgeschichtlich und kulturell und politisch differierenden Aufgabenstellungen und Problembewältigungsanforderungen für den Menschen.

Man könnte dies wieder an einem Beispiel verdeutlichen. Die Nachkriegszeit auf dem Lande sah anders aus als die Nachkriegszeit in der Großstadt. Das Aufwachsen in der „Ostzone“, der DDR, war von anderen Atmosphären und emotionalen Qualitäten geprägt als das Aufwachsen im Westen, der BRD. Das Kind im Kindergarten sieht sich vor andere spezifische Aufgaben gestellt und hat andere spezifische Probleme zu lösen als das Kind, das nur in der Familie aufwächst oder privat betreut wird. Das Schulkind macht spezifische Erfahrungen; z.B. das Bauernkind, das als Fahrschüler sein soziales Milieu verlässt, hat eine andere identitätsstiftende Lebenserfahrung als das Akademikerkind, das in seinem Milieu bleibt und das Gymnasium nebenan besucht, das schon sein Vater besucht hat.

Ein besonderes Problem, anhand von bewährten Heuristiken an die Lebenssituation von Patienten heranzugehen, liegt darin, dass die Lebenserfahrung des älteren Therapeuten heutzutage häufig nicht mehr ohne weiteres kompatibel ist mit der Lebenswirklichkeit des jüngeren Patienten (Zaepfel/Metzmacher 1998). Deshalb kann es sich als irrig erweisen, ungeprüft eigene Lebenserfahrungen und daraus abgeleitete Modellvorstellungen vom Leben bzw. Lebenssituationen in Anschlag zu bringen.

Die Anwendung von Heuristiken stellt immer eine Form therapeutischer Aktivität dar, die zu überdenken und systematisch zu problematisieren ist. Grundsätzlich ist beim Anlegen bewährter Heuristiken auf die atmosphärische Qualität und den szenischen Gehalt dieser Aktivität zu achten sowie auf Resonanzphänomene, insbesondere konkludente Übertragungs- respektive Gegenübertragungskonstellationen.

5.5 Triplexreflexion

Der Therapeut bedient sich zur Klärung und Analyse des Geschehens und Handelns in der Therapie der Methode der Mehrebenen-Reflexion, z.B. insbesondere der Triplex-Reflexion (Petzold 1998). Die Triplex-Reflexion ist ihrerseits in philosophische Kontemplation eingebunden.

Ebene I: Betrachtung einer gegebenen Situation durch unterschiedliche Perspektiven und Optiken auf dem Hintergrund von Heuristiken.

Ebene II: Reflexion der eigenen Wahrnehmung, der dabei verwendeten unterschiedlichen Perspektiven und Optiken sowie der zur Orientierung verwandten Heuristiken; Registrierung der Perspektiven und Optiken, die man intuitiv-situativ gewählt hat; Überprüfung der Heuristiken, an denen man sich orientiert hat, eventuell auch Reflexion auf die, gegen die man sich entschieden hat oder die man intuitiv nicht in Betracht gezogen hat.

Ebene III: Hyperexzentrische Position, Reflexion auf die Bedingungen des Beobachtens; z.B. im Hinblick auf die Entdeckung übergeordneter, verdeckter oder auf den ersten und zweiten Blick nicht auffälliger oder bewusster Gesichtspunkte, z.B. unbewusster kultureller Diskurse. Die Ebene III ist in der Regel nur mit Hilfe von Supervision oder Kontrollanalyse durch Therapeuten/Supervisorinnen mit hoher Exzentrizität und durch interdisziplinäre Diskurse zu erreichen.

Hierzu ein Beispiel für Ebene III der Triplexreflexion: Eine Patientin, die unter Angstzuständen und Absenzen litt und einen Großteil des Tages in zur Tagesrealität parallel ablaufenden Tagträumen verbrachte, erklärte nach einer längeren Therapie auf mein Nachfragen anlässlich einer von mir angeregten Zwischenbilanz, dass die Therapie ihr nicht in all den Problemfeldern, weswegen sie gekommen sei, in dem Maße geholfen habe, wie ich es mir vielleicht anfangs vorgestellt hätte. Genauer gesagt, hätte ihr die Therapie im Detail nicht viel gebracht. Für sie war sehr entlastend und wichtig geworden, dass ich sie eines Tages ausdrücklich von Veränderungs- und Heilungsdruck suspendiert hatte. Ich hatte ihr – ohne meine Akzeptanz für sie in Frage zu stellen und ohne kritische Konnotation – erklärt, dass ich mir die Mühsal der Zusammenarbeit mit ihr dadurch erleichtere, dass ich sie aus meiner Sicht in bestimmten Bereichen provisorisch für nicht therapierbar erklärt hätte. Sie sei mir gleichwohl willkommen und könne so lange bleiben, wie sie es wolle. Erst daraufhin hätte sie zunehmend gemerkt, dass für sie etwas ganz anderes und für ihr Leben viel Wichtigeres, als sich zu ändern, in den Vordergrund getreten sei, nämlich die Gewissheit, dass ich sie nicht aus einem Grund wegschicken würde, den sie nicht verstehen könnte. Sie war als Zwilling in eine kinderreiche Familie geboren und wurde nur deshalb von der überforderten Mutter weggegeben, weil sie das gesündere der beiden Kinder war. Ich war auf die Idee ihrer Freistellung von Veränderung und Gewährung eines „Bleibeplatzes“ nur durch Überlegungen gekommen, die auf der Ebene III der Triplexreflexion einzuordnen sind. Die Stunden mit ihr waren zeitweise redundant und leer. Offensichtlich hielt sie Wesentliches zurück. Sie kontrollierte ihre Affekte mir gegenüber – sie weinte z.B. trotz mitunter herzerzitternder Mitteilungen nie. Gelegentliche verhaltensorientierte Therapiesequenzen zeitigten nur vorübergehende Ergebnisse, denen alsbald entmutigende Rückfälle folgten. Die Arbeit mit ihr war insgesamt ein vordergründig ergebnisarmes, zeitweise ermüdendes Mühen. Dennoch hatte ich die vage Ahnung des Bedeutungsvollen und den Wunsch, sie

nicht wegzuschicken, an ihrer Therapie festzuhalten. Die Reflexion dieser Phänomene führte mich zur verborgenen Bedeutung. Ich brachte schließlich die Offenheit auf, ihr meinen Umgang mit ihr zu eröffnen: Sie durfte bleiben, auch wenn sie mir Mühe bereitete.

Die Triplexreflexion bereitet bewusste Entscheidungen vor, z.B. über die Auswahl und Kombination von Wegen der Heilung, von Modalitäten, Tiefungsebenen. Sie kann insbesondere auf Ebene III zu neuen Erkenntnissen über Sinnstrukturen des Therapieverlaufes führen, die im konventionellen Verfahren der Ebenen I und II nicht gewonnen worden wären.

6. Therapiepraktische Quellen

Elastische Psychoanalyse

Eine wesentliche therapiepraktische Quelle der Integrativen Therapie bildet die Elastische Psychoanalyse nach *Sandor Ferenczi* (1873-1933). *Ferenczis* Ansatz wurde im Modell der Integrativen Therapie insbesondere im Hinblick auf seine „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ sowie die kreative, elastische, mutuelle Gestaltung der Analyse aufgegriffen. Einige Stichworte zu *Ferenczis* Innovationen: *Ferenczi* veränderte das psychologische Klima in der Analyse grundlegend. Er löste die Regelmäßigkeit des psychoanalytischen Settings auf und ergänzte das „Prinzip der Versagung“ *Freuds* durch das der „Gewährung und Aufrichtigkeit“. In seinen „Kinderanalysen mit Erwachsenen“ (*Ferenczi* 1931) wich er von „erwachsenen“ Anforderungen an den regredierte Patienten ab und begann diesen zu behandeln wie ein in Not geratenes, bedürftiges Kind. Er ging empathisch und unkonventionell auf das Erleben und Verhalten des regredierte Patienten ein. Er wollte Bedürftigkeit, Erlebens- und Verhaltensweisen von Patienten so behandeln, dass die Patienten durch die Prozeduren der Analyse nicht neu traumatisiert würden, sondern durch eine gegenwärtige, gedeihliche Beziehungserfahrung und ein dem Erleben angemessenes Verständnis progredierte. *Ferenczi* begründete damit neben der auf Einsicht und lebensgeschichtliche Aufklärung gerichteten *Freudschen* Dimension der Psychoanalyse die nachsozialisierende Dimension der Psychotherapie, in der die gegenwärtige Beziehungserfahrung von Therapeut und Patient im Vordergrund steht.

Ferenczi experimentierte auf der Grundlage eines „instrumentellen Gegenübertragungsbegriffs“ mit der Arbeit „in der Übertragung“; d.h. er behandelte die szenischen Angebote des Patienten als Äußerungen realer, gegenwärtiger, an ihn gerichteter Anliegen eines bedürftigen Kindes. Nicht zuletzt suchte er eine *mutuelle* Beziehung

zwischen Therapeut und Patient. *Ferenczi* sprach von Sympathie, Verlässlichkeit, Vertrauen und Takt als unerlässliche therapeutische Qualitäten. Er war der erste Psychoanalytiker, der von *Kontakt* zum Patienten sprach. *Ferenczi* vertrat u.a. die Ansicht, der Patient müsse das bekommen, was er braucht – wenn auch nicht das, was er zu brauchen glaubt. Von ihm stammt der Satz „Ohne Sympathie keine Heilung“ (*Ferenczi* 1988).

Ferenczi gilt als Pionier der modernen Psychotherapie. An seine Vorgaben knüpften eine ganze Reihe von Modifikationen und Revisionen der Psychoanalyse an. Die moderne Psychotherapie ist ohne seine Vorarbeit nicht denkbar. Ich habe *Ferenczis* Arbeitsweise und Denken in mehreren Arbeiten ausführlich dargestellt (*Schuch* 1989, 1990, 1994, 1998, 2000; zu *Ferenczi* und seinen Folgen siehe insbesondere die ausgezeichnete Arbeit „Freud, Ferenczi und die ungarische Psychoanalyse“ von *Paul Harmat* (1988), zu den „Konflikten“ siehe *Haynal* 1989). *Michael Balint* hat sich im Anschluss an *Ferenczi* insbesondere mit der Behandlung sogenannter „früher Schädigungen“ (*basic fault*) befasst. Stichworte sind u.a. „Angstlust und Regression“ (1959), „Urformen der Liebe“ (1966) sowie „therapeutische Aspekte der Regression“ (1970). *Franz G. Alexander* hatte zusammen mit *Thomas French* (1946) u.a. die Experimente *Ferenczis* nach eigenen klinischen Gesichtspunkten weitergeführt, mit behavioralen Ansätzen kombiniert und eine sozialwissenschaftlich reflektierte, integrative, verhaltensorientierte Psychoanalyse begründet (*Alexander* 1957). *Alexander* gehört übrigens zu jenen Psychoanalytikern, die bereits früh metatheoretische Betrachtungen der psychoanalytischen Behandlung angestellt hatten. Er ist derjenige, der den Begriff der „*corrective emotional experience*“ geprägt hat. *Alexander*, dessen Werk in Deutschland leider ungenügend rezipiert ist, muss zu den bedeutendsten Pionieren einer integrativen Auffassung von Psychotherapie gezählt werden (*Schuch* 1989, 90). *Melanie Klein*, Begründerin einer eigenen psychoanalytischen Schule, war Analysandin *Ferenczis*; *Donald Winnicott* war Schüler *Melanie Kleins*; *John E. Gedo* (1986; 1991) propagiert im Rahmen eines eigenen psychoanalytischen Ansatzes *Ferenczis* Interventionstechniken und der *Ferenczi*-Schüler *Vladimir N. Iljine* (1972) entwickelte die kreativen Methoden und Techniken in seinem „Therapeutischen Theater“ weiter (*Petzold* 1972, 1982).

Psychodrama

Das Psychodrama, genauer gesagt das Lebenswerk von *Jacob L. Moreno* (1946, 1981), in dem das Psychodrama einen Aspekt bildet, neben Soziodrama, Soziometrie und Gruppenpsychotherapie, ist eine ebenso wichtige wie „unproblematische“ Quelle der Integrativen Therapie. Es ist deshalb unproblematisch, weil *Moreno* weitgehend

auf Ideologeme verzichtet und sich insbesondere auf das Leben in sozialen Netzwerken und damit auf Aspekte der interpersonellen und interaktionellen Lebenswirklichkeit bezieht, die als solche kulturell und interkulturell weitgehend unstrittig sind. Hervorgehoben werden seitens der Integrativen Therapie insbesondere die Konzepte von Kreativität und Spontaneität sowie der Reichtum des szenischen Konzeptes des Psychodramas im Hinblick auf Rollen-, Bühnen-, Skripttheorie; u.a. im Anschluss an diese wurde in der Integrativen Therapie ein Konzept des szenischen Verstehens und atmosphärischen Erfassens erarbeitet und in eine Dialektik zwischen diskursiver und aktionaler Hermeneutik gefasst (Petzold 1972, 1982).

Gestalttherapie

Die Gestalttherapie war während einer Entwicklungsphase ein namensgebendes Verfahren für die psychotherapeutische Orientierung (*Gestaltpsychotherapie*) in der Integrativen Therapie. Mittlerweile ist der Beitrag der Gestalttherapie zur Integrativen Therapie auf methodische Elemente und einige Konzepte eingegrenzt. Die Gestalttherapie ist als historisches Phänomen eingeordnet und theoretisch und praktisch einer fundamentalen Kritik unterzogen. Diese Kritik stellt bei der Gestalttherapie einen reichen, aber chaotischen Fundus von Impulsen, Konzepten, Techniken, Theoremen und Ideologemen fest. Unter Anderem wird der Biologismus von *Perls* (1975, 1980) kritisiert; z.B. zielte *Perls* auf „organismische Selbstregulation“. *Perls* war nicht hermeneutisch orientiert und deshalb nicht daran interessiert, „Sinn“ zu verstehen; z.B. der zentrale Begriff von *Perls*, der Begriff „Kontakt“ bleibt letztlich eine undifferenzierte Metapher, weil ihm die phänomenologische Differenzierung fehlte – z.B. in Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit. Die Kritik bemängelt insgesamt, dass eine klinisch orientierte Ausarbeitung des Konvoluts der Gestalttherapie zu einer fundierten, empirisch validierten Konzeption von Psychotherapie erst rudimentär vorliegt. Die Perspektiven der Gestalttherapie werden in ihrer integrativen Orientierung gesehen (Petzold 1973, 1999).

Die Integrative Therapie, bereits in den Anfängen durch den Rekurs auf die „europäischen Quellen“ der Gestalttherapie weiter gefasst als diese, hat sich durch ihren konsequent differentiellen und integrativen Ansatz über die Gestalttherapie hinaus entwickelt. Anzuerkennen und zu würdigen sind eine Reihe von Leistungen bzw. Beiträge der Gestalttherapie, u.a. ihr Beitrag zur szenischen Arbeit, in Form imaginärer Dramatisierungen oder monodramatischer Inszenierungen, wie sie *F.S. Perls* praktiziert hat. Weiterhin hat die Gestalttherapie durch ihre Ausrichtung auf das „*healthy functioning*“ eine frühe Orientierung auf eine gesundheitszentrierte Sicht des Men-

schen geleistet – im erklärten Gegensatz zur Pathologiezentrierung der Psychoanalyse – sowie mit ihrer Körperorientierung, der Beachtung körpersprachlicher Phänomene und der – wenn auch unzulänglich ausgearbeiteten – interaktionalen Konzeptualisierung, dem „Dialogischen“ der Gestalttherapie. Das Konzept des „self supports“, das dem Patienten ermöglicht, im Umgang mit sich selbst Sicherheit zu entdecken und zu begründen, z.B. im Hinblick auf die Erkundung eigener emotionaler Grenzerlebnisse und das „continuum of awareness“ als phänomenologische Interventionspraxis sind weitere wichtige Elemente, die übernommen wurden.

Leibtherapie

Im leibtherapeutischen Ansatz der Integrativen Therapie kommen die leibphilosophischen Positionen von *Marcel Merleau-Ponty*, *Schmitz* und – für Fragen der disziplinierenden Zurichtung des Leibes wesentlich – diejenigen von *Foucault* zum Tragen. Die Spürarbeit der *Grindlerschule* und die Arbeit mit Verspannungen in der frühen Technik *Reichs*, die *Petzold* bei *Ola Raknes* erlernte, das Improvisationstraining *Iljines* und die asiatischen Budokünste (Aikido, Kung Fu) haben Wesentliches zu einer leibzentrierten Therapie beigetragen, z.B. bei ihrem integrativen und kreativen Lauftraining (*Petzold* 1974; *van der Mei/Petzold/Bosscher* 1997), bei ihrer integrativen und differentiellen Relaxationstherapie (IDR) mit Zupassung für die Traumabehandlung (*Vouta-Voß* 1998; *Petzold, Wolf et al.* 2000). Weiterhin sind zu nennen die Thymopraktik und die Integrative Bewegungstherapie (*Petzold* 1974, 1988).

Verhaltensmodifikation

Ein verhaltenstherapeutisch-übendes Element war immer eine wesentliche Perspektive der Integrativen Therapie. *F. Kanfer* gab in den Anfängen des Fritz Perls Institutes (1974) dort Seminare. *Petzold* entwickelte das „Behaviordrama“ und sehr früh kognitive verhaltenstherapeutische Imaginationstechniken – vor der „kognitiven Wende“ (*Petzold/Osterhues* 1972). Im „Tetradischen System“ des Therapieprozesses findet sich strukturell eine übungsorientierte Phase des Transfers, die heute wieder besonders betont und mit modernen sozialökologischen Konzepten (in der Linie von *J. Gibson*) begründet wird (*Petzold* 1995a, 250; idem 1995b, 164ff). „Hausaufgaben“, Tagebücher, Alltagsstraining, *in vivo* Expositionen stellen wesentliche Momente störungsspezifischer Therapie im Integrativen Ansatz dar, z.B. in der Angstbehandlung (mit Aufnahme verhaltenstherapeutischer Techniken), in der Traumatherapie (*Petzold/Wolf et al.* 2000) und im Aufbau von *Souveränität* (durch „Empowerment- und Assertivness-Übungen“).

7. Modell der Persönlichkeit

Das Modell der Persönlichkeit in der Integrativen Therapie (Petzold/Mathias 1982) umfasst die Dimensionen „Selbst“, „Ich“ und „Identität“. Hierzu zunächst einige Definitionen.

Das *Selbst* ist unter anthropologischer Perspektive das reflexive, in gesellschaftliche Prozesse (Zeitgeist, Geschichte) eingebundene Subjekt. Aus diesem Grund wird in der Reflexion auf die Selbstkonstitution immer die Subjektconstitution mit bedacht. Das Selbst ist multitheoretisch begriffen: Zunächst anthropologisch als leibliches Phänomen, sozusagen als der lebendige Grund, aus dem sich in Kontext und Kontinuum Ich und Identität entwickeln. Es ist leibphilosophisch verstanden als das einfache Dasein, als Synergie „passiver“ Gegebenheit vor jeder Selbsterkenntnis. Das Selbst ruht in der kollektiven Leiblichkeit. Es ist von Beginn seiner Existenz an Einzelnes und Allgemeines zugleich: „Selbst-für-sich-mit-Anderen“. Es schließt die Dimension individueller und kollektiver unbewusster Prozesse mit ein. Im Anschluss an Moreno (1946) wird das Selbst auch rollentheoretisch begriffen: Moreno zufolge entsteht das Selbst aus Rollen: „*Roles do not emerge from the self, but the self emerges from roles*“ (Moreno 1946, 157). Die Rolle war für Moreno verkörperte „*interpersonal experience*“. Das Individuum erlebt sich als Selbst in der Dialektik von Selbstgefühl und Rolle. Das ursprüngliche Selbstgefühl entsteht und hat sozusagen seinen Ort im Inneren des Individuums. Es geht als individuelle Relationsform vom Individuum auf die soziale Welt hin, die es informiert zurückspiegelt. So wird das sich entwickelnde Selbst sozial geformt. Die Rolle kommt sozusagen von Außen, als soziale Relationsform, wird aus der sozialen und kulturellen Welt (soziales und kulturelles Atom) dem Individuum attribuiert und von diesem verkörpert.

Das Selbst unterliegt der Entwicklung, d.h. man kann konnektivierend von einem „archaischen Selbst“ sprechen, sobald die neuronalen Verknüpfungen eine solche Ausprägung angenommen haben, dass der Organismus in der Lage ist, Umweltreize wahrzunehmen und zu speichern, sich auf dieser Grundlage zu verändern, weiterzuentwickeln und sich neu zu verhalten bzw. neue Erfahrungen zu machen. Das „reife Selbst“ ist als positives, relativ konsistentes und stabiles Selbst beschreibbar, als Synergem von Schemata, z.B. selbstreferentiellen Emotionen, Volitionen und Kognitionen, z.B. der Fähigkeit zur Selbstgewissheit, Selbstbestärkung, der Entschlossenheit, der Selbstsorge und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst in „*persönlicher Souveränität*“ (Petzold 1998). Es liegt im Erleben eines von *Grundvertrauen* getragenen Lebensgefühls und wird erweitert durch die Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile und „Bilder über das Selbst“ ins Selbstbild. Im Enkulturations- und Sozialisa-

tionsprozess bildet sich im Zusammenwirken von bewusstem Wahrnehmen, Verarbeiten und Handeln auf dem Boden des Leib-Selbsts das *Ich-Selbst* heraus. Das Ich-Selbst vereint Ich und Selbst als leibhaftige personale Identität.

Das *Ich* ist das „Selbst in Actu“. Es ist eine Funktion des Selbst, aktiv wahrnehmend, erkennend, verarbeitend, handelnd. Es ist gerichtet, besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. Das Ich nimmt das Selbst in den Blick. Es reflektiert in der Selbstreflexion das Selbst im Lebenskontext und biographischen Kontinuum. Das Ich ist relational auf das Selbst und auf das Andere bezogen. Seine Identifikationen sind zugleich Differenzierungen, Kontakt, Angrenzung und Abgrenzung in einem. Das Ich ist ein Jetzt-Prozess, der sich im jeweiligen Wahrnehmen, Verarbeiten und Handeln konstituiert und der seine Stabilität durch das Leibselbst und durch eine gewisse Permanenz des sozialen und ökologischen Umfeldes erhält. Das Ich ist in die Dynamik des Entwicklungsgeschehens im Lebenslauf eingelassen. In unterschiedlichen Phasen des Entwicklungskontinuums ergeben sich Ich-Leistungen von unterschiedlicher Komplexität und Qualität. Die wesentliche Ich-Leistung besteht in der Konstituierung von Sinn, als das Erfassen von Zusammenhängen, die Verortung des Selbst in Kontext und Kontinuum und damit die Ausbildung von Identität. Sie ist abhängig von der entwicklungsbedingten Kapazität, Sinn zu erfassen und zu interpretieren bzw. intersubjektiv zu bestimmen. Das „reife Ich“ wird durch Stärke und Flexibilität gekennzeichnet, d.h. durch Präzision und Zuverlässigkeit primärer Ich-Funktionen: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln; sekundärer Ich Funktionen: Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion, Souveränität. Im Zusammenwirken aller Ich-Funktionen konstituiert das Ich *Identität*.

Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Identität erwächst aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk in reziproken Prozessen (Petzold 1996). Sie entsteht prozessual in der Konvergenz von Selbst-Identifikation/Selbst-Attribution und Identifizierung durch Andere/Fremd-Attribution und deren Bewertung und Verarbeitung. Identität entsteht in dialektischen Prozessen: So gewinnt das *Ich* einerseits Bilder über das *Selbst* aus dem Selbsterleben und attribuiert diese dem Selbst. Andererseits erfährt das *Ich* im Sozialisationsprozess aus dem Außenfeld Fremdattributionen und gleicht diese mit vorhandenen Selbstbildern ab. Die vor diesem Hintergrund biographischen Selbst- und Kontextwissens kognitiv eingeschätzt (*appraisal*) und emotional bewerteten (*valuation*) Selbst- und Fremdattributionen werden internalisiert. So entsteht in komplexen Prozessen der „Identitätsarbeit“ aus einer „Hermeneutik des Subjekts“ seine personale „transversale“ vielfältige *Identität* als

sich permanent überschreitende und damit emanzipierende (Petzold/Orth/Sieper 1999, 2000). In diesen Prozessen trägt das Subjekt reziprok den anderen Subjekten seines Konvoys, d.h. den „relevanten Anderen“ des Netzwerks identitätsattribuierend zu deren Identitätskonstitution bei (Müller/Petzold 1999). Die Identität ruht auf fünf Säulen:

1. *Leiblichkeit*: das ist mein individueller Leib – das was ich von mir erlebe und nach außen hin verleibliche (mein „sozialer Leib“);
2. *Soziales Netzwerk*: das ist der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört, meine Familie, meine Freunde, meine Kollegen;
3. *Arbeit, Leistung und Freizeit*: in der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde;
4. *Materielle Sicherheiten*: mein Besitz, Geld und Güter, aber auch milieu-ökologische Bezüge, mein Haus, meine Heimat, mein Verhältnis zur Natur;
5. *Wertorientierungen*: weltanschauliche und religiöse Überzeugungen, Sinn konstituierende Systeme.

Selbst, Ich und Identität sind prozessual zu verstehen. Sie werden nicht als einmal entstandene, relativ statische Größen (Instanzen) begriffen, sondern als lebendige, prozessuale Synergien, die in beständiger Interpretationsarbeit, Reflexion von Kontext und Kontinuum, eine flexible, transversale Identität und persönliche Souveränität konstituieren, ein vielfältiges „plurales Selbst“ (Rowan, Cooper 1999). Es handelt sich um eine Modellvorstellung von Persönlichkeit, die es dem Subjekt nahe legt und dabei zu unterstützen versucht, bei aller Prozessualität und Komplexität der modernen Lebenswelt, sich selbst und anderen vertraut zu bleiben und kompetent zu *navigieren*, z.B. an vielfältigen, divergierenden und disparaten Sozialwelten und Lebensstilgemeinschaften zu partizipieren.

Selbst, Ich und Identität erhalten bei relativ gleichbleibenden, aber auch sich verändernden Bedingungen über die Zeit eine gewisse Stabilität, Konstanz und Konsistenz. Sie können aber auch regelrecht erodieren und diffundieren, etwa wenn die Lebensverhältnisse sich gravierend verändern und insbesondere zeittextendierte Belastungen und Schädigungen auftreten, z.B. durch Erkrankung, Trennung, Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung. Selbst, Ich und Identität bedürfen sozusagen immer wieder der Verwirklichung, Auffrischung, Bewährung, der Gestaltung und des Neuentwurfes, z.B. im Bereich des Selbst durch Selbst-Wert-Bestätigung, des Selbsterlebens durch eigenleibliches Spüren, im Bereich des Ich durch Realisation sowohl im Hinblick auf die Gründung des Ich im Selbst wie auch im Hinblick auf die Wirkung des Ich zur Welt, im Bereich der Identität durch hinlänglich kongruente Selbst-Identifikation und Fremd-Identifizierungen oder durch bewältigbare Prozesse der Veränderung und Gestaltung, durch Kreativierung persönlicher Souveränität im Lebenszusammenhang. Konsistenzzwang, Stigmatisierung und Ressourcenmangel gefährden Identität. Lebendige Interaktion, Freiräume, Ressourcenvielfalt bauen sie auf.

8. Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Gesundheits- und Krankheitsbegriff im Modell der Integrativen Therapie (Petzold/Schuch 1991; Petzold 1992) werden in einer philosophisch-anthropologischen und eine klinischen Perspektive differenziert.

Der philosophische Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Die philosophisch-anthropologische Gesundheits- und Krankheitslehre zentriert im Konzept einer konnektivierten Zugehörigkeit bzw. *multiplen Entfremdung* (Petzold 1987d). Die multiple Entfremdung des Menschen umfasst demnach u.a. die Entfremdung von sich als Leib: Hiermit ist in der Regel eine Verschiebung und Vereinseitigung innerhalb der Bi-Modalität des Menschen, insbesondere der tendenzielle Verlust des Selbstbesitzes, der Selbstsorge (Foucault), der Selbstfreundlichkeit (*philantie*), der *Souveränität* mit der Erlebensperspektive und dem sich Spüren gemeint. Der domestizierte und selbstverdinglichende (Orth 1994) Mensch spürt sich nicht, er erlebt sich nicht primär von innen und lebt aus sich heraus, sondern sieht sich sozusagen wie von außen an und verhält sich entsprechend: Er sieht seinen Leib als Körper; er *hat* ihn und *benutzt* ihn instrumentell wie einen Apparat; er sieht sich getrennt von seinem Leib, ist „im Krieg“ mit seinem Leib. Sich nicht zu spüren bzw. das „Schweigen der Organe“ ist ihm wünschenswerte Normalität. Der Mensch will, dass sein Körper reibungslos funktioniert.

In zweiter Linie wirkt der Verlust von Zugehörigkeit und Altruismus als Gesundheitsqualität durch die „Entfremdung vom Mitmenschen“. Die Perspektive der Identifikation mit dem Mitmenschen, mit dem uns unser gemeinsames Menschsein, unsere *Hominität* (Petzold 2000h), verbindet, geht verloren. *Ko-existenz* wird zur philosophischen Leerformel oder zum Gegenstand moralisierender Überlegungen. Individualität wird zum Prototyp von Identität. Die Gesellschaft wirkt auf das abgesonderte Individuum in ihrer Komplexität und absorbierenden Vielfalt bedrohlich und zwingt es zu innerlichen wie äußerlichen Abgrenzungen. Weil die Gesellschaft nicht mehr die Sicherheit und Geborgenheit ursprünglicher Kulturen vermittelt, sondern vielfach „prekäre Lebenslagen“ (Petzold 2000h) produziert, muss sich das Individuum davor schützen, verloren zu gehen. Es bemüht sich um die Herausbildung einer individualisierten Identität, die es typischerweise durch die Konkurrenz um den konsumtiven Besitz ermittelt.

Als dritte Ebene wirkt die „Entfremdung von der Welt“ (Kontextdimension): Ebenso wie die Beziehung zu den Mitmenschen erweist sich in der Entfremdung die Verbundenheit mit der Welt eine funda-

mentale Qualität *ökopsychosomatischer* Gesundheit (Petzold, Orth 1998) als vielfach gestörte Relation. Im Erleben der Individuen findet eine Abspaltung statt. Das Individuum erfährt die Welt nicht mehr als seine Lebenswelt. Der Verlust an Bewusstheit für den eigenen Lebensraum, der Mangel an „Sorge um die Welt“ drückt sich nicht zuletzt in der zunehmenden Verdinglichung und Zerstörung der Umwelt aus und wird mit der Vergiftung seiner Umwelt auch für das Individuum toxisch.

Als vierte Ebene ist die „Entfremdung von der Zeit“ (Kontinuumsdimension) zu nennen: Zeit, als Prozess sich vollziehender Lebenszeit, als leiblich erlebter Strom ständig vergehender „Jetzt-Momente“, auf den Horizonten von Vergangenheit und Zukunft, als erlebtes Fließen des Lebens (Gesundheitsperspektive), tritt zurück zugunsten der Dominanz ökonomisch verknappter und technisch verdinglichter Zeit, die, gesellschaftlicher Übereinkunft folgend, auf einen ihrer Pole, den Zeitraum reduziert ist. Allzu oft bedarf es erst einer Krise, um die Nichtidentität von leiblicher Lebenszeit und dem physikalisch-mechanisch oder ökonomisch-bürokratisch vorgegebenen, äußeren Zeitraum zu entdecken. Lebenszeit ist mehr als der hier-und-jetzt erlebte Moment oder die äußere, abgetrennte Zeitgeschichte. Lebenszeit ist gleichbedeutend mit der durchlebten und erlebten Lebensspanne, dem vollzogenen Lebensganzen, in dem ich mich nur verstehen kann, wenn ich es ganzheitlich und differentiell erfasse. Die „ganze Zeit“ umfasst die Gegenwart mit ihren Horizonten der Vergangenheit und Zukunft, die als Horizonte in jedem Augenblick in Form von Memoriation und Antizipation leiblich präsent sind (Petzold 1991).

Der Boden „konnektivierter Zugehörigkeit“ und die Ursachen „multipler Entfremdung“ sind vielfältig. Sie wären in Diskursen situativ und relational korrespondierend unter Rückgriff auf metatheoretische Konzepte im Hinblick auf die Formulierung gesellschaftstheoretischer Rahmenbedingungen und ethischer Entwürfe zu analysieren, damit ihnen kooperativ und engagiert begegnet werden kann. Eine klinische Theorie von Salutogenese, Pathogenese, die ohne den reflektierten Hintergrund einer philosophisch-anthropologischen Gesundheits- und Krankheitslehre auftritt, setzt sich der Gefahr aus, zu kurz zu greifen.

Der klinische Gesundheits- und Krankheitsbegriff

Der klinische Gesundheits- und Krankheitsbegriff steht im Kontext der Persönlichkeitstheorie und der Entwicklungstheorie und zentriert im Konzept „multipler Stimulierung“ bzw. Information, aufbauender, nährender Stimulierung (Gesundheitsperspektive) und pathogener. Die Integrative Therapie bevorzugt einen Begriff von Sa-

lutogenese und Pathogenese, der versucht, auf problematische, ideologisch-hypothetische Prämissen – wie z.B. die Triebtheorie oder energetische Ansätze – weitgehend zu verzichten und ist zunächst deskriptiv und erlebnistheoretisch ausgelegt. Er nimmt darüber hinaus stets Gesundheit als korrespondierende Größe in den Blick. Risiko- und Belastungsfaktoren werden immer in ihrer Interaktion mit Defiziten, aber auch mit Stütz- und Schutz- und Entwicklungsfaktoren gesehen (Petzold/Goffin/Oudhoff 1993; Petzold/Steffan 2000).

Insofern besteht eine gewisse Nähe zu den großen Diagnosemanualen der ICD 10 (Dilling et al. 1993) und des DSM-IV (Saß et al. 1998). Diese Modellvorstellungen (Herzog 1984) verzichten bewusst auf genetische Aspekte. Ihnen wird allerdings lediglich begrenzte heuristische Geltung im Rahmen einer prozessualen Diagnostik zugemessen (Petzold/Osten 1998; Osten 2000).

Auch zum klinischen Pathogenese- und zum Salutogenesebegriff der Integrativen Therapie gibt es allgemeine Vorüberlegungen: Wenn z.B. Gesundheit und Krankheit generell verbunden, im Zusammenhang mit Lebenslagen, „prekären“ zumal gesehen werden, nicht nur von Pathogenese, sondern auch von Salutogenese gesprochen wird, finden nicht nur Schädigungen, sondern auch Ressourcen, hilfreiche Umgangsformen (Coping-Strategien) und Kompensationsmöglichkeiten des Patienten Beachtung (Petzold 1997). Diagnostik und Therapie verfahren differentiell und lebenslaufbezogen. Das Verständnis von Pathogenese wird durch die Perspektive einer lebenslangen, differentiellen Entwicklungspsychologie („*clinical life span developmental psychology*“ Petzold 1992, 536ff, 1995; Oerter et al. 1999) geprägt: Der Patient wird von vornherein in der Entwicklung seiner Lebensspanne, d.h. unter den Perspektiven seiner Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft gesehen (Osten 2000). Spezifiziert wird diese Perspektive durch die Optik lebensabschnittstypischer Heuristiken unter besonderer Berücksichtigung von Milieus und Zeitgeschichte. Schädigungen und heilende Wirkungen können dieser Ansicht zufolge an jedem Zeitpunkt des Lebensverlaufes eintreten. Sie können insbesondere dann pathogen wirken, wenn sie auf entsprechende Prävalenzen treffen und keine ausreichenden Kompensationen oder Substitutionen zur Entlastung verfügbar sind oder zur Wirkung kommen können.

Modelle zur Klärung und Differenzierung von pathogenen Faktoren

Der klinische Krankheitsbegriff hebt auf Konstellationen schädigender Stimulierungen (d.h. erlebter Information, *informed body*) ab. Diese Stimulierungskonstellationen sind grundsätzlich bi-modal zu verstehen, d.h. im Sinne von Phänomenologie zunächst erlebnistheo-

retisch zu erfassen und jeweils unter szenischen, milieutheoretisch-atmosphärischen sowie zeitgeschichtlichen Aspekten auszugestalten. Bisher werden in der Integrativen Therapie drei Modelle unterschieden:

1. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen differenziert die Auswirkungen erlebter Defizite, Traumata, Konflikte, Störungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit im Hinblick auf die Bildung von Selbst, Ich und Identität (= Persönlichkeit).
2. Das Pathogenesemodell der Repression und Dissoziation führt die Rücknahme emotionaler, expressiver Impulse, Retroflexion, Selbstanästhesierung, Abspaltung (Dissoziation) auf negative Ereignisse, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phasen zurück.
3. Das Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Überlastung (distress) betont unter Berücksichtigung der Lebenslage und ihrer *Prekarität* die der Vergangenheit, die Prozesse und Strukturen der Gegenwart sowie den faktischen, antizipierten und projektiven Zukunftsraum (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold, Wolf et al. 2000*).

Dem Verständnis der Entstehung von Krankheit als eines multi-kausal, nonlinear zu begreifenden Prozesses entspricht ein Verständnis von Therapie als Versuch des Bewirkens oder Begünstigens multipler Heilungsprozesse (*curativ*) und Linderungsprozesse (*palliativ*).

9. Die Therapie

Im Folgenden unternehme ich den nicht ganz risikofreien Versuch, aus meiner Sicht wesentliche Gesichtspunkte der Integrativen Therapie als praktisches Verfahren zu skizzieren. Das Verfahren ließe sich aus anderer Sicht wohl auch mit anderer Gewichtung darstellen. Generell gilt: Die Kompliziertheit der Aufgabe des Psychotherapeuten, die vielfältigen Diagnosen und spezifischen Indikationsstellungen verlangen *sine qua non* ein mehrperspektivisch reflektiertes Denken und Handeln, um der Aufgabe gerecht zu werden.

Die therapeutische Beziehung

Der Begriff der therapeutischen Beziehung und die Arbeitsweise in der Integrativen Therapie sind in einem engen Verhältnis zu sehen. In gewisser Hinsicht resultieren therapeutische Haltung sowie wesentliche Aspekte der Arbeitsweise aus dem Begriff der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung wird in zweierlei Hinsicht begriffen:

- Therapeutische Beziehung als intersubjektives Geschehen (Geschehensbegriff);
- Therapeutische Beziehung als intersubjektives Handeln (Handlungsbegriff).

Im Sinne des Geschehensbegriffes wird die therapeutische Beziehung als ein ohnehin stattfindendes, allzu oft nur unbewusstes Geschehen zwischen zwei Subjekten begriffen. Dieser Ansicht zufolge befinden sich Therapeut und Patient in einer *intersubjektiven Ko-respon-*denz (Petzold 1978). Der Begriff der intersubjektiven Ko-respon-

denz beinhaltet im Sinne des Geschehensbegriffes nicht eine bestimmte Handlungsanweisung, etwa das therapietechnische oder gar moralische Postulat „Ich muss korrespondieren!“ sondern ist zunächst lediglich als Aussage zum Geschehen in der Psychotherapie gemeint: Was auch immer und wie auch immer das im Einzelnen geschieht, mit Therapeut und Patient ko-respondieren zwei Subjekte miteinander, auf allen Ebenen der sinnlichen Realisation. Therapeut und Patient sind ko-respondierende Subjekte, sind füreinander jeweils „Andere“, die sich im Rahmen ihrer individuellen Sinnrealisationen und Strukturbildungen um Antworten auf Anforderungen bemühen, die sich ihnen in der Ko-respon-

denz stellen. Die Ko-respon-

denz der Subjekte bedeutet „Intersubjektivität in bi-modaler Perspektive“, d.h. zwei Subjekte erleben sich selbst und nehmen dabei sich und den Anderen wahr. Als wesentlich für den Erfolg der Psychotherapie werden Syntonie (Passung) und Synergie (Zusammenwirken) beider Erleben erachtet. Als Voraussetzung für das Erleben von Syntonie und Synergie versucht der Therapeut, immer wieder den Patienten im Selbst-Erleben und Ich-Erkennen zu berühren und zu bewegen, seine Selbstwahrnehmung, seine Selbstevaluierung und seine Selbstinterpretation zu entwickeln.

Psychotherapie nach Maßgabe der Integrativen Therapie wird als intersubjektiver Ko-respon-

denzprozess begriffen, als Prozess persönlicher und gemeinschaftlicher Hermeneutik. Eine wesentliche Dimension liegt im Gewahrsein des Augenblicks: eine Sinneswahrnehmung führt zur anderen, eine Berührung führt zur anderen. Auf der Grundlage der sich in der intersubjektiven Ko-respon-

denz realisierenden Phänomene werden – in der Gegenwart – bewusste und unbewusste Strebungen und lebensbestimmende, belastende, defiziente und protektive Ereignisse der Biographie fokussiert und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensführung erfahrbar gemacht.

Psychotherapie ist immer ein Geschehen und ein Handeln. Ich gehe davon aus, dass in der Psychotherapie, als einer Dyade, zunächst all das – unbewusst oder bewusst – geschieht bzw. sich intersubjektiv konstellierte, was immer auch zwischen Menschen – unbewusst oder bewusst – geschieht bzw. sich intersubjektiv konstellierte (Märtens, Petzold 1998). Was unterscheidet dann Psychotherapie vom alltäglich üblichen Leben? Der Unterschied zum alltäglich üblichen Leben liegt auf der Handlungsebene und besteht wesentlich darin, dass durch das Ziel der psychotherapeutischen Zusammenkunft eine

klare Rollen- und Aufgabenteilung zwischen Therapeut und Patient vorgegeben ist. Im Unterschied zum alltäglich üblichen Leben ist es nun zunächst Aufgabe des Therapeuten, das intersubjektive Geschehen bzw. die sich ergebenden Prozesse und Konstellationen zu erkennen und zu reflektieren, in die Ko-respondenz mit dem Patienten zu bringen und mit „*informed consent*“ indikationsspezifisch in intervenierendes Verhalten umzusetzen. Hierzu kann er bestimmte Modellvorstellungen in Anschlag bringen, z.B. die Modellvorstellung der Szene, die Modellvorstellung von Übertragung und Gegenübertragung, die Modellvorstellung des permanent anwesenden Netzwerk-Hintergrundes.

Psychotherapie wird erst dadurch zur professionellen Handlung, dass sich der Psychotherapeut mit Hilfe von Modellvorstellungen (Herzog 1984), und unter Einbezug von Forschungsergebnissen (Grawe et al. 1994; Petzold, Märtens 1999) zum Geschehen in der Psychotherapie auf eine spezifische Weise reflektiert und sich auf dieser Grundlage verhält. Intersubjektive Ko-respondenz von Therapeut und Patient bedeutet „Begegnung und Auseinandersetzung von Person zu Person“, ohne die Kompliziertheit der psychotherapeutischen Situation zu verkennen. Das schließt auch ein, sich vom Patienten berühren zu lassen und sich auf die Lebenswelt des Patienten einzulassen, auf Zeit Teil seines „Konvoys“ zu werden (Petzold/Groebelbauer/Gschwendt in: Petzold, Orth 1999).

Diese Art des Vorgehens wirft in besonderer Weise ethische Perspektiven auf. Die Frage nach dem Anderen (Levinas 1983; Petzold 1996) ist insbesondere im Hinblick auf bemächtigende, objektivierende Betrachtungs- und Verhaltensweisen zu stellen. Die unvermeidliche Unterwerfung des Anderen ist durch Reflexion tendenziell aufzuheben: Der Geschehensbegriff der intersubjektiven Ko-respondenz auf die Ebene des Handlungsbegriffes transponiert heißt, im Sinne der Respektierung von Alterität den Bezug zum anderen Subjekt neu zu überdenken und in neues Erleben, Denken, Fühlen, Wollen und Verhalten zu transformieren. Dies geht insbesondere über die Aufklärung von Formen der Bemächtigung. Formen der Bemächtigung des Anderen sind insbesondere:

- Szenengenerierung, Atmosphärenbestimmung und Rollenzuweisung durch das therapeutische Setting;
- Szenische Wiederholungen des Patienten wie auch des Therapeuten;
- Prozessual sich einspielende Szenen und Atmosphären;
- Übertragungen des Patienten/des Therapeuten;
- Gegenübertragungen des Patienten wie auch des Therapeuten;
- Prozessual sich einspielende Übertragungen/Gegenübertragungen.

Es ist für die therapeutische Beziehung charakteristisch, dass sie oft nicht in einem emphatischen, vollen Sinne intersubjektive Beziehung

ist. Vielmehr verleibt sich der Therapeut für den Patienten immer auch Gestalten der Vergangenheit, der Gegenwart und Zukunft. In ihr aktualisieren sich beim Vorliegen struktureller atmosphärischer oder szenischer Similiaritäten oder Homologien bewusst oder unbewusst alte Atmosphären und Szenen („Eine Szene ruft die andere“). In der therapeutischen Beziehung finden zudem Übertragungen statt, die leicht die Wahrnehmung der Gegenwart trüben oder verstellen können und die man in Anlehnung an *Freud* als Anwesenheit „unsichtbarer, unbekannter Dritter“ bezeichnen könnte. Nicht zuletzt kann die Gegenwart auch durch Idealisierungen des Therapeuten durch den Patienten eigentümlich verfärbt werden.

Gibt es eine „Grundregel“, eine Standard-Arbeitsweise der Integrativen Therapie?

Das Verfahren der Integrativen Therapie besteht in der Anwendung einer prozessual, situativ und relational jeweils kreativ neu zu generierenden, reflektierten Kombinatorik von Perspektiven, Optiken, Heuristiken. Zentraler Faktor für die Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die Mehrebenenreflexion, z.B. die Triplexreflexion. Die in diesem Verfahren liegenden und sich daraus spontan ergebenden Interventionen erfolgen diagnose- und indikationsspezifisch sowie durch Triplexreflexion geleitet, theoretisch (und wo immer möglich durch empirische Forschung) überprüft und begründet. Der Therapeut geht in der Regel nach dem Leitsatz „Geschehen lassen“, „Wirken lassen“ und „Handeln“ vor – in dieser Reihenfolge. Abweichungen von diesem Leitsatz sind therapeutisch zu begründen, etwa im Fall erforderlicher Stütze, Strukturierung, Grenzziehung oder der Krisenintervention. Grundsätzlich gilt die prozessuale Auffassung, wonach ein Wort das andere gibt, ein Gefühl dem anderen folgt, eine Szene die andere ruft. Der Therapeut hat den Prozess des Geschehens topologisch prägnant zu machen bzw. in Ko-respondenz mit dem Patienten dessen kontinuierlicher Aufmerksamkeit zu erschließen, aber auch dessen Wahrnehmungen und Hinweise auf- und ernstzunehmen. Anschließend hat er die Phänomene gemeinsam mit dem Patienten unter Zuhilfenahme von jeweils ausgewählten Perspektiven und Optiken auf dem Hintergrund des Zeitkontinuums, d.h. der Horizonte Vergangenheit und Zukunft, zu evaluieren und mit ihm zu interpretieren.

Um zu dieser Arbeitsweise zu kommen, bedarf es nicht selten erst der Anleitung und Einübung des Patienten durch den Therapeuten (im Sinne einer therapeutischen Propädeutik). Die Aufgabe des Therapeuten kann, sofern indiziert, z.B. zunächst immer wieder darin bestehen, den Patienten anzuhalten und darin zu fördern bzw. ermutigen und zu unterstützen, letztlich zu üben, die Aufmerksamkeit auf

sich selbst zu richten, sich bewusst zu fühlen, kontinuierlich seine Empfindungen, Gefühle, Stimmungen und Eingebungen zu beachten („*continuum of awareness*“ im Sinne des Gestalt-Wahrnehmungstheorems von *F.S. Perls*) und sich in der Ko-respondenz mit dem Therapeuten gegebenenfalls auf die Weise mitzuteilen, die seinem Befinden entspricht. Sofern nicht aktuell kontraindiziert, muss der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auch immer wieder auf die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung lenken oder den Patienten über seine Wahrnehmung des Therapeuten sprechen lassen. In dieser Vorgehensweise konkretisiert sich praktisch der Leitsatz „Von den Phänomenen zu den Strukturen, zu den Entwürfen“. Ausgangs- und Anknüpfungspunkte der therapeutischen Zusammenarbeit sind in der Gegenwart zum einen die verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Patienten über sich, sein Hilfsansuchen (der Patientenwille), seine aktuelle Lebenssituation und die seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvoys, insbesondere seine szenischen und atmosphärischen Realisationen und zum anderen die phänomenale Realität der therapeutischen Beziehung.

Prozessuale Diagnostik – „Theragnostik“

Integrative Therapie beginnt schon mit der Art der Anamneseerhebung und Diagnostik. Auch diagnostisch gilt der prozessuale, intersubjektive Ansatz (*Osten 2000*). Demnach wird Krankheit nicht als Status diagnostisch festgeschrieben, sondern intersubjektiv in der Ko-respondenz von Therapeut und Patient prozessual ermittelt, dynamisch, von Focus zu Focus, im Lichte des sich jeweils wandelnden Verständnisses, mit jeweils sich verändernden emotionalen Gehalten und sinnhaften Bedeutungen. Die Integrative Therapie setzt hierbei auf das Modell der prozessualen Diagnostik, der „Theragnostik“. Damit ist ein Vorgehen gemeint, in dem prozessual in der Ko-respondenz von Therapeut und Patient die Befunde und Einschätzungen des Therapeuten mitgeteilt und überprüft werden und eine Auseinandersetzung bzw. Abstimmung zwischen Therapeut und Patient darüber erfolgen kann (*Petzold/Wolf et al. 2000*). Ein Bestandteil der Theragnostik muss bereits die Patienteninformation, u.a. über Diagnostik, Formen des therapeutischen Vorgehens und der Zusammenarbeit und nicht zuletzt auch über Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen der Therapie darstellen (*Trenckmann/Bandelow 1999*).

Es geht darum, den sogenannten „*informed consent*“ herzustellen. *Informed consent* bedeutet u.a., den Patienten über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten partnerschaftlich in einer geeigneten Weise so zu informieren, dass dem Patienten durch die Transparenz der Therapie die Möglichkeiten der qualifizierten Zustimmung

zum und Mitwirkung *am* therapeutischen Vorgehen eröffnet werden. Es ist die Bildung einer kooperativen Partnerschaft anzustreben, die auf Heilung (*curing*), Unterstützung (*supporting*), Vergrößerung, Bereicherung und Bekräftigung (*enlargement, enrichment, empowerment*) der persönlichen Souveränität des Patienten abzielt. Durch Übereinkunft über die Befunde des Therapeuten und die Zustimmung zur Vorgehensweise des Therapeuten etabliert sich eine Ebene der kognitiven Führung der Therapie, auf der beide, Therapeut und Patient, den Therapieverlauf lenken und Einfluss nehmen können. Damit werden „*client welfare*“ und „*client dignity*“, Wohlergehen und Würde des Patienten gewährleistet (Müller, Petzold 2000).

10. Die therapeutischen Heuristiken

Modalitäten

In seiner Gestaltung des therapeutischen Prozesses kann der Therapeut indikationsspezifisch im Sinne „*multimodaler Therapie*“ (Petzold 1974) den Schwerpunkt auf verschiedene Modalitäten legen:

- a) *Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität*, in der z.B. mit Methoden aus der Aktiven Psychoanalyse, der Gestalttherapie, dem Psychodrama und kognitiven Problemlösungsansätzen biographische und aktuelle Probleme, dissoziierte und verdrängte Konflikte, problematische Persönlichkeitsstrukturen dargestellt und behandelt werden (Petzold 1974, 1988);
- b) *Konservativ-stützende, palliative Modalität*, in der Patienten Beistand, Begleitung, Entlastung, Sicherung, die Linderung von Schmerzen erfahren z.B. in Krisenepisoden und Phasen kritischer Lebensereignisse oder anlässlich der Bewältigung bestimmter, überfordernder Lebensaufgaben, dem Umgang mit Verlusten (Lückel 1981);
- c) *Ergebniszentriert-stimulierende Modalität*, in der mit kreativen Medien und Methoden sowie aktiver Imagination an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit mit ihren Strukturgefügen gearbeitet wird (Petzold/Orth 1990);
- d) *Übungszentriert-funktionale Modalität*, in der z.B. mit Relaxationsmethoden, körpertherapeutischen Übungen, Lauftherapie, Bogenschießen, Biofeedback etc. gearbeitet werden kann (Hausmann/Neddermeyer 1996; van der Mei/Petzold/Bosscher 1997);
- e) *Netzwerkaktivierende Modalität*, in der die Ressourcen sozialer Netzwerke aktiviert werden, defiziente oder toxische Netzwerke saniert und gute Netzwerkqualitäten gepflegt werden (Hass/Petzold 1999);
- f) *Medikamentöse Modalität*: Die Fortschritte in der Entwicklung hochwirksamer, neuer Medikamente, etwa in der Behandlung von Angststörungen und Depressionen (z.B. serotoninaktiver Präparate) macht Kombinationsbehandlungen möglich, zur Intervention bei akuten Krisen u.U. notwendig (Birchler/Petzold 2000).

Der Fortschritt der Forschung und Erfahrung kann durchaus zur Entwicklung weiterer Modalitäten führen, z.B. in Richtung psychotherapierelevanter, homöopathischer und naturheilkundlicher Verfahren oder mikro-ökologischer bzw. ökopsychosomatischer Ansätze (Petzold, Orth 1998).

Ebenen der therapeutischen Tiefung

Zur Einordnung und Beurteilung von Prozessen, zur Lenkung der therapeutischen Interventionen und spezifischen Beantwortung der Äußerungen des Patienten steht dem Therapeuten das Modell der „Vier Ebenen der therapeutischen Tiefung“ zur Verfügung (Petzold 1974). Die im Modell genannten 4 Ebenen können als Spektrum mit fließenden Übergängen aufgefasst werden. Es ist anzunehmen, dass eine klare Trennung zwischen den Ebenen nicht besteht. Die Prozesse von unterschiedlicher Intensität können zwischen den Ebenen oszillieren oder auf verschiedenen Ebenen parallel ablaufen:

- *Ebene der Reflexion:* Das therapeutische Geschehen spielt sich auf der Ebene der Überlegungen ab. Erinnerungen kommen als gedankliche Inhalte ins Bewusstsein, ohne dass sichtbare emotionale Beteiligung feststellbar wäre.
- *Ebene des Bilderlebens und der Affekte:* Hier kann unterschieden werden: (a) Bilderleben ohne emotionale Beteiligung, d.h. im Patienten kommen bildhafte Szenen auf, ohne dass er von ihnen näher berührt wird. Er schaut auf die Ereignisse wie auf einen Film, der ihn mehr oder weniger interessiert, aber keine größere Beteiligung auslöst; (b) Bilderleben mit emotionaler Beteiligung, d.h. der Patient wird vom Geschehen angerührt wie in einem Film, bei dem ihm die Tränen kommen oder der ihn sexuell erregt, aber er bleibt Zuschauer. Die emotionale Beteiligung kann durchaus stark werden, lässt den Körper aber relativ unbeteiligt. Kommt es zu Tränen, so ist das Weinen meist flach und schnell vorüber.
- *Ebene der Involvierung:* Die Außenrealität tritt stark zurück. Der ganze Körper wird am Gefühlsleben beteiligt. Der Patient wird von Schmerz, Zorn, Angst, Freude gleichsam durchschüttelt. Der Patient ist nicht mehr Zuschauer, sondern sozusagen in das Bild, die Szene hineingetreten. Die Situation, um die es geht, wird dem Involvierten so plastisch, als sei er in ihr.
- *Ebene der autonomen Körperreaktionen:* Der Prozess der Involvierung kann sich derart verdichten, dass der Körper autonom zu reagieren scheint. Tiefes Atmen, Zittern, Konvulsionen, Würgen, Schreien, Toben können als äußerstes Erscheinungsbild auftreten.

Für ein aktiv „tiefendes“ therapeutisches Vorgehen bedarf es grundsätzlich einer spezifischen Indikation, nicht zuletzt um Retraumatisierungen bei Patienten mit Post-Traumatischem-Stress-Syndrom (PTSD) zu vermeiden (van der Kolk 1994; van der Kolk et al. 1996). Es ist bei hoher Tiefung die Gefahr einer „trauma addiction“ (van der Kolk 1989) oder Retraumatisierung (Petzold 1999i; Petzold/Wolf et al. 2000) zu beachten. Der sich spontan entwickelnde Prozess ist in der Regel dem induzierten vorzuziehen. Prozesse können auf allen vier Ebenen ihre Bedeutung und Berechtigung haben. Man kann davon ausgehen, dass die therapeutische Relevanz nicht vom Erreichen einer bestimmten Tiefungsebene abhängt.

Beispiel: Ich habe schon die Beobachtung bei körpertherapieerfahrenen Patienten machen müssen, dass sie regelrecht süchtig nach hoher Tiefung waren, ohne dass sich ihre Problematik dadurch positiv gewendet oder sie auch nur ein zutreffenderes Verständnis für sich gewonnen hätten. Eine von mir durchgeführte Nachbehand-

lung gab mir zu bedenken, dass durch hohe Tiefung Traumatisierungen, z.B. eine Vergewaltigung, auftauchen können und die heftigen, überfordernden Gefühle im Verein mit waghalsigen therapeutischen Interventionen, anstatt, wie vom Therapeuten naiverweise angestrebt, heilsame Wirkungen durch Neu-Durchleben bzw. Neu-Bewältigung zu erzielen, zu Neu-Traumatisierung führen können.

Wege der Heilung und Förderung

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, multiple Heilungs- und Entwicklungsprozesse zu fördern. Die für die Integrative Therapie wesentlichen Dimensionen multipler Heilungsprozesse sind in der Modellvorstellung der 4 Wege der Heilung und Förderung zusammengefasst. Diese sind:

- ▶ *Bewusstseinsarbeit*: Durch Intersubjektive Ko-respondenz soll die therapeutische Arbeit an unbewussten Störungen und Konflikten Klärung und multiperspektivische Einsicht gewähren mit dem Ziel der Auflösung narrativer Fixierungen und Veränderung kognitiver Strukturen zur Herstellung bzw. Wiederherstellung von Sinn;
- ▶ *Emotionale Differenzierungsarbeit, Nachsozialisation, Parenting, Reparenting*: Durch die Vermittlung substitutiver, korrekativer und alternativer emotionaler und kognitiver Erfahrungen sollen Defizite im Aufbau der Persönlichkeitsstruktur, so weit dies möglich ist, behoben oder deren persönlichkeits- und entwicklungsbeeinträchtigenden Wirkungen ausgeglichen oder durch „korrigierende emotionale Erfahrung“ (Alexander 1950, 408) abgemildert werden. Diese, an den Ergebnissen der Säuglings- und Longitudinalforschung orientierten Behandlungsstrategien kommen vor allem bei frühen Persönlichkeitsschädigungen in Betracht, um dysfunktionale kognitive, emotionale und volitive Strukturen (Schemata, Narrative, Skripts) zu verändern. Dabei ist darauf zu achten, dass die „Simile-Qualität“ von Parenting-Prozessen – Therapeuten werden einem Patienten wie ein guter Vater resp. eine gute Mutter – klar bleiben, um unangemessene Regressionsartefakte zu vermeiden;
- ▶ *Kreative Erlebnisentdeckung, Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung und alternative Handlungsmöglichkeiten*: Durch die Entwicklung und Förderung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale (Kreativität, Phantasie, Sensibilität, Flexibilität) sollen vermittels „multipler Stimulierung“ in der erlebnis- und übungszentrierten Modalität durch kreative Medien, Kulturarbeit sowie durch das gezielte Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld aktiv Aufbau und Stärkung von Ressourcen und persönlicher Souveränität durch alternative Erfahrungen gefördert werden;
- ▶ *Alltagspraktische Hilfen, Förderung der Bildung psycho-sozialer Netzwerke sowie die Ermöglichung von Solidaritätserfahrung*: Durch „soziales Sinnverstehen“ sollen „Ursachen hinter den Ursachen“ und „Folgen nach den Folgen“ erkannt werden, d.h. ein komplexes Bewusstsein für die Phänomene multipler Entfremdung ausgebildet werden. Dieser Bezug zur Sozialität hebt die Erfahrung von Solidarität, sozialer Zugehörigkeit und Eingebundenheit hervor. Er führt pragmatisch zu Hilfen der Lebensbewältigung unter der Verwendung von behavioralen, supportiven und netzwerktherapeutischen Methoden.

11. Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Eine wichtige Entwicklungs- und Revisionsquelle der Integrativen Therapie bildet die Psychotherapieforschung. Forschung und Theoriebildung zu Wirkfaktoren und Prozessen in der Psychotherapie befinden sich derzeit in einer sehr aktiven Entwicklungsphase (Märtens/Petzold 1998; Brummund/Märtens 1998; Grawe et al. 1999). Indessen gibt es noch viel zu tun, z.B. wissen wir noch wenig über störungs- bzw. krankheitsbildspezifische Faktoren bzw. Faktorenkombinationen. Aus körper- und kreativ-therapeutischen Verfahren liegen bisher kaum Forschungsergebnisse vor; Petzold (1993) stellt 14 Faktoren bzw. Prozesse heraus. Welche Konsequenzen sind aus der Psychotherapieforschung für die Praxis zu ziehen? Schulenübergreifend lassen sich mehrere zentrale Wirkungsbereiche unterscheiden:

Therapeutische Beziehung

Ein wesentlicher Gesichtspunkt der Wirkung von Psychotherapie ist nachweislich *Intersubjektivität*. Das heißt aus bi-modal leibphilosophischer Sicht zunächst, dass das jeweilige Erleben der Subjekte in Ko-respondenz tritt mit dem fremden Erleben, Syntonie und Synergie bewirkt. Es geht demnach um etwas sehr Einfaches, wenn auch schwierig Benennbares, um das gegenseitige Erleben unverstellten, lebendigen Kontakts, das Vollziehen unmittelbarer Begegnung (Marcel 1985). Manche Autoren sind der Auffassung, dass das Wesentliche der therapeutischen Beziehung die Erfahrung „natürlicher“, unverstellter, „unentfremdeter“ Beziehungsqualitäten ist, wie sie den Patienten oft über lange Zeit fehlten (Märtens/Petzold 1998). Ein wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor scheint hierbei der Blickkontakt zu sein (Petzold 1992; Petzold/van Beek/van der Hoek 1994). In der erlebten Beziehung entstehen Gefühle des Verbundenseins, der Sicherheit und des Getragenseins, insbesondere emotional angenommen und gestützt zu sein. Die therapeutische Beziehung ist für die Erklärung der Varianz des Therapieergebnisses bedeutsamer als technische Interventionen (Lambert/Shapiro/Bergin 1986; Lambert/Bergin 1992). Es ist daher nur richtig, auch von der für den jeweiligen Patienten geeigneten Beziehung zu sprechen anstatt nur von der geeigneten Behandlungsmethode. Der Therapeut braucht die Fähigkeit – ohne die Kompliziertheit der psychotherapeutischen Situation zu verkennen – situations- und indikationsspezifisch mit dem Patienten eine gemeinsame Form von Kontakt, Begegnung, Beziehung, zuweilen auch Bindung zu praktizieren.

Das schließt insbesondere auch seine prinzipielle Bereitschaft ein, sich dem Patienten zu öffnen und sich vom Patienten emotional berühren zu lassen sowie sich empathisch auf das Erleben und auf die

Lebenswelt des Patienten einzustellen. Situations- und indikations-spezifisch zu intervenieren kann auch beinhalten, je nach Stand des Prozesses, sich dem Patienten begrenzt zu erkennen zu geben. Spontanes Erleben und Verhalten des Therapeuten bedürfen insofern stets der Klärung und Differenzierung, um seriell und situativ zu professionellen, d.h. insbesondere zu reflektierten, begründeten, zielgerichteten Verhaltensweisen des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung zu führen.

Verstehen

Es ist ein unverzichtbares Bedürfnis der Individuen, sich im tiefen Inneren gemeint und verstanden zu fühlen, aber auch sich selbst zu verstehen. Es genügt nicht, an ihnen äußerlich Handlungen vorzunehmen oder sie mit aufgesetztem Expertenwissen und -verhalten zu beeindrucken oder mit magischen Gesten und Phrasen zu manipulieren. Verstehen bedeutet zuerst, dass sich der Patient wahrgenommen, erfasst und verstanden fühlt. Der Wirkfaktor „Verstehen“ kann nicht ohne weiteres operationalisiert werden, sondern ist in der Regel Ergebnis therapeutischer Kunst. Dahin zu kommen, dass der Patient sich verstanden fühlt, kann weite Wege und komplizierte therapeutische Aktionen erfordern.

Eine Methode, den Patienten zu verstehen und ihm das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden, verläuft insbesondere zum einen über die therapeutische Klärungsarbeit, in der Erleben und Verhalten sowie die Lebensgeschichte und Lebenssituation des Patienten vom Therapeuten unter phänomenologischem Gesichtspunkt erörtert und geklärt werden; zum andern aber auch durch eine wohldosierte, indikationsspezifische Befriedigung des Patienten, in der dieser bekommt, was er braucht – wenn auch nicht immer das, was er zu brauchen glaubt (*Ferenczi*). Eine solche Befriedigung kann eine emotionale Zuwendung sein, eine selektive Offenheit des Therapeuten, es kann sich aber auch um eine Grenzsetzung (*skillful frustration, Perls*) handeln. Die spezifische Befriedigung des Patienten, ihm zu geben, was er braucht, bildet eine der schwierigsten Aufgaben, die im therapeutischen Prozess zu lösen sind. *Conditio sine qua non* stellt hier die erweiterte Exzentrizität durch Triplexreflexionen dar, insbesondere unter Einbeziehung der Gegenübertragungsanalyse sowie des szenischen Verstehens und, aus guter Distanz, der beständigen partnerschaftlichen Ko-respondenz mit dem Patienten sowie ggf. Supervision.

Problemaktualisierung

Problemaktualisierung oder das Prinzip der realen Erfahrung: Probleme können nachweislich am besten in einem Setting bearbeitet werden, in dem diese Probleme real erfahren und so einer Bearbei-

tung zugänglich gemacht werden können. Der Psychotherapeut braucht deshalb die persönliche Fähigkeit, und sein Psychotherapieverfahren muss es ihm im Repertoire bereitstellen, die jeweiligen Problemaktualisierungen zu generieren, um anschließend indikationspezifisch und kreativ auf die Problemeigenarten des Patienten eingehen zu können. Die therapeutische Beziehung und das therapeutische Setting (Bühne), aber auch die reale Lebenssituation im Netzwerk können das Medium der Problemaktualisierung bilden.

Praktische Problembewältigung

Das Leben wird auch in der Perspektive der Psychotherapie offensichtlich zunehmend als eine praktische Angelegenheit verstanden, in dem sich den Menschen in realer Umgebung reale Aufgaben und Probleme stellen, auf die sie Antworten finden und Lösungen entwickeln müssen (anstelle Lebensereignisse z.B. als Emanationen mysteriöser Triebkonfliktkonstellationen auszugeben, deren Ursachen allein im Unbewussten des Patienten lägen oder sie nicht minder mysteriös auf „blockierte Energien“ zurückzuführen). Die Aufgabe des Therapeuten kann darin bestehen, konkrete Lebenshilfen zu geben, den Patienten mit geeigneten Maßnahmen aktiv zu unterstützen oder direkt anzuleiten, mit einem Problem besser fertig zu werden, z.B. mit Hilfe von Entspannungsverfahren bei Schmerzen oder von Reizexpositionen, um Adaptierungen bei Angstzuständen zu erreichen oder durch Rollenspiele, die assertives Verhalten in sozialen Situationen fördern und nicht zuletzt Bewegungs- und Atmungsübungen bei Angst. Hierbei ist allerdings auf den szenischen Gehalt sowie die Übertragungs- respektive Gegenübertragungskonstellation metaperspektivisch zu reflektieren. Auf der Grundlage der Metareflection können dann jenseits der Ebene akuter Hilfestellung gezielt Metaebenen der Psychotherapie beschriftet werden. Grundsätzlich ist zum Thema „aktive Problembewältigung“ allerdings zu bedenken, dass nicht für alle Probleme Lösungen gefunden werden können, sondern häufig nur Umgangsformen (Copingstrategien) und tragfähige Grundhaltungen entwickelt oder aktiviert werden müssen. Der Patient muss in diesem Fall gefördert werden, an seiner Erkrankung zu wachsen.

Ressourcenaktivierung

Pathogenese wird heute nicht monothematisch als Entstehung einer Erkrankung gesehen, sondern multithematisch als das Misslingen des Ausgleichs pathogener und salutogener Faktoren in einer Weise, dass eine hinlänglich regulierte Lebensführung möglich ist. Der Mensch wird dieser Ansicht zufolge u.a. auch deshalb krank, weil es ihm nicht gelingt, auf die Anforderungen oder Zufügungen

der Umwelt vorhandene Potentiale zu mobilisieren und zu nutzen bzw. auf Ressourcen zuzugreifen oder noch nicht oder nicht mehr vorhandene Potentiale neu zu entwickeln oder die Defizite zu kompensieren. Im Sinne seiner Entwicklung und Gesundung wird der Mensch konsequenterweise nicht nur im Hinblick auf seine Erkrankung, respektive Schädigungen gesehen, sondern auch im Hinblick auf seine salutogenen, kompensatorischen und kreativen Potentiale und *Kompetenzen* und *Performanzen*: Man kann nachweislich Patienten dadurch besonders gut helfen, indem man an ihren positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft, ressourcen- und lösungsorientiert arbeitet (Petzold 1997). Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass man die Art der Hilfe so gestaltet, dass der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann.

Netzwerkarbeit

Die Problematik des Menschen wird nicht zuletzt im Kontext der Problematik seiner formellen und informellen Beziehungen gesehen. Die Erosion traditioneller sozialer Organisationsformen und damit einhergehend die zunehmende Singularisierung des Menschen, insbesondere in den Großstädten, verlangt die Entwicklung von neuen tragfähigen sozialen Strukturen, von Netzwerken, in denen er Zugehörigkeit und z.B. fundierte Kollegialität bzw. Partnerschaft erfahren kann und mit deren Weggeleit er seine Lebensstrecke „im Konvoy“ durchmisst (Hass, Petzold 1999).

Identitätsentwicklung

Identitätsprobleme bilden ein zentrales Thema der Psychotherapie. Aufgabe des Therapeuten ist es, im therapeutischen Prozess zum einen gelingende Identitätsentwicklungsprozesse nachzubilden, deren Ergebnis eine hinlänglich stabile und doch flexible Identität ist und zum andern verkennenden, entwertenden, stigmatisierenden Fremdattributionen entgegenzuwirken sowie negative Selbstbewertungen, dysfunktionale Identitätsstile, mit denen in der Regel destruktive Lebensstile verbunden sind, zu verändern oder zumindest abzuschwächen, und weiterhin positive Lebensstile und „*lifestyle communities*“ (Müller, Petzold 1999) zu entwickeln.

Leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation

Aus Sicht der Integrativen Therapie, in deren Ansatz die „Leiblichkeit“ im Zentrum steht, stellt die Förderung von Selbstgefühl einen wesentlichen therapeutischen Wirkfaktor dar. Ein differenziertes „eigenleibliches Spüren“ (Schmitz 1989) und auf dieser Grundlage gute

Selbstwahrnehmung bilden die Voraussetzung für die Herausbildung optimaler, im Selbstgefühl gegründeter Formen der Selbstregulation und die Entwicklung von Sensibilität für Dysregulation, Selbstanästhesierung, Verdinglichung.

12. Perspektiven und Ziele Integrativer Therapie

Ein anderer Blick auf den Menschen. Im Lichte der Integrativen Therapie ist für die Psychotherapie am Ausgang des 20. Jahrhunderts vielleicht Folgendes ausschlaggebend: Der Mensch – als Mann und Frau – wird von vornherein als Leib-Subjekt mit multimodaler Erkenntnisstruktur in Kontext und Kontinuum, d.h. insbesondere intersubjektiv und prozessual, in Ko-respondenz und Bezogenheit mit anderen Subjekten und der Welt in einem lebenslangen, synergetischen Entwicklungsprozess auf die Verwirklichung seines Menschseins, seiner *Hominität*, gesehen (Petzold 2000h). Die Perspektive der Psychotherapie wird demnach zur Perspektive einer **Humantherapie**. Die Ziele dieser Humantherapie (Petzold/Leuenberger/Steffan 1998, 98), differenziert nach Persönlichkeit, Kontext und Kontinuum, werden jenseits von pathologisierenden Kategorien insbesondere in den folgenden Bereichen liegen:

Persönlichkeit

Persönliche *Souveränität* durch ein positives, konsistentes und stabiles Selbst mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen, Fähigkeit zur Selbst-Bestärkung, Selbst-Sorge und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst und Andere, persönliche Klarheit und parrhesiastischer Mut, Erleben eines von Grundvertrauen getragenen Lebensgefühls, Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile ins eigene Selbstbild. Ein starkes und flexibles, „exzentrisches“ Ich, d.h. Präzision und Zuverlässigkeit „Primärer Ich-Funktionen“: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln; sowie „Sekundärer Ich-Funktionen“: Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion. Eine stabile und prägnante Identität in den Identitätsbereichen (vgl. „Fünf Säulen der Identität“) Leiblichkeit, Soziales Netz, Materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte auf der Grundlage von Fremdattributionen, Identifizierungen und Selbstattributionen, Identifikationen. Weiter sind zu nennen die Fähigkeit zur Selbstregulation, d.h. zum Wahrnehmen, Ausdrücken, Verwirklichen, Regulieren eigener Bedürfnisse, Intentionen, Motivationen, Volitionen und körperlicher Zustände und Befindlichkeiten; die Fähigkeit zu angemessener Rela-

tionalität in Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Konsensbildung und Abgrenzung, Fähigkeit zu Rollenperformanz, Empathie, Perspektivenübernahme, Konfliktfähigkeit. Nicht zuletzt zählt die innere Ressourcenlage, z.B. emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit, Wissen und Kenntnisse. *Kontext* und *Kontinuum* konstituieren die *Lebenslage* und zuweilen „prekäre Lebenslagen“ (Petzold 2000h).

Kontext

Stabile soziale Netzwerke mit guter supportiver Valenz, versichernden kollektiven Kognitionen. Externe Ressourcenlage: Arbeit, Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Bildung, Weiterbildung, materielle Sicherheiten, soziale Integration und sozialer Rückhalt. Die Handhabung von Umwelteinflüssen, z.B. Risikofaktoren entsprechend der eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten, der eigenen Vitalität, Vulnerabilität, Resilienz, Vermeidung chronischer Überlastungen sowie von okkasionellem Hyperstress oder aufreibendem, täglichem Kleinkram („*daily hassels*“).

Kontinuum

Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse und Ereignisketten, die Einfluss auf die aktuelle Situation haben, z.B. Teil des Symptombildes und der Störungsaufrechterhaltung sind. Zugängliche, aktivierbare Ressourcen und protektive Faktoren aus der eigenen Lebensgeschichte (Personen, Orte, Tätigkeiten). Haltgebende Zukunftserwartungen, z.B. Ziele, Pläne, Hoffnungen, Glaubensrückhalt und andere Werterfahrungen und Wertvorstellungen als protektive Faktoren, Erfahrung von Sinn im eigenen Leben und Handeln; Übersicht über die Lebensspanne.

13. Schluss

Ich knüpfe zum Schluss an die kritischen Anmerkungen meines Vorworts an. Es ist zu hoffen, dass sich nicht bewahrheitet, was *Hans Morschitzky* (1998) in seinem enzyklopädischen Buch über Angststörungen als Gefahr benannte, nämlich dass Therapieeffizienzstudien erfolgreich dazu benutzt werden können, die Mehrheit der anerkannten Methoden der Psychotherapie auf Dauer von der Versorgung auszuschließen und Geld zu sparen (*Morschitzky* 1998, 384). Der präventive Ausschluss der meisten Psychotherapieverfahren von der wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung hat voraussichtlich zur Folge, dass diese Verfahren kaum noch in die Lage kommen, in der Klinik zu praktizieren und klinische Studien mit Kontroll-

gruppendesign anzufertigen, die als Eintrittsticket für die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung gefordert werden. Über diesen einnehmenden Sorgen sowie dem Sog, der von dem verständlichen Wunsch nach wissenschaftlicher Anerkennung, respektive der Furcht vor Ablehnung und Ausgrenzung durch die „Scientific Community“ ausgeht und trotz des verführerischen, modischen Runs auf „Forschung“ und damit verbunden der Resurrektion einer (alten) neuen Forschungsgläubigkeit sollte nicht vergessen werden, dass die derzeit vorherrschende Art von Psychotherapieforschung ihrerseits gravierende Probleme aufweist, die in künftige, grundsätzliche Überlegungen einzubeziehen wären. Es ist wohl zutreffend, dass die wichtigsten neueren Ergebnisse der Psychotherapieforschung der Beforschung von Praxis entstammen (Dobson/Craig 1998; Grawe et al. 1994; Jacobi/Poldrack 2000; Laireiter/Vogel 1998; Laireiter 1999; Petzold/Märtens 1999). Gleichwohl drängt sich bei dem Blick auf die Forschungsdesigns der Eindruck auf, als hätte *Holzkamp* (1970) niemals die „Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis“ als Problem formuliert. *Theodor Wiesengrund Adorno* hatte wohl Recht, als er einmal pessimistisch konstatierte, dass Positivismus sich dem Vergessen verdankt. *Holzkamp* (1970) hatte in seinem m.E. immer noch brandaktuellen Beitrag u.a. deutlich gemacht, dass der universitäre Forschungstrend dahin geht, die experimentelle Realität mit zunehmender Verfeinerung der Messmethoden so zu konstruieren, dass die eingeführten Ausgangsbedingungen als unabhängige Variablen zu möglichst präziser Determination der Effekte als abhängigen Variablen führen. Dies bedeutet mit anderen Worten, dass die experimentelle Realität mit dem Blick auf die erwünschten Ergebnisse immer fiktiver gestaltet, d.h. hochgradiger parzelliert, reduziert und labilisiert wird und sich damit immer mehr von der Lebenswirklichkeit unterscheidet. *Holzkamp* zufolge können die Befunde psychologischer Forschung für den Praktiker nur in dem Maße technische Relevanz erlangen, als Strukturähnlichkeiten zwischen der praktischen und der experimentellen Realität bestehen. Dies würde allerdings dem Geltungsanspruch konventioneller Psychotherapieforschung enge Grenzen ziehen.

Dieser Aporie könnte Psychotherapieforschung am ehesten wohl dadurch entgehen, dass sie ihre quantitativen Ansätze durch qualitative z.B. inhaltsanalytisch-hermeneutische sowie psycho- und sozialökologische Perspektiven und insbesondere auch Handlungsforschungsansätze erweitert und ergänzt. *Kriz* (1998) hat in seiner zutreffenden Kritik an den Mythen moderner, objektivierender Wissenschaft nachdrücklich auf die Einseitigkeit eines ausschließlich von der Ökonomie des universitären Forschungsbetriebs vorgegebenen Begriffes von Wissenschaftlichkeit sowie auf die methodologischen Probleme einer primär an diesem Forschungsstil ausgerichteten Psy-

chotherapieforschung hingewiesen. Insbesondere hat er das skrupellose Verfahren von bestimmten Interessengruppen verurteilt, ihre einseitige Wissenschaftsauffassung in der berufspolitischen Auseinandersetzung machtmisbrauchend maßgeblich zu machen.

Dem wäre aus unserer Sicht inhaltlich hinzuzufügen, dass die Probleme, die Menschen in der ambulanten Psychotherapie im Rahmen einer privat niedergelassenen Praxis vortragen, sich meistens nicht in dem Zuschnitt befinden und die Therapien auch nicht Form und Umfang annehmen sowie insbesondere nicht immer mit der Art von Ergebnissen aufwarten, die mit dem Wahrnehmungsraaster quantifizierender Effizienzstudien einigermaßen verständnisvoll zu erschließen wären. *Petzold* (1999) führte in seiner Kritik exemplarisch multipel geschädigte Patienten mit chronifizierten Störungsbildern auf dem Hintergrund komplexer psychosozialer Problematiken ins Feld, die bekanntlich in zunehmendem Maße psychosomatische Kliniken füllen und zuhauf psychotherapeutische Praxen in Großstädten frequentieren. Die multiplen Problematiken dieser Patientengruppe werden zumeist nicht in universitären Psychotherapiestudien abgebildet, sondern diesen vielmehr wohlwissend vorenthalten. Bekanntlich werden diese Studien im Regelfall an präselektierten Patienten durchgeführt, ganz zu schweigen davon, dass diese Patienten sich erfahrungsgemäß gegen die Applikation von technologisch deduzierten Psychotherapiemanualen ziemlich resistent erweisen bzw. nicht mit den angestrebten Veränderungen und Besserungen aufwarten. Wie soll ich in diesem Kontext also die aus seiner Sicht sicherlich gut gemeinte Kritik eines verhaltenstherapeutisch orientierten Kollegen bewerten, der mir bei der Diskussion meines Vortrags in einer Psychiatrischen Klinik (!) über den Fall einer solchen mehrfachgeschädigten, chronifizierten Patientin, die jahrelang Rat und Begleitung bei mir suchte, vorhielt, ich betreibe aus seiner Sicht keine Psychotherapie, sondern fördere „lediglich“ Psychohygiene? Die Modellvorstellung „Vorher krank“, nach Applikation einer Richtlinienpsychotherapie „Geheilt“, womöglich noch innerhalb der von der Krankenkasse genehmigten Stundenzahl, entpuppt sich in der Praxis regelmäßig als eine interessengeleitete, wider besseres Wissen aus berufspolitischen Gründen mit den Ergebnissen psychologischer Semester-, Diplom- und Doktorarbeiten gefütterte, lebensfremde Ideologie. Dass diese mit sozialbürokratischen Fiktionen gut kolludiert und vor allem als erstattungswürdig gilt, spricht für sich und die derzeitige Situation der Psychotherapie in Deutschland.

Integrative Therapie hat unter Beachtung dieser Schwierigkeiten und Einwände umfangreicher und anspruchsvoller Forschung verpflichtet zu sein (*Petzold/Märtens* 1999). Mittlerweile finden sich umfangreiche Projekte u.a. im Hinblick auf die Erforschung der Effektivität von Therapie und Beratung sowie die Evaluation und Qualitäts-

sicherung ihrer Ausbildung. Aufgaben und Ziele dieser Forschung liegen insbesondere in der Entwicklung von angemessenen therapiebegleitenden Methoden und Erhebungsinstrumenten im direkten Austausch zwischen Forschung, Praxis, Theoriebildung und Ausbildung. Es geht darum, die spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen zu harmonisieren und unmittelbar prozessbedeutsame Informationen zu erheben, um im Ergebnis eine Verbesserung der Initiierung und Steuerung therapeutischer Prozesse zu gewährleisten. Zahlreiche Ergebnisse liegen bereits vor und werden *in diesem Heft* referiert (vgl. Integrative Therapie, Heft 1/2000). Fundierte Studien im klinischen Feld weisen z.B. bei Depressionen, Schmerzpatienten und funktionellen Herzstörungen positive Ergebnisse auf (Heinl 1997; van der Mei/Petzold/Boscher 1997; Ebert/Möhler 1997); z.B. konnte in einer vergleichenden Studie von Integrativer Therapie und Zielorientierter Gesprächspsychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen u.a. eine stärkere Tendenz zu therapieprozessförderlichem Problemverarbeitungs- und Beziehungsverhalten durch Integrative Therapie gezeigt werden (Zenker 1998). Evaluationstudien zur Wirksamkeit Integrativer Therapie im ambulanten Setting weisen positive Ergebnisse auf (Petzold/Hass/Märtens/Steffan 2000, dieses Heft).

Im Bereich Ausbildungsforschung zum Ausbildungsschwerpunkt „Selbsterfahrung“ wurden insbesondere didaktische und klinische Kompetenzen und Performanzen von Lehrtherapeuten für die persönliche und professionelle Entwicklung als sehr gut bewertet (Petzold/Steffan 1999). Die Ausbildung in Integrativer Therapie erhielt in einer umfangreichen Studie mit 450 Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern die Gesamtnote „gut“ (Petzold/Hass/Jakob/Märtens/Merten 1995). Die Ergebnisse der systematischen Veranstaltungsevaluation, die seit Juli 1997 durch die Einschätzung der SeminarteilnehmerInnen bzw. AusbildungskandidatInnen per Fragebogen durchgeführt wird, bestätigen eine *gute bis sehr gute* Ausbildungsqualität an EAG und FPI. Es wurden 3942 Fragebögen von insgesamt 350 Seminaren ausgewertet und mit einem Gesamtmittelwert über alle Items des Fragebogens von 80,6 (auf einer Skala von *gar nicht* bis *sehr zufrieden*, 0% bis 100%) als *sehr gut* bewertet (Petzold/Steffan/Zdunek 2000). In einem Forschungsprogramm im Auftrag des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung wurde die Supervisionsausbildung des FPI in einem sehr komplexen Forschungsdesign mit sehr gutem Erfolg evaluiert (Schigl/Petzold 1995).

Zusammenfassung

Es werden die Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie vorgestellt. Ausgehend von der Situation und den Bewegungen der Psychotherapieintegration in Deutschland, werden die philosophischen, psychologischen, soziologischen, politischen und wissenschaftlichen Wurzeln der Therapieform dargestellt. Die Funktion der Integrativen Therapie als ein wissenschaftstheoretisches Programm zur metaperspektivischen Revision von Psychotherapie wird hervorgehoben und die multiwissenschaftliche Grundlegung des Verfahrens wird dargestellt. Das Integrative Modell der Persönlichkeit, der Integrative Krankheitsbegriff sowie diagnostische Herangehensweisen werden aufgezeigt. Anhand von empirisch erfassten Wirkfaktoren der Psychotherapie werden Therapieziele und Wege der Heilung erläutert.

Summary:

Characteristics of the Concept and Model of Integrative Psychotherapy

Characteristics of the concept and model of Integrative Psychotherapy are introduced. Proceeding from the movements and situation of psychotherapy integration in Germany the philosophic, psychological, sociological, political, and scientific roots of the approach are shown. One function of Integrative Therapy is a scientific program for a meta-perspective revision of psychotherapy with a multi-scientific fundamentation. The Integrative model of personality, the concept of psychic disease, and diagnostic approaches are presented. Therapy goals and pathways to healing are shown by the example of empirical registered factors of effectivity.

Keywords: integrative therapy, evidence based psychotherapy, psychotherapy integration

Literatur

- Alexander, F. (1921): Metapsychologische Betrachtungen. *Int.Z.f. Psychoanalyse* 11, 270-285.
- (1925): A Metapsychological Description of the Process of the Cure. *Int.J.Psychoanal.* 6, 13-34.
- (1937): Das Problem der psychoanalytischen Technik. *Int.Z.f. Psychoanalyse* 23, 75-95.
- (1944): The Indications for Psychoanalytic Therapy. *Bul.New York.Acad.Med.* 20, June, 319-332.
- (1950): Analyse der therapeutischen Wirkfaktoren in der psychoanalytischen Behandlung. *Psyche* 4, 8, 401-416.
- (1957): Psychoanalysis and Psychotherapy. Developments in Theory, Technique, and Training. London: Allen & Unwin.
- (1985): Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete (1950). Berlin: de Gruyter.
- , French, T. (1946): Psychoanalytic Therapy. Principles and Application. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Andritzki, W. (1999): Zur Psychotherapiepraxis von Klinischen Diplom-Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten. *Integrative Therapie* 25/4, 418-433.
- Balint, M. (1959): Angstlust und Regression. Stuttgart: Klett.
- (1966): Urformen der Liebe. Stuttgart: Klett.
- (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung. Hamburg: Rowohlt.
- Bauriedl, T. (1998): Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. Über die Unvereinbarkeit von Psychoanalyse und Körpertherapie. *Forum d. Psychoanalyse*, 14/4, 342-363.

- Berlin, I. (1998): Wirklichkeitssinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen. Berlin: Berlin-Verlag.
- Birchler, P., Petzold, H.G. (2000): Medikation in der Integrativen Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf (in Vorber.).
- Böhme, G. (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Böhme, H., Böhme, G. (1983): Das Andere der Vernunft. Zur Entwicklung von Rationalitätsstrukturen am Beispiel Kants. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brumund, L., Märzens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt & Integration* 2, 448-466.
- Bublitz, H., Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt a.M.: Campus.
- Damasio, A. (1995): Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: List.
- (1999): The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York: Harcourt Brace.
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Huber.
- , Reimer, C. (1990): Psychiatrie. Berlin: Springer.
- Dobson, K.S., Craig, K.D. (1998) Empirically Supported Psychotherapies. Best Practice in Professional Psychology. Thousand Oaks: Sage.
- Ebert, A., Möhler, A. (1997): Integrative Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben. *Integrative Therapie* 23/3, 289-315.
- Ellenberger, H.F. (1996): Die Entdeckung des Unbewussten. Bern: Huber.
- Endreß, M. (1995): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ferenczi, S. (1964): Bausteine zur Psychoanalyse. 4 Bde. Bern: Huber.
- (1970, 1972): Schriften zur Psychoanalyse. 2 Bde. Hg. v. Balint, M. und Dupont, J., Frankfurt: Fischer.
- (1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Hg. v. Dupont, J., Frankfurt: Fischer.
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Foucault, M. (1969): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1971): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1976): Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie, Medizin. Berlin: Merve.
- (1977): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit Bd. 1. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1978) Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Berlin: Merve.
- (1986): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit Bd. 3. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1986): Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit Bd. 2. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1992): Was ist Kritik? Berlin: Merve.
- (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983, Berlin: Merve.
- Fuhr, R., Sreckovic, M., Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): (1999): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gedo, J.E. (1986): Conceptual Issues in Psychoanalysis. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- (1991) Analytische Interventionen. Die Bedeutung der Form. Vortrag im Frühjahr 1991 in Köln, DPV, AG Köln-Düsseldorf.
- Geuter, U. (1999): Die Psychotherapie und die Politik. Anmerkungen zum neuen Psychotherapeutengesetz. *Psychotherapeut*, 44/5, 322-326.
- Gibson, J. (1982): Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban & Schwarzenberg.

- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- , Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- , Regli, D., Smith, E., Dick, A. (2000): Wirkfaktorenanalyse. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 201-205.
- Grunert, J. (1977): Körperbild und Selbstverständnis. München: Kindler.
- Habermas, J. (1980): Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: *Apel, K.O., Bormann, C., Bubner, R., Gadamer, H.G., Giegel, H.J., Habermas, J.*: Hermeneutik und Ideologiekritik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerkforschung für die Psychotherapie. In: *Petzold, Märtens* 1999, 193-272.
- Harmat, P. (1988): Freud, Ferenczi und die ungarische Psychoanalyse. Tübingen: edition diskord.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): Bewegt sein. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Haynal, A. (1989): Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint. Frankfurt: Fischer.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. *Integrative Therapie*, 23/3, 316-330.
- Hellfritsch, L.J. (1998): Brief „An das FPI, z.Hd. Prof.Dr.H.Petzold“ vom 26.11.1998, *Gestalt & Integration*, 1997/1998, Bd. 2, 576-577.
- Herzog, W. (1984): Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, S.O., Schüßler, G. (1999): Wie einheitlich ist die psychodynamisch, psychoanalytisch-orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44/6, 367-373.
- Holzkamp, K. (1970): Zum Problem der Relevanz psychologischer Forschung für die Praxis. *Psychologie Rundschau*, 1-22.
- Iljine, V.N. (1972): Das therapeutische Theater. In: *Petzold* (1972) 168-176.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (2000): Klinisch-Psychologische Forschung Göttingen: Hogrefe.
- Kapust, A. (1999): Berührung ohne Berührung. Ethik und Ontologie bei Merleau-Ponty und Levinas. München: Fink.
- Kolk, van der, B.A. (1989): Pierre Janet and the Breakdown of Adaption in Psychological Trauma. *Am.J.Psych.*, 146, 1530-1540.
- (1994): The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of PTSD. *Harvard Rev.Psych.*, 1, 253-265.
- , Mc. Farlane, A.C., Weisaeth, L. (1996): Traumatic Stress. New York: Guilford; dtsh. hrsg. von H. Petzold und M. Märtens. Paderborn: Junfermann (2000).
- Krämer, H. (1992): Integrative Ethik. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (1998): Von der „science-fiction“ zur „science“. Methodologische und methodischen Bemerkungen zur Frage der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“. Postprint eines Vortrags zum AGPT-Symposium zur „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ vom 7. Mai 1998. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT, Erlangen.
- Laireiter, A.R. (1999): Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Empirische Befunde. Tübingen: DGVT-Verlag.
- , Vogel, H. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie – ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., Bergin, A.E. (1986): The Effectiveness of Psychotherapy. In: *Garfield, S.L., Bergin, A.E.* (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 157-211.
- Lange, A. (1994): Nicht-schulenspezifische Faktoren und die Pflicht zur Lehrtherapie: Eine kritische Auseinandersetzung. *Psychologische Rundschau*, 45, 148-156.
- Levinas, E. (1995): Die Zeit und der Andere. Hamburg: Meiner.
- (1995): Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen. München, Wien: Hanser.
- (1999): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.

- Lückel, K. (1981): *Begegnung mit Sterbenden*. München: Kaiser.
- Luhmann, N. (1991): Wie lassen sich latente Strukturen beobachten? In: *Watzlawick, P., Krieg, P.* (Hg.): *Das Auge des Betrachters*. Beiträge zum Konstruktivismus. Festschrift für Heinz v. Foerster. München: Fink.
- (1992): *Beobachtungen der Moderne*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mann, Th. (1938): Schopenhauer. In: ders. (1978): *Essays*. Frankfurt: Fischer, 193-234.
- Marcel, G. (1967): *Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund*. Frankfurt: Knecht.
- (1978): Leibliche Begegnung. In: *Petzold, H.G.* (Hg., 1985): *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- Märtens, M., *Petzold, H.G.* (1998): Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 24, 1, 98-110.
- , — (2000): *Therapieschäden*. Mainz: Mathias Grünewald Verlag (in Vorber.).
- Mei, van der, S.H., *Petzold, H.G., Bosscher, R.J.* (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 23/3, 374-429.
- Merleau-Ponty, M. (1964, 1986): *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.
- (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Moreno, J.L. (1946): *Psychodrama*. Beacon: Beacon House.
- (1981) *Soziometrie als experimentelle Methode*. Hg. v. *Petzold, H.G.*, Junfermann: Paderborn.
- Morschitzky, H. (1998): *Angststörungen. Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst*. Wien, New York: Springer.
- Moser, T. (1999): Der Körper und die Psychoanalyse. Erweiterung auf Thea Bauriedl: Ohne Abstinenz stirbt die Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 15/2, 167-174.
- Müller, L., *Petzold, H.G.* (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren, „kreative und virtuelle Medien“ für die Diagnostik von Störungen von sozialen Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie*, 24/3-4, 396-437.
- , — (1999): Identitätsstiftende Wirkungen von Volksmusik-Konzepte moderner Identitäts- und Lifestylepsychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie*, 25/2-3, 187-250.
- , — (2000): „Client dignity?“ – Riskante Therapie mit alten Menschen. In: *Märtens, Petzold* (2000), in Druck.
- Norcross, J.C. (1995): Psychotherapie-Integration in den USA. *Integrative Therapie*, 21/1, 45-61.
- , *Goldfried, M.R.* (1992): *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Orth, E.W. (1986): *Studien zur neueren französischen Phänomenologie*. Ricoeur, Foucault, Derrida. Freiburg, München: Alber.
- Orth, I. (1994): Der domestizierte Körper. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 4-19.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. *Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München: UTB-Reinhardt.
- Perls, F.S. (1975): *Gestalttherapie in Aktion*. Stuttgart: Klett.
- (1976): *Grundlagen der Gestalt-Therapie*. München: Pfeiffer.
- (1980): *Gestalt, Wachstum, Integration*. Hg. v. *Petzold, H.G.*, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1972): *Angewandtes Psychodrama*. Paderborn: Junfermann.
- (1973): *Gestalttherapie und Psychodrama*. Kassel: Nicol.
- (1974): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1977.
- (1979): *Psychodrama-Therapie*. Paderborn: Junfermann.
- (1980): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- (1982): *Dramatische Therapie*. Stuttgart: Hippokrates.
- (1982): *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- (1987d): *Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung in einer verdinglichenden Welt*. In: *Richter, K.*: *Psychotherapie*

- und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur, Bd. 9, Remscheid, 38-95.
- (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
 - (1991, 1992, 1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.
 - (1991k): Der Tree of Science als Metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: ders. (1992) 457-647.
 - (1994): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
 - (1996): Der „Andere“-das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906-1995). *Integrative Therapie*, 21/2-3, 319-349.
 - (1996): Identitätsvernichtung
 - (1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie. In: *Petzold* (1998) 353-394.
 - (1998): Integrative Supervision, Metakonsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
 - (1999): Gestalttherapie aus Sicht der Integrativen Therapie. Kritische Einschätzungen und Perspektiven. In: *Fuhr* et al. (Hg.): aaO., 309-327.
 - (1999): Psychotherapie der Zukunft-Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 25/4, 338-393.
 - (1999): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk. *Kunst & Therapie* 1/2, 105-146.
 - (1999): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein Integratives Konzept für die Thanatotherapie, Mainzer Beiträge zur Thanatologie und *Psychologische Medizin* (2000, Graz, im Druck)
 - (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der Integrativen Therapie (Chartacolloquium III). Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
 - (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
 - , *Beek, Y. van, Hoek, A.-M. van der* (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“-„Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“. In: *Petzold* (Hg., 1994) 491-646.
 - , *Ebert, W., Sieper, J.* (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
 - , *Hass, W., Jacob, S., Märten, M., Merten, P.* (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. *Gestalt & Integration*, 1, 180-223.
 - , *Leuenberger, R., Steffan, A.* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. *Gestalt & Integration* 1, 142-188.
 - , —, *Märten, M.* (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT, 683-711.
 - , *Märten, M.* (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis Bd. 1. Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske & Budrich.
 - , —, *Hass, W., Steffan, A.* (1999): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: *Laireiter* (1999).
 - , *Mathias, U.* (1982): Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Konzept Morenos. Paderborn: Junfermann.
 - , *Orth, I.* (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
 - , — (1999): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

- , —, Sieper, J. (1999): Psychotherapie, Mythen der Macht und der Freiheit. In: *Petzold, Orth* (1999) 15-66.
- , —, — (2000): Transgressionen I. *Integrative Therapie* 2, dieses Heft.
- , Osterhues, J. (1972): Die verhaltenstherapeutische Verwendung von gelenkter katastrophischer Imagination. In: *Petzold* (1972) 232-241.
- , Schuch, H.W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Pritz, A., Petzold, H.G.* (1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- , Sieper, J. (Hg.) (1993): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- , Steffan, A. (1998): Selbsterfahrung in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hg.): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Bd. 2 Empirische Befunde und Evaluation. Tübingen: DGVT.
- , Wolff, U. et al. (2000): Integrative Traumatherapie. In: *Kolk, van der et al.* (1996/2000) 445-579.
- Pieringer, W. (1994): Die Methoden der Psychotherapie jenseits des Methodenstreits. *Psychotherapie Forum*, 2, 121-127.
- Pine, F. (1990): Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. *Forum der Psychoanalyse* 6, 232-249.
- Politzer, G. (1974): Kritik der klassischen Psychologie. Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Ricoeur, P. (1969): Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt: Suhrkamp.
- (1971): Die Fehlbarkeit des Menschen. Freiburg: Alber.
- (1973): Hermeneutik und Strukturalismus. München: Kösel.
- (1986): Die lebendige Metapher. München: Fink.
- (1988): Zeit und Erzählung Bd. 1. Zeit und historische Erzählung. München: Fink.
- (1989): Zeit und Erzählung Bd. 2. Zeit und literarische Erzählung. München: Fink.
- (1991): Zeit und Erzählung Bd. 3. Die erzählte Zeit. München: Fink.
- Rohde-Dachser, C. (1990): Feindbilder in der Psychoanalyse und in psychoanalytischen Gesellschaften. *Forum der Psychoanalyse* 6, 135-146.
- Rowan, J., Cooper, M. (1999): The plural Self. London: Sage.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (1998): Diagnostische Kriterien DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich-ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie* 23/1-2, 85-145.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Hg. von H. Gausebeck und G. Risch. Paderborn: Junfermann.
- Schopenhauer, A. (1977): Die Welt als Wille und Vorstellung. Zürich: Diogenes.
- Schuch, H.W. (1988): Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung. *Integrative Therapie*, 14/2-3, 108-131.
- (1989, 1990): Apropos Technik-Debatte in der Psychotherapie. *Gestalt & Integration*, 115-122.
- (1991): Alles Übertragung? *Integrative Therapie*, 17/4, 489-507.
- (1994): Aktive Psychoanalyse. *Integrative Therapie*, 20/1-2, 68-100.
- (1998): Sandor Ferenczi (1873-1933). Pionier der modernen tiefenpsychologischen Psychotherapie. *Gestalttherapie* 12/1, 3-21.
- (1999): Intersubjektivität, Klinischer Krankheitsbegriff. In: *Stumm G., Pritz, A.* (1999): aaO. (im Druck).
- (1999): Intersubjektivität, Kreativität, Leiblichkeit. *Ohrbecker Studien* 17, Georgsmarienhütte: Haus Ohrbeck.
- (1999): Prolegomena zu einer Geschichte der Psychotherapie. Vortrag bei der Fortbildungstagung des Psy-Referats der Niederösterreichischen Ärztekammer, am 25. September 1999 in Altengbach, NÖ.: Verf. Man.
- (2000): Bedeutsame Akzentverschiebungen: Von der Genitaltheorie zur Elastischen Psychoanalyse. *Integrative Therapie*, 26 (im Druck).

- Schulte, D. (1999): Was ist eine Allgemeine Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44/6, 374-386.
- Senf, W., Broda, M. (1997): Praxis der Psychotherapie. Theoretische Grundlagen von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart: Thieme.
- , — (1999): Thesen zur Psychotherapie in Deutschland. *Psychother. Psychosom. Med.Psych.*, 49/1, 2-4.
- Stricker, G., Gould, J.R. (1993): Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Plenum.
- Stumm, G., Pritz, A. (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Thomä, H. (1991): Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen. *Psyche* 45/5, 385-433, 481-505.
- Trenckmann, U., Bandelow, B. (1999): Empfehlungen zur Patienteninformation. Darmstadt: Steinkopff.
- Wagner, R.F., Becker, P. (1999): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen.
- Waldenfels, B. (1983): Phänomenologie in Frankreich. Frankfurt: Suhrkamp.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1998): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in komplexen Lebenswelten. Das Konzept des sozialen Sinnverstehens. *Integrative Therapie*, 24/2-3, 314-335.
- Zenker, H. (1998): Integrative Therapie und Zielorientierte Gesprächspsychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Diplomarbeit an der Ruhr-Universität-Bochum.

Anschrift des Autors

Praxis für Psychotherapie
 Dr. Hans Waldemar Schuch
 D-58840 Plettenberg
 eMail dr.schuch@cityweb.de

Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ (Charta Colloquium I)¹

*Hilarion Petzold, Amsterdam; Angela Steffan, Düsseldorf*²

Die „Integrative Therapie“ wurde von Hilarion G. Petzold Mitte der sechziger Jahre als entwicklungsorientiertes *biopsychosoziales* Modell mit drei Orientierungen begründet (Zundel 1987): als *psychotherapeutisches*, *soziotherapeutisches* und als *leib- und bewegungstherapeutisches* Verfahren. Sie wird seitdem von ihm und seinen MitarbeiterInnen³ – insbesondere Johanna Sieper⁴, Hildegund Heintl⁵ und Ilse Orth⁶ in der klinischen Praxis mit Babies (Petzold 1983j), Kindern (Petzold 1969c⁷), Jugendlichen (idem 1971c, 1994f), Erwachsenen (Petzold 1970d, 1988n, 1993a) und alten Menschen (Petzold 1965, 1999i; Petzold, Spiegel-Rösing 1985)⁸ im Sinne einer „*Psychotherapie im Kontinuum der Lebensspanne*“ (idem 1981f, 1999b) und zugleich einer „*Humantherapie im Kontext multipler Lebenslagen*“ (Petzold 2000h; Petzold, Orth 1998b) praktiziert. Sie wurde mit *methodenübergreifender* Orientierung im Sinne des „*neuen Integrationsparadigmas*“ (idem, 1992g)⁹ in der Psychotherapie bei unterschiedlichen Krankheits- und Störungsbildern und mit unterschiedlichen methodischen Ausrichtungen entwickelt und empirisch beforcht (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000)¹⁰. Die methodischen

- 1 Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen in der Trägerschaft des „Fritz Perls Institutes“ (FPI) und dem „Postgraduate Programme for Integrative Psychotherapy and Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam
- 2 Stellungnahme der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) und der SEAG zum 1. Kolloquium der Schweizer Charta für Psychotherapie am 25.3.2000 für die Integrative Therapie und die Integrative Leib- und Bewegungstherapie (Sigle: Petzold, Steffan 2000a)
- 3 H. Petzold (vgl. Zundel 1987), J. Sieper (vgl. Oeltze 1993), I. Orth (vgl. Petzold 1998h, 574) und H. Heintl (vgl. Lemke 1993) wurden für ihre Verdienste um die Psychotherapie jeweils mit dem Bundesverdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet (vgl. *Gestalt & Integration* 1, 1993, 397 – 442; 1, 1998, 574 f).
- 4 vgl. Sieper 1971, 1985; Petzold, Sieper 1970, 1993a
- 5 vgl. Heintl 1985; 1993; Heintl, Petzold 1980; Petzold, Heintl 1983
- 6 vgl. Orth 1994, Petzold, Orth 1985a, 1990a
- 7 Petzold 1972e, Petzold, Ramin 1987; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996
- 8 Petzold 1985a, Petzold, Bubolz 1979; Petzold, Petzold 1991
- 9 Petzold 1974k; Märten, Petzold 1995 a,b
- 10 Petzold 1968 a, b; Petzold et al. 1999; Heintl 1997

Ausdifferenzierungen – z.B. in die „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ (idem 1974j, 1988n) oder die „Integrative Kunsttherapie“ (1971k, 1987c) und die „Integrative Soziotherapie“ (idem 1985a; 1997c) – erfolgte aufgrund der Einsicht und Erfahrung, dass der Mensch *als Ganzer* vom Seelisch-mentalenen her (*top down*), aber auch vom Körper her (*bottom up*) erreicht werden müsse, wie es schon Janet (1889, 174) vertrat, aber auch „*from the sides*“, von den Menschen seines sozialen Netzwerkes her, wie es Moreno (1953) herausgearbeitet hat (Hass, Petzold 1999).

Ausgehend von einer subjekttheoretischen Sicht als einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, die das „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ als eine vielfältige Persönlichkeit sieht (Orth, Petzold 1993c; Rowan, Cooper 1999), die ihr Leben und ihr **Selbst** kokreativ mit einem bewussten realitätsorientierten **Ich** (vgl. *fonction du réel*, Janet 1889, 1903) in vielfältigen Narrativen und Aktionen gestaltet (McLeod 1997; Petzold 1991o, 1999k): das „**Selbst als Künstler und Kunstwerk**“, aber auch potentiell als „**Zerstörer**“ bis hin zur Monströsität (idem 1999q; 1986h)¹¹, die „**Lebenswelt als Heimat und Gestaltungsraum**“, aber auch potentiell als „**Fremde und Gefahrenraum**“, der „prekäre Lebenslagen“ generieren kann (Petzold, Orth 1998b; Petzold 2000h; Merleau-Ponty 1945, 1986, 1995). Auf dieser Grundlage wurde ein komplexes Therapieverständnis im Integrativen Ansatzes erarbeitet (Petzold, Steffan 1999b). In ihm war neben der zentralen *klinischen Orientierung*¹² der Integrativen Psychotherapie und der Leib- und Bewegungspsychotherapie stets eine *salutogenetische*, Gesundheit und Spannkraft (Janet 1919), Aktivität und Kreativität fördernde Dimension (Janet 1923; Moreno 1990; Sieper 1971; Petzold 1973c, 1990b; Orth, Petzold 1990), eine *persönlichkeitsbildende agogische* (Petzold, Sieper 1993a,b)¹³ und eine *kulturkritische* Perspektive (Politzer 1978; Petzold 1986a, 1987d)¹⁴ wesentlich.

Schon früh wurde in der Integrativen Therapie¹⁵ eine wissenshermeneutische Strukturtheorie („Tree of Sciences“, vgl. Petzold 1992a, 457-647; 1998a, 96f) erarbeitet. Um Kategorienfehler zu vermeiden (idem 1998a, 105ff), orientieren wir uns an diesem Modell (idem 2000h). So wird sie als **V e r f a h r e n** in der **Metatheorie** der Grundorientierung einer kritisch-realistischen, sozialwissenschaftlich un-

11 Iljine, Petzold, Sieper 1990; Orth, Petzold 1990c

12 Petzold 1974k; 1992a, 1993a, 1993p; Petzold, Wolf et al. 2000; Metzmacher et al. 1998

13 Petzold, Sieper 1970

14 Petzold 1987d; 1994g; Petzold, Orth 1999a; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000; Zaepfel, Metzmacher 1996

15 Publikationsorgane: „*Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*“. Junfermann Verlag Paderborn 1975ff; *Gestalt & Integration. Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie*, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1978ff

terfangenen Phänomenologie und Hermeneutik zugeordnet (und ist damit dem sozialen Konstruktivismus [Berger, Luckmann 1970] und dem dynamischen Systemansatz [Kelso 1995] verbunden, vgl. Petzold 1998a). In ideologiekritischer Absicht werden diese Wissensbestände metahermeneutisch mit den Instrumenten der Mehrebenenreflexion, Diskursanalyse (*Foucault*) und Dekonstruktion (*Derrida*) in interdisziplinären Diskursen beständig reflektiert (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000; Parker 1999). Seit 1970 wurden spezialisierte Methoden (vgl. Petzold 1993h) ausgearbeitet. Diese gründen auf der Ebene *klinischer Theoriebildung* (realexplikative Theorien) in dem Fundus der allgemeinen Psychologie und ihrer Forschung (so z.B. auch Grawe 1998), der klinischen Sozialwissenschaften (vgl. Hurrelmann 1995) und der *bio-medical sciences* (so auch z.B. Deneke 1998) und sind am Paradigma einer mehrperspektivischen *clinical developmental orientation* (Oerter et al. 1999; Petzold 1992d; 1999b, Petzold, Goffin, Oudhof 1993) ausgerichtet. Das gilt auch für die Ebene der *Praxeologie*, die Wissenschaft von der Praxis, die auf diesem Hintergrund methodenübergreifend bzw. methodenintegrativ orientiert ist und deshalb nicht *eklektisch* (idem 1982g, 1993n) ist. Dies gilt natürlich auch für die *Praxis* (idem 1998a, 96ff) mit ihren unterschiedlichen Formen und Feldern.

Der *Integrative Ansatz* konnektiviert Differentes: philosophische, psychologische, soziologische und medizinische Sichtweisen, eine Verbindung, die an eine gewisse Tradition anschließt. Im Prinzip ist ein solcher Ansatz von dem Begründer der klinischen Psychologie und modernen Psychotherapie, *Pierre Janet* (1859 – 1947)¹⁶, Philosoph, Psychologe und Arzt, an der Salpêtrière wirkend und an der Sorbonne [1898] und am Collège de France [1902] lehrend, vertreten worden. *Janet* erarbeitete entlang höchst differenter Wissenbestände eine „Integrative Psychologie“ (idem 1946; *Prévost* 1973), die für die in den endsechziger Jahren in Paris entwickelte „Integrative Therapie“ *Petzolds* (vgl. 1993a, 1501) wichtige Impulse gab (*Petzold, Mathias* 1983; *Petzold, Wolf et al.* 2000). Und auch das Philosophie, Psychologie und politische Perspektiven verbindende Werk von *Merleau-Ponty* (1908 – 1961, vgl. *Waldenfels* 1983, 142 ff), Professor für Kinderpsychologie an der Sorbonne [1949] und für Philosophie am Collège de France [1952],

16 Dies war keineswegs, wie aus Unkenntnis oder Geschichtsklitterung immer wieder behauptet wird, *S. Freud*, sondern *Janet* (dessen Arbeiten *Freud* bei seinem Parisaufenthalt kennen lernte und dann auch nutzte), Mitarbeiter und später Kollege von *Charcot*, von dem er 1890 die Leitung des ersten klinisch-psychologischen Laboratoriums an einer psychiatrischen Universitätsklinik, der Salpêtrière, erhielt (*Ellenberger* 1973; *Prévost* 1973). „Pierre Janet ist mit Sicherheit einer der fundiertesten und kreativsten Autoren der gesamten Klinischen Psychologie“ schreibt *Hoffmann* (1998) zu Recht. *Piaget* bezeichnete ihn als seinen Lehrer. Der „Pionierythos“ freudianischer Hagiographie muss spätestens seit *Ellenbergers* monumentaler Monographie und durch die Ergebnisse wissenschaftsgeschichtlicher Forschung relativiert werden (*Sponsel* 1997).

verfolgte ein differenzierendes, konnektivierendes, integrierendes Arbeitsprogramm: „La transcendance c'est l'identité dans la différence“ (Merleau-Ponty 1964, 279), das für die Integrative Therapie von zentraler Bedeutung ist (Petzold 1993a, 1505). Nicht minder gilt das für Michel Foucault, studierter und klinisch arbeitender Psychologe [1960 Professor für Psychologie und Psychopathologie in Clermont-Ferrand], promovierter Philosoph [1969 Professor am Collège de France] und politischer Aktivist (Eribon 1991; Miller 1995), dessen „Denken und Handeln an Grenzen“ mit dem Ziel der „Transgression“ Konnektivierungen als „Ereignis“ möglich macht (Mazumdar 1998, 57), keine Integrationen, die assimilieren, sondern die Verbindungen aufzeigen (Petzold 1998f). In einer solchen Tradition steht die *Integrative Therapie* bzw. *Integrative Humantherapie* (Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000) oder besser – weil neben klinischen auch agogische, organisationale/supervisorische, sozialpolitische, kulturkritische und philosophische Themen von Petzold und seinen MitarbeiterInnen in Theorie und Praxis aufgegriffen wurden, die in einem konnektivierten Zusammenhang stehen – der „*Integrative Ansatz angewandter, kritischer Humanwissenschaften*“.¹⁷

In diesem *Integrativen Ansatz* finden sich neben den altersgruppen-spezifischen Orientierungen:

- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*,
- *Erwachsenenpsychotherapie*,
- *Gerontotherapie*

folgende große methodische Orientierungen:

- die *Integrative Leib- und Bewegungstherapie*, die sich zu einer nicht-reichianischen, stimulierungstheoretisch und stresstheoretisch, heute auf neurophysiologische und immunologische Konzepte rekurrierenden Form körperorientierter Psychotherapie entwickelte¹⁸,
- „*Integrative Therapie mit kreativen Medien*“¹⁹ als eine Form intermedialer Kunsttherapie²⁰,
- die „*Integrative Supervision und Organisationsentwicklung*“²¹ als ein methodenübergreifender Ansatz sozialwissenschaftlich fundierter Supervision,²²

17 Dabei ist zu beachten, dass der Begriff „Humanwissenschaften“ aufgrund der fundamentalen Kritik von M. Foucault (1966) alles andere als unproblematisch ist (Dauk 1989) und er deshalb, will man ihn weiter verwenden, worauf Psychotherapeuten schwerlich verzichten können, dekonstruktiv und kritisch/metakritisch reflektiert eingesetzt werden muss (Petzold, Sieper, Orth 2000)

18 mit der Zeitschrift „Integrative Bewegungstherapie“ als Publikationsorgan, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1992 ff

19 vgl. Sieper 1971; Petzold 1971k, 1987c; Petzold, Orth 1990a, 1993d

20 mit der Zeitschrift „Kunst & Therapie“, Verlag Claus Richter, Köln, 1997ff

- die „Integrative Agogik“ bzw. „Gestaltpädagogik“²³ als ganzheitlicher und kreativer Ansatz des Lehrens und Lernens mit Kindern, Erwachsenen²⁴ und alten Menschen²⁵ im Sinne des *life long learning*.²⁶

Für all diese Orientierungen bzw. Methoden liegen die gleichen Annahmen der *Metatheorie* (Menschenbild, Erkenntnistheorie, Ethik) zugrunde, wesentliche, wenn auch nicht alle Annahmen der *realexplikativen Theorien* (z.B. Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits-/Krankheitslehre) und einige Prinzipien der *Praxeologie* (z.B. Prozesstheorie, Medientheorie), wobei sich hier und in der *Praxis* (in der die Praxeologie zur Anwendung kommt) die größten Differenzen ergeben. Deshalb können für diese Ansätze übergreifende Prinzipien formuliert werden.²⁷ Ein zentrales Prinzip dabei ist, dass Psychotherapie in gesellschaftlichen Realitäten stattfindet, ethisch und praktisch legitimiert sein muss und einem grundsätzlichen Streben nach *Gerechtigkeit* verpflichtet ist und einem „kultivierten Altruismus“ (*just therapy*, Petzold, Orth, Sieper 2000) aus einem Engagement für die „Integrität des Anderen“ (idem 1978c, 1996k; Levinas 1983). Sie muss deshalb dem Mut des „offenen Wortes“, der *Parresie* verpflichtet sein (Foucault 1996; Petzold, Ebert, Sieper 1999), eine „eingreifende Wissenschaft“ und „engagierte Praxis“ sein – „Metapragis“ (Petzold 1994c; Bourdieu 1997; Leitner 2000).

1. Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Gesundheit und Krankheit werden durch gesellschaftliche und wissenschaftliche Konsensbildungen über spezifizierte Verhaltensparameter bestimmt, die sich im Zusammenwirken von Risiko- und protektiven Faktoren in komplexen Entwicklungs- und Sozialisationsprozessen (Müller, Petzold 1999) über den gesamten Lebenslauf hin formieren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). Dies macht plausibel, wie wesentlich es ist, Patienten (und Therapeuten) aus einer einseitigen

21 Schreyögg 1991, 1993, 1995; Petzold 1998a; Petzold, Thomas 1995, Petzold, Ebert, Sieper 1999

22 mit dem Publikationsorgan „OSC – Organisationsentwicklung, Supervision, Clinical Management“ (Verlag Leske + Budrich, Opladen)

23 Petzold 1971i, 1973c; Petzold, Brown 1977; Sieper, Petzold 1993a; Bürmann 1993

24 Petzold, Reinhold 1983

25 Petzold, Bubolz 1976a; Bubolz 1983; Petzold 1985a

26 Publikationsorgan „Gestaltpädagogik“, verlegt durch die „Gestaltpädagogische Vereinigung“, Köln 1991ff

27 Es ist hier eine ähnliche Situation gegeben wie in der *Psychoanalyse* als *Verfahren*, die als klinisches *Mesoparadigma* bzw. als *Grundorientierung* (Petzold 1993h) das *Matrixverfahren für Methoden* wie „psychoanalytische“ Kunst-, Tanz-, Körpertherapie, für psychoanalytische Pädagogik oder Supervision ist.

Problem- bzw. Pathologieorientierung in eine Ressourcenperspektive (Petzold 1997p) zu bringen und Konzepte wie „Behandlungswürdigkeit“ oder „Therapiefähigkeit“, ja „Therapiewilligkeit“ höchst kritisch in den Blick zu nehmen, weil sich in ihnen oft **Diskurse** der Inhumanität finden (Foucault 1969, 1972; Dauk 1989; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000), die offengelegt und überschritten werden müssen. Die Defizit- und Pathologiezentrierung muss überwunden werden, genauso wie eine ausschließlich ökonomisch und funktionale Betrachtung nach Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten, weil Solidarität, Fürsorgebereitschaft und Humanität nicht allein eine Frage der Kosten (Bourdieu 1998), sondern auch des Demokratieverständnisses und der Ethik (Krämer 1995) sind (Derrida 2000). Fachlich wurde eine solche Sicht über die Ressourcenperspektive hinaus unterstützt u.a. durch den Einfluss der Sozial- und Gesundheitspsychologie, durch agogische, kompetenz-/performanztheoretische und entwicklungspsychologische Perspektiven und Konzepte zu persönlicher und sozialer Kreativität bzw. Ko-kreativität (Iljine, Petzold, Sieper 1990) und führt in der Integrativen Therapie zu folgender „erweiterten“ *Konzeption von Gesundheit*:

Gesundheit wird als eine subjektiv erlebte, bewertete und zugleich external wahrnehmbare und bewertende, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungs geschehen des Leib-Subjekts **und** seiner Lebenswelt gesehen. Der gesunde Mensch nimmt sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblicher Verbundenheit mit seinem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr. Im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren, d.h. fördernder und entlastender Stilbildung, entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage ist er imstande, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten. Auf dieser Grundlage kann er seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickeln“ (vgl. Petzold 1993b, 553; 1998a), wobei in der Regel auch ein guter immunologischer und physischer Gesundheitszustand (*Salutophysiologie*) vorhanden ist – wengleich er damit durchaus nicht immer verbunden sein muss (man denke an die als Persönlichkeit gesunde MS-Patientin im Rollstuhl, Petzold 1999h).

Menschen brauchen aus ihrer Umwelt, in *multiplen, chancenreichen Lebenslagen* (Petzold 2000h) anregende und fördernde qualitativ und quantitativ ausgewogene „*multiple Stimulierung*“ (in Form benigner, wachstumsfördernder Beziehungen, Atmosphären, Szenen positiver Unterstützung, Ressourcen). Deshalb wird der gezielten Arbeit mit „protektiven Faktoren“, salutogenen Einflüssen und resilienzfördernden Maßnahmen in der Integrativen Therapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Petzold, Goffin & Oudhof 1993). In der Integrativen Therapie wird ein „anthropologischer“ und ein „salutogenetischer“ Gesundheits- und ein „klinischer“ Krankheitsbegriff unterschieden. Der anthropologische zentriert im Konzept „*konnektivierter Zugehörigkeit*“ für die Gesundheit, und für die Krankheit im Konzept

„multipler Entfremdung“ (Petzold, Schuch 1991; Petzold 1994c) des Menschen (vom Leibe, vom Anderen, von der Sozialität, der Lebenswelt) durch verdinglichende Lebensbedingungen und „kalte“ Gesellschaftsformen. Diese liegen oft somatischen, seelischen und sozialen Erkrankungen zugrunde. Der „klinische“ Krankheitsbegriff zentriert im Konzept „pathogener Stimulierung“ in Interaktion mit den salutogenen Stimulierungskonstellationen des Gesundheitskonzeptes.

Krankheit wird in einer generellen Sicht in der Integrativen Therapie verstanden als

„eine mögliche Qualität gesellschaftlich bewerteter Lebensprozesse des Leibsубjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen. Die Folge ist, dass die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zur alloplastischen Gestaltung und kokreativen Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr und/oder weniger beeinträchtigt, gestört, außer Kraft gesetzt werden, irreversibel verloren gehen können und spezifische dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten, die Gegenstand spezieller Krankheitstheorie sind. Damit verbunden können internal subjektive Dissonanzen zum vertrauten Gefühl eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen sowie external perzipierbare Abweichungen von konsensuell stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder körperlicher, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch einen externalen Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend, orientiert sind“ (Petzold 1992a, 558). Pathogenese wird im Integrativen Ansatz immer multifaktoriell und lebenslaufbezogen gesehen und kann zur Ausbildung spezifischer Störungs- und Krankheitsbilder führen. Besondere Bedeutung wird der Erschöpfung der personalen Ressourcen, Spannkraft (Janet 1919) und Integrationsfähigkeit, „zeitextendiertem Stress“ und „traumatischem Hyperstress“ beigemessen (van der Mei, Petzold, Boscher 1997). Hier kann es zu Belastungen und Schädigungen des Sinnes-, Immun- und des neuronalen Systems kommen (pathophysiologische Veränderungen) – wenn gleich dies nicht immer der Fall ist (man denke an Menschen, die Extrembelastungen auch über lange Zeit meistern und Resilienzen ausbilden, vgl. Petzold, Wolf et al. 2000).

Folgende Abbildung gibt einen Überblick über krankheitsauslösende und gesundheitsfördernde Faktoren in ihrer Interaktion.

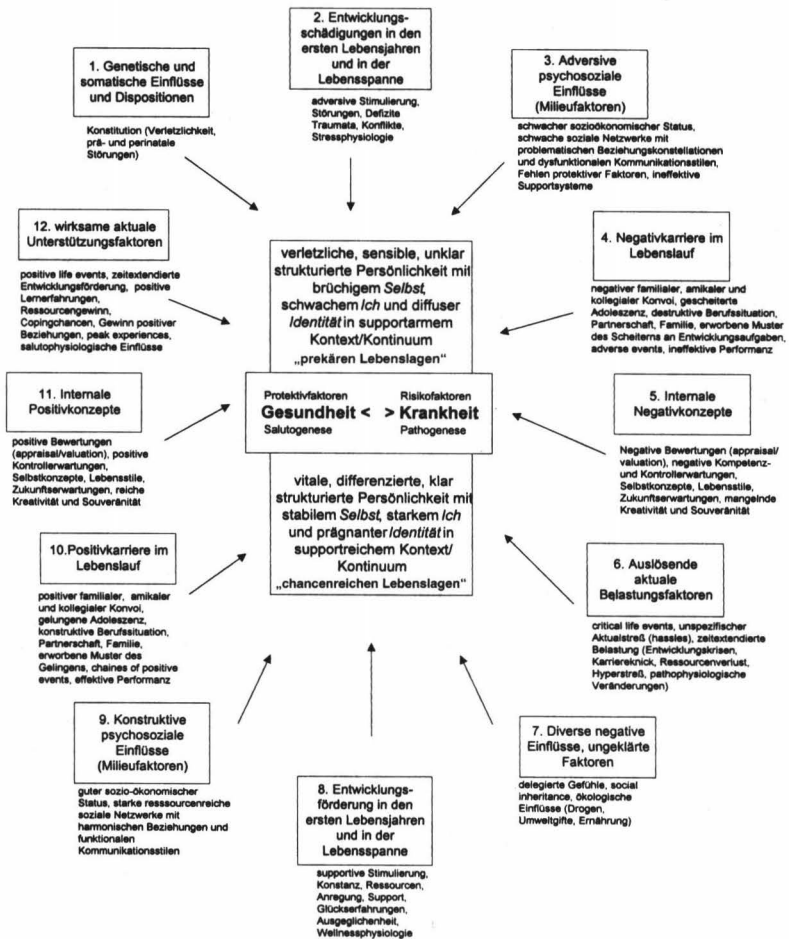


Abbildung 1: Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Erkrankungen

1.1 Normative Fragen

Pathogenese und Salutogenese sind nicht zu lösen von normativen Fragen, die in hohem Maße kulturspezifisch und Ausdruck gesellschaftlich produzierter Wirklichkeit sind (Berger, Luckmann 1970). Wissenschaftliche diagnostische Kategoriensysteme, an denen wir uns ausrichten, müssen deshalb differenziert vor den kulturellen Normsystemen reflektiert werden, um Stigmatisierungen und Ausgrenzungen zu vermeiden. Die Betroffenen sind als „Partner“ in die

Diskurse einzubinden (Gröbelbauer, Petzold, Gschwend 1999), so dass ihre Selbstdefinitionen verstanden und berücksichtigt werden und sie so nicht zu Opfern „struktureller Gewalt“ werden (Petzold, Orth 1999a, 298ff). Hierfür wurden in der Integrativen Therapie eigene Konzepte wie z.B. das Ko-respondenzmodell (Petzold 1991e) entwickelt, und es wird mit Foucault stets eine diskursanalytische und mit Derrida eine dekonstruktivistische Perspektive vertreten, die die subtilen repressiven Normalisierungs-, Anpassungs- und Dependenzprozesse in der psychotherapeutischen Praxis aufzudecken bemüht ist, um sie zu überschreiten (Petzold, Orth, Sieper 2000; Parker 1999) und „client dignity“ zu gewährleisten (Müller, Petzold 2000 und dieser Band S. 388ff.).

1.2 Diagnosestellungen und ihre Funktionen

Neben der Orientierung an einer modernen klinisch-psychologischen und psychiatrischen klassifikatorischen Diagnostik (Statusdiagnostik, DSM-IV bzw. ICD-10), psychometrischen, semiprojektiven und projektiven Diagnoseinstrumenten (Kames 1992; Müller, Petzold 1998; Osten 2000; Petzold, Osten 1998) ist die Integrative Therapie an einer „prozessualen“ Diagnostik ausgerichtet, in der über den ganzen Behandlungsprozess hin phänomenologisch aus der Betrachtung des Patienten in seinem Lebenskontext und -kontinuum gewonnene Daten in ko-respondierenden Prozessen zwischen Therapeut und Patient hermeneutisch bzw. tiefenhermeneutisch durchdrungen werden. Diagnostik ist deshalb immer auch therapeutische Intervention, weshalb wir auch von „Theragnostik“ (Petzold 1974j, 314; Petzold, Wolf et al. 2000) sprechen, die prozessual mit vielfältigen psychometrischen, projektiven und semiprojektiven Ansätzen arbeitet (Petzold, Orth 1994a; Müller, Petzold 1998). Dabei wird aus der Sicht einer „anthropologischen“ Gesundheits- und Krankheitslehre (Petzold, Schuch 1991) nach Phänomenen der Entfremdung und Verdinglichung bzw. der „konnektivierten Zugehörigkeit“ geschaut und aus der Sicht der „klinischen Krankheitslehre“ (ebd.) in Vergangenheit und Gegenwart nach pathogenen und positiven Stimulierungskonstellationen gesucht, die Spannkraft und Bewältigungsfähigkeit des personalen Systems belasten oder kräftigen: *Traumata* (Überstimulierung), *Defizite* (Unterstimulierung), *Störungen* (inkonsistente Stimulierungen), *Konflikte* (gegenläufige Stimulierung) für die *Pathogenese*, *Anregung* (multiple, positive Stimulierung, die der jeweiligen Verarbeitungs- und Handlungskapazität angemessen ist), *Herausforderung* (starke bewältigbare Stimulierung, z.B. von Entwicklungsaufgaben), *Support* (unterstützende, bekräftigende Stimulierung), *Konsolidierung* (ausgleichende, beruhigende Stimulierung) für die *Salutogenese*

(Petzold 1988n, 353-362) mit aktivierender Mobilisierung und differenzierter Bereitstellung von *Ressourcen* (Petzold 1997p, vgl. schon *Janet* 1919, Bd. III).

Diagnostik in der Integrativen Therapie ist in einem system- und feldtheoretischen²⁸ Rahmen verortet und setzt deshalb prinzipiell mit einer *mehrperspektivischen* Betrachtung und *Multioptiken-Analyse* (Petzold, Orth 1994a, Petzold 1994a, 1998a, 135) des *Kontext/Kontinuums* an – verstanden als „Kamp“, d.h. Feld-Areal oder als „komplexe Situation“ (ibid. 367ff; idem, Ebert, Sieper 1999), denn mit Lewin (1982, 160) ist es in der Regel vorteilhaft, „mit einer Analyse der Gesamtsituation zu beginnen“. Eine solche „dynamische“ Betrachtungsweise (Plaum 1989) verlangt also eine komplexe „prozessuale Diagnostik“, die Risiko-, Resilienz- und Schutzfaktoren, Pathogenese- und Salutogenese-Perspektiven im *Kontext/Kontinuumsbezug* verbindet, Daten aus der Statusdiagnostik, klinischen Interviews und psychometrischen Untersuchungen integriert. Dabei können folgende Schwerpunkte herausgestellt werden: I. Symptomdiagnostik, II. Strukturdiagnostik, III. Systemdiagnostik, IV. Prozessdiagnostik/Theragnostik:

I. Symptomdiagnostik ist auf die unterschiedlichen Symptomatiken gerichtet, die unter verschiedenen Beobachtungsperspektiven erhoben werden (vgl. IV). Wichtig sind die Symptomentwicklung in der Krankheitskarriere, das aktuelle Krankheitsgeschehen, die Komorbiditäten (Wittchen, Vossen 1996), die Bewertung einschließlich der Veränderungsvorstellung durch den Patienten.

II. Strukturdiagnostik will durch sozialphänomenologisches und tiefenhermeneutisches Sinnverstehen von den beobachteten Interaktionsformen im dyadischen Setting oder Gruppensetting, d.h. von den *Phänomenen* auf die dahinterliegenden *Strukturen* (z.B. Narrative, Skripts, lebensgeschichtliche Muster, Selbstbilder, Weltbilder) und auf Projekte der Handlungs- und Lebensgestaltung, die *Entwürfe* schließen, um Abwehr- und Copingprozesse, Risiko- und protektive Faktoren, Resilienzen und Ressourcengebrauch zu erfassen. Dies alles wird auch durch den Patienten bewertet.

III. Systemdiagnostik will durch „soziales Sinnverstehen“ und „sozioökologische Analysen“ die Einflüsse des mikro- und makroökologischen Raumes der gesellschaftlichen Nah- und Fernwelt auf den Patienten feststellen. Seine individuelle Leistungsfähigkeit, Netzwerkressourcen und Kontextpotentiale und die soziokulturellen

28 „Die Feldtheorie erfüllt alle Kriterien der Systemtheorie“ stellt Irle (1991, 138) fest. Sie sind als dynamische Theorien „funktional äquivalent“ (vgl. Metzger 1975) und auch die Integrative Therapie verwendet diese theoretischen Bezugsrahmen als Referenztheorien (Petzold 1998a; idem, Ebert, Sieper 1999)

Anforderungen können auf diese Weise erfasst und mit dem Patienten diskutiert und eingeschätzt werden.

IV. Prozessdiagnostik/Theragnostik integriert die voranstehend erwähnten Diagnosebereiche (Petzold, Osten 1998), indem ihre Betrachtung unter Einbeziehung von Daten aus der Statusdiagnostik, den psychometrischen Erhebungen und klinischen Interviews verbunden werden. Interventionen, die *in sich* schon einen therapeutischen Charakter haben und in diesem Sinne verstanden werden müssen, werden deshalb als „Theragnostik“ bezeichnet. Die einzelnen Beobachtungsperspektiven in den Orientierungen I. – III. (z.B. leibliche Perspektive, soziale/interaktionale Perspektive, kognitive Perspektive, emotionale und volitive Perspektive, existentielle Perspektive, Netzwerk-/Konvoiperspektive, ökologische Perspektive) werden damit in ihrer Qualität non-linearer, dynamischer Prozessverläufe als Verschränkung von diagnostischem und therapeutischem („theragnostischem“) Geschehen erfasst.

Die hohe Komplexität dieser Vorgehensweise entspricht den vielfältigen Einflussgrößen auf den Lebensverlauf, die Lebensgegenwart, die antizipierbare Zukunft von Patientinnen und Patienten und wirkt unbilligen Vorentscheidungen und Festlegungen entgegen, die allzu leicht zu „self-fulfilling prophecies“ geraten. Integrative Theragnostik betrachtet den Menschen mit seinem relevanten sozioökologischen Umfeld in seinem Verhalten und seinen Einstellungen unter Zugrundelegung eines komplexen, kontextualistischen, nicht-reduktionistischen Verhaltensbegriffes (Merleau-Ponty 1942; Waldenfels 1976; Boer 1978), der *overt and covert behavior*, Physiologie, Emotionen, Volitionen, Kognitionen umfasst und „Innen und Außen verschränkt“. Der Therapeut will den Menschen also in seiner Leiblichkeit erfassen, und das erfordert zuweilen auch physiologische Untersuchungen etwa zur Feststellung einer „*stress physiology*“ bei Angststörungen, schweren Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen (Hüther 2000; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Griffin et al. 1997; Petzold, Wolf et al. 2000). Er will ihn natürlich auch in seiner Lebenswelt, seinem Kontext/Kontinuum *wahrnehmen*, ihn mit seinem „convoy“ (Kahn, Antonucci 1980; Petzold 1995a), mit seinem sozialen Netzwerk (Laireiter 1993; Hass, Petzold 1999) und den in ihnen wirkenden „social worlds“, d. h. „kollektiven“ Kognitionen, Emotionen, Volitionen (Moscovici 1984; Petzold 1993a, 871ff) erfassen, in seinem Gesund-Sein, Krank-Sein, seinen *bewussten* und *unbewussten* Störungen und Problemen auf möglichst vielen Ebenen *verstehen*, um seine Situation gemeinsam mit ihm als Partner (Petzold, Orth 1999a, 363ff) zu *erklären* und sie zu *verändern*, sie also verständlich, erklärbar und damit veränderbar zu machen. Ausgehend von einer so umfas-

senden Sicht von Diagnostik/Theragnostik, dem *Hilfeersuchen* des Patienten, seiner Frage nach spezifischer Hilfe und Unterstützung – ihr wird oft von PsychotherapeutInnen nicht genügend Beachtung geschenkt, obgleich der Patient doch Auftraggeber, Kunde, Souverän ist! – kann ein Behandlungsplan im Sinne eines „offenen therapeutischen Curriculums“ (idem 1988n, 208ff) erstellt werden, dass auch maßgeblich für die Behandlungsdokumentation (vgl. Anhang) und als Strukturraster für die Ausbildung von PsychotherapeutInnen ist (Frühmann, Petzold 1993; Petzold, Orth, Sieper 1995).

2. Therapieverständnis, Aufgabe von Diagnose und Therapie

Was ist das Ziel von Psychotherapie? Die Wirksamkeit der Psychotherapie entsteht durch die *Konvergenz* allgemeiner Heil- und Wirkfaktoren, die im Gesamtprozess der Behandlung zum Tragen kommen mit krankheits- bzw. störungsbildspezifischen Wirkfaktoren, die durch Methoden, Techniken und Medien in störungszentrierten Sequenzen des Therapieprozesses wirksam werden (Petzold 1993b; Märten, Petzold 1998). Hinter jeder Zielbildung stehen *Probleme* als „Aufgaben/Herausforderungen“ (Typ A) oder „Schwierigkeiten/Katastrophen“ (Typ B), *Ressourcen* als „Mittel der Problembewältigung oder der Realisierung von Chancen“ und *Potentiale (PRP)*. Als *Potentiale* sehen wir den „Möglichkeitsraum eines vielfältigen Selbst“ mit seinen „vielstimmigen“ Narrationen und Diskursmöglichkeiten, die kreative/kokreative Chance des Menschen, „anders zu sein“ durch die Multiplizität der möglichen Dimensionen des **Selbst** (Rowan, Cooper 1999), die Flexibilität und Kokreativität der Prozesse des **Ich** und der Vielfacettigkeit der **Identität** (Müller, Petzold 1999), die sich konnektiviert – eine Persönlichkeit, die sich in unterschiedlichen Lebens- und Sozialwelten zu bewegen weiß. Die Zielformulierung schöpft diesen Möglichkeitsraum aus und sucht ihn zu erweitern. Sie nutzt die Potentiale der Person (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Für die Integrative Therapie haben wir folgende **Richtziele** formuliert: *Restitution* von durch Störungen beschädigter Kompetenz und Performanz; *Bewältigung/Coping* als Hilfen bei irreversiblen Störungen und Einschränkungen; *Prophylaxe* als präventive Maßnahmen, um Störungen oder Erkrankungen zu vermeiden; *Entwicklung* als Maßnahmen zur Förderung von persönlichen Potentialen und persönlicher Souveränität (Petzold 1993b, 1276; Petzold, Orth 1998a). Ein soziotherapeutisches Spektrum greift noch weiter. Inhalte müssen jeweils bezogen auf Persönlichkeit/Kontext/Kontinuum spezifisch erarbeitet werden. Auf jeden Fall beschränkt sich das Zielspektrum nicht nur auf „reparative“ Maßnahmen, z.B. das zentrale *kurative*

Ziel der Beseitigung von *Krankheit (illness)* oder das *palliative* Ziel der Linderung von *Leiden (suffering)*, sondern schließt auch Förderung der *Gesundheit (health)*, des *Wohlbefindens (wellness)* und der *Leistungsfähigkeit (fitness)* ein, gemäß des öffentlichen Auftrages, Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Bei einer breiten Sicht ergeben sich dann Interventionsziele wie: Heilen (*curing*), Stützen (*supporting*), Bewältigungshilfen (*coping*) – das ist der *klinische* Teil des Spektrums –, dann: Horizonterweiterung (*enlargement*), Verbesserung der Lebensqualität (*enrichment*) und Förderung der Selbstbestimmtheit und persönlicher kokreativer Souveränität (*empowerment*) (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) – das ist der *persönlichkeitsbildende* Teil des Spektrums. In diesen beiden Orientierungen des Spektrums kommt ein „ökonomisches“ Moment zum Tragen. Schon Janet (1919) hatte betont, dass psychische Erkrankungen mit Erschöpfungen (verschiedener Genese) von Kräften verbunden sind – eine frühe Überforderungs-, Burnout-, bzw. Stresstheorie und Traumatic-stress-Konzeption, wie sie in moderner Form auch der Integrative Ansatz vertritt (Petzold 1968 b; 1993g; idem, Wolf et al. 2000; van der Mei et al. 1997). Deshalb wird die Erledigung (*liquidation*) von Traumamaterial, Stütze und Entlastung zum Sparen von Kräften und die Erhöhung der Kräftezufuhr durch aufbauende Erfahrungen notwendig, so Janet.

In der therapeutischen Praxis werden Metaziele, Grobziele und Feinziele unterschieden:

Metaziele (auch Leit-, Global- oder Richtziele genannt) leiten sich ab aus den Theorien großer Reichweite (**Metatheorie**, vgl. Petzold 1992a, 480-521) wie Menschenbild (Anthropologie), Gesellschaftstheorie, Ethik etc. Sie bestimmen therapeutisches Handeln implizit oder explizit immer mit. Als übergeordnete Ziele sollen sie u.a. dazu dienen, für die bewusste Handlungssteuerung in persönlichen und therapeutischen Entwicklungsprozessen verfügbar zu sein. Solche Ziele sind z.B.

- Erarbeitung einer vielfältigen, chancenreichen Lebenslage;
- Beseitigung und/oder Linderung von Krankheit, Störungen, Leiden;
- psychophysische und soziale Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit/Spannkraft;
- Problemlösungs- und Problembewältigungskompetenz und -performanz, Aktivität;
- Intersubjektivität, Ko-responzenzfähigkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit), Empathiefähigkeit, Konsens-, Kooperationsfähigkeit u.a.;
- komplexes Bewusstsein, Reflexionsfähigkeit, Selbst- und Weltverständnis, Lebensplanung und -gestaltung;
- persönlicher Lebenssinn, *sense of coherence*;

- Selbstaktualisierung, Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenzen, Performanzen und Potentiale, „persönliche Souveränität“ ;
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Kokreativität;
- engagierte Verantwortung für Integrität gegenüber sich selbst und der Mit- und Umwelt;
- Engagement gegen Entfremdung, prekäre und destruktive Lebenslagen;
- Fähigkeit zu „fundierter Partnerschaftlichkeit“ in der Privatsphäre und „fundierter Kollegialität“ im Berufsleben.

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

Persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele:

- Ziele bezüglich **Selbst-, Ich- und Identitäts-Entwicklung**, bezüglich Emotionen, Kognitionen, Volitionen, personaler und sozialer Kompetenz und Performanz, dysfunktionaler und funktionaler Struktur und Tendenzen im persönlichen Strukturgefüge;
- **Persönliche Souveränität** durch ein positives, **konsistentes, stabiles** und zugleich **vielfältiges Selbst** mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen, Volitionen und Kognitionen, Fähigkeit zur Selbstreflexion auch auf die Hintergründe der eigenen Entwicklung, zur Selbst-Bestärkung, Selbst-Sorge und Selbst-Gefährten-schaft, zum Einstehen für sich selbst. Erleben eines von Grundvertrauen (basic trust) getragenen Lebensgefühls, Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile ins eigene Selbstbild;
- **starkes und flexibles Ich**, d. h. Präzision und Zuverlässigkeit wachbewusster Aktivitäten, *primäre Ich-Funktionen* genannt: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln, weiterhin *sekundärer Ich-Funktionen*: wie Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion. Das **Ich** ist dabei die integrierende Instanz. In anderer Terminologie kann das heißen: funktionale Kontrollüberzeugungen, Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen, adaptive Coping-Strategien, z.B. lösungs- und ressourcenorientierte Gestaltungsstrategien;

- ▶ **stabile und prägnante** und zugleich **facettenreiche Identität** in den Identitätsbereichen „Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte“ sowie ihrer inneren Repräsentationen aufgrund von Fremdattributionen/Identifizierungen, Selbstattributionen/Identifikationen, Bewertungen/Einschätzungen (valuation, appraisal) und Verinnerlichungen. Stabile Kontexte, social words und vielfältige lifestyle communities, multiple, chancenreiche Lebenslagen spielen für die Identitätskonstitution eine wichtige Rolle und sind damit für die Identitätsentwicklung relevant;
- ▶ Fähigkeit zur **Selbstregulation**, d. h. zum Wahrnehmen, Ausdrücken, Realisieren, Regulieren eigener Bedürfnisse, Intentionen, Motivationen, Volitionen und körperlicher Zustände (z.B. Stressverhalten) und Befindlichkeiten;
- ▶ Fähigkeit zu angemessener **Relationalität**, d.h. Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, zu Kooperation, Koñflux/Kokreativität, Konsensbildung und Dissens, Abgrenzung, zu Rollenperformance, Empathie, Perspektivenübernahme, Konfliktfähigkeit etc.;
- ▶ gute **interne Ressourcenlage**, z.B. Gesundheit, emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit, Wissen und Kenntnisse.

Krankheits- und störungsbildbezogene Ziele:

- ▶ Wahrnehmen, Erfassen und Erkennen des aktuellen Störungs- bzw. Krankheitsgeschehens und seiner Auswirkungen auf das Leben, den Lebenskontext und die Lebenslage mit dem Patienten;
- ▶ Verstehen und Erklären – wenn dies möglich ist – der Krankheitsursachen, des Krankheitsverlaufes, prognostische Einschätzungen mit der Patientin;
- ▶ Bewältigung der aktuellen Belastungssituationen, der destruktiven oder prekären Lebenslagen, die mit der Erkrankung bzw. Störung für den Patienten und sein soziales Netzwerk verbunden sind;
- ▶ Beeinflussung des Krankheitsgeschehens bzw. der störungsspezifischen Prozesse mit ihrer Symptomatik und ihren Begleiterscheinungen in Richtung von Verbesserung, Linderung, Problemlösung;
- ▶ Beseitigung der krankheits- bzw. störungsspezifischen Verlaufsprozesse mit ihren Symptomen, Beeinträchtigungen, Auswirkungen soweit dies möglich ist;
- ▶ Beseitigung oder Veränderung der spezifischen und unspezifischen krankheits- bzw. störungsauslösenden und -fördernden Ursachen, Bedingungen und Einflussgrößen;
- ▶ Bereitstellung von Lebens- und Bewältigungshilfen oder substitutiven Maßnahmen, wo kreative Zielsetzungen nicht erreicht werden können.

Kontextbezogene Ziele:

- ▶ stabile **soziale Netzwerke** in chancenreichen **Lebenslagen** mit guter *supportiver Valenz*, versichernden kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen (*social worlds*), verlässliche Convoy-Qualität;
- ▶ gute **externe Ressourcenlage**, Arbeit/Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Bildung/Weiterbildung, materielle Sicherheiten, soziale Integration und sozialer Rückhalt;
- ▶ Handhabung von **Umfeldeinflüssen**, z.B. Risikofaktoren aus „prekären Lebenslagen“ entsprechend den eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten, der eigenen Vitalität/Vulnerabilität/Resilienz, Vermeidung chronischer Überlastungen, aber auch von okkasionellem Hyperstress oder von „*daily hassles*“.

Kontinuumbezogene Ziele:

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

Feinziele sind instrumentell für das Erreichen von **Grobzielen**. Sie erfordern auch praxeologische Überlegungen zu „elastischen“ Interventionen (*Ferenczi* 1928), d. h. zu Methoden, Medien, Techniken (*Petzold* 1993h). Es geht damit auch um *methodenbestimmte Ziele*: Wir müssen wissen, was wir soziotherapeutisch, netzwerktherapeutisch, regressionstherapeutisch, mit kreativen oder technischen *Medien*, der konflikt- und der übungszentrierten *Modalität* etc. erreichen können und wollen. Will man z.B. als Feinziele Stile des „**Coping**“ oder des „**Creating**“ indikationsspezifisch fördern, lassen sich spezifische Methoden zuordnen:

Das **Coping** kann sich in unterschiedlichen „*Copingstilen*“ vollziehen, die person- und situationsspezifisch ausgeprägt sein können. Als häufige „*Copingstile*“ seien genannt:

- ▶ *Evasive Coping*, welches Belastungen und Bedrohungen – z.B. in „*prekären oder destruktiven Lebenslagen*“ (*Petzold* 2000h) durch Ausweich- und Vermeidungsstrategien zu entgehen sucht. *Methodik*:

kognitives und emotionales Abwägen, was funktional und was angemessen ist, Erarbeitung und Erprobung (durch Rollenspiel oder *in vivo*, was gute Ausweichstrategien sind);

- *Aggressives Coping*, welches durch Strategien der Konfrontation, der (Selbst-) Behauptung, des Kampfes, durch alloplastisches Verhalten mit Negativeinwirkungen fertig werden will. *Methodik*: Aggressionsübungen, Selbstbehauptungstraining, psychomotorische Übungen, Rollenspiel;
- *Adaptives Coping*, welches durch Strategien der Anpassung, Regression, Zurücknahme, durch autoplastisches Verhalten also (Ferenczi 1919), mit Problemen, Belastungen, Überforderungen (*threat, stress, strain*) zurechtzukommen versucht. *Methodik*: kognitives und emotionales Abwägen, was funktional und was angemessen ist, Erarbeitung und Erprobung (durch Rollenspiel oder *in vivo*), was gute Ausweichstrategien sind.

Auch für das **Creating** lassen sich situations- und personenabhängige „*Stile schöpferischen Handelns*“ finden. Genannt seien:

- *Creative Adjustment*, ein kreatives Einpassen in vorfindliche Gegebenheiten unter erfindungsreicher Ausnutzung der angetroffenen Möglichkeiten. *Methodik*: Improvisations- und Rollenspiele, Szenari entwürfe und –reflexion.
- *Creative Change*, ein kreatives Gestalten und Verändern der vorfindlichen Gegebenheiten im Sinne ihrer Überschreitung, Ressourcenvermehrung und Umgestaltung in „*chancenreiche multiple Lebenslagen*“. *Methodik*: Szenari entwürfe, Rollenspiele, Souveränitätskarten, Power-Map (Petzold 1998a, 342f), Kreative Medien (Petzold, Orth 1990a).
- *Creative Cooperation*, eine das individuelle schöpferische Tun überschreitende *ko-kreative* Aktivität, in der die Möglichkeiten einbezogen werden, Konfluxphänomene (d.h. das fließende Zusammenspiel von Potentialen) auftauchen, durch die neue Ressourcen freigesetzt bzw. geschaffen werden (Petzold, Orth 1996b). *Methodik*: Arbeit mit Kreativen Medien, Kollegialitätskarten (Petzold 1998a, 287ff; Petzold, Orth 1998a), Kommunikations- und Interaktionsübungen, Soziodrama (Petzold 1973d).

In der kreativ-lebensgestaltenden Arbeit von Psychotherapie sind die Ressourcen (Petzold 1997p) eine zentrale Größe: „Die wesentlichen Ressourcen des Menschen sind eine **integrierte Leiblichkeit** (1), d.h. körperliche Gesundheit (*health*), Wohlbefinden (*wellness*) und Leistungsfähigkeit (*fitness*) sowie ein supportives **soziales Netzwerk** (2), das ein gutes Wegeleit (*convoy*) auf der Lebensstrecke gewährleistet. Hinzu kommen noch **Arbeit/Leistung/Freizeit** (3), **materielle**

Sicherheiten (4) und tragende **Werte** (5), wie es im Modell der 5 Identitätssäulen (Petzold, Orth 1994a) erarbeitet wurde, das durchaus als ein Ressourcenmodell betrachtet werden kann (idem 1997p)“.

3. Betrachtung des soziopsychosomatischen Feldes

Um komplexe Zusammenhänge verstehen und beeinflussen zu können, ist ein übergeordneter Rahmen der Betrachtung erforderlich. Einen solchen bieten moderne Systemtheorien (Ebert 2000; Petzold 1998a; Schiepek 1999) oder Feldtheorien, die physikalistische Momente (wie bei Lewin, vgl. Lück 1996) vermeiden und soziologische Feldkonzepte (z.B. bei Bourdieu) berücksichtigen, damit sie für sozialinterventive Fragestellungen, wie sie psychotherapeutisches Handeln aufwirft, handlungsleitend werden können. Bislang liegen nur wenige Ansätze dieser Art vor (z.B. T. v. Uexküll 1996; Schiepek 1999; Lück 1996; Petzold 1998a; Petzold, Ebert, Sieper 1999; Walter 1985), da sie sehr anspruchsvoll sind und es nicht genügt, System- und Feldkonzepte, die in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt wurden (K. Goldstein, K. Lewin) aufzugreifen und ohne Berücksichtigung der Entwicklungen in der Theorie „sozialer Systeme“ (Luhmann 1992) und der „dynamic systems theory“ (Kelso 1995) zu referieren (so IGW 2000). Aspekte der Macht und Interessenlagen, historische Zusammenhänge und Einflüsse (Berlin 1998), Zeitgeist und gesellschaftliche Entwicklungstendenzen müssen in einer therapierelevanten Feld- bzw. Systemkonzeption berücksichtigt werden, um diese auf der Mikro-, Meso- und Makroebene als Matrix von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen, d.h. von „sozialen Welten“ und „lifestyle communities“ zu sehen (Müller, Petzold 1999), in denen durch öko-psycho-somatische Einflüsse (Petzold, Orth 1998b) und komplexe Sozialisationswirkungen fördernde und schädigende Identitäts- und Selbstprozesse die Persönlichkeit und ihr relevantes Netzwerk prägen.

Aufgrund der damit gegebenen Komplexität für das Verstehen von Feldeinwirkungen ist die Integrative Therapie dezidiert an longitudinaler psychologischer Entwicklungsforschung (Rutter 1988; Oerter et al. 1999) und an Sozialisationsforschung und -theorie in der Längsschnittperspektive (Hurrelmann 1988, 1995; Walter 1985) mit ihren beeindruckenden Ergebnissen (Dittmann-Kohli 1998) ausgerichtet, d.h. am „life span developmental approach“ (Petzold 1999b). Sie bezieht sich auf moderne Epidemiologie, Morbiditäts- und Komorbiditätsforschung (Wittchen, Vossen 1996) und betreibt eigene, z.T. groß angelegte Forschungsprojekte zur Einwirkung des Lebenszusammenhangs (Knobel et al. 1992; Sombrowski 1994) auf individuelle Lebensläufe (Heinermann, Kind 1998), Netzwerke und Convoys (Kahn,

Antonucci 1980; Hass, Petzold 1999) sowie zu mikroökologischen Settings (Saup 1993) und ökopyschosomatischen Zusammenhängen (Petzold, Orth 1998b), die mit Blick auf therapierelevante Fragestellungen betrachtet, beforscht und mit speziell entwickelten Verfahren klinisch exploriert werden (Petzold, Osten 1998; Petzold, Orth 1993a, 1994a; Petzold, Goffin, Oudhof 1993).

Gesunde und gestörte Lebensvorgänge von Menschen – das sollte deutlich geworden sein – machen die Zusammenschau von philosophisch-anthropologischen und klinischen Positionen unter verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven: von Bio-, Neuro-, Sozial-, Kulturwissenschaften (Petzold 1991a, 1992a, 1993a) erforderlich, so dass monodisziplinäre Sichtweisen zu multi- und interdisziplinären überschritten werden müssen, ja *transdisziplinäre* Qualitäten emergieren können (Petzold 1998a, 27). Fragen des Zeitgeistes (Petzold 1989f) und historischer Diskurse (Petzold 1996j; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000; Zaepfel, Metzmacher 1998), aber auch Mythenbildungen (Petzold, Orth 1999a) wird besondere und kritische Aufmerksamkeit geschenkt, um eine zukunftsorientierte, moderne Psychotherapie zu verwirklichen (Petzold 1999p).

Zusammenfassung

Es wird ein kompakter Überblick über die klinische Theorienbildung der Integrativen Therapie, des Gesundheits- und Krankheitsmodells gegeben, über Diagnose- bzw. „Theragnoseverständnis“, Ziele und Strategien der Behandlung, Stile des „Copings“ und „Creatings“.

Summary

A concise overview is given over the clinical theory forming of Integrative Therapy: The model of health and disease, the concept of diagnosis resp. „theragnosis“, goals and strategies of treatment, styles of „coping“ and „creating“.

Keywords: Integrative Therapy, health and illness concept, diagnosis and theragnosis, coping and creating

Anhang

Behandlungsbericht
<i>Anleitung für AusbildungskandidatInnen von EAG/FPI</i>
Der Behandlungsbericht soll dokumentieren, dass der Kandidat eine integrative Behandlung im „dyadischen Setting“ (Einzeltherapie) aufgrund von Anamnese, Diagnose/Theragnose, konsensueller Zielvereinbarung, Therapieplanung in einem therapeutischen Rahmencurriculum <i>lege artis</i> durchgeführt hat. Der Behandlungsbericht soll wie folgt aufgebaut sein:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Feststellen des <i>Hilfensuchens</i> und der <i>Erwartungen</i> des Patienten/der Patientin an die Behandlung (expliziter und impliziter Auftrag) 2. Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-4 3. Biographische Anamnese 4. Karriereanamnese 5. Prozessdiagnostische Erhebung (vgl. <i>Petzold 1993p; Petzold, Osten 1998; Osten 2000</i>) mit Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse, Leibfunktionsanalyse. Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP), Identitätsbereiche usw. müssen exploriert werden. 6. Ätiologische Überlegungen (zur Genesetheorie, Belastungsfaktoren, Defiziten, aber auch zu protektiven Faktoren, Resilienzen, zu Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Lebenslauf) begründen den Behandlungsplan bzw. ein <i>therapeutisches Rahmencurriculum</i>, in dem Probleme, Ressourcen und Potentiale erhoben und differenzierte Ziele und Inhalte erarbeitet werden (<i>Petzold, Leuenberger, Steffan 1998</i>) mit dem „Patienten als Partner“ (<i>Petzold, Orth 1999, 363</i>) 7. Behandlungsverlauf dokumentiert durch folgende Aspekte: <ol style="list-style-type: none"> I. Prozess des Patienten (<i>Viation I</i>): Übertragung/Gegenübertragung, Widerstände, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Abwehrvorgänge, Kooperationsformen, Ressourcenaktivierungen, Motivation, persönliche Zielsetzungen und Zielrealisierungen, Statusprobleme, Rollenangebote, Affiliationen, Netzwerke, Einbezug von „social worlds“. II. Strategien des Therapeuten (<i>Trajekt</i>): Wege der Heilung und Förderung (1-4), 14 Heilfaktoren (welche Faktorenkombination eingesetzt wurden und dies begründen, vgl. <i>Petzold 1993p</i>), Auswahl und Einsatz von Methoden, Techniken, Medien und Modalitäten (<i>Petzold 1993h</i>), Bearbeitung von Pathogenesefaktoren und Nutzung von Salutogenesefaktoren (<i>Petzold, Steffan 2000</i>), Analyse und Neubewertung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen; Nutzung zentraler Behandlungsstrategien; Vereinbarung von kurzfristigen, mittelfristigen, langfristigen Therapiezielen; Planung und Beobachtung des Behandlungsverlaufs; prozessuale Bestimmung der Behandlungsziele an Hand der festgestellten Probleme, Defizite, aber auch der Potentiale und Ressourcen. III. Die Prozesse des Therapeuten (<i>Viation II</i>): Übertragung/Gegenübertragung, partielles Engagement und selektive Offenheit, Involvierung, Metareflexion, genderspezifische Reaktionen, Belastungen, angetönte eigene Themen, Antwort auf Statusprobleme und Rollenangebote, Definition der eigenen Rolle/Position, eventuelle Bezüge zu anderen laufenden Therapien, Netzwerke im Bezug, Einbezug von „social worlds“, Ressourcenlage.
<ol style="list-style-type: none"> 8. Therapieverlauf, Darstellung der Beziehungsdynamik, der Kooperation, der Foki, die behandelt werden (<i>Petzold 1993p</i>), Fokusrotation, Schwierigkeiten, Probleme und Krisen, positive Entwicklungen und Erfolge, Transferarbeit, d.h. Vorbereitung und Begleitung der Umsetzung von Erkenntnissen und Entscheidungen, Transferbegleitung, Wirkung ins soziale Netzwerk, Einbezug des sozialen Netzwerkes, 9. Traumabearbeitung, Trauerarbeit (Simplex-, Duplex-, Triplexniveau, <i>Petzold 1988n, 233f</i>), Kontrollüberzeugungen und Attributionen, kognitive und emotionale Umwertungen, Modifikation devianter Wertewelten und toxischer Überich-Strukturen). 10. Flankierende Maßnahmen „bimodaler Therapie“ (Entspannungs- und Lauftherapie, Ergotherapie, Bildungsangebote). 11. Auswertung, Ergebnisse (Erfolge, Misserfolge, Neben- und Nachwirkungen) 12. Vorbereitung der Beendigung

13. Abschluss
14. Hilfen bei einer event. Epikrisis
15. Katamnestisches Nachgespräch (positive und negative Nachwirkungen)

Die Darstellung im Behandlungsbericht soll immer wieder mit Bezug auf die relevante *Literatur* des Integrativen Ansatzes, der klinischen Psychologie und angrenzender relevanter Disziplinen theoretisch reflektiert und kommentiert werden.

Literatur

- Amery, J.* (1976): Hand an sich legen. Stuttgart: Klett.
- Berger, P.L., Luckmann, T.* (1970, 1980): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt: Fischer.
- Berlin, I.* (1998): Wirklichkeitssinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen, Berlin: Berlin Verlag.
- Boer, K.* (1978): Maurice Merleau-Ponty. Die Entwicklung seines Strukturdenkens. Bonn: Bouvier, Grundmann.
- Bourdieu, P.* (1998): Gegenfeuer. Wortmeldungen im Dienste des Widerstandes gegen die neoliberale Konspiration: Konstanz: Universitätsverlag.
- Bubolz, E.* (1983): Bildung im Alter. Freiburg: Lambertus.
- Bürmann, J.* (1993): Gestaltpädagogik – Weiterbildung für Lehrende, In: *Petzold, Sieper* (1993a) 483-490.
- Dauk, E.* (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen, Berlin: Reimer.
- Deneke, F.-W.* (1998): Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten. Stuttgart: Schattauer.
- Derrida, J.* (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Dittmann-Kohli, F.* (1995): Das persönliche Sinnsystem. Göttingen: Hogrefe.
- Eribon, D.* (1991): Michel Foucault. Eine Biographie. Frankfurt: Suhrkamp.
- Ebert, W.* (2000): Systemtheorie und Supervision. Opladen: Leske + Budrich.
- Ellenberger, H.F.* (1973): Die Entdeckung des Unbewussten. Bern: Huber 2.Bde.
- Ferenczi, S.* (1919): Hysterische Materialisationsphänomene, In: ders. Schriften zur Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer Bd. II 11-24.
- Ferenczi, S.* (1927/28): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. In: ders.: Bausteine der Psychoanalyse. Bern: Huber, Bd. III, 380-398.
- Foucault, M.* (1966): Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard; dtsh. Die Ordnung der Dinge. Frankfurt: Suhrkamp 1971.
- Foucault, M.* (1969, 1993): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M.* (1972): Naissance de la clinique. Une archéologie du regard medical. Paris: Gallimard; dtsh. Die Geburt der Klinik. Archäologie des ärztlichen Blickes, Hanser, München 1973; Ullstein, Berlin 1976.
- Foucault, M.* (1972): Von der Freundschaft. Berlin: Merve.
- Foucault, M.* (1986): Diskurs und Wahrheit. Berlin: Merve 1996.
- Frühmann, R., Petzold, H.G.* (1993). Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann.
- Grawe, K.* (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Griffin, M.G., Nishith, P., Resick, P.A., Yehuda, R.* (1997): Integrating Objektive Indicators of Treatment Outcome in PTSD, In: *Yehuda, R., McFarlane, A.C.* (ED.), Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Annals of the New York Academy of Sciences, Vol. 821, 388-409.
- Hass, W., Petzold, H.G.* (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, H.G., Mürtens, M.*, Wege zu effektiven Psychotherapien, Bd. 1, Leske + Budrich, Opladen, 193-272.

- Heinermann, H., Kind, D. (1998): Protektive Faktoren und Resilienzprozesse einer Lebensgeschichte „Es muss im Leben mehr als ‚Alles‘ geben“. *Gestalt und Integration*, 1, 38-84.
- Heinl, H. (1985): Körper und Symbolisierung. *Integrative Therapie* 3-4, 227-232.
- Heinl, H. (1993): „Therapie vom Leibe her“ – körperbezogene Behandlung in der Praxis. In: *Petzold, Sieper* (Hg.), S. 341-350.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie* 3/1997, 316-330.
- Heinl, H., Petzold, H.G. (1980): Körper- und Leibtherapie. *Gestalt-Bulletin* 2/3, 13-18.
- Hoffmann, N. (1998): Zwänge und Depressionen. Pierre Janet und die Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.
- Hurrelmann, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie, Weinheim: Beltz.
- Hüther, G. (2000): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen, Vortrag gehalten auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung in Bad Zwesten am 25.2.2000.
- IGW (2000): Arbeitspapier zum Forschungscolloquium 1 der Schweizer Psychotherapie-Charta, Zürich.
- Ilijine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1990): Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen. In: *Petzold, Orth* (1990a, 203-213).
- Irlle, M. (1991): Gestaltpsychologie und Utilitarismus – von Lewin zu Heider und Festinger, *Gestalt Theory* 13, 134-147.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1903): *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1919): *Les médications psychologiques*. 3 Bde. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1923): *La médecine psychologique*. Paris: Flammarion.
- Janet, P. (1946): *A history of psychology*. In: *Muchinson, C.*: *Autobiography*. Worcester: Clark Univ. Press.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980): Convoys of social support: A life course approach, In: *Kiesler, I.B., Morgan, J.N., Oppenheimer, V.K.* (Eds.) *Aging*. New York: Academic Press, 383-405.
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“ (FESI). *Integrative Therapie* 4, 363-386.
- Kelso, J.A.S. (1995): *Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior*. Cambridge: Massachusetts, MIT-Press.
- Knobel, R., Petzold, H.G., Mankwald, B., Sombrowski, C. (1992): Qualitative Forschung als Grundlagentherapeutischer Intervention in den Neuen Bundesländern – ein interdisziplinärer Ansatz, *Integrative Therapie*, 4, 429-454.
- Krämer, H. (1995): *Grundlegung einer integrativen Ethik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Laireiter, A. (1993) (Hg): *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Leitner, E. (2000): *Bourdieu eingreifende Wissenschaft*. Wien: Turia + Kant.
- Lemke, J. (1993): Die Gründer: Hildegund Heinl, Hilarion Petzold, Johanna Sieper. In: *Petzold, Sieper* (1993a).
- Levinas, E., (1963): *La trace de l'autre*. Paris; dtsh. (1983): *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Lewin, K. (1982): *Kurt Lewin Werkausgabe*, Bd. 4 *Feldtheorie*. Bern: Huber.
- Lück, A.E. (1996): *Die Feldtheorie und Kurt Lewin*. Weinheim: Beltz.
- Lückel, K. (1981): *Begegnung mit Sterbenden*. München: Kaiser.
- Luhmann, N. (1992): *Beobachtungen der Moderne*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- McLeod, J. (1997): *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie* 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 345-394.

- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000): Psychotherapieschäden. Mainz: Grünewald (in Vorbereitung.).
- Mazumdar, P. (1998): Foucault. Ausgewählt und vorgestellt. München: Diederichs.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Merleau-Ponty, M. (1942): La structure du comportement. Paris: Gallimard; dtsh. Die Struktur des Verhaltens, de Gruyter, Berlin 1976.
- Merleau-Ponty, M. (1945): Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris; dtsh. von Boehm, R., Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Merleau-Ponty, M. (1964): Le visible et l'invisible, Gallimard, Paris; dtsh. Das Sichtbare und das Unsichtbare, Fink, München 1986.
- Merleau-Ponty, M. (1995): La Nature. Paris: Seuil,
- Metzger, W. (1975): Gestalttheorie und Gruppendynamik, *Gruppendynamik* 6, 311-331.
- Moreno, J.L. (1953): Who shall survive? [1934]. Beacon: Beacon House.
- Moreno, J.L. (1990): Theorie der Spontaneität-Kreativität. In: Petzold, Orth (1990a) 189-203.
- Miller, J. (1995): Die Leidenschaft des Michel Foucault. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Moscovici, S. (1984): The phenomenon of social representations, In: Farr, R.M., Moscovici, S. (Eds.), Social representations. Cambridge: Cambridge University Press.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen, *Integrative Therapie*, 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie*, 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000): „Client dignity?“ Riskante Therapie mit alten Menschen. In: Märtens, Petzold (2000).
- Oeltze, H.-J. (1993): Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien. In: Petzold, Sieper (1993a).
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (Hg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz: Psychologie Verlags Union.
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie, *Gestalt (Schweiz)* 21, 22-36.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1990c): Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermediären Arbeit der Integrativen Therapie. In: Petzold, Orth (1990a) II, 721-774; auch verk. In: *Integrative Therapie* 1/2, 53-93 und *Forum für Kunsttherapie*, 9-31.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“. In: Petzold, Sieper (1993a) 93-116.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München: Reinhardt.
- Parker, I. (1999): Deconstructing psychotherapy. London: Sage.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dt.: Petzold (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, *Genese, Diagnose, Therapie*, Paris.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr.; dt. in: ders. Drogentherapie. Paderborn: Junfermann, 1974, 524-529.
- Petzold, H.G., 1970d. Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* 8, 387-408.
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: G. Birdwood (Hg.), *Willige Opfer*, Rosenheim, 212-245.
- Petzold, H.G. (1971k): Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining,

- kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Büderich 1.6.1971; VHS Büderich, mimeogr.
- Petzold, H.G. (1971i): Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, *Erwachsenenbildung* 3, 160-178; auch In: *Petzold* (1973c).
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G. (1973c) (Hg.): Kreativität und Konflikte. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1973d): Das Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung. In: *Petzold* (1973c) (Hrsg.): Kreativität und Konflikte. Paderborn: Junfermann (S. 244-256).
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: *Petzold* (1974j), 285-404; revid. in (1988n [S.59-172]).
- Petzold, H.G. (1980a): Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3, 181-193.
- Petzold, H.G. (1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. In: *Petzold, Stöckler* (1988) 47-64.
- Petzold, H.G. (1981k): Vorsorge – ein Feigenblatt der Inhumanität – Prävention, Zukunftsbewusstsein und Entfremdung, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4, S. 82-90; auch in *Gestalt-Bulletin* 2/3 (1980) 94-105.
- Petzold, H.G. (1982g): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1983j) (Hg.): Humanisierung des Krankenhauses, Schwerpunkt II, *Z. f. Humanist. Psychol.* 3/4, 4-12.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1986a) (Hg.): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1987c): Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3, 104-141.
- Petzold, H.G. (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt. In: *Richter, K.* (Hg.), *Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. In: *Matthies, K.*, *Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie*, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, 3. erweiterte Aufl. 1996a. *Ausgewählte Werke Bd. I*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1989f): Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie, *Gestalt und Integration* 2, 140-150.
- Petzold, H.G. (1990b): „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie, In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Klinische Philosophie, *Ausgewählte Werke Bd. II*, 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. in 1991a, S. 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. Düsseldorf: FPI-Publikation.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Klinische Theorie, *Ausgewählte Werke Bd. II*, 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992d): Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“, *Integrative Therapie* 1/2, 1-10.
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. *Petzold* (1992a), S. 927-1040.

- Petzold, H.G. (1993a): *Integrative Therapie. Klinische Praxeologie (Ausgewählte Werke Bd. II, 2)*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer, In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch., Krisenintervention in der Psychiatrie*, Huber, Bern, 157-196.
- Petzold, H.G. (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden – berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive, *Integrative Therapie*, 4, 341-379 und In: *Hermer, M. (Hg.)*, *Psychologische Beiträge*, Pabst Science Publishers, Lengerich 1994, 248-285.
- Petzold, H.G. (1993n): Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch) in eigener Sache. In: *Petzold, Sieper (1993a)* 51-92.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, In: *Petzold, Sieper (1993a)* 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theoriebildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, *Gestalt und Integration*, 2, 225-297.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ – Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie In: *Gestalt (Schweiz)*, 20, 6-28 und *Hermer, M. (Hg.)*, *Die Gesellschaft der Patienten*. Tübingen: dgvt-Verlag, 1995, 143-174.
- Petzold, H.G. (1994f): Jugend und Gewaltprobleme – Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive, Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993, Dokumentation 1994 und in *Gestalt (Schweiz)* 24, 1995, 4-21.
- Petzold, H.G. (1994g): Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: „Integrative Therapie“ und ihre Heuristik der „14 healing factors“ – theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrages auf dem Symposium der Rheinischen Landeskliniken in Düren, 10.09.1994. In: *Weißig, N. (Hg.)*, *Differenzierung und Integration*. Köln: Kohelet.
- Petzold, H.G. (1995a): Wegeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H.*, *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben – Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht, *Integrative Therapie*, 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße, *Integrative Therapie*, 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch In: *Petzold, Orth (1999a)* 337-360.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? 1997c. In: *Sticht, U. (Hrsg.)*, *Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch*, Lambertus, Freiburg, 57-115.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435-471.

- Petzold, H.G. (Hg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch, Band I. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1998f): Konnektivierung, Integration, Pluralität – Auswirkungen der Moderne auch im psychotherapeutischen Feld, 1998f, *Gestalt* (Schweiz) 33, 26-64.
- Petzold, H.G. (1998h) (Hg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne. *Gestalt* (Schweiz), 34, 43-46.
- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In: *Petzold, Orth* (1999a) S. 393-400.
- Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen – über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung. *Behinderte in Schule, Familie und Gesellschaft* 6, 41-62.
- Petzold, H.G. (1999l): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein Integratives Konzept für die Thanatotherapie. Schriften zur Thanatologie, Universität Mainz, Abt. für Thanatopsychologie. Repr. *Psychologische Medizin*. (Graz 2000).
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie*, 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk. *Kunst & Therapie* 1/2, 105-146.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theoriebildung in der Integrativen Therapie. (Chartacolloquium III). Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Petzold, H.G., Brown, G. (1977) (Hg.): *Gestaltpädagogik*. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1976a) (Hg.): *Bildungsarbeit mit alten Menschen*. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.) *zugänglich im Internet: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt/supervisionskritik>*
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie (S. 173-266). In: H.G. Petzold, J. Sieper (Hg.), *Integration und Kreation*, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Gröbelbauer, G., Gschwend, I. (1999): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen. In: *Petzold, Orth* (1999a, 363-392) sowie In: *Psychologische Medizin* (Österr.), 1, 1999, 32-39 und 2, 1999, 30-35).
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2-3 (dieses Heft).
- Petzold, H.G., Heintz, H. (1983) (Hg.) *Psychotherapie und Arbeitswelt*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie, In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hg.), *Therapieziele, Hogrefe, Göttingen* (1998) und erw. In: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.) (1999a): *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings*. Opladen: Leske + Budrich.

- Petzold, H.G., Orth, I. 1985a (Hrsg.). Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a). Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/ Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie*, 1/2, 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993d): Integrative Kunstpsychotherapie und Arbeit mit „kreativen Medien“ an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. In: Petzold, Sieper (1993a) 559-574.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung, *Integrative Therapie*, 4, 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1996b): Das Konflux-Modell und die Arbeit mit kokreativen Prozessen in Teamsupervision und Organisationsberatung, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, *Kunst & Therapie* 1 (1997) 1-47, erw. in Petzold (1998a, 255-303).
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998a): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: *Slembek, E., Geissner, H.* (Hg.), Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, 107-126.
- Petzold H.G., Orth, I., (1998b): Ökopsychosomatik – die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1998.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999a, S. 269-334)
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen – das Prinzip narrativierender Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen. *Integrative Therapie*, 2-3 (dieser Band).
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer. Erw. In: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991): Lebenswelten alter Menschen: Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): Schulen der Kindertherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Reinhold, K. (1983): Humanistische Psychologie, Integrative Therapie und Erwachsenenbildung. In: *Garnitschnik, K.*, Festschrift f. Ingnaz Zangerle. Wien: Herold, 49-67.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447; repr. (1973c).
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993b): Einführung. Integration und Kreation – Der Integrative Ansatz in der Weiterbildung von Angehörigen helfender und psychosozialer Berufe. Festschrift 20 Jahre Bildungsarbeit an FPI und EAG. In: Petzold, Sieper (1993a) 11-14.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G., Schuch, W. (1991): Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie, In: Pritz, A., Petzold, H.G. (Hg.), *Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 371-486.
- Petzold, H.G., Spiegel-Rösing, I. (1985): Psychotherapie mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, In: Toman, W., Egg, R. (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Handbuch*, Kohlhammer, Stuttgart, Bd. 2, 264-284.
- Petzold, H.G., Thomas, G. (1994): *Integrative Suchttherapie und Supervision*, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weiseth, L. (Hg.): *Traumatischer Stress*. Paderborn: Junfermann, 445-579.
- Plaum, E. (1991): Psychodiagnostik in der Tradition der Lewinschule. Dargestellt am Beispiel bestimmter Aspekte der der Leistungsmotivation. *Gestalt Theory* 11, 121-155.
- Politzer, G. (1978): *Kritik der Grundlagen der Psychologie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Prévost, C.M. (1973): *La Psycho-Philosophie de Pierre Janet*. Paris: Payot.
- Rowan, J., Cooper, M. (1999): *The Plural Self*. London: Sage.
- Saup, W. (1993): *Alter und Umwelt: Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schiepek, G. (1999): *Die Grundlagen der Systemtheorie. Theorie-Praxis-Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schreyögg, A. (1991): *Integrative Supervision – ein integratives Modell*. Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A. (1993): Selbsterfahrung in der Ausbildung von Supervisoren – und in Relation zur Therapedidaktik, *Gruppendynamik* 3, 3-17.
- Schreyögg, A. (1995): *Coaching*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Sieper, J. (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 4, 220-221.
- Sieper, J. (1985): *Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, Integrative Therapie* 3-4, 340-359.
- Sombrowski, C. (Hg.) (1994): *Zerbrochene Karrieren: Ostdeutsche Frauen (und Männer) zwischen Anpassung und Widerstand*. Land Sachsen-Anhalt, Leitstelle für Frauenpolitik.
- Sponsel, R. (1997): Einführung in eine allgemeine und integrative psychologische Lehre der Heilwirkfaktoren. *Integrative Therapie* 3, 273-288.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Von Uexküll, T. (1996): *Subjektive Anatomie*. Stuttgart: Thieme.
- Vuß, P. (1998): Externe Sozialberatung und Gesundheitsförderung in Unternehmen. In: Petzold 1998h (S. 85-96).
- Waldenfels, B. (1976): *Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten. Phänomenologische Forschungen II*. Freiburg: Alber.
- Waldenfels, B. (1981): Phänomen und Struktur bei Merleau-Ponty, *Integrative Therapie* 2/3, 120-137.
- Waldenfels, B. (1983): *Phänomenologie in Frankreich*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Walter, H.-J. (1985): *Gestalttherapie und Psychotherapie*, Diss. TH Darmstadt 1977, Darmstadt: Steinkopff 1978, 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wittchen, H.-U., Vossen, A. (1996): Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. In: J. Margraf (Hg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1 (S. 217-233). Berlin: Springer.
- Zaepfel, H., Metzmacher, B. (1998): Kinder- und Jugendlichentherapie in komplexen Lebenswelten. Das Konzept des Sozialen Sinnverstehens. *Integrative Therapie*, 3-4, 314-335.
- Zundel, R. (1987): Hilarion Petzold – Integrative Therapie, In: Zundel, E., Zundel, R., *Leitfiguren der Psychotherapie*. München: Kösel, 191-214.

Transgressionen I – das Prinzip narrativer Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Über- schreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche

Zu unserer Arbeit an einem transversalen Verständnis
und einer konnektivierenden Praxis von
Therapie und Agogik

Hilarion G. Petzold, Amsterdam, Ilse Orth, Düsseldorf,
Johanna Sieper, Bad Neuenahr*

„Wer sich selber sehen will, so wie er ist, muss es verstehen,
sich selber zu überraschen mit der Fackel in der Hand“
F. Nietzsche (Menschliches, Allzumenschliches I, 998)

„Wer sind wir heute? – oder: „Das ist unsere Aktualität!“
H.P., I.O., J.S.

Mit diesem Beitrag „**Transgression I**“ wird ein serieller Text begon-
nen – *Derrida* war hier Vorbild -, der in den kommenden Jahren in der
Zeitschrift „Integrative Therapie“ fortgeschrieben werden soll und
Einblick in unsere Ideenwerkstatt zu geben trachtet.

Die Integrative Therapie hat eine *heraklitisches Orientierung* (Petzold
1991a, 413ff). Sie geht, wie der dunkle Philosoph von Ephesos, von ein-
nem Fluss beständiger Veränderung aus. Das gilt für das individuelle
wie für kollektive Leben und Schicksal, für Prozesse in der Therapie,
wie für solche in Wissenschaft, Forschung, Kultur. Es gilt natürlich
auch für die Entwicklung von Therapieverfahren. Dadurch wird be-
ständig Vielfalt generiert – der kulturellen Formen, des Wissens, der
Praxen. Diese Realitäten gilt es zu konnektivieren, indem sie bestän-
dig transversal durchmessen werden in einem *kompetenten Navigieren
in den Meeren der Weltkomplexität*. Damit betonen wir im Integrativen
Ansatz die Möglichkeiten der gestaltenden Einflussnahme, des Um-
gangs mit *Transversalität*. Wir sind dem heraklitischen Strom nicht
gänzlich ausgeliefert, sondern wir haben die Chance, auf ihm zu steu-
ern. *Transgression* ist damit ein zentrales Thema für die Praxis der

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen,
in der Trägerschaft des „Fritz Perls Instituts“ (FPI), Düsseldorf, und dem „Postgra-
duate Programme for Integrative Therapy and Supervision“, Faculty of Human Mo-
vement Sciences, Free University of Amsterdam

Therapie im Integrativen Ansatz und für die Entwicklung und Weiterentwicklung des Integrativen Verfahrens als Praxeologie und Disziplin, aber auch für ihren Beitrag zu ihren Referenzdisziplinen, der klinischen Psychologie und damit zur Psychologie, der klinischen Philosophie (Petzold 1991a) und damit zur Philosophie. Die Entwicklung der Integrativen Therapie ist als Oszillieren zwischen Einheit und Vielfalt (idem 1989a) und als spiralgige Überschreitung - die heraklitesche Spirale, nach beiden Seiten offen, ist ihr Leitsymbol (Petzold, Sieper 1988b) - zu begreifen. Nietzsche hat diesen herakliteschen Gedanken in besonderer Weise entwickelt. Die Idee der **Transgression** stand im Integrativen Ansatz stets zentral (Petzold, Orth, Sieper 1999) - u.a. durch den Bezug zu Foucault (1963) und Derrida (1983). Diese Idee vertiefend auszuführen, und zwar als eine *systematische Fortschreibung*, die die *Narration* (idem 1991o) unserer Ausgestaltung der Integrativen Therapie und den *Diskurs* unserer Ko-responsenzen verdeutlicht, sinnfällig macht, ist Absicht dieser und folgender Texte zu dem Thema „Überschreitung. **Transgression II** wird bei einem neuen kokreativen „Prägnanzpunkt“ unserer Arbeit und bei einem neuen *Konsens* unserer Ko-respondenzgruppe abgefasst werden. Das Unterfangen steht gleichsam paradigmatisch für Entwicklungsprozesse im Integrativen Ansatz.

Teil I

Hommage an Nietzsche

Diese Einleitung ist als „*hommage an Nietzsche*“ anlässlich des hundertjährigen Todestages zu lesen, nicht etwa als eine „Nietzscheanische Wende“ der **Integrativen Therapie**. Diese hat - anders als die Mehrzahl der psychotherapeutischen „Schulen“ - explizit eine „**klinische Philosophie**“ (Petzold 1991a; Schuch 2000) als ko-respondierenden *Diskurs* (idem 1978c) entwickelt zur Fundierung ihrer „*transversalen*“, viele Wissens- und Erfahrungsbereiche durchquerenden und konnektivierenden klinischen Praxis und Forschung. Der Todestag dieses „*Philosophen der Überschreitung*“ wurde von uns zum Anlass genommen, mit einem seriellen Text zum Thema „*Transgression*“ zu beginnen, der integrativtherapeutische „Basiskonzepte im herakliteschen Fluss“ darlegen, in die Ko-respondenz stellen will. Nietzsche hat bei der Ausarbeitung und Entwicklung des Integrativen Ansatzes - außer als Protagonist des herakliteschen Denkens der „Überschreitung“ und bei der Leibtheorie - keine *unmittelbar* bedeutsame Rolle gespielt, es sei denn, Jugendlektüre hätte „subliminal“ nachgewirkt, was keineswegs auszuschließen ist, denn Nietzsche „fährt ein“. Sicher ist aber eine Einflusslinie über Foucault vorhanden und sicher ist uns Nietzsche für die Fragen der *Lebenskunst*, der *Genealogie*, der *Macht* und der *Freiheit* stets präsent gewesen - und auch, dass die „ewige Wiederkehr“ eine Affirmation der *Abwesenheit eines Finales* ist: „unvermeidlich wiederkehrend, ohne ein Finale ins Nichts“; da ist keine öde Repetition, keine „Götterdämmerung“ (wohl eine „Götzen-Dämmerung“, ein Umwerfen von Idealismen), kein Telos, kein Jüngstes Gericht und kein himmlisches Jerusalem (über die wir nichts *wissen* können, denn das sind Fragen des *Glaubens*), sondern da ist der **heraklitesche Strom**, in dem - hier gehen wir mit Nietzsche einig - einem „woher zumute wird als irgendwo sonst“ (Nietzsche, *Ecce homo* II, 1111; vgl. Nancy 2000). Diesen Strom gilt es vom Ufer

und vom Schiff, von der Brücke und im Flussbett tauchend zu betrachten. – Was wir sicherlich von *Nietzsche* gelernt haben, ist: mit unterschiedlichen *Optiken* zu sehen (der philosophischen, der psychologischen, der künstlerischen, der des Gesunden, des Kranken), aus verschiedenen *Perspektiven* zu schauen (der des Mannes, der Frau, des Kindes, des Franzosen, des Niederländers, des Russen etc.). „Von der Kranken-Optik aus nach *gesünderen* Begriffen und Werten, und wiederum umgekehrt aus der Fülle und Selbstgewissheit des *reichen* Lebens hinuntersehen in die heimliche Arbeit des Décadence-Instinkts – das war meine längste Übung, meine eigentliche Erfahrung, wenn irgendworin wurde ich darin Meister. Ich habe es jetzt in der Hand, ich habe die Hand dafür, *Perspektiven umzustellen*“ (Ecce homo II, 1071).

Die Freudianische Verleugnung der zentralen Vorläuferrolle des „Seelen-Erraters“ (Jenseits von Gut und Böse, II, 742) hatte uns stets gestört. „Freud wusste, dass ihm *Nietzsche* tüchtig vorgearbeitet hatte ... Weil sie wissenschaftliche, sogar naturwissenschaftliche Reputation erlangen wollte, verdrängte die Psychoanalyse ihren nietzscheanisch-ästhetischen Kern. Das bedeutete: Man wollte sich nicht eingestehen, dass bei diesen Theorien über die Seele mehr Erfinden als Finden im Spiel war“ (Safranski 2000a, 336). Im Unterschied zu *Nietzsches* subtilen Analysen „hochdifferenzierten Triebgeschehens an der Grenze zum Unbewussten“ wurden in „der Psychoanalyse indes [...] die Triebtheorien vierschrötig“ (ibid. 337). *Freud* und die Psychoanalyse verleugneten ihre Inspiratoren, z.B. *Janet*, *Schopenhauer*, *Nietzsche*, verdrängte sie gar, „sehr zu ihrem Nachteil“ (ibid.). Aber *Nietzsche* philosophierte auch „mit dem Hammer“, er machte Angst, machte sich missverstehbar, wo er doch so sehr verstanden werden wollte. „Hört mich! Ich bin der und der. Verwechselt mich vor allem nicht!“ (Ecce homo II, 1066). Das gigantische Missverstehen von durchaus Missverstehbarem, etwa die Fehlinterpretation des Theorems des „Übermenschen“ sowie die entsetzlichen Falschdeutungen und der Missbrauch des (z.T. manipulierten), aber auch missbrauchbaren Werkes im Dritten Reich war uns stets Warnung vor den fatalen Wirkungen von *Theorie* als *Macht* (das gilt natürlich für viele andere Werke auch). Wir sind der Meinung, das Feld der Psychotherapie hat insgesamt *Nietzsche*-Lektüre nachzuholen und sich den damit aufgeworfenen bzw. aufzuwerfenden Fragen zu stellen. Sie hätte auch *Nietzsche* intensiver zu nutzen, wobei jede mythisch-mystifizierende Überhöhung zu vermeiden ist und metakritisch auch die Gewalttätigkeit seiner Sprache, seines Denkens und seiner Selbstinszenierung gesehen werden muss (Gerhardt 1996, 2000), jenseits der Pathologisierung. Das differenzierte, wenngleich uns zu individualisierende Werk von Safranski (2000a) hat hier eine therapierelevante Vorlage geschaffen, auf der man aufbauen kann.

Dieser erste Text „**Transgression I**“ wird immer wieder – eben als *hommage* – den Blick auf Konzepte *Nietzsches* werfen, wo sie erhellend sind, Perspektiven geben, die sich „collagieren“ lassen (cf. infr. und Petzold 2000h). Wir wählen aus, werten, nehmen auf und weisen zurück. Das scheint uns – mit Rorty (1989) – eine gute Art, mit *Nietzsche*, dem ✱ Leuchtfeuer seiner Person und dem Spektrum des Lichtes seiner Philosophien – vom düsteren Glosen bis zum blendenden Blitz – umzugehen.

Diogenes von Sinope verließ zuweilen seine Tonne, um am helllichten Tage mit einer Fackel über den Markt Athens zu gehen. Er „suche einen Menschen“, sagte er. Die waren wohl seiner Ansicht nach schwer zu finden, und – abhängig davon, was man nun als einen Menschen, einen „wirklichen Menschen“ bezeichnet – ist es wohl auch heute nicht so einfach mit dieser Suche, besonders wenn man sich selbst in diese Suche mit einbezieht. Und das hatte *Diogenes* wohl im Sinne. *Selbstsuche*, *Selbsterkenntnis*, *Selbstgestaltung*, *Selbstüberschreitung* – das sind die großen Themen der Menschen. Es sind auch unsere Themen, und wir wissen, dass dies kein einsamer Weg sein kann und sein sollte, auch wenn das der „einsamste aller Menschen“,

der sich auch – verzweifelt – als den „furchtbarsten Menschen“ bezeichnete – zuweilen meinte. Nietzsche war der „Mensch der *Überschreitung*“ κατ' ἐξοχήν, dessen Name in einem Text, in dem es um *transgressions* (franz.) geht, genannt werden muss, auch wenn er von vielen immer noch der Übertretungen (*transgressions*, engl.) geziehen wird. *Überschreitung* bedeutet die Ausdehnung eines Territoriums, das Voranschieben einer Grenze bis zu dem Moment, wo der Überschritt erfolgen muss oder der Schritt zurück notwendig wird, ein Rückfall vielleicht. „Die *Überschreitung* ist eine Geste, die es mit der Grenze zu tun hat! An dieser schmalen Linie leuchtet der Blitz ihres Übergangs auf, aber auch ihre ganze Flugbahn und ihr Ursprung. Vielleicht ist der Punkt ihres Übertritts ihr gesamter Raum“ – so Foucault (1963) in seiner „Vorrede zur *Überschreitung*“, die in seinem Lebenslauf einen Punkt markierte, in der die Grenze „geöffnet“ wurde und Werke wie „Der Wille zum Wissen“ oder „Sexualität und Wahrheit“ am Horizont erscheinen. *Überschreitung* braucht Horizonte, sonst muss sie sich solche schaffen! Sie hat Rückwirkungen, Auswirkungen, nicht zuletzt für das, was überschritten wurde, was man „hinter sich gelassen hat“, aber – solange das Gedächtnis lebt – „nicht los wird“. Indes, es gibt natürlich auch den Tod, den Tod des Gedächtnisses und den Wahnsinn. *Überschreitungen* (*transgressions* – wir schreiben den Term mit Referenz zu Foucault immer *kursiv*) können „ungeheuerlich“ sein, nicht geringer als Übertretungen, Frevel (*transgressions*), aber sie tragen „nach oben“. „Es gibt Augenblicke, wo wir dies begreifen: Dann zerreißen die Wolken, und wir sehen, wie wir samt aller Natur uns zum Menschen hindrängen, als zu einem Etwas, das hoch über uns steht. Schauernd blicken wir, in jener plötzlichen Helle, um uns und rückwärts ... [... sc.]. Aber wir fühlen zugleich, wie wir zu schwach sind, jene Augenblicke der tiefsten Einkehr lange zu ertragen ...“ (Nietzsche, *Unzeitgemäße Betrachtungen* I, 323). Der hundertste Todestag des „Philosophen der *Überschreitungen*“ in diesem Jahr muss gerade für PsychotherapeutInnen, die sich nach den Ursprüngen ihrer *Profession* und denen ihrer eigenen *Vocation* fragen, ein Impetus sein, ihn wieder zu lesen, und wieder ... – wir haben das seit Jugendtagen getan. Bei Nietzsche nämlich sprudelt einer der stärksten und lebendigsten Quellströme der Psychologie und der Psychotherapie, aber es gibt Stromschnellen, Sturzklippen, wo die Wassermassen in die Tiefe reißen können, Gefahren, die man kennen sollte, um sie gesichert zu meistern oder um riskante Passagen zu umgehen.

Das Thema Nietzsche wäre ein Kernthema für die Psychotherapie, aber es wurde vermieden – von Freud zumal. Seinem Freund Arnold Zweig teilt er, um eine Stellungnahme gebeten zu dessen Projekt eines Nietzsche-Romans, mit: „Schreiben Sie es einmal, wenn ich nicht mehr da bin ...“ (Freud, Zweig 1969, 37).

Nietzsche sperrt sich der Deutung. Man muss sich ihm aussetzen. Die Psychoanalyse der Standardtechnik, gefällige Psychotherapie für „Stadtneurotiker“, humanistisch-sanfte oder „manualisierte“ Therapie geht erst gar nicht an solche reißenden Wasser. Vielleicht scheut sie die „entsetzliche Anklage“ *Nietzsches* oder das „unsägliche Verhängnis“, das an seinem Namen haftet (Briefentwurf an seine Schwester *Elisabeth Förster* vom November 1888, Briefe 8, 474). Aber *Schneider* (2000) hat Recht: „Das Verhängnis, das an *Nietzsches* Namen hängt, ist unser Verhängnis.“ Denn er legte erschreckliche Dimensionen der Menschennatur – seiner Natur, unserer Natur – offen, denen man sich stellen muss, man kann sie auf Dauer nicht umgehen. Psychotherapieschulen, PsychotherapeutInnen, die *Nietzsche* vermeiden, verfehlen damit einen Kernbereich psychotherapeutischer Arbeit: das Verstehen von Menschen in *Extremen*, die Möglichkeiten und Gefahren des „*Wollens zum Selbst*“, die psychotherapeutischen Spielarten des „*Willens zur Macht*“, das Erfassen der Qualitäten von *Überschreitung*.

„Die Überschreitung treibt die Grenze bis an ihre äußerste Grenze; sie lässt sie über ihrem drohenden Verschwinden erwachen, sie lässt sie in dem zu sich kommen, was sie ausschließt, und sich darin zum ersten Mal erkennen, sie lässt ihre positive Wahrheit in ihrem Verlust spüren. Doch wohin bricht die Überschreitung in ihrer Gewaltbarkeit auf, wenn nicht zur Grenze hin, die sie fesselt, zu dem, was dort eingeschlossen ist? Wo bricht sie ein und welcher Leere verdankt sie die freie Fülle ihres Seins, wenn nicht gerade dem, was sie gewaltsam durchbricht, um es dann wieder zu verschließen“ (*Foucault* 1963/1978, 37).

Dieser für ein vertieftes Verständnis von Psychotherapie zentrale Text, von *Foucault* zum Tode des durchaus *Nietzscheanischen Georges Bataille* geschrieben, steht im Zeichen *Nietzsches*, und er stellt die „Möglichkeit des wahnsinnigen Philosophen“ (ibid. 45) in Rechnung, der sich „in den Möglichkeiten der Sprache selbst“ überschreitet, in einer „Opferung“, in der sich die „Subjektivität in alle Winde zerstreut“ (ibid.). Für die *Narrationen* unserer schwerkranken PatientInnen gilt ähnliches, denn in ihren individuellen Leidensgeschichten, Erzählungen furchtbarster Grausamkeiten, in ihrem Schreien und Wimmern klingt ein *kollektives Klagen* auf (*Petzold* 1985g), das *aller Gequälten*, in dem die Subjektivität schwimmt und zugleich grell aufleuchtet, und dann gilt es da zu sein, damit diese Opfer von *man made desaster* nicht verloren gehen (idem 1999i; idem, *Wolf et al.* 2000). Dies sind *Räume* des *Extremen*, mit Grenzen, zum Äußersten vorangetrieben, Grenzpositionen an dunklen Abgründen. Nur wenige hatten den Mut, sie zu explorieren: Denker wie *Nietzsche*, *Bataille*, *Foucault* (*Miller* 1995; *Petzold*, *Orth*, *Sieper* 1999), Künstler wie *F. Goya*, *A. Kubin*, *F. Kafka*, *H.P. Lovecraft*, *S. Lem* ... in anderer Weise Psychotherapeuten wie *S. Freud*, *S. Ferenczi*, *O. Rank*, *W. Reich*. Sie alle haben Opfer gebracht – zum Teil andere als die unserer PatientInnen, die oft genug in

extreme Situationen gestürzt worden sind (aber auch *Reich*, *Rank*, *Ferenczi* wurden verstoßen, niedergestoßen, von ihren eigenen Psychoanalyse-Kollegen, vgl. *Nagler* 1998; *Petzold* 1998e). Sie haben Extreme freiwillig aufgesucht: aus Forscherdrang, Erkenntnissuche, Auseinandersetzung mit eigener Pathologie oder dem Agieren einer solchen. *Nietzsche* ist – Opfer seiner Explorationen – letztlich in den Strudeln der Extreme untergegangen. Sein verbrennendes Streben nach Selbstüberhöhung, als Fackel, die den Menschen leuchten soll, führt am 3. Januar 1889 in Turin zum Zusammenbruch, als er geschundener Kreatur, einem von einem Droschkenkutscher brutal geschlagenen Pferd beispringen will. „Weinend wirft *Nietzsche* sich dem Tier an den Hals, es zu schützen. Vom Mitleid überwältigt bricht er zusammen“ (*Safranski* 2000a, 330). „*Nietzsches* einzigartiges Leben zeigt, dass es nicht leicht ist, der Menschheit ein Geschenk zu machen, sich selbst der Welt zum Opfer zu bringen. Sie will es nicht glauben, dass es solche Opfer, solchen Willen zum Opfer gibt“ (*Schneider* 2000). Aber hier ist keine „Nachfolge“ gefragt, sondern ein *Betrachten* angesagt, das den Geist der Zeit sieht, die in ihm wirkenden Diskurse, „*Menschliches*, *Allzumenschliches*“, *bien sur*, und das, was *jenseits* von diesem ist, dieses alles überschreitet. Davon gilt es zu lernen, allerdings eingedenk der Mahnung: „*Ich bin ein Geländer am Strom – fasse mich, wer mich fassen kann! Eure Krücke bin ich nicht*“ (*Nietzsche*, Also sprach Zarathustra II, 305). Keine „*imitatio*“ also. In den Strom der Erfahrung muss man sich schon selbst begeben, und nicht nur ins seichte Wasser, für die eigenen *Transgressionen*, und die, die wir auf kollektiver Ebene brauchen werden: „*die Erfahrung der Überschreitung*. *Vielleicht wird eines Tages offenkundig werden, dass sie für unsere Kultur ebenso entscheidend ist, wie vor nicht allzu langer Zeit für das dialektische Denken die Erfahrung des Widerspruchs*. *Noch sind die Zeichen verstreut; doch die Sprache, in der die Überschreitung ihren Raum und ihre Erhellung finden wird, steht vor ihrer Geburt*“ (*Foucault* 1963/1978, 36). Nun, das ist bald vierzig Jahre her. *Nietzsche* hatte ähnliche Zeichen gesehen. Vielleicht bleibt es ja auch bei *Zeichen*, die immer wieder auftauchen, auftauchen müssen, weil in ihnen sich die Fragen nach dem Menschsein, unserem Menschsein zeigen, und Antworten, Fragen die immer wieder gestellt werden müssen, und Antworten, die immer wieder erfolgen müssen, eben weil *allerletzte* Antworten falsch sind. Wir haben uns als Psychotherapeuten einigen der letzten Zeugnisse *Nietzsches* zugewandt – *Safranski* (2000a) hält sich für diese Periode bedeckt, verstehbar. Dafür liefert er ein spannendes Adoleszenzkapitel über den jugendlichen Sonderling, der neun autobiographische Skizzen zwischen 15 und 25 schreibt, die er beständig korrigiert: the making of a biography! (andere Jugendliche machen das im Kopf, in ihren Tagebüchern, vielleicht weniger exzessiv, aber das alles ist kein Grund zu Pathologisierung). *Autobiographie* und *Biographie* im Kontext des *li-*

fespan developmental approach (Petzold, Orth 1993a), einer klinischen „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ (Baltes 1980, Oerter et al. 1999; Petzold 1992e, 1999b) zu betrachten, wäre reizvoll: Die Geschichte eines lebenslangen *Selbstexperiments* wird deutlich, trotz Nietzsches Angst vor der zersetzenden Wirkung seiner Selbstbeobachtung – schon Kant hatte in seiner „Anthropologie“ vor zu intensiver Selbstbeobachtung gewarnt, und biographisch orientierte Psychotherapie und Selbsterfahrung sind ja keineswegs ungefährlich (vgl. Märten, Petzold 2000).

„Also: ob die psychologische Beobachtung mehr Nutzen oder mehr Nachteil über die Menschen bringe, das bleibe immerhin unentschieden; aber fest steht, dass sie notwendig ist, weil die Wissenschaft ihrer nicht entraten kann. Wissenschaft aber kennt keine Rücksichten auf letzte Zwecke [...]. Wem es aber bei dem Anhauche einer solchen Betrachtungsart gar winterlich zumute wird, der hat vielleicht nur zu wenig Feuer in sich“ (Nietzsche, MA I, 478f).

Nietzsche betreibt (wie auch Augustinus in den *Confessiones*) eine glühende *Selbstanalyse*. Freud ist hier keineswegs der Pionier dieser Praxis, zu dem ihn die Hagiographie macht. Systematische „Erinnerungsarbeit“ zur *Epanorthasis*, „zur Aufrichtung der Seele“, wurde seit den Pythagoräern praktiziert (Petzold, Sieper 1990b, 520f), und Nietzsche dürfte dies bekannt gewesen sein. Aber anders als Freud, der Beobachter seiner Selbst im intimen „analytischen“ Austausch mit *Fließ*, begibt sich Nietzsche in ein Selbstexperiment „ohne Netz“. Zwar hat er *Overbeck*, den treuesten seiner Freunde (vgl. den beeindruckenden Nietzsche/Franz und *Ida Overbeck*–Briefwechsel, 2000), aber keinen „Leib- und Seelenfreund“. Den wenigstens hatte *Foucault* in *Daniel Defert* (vgl. *Eribon* 1993), als er mit gleichem Risiko eine derartige nietzscheanische Selbstexperimentation – nunmehr bis in die konkrete eigene *Leiblichkeit* hinein – wiederholte (Petzold, Sieper, Orth 1999; Miller 1995). Nietzsche gelangen seine *Navigationen im Feuerstrom* seiner Seele zunehmend weniger. Sein *Lebensschiff* geriet in immer neue Stürme, ja er segelte bewusst – in einem „guten Willen zum Schmerze“ (Morgenröte I, 1204) – in Gefahrenzonen, bis er sich im Ozean der Umnachtung verloren ging. Seine *Steuermannskunst* (τεχνη), in der antiken Seelenführung als „Technik der Techniken“ (τεχνη τεχνῶν) so zentral, versagte in den überbordenden Brechern von Kairosmomenten, die Nietzsche produzierte. „Der Handelnde ist in der Tat jeweils auf sich gestellt und muss sich nach den Erfordernissen des Kairos richten, wie in seiner Kunst der Arzt oder der Steuermann“ (so *Aristoteles*, *Nikomachische Ethik*, 1104a, 6–9). Nietzsche trieb es beständig an die Grenzen, hin zu *Überschreitungen*. „Die menschliche Seele und ihre Grenzen, der bisher überhaupt erreichte Umfang menschlicher innerer Erfahrungen, die Höhen, Tiefen und Fernen dieser Erfahrungen, die ganze *bisherige* Geschichte der Seele und ihre noch unausgetrunkenen Möglichkeiten: das ist für einen geborenen

Psychologen und Freund der ‚großen Jagd‘ der vorbestimmte Jagdreich“ (Jenseits von Gut und Böse II, 609). Und er stellte dabei die eigene Erkrankung in Rechnung, denn für den Fall, dass der Psychologe „selber krank wird, bringt er seine ganze wissenschaftliche Neugier mit in seine Krankheit“ (Die fröhliche Wissenschaft II, 10). Die von Nietzsche für sich entwickelte „therapeutische“ Technik des *Pathos*, der „Selbstentzündung“ und der distanznehmenden „Abkühlung“ (Gerhardt 1988) durch Selbstreflexion oder Ironie, der Kriseninduktion und des „cool down“ – dies ist auch der Weg der dramatisierenden Perlsschen Gestalttherapie (Petzold 1973a), der Philosoph kann in diesem Sinne als ihr praxeologischer Ahnherr gesehen werden – genügte offenbar nicht, das Apollinische und Dionysische zu versöhnen. Und darum geht es in therapeutischer Arbeit, in der Arbeit an sich selbst! Das ist die Doktrin des Zarathustra.

„Alle Ekstase, alle Beseeligung, die ganzen Himmelfahrten des Gefühls, dieser Hunger nach Intensität, der vormals ins Jenseits ausgriff, sollen sich nun ans unmittelbare, ans diesseitige Leben halten. Nietzsche will die Kräfte des Transzendierens für die Immanenz bewahren. Überschreiten und doch ‚der Erde treu bleiben‘ – das ist es, was Nietzsche dem Menschen der Zukunft aufträgt. Der ‚Übermensch‘ [...] ist frei von Religion: Er hat sie nicht verloren, er hat sie in sich zurückgenommen. Der gewöhnliche Nihilist hingegen, der ‚letzte Mensch‘, hat sie nur verloren und das profanierte Leben zurückbehalten. Nietzsches großes Werk kreist um eine einzige Frage: Wie können wir verhindern, dass wir nach dem Absterben der Religion zu Bestien der Banalität werden“ (Safranski 2000b).

Ein höchst aktuelles Thema, in der Tat, und ein äußerst relevantes für die Psychotherapie! Besonders, da sie den „entgleisten Prozess“ betrachten muss, so sie es denn kann; denn mit und gegen Nietzsche kann das bei einer *individualisierenden* Betrachtung in der Manier psychoanalytischer Biographik nicht gelingen. „Es leben sehr wahrscheinlich die letzten drei Jahrhunderte in allen Kulturfärbungen [...] auch in *unserer Nähe* noch fort: sie wollen nur *entdeckt* werden [...]. So wird Selbst-Erkenntnis zur All-Erkenntnis“ (MA I 823f). In Nietzsche – die nächste *Nähe* ist sein Inneres – artikulieren sich Verwirbelungen der Diskurse im Abendland (Berlin 1998), denn sein Denken, Fühlen und Wollen erfolgt „aus einer Zeit“ heraus und aus ihrer *Geschichte*, die seinen Leib durchtränkt hat (etwa in der leiblichen Sozialisation seiner Familie, der Sexualmoral seiner Zeit etc., er hat dies in seiner Leibtheorie so gesehen, Schipperges 1975). Diese Geschichte wollte er ergründen, um aus ihr Zukunft zu gewinnen:

„Und damit vorwärts auf der Bahn der Weisheit, guten Schrittes, guten Vertrauens! Wie du auch bist, so diene dir selber als Quell der Erfahrung! Wirf das Missvergnügen über dein Wesen ab, verzeihe dir dein eigenes Ich, denn in jedem Falle hast du eine Leiter mit hundert Sprossen, auf welchen du zur Erkenntnis steigen kannst [...]. Missachte es nicht, noch religiös gewesen zu sein; ergründe es völlig, wie du noch einen echten Zugang zur Kunst gehabt hast. Kannst du nicht gerade mit Hilfe dieser Erfahrungen ungeheuren Wegstrecken der Menschheit verständnisvoller nachgehen? [...] Wenn dein Blick stark geworden ist, den Grund in dem dunklen Brunnen deines Wesens und

deiner Erkenntnisse zu sehen, so werden dir vielleicht auch in seinem Spiegel die Sternbilder zukünftiger Kulturen sichtbar werden“ (MA I, 623f).

Aus diesem **Diskurs** (sensu *Foucault*) sprechen viele Stimmen – *Nietzsche* wusste darum, um die beständig neu wachsenden „Polypenarme unseres Wesens“ (vgl. *Morgenröte* I, 1093 ff, 1090f), und im Delir seines Zusammenbruchs zeichnet er seine Briefe als Caesar, Dionysos, Der Gekreuzigte. (Hier hat nicht nur der „Wahnsinn Methode“, sondern es zeigt sich eine bedrückende Psychodynamik als Reaktionsbildung auf öffentliche Stigmatisierung und Verfolgung, der man noch näher nachgehen muss: die „Notidentifikation“ mit dem „Gekreuzigten“, die man in ähnlicher Weise bei dem verfolgten, von seinen Psychoanalytikerkollegen verstoßenen, ja gebrandmarkten *Wilhelm Reich* in seinen späten Büchern „The murder of Christ“ und „Listen little man“ findet).

Nietzsche ist der Herold mächtiger „représentations sociales“, d.h. von zumeist uns unbewussten *kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen*, so unsere Erweiterung (*Petzold* 1988a) dieses Konzeptes von *Serge Moscovici* (1984). Er ist Ausrufer von Dingen, die in Anderen noch schliefen, und sein Weckruf hallt noch immer – leiser geworden – durch die Zeit, nach dem er schlimmes Echo gefunden hat. Es ist zumindest hier zu hoffen, dass die Ohren für das Monströse in seinen Botschaften feinhörig – nicht taub – geworden sind. In seiner Wirkungsgeschichte, gerade auch der des Missbrauchs von Missbrauchbarem, artikulieren sich untergründige Strömungen europäischer Kultur. An *Gehrhards* (2000) Mahnung ist zu denken: „Wer immer ihn durch historische Einbindung oder systematische Auslegung domestizieren will, entschärft das ‚Dynamit‘, das er sein wollte.“ – „Ich bin kein Mensch, ich bin Dynamit“ (*Nietzsche* II, 1152). Wohl wahr, aber das „Dynamit“ hat Ingredienzien! –

Wirbelstürme entstehen über Wasserströmen, die in Ozeanen aufeinandertreffen. Die Diskurse der Aufklärung und ihre revolutionären politischen Korrelate treffen auf die Ströme der christlich-ekklesialen Tradition und ihre absolutistischen, feudalherrschaftlichen Korrelate. Das ist ein solcher Zusammenprall mit vielschichtigen konfligierenden Unterströmungen. *Kultur ist multifulvial, vielströmig*, und die Veränderungen im kulturellen Klima sind selten abrupt, auch wenn dies betroffenen Menschen – etwa in die Wirren einer Revolution Verstrickten – so erscheinen mag. Das Zusammenbrechen des *hegemonialen* (!) theistischen Weltbildes und seiner monarchialen politischen Ordnungen, das der Diskurs *Nietzsches*, damals noch als Abnormität erlebt, verkündete, oder besser: ausrief, war schon lange vor seinem Ruf zugange (durch *Kopernikus, Galilei, Montaigne, Hobbes, Rousseau, Darwin*, um einige Auslöser tektonischer Beben zu benennen). Die Erschütterungen haben zu einem mächtigen Aufbäumen

eben dieses als zusammenbrechend angesagten Diskurses geführt, nämlich im Aufkommen der totalitären rechten-braunen und linken-roten „säkularen Gottesstaaten“ in Europa, „unserem“ Europa, des vergangenen Jahrhunderts, „unseres“ Jahrhunderts. Wir, H.P., I.O., J.S., haben in ihm die meiste Zeit verbracht und lassen es nicht schnell „hinter uns“. Es ist, *Nietzsche* lehrt dies, ganz in *unserer Nähe*, „unter unserer Haut“, Kriegskinderhaut, die man durch „Häutungen“ [*Morgenröte* I, 1279] nicht so leicht los wird. Die *strukturelle Fortschreibung* des theokratischen und durchaus blutigen Zaren bei „Väterchen“ *Stalin*, des Kaisertums und Reiches „deutscher Nation“ in pervertierter Radikalisierung durch „Führer, Volk und Vaterland“ bei *Hitler* (über den Sachsenmord transportierten die deutschen Geschichtsbücher keine Scham, über den blutigen Kreuzzug des „Kaiser Rotbart lobesam“ schon gar nicht, die Kyffhäuserlegende wurde gepflegt, nicht erst im „Dritten“ Reich) – diese *strukturelle Fortschreibung* ist bislang noch nicht mit genügender Klarheit gesehen, überdacht und mit Konsequenzen für die kulturelle Praxis, „unsere“ kulturelle Praxis „*hierzulande* in Europa“ realisiert worden. Ein derartige strukturelle Sichtweise ist vielen unvertraut und sie ist auch nur *eine* in einer „mehrperspektivischen Betrachtung“. Sie will wohl auch heute nicht gesehen werden, weil die Annahme einer solchen strukturellen Homologie oder Similarität zwischen dem „Dritten Reich“ und seinen Vorgängerreichen im „präeuropäischen Europa“ störend, verstörend wirkt. Für die nationalsozialistischen Protagonisten und die ihnen folgenden Massen hatte dieses Konzept des „Reiches“ aber eine magische Faszination und Überzeugungskraft, auch wenn es heute die nationale Identifikation belastet, das Nationalgefühl verletzt – und das ist eben (noch) nicht „europäisch“. Man kann nämlich noch nicht sagen: „In *unserer* europäischen Geschichte haben wir dieses und jenes Gute als ein gemeinsames und Schlimme als ein gemeinsames...“. Man kann noch nicht sagen, wie *Nietzsche* es konnte, dass Nationen „nur festgewordene ältere *Kulturstufen*, auf die man sich *stellen* kann,“ sind (MA, I, 823f), und die man verstehen, durchdringen will, um das „Kleid Europas“ in einer freien und weitblickenden Geisteshaltung anziehen zu können (ibid.). Wir sind von einem solchen *transkulturellen Miteinander*, das des Eigenen gewiss ist und es deshalb mit den Anderen und zu den Anderen hin überschreiten kann (*Petzold* 2000f) noch entfernt. Schon deshalb kann man sagen: dieser Zusammenbruch des präeuropäischen Europas (eben auch der säkularisierten Formen bis hin in die nationale Territorialstaatlichkeit, die derzeit von der sich globalisierenden Wirtschaft aufgebrochen wird) ist noch nicht abgeschlossen. Zweitausendjahregewölbe stürzen nicht mit einem großen Krachen ein, wie der Erste Weltkrieg gezeigt hat. Die Prozesse laufen, derzeit abgeflacht, weiter. – Global sind sie ohnehin nicht abgeschlossen (man denke an die Strukturen

des gegenwärtigen fundamentalistischen Islam – es gibt allerdings auch einen anderen – oder die Qualitäten des amerikanischen „Bible belt“ mit seinen basalrepublikanischen Korrelaten, und es gibt natürlich auch ein anderes Amerika). Innereuropäisch denke man an die Eiszeit der osteuropäischen *Hermetik*, durch den von *beiden Seiten* geschmiedeten und gehärteten „Eisernen Vorhang“, bei der wir überhaupt noch nicht wissen, was bei den Auftauprozessen aus der kulturellen Vereisung (auch die der Menschen) heraufkommt.

Das Phänomen *Nietzsche* könnte als *einer der Wirbelstürme* in einer Art „El niño-Phänomen“ der abendländischen Geistes- und Handlungsgeschichte gesehen werden. Eine solche Sicht domestiziert *Nietzsche* nicht, bleibt spezifisch – *der Hurrikan trägt seinen Namen: „Ruhm und Ewigkeit ... jenseits der sieben Himmel gedichtet ... man stirbt daran, wenn man's unvorbereitet liest“* (Brief an Köselitz, 30. Dez. 1888, Briefe 8, 566. 46), und doch individualisieren wir das „Problem *Nietzsche*“ nicht. Seine *genealogische Methode*, Vorläuferin des Archäologie-Ansatzes bzw. der Diskursanalyse bei *Foucault*, verböte ohnehin ein solches Vorgehen. Das alles wäre *kontextualisiert* zu untersuchen, die „Folgen“, besonders bei *Heidegger*, dann bei den Franzosen, zunächst bei *Bergson*, dann bei *Deleuze* und *Foucault*, anders bei *Heinrich Mann*, anders wieder bei *Thomas Mann* oder *Horkheimer* und *Adorno*, und viel, unendlich viel schwieriger, weil komplexer, auf kollektiven Ebenen: die nietzscheanisch-pathetischen Reichs- und Götterdämmerungsinszenierungen mit globalkatastrophischen Folgen. Diese Geschehnisse nicht als personalisierende Zurechnungen (*Hitler* und seine Paladine, *Nietzsche*, sein Hausphilosoph o.ä.), sondern als „kulturelle Hurricanes“ mit den zugrundeliegenden Strömungen *tentativ zu untersuchen* und zu erklären zu beginnen, das wäre eine angemessene Strategie des Verstehens unserer Kultur, eine Strategie auch der „Entmythologisierung“ jeder mythischen Verklärung von *Nietzsche*. Die Nietzschephilie französischer (und italienischer) Intellektueller wäre in diesem Zusammenhang auch gleich in den Blick zu nehmen.

(Aufschlussreich ist hier *Nietzsches* höchst frankophiler Brief an *Jean Bourdeau* (17. Dez. 1888, Briefe 8, 532ff): „So wie ich bin, der unabhängigste und vielleicht der stärkste Geist, der heute lebt, verurteilt zu einer großen Aufgabe [suche Hörer, sc.]. Und ich bekenne es gern: ich suche sie vor allem in Frankreich. Es ist mir nichts fremd, was sich in der geistigen Welt Frankreichs begiebt: man sagt mir, ich schreibe im Grunde französisch.“).

Eine solche umfassende Sicht trüge zu *Nietzsches* adäquateren historischen, oder besser: zeit-, geistes- und ideengeschichtlichen Verortung bei, einer europageschichtlichen zumal (vgl. das unbefriedigt lassende Buch von *Krell, Bates* 2000). Dem „Phänomen *Nietzsche*“ als einem persönlichen *und* kulturellen wird man nur so gerecht und vielleicht auch nur in dem von ihm vorgezeigten Weg: sich affizieren

zu lassen, um sich wieder zu distanzieren. Der Abstand der Zeit, der historische, macht das möglich, die *interkulturelle Lektüre* überdies (vgl. *Mishima* 2000 in der „Zeit-Enquête“ zu *Nietzsche*, vom 24. August 2000). Hier ist noch viel Arbeit zu leisten, auch für PsychotherapeutInnen, die sich ihrer Quellen vergewissern wollen, in ihrem *Untergrund* graben wollen, wie *Nietzsche* das empfiehlt (*Morgenröte* I, 1011), wenn sie sich nicht – wie derzeit zu befürchten – in einem verflachten Verständnis konformistischer Psychotherapie verlieren wollen. *Nietzsche* bleibt eine Herausforderung in seiner ganzen Maßlosigkeit, Enormität, denn die *Menschennatur ist enorm* – sie hat sich *nicht* geändert seit seinem Tod, am 25. August vor hundert Jahren.

Dem späten *Nietzsche* gelingen *Überschreitungen* „nach oben“, die er anstrebt, ersehnt, immer weniger, *Transgressionen* zu „*einem Berg Rücken des Lebens*“, der „*seine Spitze [hat, sc.] in der Weisheit, in jenem milden Sonnenglanz einer beständigen geistigen Freudigkeit*“ (MA I, 624). Der Absturz über die Klippe in die Umnachtung lässt sich nicht durch die immer gigantischer werdenden Aufblähungen der Gedanken und Ansprüche der letzten Jahre – eine tragische Notstrategie in der Inflation – verhindern. Seine Vision eines Todes ohne Zürnen: „*Dem Lichte zu – deine letzte Bewegung; ein Jauchzen der Erkenntnis – dein letzter Laut*“ (ibid.), ist sie gescheitert? ... Aber was wissen wir von seinem Sterben wirklich? Ein nicht unerheblicher Teil seiner (Selbst)zerstörung ist Anfeindungen, Hass und Verfolgung durch seine Umwelt zuzurechnen. Materielle Entbehrungen und das Erleben, dass sein „*Zweikammersystem*“ nicht funktioniere, seine einstmalige Weltsicht von Selbststeigerung und einer gerechten, vernunftgeleiteten Politik nicht trägt, taten ein Übriges (es bleibt ihm nur am Rande des Delir die Phantasie, Bismarck und die Hohenzollern zu beseitigen).

Nietzsche hatte keinen Begleiter auf dem „hot seat“, auf den er sich selbst begab, wieder und wieder. Die *Überschreitungen* in eine gelingende „*Lebenskunst*“ – er revitalisiert diesen antiken Diskurs (*Schmid* 1998), radikalisiert ihn, weil er die Moderne *radikal* erlebt und sie radikalisiert *antizipiert* –, werden für ihn eine existenzielle Frage, weil ihm klar ist: Hier steht nicht nur *sein Problem* zur Rede, *sein Schicksal* auf dem Spiel, sondern das *Problem des Menschen*, und das *Schicksal der Menschheit*, das *prekär* geworden ist und zunehmend werden wird. Und das war, blickt man auf die „*radikalisierte Moderne*“ (*Giddens* 1991), deren „*Prekarität überall ist*“ (*Bourdieu* 1998, 96ff.), nicht zu weit gegriffen. In einem solchen Projekt der Selbstexploration und Selbstgestaltung sind *Transgressionen* lebens-not-wendig, damit das Subjekt in der „*ewigen Wiederkehr*“ sich nicht in der Öde des leeren Raumes verliert oder nicht – *Ikaros* gleich – in die verbrennende Sonne treibt, und das sind zwei Formen des Wahnsinns, selbst wenn sie zylothym alternieren. „*Es mag ja sein, dass die Welt insgesamt sinnlos*

ist, aber Sinnggebung des eigenen Lebens ist sehr wohl möglich, auch wenn man dabei nur eine winzige Sinninsel schafft in einem ungeheuren Ozean des Sinnlosen“ (Safranski 2000b). Nietzsches Projekt aber greift noch weiter: er will diese Arbeit *paradigmatisch* tun, denn er kennt seine Natur, erkennt sie als *Menschennatur*, auch dort, „wo das Reich der Worte aufhöre“ und „*extreme Zustände*“ beginnen (*Morgenröte*, I, 1090), denn: „Wir sind alle nicht das, als was wir nach den Zuständen erscheinen, für die wir allein Bewusstsein und Worte“ haben“ (ibid.). Menschen werden insgesamt von „*extremen Zuständen*“ ergriffen. „Wir sind keine denkenden Frösche, keine Objektivier- und Registrier-Apparate mit kaltgestellten Eingeweiden – wir müssen beständig unsere Gedanken aus unserem Schmerz gebären und mütterlich ihnen alles mitgeben, was wir von Blut, Herz, Feuer, Lust, Leidenschaft, Qual, Gewissen, Schicksal, Verhängnis in uns haben“ (Fröhliche Wissenschaft II, 12). Deshalb will er Zeichen setzen, „Zeichen für Zeichen mit der Sicherheit eines Schicksals in ehernen Tafeln grabend“ (*Nietzsche* II, 1145). Er will sich selbst als Zeichen setzen, Zeichen werden, *Zeichen sein*. „**Ecce homo**. Wie man wird, was man ist [...] als ob das Schicksal der Menschheit in meiner Hand liegt“ (Brief an *Paul Deussen* vom 11. Dez. 1888, Briefe 8, 520. 40). Das ist nicht nur als Ankündigung des Zusammenbruchs zu lesen, sondern man könnte es auch so entziffern: Da hat jemand mit dem „*kategorischen Imperativ*“ (*Kant*) Ernst gemacht. In einer ungeheuren Anstrengung, sich als Gebäude, Bauwerk, *Wahrzeichen* für die Menschheit aufzubauen, *alleine ...*, daran zerbricht ein Mensch – das Zeichen bleibt.

„Vorhin ging ich an der mole Antonelliana vorbei, dem genialsten Bauwerk, das vielleicht gebaut worden, – merkwürdig, es hat noch keinen Namen – aus einem absoluten Höhentrieb heraus, – erinnert mich an gar nichts außer an meinen Zarathustra. Ich habe es *Ecce homo* getauft und im Geiste einen *ungeheuren freien Raum* herumgestellt“ (Brief an *Heinrich Köselitz* vom 30. Dez. 1888, Briefe 8, 565. 9ff., unsere Hervorhebung). Dieses Bauwerk ist er selbst. Was ist da Wahnsinn? (auch weiter unten im Brief, wo er „in einem heroisch-arithophanischen Übermuth eine Proklamation an die europäischen Höfe zu einer *Vernichtung* des Hauses Hohenzollern, dieser scharlachnen Idioten und Verbrecher-Rasse“ [Z. 23ff] verfasste, ... das hat was!). Aber der nächste Tag schon bringt den „berühmten Rubikon“ (Brief vom 31. 12. an *Köselitz*, ibid. 567). Die Überschreitungen in die Katastrophe sind nicht mehr aufzuhalten, und es führt kein Weg zurück, auch wenn sich in *Nietzsches* letztem erhaltenen Brief (an *Jakob Burckhard* vom 6. Januar 1889) ein solcher Wunsch andeutet. „Lieber Herr Professor, zuletzt wäre ich sehr viel lieber Baseler Professor als Gott; aber ich habe es nicht gewagt, meinen Privat-Egoismus so weit zu treiben, um seinetwegen die Schaffung der Welt zu unterlassen. Sie sehen, man *muss Opfer bringen, wie und wo man lebt*“ (ibid. 577f, un-

sere Hervorhebung). Und noch etwas steht in dem Brief: „aber Antonelli war ich selbst [...] dieses Bauwerk sollten Sie sehen“ (ibid. 579. 40), und: „Bismarck und alle Antisemiten abgeschafft“ (Z. 65).

Es gibt Menschen, die sich bewusst zu einem Zeichen machen – *Heraklit, Diogenes, Nietzsche* und *Foucault* waren solche (Petzold 1987). Andere sind es einfach – die meisten von ihnen bleiben ohne *Ruhm, Ehre, Ewigkeit*, aber sie sind „das Salz der Erde“. Einige sind **Leuchtfener*, wie der „dunkle“ *Heraklit*, der ein „Licht angezündet hat in der Nacht“ (Diels, Kranz 22, B 26, vgl. Petzold, Sieper 1988b, 418), andere *machen wir* zu *Lichtern*, die uns den Weg weisen sollen, denn es gibt viele Dunkelheiten und so manche Finsternis. Wieder anderen werden wir zu *Lichtern*. Aber was darf das heißen?

„Das letzte, was *ich* versprechen würde, wäre, die Menschheit zu ‚verbessern‘. Von mir werden keine neuen Götzen aufgerichtet; die alten mögen lernen, was es mit töneren Beinen auf sich hat. *Götzen* (mein Wort für ‚Ideale‘) *umwerfen* – das gehört eher zu meinem Handwerk“ – so *Nietzsche* (Ecce homo II, 1065). „Ihr hattet euch noch nicht gesucht: da fandet ihr mich. So tun alle Gläubigen; darum ist es so wenig mit allem Glauben. Nun heiße ich euch, mich verlieren und euch finden ...“ (ibid. 1068).

Psychotherapeuten, und darüber sollten sie sich im Klaren sein, erhalten von vielen unter den Menschen, die sich ihnen anvertrauen – wenn auch erleichternderweise nicht von allen –, den Wunsch, dass sie ein *Weglicht* seien, welches einen dunklen Weg beleuchtet (ein zumeist subjektiv berechtigter oder zumindest verstehbarer Wunsch). Oft ist da eine Not, „glauben“ zu können, wieder „an einen Menschen“ glauben zu können. Sie suchen – wie *Diogenes* – im Ödland, oft ohne Fackel! Das ist für TherapeutInnen eine Herausforderung und eine immense Anforderung, deren *Realität* man nicht beseitigt, indem man sie verleugnet oder wegwischt oder wegerklärt, wie dies die rationalisierenden Verkürzungen der „modernen“ kassenfinanzierten Psychotherapie versuchen (müssen). Aber da ist kein Entkommen! Solcher Anforderung nachzukommen, bedarf einer beständigen *transgressiven* Arbeit an sich selbst, einer beharrlichen Selbstkonfrontation und Selbstüberschreitung. Wie sonst sollen TherapeutInnen Menschen einen Weg weisen (und dieser Anspruch ist hoch, oft zu hoch) oder sie auch nur in guter Weise auf dem Weg – und sei es nur „ein Stück Wegs“ – in hilfreicher Weise begleiten, einem Weg der *Selbsterkenntnis*, der *Selbstgestaltung*? „Ich denke, die, welche etwas von sich vor sich verhehlen und die, welche sich als Ganzes vor sich verhehlen, sind darin gleich, dass sie in der Schatzkammer der Erkenntnis einen *Diebstahl* verüben: woraus sich ergibt, von welchem Vergehen der Satz ‚Erkenne Dich selbst‘ warnt“ (*Nietzsche*, MA I, 758f). Für eine solche *Parrhesie*, den freimütigen „*Blick in den Spiegel*“, sind professionelle Selbsterfahrung, Lehrtherapie, Supervision, *kollegiales* und – höchst wichtig – *amicales* Gespräch unverzichtbar, denn das *epistemologische und praxeologische punctum caecum* (Petzold 2000h)

im individuellen wie im kollektiven Bereich ist *allein* nicht zu hintersteigen: „Die unmittelbare Selbstbeobachtung reicht lange nicht aus, um sich kennen zu lernen: wir brauchen Geschichte, denn die Vergangenheit strömt in hundert Wellen in uns fort; wir selber sind ja nichts als das, was wir in jedem Augenblick von diesem Fortströmen empfinden. Auch hier sogar, wenn wir in den Fluss unseres anscheinend eigensten und persönlichsten Wesens hinabsteigen wollen, gilt Heraklits Satz: man steigt nicht zweimal in denselben Fluss“ (Nietzsche, MA I, 823).

Man muss sich deshalb auf einen *langen Weg machen*. „Die angeblich ‚kürzeren Wege‘ haben die Menschheit immer in große Gefahr gebracht; sie verlässt immer bei der frohen Botschaft, dass ein solcher kürzerer Weg gefunden sei, ihren Weg – und *verliert den Weg*“ (Nietzsche, Morgenröte I, 1049). Das gilt natürlich auch für den einzelnen Menschen und seine Wege – auch in der Therapie. Kurzzeittherapien ermöglichen oft (und glücklicher Weise) Symptombeseitigungen und effektive Problemlösungen (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000). *Selbstentwicklung* erfordert (glücklicherweise) eine lange, lebenslange Reise – und es ist ein Segen, wenn man nicht alleine reisen muss, sondern gutes *Weggeleit* hat – einen Konvoi (Hass, Petzold 1999): Menschen, mit denen man über den Weg sprechen kann, und die nicht immer im voraus schon wissen, was der „rechte Weg“ ist (vgl. Nietzsche I, 1242), Menschen, mit denen zusammen man Wege bauen kann, denn – hier setzen wir andere Akzente als Nietzsche – auch *die Wege zu sich selbst baut man mit Anderen, gemeinsam ...* Die Frage, inwieweit es dann „eigene“ Wege sind, bleibt zu beantworten. Nietzsche hat den Weg einer „radikalen Hermeneutik“ gewählt, die alle Bezüge *genealogisch* hinterfragt, dekonstruktivierend *unter sich und über sich* blickt und *in sich*, die Wachbewusstsein und Traumbewusstsein zu nutzen trachtet, weil „die Freiheit der wachen Interpretation in der einen der Freiheit der anderen im Träumen nichts nachgibt [...], all unser sogenanntes Bewusstsein ein mehr oder weniger phantastischer Kommentar über einen ungewussten, vielleicht unwissbaren, aber gefühlten Text ist“ (Morgenröte I, 1094), der Text unseres Wesens, unserer Menschennatur. Diese gilt es mit einem Blick mit verschiedenen Optiken, aus vielfältigen Perspektiven und in multiple Richtungen zu betrachten, mit dem Blick ...

Unter sich: Man sieht „einen ‚Unterirdischen‘ an der Arbeit, einen Bohrenden, Grabenden, Untergrabenden [...] wie er langsam mit sanfter Unerbittlichkeit vorwärts kommt“ (Morgenröte I, 1010).

Über sich: „Solange du noch die Sterne fühlst als ein ‚Über-dir‘, fehlt dir noch der Blick des Erkennenden“ (Jenseits von Gut und Böse II, 626).

In sich: „Der Schwerleidende sieht aus seinem Zustande mit einer entsetzlichen Kälte *hinaus* auf die Dinge: Alle jene kleinen lügneri-

schen Zaubereien, in denen für gewöhnlich die Dinge schwimmen, wenn das Auge des Gesunden auf sie blickt, sind ihm verschwunden ...“ (Morgenröte I, 1088).

Aber: „Erst am Ende der Erkenntnis aller Dinge wird der Mensch sich selber erkannt haben“ (ibid. I, 1045). *Das ist das Ziel aller Hermeneutik und Metahermeneutik.*

„Nietzsche war ein Laboratorium des Denkens, und er hat nicht aufgehört, sich selbst zu interpretieren. Er war ein Kraftwerk zur Herstellung von Interpretationen. Er brachte das Drama des Denkbaren und Lebbareren auf die Bühne. Er hat damit das Menschenmögliche erkundet. Wer überhaupt das Denken für eine Angelegenheit des Lebens hält, wird mit Nietzsche nicht fertig werden können“ (Safranski 2000a, 365).

Prolegomena – Integrative Hermeneutik und Metahermeneutik

„Philosophie heißt in Wahrheit, von neuem lernen, die Welt zu sehen ...“
(Merleau-Ponty 1945, XVI/1966, 18).

Das ist die Lehre Merleau-Pontys: „es sich niemals zu erlauben, sich mit seinen eigenen Gewissheiten und Evidenzen bequem einzurichten [...], dass man – um ihnen die unerlässliche Beweglichkeit zu erhalten – zwar in die Ferne blicken muss, doch auch in die Nähe um sich herum. Es bedarf des rechten Gespürs dafür, dass alles, was man wahrnimmt, nur deshalb evident ist, weil es in einem vertrauten und kaum erkannten Horizont steht; dass jede Gewissheit nur deshalb sicher ist, weil sie sich auf einen nie untersuchten Boden stützt“ (Foucault, Von der Freundschaft 1984, 130).

Die **Integrative Therapie** und **Agogik** – beides muss zusammen gesehen werden, denn heilendes Handeln impliziert immer auch komplexe Bildungsprozesse, insbesondere Persönlichkeitsbildung – verstehen sich als „kritische angewandte Humanwissenschaften“, kritisch, weil sie die Implikationen von Machtdiskursen und die Prozesse der Subjektconstitution metareflektieren (so Deleuze 1976; Foucault 1966; Derrida 1972 u.a., durchaus angeregt von Nietzsche). Humanwissenschaften sind als „Wissenschaft von Menschen über Menschen und für Menschen“ (Petzold 2000h) und für ihr Wohlergehen als „engagierte, kritische, metakritische Wissenschaft“ (idem 1978c) konzipiert und als „eingreifende Wissenschaft“ (sensu Bourdieu 1997, vgl. Leitner 2000), die natürlich einen Boden hat, in Bezügen steht, sich bei der transversalen Durchkreuzung (Welsch 1997) der „Ozeane des Wissens“ an * * **Leuchtfuern** orientiert – d. h. bedeutenden Denkern – und an **Seekarten** (d.h. an Referenzwissenschaften).

Solche * **Leuchtfuer** * als **Orientierungen** ☞ gibt es natürlich auch für uns persönlich. Von den vielfältigen Bezugspunkten der Integrativen Therapie seien hier neben klassischen Referenzen wie Heraklit, Demokrit, Nietzsche einige nochmals benannt: Meads Analysen zur Gesellschaft und zur symbolischen Interaktion, Merleau-Pontys Einsichten über die Verschrän-

kung von Leib und Lebenswelt, Ricoeurs Verbindung von Zeit und Sprache, seine Entfaltung der Narrativität, Marceles Idee der Würde, die radikale Wertschätzung des Anderen durch Lévinas, Foucaults (1998) Konzepte der Archäologie, Dispositive, Diskurse, Wahrheitsspiele, Derridas Modell der Dekonstruktion und seine Idee der *différance*, neuerlich die der Freundschaft, Deleuzes Leidenschaft für Pluralität, Lyotards Engagement für Intensität und das Ende der Metaerzählungen, Bourdieus soziales Eintreten für Menschen im Elend ... – ein **transversaler, transdisziplinärer** Zugang also (Welsch 1997; Petzold 1998a), der eine **Einladung** dazu ist, die eigenen Orientierungen in Frage zu stellen oder sie uns gegenüber zu vertreten, auf jeden Fall sie mit unserem Diskurs zu konnektivieren – in **Ko-respondenz**.

Bei den „Seekarten“ ist es ähnlich. Sie sind vielfältiger Art:

„Man muss zum Zwecke der Erkenntnis jene innere Strömung zu benutzen wissen, welche uns zu einer Sache hinzieht, und wiederum jene, welche uns, nach einer Zeit, von der Sache fortzieht“ (Nietzsche MA I, 695) – und man muss natürlich alle „äußeren“ Quellen und Ströme des Wissens nutzen, die uns über uns selbst informieren. Von Menschen geschaffenes Wissen ist Menschheitswissen, ist Wissen für uns und über uns.


„Wer nicht durch verschiedene Überzeugungen hindurchgegangen ist, sondern in dem Glauben hängenbleibt, in dessen Netz er sich zuerst verfangt, ist unter allen Umständen, eben wegen dieser Unwandelbarkeit ein Vertreter **zurückgebliebener** Kulturen; er ist gemäß diesem Mangel an Bildung ... hart, unverständlich, unbelehrbar, ohne Milde ..., der zu allen Mitteln greift, seine Meinungen durchzusetzen, weil er gar nicht begreift, dass es andere Meinungen geben müsse“ (ibid. 726).

Integrative Therapie benutzt vielfältige „Seekarten“ zur Orientierung in Fragen des Wissens und der Moral, denn man muss ******* „Leitsterne auf dem dunklen Ozean moralischer Bestrebungen gebrauchen“ (Morgenröte I, 1080) und auf den Meeren des Unwissens ohnehin. Sie teilt mit Nietzsche eine Vorliebe für *Nautikmetaphern*. Wir segeln lieber über Weltmeere, als dass wir Wüsten und Einöden durchqueren:

„... Luft-Schiffahrer des Geistes!“, die dahin streben, „wo alles noch Meer, Meer, Meer ist! – Und wohin wollen wir denn? Wollen wir denn über das Meer? Und wohin reißt uns dieses mächtige Gelüste, das uns mehr gilt als irgendeine Lust? Warum doch gerade in dieser Richtung, dorthin, wo bisher alle Sonnen der Menschen untergegangen sind? Wird man vielleicht uns einstmals nachsagen, dass auch wir, *nach Westen steuernd, ein Indien zu erreichen hofften*, – dass aber unser Los war, an der Unendlichkeit zu scheitern? Oder, meine Brüder? Oder? –“ (Morgenröte I, 1279).

Deshalb schätzen wir die *Steuermannskunst* (τεχνη), die in der antiken Philosophie der Lebenskunst und des Selbstwissens so gepriesen wird, wir üben uns in ihr, wir lernen zahlreiche Karten zu lesen und viele Navigationsinstrumente zu gebrauchen, für uns selbst, für unsere Patienten und Klienten, für die Menschen, die wir ausbilden – um in der **Transversalität** moderner Lebenswelten hinlänglich sicher **navigieren** zu können.

Integrative Therapie zieht unterschiedlichste Wissensbereiche und Praxen heran, um sich mit ihnen zu orientieren. So ist ihre eine zentrale Orientierung ☞ eine neurowissenschaftlich und wahrnehmungspsychologisch fundierte sowie sozialwissenschaftlich ernüchterte **Phänomenologie** als Theorie und als eine Praxis. Sie überwindet mit

deren kritisch-realistischer Position, welche die Differenzierung einer phänomenalen und transphänomenalen Welt (Bischof 1966) vertritt, einen „seminativen Phänomenologismus“, wie er nach Tholey (1984, 1986) für die Gestalttherapie kennzeichnend ist. Wir vertreten mit dem phänomenologischen Ansatz von Merleau-Ponty (1945/1966), dass die leibliche Phänomenwahrnehmung für den Erkenntnisgewinn zentral steht, wissen aber auch aufgrund der Einsichten des sozialen Konstruktivismus (Berger/Luckmann, Gergen u.a.), dass sie nicht voraussetzungslos, sondern sozial imprägniert ist. Schon Heraklit wusste das: Wenn Menschen „unverständige Seelen“ (βαβραποις ψυχας) haben, sind die Sinne „schlechte Zeugen“ (Diels, Kranz 1961 22, B 107). Phänomene werden in Kontext und Kontinuum durch mehrperspektivisches *Wahrnehmen* zugänglich (über die Sinnesorgane und den Thalamus), was zu einem *Erfassen* ihres informationalen Gehalts als Wiedererkennen durch Abgleichung mit mnestischen Aufzeichnungen führt (in Amygdala und Hippocampus) und zu einem Konnektivieren (vgl. Petzold 1994a) mit anderen Erfahrungs- und Wissensvorräten (im Hippocampus und präfrontalen Cortex), d.h. zu einem besonnenen *Verstehen* der Informationen. Die Informationen werden in Prozessen des *Erklärens* (höhere corticale Areale) verarbeitet, im Sinne einer weiteren, zentralen Orientierung  der **Integrativen Therapie**: eine **Hermeneutik** des „Subjekts im intersubjektiven Bezug“, welche „Ko-respondenzgemeinschaften“ konstituiert, die wiederum ihrerseits – entfaltet in Form von *Erzähl-, Gesprächs- und Handlungsgemeinschaften* – zugleich für die intersubjektive Hermeneutik konstitutiv sind. In der Ko-respondenzgemeinschaft und ihren Formen bzw. Ausfaltungen werden persönliche und gemeinschaftliche Erfahrungen gemacht, *narrativiert* und *diskursiviert*, d.h. in Erzählungen versprachlicht und in *Diskursen* reflektiert, so dass auf diese Weise Wissen konnektiviert und **Sinn** in Konsens/Dissensprozesse über sinnhaft Wahrgenommenes, über Erlebtes und Erfahrenes gestiftet werden kann. Zuweilen geschieht dies – wegen der oft überbordenden Fülle des Materials – in einem collagierenden Suchen/Eproben, „einer ‚bricolage‘, im Sinne von Claude Lévy-Strauss (1973, 29) verstanden, als systematische ‚Bastelarbeit‘ oder ‚ausprobierende Erfindungsarbeit‘, als ‚collagierende Hermeneutik‘, die nicht nur das Vorfindbare im Vorgegebenen entdeckt, sondern kokreativ aus dem Vorfindlichen Neues schöpft“ (Petzold 2000b). In diesen Prozessen wird – im Unterschied zum Diskurs bei Habermas (1971) – emotional gewertet (*valuation*) und kognitiv eingeschätzt bzw. interpretiert (*appraisal*), so dass die Ko-respondenzgemeinschaft sich zur Konsensgemeinschaft transformieren kann, wenn **Konsens** aufscheint und **Dissens**. Beides wird auf Zeit – nichts ist für die Ewigkeit – von der Konsensgemeinschaft getragen, besonders wenn Konsens und Dissens in Konzepten ausgearbeitet werden,

die so lange Geltung haben und für Kooperationen handlungsleitend sind, wie sie von der Konsensgemeinschaft getragen werden. Der Prozess: *Ko-respondenz* → *Konsens/Dissens* → *Konzepte* → *Kooperation*. Mit *Dissens* (als Konsens darüber, dass man dissens ist), der so wesentlich ist und als „respektvoller Dissens“ (so ist zu hoffen) ausgehalten werden kann, wird die „Position des Anderen als Anderer“, d.h. in seinem Anderssein (Levinas 1983), sichtbar, an der sich mein Eigenes bestimmt. *Dissens* muss deshalb in der Regel nicht nur toleriert werden, er muss Wertschätzung erfahren, denn „das Eigene wird am Fremden“ (Petzold 1995f, 1996k, 2000f). In solcher *persönlicher und gemeinschaftlicher Hermeneutik* werden *Strukturen*, Sinn- und Bedeutungszusammenhänge in vorfindlichen, komplexen Wissensbeständen deutlich bzw. neu geschaffen, mit einer Tendenz zu wachsender „Sinnerfassungskapazität“ (idem 1992a, 393, 489f), *Strukturen*, die ihrerseits auf die Bedingungen des Erklärens metareflektiert werden können (vgl. Abb.1).

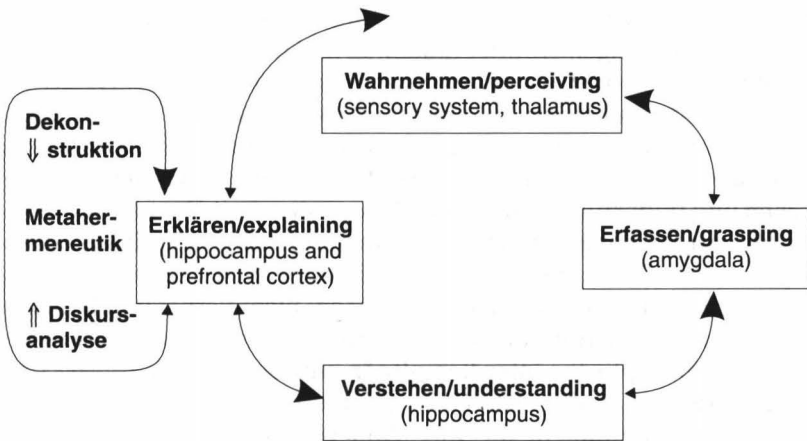


Abb. 1: Die physiologische/leibliche Basis der „hermeneutischen Spirale“ (Petzold 1992a, 489) und ihre metahermeneutische Überschreitung (aus Petzold 2000h).

Dies ist der konzeptuelle Rahmen der „integrativen *Hermeneutik*“ (Petzold 1991a), die sich zu einer *Metahermeneutik* übersteigt in einer

Transgression, in der wir einerseits die cerebralen Verarbeitungsprozesse neuro- und kognitionswissenschaftlich, gedächtnispsychologisch und bewusstseinstheoretisch unterfangen (Emmelkamp 1990; Lasar 1994; Perrig et al. 1993; Metzinger 1995; Damasio 1999) und andererseits die Hermeneutiktheorie metakritisch rekonstruieren (Petzold 2000h). Das geschieht dadurch, dass wir die kulturgeschichtlichen Voraussetzungen und aktuellen Kontexteinflüsse dieser Hermeneutik (z.B. politökonomischer Art, Zeitgeist, **Diskurswirkungen**, vgl. Petzold 1989f, 1994c) als Bedingungsgefüge der Sinnkonstitution transversal durchmessen, um sie zu metareflektieren: diskursanalytisch (mit *Foucault*) und dekonstruktiv (mit *Derrida*), ko-respondierend (Petzold): als *Reflexion der Reflexion* und *des Reflektierens selbst*, was die *Beobachtung des Beobachtens*, die Beobachtung „zweiter Ordnung“ (Luhmann 1992), einschließt und noch überschreitet. Bei einer derartigen konnektivierenden *Querung*, die Transversalität (Welsch 1997) schafft und zugleich ist, sprechen wir dann von „**Metahermeneutik**“ (Petzold 1998a, 101ff, 157; 2000h), d.h. einem ultrakomplexen System des Wissens und zugleich der Wissensgenerierung, welches aufgrund der Erzeugung von **différance** (im Sinne von *Derrida* das Herstellen von Differenzen in aufschiebender Temporalisierung) eine hohe Dichte von Konnektivierungen ermöglicht. Damit wird ein großes Integrationsmoment gegeben und ein sehr hohes *Emergenzpotential* für neue Entwicklungen eröffnet (ibid.).

Mit diesem Modell haben sich unsere phänomenologischen Orientierungen der sechziger Jahren an *Husserl*, *Marcel*, *Merleau-Ponty*, *Schmitz* und unsere hermeneutischen Referenzen bei *Ricoeur*, *Gadamer*, *Habermas* entwickelt hin zu einer *transversalen*, d.h. transtheoretischen und transkulturellen Betrachtungsweise (mit *Derrida*, *Foucault*, *Welsch* u.a.) entlang der Strukturierung: **monodisziplinär**, aus dem Fundus einer Betrachtungsweise (der Biologie, Mathematik, Philosophie etc.); **multidisziplinär**, im jeweiligen, nicht vernetzten Diskurs verschiedener – ein und dasselbe Problem betrachtender/analysierender – Disziplinen; **interdisziplinär**, im diskursiven *Polylog* der verschiedenen, an der Betrachtung/Untersuchung eines Problems beteiligten Disziplinen, die ihre Anliegen und Vorgehensweisen ko-respondierend zu verstehen suchen, so dass hieraus, aus der *Konnektivierung*, der hohen Vernetzung von „aufgenommener, für wesentlich erachteter (wertgeschätzter) Information“ eine **transdisziplinäre** Ko-respondenz hervorgeht, in der das, was *zwischen* den Disziplinen vorgeht (Petzold 1998a, 26f), **transversal**, d.h. „*quer durch sie hindurch*“ zum Tragen kommt, wichtig, ja zentral wird und damit weitere *Transgressionen* ermöglicht. Unter diesen verstehen wir *Überschreitungen* des Bisherigen durch vielfältige Vernetzungen (Konnektivierungen), welche *Emergenz von Transqualitäten* (ibid. 41,

240) ermöglichen und damit wirkliche Innovation in einer übergreifenden Weise bringen.

Diese „transdisziplinäre“ Sicht wurde von uns mit einem komplexen Kulturbegriff „kulturalistisch“ erweitert (Petzold 1998a, 309ff; Janich 1996), denn für *Kulturen* (idem 2000f) gilt die gleiche Differenzierung in *monokulturelle, multikulturelle, interkulturelle* und *transkulturelle* Prozesse: für *Megakulturen* von Völkern, Sprachräumen und Staaten, für *Mesokulturen* von Bildungs-, Gesundheits-, Wirtschaftssystemen, Therapierichtungen, für *Mikrokulturen* von Abteilungen, Teams, Gruppen. Multikulturelle Settings und interkultureller Austausch fruchten nicht, wenn nicht ko-respondierend und in metahermeneutischen *Überschreitungen transkulturelle Qualitäten* gefunden werden (Muth 1998), die für alle Beteiligten so wichtig und wertvoll sind, dass sie auf dieser Basis zu einem tragfähigen Miteinander finden – das gilt für ein sich vereinigendes Europa genauso wie für Wissenschaftskulturen oder die unterschiedlichen Kulturen psychotherapeutischer Mesosysteme bzw. -paradigmen (Gestalt, VT, PSA usw.). Nur: bislang geschah hier noch sehr wenig zu ihrer *Konnektivierung*, d.h. zur Förderung des „Emergenzpotentials“ (Petzold 1998a, 236, 312) solcher Mesosysteme.

Und hier könnten Perspektiven für die innovatorische Entwicklung einer differentiellen und integrativen agogischen und therapeutischen Arbeit mit Menschen gewonnen werden, Anstöße für *Transgressionen*, die in dem *ko-respondierenden Diskurs* aller mit allen, in Polylogen auf Pluralität, Interdisziplinarität, Transkulturalität, d.h. auf die Generierung von **Transqualitäten** abzielen. Dieser Zielsetzung war unsere Arbeit seit den sechziger Jahre verpflichtet, seit den ersten – 1968 in Paris von uns mit unseren Kommilitonen initiierten – interdisziplinären und interkulturellen studentischen *Ko-respondenzgruppen* (cf. zum Konzept Petzold, Lemke 1979) zur *komparativen Psychotherapie*, den ersten *therapievergleichenden* Vorlesungen, Seminaren und Praktika/Übungen von Petzold 1970 in Paris am Institut St. Denis und 1971 an der psychologischen Abteilung der Pädagogischen Hochschule Neuss sowie an der Fachhochschule für Sozialarbeit in Düsseldorf (Eller).

Das führte zur Ausarbeitung des Verfahrens der „Integrativen Therapie“ (idem 1965, 1970c, 1974j), der Begründung der Zeitschrift „Integrative Therapie“ mit Charlotte Bühler [1975] als Zeitschrift für „vergleichende Psychotherapie“, der Herausgabe der disziplinübergreifenden Buchreihe „Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften“ [seit 1974 bei Junfermann] und der schulenübergreifenden Reihe „Vergleichende Psychotherapie“ [Petzold, Wiesenhütter und Grawe seit 1979 ebenda], der Organisation zahlreicher schulenübergreifender Therapiekongresse, einer richtungsübergreifenden Bildungsstätte am Beversee, der „Europäischen Akademie für psy-

chosoziale Gesundheit“ (EAG), und schulenübergreifender Fachverbände¹ (vgl. Schmiedl, Sieper 1993; Petzold, Sieper 1993; Dudler et al. 1998).

Heute, dreißig Jahre später, gewinnt dieser Gedanke des schulenübergreifenden *Diskurses* allmählich in der Main-stream-Psychotherapie an Momentum (vgl. die Entwicklung in den Zeitschriften „PsychotherapeutenFORUM“, „Der Psychotherapeut“, „Psychotherapieforum“, „Psychotherapie im Dialog“). Und es ist noch ein weiter Weg zu gehen, der Weg fortlaufender, engagiert geführter und gepflegter *Diskurse* und *Reflexionen* innerhalb der „Schulen“ und z w i s c h e n den psychotherapeutischen Orientierungen. Der nachstehende Text versteht sich als ein Beitrag zu einer solchen, diskursanregenden Reflexion nach „innen“ und nach „außen“ aus *unserer Sicht* des Integrativen Ansatzes.

0. Über Anfänge, Problematisierung und „kritische“ **auctoritas**. Metahermeneutische Perspektiven – oder: Sind da Differenzen?

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

„... man sieht die Philosophie ... ihre eigene diskursive Aktualität problematisieren: Aktualität, die sie als Ereignis befragt, als ein Ereignis, von dem sie den Sinn, den Wert, die philosophische Einzigartigkeit auszusagen hat und in der sie gleichzeitig ihre Daseinsberechtigung und die Grundlage dessen, was sie sagt, zu finden hat“
(Michel Foucault 1984c, 35)

Nun, dem was *Foucault* hier *autoritativ* ausführt, diesen Aussagen schreiben wir nach ihrer *Problematisierung* (idem 1996), d.h. nach kritisch-metakritischen, „metahermeneutischen“ (Petzold 1994a) Reflexionen und diskursiven Auseinandersetzungen über sie – in einer „virtuellen Ko-respondenz“, wir können ja mit ihm nicht mehr persönlich sprechen bzw. korrespondieren – einen *Wahrheitsgehalt* und *Geltung* zu, geben damit dieser Schrift, ihrem Autor Autorität, eine „kritische“ Urheberschaft/**auctoritas**. Wir verleihen seinem Denken

1 Von H. Petzold wurde 1972 die „Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, später umbenannt in „Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (DGIK) gegründet, 1985 die „Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie“, 1978 die AGPF, die „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände“, in der die Nicht-Richtlinienverfahren zusammengeschlossen sind, 1985 die DGKT, die „Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieverfahren“, die alle Kreativtherapien (Musik-, Tanz-, Mal-, Drama-, Poesietherapie) in einem Dachverband zusammenschließt.

(d.h. dem Diskurs, in dem er steht, nicht nur ihm als Philosophen, er war nicht nur das als Person, vgl. *Eribon* 1993) eine Geltungsmacht/**auctoritas**. Wir unterschreiben seine Geltungsbehauptung nach ihrer *Problematifizierung* mit unserem „Konsens aus kritischer Haltung“, treten ein in die *Konsensgemeinschaft*, die gleichfalls dieser *Wahrheit* und diesem *Geltungsanspruch* nach kritischer Ko-responzend verbunden ist. Was von *Foucault* in *seinem* Text vorgetragen wird, gilt – so meinen wir, indem wir die Aussagen in *unsere* Zusammenhänge übertragen, **kontextualisieren**, in *unseren* Text einfügen, **intextualisieren** – auch uneingeschränkt für die Psychotherapie! Hier stellen *wir* als Autoren/auctoren im **Konsens**, den wir aus unseren verschiedenen Perspektiven (genderperspezifischen, fachdisziplinären, biographischen usw.) ko-respondierend erarbeitet haben, eine Geltungsbehauptung auf. Für diese beanspruchen wir Richtigkeit, Wahrheit, Geltung, und da wir *auf Konsens und Dissens angewiesen sind, müssen also „kritische“* Ko-respondenzen zu unseren Thesen erfolgen, denn wir wollen keine „Jünger“. Nimmt man uns als AutorInnen nicht zur Kenntnis, ist es um die **auctoritas**, die Geltungskraft unserer Aussagen nicht gut bestellt! Wir haben dann keine Konsensgemeinschaft hinter und mit uns.

Wir beginnen bei *Null (0)*², d.h. wir sprechen, schreiben, ko-respondieren wieder einmal (vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 1999) über den „**Integrativen Ansatz**“, der – wie könnte es anders sein – immer zugleich auch ein „**differentieller Ansatz**“ ist und in einer permanenten Entwicklung steht: Neues wird rezipiert, Altes bestätigt, kritisch reinterpretiert oder revidiert, Weiterführendes wird kokreativ geschaffen – ein *heraklitischer Fluss*, der, solange er strömt, immer neue Aktualität hervorbringt, und sei es die *Aktualität* des Bestehenden als Wirkendem (it's acting!). Dieser Text ist Ausdruck unserer Aktualität. Wir geben ihn zum Druck, *stellen ihn ins Netz* (<http://www.mypage.bluewin.ch/gestalt/artikelit.htm>) in einen ko-respondierenden Diskurs und hoffen, dass er **auctoritas** gewinnt. Wir lesen die Kommentare zu *unserem* Text (haben wir ihn geschrieben oder nur aus dem Diskurs, in dem wir stehen, heraus vorgetragen? Ist er unser Besitz??). Vieles von ihm ist uns zugeflossen: kokreativer *Konflux* (*Petzold* 1998a, 267ff). Wir lesen ihn wieder und wieder, gemeinsam, reiterierend, koiterierend – das ist die Systematik in Konfluxprozessen (ibid. 265, 271) – und finden Neues, entdecken Altes im Neuen, erkennen Fortschreibungen und machen dabei neue Einschübe: „*there is no end to creation*“ (idem 1975h). Wir hören uns zu und versuchen herauszufinden „**Wer**

2 Obleich man natürlich nie wirklich bei **Null** beginnt (vgl. *Petzold* 2000b), denn da war immer schon eine Rede, ein vorgängiges Reden da, das aus dem Hintergrund herüberbönt oder aus dem Untergrund murmelt oder aus dem eigenen Munde dringt, ohne dass man sich darüber klar ist, dass da ein anderer, Andere sprechen – die Persönlichkeit ist nicht monolith (*Rowan, Cooper* 1999; *Bakhtin* 1986).

spricht?“ (Was spricht aus uns?). Mit dieser zentralen, von *Foucault* (1966, 394) wieder aufgenommenen Frage *Nietzsches* haben wir uns in jüngster Zeit wieder auseinandergesetzt (*Petzold* 2000b). Sie hat uns in unserer Zeit avantgardistischer Theaterarbeit schon beschäftigt (vgl. *Oeltze* 1993, 1997; *Petzold* 1982g), sie bewegt uns heute in etwas anderer Art wieder, oder besser, *neu*. Mit *Derrida* wäre zu fragen: „Wer schreibt?“ Wer spricht und schreibt aus der Vielfalt der Persönlichkeiten (*Rowan, Cooper* 1999) des Autors, der Mitautorinnen? – denn wir hatten uns von dem Konzept der *monolithen* Persönlichkeit „aus einem Guss“ seit langem verabschiedet. Wer wirklich Theater gespielt hat (und das haben wir alle), ein vielfältiges Leben durchläuft, kann einem solchen Konzept nicht wirklich anhängen. Hinzu kommen Fragen: Wenn uns unsere Gedanken zu Bewusstsein kommen, wir unserer Rede gewahr werden, das Geschriebene sehen, das auf dem Bildschirm erscheint, war dies alles schon eine Drittelsekunde zuvor in unserem cerebralen System fertig – dokumentiert von unseren Archivaren im Hippokampus, recherchiert von unseren Redakteuren, redigiert von unseren Lektoren im präfrontalen Kortex – ohne Cheflektor und Herausgeber: Wo also ist der Autor, wer ist es? – das bleibt offen.

So sind aus einer neurowissenschaftlichen und bewusstseinsphilosophischen Sicht weitere Zweifel an „selbstverständlichen Gewissheiten“ anzumelden, denn ist das erlebende, sich selbst erlebende, bewusste Ich für sich selbst transparent? „Gibt es eigentlich eine Garantie dafür, dass bewusstes Erleben eine Form von Erkenntnis ist? ... Woher wissen wir überhaupt, dass die einfachen Tatsachen des Bewusstseins wirklich *Tatsachen* sind?“ (*Metzinger* 1995, 27) – oder sind meine erlebten Empfindungen der gegebenen Wirklichkeit – einschließlich meiner Selbst – nur meine „Perspektivität“ und letztlich das „Feuern meiner Neuronen“? Ist unser Bewusstsein nur das Aufleuchten von Funken aus „dem Kometenschweif unseres Gedächtnisses“ (*H. Schmitz* 1996), „ein Schleier tanzender Informationen“ (*Metzinger* 1995), ein „momentanes Echozeichen auf dem kosmischen Bildschirm“ (*Nagel* 1986)?« (*Petzold* 2000b).

Wir sprechen und schreiben aus unserer *Aktualität*, aus der aktuellen Gegenwart unserer Lebenswelt – woraus sonst? Die Sätze fließen im kreativen „flow“ (*Csikszentmihalyi* 1985) aus der Feder ... aus den *Ereignissen* unseres Denkens und Handelns gestern und heute, in Vorgriffen auch, aus der Ereignishaftigkeit der Lebensprozesse, in denen wir mit unseren Mikro- und Makrokontexten stehen. Wenn wir uns lesen, noch einmal über diesen Text sprechen – oder sind es nicht eher Texte? – stellen sich *für uns*, die „Autoren/auctoren“, wie für jeden anderen Lesenden, Zuhörenden die Fragen:

Wer spricht? Was spricht er? Was spricht aus ihm? Was sind die Motivationen, Interessen und Absichten? Welche Geltungsansprüche werden erhoben? Welche MACHT ist am Werke und was sind die Freiräume, wo sind Diskurse der Freiheit? Unter welchen Bedingungen wird gesprochen? Was sind die Implikate – persönliche, soziale, kulturelle, Strömungen des Zeitgeistes? Wer soll angesprochen werden, zu wem wird gesprochen? – es gibt nie nur e i n e n Adressaten [sowohl außerhalb von uns

als auch in uns] –. Was sind die erwarteten, befürchteten, erhofften Antworten, Reaktionen? Wie ist es um die Reziprozität, das Interaktive der Diskurse (und seien sie auch virtuell) bestellt? Wo gibt es Ko-respondenzforen, Ko-respondenznischen (bei uns z.B. in unseren Lehrveranstaltungen und Supervisionsgruppen, in Sprechstunden, auf Fachtagungen etc.). Das interaktive Moment darf nie ausgeblendet werden!

Dies sind Fragen, die bei **Ko-respondenzprozessen** (Petzold 1978c, 1991e) gestellt werden müssen!

Wie jedem anderen Leser, Zuhörer, wenn wir uns lesen, uns Bandaufzeichnungen vorgetragener Rede anhören, geht es uns dann darum, unsere Aussagen als Sprechende, Schreibende in der „Besonderheit ihres Ereignisses zu erfassen, die Bedingungen ihrer Existenz zu bestimmen ..., zu zeigen, welche anderen Formen der Äußerung sie ausschließt. Man sucht unterhalb dessen, was manifest ist, nicht das halb verschwiegene Geschwätz eines anderen Diskurses; man muss zeigen, warum er nicht anders sein konnte, als er war, worin er gegenüber jedem anderen exklusiv ist, wie er inmitten der anderen und in Beziehung zu ihnen einen Platz einnimmt, den kein anderer besetzen könnte“ (Foucault 1998, 300, unsere Hervorhebungen).

Es geht also um die **Kontexte** unseres Sagens und Schreibens und um die *Positionen* (*positions*), das sind „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (Derrida 1986, 184) im **Kontinuum**, mit den Kontinuitäten und den Diskontinuitäten unserer Entwicklungen, der Entwicklungen unseres Netzwerkes/Konvois (Hass, Petzold 1999), der Bewegungen der Bewegung, der wir zugehören, die wir [???] initiiert haben (die Fragezeichen stehen, weil wir natürlich auch initiiert wurden: von unseren Lehrern, Leitbildern, von AutorInnen, die wir rezipiert haben, wir zitieren sie sorgfältig)? Von seinen *Rändern* (*marges*, Derrida) her haben wir das *Feld*, den „Kamp“³ der Psychotherapie mit seinen Arealen zu seinen *verschiedenen* Zentren querend durchmessen, um diese *transversale* Bewegung in die Grenzbereiche zurückzuführen, wobei wir das differenzierend / differentiell Gesehene, Gefundene, Berührte *konnektivieren* (idem 1994a), *darin können wir nicht anders sein*, als wir sind. Darin, in dieser Art des *Integrierens als Konnektivierung* (Petzold 1998f) liegt in der Tat bei der **Integrativen Therapie** eine gewisse Besonderheit (die nicht exklusiv / exkludierend ist), und eben damit *lädt sie Leser ein, sich anzugrenzen – anzudocken*, wie man heute mit einem *Link* zur Molekularbiologie (nicht etwa zum Kontext der Schauerleute) sagt –, um das Besondere kennenzulernen.

3 Vgl. zum „kampanalen“ Feldbegriff (von dtsh. Kamp, Feldflur), der im Unterschied zum physikalischen oder physikanalogen (Lewin) Feldbegriff das Lebendige der Lebenswelt, des Biologischen und Sozialen, die Einflussgrößen auf das Leben, der Macht und Interessen (Bourdieu), *nicht* vektorpsychologisch zu erfassen sucht, vgl. Petzold, Ebert, Sieper (1999).

1. Suchbewegungen, Navigieren – „was es alles zu wissen gibt ...“

„Unter Reisenden unterscheide man nach fünf Graden: die des ersten niedrigsten Grades sind solche, welche reisen und dabei gesehen werden – sie werden eigentlich gereist und sind gleichsam blind; die nächsten sehen wirklich selber in die Welt; die dritten erleben etwas infolge des Sehens; die vierten leben das Erlebte in sich hinein und tragen es mit sich fort; endlich gibt es einige Menschen der höchsten Kraft, welche alles Gesehene, nachdem es erlebt und eingelebt worden ist, endlich auch notwendig wieder aus sich herausleben müssen, in Handlungen und Werken, sobald sie nach Hause zurückgekehrt sind“ (F. Nietzsche, MA I, 829).

Wenn wir über Therapie, über Menschen, ihre/unserer Lebenswelt, über Lebensbedingungen nachdenken, *machen wir uns auf den Weg, auf die Suche*, anders kann man es nicht nennen. Wir beginnen auf den immensen „Meeren des Wissens“ zu segeln, auf unendlichen „Ozeanen des Unwissens“ genauer gesagt (Ivainer, Lengelet 1996). Wir verwenden die Metapher der „Reise“ – wir denken dabei an *Freuds „Reisemetapher“*, entscheiden uns aber für die Seereise. Das liegt einerseits näher beim „Surfen im Cyberspace“, bringt uns andererseits mit dem antiken Topos vom *Lebensschiffchen* in Kontakt, das auf den Wogen des Weltmeeres segelt, nicht unbedroht von seinen Gefahren, die man zumeist dissoziiert. Das gelingt besonders, wenn man „unter Deck“ ist, zugedeckt von den Aktivitäten des Bordbetriebes. In den übervollen Stauräumen des *naviculum vitae* vergisst man dann zuweilen, dass da draußen Weltmeere sind. Unter Deck ist es sicherer, mag man meinen, solange es keine Stürme oder Orkane gibt, und man nicht an Schiffbruch denkt. Im Daran-Denken, das *naufragium huius mundi* zu denken, im Nachdenken – heute – kommt man dazu, „Ausschau“ halten zu müssen und erkennt, dass es heute wohl das „*Raumschiff Erde*“ ist und nicht mehr das *naviculum vitae*, auch nicht mehr das *navis ecclesiae*, das Schiff der Kirche mit dem Mastbaum des Kreuzes (Petzold, Sieper 1966), das uns sicher durch die Unüberschaubarkeit der Welt trägt und mit dem himmlischen Steuermann vor dem Schiffbruch bewahrt (uns kommen unsere Studien zur Symboltypologie in den Sinn [Petzold 1963II, Sieper 1969], die Patristik-Seminare bei Kardinal Daniélou in Paris und die faszinierende Lektüre der Arbeiten von Hugo Rahner [1964], diesem begnadeten Symboltheroretiker und Patrologen). Das „Raumschiff Erde“ treibt in den Unendlichkeiten des Universums, des Raumes und der Zeit. Das Nachdenken eröffnet eine Ahnung von der Unendlichkeit der Ozeane des Wissens/Unwissens. Dieses scheinbar „innere“ Tun zwingt in die Überschau, den Versuch, hinlängliche „Exzentrizität“ zu gewinnen, um Orientierungen zu suchen, Karten zu konsultieren, Kartierungen zu erstellen, wo keine vorhanden sind und aus diesen Suchbewegungen einen Kurs zu gewinnen, der zumindest in der großen Richtung hinlänglich klar

und halbwegs sicher ist – die Herausforderungen, Schwierigkeiten, Freuden des *Navigierens* bleiben ohnehin ...

1.1 Einladungen zur Intextualisierung, „sich selbst zum Projekt machen“, Transgressionen

„Der Mensch ist gegen sich selbst, gegen die Auskundschaftung und Belagerung durch sich selber sehr gut verteidigt, er vermag gewöhnlich nicht mehr von sich als seine Außenwerke wahrzunehmen. Die eigentliche Festung ist ihm unzugänglich, selbst unsichtbar, es sei denn, dass Freunde und Feinde die Verräter machen und ihn selber auf geheimem Weg hineinführen“ (F. Nietzsche MA I, 694).

Vieles beginnt mit einer *Einladung*, hat uns *Moreno* gelehrt, der sein großartiges, komplexes Lebenswerk mit dem Text „Einladung zu einer Begegnung“ (*Moreno* 1914) inauguriert. Die Integrative Therapie ist – darin sind wir *Moreno* verpflichtet – in ihrer Praxis und ihrer Theorie eine *Einladung*, sich zu *konnektivieren*, in ihren Kontext einzutreten, an dem Netz des Denkens und Schreibens, an ihren Praxen, an der *T e x t u r* dieses integrativen und differentiellen *Diskurses mitzuwirken*. Sie ist eine Einladung zur „**Intextualisierung**“, zum Einweben von Materialien in den eigenen Text. Wir verwenden diesen Ausdruck, um einerseits die narrationstheoretische Referenz (*Petzold* 1991o, 2000e; *McLeod* 1997) aufzuweisen, andererseits das *aktive Moment* in derartigen komplexen Entwicklungs-, Bildungs-, Sozialisationsprozessen aufzuzeigen, die ja keineswegs nur Widerfahrnis sind, sondern aktiv-produktive Realitäts- und Identitätsgestaltung (*Hurrelmann* 1995; *Müller, Petzold* 1999). Wenn es gelingt, solche **Intextualisierungen** wiederum in den „Prozess“ (der Therapie, Lehranalyse, Theoriearbeit, Supervision etc.) einzubringen, den gemeinsamen *Diskurs* mit diesem Eigenem – für die anderen Diskurspartner Anderem – zu *durchwirken* [wie Bandwirker Bordüren *wirken*] – so geschieht Emanzipation durch Mitdenken, Mitsprechen: Man kann etwas *bewirken* für die eigene Lebenspraxis, für die eigene Theorienbildung und theoriegegründete therapeutische Arbeit und für die Theorie des Verfahrens (*Zaepfel, Metzmacher* 1996). Man kann *wirkmächtig* werden, d.h., *Wirklichkeit* als *gewirkte* schaffen, wenn man Materialien in eigene Texte, Narrative, Skripts, die Biographie einwebt (ohne solches *Intextualisieren* wächst keine „Sinnerfassungskapazität“, kann kein Bildungsprozess, keine Therapie Fortschritte zeigen). Dabei bleibt die nachdenkenswerteste Frage stehen: Wer brachte diese Verbindungen/Konnektierungen, Einfügungen, Einlebungen (*Nietzsche*, MA I, 829), Einleibungen (*H. Schmitz* 1989), **Intextualisierungen** zustande? Wer fügte welchen Kontext hinzu? Wem gelang durch die Intextualisierung unserer Materialien – Theorien, Texte, Übungen, Selbsterfahrungsangebote, Therapien o.ä. –, d.h. durch ihre Integra-

tion in den Text seiner *Narrationen* (Petzold 1992a, 368ff), seines Denkens und Handelns eine *Transgression*? *Transgressionen sind transformative Überschreitungen bisheriger Stile des Denkens, Fühlens, Wollens, Handelns, nachhaltige Veränderungen von Sichtweisen, Konzepten und Praxen.* (Dass es solche *Transgressionen* durch die Integrative Therapie gibt, zeigen für die Patienten/Klientinnenseite die Ergebnisse unserer Therapieforschung [Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000], für die AusbildungskandidatInnen die Ergebnisse unserer Ausbildungsforschung [Petzold, Schigl 1996; Petzold, Steffan 1999a,b] recht überzeugend). Wer ist aber dann, der sich auf diese Weise überschritten hat? Wieviele innere Selbst entstehen durch Intextualisierungen im Selbst, und wie sind sie verbunden? (Die Psychoanalyse bleibt hier eine Antwort schuldig. Sie stellt letztlich diese Fragen gar nicht: Wer es ist, der assoziiert, geschweige denn, wer welche Hyperlinks herstellt?) Wir haben diese Fragen angedacht und sind hier noch unterwegs, wobei uns die „integrative“ Zugewandene von Owen Flanagan (1995) besonders anspricht, der konkludiert: „Aber sie verstehen schon, worum es hier geht: das Selbst ist ein *objet d'art* – das Selbst wird gemacht, nicht geboren“ (ibid. 518). Das kommt unserer Auffassung vom „Selbst als Kunstwerk und Künstler“ (Petzold 1975h und jetzt ausführlich 1999q) entgegen, das sich im Gestalten seiner Lebensnarrationen entfaltet (Petzold, Orth 1985, 1993a; idem 2000b) und entsteht, „wenn wir uns auf das Projekt der Selbst-Erzählung einlassen. Haben wir einmal damit angefangen, dann erhalten wir als komplexe dispositionale Struktur im Gehirn ein Selbstmodell, das in gewissem Umfang an allem nachfolgenden Denken beteiligt ist [...]. Also trägt das, was ich über mich selbst denke [*fühle und für mich will, würden wir einfügen, sc.*], zu dem bei, wer ich bin, und was ich denken werde, während ich denke, innerhalb verschiedener Einschränkungssysteme gebildet“ (Flanagan 1995, 518). Deshalb sind *Transgressionen* notwendig, um unsere „*Sinnerfassungskapazität*“ zu erweitern – dieses zentrale Konzept der Integrativen Therapie (Petzold 1992a, 393, 700ff et passim) umfasst unser Fühlen, Denken, Wollen, und das alles mündet in Handeln –, damit wir *uns selbst*, damit sich unser *Selbst* selbst überschreiten kann und wir uns in unserer **Hominität** und als eine **vielfacettige, souveräne Persönlichkeit** entwickeln können.

Deshalb gilt es im menschlichen Leben, in der Selbsterfahrung, in Bildungsprozessen, in der Therapie, in der Beziehungsarbeit, im eigenen theoretischen und praktischen Tun, „**sich selbst zum Projekt zu machen**“, auf dass „man wird, was man ist“ (Nietzsche). Das ist eines der zentralen Anliegen des Integrativen Ansatzes. Die Realisierung dieses Projektes indes, das kann nicht genügend betont werden, ist an den Anderen (*sensu Levinas*), an Andere gebunden, denn die Selbsterzählung und Selbstgestaltung braucht Zuhörer. Nietzsche stellt an den

Anfang des „*Ecce homo*“ einen Blick auf sein Leben aus einem Kairos-Moment: „An diesem vollkommenen Tage, wo alles reift und nicht nur die Traube braun wird, fiel mir eben ein Sonnenblick auf mein Leben: ich sah rückwärts, ich sah hinaus, ich sah nie so viel gute Dinge auf einmal [...] *Wie sollte ich nicht meinem ganzen Leben dankbar sein?* – Und so erzähle ich mir mein Leben“ (Nietzsche II, 1169). – Welche Einsamkeit! Natürlich erzählen wir unser Leben, müssen es erzählen, aber wir brauchen die *Ko-respondenz* in „Erzählgemeinschaften“ (Petzold 1991o, 1992a, 856 et passim) mit einem guten *narrativen Klima*, die Entwicklung einer förderlichen „Erzählkultur“ (ibid. 694). Menschen brauchen Gesprächs- und Kooperationsgemeinschaften, die eine *diskursive Kultur* pflegen, die offen sind, Einladungen auszusprechen, den Anderen zu empfangen. Das erfordert selbst Offenheit, um Dinge freimütig, *parrhesiastisch*, zu sagen und sich sagen zu lassen (was keineswegs immer einfach ist), aber man kann sich dabei selbst begegnen und finden.

1.2 *Freiheitsdiskurse* – die Risiken der Parrhesie und die Mühen der Methode

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

„Gefragt, was ihm auf der Welt das liebste sei, erwidert [Diogenes von Sinopel]: ‚Die Freiheit der Rede‘ (*παρρησια*)“ (Diogenes Laertius VI, 69)

„Bei der ernstlich gemeinten geistigen Befreiung eines Menschen hoffen im stillen, auch seine Leidenschaften und Begierden ihren Vorteil sich zu ersehen“ (Nietzsche, MA I, 701)

Wir haben unseren *Diskurs* offengestellt, um Anderes, *Fremdes* einzulassen und in seiner Andersheit und Eigenheit *aufzunehmen*. Integrative Therapie ist „*gastlich*“ – im Sinne Derridas (2000) – bereit, sich dem Unerwarteten, Neuen, Unbedingten, Unerhörten auszusetzen, dem Fremden, Differenten. Sie verdankt hier viel der Offenheit, wie sie Sandor Ferenczi (1964, 1988) in seinem Leben und Werk gezeigt hat, Offenheit in der Theorienbildung, Offenheit, auf das zu hören, was die Patienten sagen, ohne direkt schon die „richtige“ Interpretationsfolie zur Hand zu haben, Offenheit vor allem, seine eigenen Konzepte kritisch zu befragen und befragen zu lassen, auch anderen – Freud gar – kritische Fragen zu stellen (vgl. den *Ferenczi-Freud*-Briefwechsel, der u.a. deshalb so lange nicht publiziert werden durfte wegen des Verdikts der Nachlassverwalter und der *Orthodoxie*). Ferenczi war uns im therapeutischen Bereich Vorbild, willens zu sein (denn man muss das wollen!), Fragen aufzunehmen. Foucault war uns Beispiel, *parrhesiastisch* unbequeme, neue Fragen zu stellen ... auch wenn sie den her-

kömmlichen Diskurs erschüttern oder gerade, weil sie die Chance bieten, neue Denkhorizonte zu eröffnen, anders zu denken, *sich anders zu denken*, bevor sich dogmatische Disziplin einnistet, die „Normopathen“, normierte „Individuen“ verfertigt (Foucault 1975, 172). In der Integrativen Therapie, in ihrem Diskurs, wollen wir – im *Aufnehmen, Nachspüren, Nachempfinden, Nachsinnen, Nachdenken, Überdenken* – das ergründen, „was das Denken noch zu denken hat“ (idem 1966a, 343), was es untersagt oder in Schablonen normierter-normierender (Tiefen) Hermeneutik presst. Man muss also wachsam sein, für seine *Freiheit* Sorge tragen, nicht zuletzt mit Blick auf das diesem Abschnitt vorangestellte Nietzsche-Zitat, auch Sorge gegenüber den untergründigen Strebungen des eigenen Begehrens oder Leidenschaften, welche sich durchaus auch als theoretische maskieren können: man ist leidenschaftlicher „Gestaltist“, „überzeugter Analytiker“ – „orthodoxer“ vielleicht – „fanatischer Reichianer“ (nur von diesen scheint das leicht über die Zunge zu gehen, warum nicht auch von Psychoanalytikern oder VTlern? Ohne freiheitsbewusste Sorge dünnt freies Denken, emanzipatorisches *Handeln* als souveräne, kokreative Selbst- und Gemeinschaftsgestaltung aus und man „denkt“ *psychoanalytisch* oder *gestaltisch* (Blankertz 2000, 32, 66ff) oder *integrationistisch* (quel horreur!), katholisch oder marxistisch, nur nicht *sich selbst*, auf seine eigene Weise. Um solchen Gefahren zu entgehen, kann man sich der *Spontaneität* von *parrhesiastischen* Menschen immer wieder aussetzen. Fritz Perls (1969a,b) war ein solcher spontaner, nonkonformistischer und konfrontativer Parrhesiast, besonders in seiner therapeutischen Arbeit. Seinem Mut, ausgetretene Pfade zu verlassen, unverblümt zu fragen, Infragestellungen zu wagen und dabei er selbst zu sein und damit sich angreifbar zu machen, sich auch (zuweilen durchaus berechnete, öfter noch ungerechte) Kritik einzuhandeln, verdanken wir – und wir gehören zu seinen Kritikern, weil wir von ihm gelernt haben – verdankt die *Integrative Therapie* viel. Man muss auch auf die *Spontaneität* von Gruppen, von Gesprächsgemeinschaften, Diskursforen setzen, muss „Ko-respondenzräume“ aufsuchen (Petzold 1978c), in denen *Transgressionen* (hier könnte man auch von Prozessen der *Modernisierung* sprechen) stattfinden und Platz haben können. Das ist *ein Weg* – nicht frei von Risiken und Verletzungen, und den Preis wird man wohl zahlen müssen.

„Das ganze moderne Denken ist von dem Gesetz durchdrungen, das Ungedachte zu denken, an der Form des *Für sich* die Inhalte des *An sich* zu reflektieren, den Menschen aus der Entfremdung zu befreien“ (Foucault 1966, 338).

Man kann auch versuchen, das „methodisch“ anzugehen, Techniken und Prozesse zu entwickeln, die die Sorge um *Freiheit* systematisieren. Das ist ein *anderer Weg* und Zugang als der der spontanen Suche an Orten der *Spontaneität*. Er erfordert andere Mühen und birgt

andere Risiken. Die Psychotherapien und ihre Protagonisten sind zu meist diesen Weg gegangen. Sie haben Praxen der Selbstexploration und -reflexion entwickelt, haben entsprechende Methoden der *Selbstmodifikation* mit Sorgfalt, Forschungsaufwand und den Mühen der *ex-actitude* entwickelt. Hier war uns F.H. Kanfer (Kanfer, Phillips 1970) Vorbild und Anregung, „transparente“, für PatientInnen nachvollziehbare Strategien zu entwickeln, bei denen sie aktiv und verantwortlich mitarbeiten konnten. Kanfer „verstärkte“ unsere Bemühungen, behaviorale, kognitive Strategien und psychodramatische Ansätze zu verbinden (Petzold 1969a, Petzold, Osterhues 1972), eine Praxis, die durch die „Phase der Neuorientierung“ im „tetradischen System“ der Integrativen Therapie (idem 1974j, 312, 333) fest verankert ist, um Transfer und *Transgression*, auf die großer Wert gelegt wird (idem 1995a, b), zu fördern.

Kanfer gab, nachdem ihn Petzold bei seinen Lehrveranstaltungen am Institut von Ludwig Pongratz in Würzburg, diesem verdienstvollen Wegbereiter schulenübergreifender Dialoge, kennen gelernt hatte [1971], auch Kurse am „Fritz Perls Institut“ [1974]. Später [1986] trafen Petzold und Kanfer im richtungsübergreifenden Forschungsprojekt am Institut von Klaus Graue in Bern wieder zusammen, leiteten gemeinsam Supervisionssitzungen – ein faszinierender, schulenübergreifender Diskurs.

Die Psychotherapien haben – das ist das Zentrum ihrer Aktivität – Instrumente, Folien, Raster der Diagnose und Beeinflussung der Persönlichkeit, Methoden der *Selbst*-erfahrung erarbeitet, die uns Reisen zu uns selbst und damit *Freiheit* versprechen. Sie bieten uns Reisen an und laden uns ein, die Abenteuer der „sieben Weltmeere“ des Bewussten und Unbewussten (des kollektiven gar) zu erforschen, aber genau diese Angebote gilt es sorgfältig zu betrachten, um nicht „geschanghait“ zu werden, und in irgendeinem gottverlassenen Sektor des Meeres nach Tiefseefischen zu gründeln. Es ist zu untersuchen, ob es sich hier nicht um eine Reise auf festgelegten Routen handelt, mit vorgegebenen, „manualisierten“ Navigationsanweisungen nach veralteten Karten mit einer „Standardtechnik“ des Segelns. Vielleicht landet man auch auf einem „Geisterschiff“ oder einem „Seelenverkäufer“, wenn man nicht aufpasst. Vielleicht drohen Strafen, wenn man eigenwillig vom vorgegebenen Kurs abweicht. Zumindest ist man dann im „Widerstand“ (worüber sich alle Autoren des von Petzold [1981] herausgegebenen Readers „Widerstand – ein strittiges Konzept in den psychotherapeutischen Schulen“ einig waren, auch wenn ansonsten wenig Einigkeit herrschte). Und was dann passiert, ist „strukturell“ in den Schulen ähnlich. Exemplarisch sei auf ein sich emanzipatorisch verstehendes Verfahren verwiesen: Bei Bezweifelung des Kurses durch den Patienten nehme man „die Herausforderung sofort an und rücke ihm [dem Patienten, sc.] an den Leib“ (Freud 1913, StA 197). Funktioniert die Behandlungstechnik nicht, so mache man dem Patienten klar, „dass es sich hier um einen Widerstand ge-

gen die Analyse handelt,“ und das „nötigt den Patienten bald zu den vermuteten Geständnissen“ (ibid.). Das ist kein persiflierendes Heraus-picken von Zitaten, das ist der generelle Duktus des Diskurses in *Freuds* behandlungstechnischen Schriften, der bis heute – kaschierter zwar – den Diskurs der Richtlinienverfahren imprägniert. Die Methodik ist rigide. Sie kann zu einer *Zwangsansapparatur* normativ / normierender Kursvorgabe geraten bei gleichzeitiger Vorspiegelung von *Freiräumen*. Die *Einladung* zur Reise im freundlichen Gewand von *Freuds* Reismetapher verschleiert, dass dabei die *Freiheit* riskiert wird, außerhalb des „tiefenpsychologischen Ozeans“ oder der „Gestaltsee“ oder des „behavioralen Meeres“ oder des „logotherapeutischen Belts“ zu segeln. Man bleibt in einem Teich (und das ist sicher nicht der „Große“), obgleich man meint, die „Sieben Meere“ zu befahren. Die *Freiheit* zu denken, eigenständig zu erleben, zu erfahren ist zumindest „at risk“. Das Problematische ist, dass die Veranstalter solcher „Reisen“ (die Schulen) und die Reiseführer (die TherapeutInnen) sich in der Regel selbst nicht darüber klar sind, was sie da verkaufen und dass es vielleicht keine Rückfahrkarten gibt oder nur schwierige Ausstiegs- oder Umstiegsmöglichkeiten. Die Einengung der Selbst- und Weltsicht ist vielleicht die größte Gefahr der Psychotherapie, die sich als Disziplin nicht metakritisch reflektiert, diskursanalytisch untersucht und ihre verschiedenen Veranstaltungsangebote nicht dekonstruktivistisch durchdringt, eine Gefahr, welche sich in allen „Schulen“ notorisch reproduziert, die eine „feste Route“, „standardisierte Richtlinien“ und „manualisierte Behandlungsformulare“, „klare“ Ordnungen anbieten. Es kommt zu Sicherheiten, die sich als Zwänge, zu Wahrheiten, die sich als Dogmen erweisen, zu normierten Erkenntniswegen, die im dekonstruktivistischen Blick als manipulierende Praxen erkennbar werden.

(*Freud* konzipiert z.B. für die „Übertragungsliebe“, dass sie „erstens durch die analytische Situation provoziert, zweitens durch den diese Situation beherrschenden Widerstand in die Höhe getrieben“ wird [1919, StA 228] und über all das besteht – auch heute noch nicht in klassischen Analysen „auf Krankenschein“ – ein „informed consent“, der rechtlich durch die Verpflichtung, über „Risiken und Nebenwirkungen“ aufzuklären, hergestellt werden müsste).

Mit *Lyotard*, *Foucault*, *Deleuze*, *Derrida* u.a. muss man heute eine Pluralität von Diskursen annehmen, muss Metaerzählungen normativer / normierender „zentraler“ Vorstellungen vom Menschen eine Absage erteilen, muss man „sich wohl eingestehen, dass es kein Zentrum gibt“ (vgl. *Derrida* (1972, 424)). Man muss sehen, dass die klare GESTALT nur eine Möglichkeit ist und das vielgliedrige **Rhizom**, eine Metapher, die für die vernetzten Prozesse in lebendigen Systemen gebraucht worden ist, eine andere. „In zentrierten ... Systemen herrschen hierarchische Kommunikationen und von vornherein festgelegte Verbindungen; dagegen ist das **Rhizom** ein nicht-zentriertes, nicht-hierarchisches und nicht-signifikantes System ohne General,

organisierendes Gedächtnis und Zentralautomat; es ist einzig und allein durch die Zirkulation seiner Zustände definiert. Im Rhizom geht es um ‚Werden‘ aller Art“ (Deleuze, Guatari 1977, 35). Die Abwesenheit solcher Zentralkonzepte indes schafft kein destruktives Chaos, keine öde Leere, sondern diese Abwesenheit universalistischer Strukturierungen, diese Offenheit, die durch das Aufgeben von endgültigen Sicherheiten entsteht, eröffnet Freiraum:

„Diese Leere stellt kein Manko her, sie schreibt keine auszufüllende Lücke vor. Sie ist nichts mehr und nichts weniger als die Entfaltung eines Raumes, in dem es schließlich möglich ist, zu denken“ (Foucault 1966, 353).

Vor dieser bedrängenden und befreienden Erkenntnis rettet keine Heilsverheißung und keine Dogmatik der „sicheren Lösungen im emanzipatorischen Gewand“, auch nicht die einer sich selbst und ihre problematischen Geltungsansprüche missverstehenden Psychotherapie⁴ und schon gar nicht eine „Standardtechnik“ der Analyse, eine Normvorstellung des Kontaktes bzw. Kontaktprozesses – z.B. der stereotype Ablauf des Kontaktzyklus in der klassischen Gestalttherapie –, ein fixes Modell der Selbstexploration. Damit soll keine Position gegen methodisches Vorgehen in der Psychotherapie, ihrer Theoriebildung und Praxis vertreten werden zu Gunsten omnipräsenter Spontaneität, sondern *positions* (sensu Derrida) für „Spontaneität und Methode“ als theoretisches Prinzip: Die Klarheit der GESTALT und die Mannigfaltigkeit des **Rhizoms** in ihrer Differenz (Petzold 1989a) ermöglicht differentielle Zugänge zur Wirklichkeit (*différance*).

Um problematischen Geltungsbehauptungen zu begegnen und mit hinlänglicher Gewissheit für seine *Freiheit*, seine *Freiräume* Sorge zu tragen, die *positions* der Integrativen Therapie zu untersuchen, kann folgender Weg beschritten werden, der auch dazu dient, die Fragen nach *Spontaneität* und **Methode** zu betrachten. Es ist ein Modell, das sich auch auf sich selbst anwenden lässt, indes die Mühen der **Methode** nicht zu ersparen vermag, aber auch des Inputs der *Spontaneität* immer wieder bedarf:

I. Wir beobachten das phänomenale Feld und – dazugehörig – uns, unseren Diskurs und unsere Praxis: beim Schreiben, Denken, beim Miteinandersprechen und -tun, Therapieren, Lehren usw. – **phänomenologischer Zugang**.

II. Wir beobachten/analysieren das Denken dieses Denkens, Schreiben dieses Schreibens und Beobachten das Beobachten, versuchen den Diskurs des Analysierens unseres Diskurses ko-respondierend zu durchdringen: auf verborgene **Diskurse**⁵, *g e n e a l o g i s c h* auf unbewusste oder

4 Ein Beispiel solcher sich „kritisch“ gebender Therapie ist die jüngste Darstellung und „gestaltistische“ Interpretation der Goodmanschen kritisch-pragmatischen „klinischen Soziologie“ – so Goodmans (1972) eigene Benennung – als „aristotelisch-thomistische“ Gestalttherapie durch Stefan Blankertz (2000) mit der Geltungsbehauptung, dass dies nach seinem „Urteil das Wesen des Gestalt-Ansatzes“ ausmache (ibid. 137, vgl. kritisch Petzold 2000g).

5 Es wird hier ein in Anlehnung an Foucault konstruierter **Diskurs**begriff verwandt (er wird in **Fett**druck gesetzt, im Unterschied zum Habermasschen *Diskurs*begriff

dissoziierte Vergangenheitseinflüsse, *dekonstruktiv* auf ausgeblendete oder vermiedene Gegenwart mit ihren Machtverhältnissen, um sie zu verstehen und so effektiv zukunftsgerichtet handeln zu können.⁶ Wir unterstützen uns dabei wechselseitig – (tiefen)hermeneutischer Zugang.

III. Wir reflektieren die Bedingungen dieses Beobachtens und Analysierens des Gedachten, Geschriebenen und Getanen, betrachten unsere Diskursivität auf Differenzen, **ko-respondieren** mit KollegInnen unterschiedlicher Therapieorientierungen, Fachleuten verschiedener Disziplinen, Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur: von „außen“ [wo beginnt das?] und von „innen“ [denn bei uns und in uns sind ja auch verschiedene Fakultäten und Kulturen versammelt]. Wir produzieren dabei *différance*⁷, Unterschiedlichkeiten, Aufschübe, die uns Zeit zum exzentrischen Metarefektieren geben. Wir lesen *kreuz und quer*, gehen ins Internet, schaffen Links, *konnektivieren*, suchen im interdisziplinären, interkulturellen Austausch die Strukturen, Hintergründe, Untergründe, Entwurfstendenzen in unseren ko-respondierenden *Diskursen* zu entdecken, *sensibel für verborgene Diskurse*, die dabei aufgeschwemmt werden und *dysfunktional* zum Tragen kommen können. Wir stellen sie *metakritisch* in kultur-, ideen- und zeitgeschichtliche Zusammenhänge, um aus der *Metaposition* dieser weitgreifenden Mehrperspektivität und Polykontextualität **vielschichtigen Sinn** zu generieren und die

rationaler, „herrschaftsfreier Rede“ über vorgetragene Geltungsbehauptungen, der *kursiv* gesetzt wird). **Diskurs** wird als – *zumeist untergründig wirkende* – *machtvolle „Kulturströmungen“* verstanden (u.a. in Institutions- bzw. Organisationskulturen), wie sie sich in spezifischen „Feldern“ (z.B. dem des Krankenhauswesens), in wissenschaftlichen Communities und ihren *Diskursen*, Interpretations- und Kommunikationsstilen (d.h. auch in ihren Hermeneutiken bzw. Tiefenhermeneutiken!), den Verkehrsformen der Alltags- und Arbeitswelten, in Regeln, Vorschriften, Dokumenten, Riten, Traditionen und ihren *Repräsentationen* nebst dem darunterliegenden Schweigen transportieren und Ordnungen (z.B. der Identität) konstituieren, die zugleich Ausschlussprozeduren (von anderem und Anderen) sind. Für die Nutzer dieser Verkehrsformen und die in diesen Stilen und Diskursen Kommunizierenden sind diese **Diskurse**, ihre Unterdrückungen, Normalitätszwänge und ihre Ausgrenzungen in der Regel nicht bewusst. Sie sehen nicht, dass das Entstehen von Machtverhältnissen durch einen **Diskurs** des Unterdrückens/der Unterdrücker strukturell einen **Diskurs** der Unterdrückung/der Unterdrückten impliziert. Es geht also im **Diskurs** um das Ausgegrenzte in *Diskursen*, das den *Diskurs*subjekten prinzipiell unzugänglich ist (Foucault 1966/1971). Das ausgegrenzte Andere muss zum Selben geholt werden (le Même et l'Autre) und an die Stelle der Ausschließung tritt die *Differenzierung*, durchaus auch die *différance* im Sinne *Derridas*. Ko-respondieren ist das Herstellen von *différance*.

- 6 *Genealogie* und *Dekonstruktion* müssen das Entstehen von Kräfte- und Herrschaftsverhältnissen herausarbeiten, die zumeist aus dem Missbrauch von Unterworfenen entstehen. Dekonstruktion ist das hinterfragende Zersetzen von Machtverhältnissen mit dem Ziel des Aufweises von Möglichkeiten der aktiv verantworteten Realisierung von *Recht* und *Gerechtigkeit*, die genau deshalb – weil sie von den Beteiligten *getan*, *realgemacht*, *verwirklicht* werden muss, „ohne Rechtsgarantie“ bleibt (Derrida 2000). Verantwortung ist *engagiert*, ist die „Praxis von Verantwortung“ (Petzold 1978c). *Genealogie* ist zugleich Aufdeckung, Aufklärung, Wissens- und Kampftechnik. Sie ist „diese Verbindung zwischen gelehrten Kenntnissen und lokalen Erinnerungen, die die Konstituierung eines historischen Wissens der Kämpfe ermöglicht sowie die Verwendung dieses Wissens in den gegenwärtigen Taktiken“ (Foucault 1978a, 62).
- 7 „Der Begriff ‚différance‘ lässt sich nicht ins Deutsche übertragen. Er bezeichnet die die Differenzen erzeugende ‚Tätigkeit‘ und gleichzeitig die Verzögerung und den Aufschub der Präsenz, die durch diese Erzeugung bewirkt wird. Die ‚différance‘ ist folglich die substantivierte Form der beiden Verben ‚différencier‘ (Unterschiede setzen) und ‚différer‘ (aufschieben)“ (so Rudolfe Gasché zu seiner Übersetzung von Derridas „Die Schrift und die Differenz“ 1976, 99).

*Emergenz*⁸ von transdisziplinären, vielleicht transkulturellen, übergeordneten Diskursen zu ermöglichen – *metahermeneutischer Zugang*.

Das sind die Elemente einer „*metahermeneutischen Mehrebenenreflexion*“ (hier „*Triplexreflexion*“), ein Verfahren, das H. Petzold (1994a) erarbeitet hat, um in Zusammenführung *diskursanalytischer* (Foucault), *dekonstruktivistischer* (Derrida) und *ko-respondenzmethodischer* (Petzold) Theorienbildung, Methodologie und Praxis die Bedingungen von Diskursen – hier dem der Integrativen Therapie – kritisch und metakritisch zu untersuchen (Beispiele solcher Arbeit vgl. 1996k, j, Petzold, Orth 1999). Dieser vorliegende Text ist in sich wiederum ein Stück metahermeneutischer Arbeit, indem er Materialien bereitstellt, *links*, *hyperlinks* herstellt oder den Versuch anstößt, zwischen unterschiedlichen Wissensbeständen, Referenztheorien, Interpretationskulturen einen *Hypertext* herzustellen. Unser Text will *Materialien* für die metahermeneutische und metakritische Arbeit liefern (Petzold 2000h), die die LeserInnen (z.B. Integrative TherapeutInnen, TherapeutInnen anderer Orientierungen, Ausbildungskandidaten der Psychotherapie o.a.) in ihren Ko-respondenzgruppen bzw. -netzwerken in Echtzeit oder in virtuellen Ko-respondenzen leisten wollen. Es ist ihm um ein Bereitstellen zu tun, er liefert keine fertigen Ergebnisse, denn unser Grundansatz zielt auf die Initiierung *ko-respondierender* (d.h. reflexiver/metareflexiver und diskursiver) Wissenskonstitution, und das führt immer zu „auf Zeit“ von Konsensgemeinschaften getragenen, persönlich und gemeinschaftlich verantworteten Wissensbeständen (also zu keinen Dogmen für die Ewigkeit oder Metaerzählungen im Sinne Lyotards!). Dadurch, dass wir unsere Gedanken, Texte, *Positionen* in den *Diskurs* stellen, kann die *Ko-respondenz*, d.h. Begegnung und Auseinandersetzung, fortgeschrieben werden. Unsere Arbeit ist eine „aktive Interpretation“ (Derrida 1986, 31) von „*work in progress*“ mit all der *Spontaneität* und den methodischen Mühen innerhalb unserer eigenen Prozesse und innerhalb unserer Ko-respondenz- und Konsensgemeinschaft. Das ergibt sich aus ihrer herakliteschen Grundorientierung (Petzold, Sieper 1989b). In unserem Text werden Bestätigungen alter Positionen sichtbar, aber auch Konjekturen, Korrekturen. Es werden unsere Entwicklungen, Veränderungen und *Überschreitungen* (frz. *transgressions*) von *Vorgängigem*, von vorhandenen *Positionen* (*positions*) erkennbar – selbst wenn die Differenzen nur klein sind. Indes über die Größe der Transformationen bestimmen die Differenzierungen, die die Leser oder Zuhörer vornehmen.

8 Zu unserem Emergenzkonzept und der Möglichkeit der Steigerung des „Emergenzpotentials“ von Systemen durch transformative Konfigurierung und durch Erhöhung der intra- und intersystemischen Konnektivierungen vgl. Petzold (1998a) und Petzold, van Beek, van der Hoek (1994).

1.3 Hominität, Souveränität, Ethos – der Imperativ des Politischen

„Es ist höchste Zeit, die Voraussetzungen für den kollektiven Entwurf einer sozialen Utopie zu schaffen, die in gemeinsamen historischen Traditionen und zivilisatorischen Werten wurzelt, und man sollte dabei nicht aus dem Auge verlieren, was diese Traditionen der Existenz eines Staates zu verdanken haben, der als erster zur Förderung und Verteidigung des Gemeinwohls in der Lage ist“ (Bourdieu 1998, 9)

Schon *Demokrit* hatte den „wohlregierten Staat“ als das Höchste gepriesen. Und wir denken und konzeptualisieren auf dem Boden der *Grundordnung* dieses Staates (Petzold 1998a), deren philosophische und humanistische Substanz immer wieder der Relektüre, aber auch der dekonstruktivistischen Reflexion wert ist, um mögliche Schwachstellen, besonders *in der Umsetzung* (auch unserer Umsetzung an unserem Ort in der Gesellschaft) für uns transparent zu bekommen. Das „vierte Richtziel“ Integrativer Therapieausbildung zentriert auf sozialem Engagement (Petzold, Sieper 1972; Petzold, Orth, Sieper 1999). Das ist von unserer Seite eine der *Voraussetzungen* (und man muss zu Bourdieu hin individuelle und kollektive Voraussetzungen differenzieren), um an der hinter jeder Demokratie stehenden Utopie als etwas „Kommendem“ (Derrida 2000) mitzuarbeiten, denn *Utopien* eröffnen notwendige und handlungsleitende Zielhorizonte für Gesellschaften, ihre Menschen, ihre Professionen und Institutionen (Bloch 1959, 1976) und für deren Praxen, in denen ein beständiges *Überschreiten* auf Demokratie hin erfolgen muss. Kritische und engagierte Arbeit ist zu leisten für ihre Entwicklung und Verfeinerung, für ihre Veränderung in sich verändernden Weltbedingungen im Sinne der *Globalisierung* ihrer Ideale. Das für unsere therapeutische und agogische Arbeit im Integrativen Ansatz klarzumachen, ist uns ein Anliegen.

Für uns geht es in diesem Text, wie in der Mehrzahl unserer Texte, um *Transparenz* in Bezug auf unser Denken – und das kann durchaus verschlungene Wege gehen und schließt „Opazität“ (Merleau-Ponty) nicht aus. Es ist ein Denken, das sich damit kritisierbar macht, für *parresiasische*⁹ Einwände öffnet und folglich auch die Entwicklung des Verfahrens von *unserer* Seite (und weil auch andere daran arbeiten, von *anderer* Seite) deutlich und kritisierbar machen. Hinter diesen Entwicklungen stehend – und letztlich zentraler – geht es um einen **politischen Imperativ**: die Forderung nach einem *Ethos der Sorge*, einer *sorgsamem Haltung sich selbst gegenüber*, einer *Sorge für das Gemeinwohl* in einer *engagierten Verantwortung* (idem 1978c) mit einem bewusst entschiedenen, gewollten und praktisch *kultivierten Altruismus*,

9 Zum *Parrhesiebegriff*, als ein rigoros und offen praktizierter Wahrheits-/Freiheitsdiskurs der *Problematisierung* (sensu Foucault) und seinem Verständnis im Integrativen Ansatz vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999 und idem 2000h.

der – wie alles andere in der psychotherapeutischen Konzeptbildung – nicht naiv und theorielos sein sollte (Blankertz 2000, 14), sondern besonnen, um zu einem fundierten persönlichen *ethos* mit einer klaren *kritisch-bewussten politischen Position* (Derrida 2000) zu finden, was den Integrativen Ansatz schon immer kennzeichnete (Petzold 1987d, 1994c mit Rückgriff u.a. auf Politzer, Adorno, Foucault, Derrida, Bourdieu, Sennett). Die Fragen der Legitimierung supervisorischen und therapeutischen Handelns durch ethiktheoretische und politikpraktische Begründungen haben wir wieder und wieder betont (idem, Ebert, Sieper 1999), dabei aber – Foucault folgend, er ist hier klarer als Bourdieu – herausgestellt, dass die *Arbeit für das Gemeinwohl* nicht von der *Arbeit an sich selbst* abgetrennt werden kann, genauso wie *epimeleia heautou*, die *Selbstsorge* (Schmid 1995) nicht losgelöst von der Sorge um den Anderen, die Anderen, die Polis gesehen werden kann. Demokrit macht das ganz klar: „Pflichten gegenüber dem Gemeinwesen muss man unter allen Pflichten für die wichtigsten halten, auf dass es gut gelenkt werde“ (Fragment 252). Foucaults Betonung der *Selbstsorge* in seinem Spätwerk und Derridas (2000) Betonung des Engagements in seinen Arbeiten zu einem neuen Verständnis von Demokratie aus einer „Politik der Freundschaft“ lassen sich in fruchtbarer Weise *konnectivieren*. Beide Autoren vertreten ein rigoroses *Einstehen* für den Anderen – wie für einen Freund –, wenn seine Freiheit, seine Würde bedroht sind.¹⁰ Ein solches *Einstehen* und *Eintreten*, das ist die Position eines „politischen Imperativs“ in der Integrativen Therapie, wie wir sie vertreten, und die fordert auch die PsychotherapeutInnen mit Blick auf ihre PatientInnen, denn es wird mehr als das *Eintreten für Patientenrechte* notwendig – so wichtig Patientenrechte sind, aber der formalrechtliche Rahmen greift zu eng, wie Derrida mit Recht aufweist:

„Wann werden wir für eine Erfahrung der Freiheit und der Gleichheit bereit sein, die auf diese Freundschaft, aus Achtung vor ihr, die Probe macht und schließlich gerecht, gerecht jenseits des Rechts, das heißt dem Maß ihres Unmaßes gemäß wäre?“ (Derrida 2000, 409).

Weil das politisch verantwortliche Subjekt demokratischer Kontexte in der prekären Doppelrolle des „*gouvernant et gouverné*“ steht, muss es als beherrschter Herrscher bzw. herrschender Beherrscher zu einer *Kultur seiner selbst* finden, um in ihr „das Prinzip einer Beziehung zu sich zu definieren, von dem aus sich die Formen und Bedingungen bestimmen lassen, unter denen ein politisches Handeln, eine Teilhabe an den Lasten der Macht, die Ausübung einer Funktion möglich oder unmöglich, akzeptabel oder notwendig sein werden“ (Foucault 1984b, 107). Daraus folgt:

10 Gerade für die Arbeit mit Ausgegrenzten, Marginalisierten ist dies zentral, wie wir betont haben (vgl. Petzold 2000b).

- Das Subjekt muss, um *Souveränität* (Petzold, Orth 1998; idem 2000h) zu gewinnen, sich in einer „persönlichen Archäologie“ klären und seine *positions* in Herrschaftsstrukturen und Machtverhältnissen verstehen und bestimmen. Dies muss über den Weg einer „persönlichen Hermeneutik“ des Subjekts (Petzold 1992a) und sein „soziales Sinnverstehen“ (idem 1995a; Zaepfel, Metzmacher 1996) führen. Aber es muss noch darüber hinausgehen:
- Das Subjekt muss sich seiner strategischen Kompetenz versichern (Foucault 1984b, 107ff).
- Das Subjekt muss als Teil seiner Arbeit „*an sich selbst*“ (und das kann auch Teil seiner Arbeit in der Therapie sein) und an „*sozialem Sinnverstehen*“ (und das verlangt eine sozialwissenschaftlich unterfangene Hermeneutik, vgl. Petzold 1998a) sein **persönliches „ethos“** als sicheren Ort in unsicheren Verhältnissen als Basis seines Lebens und Handelns bestimmen (Foucault 1984b, 109ff), wobei wir, anders als Foucault und auch als Paul Goodman, die **ko-respon-dierende** Erarbeitung eines solchen **Ethos** mit *bedeutsamen Anderen* in einer Konsens- und Aktionsgemeinschaft betonen (Petzold 1991e, 1992, 500ff). Wir sehen das als Teil einer *Lebenskunst*, die dann auch eine *Kunst und Kultur des politischen Denkens und Handelns* wird an dem *Ort*, an dem man in der Gesellschaft handeln will – und es gibt deren viele. Wir sehen ihn für uns in der Ausbildung und Weiterbildung von reflexiven, ko-respon-dierenden und engagierten „**Menschenarbeitern**“, z.B. in unserer Bildungseinrichtung und unserem Therapieausbildungsinstitut (vgl. Sieper 1985; Sieper, Petzold 1977, 1993, Petzold, Steffan 1999b) oder in der Therapie und Agogik mit benachteiligten oder marginalisierten Gruppen und Extrembelasteten (vgl. Petzold 1974b, 1985a, 1986b, 1999i; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; Petzold, Wolf et al. 2000).
- Das Subjekt muss seine „Sorge um sich“, wie Foucault in der Rekonstruktion antiker Selbsttechniken zeigt (vgl. Schmid 1995), in seiner *reflexiven Vernunft* gründen (Foucault 1984b, 113ff), wobei wir (gleichfalls an antike Motive anschließend, z.B. die Gemeinwohlorientierung bei *Demokrit*, *Marc Aurel* u.a.) das Motiv der „engagierten Sorge für den Anderen“ zentral stellen – im philosophischen Bezug zu *Marcel* (1967), *Levinas* (1983) und dem späten *Derrida* (2000) und in der politisch-praktischen Orientierung mit Bezug auf sozialkritisches Denken und Handeln, wie es z.B. *Paul Goodman* in seinem „Werkleben“ (Blankertz 1983; Nicely 1979) oder *Pierre Bourdieu* in „Gegenfeuer“ (1988), „Der Tote packt den Lebenden“ (1997) und „Das Elend der Welt“ (1997) entwickelt hat (vgl. *Schwingel* 1998). *Bourdieu* (1993) trägt dem Intellektuellen die Herausforderung einer „eingreifenden Wissenschaft“ an (*Leitner* 2000) mit einer Praxis, in der es darum geht, dass der Unterdrückte „zu Wort kom-

men kann“, wie es schon *Foucault* in seinen Gefängnisprojekten (*Eribon* 1998; *Miller* 1998) postuliert und praktiziert hatte, und wie es in einer politisch engagierten, dekonstruktiven Therapie (*Parker* 1999; *Petzold, Orth* 1999) umgesetzt werden kann und muss.

Die eigene **Souveränität** erfordert zu ihrer Konstituierung die dekonstruktive Auseinandersetzung sowohl mit sich selbst als auch mit dem Anderen (sensu *Levinas*) in seiner Andersheit und schließlich mit dem/den Anderen in uns selbst als „ausgehandelter, ausgestrittener Selbstbestimmtheit“. Das allein begründet und ermöglicht gelebte und lebbar *Freiheit* – sie führt nicht durch die Metaphysik eines *mäontischen* Freiheitsbegriffes, wie bei *Berdjajew* (1956), so faszinierend er ist –, sondern über keinen anderen Weg als über die ko-respondierende Auseinandersetzung mit dem Anderen (und seiner Souveränität, die sie zugleich ermöglicht). Es gilt, sich der „wahren Rede des Anderen“ (*Parrhesie, παρρησία*) auszusetzen, selbst dem Anderen gegenüber das „Risiko des Wahrsprechens“ (*Demokrit*, Fragment 226) einzugehen und natürlich sich selbst gegenüber *Parrhesie* zu praktizieren.¹¹ *Parrhesiastisch* gegründete *Souveränität* ist nach integrativem Verständnis immer *intersubjektiv* (*Petzold* 1980g; *Jaquenoud, Rauber* 1978), erfordert eine *gemeinschaftliche* (tiefen)hermeneutische Suchbewegung, die selbst noch einmal *metahermeneutisch* durchgekämmt werden muss auf das, was souveräne Subjektivität – die eigene und die von Anderen – einschränkt und behindert: Elemente subtiler Dependenz, Selbstunterdrückung, Strategien kalibrierender Normalität. Solche Elemente finden sich oft in den Wegen der Selbstsuche und Selbsterkenntnis, ihren strukturellen Vorannahmen und ihren Praxen, besonders in psychotherapeutischer Selbsterfahrung (z.B. in Lehranalysen mit dem Ziel disziplinierender Triebregulation, Familienrekonstruktionen im Sinne traditionell-traditionalistischer Familienmodelle, besonders krass in Aufstellungsarbeit nach *Hellinger*, mit dem Ziel der Herstellung unterwerfend-unterwürfiger „Ordnungen“ im Sinne konservativer Moralität).

Therapie praktiziert hier **Diskurse** normierender und disziplinierender Selbsterforschung, eine „unendliche Durchforschung aller Seelenwinkel: die Chancen [bietet sc.], überall etwas aufzustöbern, wo bis dahin nichts oder nichts Bemerkenswertes vorhanden war“ (*Dauk* 1989, 152; vgl. *Foucault* 1984a, 83). Aus Integrativer Sicht muss der Analysand nicht alles „rückhaltlos offenbaren“, muss nicht jeder dunkle Winkel des (für *Freud* damit als „böse“ konnotierten) Es ausgeleuchtet, nicht jede Unbewusstheit erhellt werden, damit „*Ich werden soll, wo Es war*“¹², das *Ich* wieder „*Herr im eigenen Hause*“, die „Zuy-

11 Vgl. zum Konzept der *Parrhesie*: *Foucault* (1996).

12 *Freud* 1933a, StA I, 516. Mit dieser *Maxime* wird – wie im jüdisch-christlichen **Diskurs** – wieder das „sündige Fleisch“, das triebhafte Es unter die Macht der Diszi-

dersee trockengelegt“ wird, wie es *Freud* mit diesen berühmten Formulierungen postuliert. Unbewusstes, Fremdes in uns müssen wir nicht belliziös erobern, wir müssen es *uns vertraut* machen (*Petzold* 1988a, 2000h). Und das gelingt z.B. in künstlerischer Selbsterfahrung und (Selbst)gestaltung oft tiefgreifender (idem 1999q) als in der rational-interpretativen Analyse, besonders wenn in dieser die „*Deutungsmacht*“, wie in der Psychoanalyse strukturell festgeschrieben, in Händen eines anderen – des Seelenarztes/Analytikers – liegt (*Pohlen, Bautz-Holzherr* 1994), durch dessen Diagnose- und Interpretationsarbeit „das Subjekt der Wünsche an die allgemeingültige Interpretation [des psychoanalytischen Diskurses und seiner Quellen in Pastoral- und Medizinalmacht, s.c.] angeschlossen“ und damit „normalisiert“ wird (*Dauk* 1989, 150). Nicht minder gefährlich ist es, wenn die „*Aktionsmacht*“ in den Händen humanistischer Therapeuten liegt, die über die „rules and games“ (*Perls* 1980, 193ff) einer normiert-normierenden „Kunst der Wahrnehmung“ (*Stevens* 1975) verfügen und eine Form der *Bewusstheit* (*awareness* zu Lasten der *consciousness* wie in der Gestalttherapie) favorisieren.¹³ Erst wenn solche disziplinierenden Implikate der eigenen Selbsterforschung und ihrer Instrumente aufgearbeitet wurden (z.B. aus kodifizierter *Deutungsmacht* stereotype Deutungsschemata¹⁴ verwendende Couchanalysen, aus struktureller, settingimmanenter *Handlungsmacht* stereotype Dramatisierungsschemata inszenierende Hot-Seat-Sitzungen, die u.a. dazu führen, dass man psychoanalysekonforme oder gestaltische Träume produziert), wird es möglich, subtilen Machtapparaturen zu entkommen. Durch sie reproduziert sich permanent konforme Normalität: ein „gestaltisches“ oder „psychoanalytisches“ Denken und – schlimmer noch – Fühlen, ein *normativ* „integrationistisches“ gar. *Integrationismus* im Sinne einer vereinnahmenden Umarmung, der Differenzierungen übergeht, und der statt respektvoller *Konnektierungen* machtvolle *Annektierungen* praktiziert, ist eine durchaus ernstzunehmende Gefahr für die Integrationsbewegung in der Psychotherapie. Weil

plin des (göttlichen) *lumen rationis*, der rational geläuterten Vernunft (sensu *Kant*) gezwungen (*Petzold* 2000h). *Freud* konterkariert hier seine eigene aufklärerische Absicht, weil aus ihm der unbewusste **Diskurs** seiner Kultur und ihrer den Körper und die Sexualität disziplinierenden Macht spricht.

- 13 „Nimm Dich ganz wahr!“ – die Existenz eines unhintergehbaren *punctum caecum* wird ausgeblendet. „Spüre deine Hand, mach Dir ihre Form, ihr Gewicht deutlich, um sie Dir wieder ganz anzueignen!“ Solches „reowning“ – typisch für Gestalt-Awareness-Arbeit (*Stevens* 1975) – erkennt nicht, dass genau damit die Hand „entfremdet“ wird, weil sie zum „Gegenstand“ des objektivierenden Bewusstseins wird, eines **Diskurses** rationaler cartesianischer Körperhabe, gegen den *Perls* doch angetreten war.
- 14 Beeindruckende, bedrückende Beispiele finden sich in Texten des Gutacherverfahrens im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und analytischen Psychotherapie, die *Rainer Richer* (2000) analysiert hat.

jede Form von Psychotherapie (natürlich auch von Pädagogik) mit ihren disziplinierenden Infiltraten aus gesellschaftlichen Machtdiskursen (oft sind sie als solche schon Instrumente von Disziplinierungs- und Anpassungsmacht, vgl. Berger, Luckmann 1970, 121) die Gefahr birgt, normierte Persönlichkeiten, standardisiertes Denken, Fühlen und Wollen, „kalibrierte“ Prozesse hervorzubringen, müssen in „psychotherapeutischen Schulen“ die Konzeptionen und Instrumente der Subjektconstitution und des Souveränitätsgewinns mit ihren implizierten „Wahrheitsspielen“ (Foucault 1998, 499) kritisch und metakritisch reflektiert werden. Denn nur solcherart „gereinigte“ Souveränität ermöglicht, den eigenen *Freiheitsdiskurs* zu gestalten und im Sinne des „politischen Imperativs“ für den *Freiheitsdiskurs* der Anderen engagiert Sorge zu tragen – und eine solche Haltung ist die Grundlage für eine dekonstruktive Gestaltung und konstruktive Mitgestaltung von Gesellschaft, von *metareflektierter Demokratie*. Dabei müsste man über das Demokratie- und Politikverständnis – und hier besonders das Problem der *Gerechtigkeit* – viel sagen, wenn Derridas (2000) Formel: „keine Dekonstruktion ohne Demokratie, keine Demokratie ohne Dekonstruktion“ nicht zu einer Leerformel werden soll. Für uns geht es in Demokratie um eine *synarchische*, partizipatorische Verwaltung von *MACHT* (Petzold 1992a) und um eine *Freiräume* eröffnende, Gerechtigkeit erarbeitende Solidarität, Subjektivität und Intersubjektivität ermöglichende Gesellschaftsform, die das *Leben-können von Menschen* in einem „hinlänglich guten Leben“ (Steinfath 1999), mit einer „artgerechten“, menschengemäßen Lebensqualität in Sicherheit und Frieden, Wissen und Freiheit auf einer globalen Ebene gewährleistet¹⁵, nicht nur in den privilegierten Technologiegesellschaften. Es geht um *Rechte* auf ein „würdiges, menschenwürdiges Leben“, auch in Situationen der Belastung und des Leidens, ja es geht um mehr als *Rechte*, um ein freiwilliges Geben (vgl. das Konzept der *Gabe* bei Derrida 2000), das jeder, der zu geben hat, einbringen müsste, um ein Leben, in dem man Zufriedenheit, Gelassenheit und zuweilen Glück finden kann (Orth 1993), für Mitmenschen zu gewährleisten, ein Leben, welches die *Hominität* von Menschen auf breiter Weise fördert, so dass von *ihnen Humanität* verwirklicht werden kann. Diese ist nämlich über Verfügungen und Zwang nicht zu konstituieren, sie erfordert die freiwillige Leistung eines brüderlichen, freundschaftlichen *Einstehe*ns für den Anderen, ja für das letzte Mitglied der Gesellschaft, die sich demokratisch nennt (Petzold 2000b). Das ist die wesentliche gesellschaftliche Arbeit, in die Therapie eingebunden ist: als „just thera-

15 In diesen Zielsetzungen sind die zentralen modernen demokratischen Qualitäten von Freiheit (Selbstbestimmtheit/Selbstverwirklichung), Gleichheit (Gerechtigkeit), Brüderlichkeit (Solidarität/Wohlfahrt), Wissen (Information/Bildung), Integrität (Würde und Glück) repräsentiert.

py“ dem Gerechtigkeitsanspruch verpflichtet und als *kritisch-emanzipatorische Therapie* dem Freiheitsanspruch verpflichtet. Das bedeutet aber, dass der therapeutische Freiheitsdiskurs und seine Praxen der Freiheitskonstitution (Selbstanalyse, Selbstkontrolle, Selbstverwirklichung etc.) selbst nicht zu einer Zwangsapparatur werden darf.

Deshalb geht uns in diesem Text, unserem [???] Text – wie viele Menschen denken, arbeiten an diesen Fragen, wie weit ist *unser* Schreiben nicht Niederschrift eines kollektiven Denkens, dass wir aufgefangen, aufgenommen haben! – geht es insgesamt in unserer Arbeit um *Diskurse der MACHT und der Freiheit* (Petzold, Orth, Sieper 1999) in unseren und für unsere aktuellen Lebensnarrationen und aktuellen Ko-responsendenzen (mit Freunden, PatientInnen, AusbildungskandidatInnen, KollegInnen) in den jeweils gegebenen Kontexten als eine Diskursivierung unserer *Positionen* (im Sinne Derridas 1986). Es geht auch um *Kreativität, Narrativität, Lebenserfolg, um Arbeit, Krankheit, Endlichkeit, Tod* (Petzold 1999 i, k, l, q) und um die *Banalitäten des Lebens* – man darf sie nicht geringschätzen. Das sind Kernthemen einer differentiellen und integrativen Arbeit *an uns selbst* und mit *Anderen* – sei sie nun agogischer, therapeutischer oder kulturschaffender Art: einer Arbeit mit und für Menschen, mit der *eigenen Person*, in der und an der *Welt* (mit *anderen*). Zielhorizonte sind: eine vielfältige Persönlichkeit, eine mannigfaltige, freiheitserfüllte Sozialität „aus Freude an demokratischer Gemeinschaft“ (vgl. Derrida 2000), eine aus „Freude am Lebendigen“ *nachhaltig* gepflegte Lebenswelt/Ökologie, eine menschenfreundliche, menschliche und effektive Therapie für Individuen und ihre Netzwerke (Petzold, Steffan 2000a; Petzold, Wolf, Josic, Landgrebe, Steffan 2000; Hass, Petzold 1999). Für die Realisierung solcher Ziele – wie tentativ auch immer – sind notwendig: das Streben nach komplexem Erkenntnisgewinn aus einem „Willen zum Wissen“ und die – oft mühevoll – Arbeit für eine gute Lebensqualität aus einem „Willen zum Guten“, einem „kultivierten Altruismus“.

In beidem ist sowohl das Erkenntnisvermögen, das Wollen (Petzold 2000a) und das engagierte Handeln des *souveränen Subjekts* (1998a, 275) zu nutzen. Und dabei unterstellen wir, das der erwachsene, „vollsinig“ Mensch (H. Schmitz 1990), der seine Entwicklung und Sozialisation als „produktiver Realitätsgestalter“ (Hurrelmann 1995; Müller, Petzold 1999) durchlaufen hat, in der Regel solche **Souveränität**, Subjektivität und Intersubjektivität, d.h. **Hominität** entwickeln konnte, *ohne eine Therapie zu durchlaufen!* (Ein Heraklit, Aristoteles, Kant, Husserl oder Gadamer, eine Edith Stein oder Hannah Arendt – von Lao Tzu, Dogen, Nishitani nicht zu reden – haben keine Psychoanalyse bzw. Gestalttherapie durchlaufen oder durchlaufen müssen, um zu grundlegenden Erkenntnissen über die Welt, den Menschen und über das Erkennen zu kommen).

Hominität¹⁶ ist ein anthropologisches Metakzept des Integrativen Ansatzes (Petzold 1991a, 21) und bezeichnet die „Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimension als **Potentialität**: der symbolisierenden und problematisierenden **Selbst- und Welterkenntnis**, der engagierten **Selbstsorge** und **Gemeinwohlorientierung**, der kreativen **Selbst- und Weltgestaltung**, der Souveränität und Solidarität durch Kooperation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln – das alles ist **Kulturarbeit** und Grundlage von **Humanität**. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont; die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen desillusionierten Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur Destruktivität und die Potentialität zur Dignität, erfordern eine wachsame und für **Hominität** eintretende Haltung“ (idem 1988t, 5).

In einer frühen Arbeit hat Petzold (1969c) sein Hominitätskonzept in einem rigorosen Kontext (idem 1983g), der von ihm 1968 in Paris begründeten ersten therapeutischen Wohngemeinschaft (Vormann, Heckmann 1980, 36) für Drogenabhängige in Europa – „LES QUATRE PAS“ –, entworfen und neben einer herausfordernden „philosophy“¹⁷

- 16 Das Konzept der **Hominität** erfordert eine dekonstruktivistische und genealogische Betrachtung der Humanismuskonzepte und der Humanwissenschaft, wie sie im Lebenswerk von Foucault (1963, 1966) unternommen wurde, das für diesen Begriff als kritische Referenz beigezogen werden muss.
- 17 Der schlecht zugängliche Text dieser „philosophy“ – formuliert in der Emphase der damaligen Diskurse in der Drogentherapie – sei als „Dokument der Überschreitung“ und des „parrhesiastischen Geistes“, der in der Integrativen Therapie fortwirkt, hier nochmals abgedruckt:

»**Les Quatre Pas – Vier Schritte – Four Steps**

Vier Schritte sind notwendig, um Dich zu finden, um Menschen zu begegnen und die Welt in den Händen zu haben. Vier Schritte musst Du tun auf einem neuen Weg mit neuen Zielen, auf unserem Weg. Vier Schritte musst Du gehen – *a l l e i n e* aber nicht *e i n s a m*. Wir sind mit auf dem Weg.

1. Schritt: Aus Deinem alten Leben – **ENTSCHEIDUNG**

Du musst heraustreten aus Deinem Leben der Selbstzerstörung, der Gebundenheit, der Flucht, der falschen Träume. Es ist nicht leicht, alles zurückzulassen, aber es ist fast unerträglich zu erkennen, dass man gar nichts besitzt. Du kommst zu uns mit leeren Händen; und wenn wir Dir Deine letzte Maske wegnehmen, stehst Du nackt da, ein kleines, hilfloses Kind. Dann musst Du Dich *e n t s c h e i d e n*, ob Du einen Schritt vorwärts wagst. Hinter Dir liegt ein Abgrund. Täusche Dich nicht!

2. Schritt: In die Gemeinschaft – **BEGEGNUNG**

Es ist ein Wagnis, sich auszuliefern. Wir stehen im Zentrum. Du bist ein Teil von uns. Wir wollen Dich ganz aufnehmen, aber auch Du musst uns rückhaltlos annehmen. Du musst jedem von uns *b e g g e n*, ohne Maske, ohne falsche Rolle. Erst dann kannst Du Dich finden. Wir sind Deine Spiegel. Schau uns an! Das bist Du.

3. Schritt: Zu Dir selbst – **WACHSTUM**

Du beginnst Dich zu entdecken. Vieles ist schmerzlich, aber es ist *D e i n* Schmerz, manches ist abstoßend, aber es ist *D e i n e* Hässlichkeit. Oft wirst Du fliehen wollen, aber Du wirst erfahren, dass es vor sich selbst kein Entkommen gibt. Erst wenn Du zu Dir stehst, so wie Du bist, hast Du festen Grund gefunden, auf dem Du *w a c h s e n* kannst.

4. Schritt: Auf die Welt zu – **VERANTWORTUNG**

Wir, Du und Ich, stehen in der Welt. Die Welt ist unser Haus, ein Haus aus Wind, Blumen, Maschinen und Menschen. Die Welt ist unsere Sache, die Menschen sind unsere Sache, die Maschinen sind unsere Sache, die Blumen sind unsere Sache. Die Welt braucht Deine Hände, Deine Gedanken, Deine Freude. Die Welt braucht uns alle, Dich und mich. Miteinander werden wir das Haus schmücken. Gegeneinander werden wir es

für die Therapie/Selbsthilfe-Konzeption in dieser Gemeinschaft einen komplexen „*anthropologischen Imperativ*“ formuliert, der an antike Traditionen anschließend, Menschwerdung als kreative Aufgabe der Selbst- und Lebensgestaltung und der Übernahme von Verantwortung und Sorgebereitschaft für Andere sieht. Da der Mensch in der Tat ein *zoon politikon* ist, ist der „*anthropologische Imperativ*“ immer auch ein politischer (kein anderes Wesen lebte je in einer Polis) und der „*politische Imperativ*“ immer zugleich ein anthropologischer, denn nur ein vergesellschaftetes Wesen ist Mensch. Der Text, der von der besonderen 68er-Kultur und dem Pathos der Jugend im russischen Emigrantemilieu in Paris imprägniert ist, von Denkern wie *Kropotkin, Berdjaev, Tolstoi, Nietzsche, Foucault, Levinas* u.a. inspiriert wurde und der sehr spezifischen Situation des Lebens in „LES QUATRE PAS“, hat in seiner Substanz für die „Integrative Therapie“ nach wie vor programmatischen Charakter:

»Frauen, Männer – **Mensch!** „*Werde der Du bist! Erkenne dich selbst! Wolle Dich selbst!*“
Trage liebevoll Sorge für dich! Tue das Gute, nur dann wird es Gutes geben! Das alles ist schöpferische Entwicklung Deines Selbst: ein *Dienst am Lebendigen*, ein *Werk der Freiheit*, eine *Ahnung von Weisheit*. Suche den Anderen in seiner Andersheit zu erkennen und liebevoll um ihn Sorge zu tragen, an ihm und mit ihm Gutes zu wirken. **Menschen!** Arbeitet an all diesem zusammen in Wahrhaftigkeit und in wechselseitiger Hilfe: aus Engagement für eine menschengerechte Gesellschaft, aus einer Liebe zu Euch selbst und zueinander, aus einer *Freude am Lebendigen*, als ein *Ausdruck der Freiheit*, als *Manifestation von Weisheit* im „gemeinsamen Werk“ der Verwirklichung von Menschsein. „*Überschreitungen*“ in die *Hominität* geschehen dann mit der ganzen Vielfalt gelebter *Humanität*. Deshalb **Mensch:** *Handele so, dass Dein Tun vor Menschen mit klarsichtigem Blick und liebevollem Herzen bestehen kann. Dazu hast Du die Freiheit!*« (H. Petzold und die Bewohner von Les Quatre Pas 1969c).

Bei *Nietzsche* finden sich die drei Imperative, die diesen Text eröffnen. Und alle stehen als Aufgabe in der Zeit: „Du sollst der werden, der du bist“ (*Nietzsche*, Die fröhliche Wissenschaft II, 59), und das muss man wollen. „... wolle ein Selbst, so wirst du ein Selbst“ (idem, MA I, 862), aber – wir wiederholen diesen zentralen Text: „Erst am Ende der Erkenntnis aller Dinge wird sich der Mensch selbst erkannt haben. Denn die Dinge sind nur die Grenzen des Menschen“ (ibid. I, 1045). –

Da es den Menschen in der Welt gibt, wie es ihn gibt, und wir auf die Prozesse der **Hominisation** und der Menschheitsgeschichte und -entwicklung mittlerweile mit hinlänglicher Genauigkeit zurückblicken können, sehen wir positive Entwicklungen – auch wenn es immer wieder Rückschritte gibt: atavistische Regressionen, Pogrome, Schreckensherrschaften, Kälte (der Dritten und Vierten Welt gegenüber), Gnadenlosigkeiten, Inhumanität, d.h. *devolutionäre* Tendenzen

zerstören. *Nimm Deine Verantwortung! Du kannst sie tragen.*« (H. Petzold und die WG-Bewohner Frühjahr 1968 noch vor den Maiunruhen, an denen die WG teilnahm, 1969c, repr. 1974f, 524f).

(Petzold 1986h). Wir können aber auch in einzelnen Menschen (Sokrates, Mechthild von Magdeburg, Franziskus, Gandhi, Bertha von Suttner, Leibowitz) und in Kollektiven (wir denken z.B. an die Bürger- und Frauenrechtsbewegungen, an Amnesty International) sowie in der Entwicklung von Gesellschaftsformen und ihren Dokumenten (Habeas corpus act 1679, Bill of Rights 1689, Allgemeine Deklaration der Menschenrechte 1948, Grundgesetz der BRD vom 25.5. 1949, Akte von Helsinki usw.) die *Potentialität des „humanum“*, d.h. **Hominität** entdecken und daraus Maßstäbe und Perspektiven für unsere Entwicklung gewinnen.

Wir kommen damit an das Ende unserer gemeinsamen Reflexionen in „**Transgression I**“. Die Gedanken fließen schon weiter, Horizonte tun sich auf, Ideen, Entwürfe zeichnen sich ab ... In welche Richtung wir gehen, fahren werden, wohin wir uns *überschreiten*, ist in der Tat eine Frage unserer *Ziele*, unseres *Engagements*, unseres *Wollens*. Hierüber Klarheit zu gewinnen, immer wieder, ist die zentrale Aufgabe der Arbeit an uns selbst und der Arbeit miteinander – Arbeit in *Freiheit*^{*} für uns „*Menschen in Transgressionen*“.

Zusammenfassung

Anlässlich des hundersten Todestages von *Nietzsche*, diesem Pionier moderner Psychologie, Tiefenpsychologie und dynamischer Psychotherapie, der hier als der „*Philosoph der Überschreitung*“ gekennzeichnet wird, wurde ein serieller Text im *Diskurs* der „klinischen Philosophie“ des Integrativen Ansatzes begonnen, der in einer metahermeneutischen Bewegung der Reflexion, einer „collagierenden“ hermeneutischen Zusammenführung von *Konzepten* der **Integrativen Therapie**, erkenntnistheoretische und anthropologische Grundgedanken dargestellt, die für ein differentielles und integratives, für ein *transversales* Arbeiten in der Theorie und Praxis dieses Verfahrens wesentlich sind: Transgressionen von „*positions*“, d.h. „Szenen, Akte, Figuren der *dissémination*“ (Derrida 1986, 184), *transversale* Orientierung in moderner Weltkomplexität, Metahermeneutik als Mehrebenenreflexion, kritische Autorität, Parrhesie, politisches Bewusstsein und Engagement zur Gewährleistung von „*Hominität*“ und *Humanität*.

Summary

On the occasion of the 100th anniversary of *Nietzsche's* death, this pioneer of modern psychology, depth psychology and dynamic psychotherapy – here characterized as the „*philosopher of transgression*“ – we have started with a serial text within the *discourse* of „clinical philosophy“ in the Integrative Approach. In the metahermeneutic itineracy of reflection, the hermeneutic collagelike joining of concepts of **Integrative Therapie's** basic epistemological and anthropological thoughts are presented, that seem to be essential for a differential and integrative, for a *transversal* work within this approach, its theory and practice: Transgressions of „*positions*“, i.e. of „scenes, acts, figures of *dissé-*

* Die gewählte Schrift ist nicht ohne Bezug. Sie findet sich auf der Broschüre: „Das Programm der *Freiheit* – liberalsozialistische Partei der Schweiz“ vom 17. August 1947.

mination“ (Derrida 1986, 184), a *transversal* orientation in the world complexity of modernity, metahermeneutics as multilevel reflection, critical authority, parrhesia, and political consciousness and engagement to warrant „*hominity*“ and *humanity*.

Keywords: Clinical philosophy, Integrative Therapy, deconstructivism, subject theory, discourse, *Nietzsche*

Literatur in Auswahl

- Derrida, J. (1967): *L'écriture et la différence*. Paris: Gallimard. Dtsch. Die Schrift und die Differenz. Frankfurt: Suhrkamp 1972.
- Derrida, J. (1983): Die Postkarte von Sokrates bis an Freud und jenseits. Berlin: Brinckmann und Bosse.
- Derrida, J. (1972): *Positions*. Paris. Édition Minuit. Dtsch. Positionen. Graz: Böhlau 1986.
- Foucault, M. (1963): Préface à la transgression. *Critique*, August/September 195/96; dttsch. In: Foucault, M., *Von der Subversion des Wissens*. Frankfurt: Ullstein 1978, 32-34.
- Foucault, M. (1966): *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard. Dtsch. Die Archäologie des Wissens. Frankfurt: Suhrkamp 1973.
- Foucault, M. (1966): *Les mot et les choses*. Paris: Gallimard. Dtsch. Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt: Suhrkamp 1971.
- Foucault, M. (1998): Foucault ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- Nietzsche, F. (1999): *Werke*, 3. Bde. München: Carl Hanser.
- Nietzsche, F. (1986): *Sämtliche Briefe*. Kritische Studienausgabe. München: dtv.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. *Kunst & Therapie* 1-2, 105-146.
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ - Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000e): Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie oder integrative Wege hermeneutischer Existenzauslegung? Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „IntegrativenTherapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen; *DGfK Mitgliederrundbrief* 2 u. 3, 2000.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999b). Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld - Präzisierungen Integrativer Positionen. In: Petzold, Orth (1999a) S. 125-262.
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (1999a). Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: Petzold, Orth (1999a) S. 15-66.
- Safranski, R. (2000): *Nietzsche. Biographie seines Denkens*. München: Carl Hanser.
- Die übrige Literatur bei den AutorInnen bzw. in *Transgression II*, in: *Integrative Therapie*, Jg. 2001.

Anschrift der Autoren

Prof. Dr. Hilarion Petzold,

Dipl.-Sup. Ilse Orth,

Dr. phil. Johanna Sieper

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

Wefelsen 5

D – 42499 Hückeswagen, Beversee

Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting

*Hilarion Petzold, Wolfgang Hass, Michael Märtenz, Angela Steffan**

Für die „Integrative Therapie“ ist die Frage der Effektivitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung ein Kernanliegen und dient gleichermaßen der Theorienbildung und der Methodenoptimierung, d.h. der Praxeologie. Dabei ist der Maßstab die optimale Versorgung des Patienten, die Linderung seiner Leidenszustände (*palliativer Aspekt*), die Minderung seiner Beschwerden und seine Gesundheit (*kurativer Aspekt*), die Förderung aktiven Gesundheitsverhaltens (*präventiver* und *salutogener Aspekt*), die Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensproblemen, von „*prekären Lebenslagen*“ und Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit (*supportiver* und *rehabilitativer Aspekt*). Aus ihrer kulturkritisch metareflektierten *biopsychosozialen* und *lebenslauforientierten* Perspektive sind weitere für die „Integrative Therapie“ wichtige Aspekte die Verbesserung der Lebensqualität und die Förderung von Persönlichkeitsentwicklung, d.h. von kulturellem Bewusstsein und persönlicher Souveränität (Petzold, Orth 1998; Petzold, Steffan 1999b). Die gesetzliche Verankerung im Gesundheitsreformgesetz von 1989 und das Gesundheitsstrukturgesetz von 1994 schreibt Qualitätssicherung vor. Seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland 1999 ist der Effektivitätsnachweis durch kontrollierte Studien Voraussetzung für die Anerkennung als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren.

Das Forschungsinstitut an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ führte ab 1996 eine umfangreiche Psychotherapie-Evaluationsstudie durch. Ziel der Erhebung war eine Bereitstellung von Basisdaten über Therapieverläufe und -ergebnisse Integrativer Therapie und die Erprobung eines Qualitätssicherungsmodells in der ambulanten Praxis. An der Studie beteiligten sich 58 nie-

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen in der Trägerschaft des „Fritz Perls Institutes“ (FPI) und dem „Postgraduate Programme for Integrative Psychotherapy and Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam

dergelassene Psychotherapeutinnen¹ aus freien Praxen mit insgesamt 211 Patientinnen sowie – ein innovativer Ansatz – die Angehörigen der Patientinnen. Diese Gruppen wurden mit verschiedenen Fragebögen hinsichtlich Diagnose, Schweregrad der psychischen Erkrankung, Einschätzung der Symptomatik, interpersonellen Problemen, Lebenslage, Körperwahrnehmung und Lebenszufriedenheit sowie deren Veränderungen durch die Therapie befragt. Die Ergebnisse von 122 bisher abgeschlossenen Therapien und von 74 katamnestisch befragten Patientinnen werden vorgestellt.

Die Patientinnen dieser Untersuchung wurden von ihren Therapeutinnen zur Mitwirkung an diesem Forschungsprojekt eingeladen, wobei folgende Leitprinzipien maßgeblich waren:

1. *Informend consent* – Ziel, Aufbau, Inhalte, Ablauf des Projektes wurden für die Patientinnen transparent und befragbar gemacht, so dass die Mitarbeit auf der Grundlage umfassender Information entschieden werden konnte.
2. *Client welfare* – Das Projekt wurde von dem vorbereitenden Forscherteam von der Anlage und der Implementierung in die Therapiesituation so ausgelegt und die mitwirkenden Therapeutinnen wurden so instruiert, dass die Untersuchung für den Therapieprozess eine förderliche Wirkung haben kann.
3. *Client dignity* – Das Projekt wurde unter forschungsethischen Gesichtspunkten in verschiedenen Gremien des Ausbildungsinstituts diskutiert und geprüft. Neben dem Moment der strikten Freiwilligkeit und der Möglichkeit der Problematisierung wurde die Information der teilnehmenden Patientinnen über die Ergebnisse des Forschungsprojektes beschlossen. *Wertschätzung* und *Respekt* dem Patienten gegenüber (Müller, Petzold 2000) waren maßgebliche Leitprinzipien in den Behandlungen, was auch in den Forschungsergebnissen klar zum Ausdruck kommt.

In den Untersuchungszeitraum fällt die Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes in Deutschland und damit die erzwungene (und, wie diese Untersuchung zeigt, unnötige und ungerechtfertigte) „Nachqualifizierung“ für die psychologischen Psychotherapeuten dieser Studie mit den damit verbundenen erheblichen Belastungen, weiterhin die Einschränkung der Finanzierung von Therapie bei den Therapeutinnen, die keinem „Richtlinienverfahren“ angehörten. Die Studie fand also unter *sehr schwierigen Bedingungen* für die Behandlerinnen und z. T. auch für die Patientinnen statt. Dass dennoch ein so hoher Rücklauf und so gute Ergebnisse, wie darzustellen ist, erreicht wurden, ist sehr erfreulich und spricht für das Verfahren.

1. Integrative Therapie als Behandlungsverfahren

Die „Integrative Therapie“, die Hilarion Petzold seit Mitte der sechziger Jahre begründet hat und mit seinen Mitarbeiterinnen noch be-

1 Aufgrund des hohen Anteils der Frauen in der Stichprobe lag es aus gendertheoretischen Erwägungen (Petzold 1998h; Petzold, Sieper 1998) nahe, der weiblichen Form (Patientinnen) den Vorzug zu geben, wobei die männliche mit eingeschlossen ist.

ständig weiterentwickelt, ist ein *methodenübergreifendes* Verfahren moderner, forschungsgestützter Psychotherapie (vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 1999), das einer kritisch metareflektierten „**biopsychosozialen Betrachtungsweise**“ sowie dem „**neuen Integrationsparadigma**“ (*Petzold* 1992g; *Castonguay, Goldfried* 1997) in der klinischen Psychologie und in der psychotherapeutischen Theorie- und Methodenentwicklung (*Duruz* 1994) verpflichtet ist (*Petzold* 1999p). In mehr als 30 Jahren der Erarbeitung eigenständiger theoretischer Konzepte und Modelle sowie der Entwicklung einer differenzierten Behandlungsmethodologie mit zahlreichen innovativen diagnostischen Instrumenten (*Müller, Petzold* 1998; *Osten* 1995, 1999; *Petzold, Orth* 1994j; *Petzold, Osten* 1998) und therapeutischen „Wegen der Heilung und Förderung“ (*Petzold* 1988n, 1996a, 173f) hat der Integrative Ansatz von *Petzold* ein praxisorientiertes Profil und eine theoretische Position im psychotherapeutischen Feld gewonnen (*Stumm, Pritz* 2000). In der klinischen Anwendung haben sich insbesondere auch, wie empirische Studien zeigen, Kombinationen mit leib- und bewegungstherapeutischen Methoden (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Heinl* 1997; *Ebert, Möhler* 1997) und mit *sozialökologischen*, *soziotherapeutischen*, *netzwerktherapeutischen* bzw. -*interventiven* Ansätzen (*Petzold* 1979c, 1995b, 1997; *Hass, Petzold* 1999) sowie mit *kreativtherapeutischen* Methoden und Medien (*Petzold, Orth* 1990) bewährt.

Der allgemeine theoretische Hintergrund dieses Ansatzes ist das Metamodell *interdisziplinärer* und *mehrperspektivischer* Betrachtungsweise auf dem Boden der Natur-, Sozial-, Geistes- und Kulturwissenschaften (*Petzold* 1998a, 101-164, 2000h), in der besonders die *Psychologie* und ihre Teildisziplinen eine zentrale Rolle spielen sowie die Ergebnisse der klinisch relevanten Sozialpsychologie, der Bio- und Neurowissenschaften (*Flammer* 1996; *Stroebe* et al. 1996; *Birbaumer, Schmidt* 1999), die in komplexen Praxismodellen umgesetzt werden (z.B. in *Petzold, Wolf* et al. 2000). Auf der Basis eines systematischen Integrationsmodelles (*Petzold* 1992a) wurden neben den eigenständigen Entwicklungen (*Petzold* 1988n) nach kritischer Sichtung (*Petzold, Orth* 1999a) nützliche Konzepte und Methoden der großen psychotherapeutischen Mainstreams: Verhaltenstherapie (*Petzold, Osterhues* 1972), Kognitive Psychotherapie, Psychoanalyse, Systemische Therapie – hier besonders der „ökologische Ansatz“ von *Gibson* (1979) und der „dynamic systems approach“ (*Kelso* 1995; *Thelen, Smith* 1994; *Ebert* 2000) in *sozialökologischer* Ausprägung (*Petzold* et al. 1994, idem 1995b) – und die humanistisch-psychologischen Ansätze zu einer systematischen „Heuristik mehrperspektivischer Betrachtung und Intervention“ genutzt. Die Verwendung dieser Konzepte und Methoden erfolgte allerdings nicht im Sinne eines pragmatischen oder systematischen Eklektizismus, sondern als Ansatz *theoriegeleiteter Integration* auf Grundlage einer durch Konzeptvergleiche im Sinne komparati-

ver Psychotherapie entwickelten *Metastruktur* (Petzold 2000h). Diese eigenständige Theorie- und Methodenentwicklung erfolgte in starker Orientierung an der „clinical lifespan developmental psychology“ (vgl. Petzold 1992b, Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Oerter et al. 1999), einer „clinical social psychology“ (Försterling 1988; Stroebe, Hewston, Stephenson 1996, 587ff; Petzold 1998a) und einem *phänomenologisch* und *neurobiologisch* fundierten *Leibkonzept*. Der „Leib“ wird als der „informierte Körper“ verstanden, in dem *materielle* Information – die des biophysiologicalen Organismus – und *transmaterielle* Information verschränkt sind (Petzold 1988n, 187; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 551ff). Im „Leibsubjekt“ (Merleau-Ponty 1966; Petzold 1985g) konvergieren in einer sozialpsychologischen und neuroimmunologischen (Damasio 1994, 2000; LeDoux 1996; Petzold, Wolf et al. 2000) sowie einer entwicklungsgerichteten Perspektive (developmental approach) das „System Organismus“, das „System Person“ und das „System Umwelt“ zu einem übergeordneten System, weshalb auch von einem „sozioökologischen Ansatz“ bzw. einer sozioökologischen Systemtheorie gesprochen wird (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold 1998a; Ebert 2000; Bermúdez et al. 1995). Der Mensch als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ ist ein selbststeuerndes „personales System“, das durch die Konnektivierung mit den umliegenden Systemen, d.h. durch seinen sozioökologischen Bezug *Identität* gewinnt (Petzold 1974j, 2000h). In diesem Ansatz liegt das Spezifikum und die Originalität der Integrativen Therapie. Für die „Integrative Therapie“ als ein „multimodales Verfahren“ (Petzold, 1974j, 302) findet sich eine elaborierte theoretische und methodische Ausarbeitung in dem dreibändigen Grundlagenwerk „Integrative Therapie“ (Petzold 1991a, 1992a, 1993a) und in Petzold (1996a; 1998a), Petzold, Sieper (1993a) sowie Petzold, Orth (1990, 1999a). Die Integrative Therapie hat spezifische Ansätze der Säuglings- und Kleinkindtherapie (Petzold 1993c, 1994j; Hauch 1996), der Kindertherapie (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995, 1996; Petzold, Ramin 1987; Petzold, 1995a, b), der Therapie mit Jugendlichen (Affeldt 1991), der Gerontotherapie (Petzold, Bubolz 1976; Müller, Petzold 1997) und der Thanatotherapie (Lückel 1981; Petzold 1999i; Spiegel-Rösing, Petzold 1984) entwickelt. Ausarbeitungen zu störungsbildspezifischen Behandlungsansätzen, z.B. in der Psychosomatik, finden sich in Heintl (1997), zur Suchttherapie in Petzold, Thomas (1994), Petzold, Scheiblich, Thomas (1998), zur Traumatherapie in Petzold, Wolf et al. (2000), zur Behandlung von Depressionen in van der Mei, Petzold, Bosscher (1997). Außerdem wurden eigenständige Methoden der Integrativen fokalen Kurzzeitpsychotherapie (Petzold 1993p), der Langzeiteinzeltherapie (Frühmann 1995), der Gruppenpsychotherapie (Petzold, Schneewind 1986) und der Arbeit mit therapeutischen Wohngemeinschaften (Petzold, Vormann 1980) entwickelt.

1.1 Ziele und therapeutisches Vorgehen in der Integrativen Therapie – „Integrative fokale Kurzzeittherapie“

„Integrative fokale Kurzzeittherapie“ wurde konzipiert, um Menschen bei der Bewältigung von Problemen, Störungen, Erkrankungen im Kontext einer aktuellen Lebenssituation, oft einer „*prekären Lebenslage*“ (Petzold 2000h) mit ihren historischen Hintergründen und ihren biographischen Bedingtheiten Hilfe zu geben. Dabei wird *konfliktzentriert* und *ressourcenorientiert* vorgegangen und auf *erlebnisaktivierende* Methoden und Techniken zurückgegriffen, um (1) leibliches Erleben aufzugreifen, (2) um Zusammenhänge szenisch und *emotional* konkret erfahrbar zu machen und (3) um Einsichten *kognitiv* zu vermitteln, Prozesse, die im Kontext einer therapeutischen Beziehung stattfinden. Therapeutisches Handwerkszeug stellt dafür ein aktionaler Therapieansatz (Petzold 1965, 1969b, 1970c, 1970d, 1972a) bereit, in dem Konzepte wie „multiple Stimulierung“ („zeitextendierter Stress“ als Negativstimulierung), „Szene“, „Skript“, „atmosphärisches Erfassen“, „szenisches Verstehen“, „soziales Sinnverstehen“ (idem 1995a), „Narration“ (Handlungserzählung) und „Narrativ“ (Muster, Schema) von Bedeutung sind. Der „szenische bzw. dramatisch-aktionale Ansatz“ geht im Wesentlichen auf Moreno (1946), Iljine (1942, 1972) und Ferenczi (1919, 1932) zurück und wird auch in anderen kurzzeittherapeutischen Ansätzen genutzt (Crits-Christoph 1992; Luborski 1984; Strupp, Binder 1991). Habitualisierte Verhaltensmuster (Skripts, Narrative) – funktional als Copingstile und Muster der Ressourcennutzung von Patienten als „Reinszenierungen“ und dysfunktional als Muster der Übertragung und des Widerstandes – gilt es im eigenleiblichen Spüren und im Kontext der Lebenssituation, ggfls. einer „*prekären Lebenslage*“ emotional und rational *wahrzunehmen*, zu *erfassen*, zu *verstehen* und zu *erklären*, um sie beeinflussen und verändern zu können. Die Aktivierung „alter Atmosphären und Szenen“ im „Hier und Jetzt“ ermöglicht in der und durch die Beziehung „*korrigierende Erfahrungen*“ (Ferenczi 1932; Alexander 1950). Zum anderen wird durch die Aktivierung von *Ressourcen* (Petzold 1997p) und *protektiven Faktoren* (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), durch Experimentieren und Aufgaben das Erleben „*alternativer* Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten“ möglich. Wir differenzieren diese beiden Interventionsstrategien (Petzold 1992a, 464). Fokaldiagnostik und Fokalintervention durch „szenische Konkretisierung“ sind nicht voneinander trennbar. Wichtig ist, in intersubjektiver Ko-respondenz (Petzold 1991e) Aspekte des Lebenslaufes herauszuarbeiten, die bestimmend für die Störung sind und diese zum Fokus der Behandlung zu machen, aber auch solche, die *protektiv* waren, *Resilienzen* entstehen lassen und aktual therapeutisch nutzbar sind.

1.2 Diagnostik bzw. Theragnostik in der Integrativen fokalen Kurzzeittherapie

Diagnostik ist immer zugleich auch schon Intervention, weshalb im Integrativen Ansatz auch von „Theragnostik“ gesprochen wird (Petzold 1974j; Petzold, Wolf et al. 2000), für die ein reiches Instrumentarium verfahrensspezifischer Techniken der Prozess- und Strukturdiagnostik entwickelt wurden (Müller, Petzold 1998; Petzold, Orth 1994; Kames 1992). Die Daten aus dem klassifikatorischen Ansatz (z.B. ICD oder DSM), der Anamnese und Hypothesenbildung führen theoriegeleitet zu Indikationsstellung, Prognose, Zielbestimmung und zu einem Behandlungsplan für den therapeutischen Prozess (Osten, Petzold 1998; Osten 2000). Wir sprechen auch von einem „offenen therapeutischen Curriculum“ (Petzold 1996a, 208), das mit der Patientin erarbeitet wird. Patientinnen werden mit verschiedenen theoretischen „Optiken“ betrachtet: in ihren sozialen und biographischen Bezügen, lebensgeschichtlichen Abschnitten über den gesamten Therapieprozess (Prozessdiagnostik) hin, um sie in ihren Defiziten, Traumata, Konflikten, Störungen, in Problemen und Entwicklungsaufgaben (Petzold 1996f), in ihren Ressourcen, Kompetenzen und Potentialen (idem 1997p) in Kontext/Kontinuum, besonders wenn dieses als „prekäre Lebenslage“ erkennbar wird, möglichst komplex zu begreifen. So kommen in der „Theragnostik“ Perspektiven der Pathogenese und der Salutogenese zum Tragen, werden Belastungs-, Risiko- und protektive Faktoren sowie Resilienzen erfasst (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Steffan 2000; Petzold 1995a). Diese Betrachtung wird mit der Patientin zusammen reflektiert. Sie erhält dadurch eine gewisse Übersicht über die aktuelle Situation in der Therapie und „Exzentrizität“ zu ihrem Leben. Wo immer möglich, findet Diagnostik ko-respondierend statt, in geteiltem „locus of control“ (Flammer 1990), um „informed consent“ und „client dignity“ (Müller, Petzold 2000) zu gewährleisten. Mit dem Fokus auf die Persönlichkeitsstrukturen schreitet Integrative Diagnostik von der Informationssammlung zu deren Auswertung. Sichtung, Orientierung und Klassifizierung, führt zu Bezügen, in denen Prägnanzen und Sinn (idem 2000l) aufscheinen.

Besonders wesentlich ist es für die „klinische Karriere“ und das Hilfeersuchen der Patientin, ihre spezifischen persönlichen Fragen nach Hilfe, Unterstützung, Förderung und ihren Behandlungserfolg zu erfassen, um all dieses als maßgebliche Elemente in der Therapie zu berücksichtigen. Folgende Schritte sind zu beachten:

- Erfassen des Hilfeersuchens und des Behandlungsauftrags der Patientin;
- Erstellung der Statusdiagnose nach ICD-10 oder DSM-IV, bei Bedarf unter Einbezug weiterer objektiver Erhebungsinstrumente zur Differentialdiagnostik;
- Erhebung verfahrensspezifischer diagnostischer Informationen;
- Erfassen der Lebenssituation, ggfls. der „prekären Lebenslage“ der Patientin;

- Hypothesen zur Ätiologie der aktuellen Symptome, der Konfliktodynamik und zur Entstehungsgeschichte der problemrelevanten Strukturen (Strukturen, Narrative, Schemata, Skripts, Determinanten der Lebenslage);
- Hypothesen zu aktuellen Strukturen/Schemata, malignen und benignen (dysfunktionalen/funktionalen) und deren Zusammenhang (gegebenenfalls als Taxonomie/Hierarchie);
- Formulieren von differentiellen Zielen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) und Erstellung eines therapeutischen Rahmencurriculums (Petzold 1988n);
- Indikation und Prognose: Formulierung prioritärer Therapieziele, interventiver Perspektiven (präventive, konservierende, reparative, evolutive, u.a.), Entscheid hinsichtlich Fokal- oder Langzeittherapie, Einzel- oder Gruppenbehandlung und der Modalitäten (*bimodal*, z.B. erlebnis- und konfliktzentriert oder *multimodal*, indem ggf. noch übungszentrierte Lauftherapie [van der Mei et al. 1997] oder medikamentöse Therapie hinzukommt). – (Vgl. Steffan, Petzold 2000)

Diese Schritte erfolgen im Diskurs mit der Patientin, d.h. in intersubjektiver Ko-responsenz (Petzold 1991e), um „informed consent“ herzustellen, soweit wie die Patientin dadurch nicht überlastet oder destabilisiert wird (Beachtung von „client welfare“). Neben Therapieentscheid und Arbeitsbündnis ist ein Ziel der *Theragnostik* die Induktion oder Bekräftigung positiver Erwartung (Grawe 1998), wo sie noch nicht vorhanden ist. Nach vereinbarter Therapie folgt die individuelle und differentielle Therapieplanung.

Folgende verfahrensspezifische Instrumente zur Fokaldiagnostik haben sich in der Praxis sehr bewährt: die Panoramatechnik, die Body-Charts, die Netzwerkkarten und die Identitätsbilder (Petzold, Orth 1993a, 1994a; Hass, Petzold 1999). Die Panoramatechnik ist angelehnt an Konzepte longitudinaler entwicklungspsychologischer Forschung (Petzold 1981g; Rutter 1988). Die Patientinnen werden aufgefordert, Faktoren, die im Laufe ihres Lebens wirksam geworden sind, als *Ketten* pathogener, salutogener Einflüsse bildlich auf einer Zeitachse darzustellen (Petzold 1975a), um einen ausreichenden diagnostischen Überblick über vergangene, aktuelle und prospektive Lebens- und Problemlagen der Patientin zu gewinnen, und dann einen oder zwei Hauptfoki und eventuell Nebenfoki zu setzen (idem 1993p). In der Integrativen Therapie werden fünf Säulen der Identität unterschieden: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netz, 3. Arbeit/Leistung/ Freizeit, 4. materielle Sicherheiten, 5. Werte. Diese werden wiederum nach Erläuterung bzw. einer Einführung als „Identitätsbild“ dargestellt und anschließend gemeinsam reflektiert (ibid. 380ff). Die „Körperbilder“ erfassen projektiv und semiprojektiv psychosomatische Probleme (Orth 1994), die Netzwerkkarten die Situation der „social networks“, als „convoys“ und als „social worlds“ und „lifestyle communities“, d.h. kollektive Kognitionen, Emotionen und Volitionen in sozialen Gruppen (Müller, Petzold 1998, 1999; Hass, Petzold 1999), die „Konflikt- und Ressourcenfelder“ und „Lageberichte“ (Petzold 1998a; Petzold, Orth 1998) erfassen Lebenssituation und „prekäre Lebenslagen“ für ggfls. erforderliche *soziotherapeutische* Interventionen (idem 1997).

1.3 Therapeutische Konzepte, Methoden und Wirkweisen

Die fokointerventive Arbeit der „Integrativen Therapie“ kann durch die fokaldiagnostisch erhobenen Fakten die Art und Qualität der geklagten Beschwerden deutlich werden lassen. Man erhält über *Defizite, Traumata, Konflikte, Störungen* als wesentliche pathogene Stimulierungskonstellationen und über *Ressourcen, Coping- und Creatingstile* und *Potentiale* als salutogene Stimulierungen (Petzold 1997p), die die Dimensionen der Persönlichkeit *Selbst, Ich* und *Identität* affizieren, und über das umgebende Netzwerk *Aufschluss*, aber auch über die supportiven *Vergangenheitseinflüsse*. Diese durch die „Theragnostik“ gewonnenen Informationen sind Voraussetzung für die Fokointerventionen.

Das Therapieverständnis der „Integrativen Therapie“ ist *mehrperspektivisch* auf verschiedenen Ebenen des „Selbstverständnisses“ dieses Verfahrens definiert worden, nämlich aus der Perspektive der Therapeutinnen und aus der der Patientinnen (Petzold 1990i, Petzold, Orth 1999), auf der Ebene eines „*Metamodells der Humantherapie und Kulturarbeit*“ (ders. 1991a, 1999q, 2000e), auf der Ebene der „*klinischen Theorie und Methodik*“ (ders. 1988n, 1992a, 1993a) und auf der Ebene der *agogischen, gesundheits- und entwicklungsfördernden „Praxeologie“* (ders. 1973c; 1991a, 11f; Petzold, Sieper 1993).

In einer übergreifenden und zusammenfassenden Definition formulieren wir:

»*Integrative Therapie ist 1. eine klinische Behandlungsmethode, 2. Instrument der Gesundheitsförderung, 3. Ansatz der Persönlichkeitsentwicklung und in all diesen Funktionen als erkenntnisgerichtete Selbsterfahrung und veränderungsgerichtete Projektarbeit eine wesentliche „Kulturtechnik“. Sie ist also 4. immer auch als „Kulturarbeit“ zu verstehen.*«

Auf diese zentralen Funktionen, in welchen ein Therapieverfahren sich wieder und wieder selbst überschreiten und hintersteigen muss und den *Diskurs* mit den anderen Naturwissenschaften, Sozial-, Geistes- und Kulturwissenschaften braucht (Petzold 1999p), müssen sich Therapeutinnen immer wieder besinnen, wenn sie als „*Menschenarbeiter*“, d.h. in ihrer helfenden, heilenden und fördernden Arbeit mit Menschen eine „*Hermeneutik des Subjekts*“ (Foucault 1985b), eine „*intersubjektive Hermeneutik*“ (Petzold 1991a, 187) bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit in Kontext und Kontinuum betreiben wollen, die über das *Wahrnehmen, Erfassen* und *Verstehen* individueller Schicksale hinaus mit dem Anspruch zu *erklären* in den gesellschaftlichen Raum und seine Geschichte vordringen will, ja in den kollektiven Untergrund unseres evolutionsbiologischen und sozialhistorischen Herkommens, um nach *Erklärungen* zu suchen, auf deren Grundlage besonnenes, aber auch sich einmischendes und Veränderungen wollendes Handeln möglich und wirksam wird. Da das *Psy-*

chische, d.h. das erlebende Subjekt, nicht von seiner *Leiblichkeit* als Grundlage und von seiner *Kultur*, seinem kulturellen *Boden* getrennt und aus seinen individuellen und kollektiven Bezügen und sozialen Vernetzungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene herausgelöst werden kann, muss der Rahmen einer rein *psychologischen Perspektive* immer wieder überschritten werden genauso wie der einer alleinig biomedizinischen Betrachtung. Deshalb hatten wir die Konzepte der „*Psychotherapie*“ (sensu P. Janet, S. Freud, C.G. Jung, A. Adler, E. Berne u.a.) und die der „*Körpertherapie*“ (sensu E. Gindler, W. Reich, A. Lowen, O. Raknes, G. Boeyens u. a.), die Ansätze der sprachzentrierten, verbalen Therapien (z.B. M. Boss, V. Frankl, C. Rogers, A. Beck u.a.) und die der handlungszentrierten, Nonverbalität einbeziehenden Therapien (sensu J.L. Moreno, F.S. Perls, M. Chace u.a.) zu einer „**Integrativen Therapie**“ im Sinne einer „**Integrativen Humantherapie**“ erweitert (auch, um anthropologische Körper–Seele–Dualismen zu vermeiden).

Nach den in der oben gegebenen Definition aufgezeigten Perspektiven, lassen sich für die Integrative Therapie folgende *vier Basisdimensionen* bzw. Grundfunktionen herausstellen:

I. Klinische Basisdimension: Für die Integrative Therapie als Verfahren steht im Zentrum eine kurative und palliative Dimension. Sie heilt oder lindert seelische oder somatoforme (bzw. psychosomatische) Störungen und Leidenszustände mit Krankheitswert (Pathogenese-Perspektive) und hilft Patientinnen und Klientinnen bei schweren Belastungen, Konflikten und Lebensproblemen. Sie unterstützt also das Selbst in seiner „klinischen Selbsterfahrung“, d.h. bei den erforderlichen Erkenntnis-, Einsichts- und Bewältigungsprozessen.

II. Salutogenetische Basisdimension: Integrative Therapie hat eine gesundheitsfördernde Dimension. Sie trägt zu einer „gesundheitsbewussten Lebensführung“ und zu einem „gesundheitsaktiven Lebensstil“ von Patientinnen, Klientinnen und Kundinnen bei, und dies keineswegs nur aus Gründen der Prävention als Verhinderung möglicher Krankheit, sondern aus der Erkenntnis, dass Gesundheit ein kostbares Gut und eine Lebensmöglichkeit ist, die mit unterschiedlicher Intensität und Qualität entwickelt werden kann (Salutogenese-Perspektive), wobei psychotherapeutische Methoden der Selbstexploration und Selbststeuerung mit der Zielsetzung „salutogenetischer Selbsterfahrung“ verwandt werden.

III. Persönlichkeitsbildende Basisdimension: Integrative Therapie hat eine die Entwicklung der Persönlichkeit fördernde Dimension – für Patientinnen wie für gesunde Klientinnen und Kundinnen –, in der Erkenntnisse und Methoden psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden (z.T. unter Bezeichnungen wie Persönlichkeitstraining, Selbsterfahrungsanalyse, Coaching, Mentoring), um in personaler Selbsterfahrung „sich selbst zum Projekt“ zu machen, die eigene Lebensführung aktiv zu planen, zu gestalten und voranzubringen: d.h. beispielsweise, seine „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998) zu entwickeln, problematische Seiten zu meistern, für sich in angemessener Weise „Sorge zu tragen“ (Foucault 1986a, b), seine Potentiale zu entfalten, einen Lebensstil der *Aufrichtigkeit* gegenüber sich selbst und der *Freimütigkeit* Anderen gegenüber zu gewinnen (Parrhesie-Perspektive, vgl. Foucault 1996; Petzold, Orth, Sieper 2000).

IV. Kulturschaffende Basisdimension: Integrative Therapie hat eine kultur- und gesellschaftskritische und -entwickelnde Dimension, indem sie aktiv „Kulturarbeit“ (Freud 1933a, 86) und kritisch und engagiert „Gesellschaftsarbeit“ (im Sinne von Paul Goodman, Michel Foucault, Ruth Cohn) betreibt – spezifisch für und mit Patientinnen,

aber auch mit Blick auf übergeordnete Problemstellungen. Sie will in „kultureller Selbsterfahrung“, d.h. in multikulturellen, interkulturellen, transkulturellen und kulturkritischen Erfahrungen (Petzold 1998a, 26f, 309ff) dazu beitragen, dass nicht nur für individuelle Dynamiken Bewusstsein gewonnen wird, sondern durch Dekonstruktionen, Diskursanalysen und Metareflexionen (ibid.157) auch für kollektive, zumeist unbewusste bzw. nicht-bewusste Kräfte – positive wie destruktive –, die den Menschen, die Gesellschaft, die Kultur bestimmen. Ziel ist, die Bereitschaft wachsen zu lassen, dass man sich mit diesen **Diskursen** der Macht, der Wahrheit und des Wissens (Foucault 1998, Orth, Petzold, Sieper 1999) kritisch und metakritisch in Ko-responzenzprozessen auseinandersetzt, dass man aktiv wird und sich einzumischen wagt, wenn Unrecht geschieht, um Situationen der Destruktivität und Entfremdung zu überschreiten (Transgressions-Perspektive, vgl. Petzold, Orth, Sieper 2000). Nur so können Kultur und Gesellschaft in gemeinsamer Arbeit besonnen, verantwortlich und konstruktiv gestaltet werden.

Zur Umsetzung dieser vier *Basisdimensionen* bzw. Grundfunktionen wurden in der differentiellen Praxeologie (Petzold 1993h) der Integrativen Therapie methodisch „**Vier Wege der Heilung und Förderung**“ entwickelt (Petzold 1969c, 1988d), eine theoriegeleitete „klinische Heuristik“, die seit 1969 verfeinert und präzisiert wurde und verschiedene *Modalitäten* des Vorgehens im Sinne eines „multimodalen Ansatzes“ (idem 1974j, 304) ermöglicht:

(1) eine *übungsorientiert-funktionale Modalität* mit modernen Relaxationsmethoden (z.B. IDR, vgl. Voutta-Voß 1997; Petzold, Wolf et al. 2000); Lauftherapie (van der Mei et al. 1997), Biofeedback usw., um z.B. eine vorgefundene „*stress physiology*“ in Richtung einer „*wellness physiology*“ zu verändern (Petzold, Wolf et al. 2000). (2) Es wird in einer *erlebnisorientiert-stimulierenden Modalität* mit kreativen Medien und Methoden (Petzold, Orth 1990a) an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit, Vergrößerung ihres Ressourcenvorrates und einer Entwicklung ihrer Potentiale (*enlargement, enrichment*) gearbeitet. (3) Die *konfliktzentrierte-aufdeckende Modalität* bearbeitet biographisch aktuelle und antizipierte Belastungen oder stellt ein „differentielles Parenting“ (Petzold, Orth 1999) bereit. Diese und weitere *Modalitäten* (z.B. Medikation, Familien- und Netzwerktherapie) kommen in der *Heuristik* der „**vier Wege der Heilung und Förderung**“ zum Tragen. Die „vier Wege“ werden kombinatorisch eingesetzt, ergänzen einander und werden gegenwärtig wie folgt gefasst:

1. Weg – *Bewusstseinsarbeit*:

Ziele sind Förderung von Exzentrität, Einsicht in Biographie, Übersicht über den Lebenskontext, Voraussicht auf Entwicklungen – insgesamt Sinnerleben und Evidenz-erfahrungen (Petzold 1992a, 912f) sowie ein Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge und Selbsttechniken der Subjektkonstitution (Foucault 1985a, b; Petzold, Orth, Sieper 2000). *Bewusstseinsarbeit* erfolgt durch eine intersubjektive und persönliche Hermeneutik und Metahermeneutik des Subjekts (Petzold 1988t, 2000e, 2000b, 2000h) nach dem Modell der „*hermeneutischen Spirale*“ (Petzold 1991a, S. 123-147), die von multidimensionalem *Wahrnehmen* im unmittelbaren Erleben ausgeht, fortschreitet zum *Erfassen* von Bezügen zu Aktuellem, Vergangenen, Prospektivem und dann weitergeht zum *Verstehen* von Auswirkungen und Nachwirkungen, d.h. von wirksamen Strukturen dann zum *Erklären*-können kommt, welches schließlich in *Verändern* als einer „Neuorientie-

nung“ münden kann. Durch eine solche „persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik des Subjekts“ verbinden sich im Sinne „vitaler Evidenz“ *leibliches Erleben, emotionale Erfahrung und rationale Einsicht* auf der Grundlage von konkreter *zwischenmenschlicher Bezogenheit* in „prozessualer Aktivierung“, um in „narrativer Praxis“, in der Gesprächs- und Erzählgemeinschaft der therapeutischen Situation (Petzold, Petzold 1991; Petzold 1991o, 1999k, 2000b), neue Strukturen zu bilden und Strukturgefüge zu modulieren, neue Lebensnarrationen zu beginnen. Besondere Bedeutung kommt dem Eröffnen einer „Metaperspektive“ auf die Therapie zu, das Aufzeigen der Dependenzstrukturen des therapeutischen Settings selbst und der hier möglichen Machtdiskurse (Petzold, Orth, Sieper 1999), um durch einen *diskursanalytischen und dekonstruktivistischen* Zugang (sensu Foucault und Derrida) eine emanzipatorische *Überschreitung (Transgression)* zu „*persönlicher Souveränität*“ und zu einer vielfältigen, flexiblen Persönlichkeit zu ermöglichen, die ein zentrales Ziel Integrativer Therapie ist (Petzold, Orth 1998). Durch solche „metahermeneutische Arbeit“ können auch Dependenz von therapeutischen Ideologien und therapeutischen Lebensstilen aufgelöst werden (Petzold, Orth, Sieper 2000).

Modalität: konfliktzentriert-aufdeckend.

Methoden und Techniken: störungsspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

2. Weg – Nach- und Neusozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit (z.B. durch differenzielles Parenting/Reparenting):

Ziele sind, Grundvertrauen bekräftigen, das emotionale Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrum zu erweitern und defizitäre Strukturen (z.B. emotionale, volitive, kognitive Defizite) durch *korrigierende* oder *alternative* Erfahrungen – diese beiden Strategien werden differenziert – in einer gewachsenen, tragfähigen therapeutischen Beziehung zu verändern (Petzold 1992b; Petzold, Orth 1999a, 200, 214). Differentielle, ggf. regressionsorientierte Arbeit im Sinne dieses „zweiten Weges“ ist indiziert, wo nicht Regression eine Form der Abwehr ist, sondern *wo aktivierte* maligne, defizitäre aber auch *benigne Strukturen* und entsprechende Erinnerungen positiv zum Tragen kommen können. Unter Einbezug zwischenleiblicher Interaktion und nonverbaler Kommunikation wird besonders an dysfunktionalen „*emotionalen Stilen*“ bzw. Strukturen/Schemata (Petzold 1992a, S. 835 ff.) gearbeitet. Defizite emotionaler und volitiver Sozialisation können durch „emotionale Differenzierungsarbeit“ angegangen werden, negative *Grundstimmungen* werden durch Methoden der „Umstimmung“ beeinflusst (ibid.), schwache Entscheidungskraft und fehlendes Durchhaltevermögen des Willens werden durch volitive Übungssequenzen (Petzold 2000a) verändert. Führt die Regression in Annäherung an sehr frühe Relikte, so können die genetisch disponierten, typisierten Muster des „*intuitive parenting*“ (Papoušek, Papoušek 1981) auch in der Arbeit mit Erwachsenen zum Tragen kommen. Parentingmuster für die Kleinkindzeit sind nicht mehr typisiert und als „*sensitive caregiving*“ bekannt und werden über die Lebensspanne hin wirksam (Vyt 1989; Petzold et al. 1994; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Jeder benignen Regression folgen Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug mit entsprechenden handlungswirksamen Lernschritten, z.B. in Self-Parenting, Selbstsorge, der Selbstregulation, Selbstentwicklung, indem man „*sich selbst zum Projekt*“ macht (Petzold 1992a, 527ff; Bermúdez et al. 1997). Außerdem dürfen Parentingstrategien keineswegs nur auf das frühe Milieu begrenzt werden. Auch Adoleszente brauchen Eltern, und Erwachsene sind gut beraten, wenn sie einen väterlichen Freund oder eine mütterliche Frau bei schwierigen Lebenssituationen konsultieren können. Dabei nimmt die Therapeutin unterschiedliche Rollen und Funktionen ein, keineswegs nur elterliche (Petzold, Orth 1999a). Zumeist jedoch verkörpert sie kompetente, erwachsene Schutz-, Pflege- und Bezugspersonen in „*aktualisierten Situationen*“ fehlenden Bestandes oder in der Aktivierung früherer guter Milieus und anderer gegenwärtiger *Ressourcen* sowie in der prospektiven Entfaltung von *Potentialen* der Person und ihres Konvois.

Modalitäten: konfliktzentriert-aufdeckend oder erlebniszentriert-stimulierend, bei schweren Krisen: medikamentös-stützend.

Methoden und Techniken: Störungsbildspezifisch, ausgerichtet an der Lebenssituation.

3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung:

Ziele sind, den Erlebens- und Ausdrucksspielraum der Patientinnen zu erweitern, das Ressourcenpotential zu vergrößern, Ressourcennutzung zu verbessern, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Kompetenzen und Performanzen des *Copings* und *Creatings* zu fördern (Petzold 1997p; Flammer 1990), schließlich neue Strukturbildung anzuregen. Es geht darum, eine Lebenskunst (Schmid 1999) zu bekräftigen, eine Haltung der *Parrhesie*, d.h. der Offenheit, Aufrichtigkeit und Klarheit, sich selbst und Anderen gegenüber (Foucault 1996; Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000), in der das eigene Leben ko-kreativ mit „signifikant others“ als *Kunstwerk* gestaltet wird (Foucault 1984a, b), „das Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (Petzold 1999q, 2000e).

Durch „multiple Stimulierung“ werden *alternative Erfahrungsmöglichkeiten* bereitgestellt, z.B. mittels Bewegung, Spiel, kreativen Medien (Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993a), Experimenten und Projekten, kommunikativer Förderung. Sie entwickeln die Selbstwahrnehmung aus der Ressourcenperspektive und so wiederum „persönliche Souveränität“, die „Vielfalt der Persönlichkeit“ (Bakhtin 1981; Petzold, Orth 1998), indem sie das Ressourcenreservoir und die „persönlichen Potentiale“ vergrößern, so dass sich persönliche Narrative bzw. Strukturgefüge erweitern und verändern können und die Biosodie, das „sich erzählende“ Leben, die sich *fortschreibende Lebensnarration* (McLeod 1997; Petzold, Orth 1993a; Petzold 2000b, e) als lebendiger Prozess der selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Biographie in ständigen *Überschreitungen* (*transgressions*, vgl. Petzold, Sieper, Orth 2000) entwickelt.

Modalitäten: erlebniszentriert-stimulierend oder übungszentriert-funktional.

Methoden und Techniken: Störungsbildspezifisch, zugespasst auf die Lebenssituation.

4. Weg – Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment:

Ziele sind, Förderung von exzentrischer Metareflexivität und Selbststimmtheit, d.h. Entwicklung **persönlicher Souveränität**; weiterhin eine „Kultivierung altruistischen Engagements“ (Zahn-Waxler 1991; Monroe 1996; Sober 1998), denn Altruismus hat ein heilendes, gesundheitsförderndes und persönlichkeitsentwickelndes Potential (Hunt 1992). Er wird überdies zu einer immer bedeutsameren Notwendigkeit in modernen Gesellschaften, die auf Dauer nur funktionieren können, wenn ihre Mitglieder „engagierte Verantwortung“ (Petzold 1978c, 2000h) im Sinne „Integrativer Ethik“ (Krämer 1992; Endreß 1995; Petzold 1990n) übernehmen. Das muss, wo immer möglich, auch in Therapien zum Tragen kommen, damit Patienten, die oft genug „Opfer“ gesellschaftlicher Benachteiligung sind, aus dieser Rolle herauskommen und gesellschaftliche „Selbstwirksamkeit“ gewinnen.

Dieser vierte Weg unterfängt die Arbeit in den übrigen drei Wegen durch die solidarische Haltung der Therapeutin, durch ihr engagiertes Eintreten, wo Unrecht geschieht oder geschehen ist. Damit dies nicht nur eine sozialpolitische Haltung ist, eine Deklaration gesundheitspolitischen Engagements wird, gehören hierhin auch *konkrete* alltagspraktische Hilfen, z.B. initiierte und begleitete *soziotherapeutische* Maßnahmen bei akuten Belastungen und schwierigen Lebenslagen, die oft prioritär sind, und die Aktivierung sozialer Netzwerke und Supportsysteme (Hass, Petzold 1999). Der Integrative Ansatz hat stets großen Wert auf *Soziotherapie* (Petzold 1997b), Wohngemeinschafts- und Selbsthilfeprojekte (Petzold, Vormann 1980; Petzold, Schobert 1991) gelegt und Instrumente der Netzwerktherapie, Projektarbeit und des Gesundheitscoachings entwickelt. Grundlegend ist hier der Ansatz des „sozialen Sinnverstehens“ (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995; Zaepfel, Metzmacher 1996; Petzold 1995b, S. 171), der „sozialen Empathie“ (ebd., S. 242), ein Erfassen der Situation des Patienten im Netzwerk, der Situation des Netzwerks und seiner Strukturen, der sozioökologischen Gegebenheiten durch Akte „sozialperspektivischer Identifikation“ und des Ermöglichens „wechselseitiger Empathie“. Therapieziele, die aus dieser Matrix erwachsen, kommen unmittelbar im sozialen Raum und in alltagspraktischen Hilfen zum Tragen.

Modalitäten: konflikt- und erlebniszentriert.

Methoden und Techniken: Hier wird auf das Instrumentarium sozial-kognitivistischer bzw. behavioristischer Ansätze genauso zurückgegriffen wie auf Strategien aus „social casework“ bzw. „casemanagement“ (wir sprechen lieber von „Prozessbegleitung“) oder aus der System- und Soziotherapie.

Bei den „Vier Wegen“ und den *Modalitäten* gilt es zu reflektieren, welche Position, welche Aufgabe jeweils die Therapeutin und die Klientin übernimmt und welche sozialen Konfigurationen zum Tragen kommen – unter dekonstruktivistischer und diskursanalytischer Perspektive (*Foucault, Derrida*, vgl. *Parker 1999*) –, d.h. welche Machtspiele, Genderklischees, Schichtstereotype, Vorurteile sich ggf. in ihnen reproduzieren, um durch derartige Metareflexionen die *transversale* Qualität der Arbeit, ihre pluralistische Ausrichtung zu gewährleisten, dysfunktionale Ideologien zu erkennen, ihnen gegenzusteuern und „Diskurse der Freiheit“ (*Petzold, Orth, Sieper 1999, 2000*) zu ermöglichen.

In der „Integrativen fokalen Kurzzeittherapie“ liegt der Schwerpunkt auf dem 1., 3. und 4. „Weg der Heilung und Förderung“, dem Einsichtsgeschehen und Verstehen, der experimentierenden Erlebnisaktivierung und Solidaritätserfahrung. Den *vier Wegen* sind therapeutische *Wirkfaktoren* zugrunde gelegt, die in der Fokalthherapie spezifisch zur Anwendung gebracht werden. Anliegen ist es, diese oft als „unspezifische“ benannten *Wirkfaktoren* (*Huf 1992; Märten, Petzold 1998*) gezielt einzusetzen, damit sie „spezifische Wirkfaktoren“ werden (*Brumund, Märten 1998; Smith, Grawe 1999*). In der Integrativen Therapie werden folgende Wirkfaktoren gesehen, die in unterschiedlichen Kombinationen – abhängig von der Eingangsdiagnostik und ggf. modifiziert aufgrund der Prozessdiagnostik – eingesetzt oder im Prozess akzentuiert werden:

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

Die Wirkfaktoren kommen integriert im persönlichen Stil der Therapeutin und organisch im Geschehen der Therapie situations- und problemangemessen zum Tragen. Die fokaltherapeutischen Behand-

lungen mit Verwendung von „Identitätsbildern“ und der „Panoramatechnik“ (Petzold 1993p) lassen sich bei adäquater Indikationsstellung in den meisten Fällen im Zeitrahmen von ca. 25 Stunden mit Erfolg durchführen. Bei etwa einem Drittel der Patientinnen ist eine längere Begleitung mit einer aufdeckenden oder nachsozialisierenden Vorgehensweise (1. und 2. Weg) notwendig.

2. Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis Integrativer Therapie

Psychotherapieforschung wurde von *Orlinsky* (1998) definiert als „Anwendung geeigneter wissenschaftlicher Methoden, um psychotherapeutisches Vorgehen zu beschreiben, zu erklären und zu evaluieren“ (S. 71). Das zentrale Anliegen der Psychotherapieforschung besteht darin, die therapeutische Praxis transparent zu machen (*Steffan, Petzold* 2000), geeignete „Karten“ (*Kriz* 1996, S. 165) zu erstellen, die Orientierung und Überblick über Veränderungen durch Psychotherapie bieten. Diese „Karten“ sollen Entscheidungshilfen (Anwendung) geben und z.B. durch Ausbildung auf die „Reise“ Psychotherapie gut vorbereiten und durch das Feedback von Patientinnen erweitert oder verbessert werden (Theorie-Praxis-Transfer), so dass eine zirkuläre, konnektivierte „bottom-up-/top-down-Bewegung“ entsteht (*Petzold* 1998a, 96f).

Ergebnisse aus fast 50 Jahren Psychotherapieforschung zeigen, dass Psychotherapie wirkt. Die Erfolgsquote liegt bei 75% (*Elkin* 1994; *Grawe* 1998). Im Vergleich zu medizinischen Behandlungen wirkt Psychotherapie demnach besser (*Lipsey, Wilson* 1993; *Grawe, Donati, Bernauer* 1994). Die durchschnittliche Effektstärke von Psychotherapie beträgt 1,21, abzüglich spontaner Remissionen 1,11 (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, S. 676). Umgerechnet (Binominal Effekt Size Display nach *Rosenthal* 1991) heißt das, dass sich ausgehend von 100 Psychotherapiepatienten der Zustand von 70 bedeutsam verbessert, während der Zustand von 30 unverändert bleibt oder sich verschlechtert. Das ist ein gesichertes Ergebnis aus mehreren Jahrzehnten Forschung zur Legitimation von Psychotherapie (*Bergin, Garfield* 1994). Mit Beginn der dritten Phase der Psychotherapieforschung (*Meyer* 1990), der „differentiellen Psychotherapieforschung“, die sich primär mit der Frage nach therapeutischen Wirkfaktoren beschäftigt, nähern sich Vertreter verschiedener therapeutischer Orientierungen theoretisch wieder an (*Bastine, Fiedler, Kommer* 1989). Es entsteht ein „integratives Moment“ in der Psychotherapieforschung, Theorienbildung und Qualitätsentwicklung (*Steffan, Petzold* 2000), so dass wir vom „neuen Integrationsparadigma“ in der Psychotherapie gesprochen haben (*Petzold* 1992g, 2000h).

Im Zusammenhang mit der gesundheitspolitischen Situation (und der berufspolitischen Situation in Deutschland) in den letzten Jahren gewinnt die Frage nach den *Kosten* und der Effektivität von Psychotherapie größere Bedeutung. Es erfolgte eine Ausweitung auf die Versorgungsforschung durch Evaluation und Qualitätssicherung (Laireiter, Lettner, Baumann 1996; Laireiter, Vogel 1998). Rudolf (1998) skizziert eine vierte Phase der Psychotherapieforschung, die praxisbezogene Psychotherapieforschung, die sich inhaltlich nicht von der dritten Phase unterscheidet, wohl aber durch die Methodik. Die konventionellen Methoden der Psychotherapieforschung (Kazdin 1994) haben ihre Stärke in ihrer Verpflichtung zu wissenschaftlicher Exaktheit, die aber auch gleichzeitig aufgrund der Künstlichkeit der Untersuchungssettings, d.h. der oft mangelhaften „ökologischen Validität“ eine Schwäche darstellt. Eine praxisorientierte Forschung wird auch im Sinne einer „evidence based psychotherapy“ von vielen Seiten her gefordert (Rudolf 1990; 1998; Seligman 1995; Petzold 1999p; Baumann 1999; Czogalik 1999; Lutz 2000).

2.1 Braucht die Integrative Therapie eine spezifische Forschungsmethodik?

Vielzitierte Ergebnisse von Psychotherapiestudien konnten keine wesentlichen Unterschiede in den Wirkungen verschiedener Psychotherapieschulen feststellen (Smith, Glass, Miller 1980; Luborsky, Singer, Luborsky 1975). Eine Untersuchung von Strupp und Hadley (1979) zeigte, dass qualifizierte Laien (didaktisch kompetente Universitätsprofessoren) die gleichen Erfolge erreichen wie ausgebildete Psychotherapeutinnen. Lambert (1992) argumentiert nach einer Analyse von Psychotherapieforschungsstudien, dass 30% der Ergebnisvarianz von Psychotherapie auf die *common factors*, insbesondere auf die therapeutische Beziehung, 15% auf die therapiespezifischen Wirkungen der Techniken, 40% auf Veränderungen außerhalb der Therapie und 15% auf Erwartungseffekte zurückzuführen sind. Die Veränderung von Erwartungen beim Patienten gilt als ein gesicherter Wirkmechanismus (Frank 1982; Orlinsky, Grawe, Parks 1994; Grawe 1998). Vermittlung von Professionalität durch einen definierten Ort und die definierte Zeit der Therapie, durch Status/Rolle und durch eine anerkannte Ausbildung, Kompetenz und Glaubwürdigkeit des Therapeuten gehören zu empirisch gesicherten Prozessmerkmalen in der Therapie (Orlinsky, Grawe, Parks 1994). Dieser Wirkmechanismus wurde insbesondere für psychodynamische und humanistische Therapieformen nachgewiesen (ibid.). Ein weiterer Befund einer klassischen Psychotherapievergleichsstudie (Sloane et al. 1975) zeigte, dass

viele Psychotherapeutinnen sich nicht schulenkonform verhalten, durch ihre Klientinnen „geformt“ werden und „allgemeine Faktoren“ wie Persönlichkeit der Therapeutin, ihre Ermutigung und Wertschätzung große Wirkungen auf den Erfolg der Therapie haben.

Diese Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen und die Erkenntnisse aus der Forschung zu Wirkfaktoren weisen darauf hin, dass schulenübergreifende Veränderungswirkungen in der Psychotherapie existieren. Zunehmend wird methodenübergreifend gedacht, auch in der akademischen Psychotherapieforschung (*van Queckelberghe* 1979; *Petzold* 1982g, 1992g; *Strauß, Wittmann* 1997; *Perrez, Baumann* 1998; *Grawe* 1998), womit sich die Frage nach einer *spezifischen* integrativen Forschungsmethodologie (*Märtens, Petzold* 1995a, b) relativiert. Sie hat in jedem Fall eine *mehrperspektivische* und *optikenplurale* sowie Forschungsparadigmen verbindende Ausrichtung. Die Kombination des quantitativen und qualitativen Paradigmas bei den Untersuchungsstrategien in „*sophisticated designs*“, die Betonung von empirischer und von theoretischer Forschung und ihre Verschränkung (*Steffan, Petzold* 2000) und die kombinierte Beforschung unterschiedlicher Bereiche und Fragestellungen (*idem* 1994h) – z.B. interventionsethischer, diagnostischer, therapeutischer, lebenslagenbezogener, epidemiologischer, entwicklungspsychologischer Art – darf als ein Charakteristikum integrativer Forschungsorientierung angesehen werden (*Petzold* 1979c, 1993p, 1995a, *idem*; *Rodriguez, Petzold* 1997). Die Frage nach den veränderungswirksamen Elementen von Psychotherapie verlangt ein differenzierteres und komplexeres Schauen (*Märtens, Petzold* 1995a, b). Studien müssen deshalb viel breiter angelegt werden, als dies bisher der Fall war, denn sie müssen mehr Fragen beantworten (vgl. unseren 14-Punkte-Katalog, *Steffan, Petzold* 2000). Das erfordert das Einbeziehen des gesamten Fundus an Erkenntnissen der modernen Psychotherapieforschung und der Natur-, Human- und Sozialwissenschaften (*Petzold* 1999p). Hierbei sind die Erkenntnisse zur Wirksamkeitsforschung, dass der Anteil der schulenübergreifenden Wirkmechanismen vier mal so groß ist wie der der spezifischen (schulenspezifischen) Techniken, (vgl. *Blaser* 1989; *Frauchiger* 1999) ein Argument. Ein weiteres Argument bietet das Bedürfnis der Therapeutinnen nach Erweiterung ihrer therapeutischen Kompetenzen und Performanzen, der Bestimmung von Gemeinsamkeiten in der Psychotherapie und Steigerung der Behandlungseffektivität (*Petzold* 1992g). Dies drückt sich in der Steigerung des Interesses an Integration aus. In einer Befragung von Psychologen des „Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.“ (*Butollo, Piesbergen, Höfling* 1996) gaben nahezu alle Befragten (99%) an, mindestens zwei Therapieausbildungen absolviert zu haben. Die Mehrzahl (93%) standen der Integration in der Psychotherapie positiv gegenüber. Um die auch gesellschaftlich geforderte übergreifende

Psychotherapieforschung bemühen sich verschiedene forschende Praktiker und therapeutisch praktizierende Forscher in den unterschiedlichen „Orientierungen“ und „Schulen“ der Psychotherapie.

2.2 Qualitätssicherung in der ambulanten Praxis

Die Implementierung von Qualitätssicherungssystemen in der therapeutischen Versorgung wurde in den letzten Jahren viel beschrieben und begründet. Modellprojekte zur Erprobung von Programmen und Systemen wurden durchgeführt und evaluiert. Konzeptionalisierung von allgemein verbindlichen Standards für Qualitätssicherung und Zertifizierung im stationären und auch ambulanten Psychotherapiesetting liegen vor (*Grawe, Braun 1994; Fydrich, Laireiter, Saile, Engberding 1996; Fiegenbaum, Tuschen, Florin 1997; Laireiter 1997; Seipel 1998; Laireiter, Lettner, Baumann 1998; Petzold, Orth, Sieper 1995; vgl. auch Laireiter, Vogel 1998; Braun, Regli 2000*).

Mindestanforderungen an Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wurden von *Braun und Regli (2000)* vorgeschlagen. Eine Evaluation zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie muss Aussagen zu folgenden Hauptbereichen machen können:

- ▶ Erfassung der Störung bzw. Belastung am Beginn der Therapie,
- ▶ Kontrolle der erreichten Veränderungen während und nach der Therapie,
- ▶ Erfassen positiver und negativer Nebenwirkungen der Therapie,
- ▶ Verlauf der Therapie. (Eine differenziertere Betrachtungsweise wurde von uns mit einem 14-Punkte-Katalog unternommen, vgl. *Steffan, Petzold 2000*).

Braun und Regli (2000) haben die Therapieevaluation in vier Phasen unterteilt, in denen verschiedene Merkmale der Therapie und der Patientin mit verschiedenen Messinstrumenten erfasst werden. Wichtig ist die Erfassung der Störung und der Symptombereiche am Beginn der Therapie, die Kontrolle des Verlaufes aus Patientinnen- und Therapeutinnensicht, die Bestimmung des Therapieerfolges durch direkte und indirekte Veränderungsmessung am Ende der Therapie und die Überprüfung der Dauerhaftigkeit der Veränderung durch eine Nachbefragung (vgl. auch Tabelle 1).

<i>Vor der Therapie – Diagnostik</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnostische Einordnung (DSM-IV, ICD-10) ➤ Allgemeines Messmittel (z.B. SCL-90-R: Franke, 1995) zur Erfassung des Allgemeinbefindens ➤ Störungsspezifische Messmittel (z.B. bei Depressionen: BDI, Hautzinger et al., 1995) zur Bestimmung des Störungsmaßes ➤ GAS zur Bestimmung der individuellen Therapieziele
<i>Während der Therapie – Verlauf</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beurteilung des Therapieverlaufes aus Therapeuten- und Patientensicht (z.B. Stundenbogen) ➤ Erfassen der Fortschritte: Messung der Veränderung mit störungsspezifischen und individualisierten Messmitteln (z.B. BDI, GAS)
<i>Nach der Therapie – Ergebnis</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bestimmung des Therapieerfolges ➤ indirekte Veränderungsmessung (z.B. GAS, BDI, SCL-90-R) ➤ direkte Veränderungsmessung (z.B. VEV) ➤ Allgemeinbeurteilung (z.B. Patienten- und Therapeutenbefragung)
<i>Katamnese</i>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dauerhaftigkeit der Veränderung (z.B. BDI, GAS, SCL-90-R)

Tabelle 1: Vorschlag zur Evaluation von Psychotherapien (aus Braun, Regli 2000, 465)

Um die Ergebnisqualität zu erfassen, werden indirekte und direkte Veränderungsmessungen empfohlen. Indirekt heißt, Eingangs- und Ausgangswerte der erhobenen Messwerte werden miteinander verglichen (Stieglitz, Braun 1994; Schulte 1993). Bei der direkten Veränderungsmessung werden Aussagen der Patienten zu den subjektiv erlebten Veränderungen erfasst. Veränderungen in den Bereichen psychopathologischer Status (Diagnose), psychische und psychosomatische Beschwerden, Befindlichkeit und Lebensqualität und in der Erreichung der Therapieziele sind relevant (Laird 1997). Eine weitere Form der Veränderungsbeurteilung ist der Vergleich mit Referenzwerten einer Normpopulation oder eines festgelegten Kriterienwertes (Grawe, Braun 1994). Standardisierte Verfahren wie z.B. der SCL-90-R oder der IIP-C bieten Referenzstichproben. Weiterhin erscheint es sinnvoll, den allgemeinen Nutzen der Therapie beurteilen zu lassen. Die Feststellung der Dauer der Effekte über eine Nachbefragung wird gefordert. Zur Erfassung der Prozessqualität eignen sich Stundenbögen, die die Zufriedenheit mit den einzelnen Therapiestunden unmittelbar im Anschluss dokumentieren (Grawe, Braun 1994; Hahlweg 1992; Böcker 2000). Hier wurden Hinweise auf die Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung dargestellt, die im wesentlichen in der nachfolgend beschriebenen Untersuchung gewährleistet werden.

Um relevante Effekte mit den Effekten anderer therapeutischer Methoden vergleichen zu können und differentielle Wirkungen zu

erfassen, wurden in der vorliegenden Untersuchung allgemein verbreitete und verfahrensspezifische Instrumente zur Erhebung verwendet. Dabei erscheint es sinnvoll, sich an den 10 Bereichen zu orientieren, wie sie von *Grawe* konzipiert wurden (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, 64; zu einer weiteren Differenzierung vgl. *Steffan, Petzold* 2000), in welchen Veränderungen zu erwarten sind und in denen Messungen erfolgen können:

- „1. Globale Erfolgsbeurteilung,
2. Individuell definierte Problematik oder Symptomatik,
3. Hauptsächliche Symptomatik oder Problematik, im Unterschied zu 2. für alle Patientinnen gleich,
4. Sonstige Befindlichkeitsmaße,
5. Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich,
6. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich,
7. Veränderungen im Freizeitbereich,
8. Veränderungen im Arbeits- und Berufsbereich,
9. Veränderungen im sexuellen Bereich,
10. Veränderungen in psychophysiologischen Maßen.“

Darüber hinaus sollten sie zu einer direkten therapieprozessorientierten Nutzung dienen, also Daten erheben, die von Therapeutinnen und Patientinnen auch im Behandlungsverlauf verwendet werden können. Tatsächlich bedeutsame Daten sollten diese Forderung erfüllen, weil kaum zu erwarten ist, dass Daten, die nur für die Forschung wesentlich sind, tatsächlich relevante Aspekte erheben, wenn sie nicht auch von den am Prozess Beteiligten als sinnvoll erkannt werden können. Einige Beispiele finden sich in der Arbeit von *Grawe* und *Braun* (1994), die eine solche integrierte Therapie-Forschungs-Vorgehensweise demonstrieren (vgl. auch *Smith, Grawe* 1999).

Bei der Bewertung des Therapieerfolges in Praxisstudien bestehen jedoch zwei grundsätzliche Probleme (z.B. *Seligman* 1995; *Fäh, Fischer* 1998; *Rudolf* 1996):

- 1) Die nur bedingte Übertragbarkeit naturwissenschaftlicher Paradigmen, die eine quantitative Erfassung von Wirkungen verlangen, auf Psychotherapien, bei denen es jedoch praktisch immer um Entwicklungsprozesse geht, die mit positivistischen Effektivitäts- oder gar Wirtschaftlichkeitsmaßstäben kaum zuverlässig erfassbar sind.
- 2) In einer Praxisstudie werden Patientinnen erfasst, die sich selbst für eine bestimmte Therapie entschieden haben, die völlig verschiedene Symptome, Lebensprobleme und Lebenslagen aufweisen. Die Dauer der Therapie ist nicht von vornherein festgelegt und Therapieziele wie auch Setting und Behandlungspraktiken und -techniken können – und müssen ggfs. (*Petzold* 1999p) – im Therapieverlauf variieren. Zudem ist hier eine statistische Reliabilität der Messungen nur sehr schwierig herzustellen, und auch (an ausgesuchten Stichproben) validierte Messinstrumente sind hier nur bedingt verlässlich.

Aus diesem Grunde sind Studien, die unter spezifischen Forschungsbedingungen an universitären Forschungsabteilungen, Ambulatorien und Kliniken mit vorselektierten Populationen durchgeführt wurden, z.T. unter strikt manualisierten Behandlungsformaten (*Schulte* 1993) – wir nennen sie *F-Studien* – nicht mit settingspezifischen Praxisstudien (*P-Studien*) zu vergleichen. Auch die z.T. recht guten Ergebnisse solcher *F-Studien*, die für bestimmte Verfahren erzielt wurden (z.B. in Form von Effektstärken), können nicht ohne weiteres mit den Effektstärken von *P-Studien* verglichen werden, denn bei diesen finden sich oft erschwerte Bedingungen. Die z.T. schwierigen Patientinnen und eine hohe Durchmischung der Patientinnenpopulation machen manualisierte Behandlungen, wie sie für *F-Studien* entwickelt wurden, nicht unbedingt auf *P-Settings* übertragbar. Aus diesem Grunde sollten auch nur *P-Studien* mit *P-Studien* verglichen werden. Diesen Standpunkt vertreten auch *Scheidt et al.* (1999), *Peseschkian* (1999), *Seligmann* (1995) und *Manz et al.* (1995), die mit eigenen Praxisstudien, die Relevanz und Aussagekraft insbesondere auch für die Praktikerinnen gegenüber kontrollierten und randomisierten Ergebnisstudien hervorheben.

Abschließend sei noch auf Bedingungen verwiesen, die die psychotherapeutische Praxis vorschreibt und von *Seligman* (1995, 267f) folgendermaßen charakterisiert wurden:

- Psychotherapie hat keine festgelegte Dauer (allerdings reguliert die Stundenvorgabe der Krankenkasse die Dauer der Therapie).
- In der Psychotherapie gibt es eine Selbstkorrektur. Wenn eine Methode nicht greift, wird in der Regel eine andere eingesetzt.
- In der Praxis wird eine Psychotherapie aufgrund einer aktiven Entscheidung des Patienten begonnen.
- Die Patienten haben in der Regel multiple Probleme, selten ein klar abgegrenztes Symptom.
- Psychotherapie zielt auf die Verbesserung der Gesamtfunktionen des Menschen, nicht nur auf die Reduktion der Störung.

Die Bedingungen können durch experimentelle oder quasi-experimentelle Untersuchungen nicht realisiert werden und bedürfen einer anderen Methode. Dieser neue Typus von Psychotherapieforschung soll nach *Rudolf* (1996, S. 131) folgendermaßen aussehen:

- Psychotherapien sollen dort untersucht werden, wo sie gemacht werden – in den Praxen, statt im Forschungslabor der Institute;
- Psychotherapien sollen so untersucht werden, wie sie durchgeführt werden – also in der Variabilität ihres therapiebedingten Entwicklungsprozesses (nicht mit Manualen);
- die qualitativen Aspekte der Krankheit sollen mehr Beachtung finden;
- therapieschulenspezifische Erfassungsmethoden und Messinstrumente sollen eingesetzt werden.

Wir haben diese ganze Problematik an anderer Stelle ausführlicher diskutiert (*Steffan, Petzold* 2000).

Exkurs: Einige Ergebnisse zu methodenübergreifenden Psychotherapieverfahren

In der Zusammenstellung empirischer Psychotherapiestudien von *Grawe, Donati und Bernauer (1994)*, die Studien bis 1984 einbezogen haben, finden sich 22 Studien (im Gegensatz z.B. von nur 7 zur Gestalttherapie), die methodenübergreifend bzw. integrativ vorgingen und 1743 Patientinnen betrafen. Davon wurden 14 explizit von den Autoren als eklektische Methoden beschrieben, während weitere 8 Studien als richtungsübergreifende Behandlungskombinationen von den Auswertern eingestuft wurden. *Grawe et al. (1994)* kommen zu dem Schluss, dass eklektische und richtungsübergreifende Therapien fast immer zu *signifikanten Verbesserungen* der Hauptsymptomatik führen und auch in anderen Bereichen überwiegend bedeutsame positive Veränderungen festgestellt werden konnten. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse zeigen, dass eklektische und richtungsübergreifende Therapieverfahren anderen Therapieschulen in ihrer Wirksamkeit nicht nachstehen. Die größte Stärke wird in der Vielfältigkeit ihres Behandlungsrepertoires gesehen. „Die Wirksamkeit eklektischer Therapie kann als gut gesichert angesehen werden, besser als dies für so manche andere Therapieform gesagt werden kann“ (*Grawe et al. 1994, 650*). Hier sind zukunftsweisende Perspektiven zu sehen (*Petzold 1999p*). Eine ausführliche Dokumentation integrativer und eklektischer Studien differenziert nach verschiedenen Krankheitsbildern und Zielgruppen sowie unterschiedlicher Kombinationen findet sich bei *Sponsel (1995, 371-382, vgl. die Übersicht auf Seite 379)*. Es werden auch eklektische und integrative *Einzelfallstudien* (N=30) dokumentiert. *Sponsel (1995, 356)* kommt bei Durchsicht der *Grawe*-Materialien auf 38 kontrollierte eklektisch bzw. integrativ ausgerichtete Studien mit sehr guten Wirkungsnachweisen. Bei der bekannten Metastudie von *Smith, Glass und Miller (1980)* liegen die eklektischen und schulenübergreifenden Ansätze im oberen Drittel des Methoden- und Therapieschulenvergleichs. Dies zeigt sich im deutschsprachigen Raum auch in der Studie von *Thomas und Schmitz (1993)* anhand von Patientinnendaten der Technikerkrankenkasse für den Bereich der Nicht-Richtlinienverfahren, von denen viele methodenübergreifend bzw. methodenkombinierend arbeiten. Auch die Überblicksarbeiten von *Glass, Victor und Arnkoff (1993, 20f; 1999)* bestätigen die grundsätzliche Effektivität, verweisen aber auch auf die methodischen Schwierigkeiten der Wirksamkeitsprüfung.

Forschungsstudien, die in Zusammenarbeit mit der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) durchgeführt wurden, untersuchten in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen Störungsbildern Potentiale und Grenzen Integrativer Verfahren. Aus diesen Forschungsarbeiten seien exemplarisch genannt: die Eva-

luation Integrativer Ansätze in der Behandlung von Suchtkranken (siehe die Gesamtdarstellung bei *Petzold, Scheiblich, Thomas* 2000). *Kammler-Kaerlein* (1997) zeigte anhand einer 2-Jahres-Katamnese mit 41 vorrangig psychosomatisch erkrankten Patientinnen (76% Rücklauf) positive Verbesserungen des Gesamtbefinden und eine Verringerung der Symptombelastung durch Integrative Gruppentherapie. Eine Untersuchung von *Czogalik & Müller* (1995, N=125, Rücklauf 95%) zur integrativen Behandlung von Patientinnen mit psychosomatischen Rückenbeschwerden und Schmerzsymptomatik, zeigt gegenüber der Wartegruppe „eine klare Verbesserung in allen Bereichen“ mit Effektstärken zwischen 0,5 und 0,7 (*Müller, Czogalik* 1995, 120; *Heinl* 1997). *Ebert und Möhler* (1997) fanden bei der Behandlung von Koronarpatientinnen mit Integrativer Therapie und Entspannungsbehandlung deutliche Verbesserungen gegenüber den Vergleichsgruppen in allen gemessenen Parametern. *Van der Mei, Petzold* und *Bosscher* konnten in mehreren Untersuchungen nachweisen, dass Lauftherapie in einem integrativen Behandlungsrahmen (*Petzold* 1974j, 351ff) in einer ersten Studie (N=18) und in einer zweiten Studie (N=30) gegenüber supportiver psychodynamischer Psychotherapie auf allen Messinstrumenten statistisch signifikante Veränderungen in der Behandlung von Major Depression bewirkte (*Bosscher et al.* 1998) und signifikante Veränderungen in einer dritten Studie (N=29) zwischen Vor- und Nachmessung erreichte, wobei eine Vergleichsgruppe mit einem potenten Antidepressivum (Fluvoxamin) behandelt wurde. Gegenüber der medikamentös behandelten Gruppe lag die Lauftherapiegruppe in allen Messwerten gleich (*Bosscher* 1991; *Bosscher* 1995; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997).

2.3 Therapieerfolgsindikatoren

Therapieerfolg zu messen, ist ein schwieriges, weil komplexes Unterfangen. Allgemein lassen sich verschiedene Kriterien der Erfolgsbeurteilung unterscheiden, so etwa Effektivität, Bedeutsamkeit (klinische Relevanz), Breite und Dauerhaftigkeit der erzielten Veränderungen, Patientinnenzufriedenheit etc. (nach *Parloff* 1980). In der Literatur wurden verschiedentlich allgemeine Wirkfaktoren oder wirksame Prozesse von Psychotherapie vorgestellt, z.B. von *Grawe* (1995): „Ressourcenaktivierung“, „Problemaktualisierung“, „Problembewältigung“ und „Klärung“ oder von *Petzold* (1988n) die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (1. „Problem- und Krankheitseinsicht“, 2. „Nachsozialisation und emotionale Differenzierungsarbeit mittels korrekativer emotionaler Erfahrung“, 3. „Erlebnisaktivierung und Förderung von Ressourcen und Potentialen [*Petzold* 1997p] mittels alternativer Erfahrungen“, 4. „Solidaritätserfahrung und Exzentrizität“)

oder auch die „Heuristik der 14 Heilfaktoren“ von *Petzold* (1993p). Aber es fehlt noch an konkreten Operationalisierungsvorschlägen, so dass diese Heuristiken vorerst allenfalls als Orientierung zur Auswertung dienen können (vgl. *Ambühl* 1996; *Brumund, Märtens* 1998). Bei aller Unterschiedlichkeit der verschiedenen Therapieschulen, die natürlich auch bei der Definition von *Therapiezielen* (*Ambühl, Strauss* 1998; vgl. für die Integrative Therapie *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) zum Tragen kommen, geht es immer darum, Zustände, die im klinischen und im versicherungsrechtlichn Sinn als Krankheit (*disorder*), Schmerz (*pain*), oder Behinderung (*disability*) aufgefasst und denen ein Krankheitswert zugesprochen werden kann, zu bessern, zu lindern oder zu heilen.

Bei der Klassifikation von Erfolgsmessungen sind nach *Schulte* (1993, 1998) multiple Kriterien auf verschiedenen Dimensionen, die mit verschiedenen Methoden und auf verschiedenen Ebenen gemessen werden, empfehlenswert. Zu denken ist hier etwa an eine Inbeziehungsetzung von Krankheitsursachen (schulenspezifisch), Symptomen und Beschwerden sowie Krankheitsfolgen (etwa im sozialen Umfeld, am Arbeitsplatz, etc.). Darüber hinaus kann eine *mehrperspektivistische* Betrachtung des Therapieerfolges durch Heranziehung von weiteren Beurteilungsquellen (Therapeutin, Angehörige der Patientinnen) zu einer breiteren empirischen Absicherung der vorliegenden Daten beitragen. Die Diskussion um die damit aufgeworfene Frage, wie die Erfolgskriterien in der Psychotherapieforschung letztlich definiert werden sollen, ist bis heute nicht abgeschlossen. Indes liegen verschiedene Schematisierungsversuche vor. Nachfolgend (in Tabelle 2) ist ein Differenzierungsvorschlag von *Schulte* (1998) abgebildet:

	Beziehung der Post-Messungen zu	
Art des Vergleiches	Zustand zum Zeitpunkt der Prä-Messung	Goal-Attainment
Subjektive Einschätzung (1-Punkt-Messung)	Beurteilung der Veränderung seit Therapiebeginn (retrospektiv, global)	(subjektive) Therapiezufriedenheit des Patientinnen oder Therapeutinnen
Empirische Differenz (2-Punkt-Messung)	Differenzwertberechnung	Individueller Zielerreichungsgrad Vergleich mit Normpopulation
Statistische Definition	Reliable Change Effektgrößen	Klinische Relevanz

Tabelle 2: Kriterien zur Bestimmung der Effektivität von Psychotherapie²

2 Zur Erläuterung der einzelnen Tabellenfelder siehe *Schulte* 1998: 69f. Die Tabelle wurde auch vorgestellt auf einer AGPT-Tagung „Kriterien für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ am 7.5.1998 in Köln.

Kriterien für den Therapieerfolg – weitgehend angelehnt an das Modell von *Schulte* (1993) und an die Bedingungen der Praxisstudie – sind signifikante Veränderungen aufgrund von Vergleichen verschiedener Messzeitpunkte im Therapieverlauf anhand des SCL-90-R und des IIP-C. Darüber hinaus wurden subjektive Einschätzungen der Therapeutinnen, der Patientinnen und von Angehörigen hinsichtlich des Therapieerfolgs erhoben. Es werden damit direkte von indirekten Veränderungsindikatoren jeweils in Selbst- und Fremdeinschätzung unterschieden. Grundlage für die indirekten Veränderungsindikatoren bilden die Instrumente SCL-90 und IIP-C, die EAL-Skalen und Teile aus dem Patientenfragebogen. Die in der Studie zur Messung des Therapieerfolgs verwendeten Variablen sind Tabelle 3 zu entnehmen.

	Patientin (Selbsteinschätzung)	Therapeutin (Fremdeinschätzung)	Angehöriger der Patientin (Fremdeinschätzung)
Subjektive Zufriedenheiten als direkte Veränderungsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zufriedenheit mit dem Ergebnis/ dem Verlauf der Behandlung/ den Therapeutinnen/ mit der Wertschätzung durch die Therapeutin ▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Veränderung der Eingangssymptomatik (Hauptdiagnose) ▶ Zufriedenheit mit Ergebnis und Verlauf der Therapie ▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einschätzung, dass Behandlung geholfen hat
Prä-Post-Vergleiche und Effektstärkenberechnung als indirekte Veränderungsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ SCL-90-R ▶ IIP-C ▶ EAL-Skalen ▶ Körperliche Befindlichkeit ▶ Körperbilder: Anzahl und Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerz ▶ Erfassung der Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ EAL-Skalen ▶ Ausmaß der Belastung durch Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ EAL-Skalen ▶ Ausmaß der Belastung durch Symptome

Tabelle 3: Übersicht der Therapieerfolgsindikatoren

3. Ziele und Design der Studie

Die vorliegende Studie untersucht die Wirkungen der „Integrativen Therapie“ im *ambulantem Setting unter alltäglichen Praxisbedingungen* im naturalistischen Design, denn das sind Konditionen, in denen Psychotherapeutinnen in freien Praxen tagtäglich arbeiten. *Allein Untersuchungen von Behandlungen in solchen Settings können darüber Aufschluss geben, ob und wie Formen der Psychotherapie in diesen Kontexten de facto wirken.* Basisdaten und Behandlungsverläufe werden dokumentiert sowie Stärken und Schwächen des Verfahrens aufgezeigt (Qualitätssicherungs- und Dokumentationsmodell). Statistische Datenanalysen bieten eine neue Optik auf Abläufe in der therapeutischen Praxis. An der Studie teilnehmen konnten Therapeutinnen mit mindestens einer Ausbildung in einem integrativ-orientierten oder methodenübergreifenden Verfahren (z.B. „Integrative Therapie“, „Integrative Kunsttherapie“, „Integrative Bewegungstherapie“) aus der BRD, der Schweiz und Österreich und Patientinnen, die eine Behandlung bei den teilnehmenden Therapeutinnen neu beginnen, mit einem Mindestalter von 18 Jahren, mit einem eindeutigen, nach ICD-10 definierbaren psychischen oder psychosomatischen Symptom- bzw. Beschwerdenspektrum, die für das Integrative/methodenübergreifende Verfahren indiziert erschienen.

Die „Integrative Therapie“ vertritt eine *mehrperspektivische Sicht* in Theorie und Praxis (Petzold 1991a, 99ff; 1994a; Steffan, Petzold 2000) und bezieht, *sozioökologisch* über konventionelle Psychotherapie hinausgehend (idem, van Beek, van der Hoek 1994, idem 1995b) Leiblichkeit (idem 1985g, 1996a) und Netzwerkdimensionen (Hass, Petzold 1999), Förderung der Ressourcen und des Wohlbefindens (Petzold 1997p, Petzold, Orth 1999) in die Behandlung ein, arbeitet also aktiv mit protektiven, resilienz- und gesundheitsfördernden Interventionen (Petzold 1995a; Petzold et al. 1993; Petzold, Steffan, Schuch 2000), wie dies für eine moderne Psychotherapie kennzeichnend sein sollte (Petzold 1999p). Deshalb wurden in der vorliegenden Studie auch die Bereiche „Leiblichkeit“, „Netzwerk“ und „Wohlbefinden“ mit spezifischen Instrumenten besonders untersucht: mit Körpersymptomschemata, mit Netzwerkdignostik und Angehörigenbefragung sowie einem Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit (EAL). Damit wird die Studie in ihrer Anlage nicht nur dem Integrativen Ansatz gerecht, sondern auch den Bedürfnissen und Notlagen der Patientinnen, die in eine psychotherapeutische Praxis kommen und das ist – wie auch die Komorbiditätsforschung zeigt (Wittchen, Vossen 1992) – selten nur eine klare Störung, z.B. eine Depression, sondern all das, was die Depression im Lebensalltag, in der Familie, im Freundeskreis, am Arbeitsplatz auslöst und was sie an Begleitsymptomatik (z.B. Ängste) mit sich bringt: nämlich häufig eine „**prekäre**

Lebenslage“ (Petzold 2000h). Nur wenn diese Aspekte mit berücksichtigt und bearbeitet werden – oft sind soziotherapeutische bzw. sozialökologische Maßnahmen unverzichtbar (Petzold 1997, 1995b) ist mit nachhaltigen Behandlungserfolgen (Petzold 1990o) zu rechnen.

4. Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

Die Instrumente sollen „objektive“ Befunde, die die psychische Situation – eine Verbesserung und auch eine Verschlechterung – und die subjektive Einschätzung erfassen. Tabelle 4 zeigt eine Übersicht über die in der Untersuchung verwendeten Erhebungsinstrumente und die gemessenen Variablen.

Instrument	Variablen
SCL-90 – Symptomcheckliste (Derogatis et al. 1986, dt. Version: Franke 1995)	90 Items zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen
IIP-C – Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz, Strauß, Kordy 1994)	Operationalisierung zwischenmenschlicher Probleme orientiert an Kiesler (1982), Kreismodell, das durch vier Pole bestimmt wird: autokratisch-unterwürfig, streitsüchtig-ausnutzbar, abwesend-fürsorglich, introvertiert-expressiv
Therapeutinnenfragebogen (EAG)	Soziodemographische Angaben, Ausbildungshintergrund, therapeutische Orientierung, Arbeitsweisen, Erfahrungen und Einstellungen
Therapiebeurteilungsbogen (EAG)	Diagnose(n) gemäß ICD-10, Einschätzungen zum Therapieverlauf und -erfolg Qualität der therapeutischen Beziehung, „Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (Fremdbeurteilung)
Patientinnenfragebogen (EAG)	Soziodemographische Daten der Patientinnen und Therapievorerfahrung, Zugangsweise zur Therapeutin, Einschätzungen zu den Ursachen der Beschwerden, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, subjektive Einschätzungen zum Therapieverlauf und zum Ergebnis der Therapie
Körperschemata (EAG)	Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen werden mittels eines Schemas eines menschlichen Körpers erfasst
Instrument zur Erhebung des sozialen Netzwerkes (EAG)	Erfassen der sozialen Beziehungen in den Dimensionen ‚emotional nicht nah – emotional nah‘ und ‚belastend/nervend – unterstützend/hilfreich‘
Einschätzungsskalen Allgemeiner Lebenszufriedenheit, EAL (EAG)	Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit in der Selbstbeurteilung in den Bereichen, Körper/ Leiblichkeit, Arbeit/Freizeit, soziale Beziehungen, Materielles und Wohnen

Instrument	Variablen
Angehörigenbogen (EAG)	„Einschätzung allgemeiner Lebenszufriedenheit“ (Fremdbeurteilung)
Stundenbegleitbögen (EAG)	Auf dem verwendeten Bogen werden die Patientin und die Therapeutin gebeten, von der 2. bis zur 30. in einer offenen Frage das für sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Rating-Skalen jeweils subjektive Einschätzungen zur therapeutischen Beziehung und zum Beitrag der Stunde am Erfolg der Therapie zu geben

Tabelle 4: Übersicht über Erhebungsinstrumente und zu messende Variablen

Trotz der kontroversen Diskussion um eine Standardmessbatterie für die Psychotherapieforschung (Waskow, Parloff 1975; Lambert, Hill 1994, McCullough 1994; Strupp, Horowitz, Lambert 1997) schienen zumindest zwei Erhebungsinstrumente zum Zeitpunkt der Studienkonzeption 1994 allgemein als besonders akzeptiert, die für die Erfolgsmessung der Integrativen Therapie sinnvoll erschienen, die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL90-R, deutsche Übersetzung von Franke 1995) und das auf dem Kieslerschen Kreismodell (Kiesler 1983) beruhende Inventar interpersonaler Probleme (IIP, Horowitz, Strauss, Kordy 1994), die von der SPR (Society for Psychotherapy Research) als eine Art psychotherapeutischer Kernmessverfahren angesehen werden (vgl. Grawe, Braun 1994). Beide Fragebögen erlauben einen wiederholten Einsatz während des Therapieverlaufes, so dass Prä-Post-Vergleiche auf der Ebene einzelner Patientinnen wie auch der gesamten Stichprobe möglich werden. Neben einer spezifischen Erfassung der Symptome schien es uns unter einer Salutogenese Perspektive (Antonovsky 1987; Schüffel et al. 1998) unerlässlich, auch die Bereiche der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu erfassen. Dies sollte im Hinblick darauf geschehen, in welchen Lebensbereichen wesentliche Beeinträchtigungen (im Sinne „prekärer Lebenslagen“) vorliegen und möglicherweise positive Veränderungen angestoßen werden. Hierzu sollten folgende Bereiche mit den „Einschätzungsskalen Allgemeiner Lebenszufriedenheit, EAL“ (Märtens 1994) erfasst werden, die an das Modell von Petzold der „Fünf Säulen der Identität“ angelehnt sind (Petzold 1981g; Petzold, Orth 1994; Kames 1991): 1. Persönlichkeit und persönliche Fähigkeiten, 2. Lebenszufriedenheit, 3. Lebenssinn, 4. Kontakt zu anderen Menschen, 5. Anzahl der Freunde, 6. Freizeit, 7. Arbeit und Beruf, 8. Sexualität, 9. Körperliche Zufriedenheit, 10. Wirtschaftliche Situation, 11. Wohnsituation. Um eine *multi-perspektivische* Erfassung im vorliegenden Forschungsprojekt zu ermöglichen, wurden Fragen, die diese 11 Bereiche erfassen, aus drei Perspektiven formuliert, so dass sie einerseits von *Patientinnen* selbst, von den *Therapeutinnen* und auch von einem nahen *Angehörigen* beantwortet werden können.

Das verwendete Instrument zur Erfassung der sozialen Netzwerke (Hass 1995) orientiert sich an einem von Burt (1984) eingesetzten Verfahren in einer amerikanischen Bevölkerungsumfrage. Die Patientinnen werden aufgefordert „... Personen, die zur Zeit in irgendeiner Weise in ihrem Leben von Bedeutung sind, sei es in positiver, sei es in negativer Hinsicht“ (maximal 10) mit der Art der Beziehung (Mutter, Freundin, Nachbarin, Kollegin) und mit dem jeweiligen Unterstützungsbzw. Belastungspotential sowie der emotionalen Nähe anzugeben (vgl. Hass, Petzold 1999).

Zur Erfassung des Geschehens in den einzelnen Sitzungen und zur Untersuchung der Therapeutin-Patientin-Beziehung im Zeitverlauf (Prozessevaluation) wurden therapiebegleitend bis zur dreißigsten Stunde Stundenbegleitbögen eingesetzt. Das Instrument ist angelehnt an validierte Stundenbögen (Schindler, Hohenberger-Sieber, Hahlweg 1990; Grawe, Braun 1994) in einer gekürzten Version mit drei Items. Auf dem Stundenbogen werden sowohl die Patientin als auch die Therapeutin gebeten, bezugnehmend auf die aktuelle Therapiestunde in einer offenen Frage das für sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Ratingskalen jeweils subjektive Einschätzungen zum Beitrag der Stunde für den Erfolg der Therapie und zur therapeutischen Beziehung Angaben zu machen.

Die eingesetzten Instrumente sowie die Zeitpunkte der Erhebung sind Tabelle 5 zu entnehmen.

	(1) Eingangserhebung	(2) Zwischen- erhebung	(3) Zwischen- erhebung	(4) Abschluss- erhebung	(5) Katamnese
	Bis zur 2. Stunde	15. Stunde	30. Stunde	Therapie- ende	6 Monate nach Ab- schluss
Patientin	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C	Patientinnen- fragebogen SCL-90-R IIP-C
Thera- peutin	Therapeu- tinnenfrage- bogen Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapie- beurteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen	Therapiebe- urteilungs- bogen
Ange- höriger	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszu- friedenheit	Einschätzung allgemeiner Lebenszufrie- denheit und Zusatzitems
+ Stundenbögen an Therapeutin und Patientin bis zur 30. Stunde					

Tabelle 5: Übersicht über die Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

5 Stichproben

5.1 Therapeutinnen

An der Untersuchung nahmen 58 methodenkombinierende, methodenübergreifende, d.h. integrativ arbeitende Therapeutinnen mit insgesamt 211 Patientinnen teil (im Mittelwert 3,6 Patientinnen). Der Anteil der Frauen der Therapeutinnenpopulation beträgt 60,3%. Die Therapeutinnen sind im Durchschnitt 46 Jahre alt (SD=8,1; Range: 32-57). Die Therapeutinnenstichprobe besteht aus sechs Berufsgruppen, wobei mehr als die Hälfte der Stichprobe zwei oder drei Berufsabschlüsse hat. Abschlüsse als Diplompsychologin oder Ärztin haben 30 Personen (50%) angegeben und 26 (44%) nannten die Abschlüsse Diplompädagogin und Diplomsozialpädagogin. Elf Personen (19%) erlernten einen Heilberuf wie z.B. Krankenschwester, Physiotherapeutin oder Ergotherapeutin. Von den teilnehmenden Therapeutinnen haben 82,3% mindestens eine formal abgeschlossene Therapieausbildung, 43,1% der Gesamtstichprobe haben zwei abgeschlossene Therapieausbildungen und 19% haben drei abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildungen. Alle Therapeutinnen arbeiten in freier Praxis, 21,8% mit voller Heilpraktikererlaubnis. 45,5% haben eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis und 32,7% haben keine Heilpraktikererlaubnis (Stand 1998). Weitere zusätzliche Arbeitsbereiche sind für 13,8% eine Beratungsstelle oder Ambulanz, für 15,5% eine Klinik, für 15,5% eine nicht näher benannte sonstige Einrichtung. Ausschließlich in einer freien Praxis arbeiten 55,2% der Therapeutinnen. Pro Woche geben die Therapeutinnen im Durchschnitt 20,4 Therapiestunden (zwischen 6 und 39), davon 16,6 Einzelstunden, 1,8 Familiensitzungen und 3,7 Gruppensitzungen. Die Therapeutinnen haben pro Tag zwischen 1 und 12 Patientinnen, im Durchschnitt 4,8. Der Anteil der männlichen Patienten beträgt 26,5%. Im Durchschnitt haben die Therapeutinnen 11,8 Jahre Berufserfahrung (SD=7,0; Range: 3-31 Jahre). Damit stellt sich die Therapeutinnenstichprobe als sehr praxiserfahren heraus und entspricht Studien, die sich mit der Langzeitentwicklung von Therapeutinnen beschäftigen (vgl. z.B. Willutzki, Botermanns 1997; Ambühl, Orlinsky 1997).

5.2 Patientinnen

Die folgende Beschreibung der Patientinnenpopulation bezieht sich auf die 122 Patientinnen, deren Therapie bereits abgeschlossen ist. Unter den 122 Patientinnen sind 98 Frauen (80,3%) und 24 Männer (19,7%). Das Durchschnittsalter beträgt 39,3 (SD=11,69; Range: 19-95). Etwa mehr als zwei Drittel (68,9%) der Patientinnen sind gesetzlich versichert, 13,7% haben eine private Zusatzversicherung, 10,3% sind

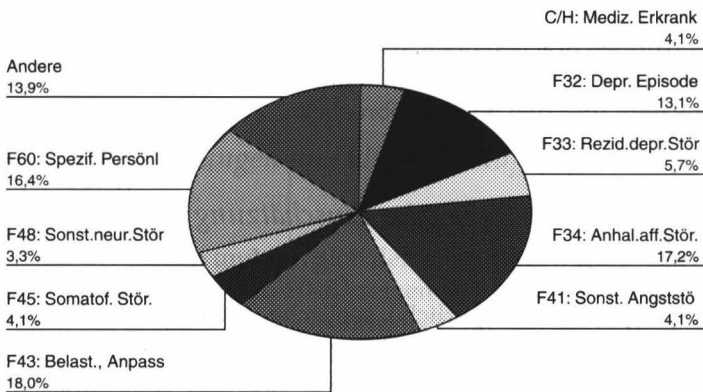
privat versichert und 4,1% sind Selbstzahler (4,9% machten keine Angaben). 39,3% der Stichprobe sind ledig und 40,2% verheiratet, 17,2% geschieden und 3,3% verwitwet. Fast zwei Drittel (63,1%) der Frauen und Männer sind berufstätig, davon 75% angestellt. Die Hälfte (50,8%) suchten die Hilfe einer Therapeutin eigeninitiativ, 23% über eine Ärztin oder Klinik und 15,6% über Freunde und Bekannte. Der Familie, den Krankenkassen, den Beratungsstellen, den Sozialen Diensten und den Behörden kommt bei der Vermittlung zu einer Therapie in dieser Stichprobe kein Einfluss zu. Für 54,0% der Stichprobe war diese Therapie nicht die erste. Das entspricht in etwa der Studie von *Scheidt, Seidenglanz, Dieterle, Hartmann, Bowe, Hillenbrand, Sczudlek, F. Strasser, P. Strasser, Wirsching* (1998), die bei 42,2% ihrer untersuchten Patientinnen „eine psychische Vorbehandlung in den letzten fünf Jahren vor Therapiebeginn“ fanden (S. 79). Die vorherige Therapie lag im Mittel 3,6 Jahre zurück, dauerte im Durchschnitt 14,4 Monate (SD=15,8, Range; 1-96) und umfasste durchschnittlich 39,4 Therapiesitzungen (SD=52,1; Range: 3-350). 66,1% haben kurz vor der Therapie oder zeitlich parallel einen Arzt wegen körperlicher Beschwerden aufgesucht. Die soziodemographischen Daten sprechen für eine typische Stichprobe ambulanter Psychotherapie (*Schepank* 1990; *Kächele, Kordy* 1992; *Scheidt et al.* 1998, 1999; *Peseschkian, Tritt, Loew, Jork, Deidenbach, Werner, Kick* 1999).

5.3 Diagnosen aus Therapeutinnensicht

Die Einteilung nach Diagnosen erfolgte durch die Therapeutinnen in der Eingangserhebung. Die angegebenen ICD-10-Diagnosen wurden zu Diagnosegruppen zusammengefasst. Im Unterschied zur Vorgehensweise bei *Scheidt et al.* (1998; 1999), die die Diagnosen anhand der Grobeinteilung in neun Gruppen vornimmt, wie sie im ICD-10 als Ordnungssystem vorgegeben sind, orientierte sich die hier gewählte Vorgehensweise an den Praxisdaten. Es wurde versucht, die tatsächlichen am häufigsten genannten Hauptdiagnosen zusammenzufassen. Die häufigste Diagnosegruppe als Hauptdiagnose ist die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43.0-F43.9) mit 18%, gefolgt von den „Anhaltenden affektiven Störungen“ (F34.1-F34.9) mit 17,2%. Die dritthäufigste Diagnosegruppe sind die „Persönlichkeitsstörungen“ (F60.0-F60.9) mit 16,4%, gefolgt von den „depressiven Episoden“ (F32.0-F32.9) mit 13,1%. Diagnosegruppen mit Anteilen über 3% in der Stichprobe sind die „Rezidivierenden depressiven Störungen“ (F33, 5,7%), die „sonstigen Angststörungen“ (F41, 4,1%), die „somatoformen Störungen“ (F45, 4,1%), medizinische Erkrankungen mit 4,1%. Die Verteilung der Störungen entspricht bis auf die Angststörungen der Befundlage im Bereich der Forschungen in ambulanter Psychotherapie (*Scheidt et al.* 1998, 1999;

Peseschkian et al. 1999). Die geringe Häufigkeit der Angststörungen wirft die Frage auf, ob es sich hierbei um ein Stichprobencharakteristikum oder ein Diagnosecharakteristikum der Therapeutinnenstichprobe handelt. Im Unterschied zu den allgemeinen Prävalenzraten, insbesondere in klinischen Stichproben (z.B. DSM IV; Reinecker 1994; Margraf, Schneider 1996), ist der Anteil von Angststörungen in dieser Stichprobe mit 4,1% deutlich geringer.

Neben den Hauptdiagnosen wurden zwei Nebendiagnosen erfragt: 51,6 % (63) der Patientinnen erhielten eine Nebendiagnose, wovon die häufigsten die „Persönlichkeitsstörungen“ mit 10,7% und die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ mit 9,7% waren. Eine zweite Nebendiagnose wurde bei 20 Personen (16,4%) angegeben, davon war die häufigste mit 3,3% die „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. Überraschend war, dass fast keine stoffgebundenen Abhängigkeiten diagnostiziert wurden. Dieser Befund könnte einen verbreiteten Missstand im Bereich der ambulanten Diagnostik widerspiegeln. Auch bei Scheidt et al. (1998) sowie bei Peseschkian et al. (1999) finden sich vergleichbar selten Abhängigkeitsdiagnosen. Diese Ergebnisse stehen im krassen Widerspruch zur Prävalenz, insbesondere von Alkohol- und Medikamentenproblemen. Sie sprechen dafür, dass hier entweder diese Probleme der Patientinnen übersehen werden (vgl. Wienberg 1992) oder eine Verweisung an spezialisierte Suchtbehandlungen erfolgt (Petzold, Scheiblich, Thomas 2000), was durch das Faktum, dass das Ausbildungsinstitut der Therapeutinnenpopulation der größte Träger von Ausbildungen zum „Sozialtherapeuten Sucht“ (nach VDR-Richtlinien anerkannt) in der BRD ist, nahegelegt wird (Petzold, Hentschel 1993).



N=122, Fehlend: 3
 Anteil kleiner 3% -> neue Kategorie "Andere"

Abbildung 1: Eingangsdiagnosen aus Therapeutinnensicht – Diagnosegruppen

5.4 Rückläufe und Abbrecher

Von den ursprünglich 108 an der Studie interessierten Therapeutinnen nahmen 58 mit insgesamt 211 Klienten teil, davon 42 aus Deutschland, eine aus Österreich und 15 aus der Schweiz. Von der Teilnahme zurückgetreten sind 50 Therapeuten wegen veränderter Arbeitsfelder (27%), Misstrauen der Patienten gegenüber der Studie (10%), Patientenfluktuation aufgrund des Psychotherapeutengesetzes (8%), falsches Setting/nicht in die Rahmenbedingungen der Studie passend (39%) und familiären Veränderungen (5%). 11% gaben keine Begründung an. Von den 211 in die Untersuchung aufgenommenen Patientinnen liegen 122 Abschlusserhebungen (57,8%) und 74 Katamnesen (34,6%) vor. Von 89 Patientinnen liegen keine Abschlusserhebungen vor, wovon 10 (4,7%) Therapien immer noch nicht abgeschlossen sind, 31 Patientinnen (14,7%) die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, aber keinen Fragebogen mehr ausfüllen wollten (Angabe durch die Therapeutin). Bei 9 Patientinnen (4,3%) wurde die Therapie aufgrund äußerer Bedingungen (z.B. keine Finanzierung) und bei 8 (3,8%) durch inhaltliche Bedingungen abgebrochen (z.B. Beziehungsaufbau war nicht möglich). Von 33 Patientinnen (15,6%) konnten die Gründe nicht eruiert werden.

Zwischen den Abbrechern und Nicht-Abbrechern dieser Patientinnenstichproben konnten keine systematischen Unterschiede festgestellt werden. Therapieabbruch ist kein seltenes Phänomen in der Psychotherapie und weist auf die Grenzen eines Behandlungsangebotes hin. Der Umgang mit Therapieabbrechern in der Psychotherapieforschung ist unklar. In 323 von 897 untersuchten Studien bei *Grawe, Donati, Bernauer* (1994) wurden keine Angaben zu Abbrechern gemacht. In 252 Studien kamen keine Abbrüche vor. In 162 Behandlungsgruppen brachen über 20% die Therapie vorzeitig ab. In 44 Untersuchungen fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Abbrechern und den Nicht-Abbrechern.

5.5 Patientinnen: Subjektive Einschätzung der Eingangsbelastung

Das allgemeine (körperliche, seelische, geistige, soziale) Wohlbefinden wurde zu Beginn der Therapie auf einer Skala von 0%=sehr schlecht bis 100%=sehr gut eingeschätzt (Recodierung auf eine 5stufige Skala von sehr schlecht bis sehr gut). 37% der Stichprobe gaben an, dass es ihnen sehr schlecht bis schlecht gehe, 42% gaben weder/nach an und 19,6% gut bis sehr gut (0,8% machten keine Angaben). Der durchschnittliche Skalenwert der Gesamtstichprobe liegt bei 42,6%

(SD=22,27%), bei den Männern 45,0% und bei den Frauen 42,5%. Das Ausmaß der Belastung durch die Symptome, die zur Aufnahme in die Behandlung geführt hatte, weist einen durchschnittlichen Skalenswert von 76,5% (SD=23,9) auf, wobei die Männer mit einem durchschnittlichen Wert von 80,4% (SD=16,0%) eine höhere Anfangssymptombelastung angaben. 40,2% der Gesamtstichprobe gaben eine sehr starke und starke Symptombelastung am Beginn der Therapie an.

5.6 Patientinnen: Subjektive Einschätzungen zur Natur der Beschwerden

Alle Patientinnen gaben Einschätzungen zu den Verursachungen bzw. Einflussfaktoren ihrer Beschwerden an. Für 69,6% sind die Beschwerden eher psychisch bedingt, für 12,3% waren die Beschwerden körperlich bedingt. 16,4% konnten sich zwischen einer psychischen oder körperlichen Verursachung nicht entscheiden (1,7% antworteten nicht). 55,7% der Stichprobe sehen ihre Beschwerden als schwerwiegend an und 14,8% als geringfügig, 25,4% wählten „weder-noch“ (4,1% antworteten nicht). 12,3% betrachten die Beschwerden eindeutig als eigenes Verschulden und 27,9% als fremdes Verschulden. 42,6% nahmen zu dieser Frage keine eindeutigen Standpunkt ein (17,2% antworteten nicht). 38,5% sehen ihre Beschwerden als eher innerlich bedingt an, 27,9% eher als äußerlich bedingt, 28,7% kreuzten „weder-noch“ an (4,9% antworteten nicht). 40,1% sehen die Ursachen für ihre Erkrankung in der Vergangenheit und 23,0% führen die Beschwerden auf die aktuelle Lebenssituation zurück. 32,0% vertraten keinen eindeutigen Standpunkt (4,9% antworteten nicht). Aufgrund dieser Einschätzungen erschienen die Patientinnen einer psychotherapeutischen Behandlung gegenüber aufgeschlossen.

5.7 Eingangsbelastungen und klinische Auffälligkeiten SCL-90-R

Anhand der Skalen und des globalen Belastungswertes (GSI, Global Severity Index) des SCL-90-R³ zeigen sich folgende Eingangsbelastungen: Die größte Eingangsbelastung zeigt sich auf der Skala Depressivität. 76% der Stichprobe haben eine deutlich messbare psychische Belastung bzw. eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung auf

3 Beim SCL-90-R wurden T-Werte berechnet. Eine „deutlich messbare psychische Belastung“ zeigen die Personen mit einem T-Wert zwischen 60 und 70 (Mittelwert + einer Standardabweichung) und eine „hohe bis sehr hohe psychische Belastung“ zeigen Personen mit T-Werten zwischen 70 und 80 (Franke 1995).

dieser Skala. 68% der Stichprobe zeigen auf der Skala Unsicherheit, 67% auf der Skala Zwanghaftigkeit, 65% auf der Skala Ängstlichkeit hohe Eingangsbelastungen. Die geringste Eingangsbelastung zeigt die Skala Phobische Angst (47% sind auffällig). Laut dem Gesamtwert GSI sind 78% der Stichprobe messbar bzw. hoch und sehr hoch psychisch belastet.

5.8 *Therapiedauer, durchschnittliche Anzahl der Sitzungen und Gründe für die Beendigung der Therapie*

In die Auswertung sind 122 Abschlusserhebungen eingegangen. Diese beanspruchten durchschnittlich 26,3 Stunden (SD=16,9, Range: 2-80) und dauerten im Schnitt 12 Monate. Unterschiede in der Therapiedauer als auch in der Anzahl der Stunden hinsichtlich des Geschlechts sind gering. 72,1% der Patientinnen haben die Therapie ordentlich beendet, 5,7% haben die Therapie von sich aus und weitere 4,1% auf Veranlassung der Therapeutinnen abgebrochen. 4,1% wurden weiter vermittelt an andere Einrichtungen resp. Kollegen. 8,2% beendeten die Therapie aus sonstigen Gründen.

6 Ergebnisse

6.1 *Direkte Messungen des Therapieerfolges*

Bei der Beurteilung der Effektivität Integrativer Verfahren orientierten wir uns an gebräuchlichen Verfahren in der Therapiefor- schung. Im Rahmen indirekter Messungen des Therapieerfolges (Veränderungen) wurden Effektstärken⁴ und Mittelwertvergleiche berechnet. *Jacobsen, Folette, Revenstorf* (1984) haben zudem eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse vorgeschlagen, um die Veranschaulichung des Therapieerfolges zu verbessern. Dazu erscheint es sinnvoll anzugeben, wieviel Prozent der Patientinnen sich statistisch reliabel und wieviel sich klinisch relevant im Vergleich zu einer

4 Die Effektstärke ist definiert als die Differenz der Mittelwerte zum Post-Messzeit- punkt zwischen einer experimentellen und einer Kontrollgruppe, dividiert durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe (*Smith, Glass, Miller* 1980). Die Klas- sifizierung der Effektstärken erfolgt unter Bezugnahme auf *Cohen* (1988): Im Bereich zwischen .40 und .80 spricht man laut Konvention von mittleren, im Be- reich > .80 von großen und im Bereich von < .40 von geringen Effekten. Da in einer Praxisstudie in der Regel keine Kontrollgruppe mit unbehandelten Patientinnen vorhanden ist, wird ersatzweise im Nenner oben angegebener Formel die gemittel- te Standardabweichung der Mittelwerte der Prä- und Postmessung in der Inter- ventionsgruppe eingesetzt (vgl. *Klann, Hahlweg* 1994, 98).

Normpopulation verbessert/ verschlechtert haben oder unverändert geblieben sind⁵.

Die **Therapeutinnen** wurden nach einer Veränderung der Probleme, die die Therapieinanspruchnahme begründeten sowie nach einer Beurteilung der Veränderung der Eingangssymptomatik gefragt. 90,2% der Therapeutinnen gaben hier eine Verbesserung an, während 4,1% keine Veränderungen bemerkten. In *keinem Fall wurde eine Problemverschlechterung angegeben*, bei 4,1% standen zum Zeitpunkt der Abschlusserhebung andere Probleme im Vordergrund (4,1% machten keine Angabe). Angaben zur Besserung der Eingangssymptomatik (anhand der Haupt- und der zwei Nebendiagnosen: 100% bedeutet hier Unverändertheit der Beschwerden und 0% keine Beschwerden mehr) weisen mit einem Durchschnittswert von 35,9% (SD=25,8%) auf einen klaren Trend in Richtung einer Beurteilung als Besserung: 75% der Therapeutinnen gaben hier „50%“ und weniger an. Als weiterer Indikator des Therapieerfolges kann die Zufriedenheit der Therapeutinnen mit dem Therapieverlauf betrachtet werden. Vorgegeben war hier eine 0-100%-Skala mit den beiden Polen „nicht zufrieden“ und „sehr zufrieden“. Auf die entsprechende Frage äußerten sich 32,8% als „sehr zufrieden“ und 40,2% als „zufrieden“, 1,6% als „überhaupt nicht zufrieden“ und 4,1% als „nicht zufrieden“, während ca. 15,6% unentschlossen waren⁶ (5,7% machten keine Angabe). Als Mittelwert der Skala ergab sich ein Prozentwert von 75,3% (SD=20,4%, Range: 10-100).

Bei der folgenden Darstellung der **Patientinnenangaben** sind alle Patientinnen einbezogen, von denen eine Abschlusserhebung vorlag (N=122⁷). Jeweils ca. die Hälfte der Patientinnen waren mit dem *Ergebnis und dem Verlauf* der Behandlung *sehr* zufrieden (50,8% resp. 47,6%), weitere 28,7% resp. 21,2% waren zufrieden. Immerhin ca. zwei Drittel äußerten sich sehr zufrieden mit ihrer Therapeutin und 73,0% mit der durch die von ihr erfahrenen Wertschätzung (zufrieden waren 20,5% und 18,0%). Ein Vergleich der vier Items zeigt durchweg hohe Durchschnittswerte, wobei die *erfahrene Wertschätzung* mit 91,2 (SD=13,6) sehr stark und die Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (80,5; SD=21,4) im Vergleich geringer hervorgehoben wird. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie betrug 80,7 (SD=18,7), die mit der Person der Therapeutin 88,6 (SD=13,59).

5 Aus den GSI-Werte (Eingangs- und Abschlusserhebung) wurde der RCI (Reliable Change Index) berechnet (Jacobsen, Truax 1991). Danach weisen Patientinnen eine reliable Veränderung auf, wenn sie nach dieser Formel einen Wert von $\pm 1,9\%$ oder darüber erreichen.

6 Die Skalen wurden auf einen Wertebereich von 1-5 rekodiert. Als „unentschlossen“ wurden dabei alle Angaben zwischen 40 und 60 interpretiert.

7 Abweichende Zahlen ergeben sich bspw. dadurch, dass die Patientinnen nicht alle Instrumente in gleicher Zahl ausgefüllt haben.

Auf das Item „Ich bin sicher, dass die Behandlung mir geholfen hat“ (Skala von 0% ‚trifft nicht zu‘ bis 100% ‚trifft zu‘) gaben 57,4% der Teilnehmerinnen 90 und 100% an, im Durchschnitt 84,8 (SD=20,2).

6.2 Effektstärken und Mittelwertvergleiche (SCL-90-R und IIP-C)

Die Tabelle 6 gibt die ermittelten Effektstärken für die globalen Kennwerte und die Einzeldimensionen des **SCL90-R** nach Geschlecht für die Abschlusserhebung wieder:

Dimension des SCL-90	Abschlusserhebung		
	Alle (n=122)	Männer (n=24)	Frauen (n=98)
Somatisierung	0,73	0,77	0,72
Zwanghaftigkeit	0,94	0,97	0,92
Unsicherheit	0,99	1,21	0,93
Depressivität	1,15	1,20	1,14
Ängstlichkeit	0,91	1,09	0,87
Aggressivität	0,75	0,97	0,69
Phobische Angst	0,42	0,68	0,36
Paranoides Denken	0,76	1,03	0,69
Psychotizismus	0,74	0,96	0,68
Mittelwert aller Skalen	0,82	0,99	0,78
GSI (Globaler Beschwerdeindex)	1,10	1,21	0,98

Tabelle 6: Effektstärken des SCL-90R in der Abschlusserhebung

Betrachtet man zunächst die Effektstärke des allgemeinen Kennwertes „Global Severity Index“ des SCL-90-R, ergeben sich bei 28,2% der Patientinnen sehr große (Effektstärken größer 1,2), bei 19,4% große Effekte (Effektstärken zwischen 0,8 und 1,2), bei weiteren 25,8% mittlere Effekte (Effektstärken zwischen 0,4 und 0,8) und bei 16,1% geringe Effekte (Effektstärken zwischen 0,0-0,4), was eine deutliche Reduzierung der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen anzeigt (bei 10,5% der Patientinnen ließen sich negative Effekte nachweisen, zwischen 0,0 und 0,6). Die mittlere Effektstärke der allgemei-

nen Belastung (GSI) ist 1,1 und damit groß. Der positive Trend findet sich auch in den Einzeldimensionen. Die höchsten mittleren Effektstärken finden sich auf den Skalen „Depressivität“, „Unsicherheit“, „Zwanghaftigkeit“ und „Ängstlichkeit“. Auf allen neun Einzelskalen und auch bei den Gesamtkennzahlen verzeichnen Männer nach Abschluss der Therapie stärkere Effekte als Frauen mit sehr großen Effekten auf den Skalen „Depressivität“ und „Unsicherheit“ und großen Effekten auf der Skala „Ängstlichkeit“. Frauen zeigen auf den gleichen Skalen die besten Veränderungen nach der Therapie, insgesamt etwas geringer als bei den Männern. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass Integrative Therapie insbesondere bei den häufigen Symptomen wie Sinnlosigkeit, Energielosigkeit, Einsamkeitsgefühlen, Schwermut, Interessenlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen, Angstgefühlen sehr hohe Wirksamkeit hat.

Ein Prä-Post-Vergleich der durchschnittlichen Rohwerte zeigt auf allen Skalen und im Gesamtwert einen signifikanten Unterschied zwischen den Eingangs- und Abschlusswerten ($p < .05$). Die größte Veränderung wurde auf der Skala „Depressivität“ erreicht und die geringste auf der Skala „Phobische Angst“. Der Vergleich der Abschlusswerte mit der Normalpopulation ($N=1006$, Franke 1995) ergab keine signifikanten Unterschiede (siehe Abbildung 2).

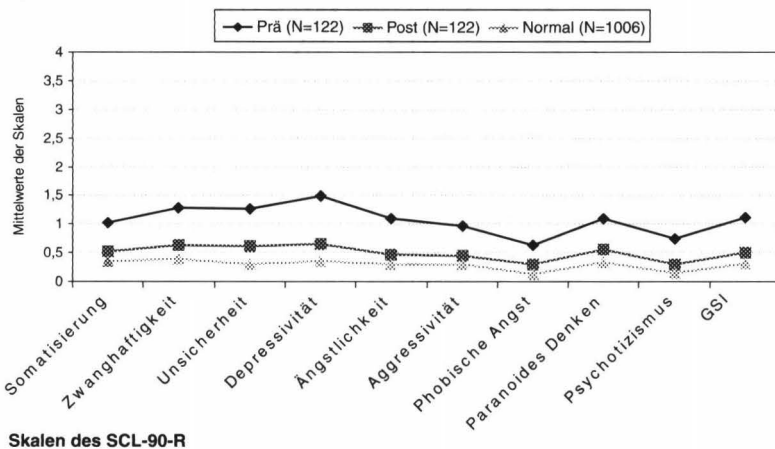


Abbildung 2: Ergebnisse SCL-90R: Vergleich Prä-Post-„Gesund“ (Skalenmittelwerte [Rohwerte]; alle sign: $p < .05$)

Nach dem relativ strengen Therapieerfolgskriteriums „Reliable Change Index“ von Jacobson und Truax (1991) zeigt sich am Therapieende bei ca. 20% der Gesamtstichprobe ein signifikant besserer Ge-

sambelastungswert des SCL-90. Ca. 80% verbesserten sich nach der Therapie nicht signifikant im Gesamtwert des SCL-90-R.

Auf allen Skalen und im Gesamtwert des IIP-C veränderten sich die Skalenrohwerte von der Eingangs- zur Abschlusserhebung in positiver Richtung. Alle Unterschiede der Mittelwerte sind signifikant (t-Test für gepaarte Stichproben, $p < .05$). Die Werte der Abschlusserhebung gleichen denen der Referenzpopulation. Das interpersonale Verhalten der Klienten ist dem einer normalen Stichprobe sehr ähnlich. Die Skalen „zu ausnutzbar/nachgiebig“, „zu fürsorglich/freundlich“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ zeigen zum Abschluss der Therapie die größten Verbesserungen. Auf diesen Skalen waren die Eingangsbelastungen auch am größten. Geringe Veränderungen wurden auf den Skalen „zu autokratisch/dominant“ und „zu streitsüchtig/konkurrierend“ gemessen (vgl. hierzu Abbildung 3).

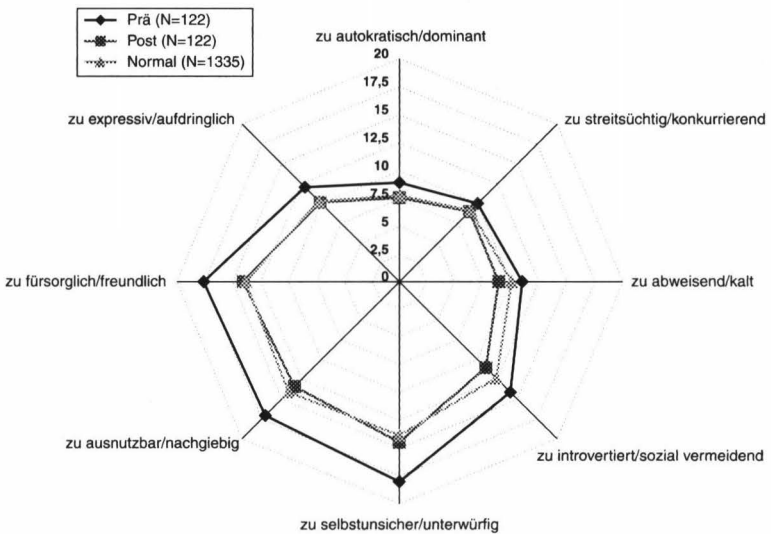


Abbildung 3: Prä-Post-Vergleich mit gesunder Referenzstichprobe des IIP-C

Die Effektstärken des IIP-C schwanken zwischen 0,19 und 0,80, d.h., es zeigen sich geringe und mittlere Effekte im interpersonalen Verhalten, die mit dem IIP gemessen werden. *Es gibt keine negativen Effekte.* Die größte Effektstärke der Gesamtstichprobe zeigt sich auf der Skala ‚fürsorglich/freundlich‘ mit 0,69. Diese Skala beschreibt das Gefühl, „anderen zu sehr gefallen zu wollen und zu vertrauen, und sich zu sehr von den Gefühlen anderer leiten zu lassen“ (Horowitz et

al. 1994, 26). Auf der Skala „ausnutzbar/nachgiebig“, die Schwierigkeit beschreibt, „nein“ zu sagen, anderen gegenüber Ärger zu zeigen und zu empfinden, zu streiten, ferner die Angst, andere zu verletzen“ (ebd.), wurde in der Gesamtstichprobe auch ein mittlerer Effekt von 0,67 erreicht. Auf einer dritten inhaltlich ähnlichen Skala „selbstunsicher/unterwürfig“, die „Probleme beschreibt, eigene Bedürfnisse zu zeigen, sich abzugrenzen, selbstsicher aufzutreten“ (ebd.) wurden Verbesserungen erzielt (ES=0,6). Kaum Effekte zeigten sich auf den Skalen ‚streitsüchtig/konkurrierend‘ und ‚autokratisch/dominant‘, Skalen, die in ihrer hohen Ausprägung Menschen beschreiben, die anderen gegenüber aggressiv, kontrollierend, unabhängig sind, die Schwierigkeiten haben, anderen zu vertrauen. Die Effektstärken der Frauen weichen nur minimal von denen der Gesamtstichprobe ab. Die Männer haben auf der Skala „fürsorglich/freundlich“ und auf der Skala „streitsüchtig/konkurrierend“ (Auseinandersetzungen mit anderen zu suchen, misstrauisch und streitsüchtig zu sein) etwas höhere Effektstärken, als die Gesamtstichprobe im Durchschnitt hat und auf der Skala „abweisend/kalt“ (beschreibt die Schwierigkeit anderen Menschen gegenüber eine Verpflichtung einzugehen, Gefühle zu zeigen, Liebe zu zeigen, sich und andere nahe zu fühlen) geringere Effekte als Frauen und die Gesamtgruppe. Aufgrund der geringen Anzahl der Männer kann dieser Unterschied nur als leichte Tendenz interpretiert werden (vgl. Tabelle 7).

IIP-C			
Skalen	alle (n=122)	Männer (n=24)	Frauen (n=98)
Autokratisch/dominant	0,24	0,21	0,25
Streitsüchtig/konkurrierend	0,19	0,27	0,17
Abweisend/kalt	0,36	0,28	0,38
Introvertiert/sozial vermeidend	0,49	0,54	0,47
Selbstunsicher/unterwürfig	0,61	0,61	0,61
Ausnutzbar/nachgiebig	0,67	0,72	0,65
Fürsorglich/freundlich	0,69	0,80	0,66
Expressiv/aufdringlich	0,33	0,39	0,32
IIP-gesamt	0,44	0,47	0,43

Tabelle 7: Effektstärken IIP im Geschlechtervergleich

Die Ergebnisse lassen auf die Stärke der Integrativen Therapie schließen, interpersonale Fähigkeiten, insbesondere „persönliche

Souveränität“ sowie zwischenmenschliche Performanz und Ko-respon- denzfähigkeit (Petzold, Orth 1998) zu fördern.

6.3 Zuwachs an Ressourcen

Als Ergänzung zu den symptomorientierten Erhebungsinstru- menten, die eine Verbesserung der persönlichen Befindlichkeit durch ein Nachlassen oder die Reduktion von Symptomen beschreibt, also Freiheitsgewinne durch das Nachlassen von Belastungen erfasst, wurden in einem zweiten Teil der Untersuchung wegen der *ressour- centheoretischen* Orientierung der Integrativen Therapie (Petzold 1997p) direkt nach Ressourcen gefragt, die die Person und ihren Le- benskontext bzw. ihre *Lebenslage* (Petzold 2000h) betreffen. Hierzu wurde das soziale Netzwerk (vgl. Hass, Petzold 1999), die körperliche Befindlichkeit sowie die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbe- reichen erfasst, indem der Zuwachs an Ressourcen objektiviert wurde.

6.3.1 Veränderung Allgemeiner Lebenszufriedenheit

Sowohl in der Eingangs-, Zwischen- als auch in der Abschlusserhe- bung wurden die Patientinnen, Therapeutinnen und Angehörigen nach der Zufriedenheit mit den einzelnen Lebensbereichen befragt. Als erstes werden die individuellen Einschätzungen zu verschiede- nen Bereichen im Prä-Post-Vergleich vorgestellt. Sie spiegeln die sub- jektiv erlebten Verbesserungen wider.

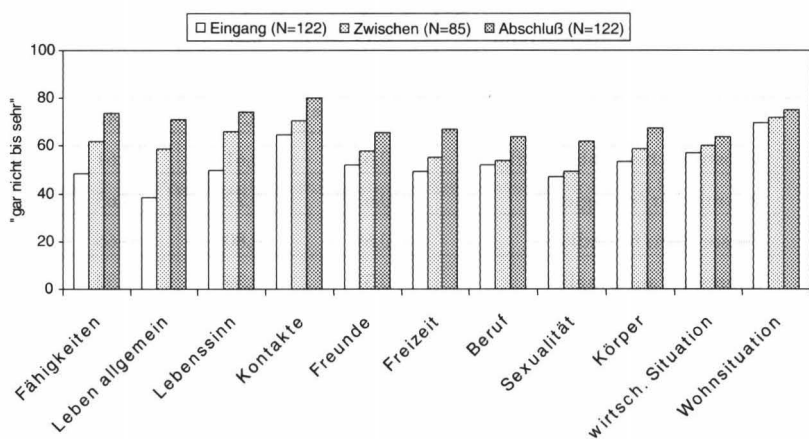


Abbildung 4: Prä-Zwischen-Post-Vergleich der Einschätzungsskalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL)

Die Selbsteinschätzung ergab in allen Bereichen einen Zuwachs an Zufriedenheit. Besonders deutlich sind die Verbesserungen in den Bereichen „Zufriedenheit mit den Sozialkontakten“, in der „Zufriedenheit mit der Persönlichkeit und den Fähigkeiten der eigenen Persönlichkeit“ sowie die „Zufriedenheit in der augenblicklichen Lebenssituation“ (was auf Fehlen von *Prekarität* hinweist) und mit dem „Lebensinn“.

Die geringsten Veränderungen zeigen sich in der „Zufriedenheit mit der Wohnsituation und mit der wirtschaftlichen Situation“, deren Verbesserung durch die Therapie auch eher unwahrscheinlich, aber durchaus auch möglich ist. Bei den Verbesserungen in diesen Bereichen könnte es sich einerseits um ein Halo-Effekt (*Cohen 1966*), also eine positiv gefärbte Einschätzung aufgrund einer grundsätzlichen Tendenz positiv zu antworten, handeln oder aber um die Widerspiegelung von Fakten, auf Grund derer auch in diesen Bereichen eine positivere Wahrnehmung entstanden ist. Am schlechtesten wird der Bereich „Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Situation“ eingeschätzt, obwohl auch hier einige Verbesserungen erreicht wurden. Auch die Verbesserungen im Bereich des Körpererlebens fallen vergleichsweise gering aus. Typisch für die Integrative Therapie ist sicherlich das extrem gute Abschneiden im Bereich der *Kontaktfähigkeit* und *Wertschätzung*, in dem fast die maximal mögliche Zufriedenheit erreicht wird, was interessanterweise mit der Einschätzung von Ausbildungskandidatinnen der Integrativen Therapie gegenüber ihren Ausbildern übereinstimmt (*Petzold, Steffan 2000*) und mit dem beziehungstheoretischen Ansatz der Integrativen Therapie (*Petzold 1980g, 1991b, 1996k*). Alle Differenzen zwischen Eingangs- und Abschluss-erhebung sind signifikant ($p < .05$), ohne dass das Geschlecht einen Einfluss auf das Ausmaß der Veränderungen hat.

Die starke Verbesserung der Zufriedenheit im Bereich der Sozialkontakte deutet draufhin, dass die Integrative Therapie im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen und „kommunikativer Kompetenz und Performanz“ eine besondere Stärke hat und die Therapie offensichtlich eine erhebliche Verbesserung gerade der Lebenszufriedenheit bzw. des persönlichen Wohlbefindens und des Sinnerlebens fördert.

6.3.2 Ergebnisse zum sozialen Netzwerk

Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden die Patientinnen gebeten, maximal 10 Personen aus ihrem gegenwärtigen sozialen Netzwerk anzugeben im Sinne eines „relevanten“ Netzwerkes bzw. Konvois von „significant others“ (*Hass, Petzold 1999*) mit Informationen zum Geschlecht, zur Beziehung (Partner, Freund, Verwandter etc.), zur emotionalen Nähe/Distanz und zur Belastung/Unterstützung durch

diese Person. Die Ergebnisse bieten deskriptive Informationen zu quantitativen und qualitativen „Netzwerkmerkmalen“ wie Netzwerkumfang (limitiert auf max. zehn Personen), Netzwerkzusammensetzung (nach sozialen Rollen, nach Geschlecht), Anzahl/Anteil belastender/unterstützender Personen, Anzahl/Anteil emotional naher/„ferner“ Personen, aktuelle Unterstützungs-/Belastungskennziffer. Ein positiver Wert indiziert ein Überwiegen des *Unterstützungspotentials*, ein negativer Wert ein Überwiegen des *Belastungspotentials*, die Anzahl in einer oder beiden Dimensionen neutraler Personen, gegenwärtige Bedeutsamkeit der einzelnen Beziehungen für den Befragten (Indikator: Rangfolge der Nennungen) und im Vergleich von der Eingangs- zur Abschlusserhebung.

Der Netzwerkumfang in diesem Rahmen bzw. unter der Vorgabe der Instruktion beträgt in der Eingangserhebung pro Patientin durchschnittlich 5,1 Personen (SD=2,8) und am Ende der Therapie 4,8 Personen (SD=2,7). 85% der Patientinnen haben maximal 8 Personen angegeben, 15% haben die maximal mögliche Angabe von 10 Personen ausgeschöpft, ein Viertel haben lediglich zwei Personen angegeben, die zu ihrem Netzwerk gehören. Die Geschlechterverteilung der Netzwerkmitglieder der Patientinnen ist recht ausgewogen mit 60,1% Frauen und 39,9% Männer. Der größte Anteil der Netzwerkmitglieder sind – sowohl in der Eingangs- als auch in der Abschlusserhebung – Freunde, Eltern, Geschwister und Verwandte (insgesamt um 50% aller Netzwerkmitglieder). Mitarbeiter, Chef oder Arbeitskollegen werden in diesem Erhebungsansatz seltener zum „relevanten sozialen Netzwerk“ (der „Kernzone“ des „sozialen Atoms“, vgl. Petzold 1979c; Hass, Petzold 1999) gezählt. An 1., 2. oder 3. Stelle der Nennung stehen in der Eingangserhebung die Partner, Freunde und Eltern. In der Abschlusserhebung werden *die Eltern in der Rangfolge durch Kinder ersetzt*, was auf Ablösungsprozesse schließen lässt.

Bei den Netzwerkmitgliedern handelt es sich zu knapp 75% um emotional nahestehende und zu 11,9% um emotional „ferne“ Personen. 15,5% wurden als neutral bewertet. Auf der anderen Dimension werden 46,3% als unterstützend, dagegen ca. 26,2% als belastend eingeschätzt, womit hier der Anteil Neutraler mit 27,7% größer ausfällt. Im Vergleich mit einer Studentenspopulation (Hass, Petzold 1999) zeigt sich, dass die Psychotherapie-Patientinnen sowohl auf dem Pol ‚emotionale Nähe‘ – als auch auf dem Pol ‚Unterstützung‘ Defizite aufweisen. Sie haben einerseits weniger emotional nahestehende Personen – auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie ein geringeres „Vertrauenspotential“ (resp. eine geringere Summe der Skalenwerte von emotionaler Nähe), andererseits weisen sie auch weniger *unterstützende Personen* auf – wiederum auch anteilig am Gesamtnetzwerk sowie auch ein geringeres Unterstützungspotential. Auch auf dem Belastungspol weist die Psychotherapie-Population anteilig am Gesamtnetzwerk

mehr belastende Personen auf. Damit wird die hohe Bedeutung von netzwerktherapeutischen Maßnahmen erkennbar, die in der Psychotherapie einem festen Ort haben sollten (Hass, Petzold 1999) und die in der Integrativen Therapie besonders entwickelt wurden (Petzold 1979c, 1995b, 1994e). Gegenüber dem Therapiebeginn hat sich der Umfang des Netzwerkes um ca 13% verringert. Der Anteil der unterstützenden Personen sowie das Unterstützungspotential stieg hingegen um ca. 10% an und der Anteil der sehr belastenden Personen hat abgenommen (von 13,0% auf 7,9% aller Netzwerkmitglieder, vergleiche hierzu auch Tabelle 8).

	Eingang (N=122)	Abschluss (N=122)
Anzahl der Personen des Netzwerkes (Mittelwert, SD)	5,1 (2,8)	4,8 (2,7)
Geschlecht	Gesamt N=1036	Gesamt N=905
weiblich	623 (60,1%)	523 (57,8%)
männlich	413 (39,9%)	382 (42,2%)
Beziehung zur Person	Gesamt N=1034	N=888
Partner(in)	79 (7,6%)	83 (9,3%)
Sohn	68 (6,5%)	67 (7,5%)
Tochter	57 (5,5%)	51 (5,2%)
Eltern	132 (12,8%)	109 (11,3%)
Geschwister	103 (10,0%)	77 (8,7%)
Verwandte(r)	88 (8,5%)	55 (6,2%)
Freund(in)	320 (30,9%)	255 (28,3%)
Nachbar	23 (2,2%)	21 (2,4%)
Chef	31 (3,1%)	30 (3,4%)
Arbeitskollege	58 (5,6%)	61 (6,9%)
Mitarbeiter	15 (1,5%)	10 (1,1%)
Sonstige Person	60 (5,8%)	69 (7,3%)
Emotionale Nähe/Distanz zu Personen	Gesamt N=1044	Gesamt N=912
sehr nahestehend (+2)	431 (41,3%)	340 (37,3%)
nahestehend (+1)	349 (33,4%)	344 (37,7%)
weder/nach (0)	151 (14,5%)	137 (15,0%)
Distanz (-1)	56 (5,4%)	44 (4,8%)
Große emotionale Distanz (-2)	57 (5,5%)	47 (5,2%)
Unterstützung oder Belastung durch die Person	Gesamt N=1047	Gesamt N=907
Sehr unterstützend	238 (20,2%)	195 (21,5%)
Unterstützend	308 (26,1%)	308 (34,0%)
weder/nach	19,1 (21,7%)	199 (21,9%)
Belastend	138 (13,2%)	133 (14,7%)
sehr belastend	136 (13,0%)	72 (7,9%)

Tabelle 8: Netzwerkkenzahlen zu Therapiebeginn und zum Therapieende

Werden die beiden Dimensionen emotionale Nähe/Distanz orthogonal zueinander in ein Diagramm eingetragen, ergibt sich eine Vierfeldertafel (vgl. Abbildung 5), aus der sich die Verteilung der Personen über die einzelnen Quadranten ablesen lässt.

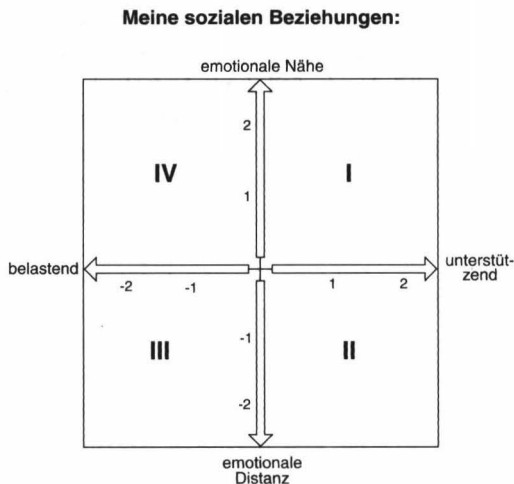


Abbildung 5: Netzwerkdiagramm in zwei Dimensionen

Die Punkte oberhalb des Koordinatenursprungs bilden die emotional nahestehenden Personen ab, Punkte unterhalb die nicht nahestehenden Personen. Punkte links des Koordinatenursprungs symbolisieren akute Belastungen in Beziehungen, Punkte rechts davon hingegen Ressourcen. Verschiedene Ausmaße einer Dimension werden durch entferntere oder nähere Platzierung am Koordinatenursprung abgebildet (Wertebereich 0-2), Neutralität in einer Dimension durch Abtragen auf der Geraden der anderen Dimension, Neutralität in beiden Dimensionen durch Abtragen im Zentrum. In den jeweiligen Quadranten erscheinen die Personen mit den entsprechenden Merkmalskombinationen.

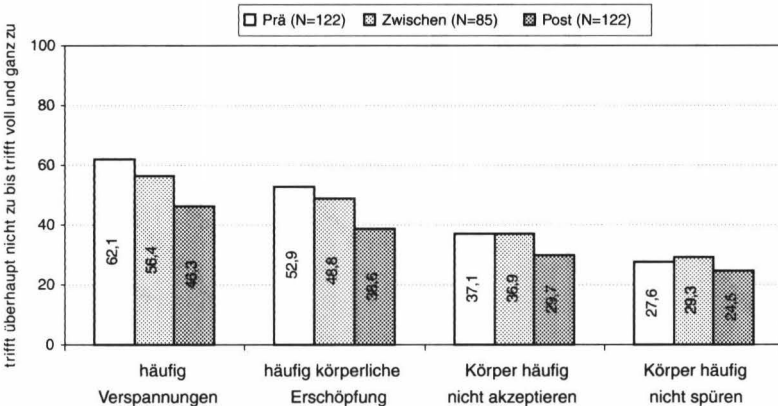
Mit 45,5% zum ersten Erhebungszeitpunkt ist der Quadrant I erwartungsgemäß stark besetzt und steigt bei Therapieende geringfügig an (48,1%). Es folgt mit 14,4% der Quadrant IV, dessen Besetzung in der Abschlusserhebung auch geringfügig absinkt (12,6%). Dagegen sind die Quadranten II und III nur schwach besetzt und bleiben auch konstant. Quadrant III weist in unserer Stichprobe mit knapp 8% allerdings einen fast viermal so hohen Anteil aus wie in der Kontrollgruppe (vgl. Hass, Petzold 1999).

Dieses Instrument ist primär für diagnostische Zwecke konstruiert worden, möglicherweise kommen ihm aber auch prognostische Qualitäten zu. In jedem Fall bietet es neben anderen Instrumenten der

Netzwerkdiagnose (ebd. und *Petzold* 1994e) Grundlagen für gezielte Interventionen auf der Netzwerk- bzw. Konvoi-Ebene (Netzwerk als „Weggeleit“ über die Zeit, vgl. idem 1995a, b).

6.3.3 Verbesserung der körperlichen Befindlichkeit

Alle Patientinnen wurden nach ihrer körperlichen Befindlichkeit gefragt. Auf eine 0-100%-Skala sollten die Patientinnen folgende Aussagen einschätzen („trifft überhaupt nicht zu“ vs. „trifft voll und ganz zu“). Am Beginn der Therapie gaben mehr als die Hälfte (52,5%) der Patientinnen an, dass sie sehr häufig unter Verspannungen leiden, 17,2% gaben „weder/noch“ an und 30,3% der Stichprobe litt zu Beginn weniger unter Verspannungen. Am Ende der Therapie beklagten 45,9% keine häufigen Verspannungen mehr, und es litten nur noch 28,7% der Patientinnen unter häufigen Verspannungen. Ein solches durchaus gutes Ergebnis könnte bei Einsatz eines „bimodalen“ Vorgehens in der Fokaltherapie (*Petzold* 1993p), d.h. im Einsatz von Lauftherapie oder Integrativer und Differentieller Relaxation (IDR) o.ä. aufgrund einer Indikation durch prozessdiagnostische Beobachtung der Verspannungssituation wahrscheinlich noch verbessert werden (*Petzold, Wolf et al.* 2000; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997), und man wird diesen Dimensionen größere Bedeutung zumessen müssen. Die Mittelwertunterschiede sind signifikant. Auch die Mittelwertunterschiede Prä-Post bei den körperlichen Erschöpfungszuständen sind signifikant. Bei der Eingangserhebung bis zur zweiten Therapiestunde gaben 45,2% der Patientinnen häufige körperliche Erschöpfungszustände an,



Mittelwerte; * $p < .05$

Abbildung 6: Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit im Vergleich der Eingangs-, Zwischen- und Abschlusserhebung (Mittelwertvergleiche)

in der Abschlusserhebung nur noch 21,1% der Patientinnen, und 57,4% hatten kaum noch körperliche Erschöpfungszustände. Demgegenüber geringere Veränderungen zeigten sich durch die Therapie in der Akzeptanz des Körpers und dem Spüren des Körpers. Aufgrund der bereits geringen Eingangsbelastung zeigt sich keine große Veränderung zum Ende der Therapie.

6.4 Daten zur Mehrperspektivität des EAL

Zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten wurden Einschätzungen zu den vorab schon beschriebenen Bereichen in gleicher Form, wie sie von den Patientinnen abgegeben wurden auch aus einer Angehörigenperspektive sowie aus Sicht der Therapeutin abgegeben. Abbildung 7 veranschaulicht die ermittelten Mittelwerte aus den drei Perspektiven. Die Ergebnisse der mehrperspektivischen Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie die hiermit kombinierte Einschätzung der Schwere der Symptomatik und der Behandlungserwartung soll etwas differenzierter dargestellt werden. Als erstes wenden wir uns dabei den Einschätzungen zu, wie sie aus den drei Perspektiven abgegeben wurden. Die folgende Darstellung veranschaulicht für alle Bereiche die Einschätzungen, die aus Therapeutinnen-, Patientinnen- und Angehörigenperspektiven gegeben wurden.

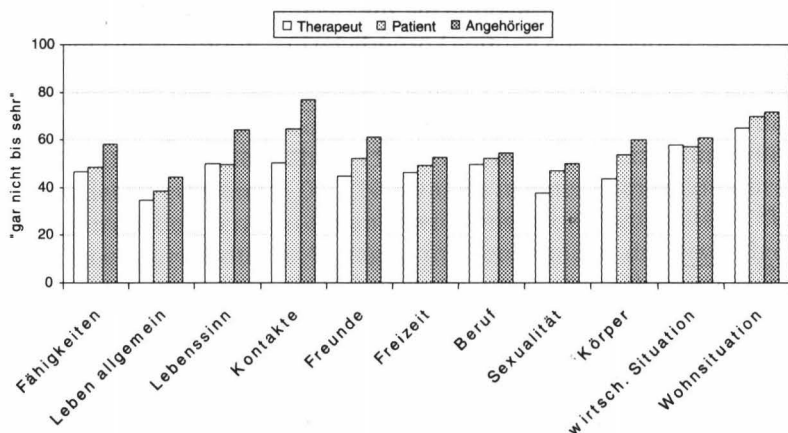


Abbildung 7: Mehrperspektivische Eingangserhebung

Wenn man zur Einschätzung der Schwere der Belastungen die Einstellungen von Therapeutinnen und Angehörigen der Patientinnen mit ihren eigenen Urteilen vergleicht, fallen systematische Unterschiede ins Auge.

Bei der Verteilung der einzelnen Einschätzungen fällt auf, dass es hier eine durchgängige Tendenz gibt (sieht man einmal von der wirtschaftlichen Situation ab). Während durchgängig die *Therapeutinnen* die Lebenszufriedenheit ihrer Patientinnen am *geringsten* einschätzen, sehen die *Angehörigen* die Situation als wesentlich *besser* an. Demgegenüber bewegen sich die Einschätzungen der *Patientinnen* selbst im *Mittelbereich*, also zwischen den Einschätzungen der Therapeutinnen und der Angehörigen. Angehörige tendieren dazu, die Unzufriedenheit und die Schwierigkeiten der Patientinnen als geringer einzuschätzen, als diese es selber tun. Dies mag einer verständlichen Neigung entspringen, die Situation positiver und optimistischer sehen zu wollen. Einen genau gegenläufigen Trend weisen die Therapeutinnen auf. Sie tendieren dazu, die Situation ihrer Patientinnen wesentlich schlechter einzuschätzen, als dies in den Selbsteinschätzungen der Fall ist. Dieser Unterschied wird besonders gravierend, wenn es um das Kontaktverhalten mit anderen Menschen geht. Sie vermuten hier, dass ihre Patientinnen erhebliche Defizite aufweisen. Ein starkes Defizit wird auch im Bereich der Sexualität vermutet. Hier erwarten die Therapeutinnen bei ihren Patientinnen die mit Abstand größte Unzufriedenheit, was sich allerdings in deren Selbsteinschätzung nicht in diesem Ausmaß wiederfinden lässt. Hier könnten *positive Attributionen* von Kompetenz wahrscheinlich Therapieergebnisse noch verbessern (und auf jeden Fall *negative Erwartungseffekte* zu vermeiden suchen) und Therapeutinnen müssen sich fragen, ob sie nicht zu *defizitorientiert* waren. Die Einschätzungen, die die Angehörigen abgeben, müssen wahrscheinlich differenzierter betrachtet werden, da sie möglicherweise davon abhängig sind, inwiefern diese Lebens- und Sexualpartner der Befragten sind. Wenn es sich um solche Ange-

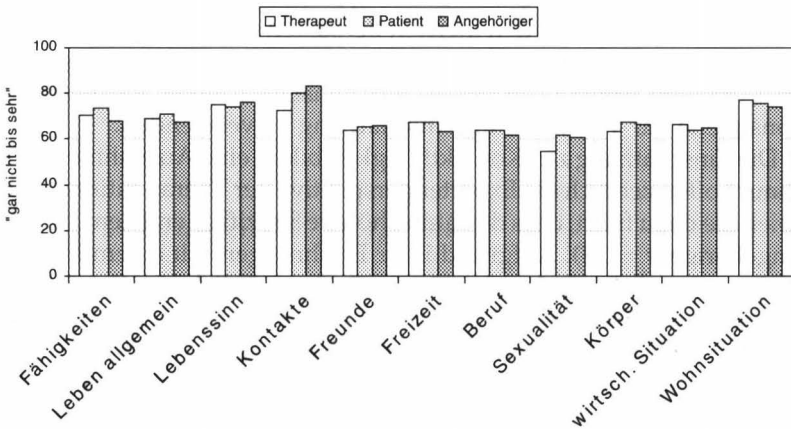


Abbildung 8: Mehrperspektivische Abschlusserhebung

hörige handelt, konfundieren ihre Einschätzungen möglicherweise mit ihrer eigenen Zufriedenheit. So ist nur schwer zu trennen, inwiefern die eingeschätzten Zufriedenheitsmaße das Ausmaß der Zufriedenheit des Angehörigen oder das Ausmaß der vermuteten Zufriedenheit der Patientinnen betreffen. Hierzu sind Nachbefragungen nötig, die diesen Aspekt eingehend klären.

In der Abschlusserhebung zeigen sich keine systematischen Unterschiede in den Perspektiven mehr, wenn man einmal davon absieht, dass Patientinnen selber wiederum in einigen Bereichen optimistischere Einschätzungen als ihre Therapeutinnen abgeben.

Um das Ausmaß der Übereinstimmungen zwischen den einzelnen Perspektiven zu bestimmen, wurden Korrelationen zwischen den Einschätzungen der Patientinnen, der Angehörigen und der Therapeutinnen berechnet.

Zum Eingangszeitpunkt korrelieren die die Einschätzungen der Patientinnen mit den Angehörigen höher als mit den Einschätzungen der Therapeutinnen, was auch nicht verwundert, da die Therapeutinnen die Patientinnen kaum kennen. Trotzdem fallen alle Zusammenhänge positiv aus, das heißt, sie gehen in die gleiche Richtung. Die meisten Korrelationen, die bis auf eine hochsignifikant sind, liegen im Bereich zwischen .3 und .6, was zeigt, dass die Therapeutinnen viele Bereiche recht zutreffend einschätzen können, wenn man ihre Einschätzungen mit den Selbsteinschätzungen der Patientinnen vergleicht, auch wenn sie hinter die der Angehörigen zurückfallen. Das spricht für den „diagnostischen Blick“ der Therapeutinnen und ihre persönliche und professionelle, d.h. spezifisch geschulte *Empathie* (Petzold 1993a, 1080) – eine Voraussetzung für eine gute „Passung“, was auch durch die Stundenbögen bestätigt wird. Eine gelungene Passung ist bekanntlich ein wichtiger Prädiktor von Therapieerfolg (Howard, Orlinsky 1988; Grawe, Orlinsky, Parks 1992). Die Angehörigen können in der Regel zu den meisten Bereichen recht zutreffende Einschätzungen abgeben (Korrelationen zwischen .4 und .7), die so gut sind, dass es sinnvoll erscheint, ihre Einschätzungen als Informationsquelle zur Veränderungseinschätzung zu verwenden.

Die Einschätzung zur Kontaktfähigkeit bildet eine Ausnahme. Hier kommt offensichtlich die Expertenperspektive der Therapeutinnen ins Spiel, die dazu führt, dass diese eine höhere Spezifität erzielen ($r = .44$; Angehörige: $r = .28$). Aufgrund ihrer Erfahrungen mit einem breiten Spektrum von Ratsuchenden ist es ihnen möglich, hierzu relativ schnell eine zutreffende Einschätzung abzugeben, die sich auch mit dem Selbstbild der Patientinnen trifft. Überraschend hoch fallen die Übereinstimmungen zwischen Therapeutinnen und Patientinnen im Bereich der Zufriedenheit mit Arbeit, Beruf und Sexualität aus. Hier bleibt zu fragen, ob dies rein intuitive Einschätzungen sind oder ob von den Therapeutinnen hierzu Fragen gestellt wurden, so dass eine zuver-

lässige Einschätzung möglich ist. Interessant ist der Befund, dass die wirtschaftliche Situation offensichtlich der Lebensbereich ist, der von den Therapeutinnen am besten eingeschätzt wird. Am schwierigsten war es, die Zufriedenheit der Patientinnen mit ihren persönlichen Fähigkeiten und ihrer Persönlichkeit einzuschätzen ($r = .14$).

In der Abschlusserhebung lagen die Korrelationen aus beiden Quellen über $r = .6$, wobei die Angehörigen jedoch nur noch einen unbedeutenden Vorsprung haben. Am Ende einer Therapie können Therapeutinnen ihre Patientinnen wie engste Freunde und Angehörige hinsichtlich dieser Lebensbereiche einschätzen. In der Abschlusserhebung liegt wiederum die Einschätzung der Kontaktfähigkeit bei den Angehörigen an der letzten Stelle.

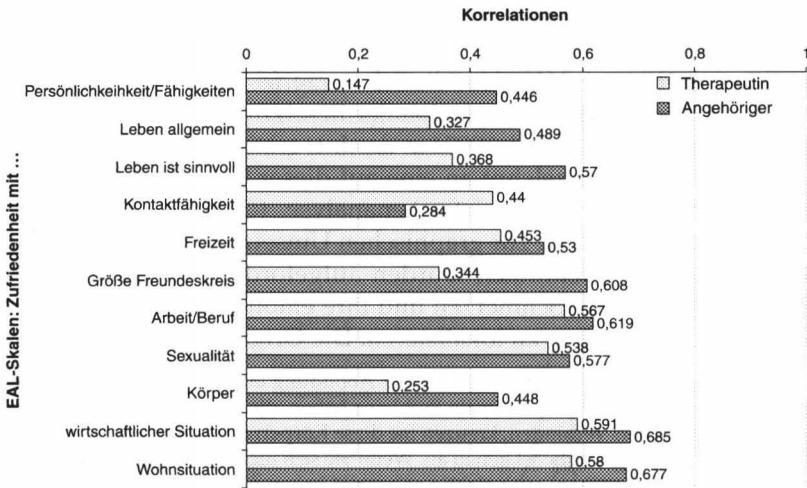


Abbildung 9: Vergleich der Übereinstimmungen der EAL-Werte in der Eingangserhebung zwischen Therapeutin-Patientin und Angehörige-Patientin (Korrelation)

6.5 Veränderungen der „Körperbilder“

Das *Leib*konzept gehört zu den anthropologischen Grundlagen der Integrativen Therapie – „*der Mensch ist Leibsobjekt in der Lebenswelt*“ – (Petzold 1985g) und ist für diesen Ansatz im Vergleich zu anderen „Schulen“ bzw. Orientierungen der Psychotherapie (und auch der „Körpertherapie“) spezifisch. In der therapeutischen Praxis wird die durch pathogene und salutogene Stimulierungen „auf den Leib geschriebene“ Geschichte, die im „informierten Leib“ immunologisch,

neurophysiologisch, emotional und kognitiv (Petzold, Wolf et al. 2000) *archivierte* Biographie der Patientinnen so weit das möglich ist in Sprache, Bewegung und Bilder (rück)übersetzt und damit zum Ausdruck gebracht. Der Versuch, diese Leibprozesse zu operationalisieren, ist eine Herausforderung und befindet sich noch in den Anfängen (vgl. Müller, Czogalik 1995; Heintl 1997). Langfristiges Ziel unserer Forschungen wird es sein, die durch die Integrative Therapie geförderten Leibwahrnehmungen der Patientinnen und die Veränderungen am Leib auch unter Einbezug psychophysiologischer Parameter erfassbar und ihren Einfluss auf den Gesundungsprozess transparent zu machen, was besonders bei Patientinnen mit „beschädigter Leiblichkeit“, z.B. durch Traumatisierung (Petzold, Wolf et al. 2000), wesentlich ist. Diese Auswertung liefert einen Beitrag auf diesen Weg.

Die Patientinnen wurden aufgefordert, mit Hilfe eines schematischen Körperbildes (stilisierter menschlicher Körper von vorn und hinten) die Körperregionen, an denen sie ihre Schmerzen und ihre emotionalen Probleme spüren, zu kennzeichnen. Dieses Vorgehen wurde von Hildegund Heintl für die Schmerzerfassung und von Hilari-*on Petzold* zur Erfassung „emotionaler Besetzungen und *awareness*“ des Körpers (Petzold, Orth 1993) in der Integrativen Therapie entwickelt und ist hier angelehnt an eine auf dieser Grundlage erfolgte Untersuchung zur Schmerzflächenanalyse (Czogalik, Kirschmann 1994), einem Verfahren zur graphischen Umsetzung der Schmerzlokalisierung. Die Patientinnen wurden aufgefordert, zu jedem Erhebungszeitpunkt ihre Schmerzen und ihre emotionalen Probleme im vorgegebenen Schema zu lokalisieren. Die Originalitems lauteten:

„Nachfolgend sehen Sie die schematische Abbildung eines Menschen von vorne und von hinten. Sofern Sie emotionale Probleme haben, die Sie mit einer bestimmten Region Ihres Körpers verbinden, kreuzen Sie diese Körperregion(en) in der unten angezeigten Abbildung möglichst genau an. Wenn Sie sich nicht ganz sicher sind, ob Sie die Region, die Sie meinen, auch richtig angezeigt haben, können Sie diese mit Pfeil auch direkt benennen, z.B. Nackenbereich.“

Und für die Schmerzen:

„Nachfolgend sehen Sie wieder die schematische Abbildung eines Menschen von vorne und von hinten. Kreuzen Sie in diesem Fall bitte die Körperregionen an, in denen Sie Schmerzen verspüren.“

Ausgewertet wurden 122 Fragebögen, von denen eine Abschluss-erhebung vorlag. Die schematisierten Körperbilder wurden vorn und hinten in je fünf Zonen unterteilt und entsprechend der Zonen codiert (vgl. Abbildung 10).

Lokalisation emotionaler Probleme und Schmerzen im Prä-Post-Vergleich

Aus erhebungstechnischen Gründen erfolgt eine Auswertung getrennt nach Vorder- und Hinteransicht des menschlichen Körpers.

Diese Unterscheidung impliziert keine theoretische Prioritätensetzung, sondern verfolgt das Ziel, eine möglichst differenzierte und umfassende Erfassung zu gewährleisten. Ausgewertet werden die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der *emotionalen Probleme* und die Anzahl der Nennungen bei der Lokalisierung der *Schmerzen*. Die 122 befragten Patientinnen haben in der Eingangserhebung 228 Körperstellen angegeben, an denen sie *emotionalen Probleme* haben und 269 Körperstellen, an denen sie *Schmerzen* spüren. Durchschnittlich gaben die Patientinnen am Beginn der Therapie 1,8 Körperstellen für emotionale Probleme und 2,2 Körperstellen für Schmerzen an, wovon einige 4 Körperregionen und einige gar keine angaben. Auch in der Abschlusserhebung wurden häufiger *Schmerzen* (204 Nennungen) als *emotionale Probleme* (156 Nennungen) lokalisiert. Am Ende der Therapie waren die Angaben der emotionalen Probleme und der Schmerzen signifikant weniger als am Beginn der Therapie. Die emotionalen Probleme werden häufiger auf der Vorderseite des Körpers empfunden und die Schmerzen sind vorn und hinten ungefähr gleich verteilt. Folgende Darstellung der schematisierten Körperbilder zeigt die Verteilung der emotionalen Probleme und Schmerzen (Angaben des prozentualen Anteils der Nennungen).

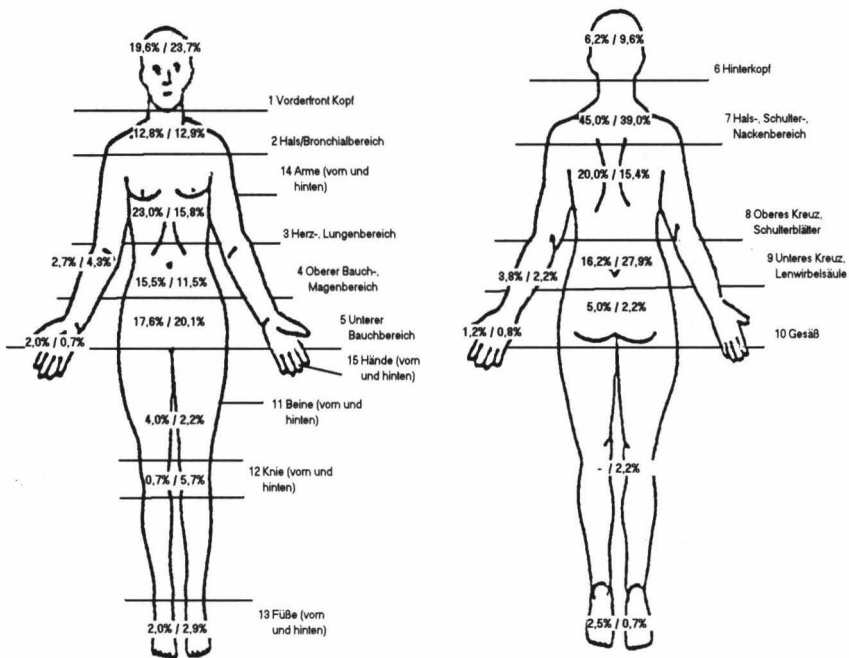


Abbildung 10: Lokalisation der emotionalen Probleme und der Schmerzen in der Eingangserhebung N=122, prozentualer Anteil an Gesamtangaben (emot. Probleme/ Schmerz)

Die prozentualen Anteile der Verteilungen auf die einzelnen Körperregionen zeigen, dass Schmerzen prozentual häufiger im unteren Kreuz (Lendenwirbelsäule), am Kopf, im Unterbauch und an den Armen empfunden werden. Die prozentual zu den Gesamtnennungen am häufigsten lokalisierten Körperregionen für emotionale Probleme ist der Hals-, Schulter-, Nackenbereich, Herz-, Lungenbereich, das obere Kreuz (Schulterblätter) und der obere Bauch (Magenbereich).

Am Ende der Therapie reduziert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im Herz-, Lungenbereich, am Kopf, im oberen Kreuz, im oberen Bauchbereich und im Hals-, Bronchialbereich. Wenig oder gar nicht verändert sich die Wahrnehmung der emotionalen Probleme im unteren Bauch, im Hals-, Schulter-, Nackenbereich und im unteren Kreuz. Schmerzen nehmen zum Ende der Therapie am meisten im Hals-, Schulter-, Nackenbereich, im oberen Kreuz, im unteren Bauch ab.

Das Verfahren lässt insgesamt darauf schließen, dass Integrative Therapie bei psychosomatischen Symptomen und Beschwerden eine positive Wirkung zeigt, wie auch in den Untersuchungen von *Heinl* (1997; *Müller, Czogalik* 1995), *Ebert* und *Möhler* (1997) und *Hundertmark, Teegen, Petzold* (1986) nachgewiesen werden konnte.

6.6 Zusammenhänge zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung

Nach der Frage, wie Psychotherapie überhaupt oder spezifische Methoden wirken, ist die Frage nach Variablen, die den Ausgang vorhersagen, besonders interessant. Nach den klassischen Vorstellungen von Wissenschaft (*Hempel* 1952) gelten Vorhersagen als die überzeugendsten Belege dafür, dass Forschungsergebnisse tatsächlich etwas Bedeutsames erfasst haben.

In der folgenden Tabelle sind korrelative Zusammenhänge zwischen den Variablen dargestellt, die aus Therapeutinnen- und Patientinnensicht hierbei eine Rolle spielen können.

		Eingangserhebung Patientin			Eingangserhebung Therapeutin		
		„Ich bin sicher, dass die Behandlung mir helfen kann.“	„Wie werden Sie sich nach Beendigung der Therapie fühlen?“	Sympathie zum Therapeuten	Prognose der Therapeutin	Interesse an der Behandlung der Patientin	„Ich bin sicher, dass die Behandlung ihm/ihr helfen kann.“
Ab-schluss Patientin	„Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Therapie?“	,494**	,345**	,330**	,277**	,097	,262**
	„Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Therapie?“	,449**	,342**	,405**	,288**	,084	,311**
	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten?“	,448**	,266**	,474**	,272**	,079	,230*

		Eingangserhebung Patientin			Eingangserhebung Therapeutin		
Ab- schluss Pati- entin	„Ich bin sicher, dass die Behand- lung mir gehol- fen hat.“	,633**	,347**	,400**	,334**	,138	,326**
Ab- schluss Thera- peutin	„Geben Sie bitte auf der Skala an, wie sehr Sie mit dem Behand- lungsverlauf zu- frieden sind.“	,465**	,217	,221	,222	,025	,090
	„Ich bin sicher, dass die Behand- lung ihm/ihr geholfen hat.“	,367**	,288**	,230*	,283**	,068	,284**
	T-Wert Abschluss Global Beschwer- deindex SCL-90	,201*	,353**	,182	,342**	,104	,099

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 9: Zusammenhänge zwischen den Variablen

Dabei fällt als erstes ins Auge, dass erwartungsgemäß einige Variablen, die aus der Patientinnenperspektive erhoben sind, am stärksten zusammenhängen (Barber et al. 1999). Eine *positive Behandlungserwartung* ist der wichtigste Prädiktor, um auch in der Abschlussbewertung eine ausgesprochen positive Einschätzung der erhaltenen Hilfe zu erhalten. Übereinstimmend mit dieser Bewertung wird auch der Verlauf der Therapie, das Therapieergebnis sowie die Person der Therapeutin abschließend sehr positiv bewertet (zu einer differenzierten Auseinandersetzung mit diesen Aspekten siehe Priebe, Polzer 1992). Bei diesen drei Aspekten scheint es sich um sehr ähnliche Gesichtspunkte zu handeln, so dass die Erfassung nur eines Merkmales für eine Auswertung auf der Stichprobenebene ausreichend ist, wengleich eine Unterscheidung dieser Aspekte für die Untersuchung der einzelnen Therapieverläufe wichtig erscheint.

Demgegenüber zeigt sich ein schwacher Zusammenhang mit den objektivierten Erfolgskriterien, die in der Verbesserung der Schwere der Eingangsbelastung in der Abschlussmessung des SCL-90-R erkennbar werden. Hier zeigt sich, dass die allgemeine Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung, also die *Behandlungszufriedenheit* mit den „objektiven“ Verbesserungen der Eingangssymptomatik kaum zusammenhängt. Dieses Ergebnis entspricht auch der aktuellen Befundlage, wie sie z.B. bei Lambert et al. (1998) zusammengefasst ist. Aus der allgemeinen Behandlungszufriedenheit kann auf die objektivierbaren Verbesserungen von Symptomatiken nicht geschlossen werden. Dennoch ist dieser Bereich wichtig: 1. aus therapieethischen Gründen, d.h. der *client dignity*; 2. aus schadenspräventiven Gründen im Sinne von *client welfare and security*. Risiken, Nebenwirkungen, Therapieschäden, riskante und „iatrogene Thera-

pie“ (Petzold 1999t; Märtens, Petzold 2000) sollten minimiert bzw. ausgeschlossen werden; 3. im Sinne der aufgrund von Professionalität und Berufsethik zu fordernden *good/best practice*; 4. aus Gründen der für eine optimale Praxisführung wichtigen *customer orientation*. Aus den aufgeführten Gründen sollten Therapeutinnen – wie die dieser Untersuchung – Faktoren wie *client dignity*, *good practice*, *Kundenorientierung* intentional in der Gestaltung der therapeutischen Situation berücksichtigen und folglich muss Therapieforchung – weil es eben nicht nur um Symptome geht – auch diese Dimensionen mit erfassen.

Bei der Einschätzung der Patientinnen, die sich auf die subjektive Ergebniszufriedenheit bezieht, handelt es sich wahrscheinlich um eine Einschätzung, die durch die allgemeine Behandlungszufriedenheit stark beeinflusst wird. Demgegenüber scheint jedoch die Erwartung der Patientinnen, verbunden mit der Fähigkeit, sich vorzustellen, dass es ihnen nach der Behandlung besser geht, durchaus einen Einfluss auch auf die „objektivierbaren Verbesserungen“ zu haben. Natürlich sind hier weiter greifende Überlegungen notwendig, inwieweit Kategorien wie *Lebensqualität*, *Wohlbefinden* nicht wichtige allgemeine Größen sind, die für die Lebensbewältigung, den Umgang mit „prekären Lebenslagen“, die „Arbeits-, Genuss- und Liebesfähigkeit“ der Patientin, d.h. für ihre Gesundheit und Lebenskompetenz, die Stabilität und Entwicklung ihrer Persönlichkeit sowie für ihre „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998), für ihre aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben eine große Bedeutung haben (vgl. die eingangs erwähnten *vier Grundfunktionen* von Therapie). Vielleicht ermöglichen sie eine gute Bewältigung des Lebens auch mit den Symptomen der Störung oder insgesamt eine bessere Lebensqualität mit einer prophylaktischen Wirkung bezüglich weiterer Verschlechterungen, denn man kann ja keineswegs davon ausgehen, dass bei allen Patientinnen Störungsfreiheit auf Dauer erreicht werden kann. Mit diesen Fragen hat sich eine überwiegend *kurativ* ausgerichtete Psychotherapie und klinische Psychologie in Theoriebildung und Forschung noch zu wenig auseinandergesetzt. Sie stellen aber gerade mit Blick auf Lebensläufe, Krankheitskarrieren, Wiedererkrankungen, Alternsprozesse, Alterserkrankungen einen wichtigen Bereich dar, der gerade bei dem Zuwachs an Lebenszeit (Müller, Petzold 2000), Bedeutung gewinnen wird, so dass Symptomfreiheit nicht das einzige Kriterium für „Therapieerfolg“ bleiben kann.

Überraschenderweise scheint die anfängliche Sympathie gegenüber der behandelnden Therapeutinnen auf das langfristige kurative Therapieergebnis, gemessen in der Reduktion der Symptombelastung, nur eine untergeordnete Rolle zu spielen, wohl aber für den Bereich der Beziehungs- und Lebensqualität sowie der sozialen Kompetenz und Performanz. Hier scheint allerdings der „erste Eindruck“, den eine Patientin von ihrer Therapeutin gewonnen hat, recht zuver-

lässig zu sein. Dieser Eindruck bestätigt sich oft auch retrospektiv, was sich darin zeigt, dass hier die stärkste Korrelation erzielt wird.

Wendet man sich demgegenüber den Anfangseinschätzungen der Therapeutinnen zu, so finden sich hier grundsätzlich schwächere Zusammenhänge. Unerheblich scheint es zu sein, ob eine Therapeutin eine Patientinnensituation, einen „Fall“, interessant findet oder nicht, da diese Einschätzung mit keinem der erhobenen Erfolgskriterien zusammenhängt. Bemerkenswerterweise erweist sich die *Behandlungsprognose* gerade für das objektivierbare Behandlungsergebnis als bester Prädiktor. Die meisten anderen subjektiven Kriterien können etwas schlechter vorhergesagt werden, wengleich auch die schwachen Zusammenhänge immer in die „richtige“ Richtung weisen.

6.7 Differentielle Wirksamkeit (Gruppenvergleiche)

Im Rahmen der weiteren statistischen Auswertung wurden verschiedene Gruppenvergleiche gerechnet (univariate Varianzanalysen). Als Kriterium des Therapieerfolges wurde die Veränderung des globalen Kennwertes GSI des SCL-90-R gewählt, der die mittlere Belastung aller 90 Items misst. Die verschiedenen Analysen ergaben hier bei keiner der nachfolgend erläuterten Gruppenvergleiche signifikante Unterschiede.

Berufsgruppenvergleich der Therapeutinnen

Die Medizinerinnen (n=6) weisen mit einem Wert von 20,5 (T-Wert-Differenz) die größte durchschnittliche Reduzierung des GSI-Wertes aus, dicht gefolgt von den Psychologinnen (n=13) mit 18,5. Erst mit einigem Abstand folgt die Gruppe der „sonstigen“ (n=63) mit einem Differenzwert von 12,7. Ein weiterer Test (Student-Newman) erbringt auch für die möglichen Paarvergleiche keine signifikanten Unterschiede. Hier wird ein wichtiges auch in der Consumer-Report-Studie (Seligman 1995) für eine größere Population von berufsgruppenverschiedenen Behandlerinnen festgestelltes Faktum deutlich: *Die Qualität der Psychotherapie ist nicht an die Art des humanwissenschaftlichen Vorstudiums gebunden.*

Weitere Vergleiche

Länger laufende Therapien schneiden geringfügig besser ab als Kurzzeittherapien (GSI-Differenzwerte: 15,8 vs. 13,2).

Für eine Analyse evtl. bestehender Unterschiede nach therapeutischer Berufserfahrung sollte zwischen kurzer, mittlerer und langer Erfahrung unterschieden werden. Als Intervalle waren hierfür vorge-

sehen: 1-2 Jahre, 3-7 Jahre und mehr als 8 Jahre. Da jedoch keine Therapeutin weniger als 3 Jahre Berufserfahrung aufwies, wurde ein Modell mit zwei Gruppen (1-7 Jahre vs. mehr als 8 Jahre) gerechnet. Die Gruppenunterschiede waren nicht signifikant (AV= GSI-Werte Eingang/Abschluss).

Weder das Geschlecht der Therapeutin noch das Geschlecht der Patientin hatte einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des GSI-Wertes.

Auch hinsichtlich der Hauptdiagnose lassen sich keine signifikanten Ergebnisse nachweisen, zumal die Diagnosegruppen auch zu klein sind. Deskriptiv allerdings zeigen sich die stärksten Effekte – gemessen am globalen Beschwerdeindex der Symptomscheckliste – bei den Belastungs- und Anpassungsstörungen (Petzold, Wolf et al. 2000), gefolgt von den depressiven Episoden. Bei den anhaltenden affektiven Störungen und bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen gibt es weniger Veränderungen in den durch den SCL-90 gemessenen Symptombereichen.

6.8 Ergebnisse des EAG-Stundenbegleitbogens

Die Ergebnisse des in dieser Untersuchung eingesetzten Stundenbegleitbogen wurden durch eine Auswertung im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Braunschweig (Böcker 2000) vorgelegt. Der „EAG-Stundenbegleitbogen“ wurde auf die Eignung als *Qualitätssicherungsinstrument* insbesondere zur Vorhersage von Therapieerfolg überprüft. Hierfür wurde das erste Item „Thema der heutigen Sitzung“ auf die Verteilung über die dreißig erhobenen Sitzungen und zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien hin analysiert. Weiter wurden die numerischen Items „Nützlichkeit der Sitzung“ und „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“ auf Übereinstimmung der Patientinnen- und Therapeutinnenantworten, der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien und des Antwortverhaltens über die Zeit hin untersucht. Von den 122 abgeschlossenen Therapien sind 102 in die Auswertung der Stundenbögen eingeflossen. Ausgesondert wurden die Therapien, die weniger als 5 Sitzungen umfassten oder bei denen mehr als 15% der Stundenbögen fehlten.

Die Themen des EAG-Stundenbegleitbogens wurden theoriegeleitet angelehnt an die „5 Säulen der Identität“ (Petzold 1982v, 1993p; Kames 1992), d.h. an die Integrative Identitätstheorie (Müller, Petzold 1999), erarbeitet. Es wurden vier Kriterien zur Differenzierung von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien bestimmt: der globale Belastungswert des SCL-90-R, der Gesamtwert des IIP-C, Gesamtwert des EAL von Patientin, Therapeutin und Angehöriger und die

subjektive Zufriedenheit mit der Therapie („Cut off“ jeweils durch den Mediansplit; zu den verwendeten Auswertungsmethoden, vergleiche Böcker 2000).

Die Analyse der häufigsten Themen ergab eine Dominanz der Themen „Selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen“ und „Familie“. Etwas weniger häufig wurden die Kategorien „Kontaktverhalten“, „Partnerschaft“, „Beruf/Leistung“, „Therapie“, „Körper/Leiblichkeit“ sowie „enge Beziehungen“ genannt. Kaum wurden die Bereiche „Werte“, „Sexualität“, „Materielles/Wohnen“ thematisiert. Die Themen bleiben über die Stunden hinweg weitgehend konstant. Die prozentualen Häufigkeiten der Themenbereiche in den Sitzungen 2 bis 5 sind in der Verteilung fast identisch mit der Verteilung in der Gesamttherapie. Auffällig ist, dass *nicht erfolgreiche* Therapien signifikant häufiger das Thema „Therapie“ bearbeiteten, hingegen bei den *erfolgreichen* das Thema „Therapie“ selten vorkam. So scheinen Therapien, in denen über die ersten Stunden hinaus über Therapie, Therapiesetting gesprochen wird, weniger Aussichten auf einen Therapieerfolg zu haben. In erfolgreichen Therapien werden signifikant mehr Themen besprochen als in nicht erfolgreichen.

Die Auswertung der numerischen Items ergab insgesamt eine positivere Einschätzung bei erfolgreichen Therapien bereits in der 2. Stunde. Bei über 90% der Sitzungen wurden bei den erfolgreich beendeten Therapien bessere mittlere Einschätzungen hinsichtlich Nützlichkeit der Stunde und Wohlbefinden in der Sitzung von Patientin und Therapeutin aller Stunden gegeben. Das Item zur Beurteilung der Nützlichkeit und die Klientenantworten haben den besten prognostischen Wert für den Erfolg der Therapie. Der Therapieerfolg ist bei 95% der Fälle bereits in den *ersten vier* Sitzungen absehbar. Ein solcher Befund wurde bereits in anderen Untersuchungen erkennbar (Orlinsky et al. 1994) und ist hier eindeutig.

Es konnte ein positiver Trend der Beurteilung der Therapien über die Zeit nachgewiesen werden, insbesondere in den ersten 10 Stunden der Therapie bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Therapie-stunde. In kürzeren Therapien ist der Trend stärker als in längeren. Bei längeren Therapien zeigt sich der positive Antworttrend mehr beim Item „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“.

Die Analyse der Übereinstimmungen des Antwortverhaltens bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Stunde von Therapeutinnen und Patientinnen ergab keinen eindeutigen Trend. Es zeigen sich allerdings Wechselwirkungen zwischen Zeit und Erfolg, d.h., mit zunehmender Stundenzahl werden die Antworten zwischen Patientin und Therapeutin mit erfolgreich abgeschlossenen Therapien immer ähnlicher. Diese Tendenz ist bei der Beurteilung des Wohlbefindens noch stärker ausgeprägt.

Der Einsatz des EAG-Stundenbegleitbogens ermöglicht eine Prognose des Therapieerfolges von Integrativen Therapien bereits in den ersten Therapiesitzungen. Eine positive Bewertung besonders in den ersten Sitzungen durch die Patientin und Therapeutin erwies sich als der beste Erfolgsprädiktor. Daher eignet er sich gut zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Die Akzeptanz durch die Therapeutinnen wurde bereits in einer anderen Untersuchung (Hass, Märten, Petzold 1998) nachgewiesen, insbesondere durch die Kürze des Bogens. Im Sinne der „Evidence based Psychotherapy“ (Lutz 2000; Petzold 1999p) erweist sich der Stundenbogen als empirisch gestützte Handlungsanleitung für Therapeuten in der Praxis sehr nützlich. Bereits nach den ersten Sitzungen kann der Therapieerfolg grob prognostiziert werden, so dass frühzeitig geeignete Behandlungstechniken eingesetzt werden können bzw. die Zielfindung und Wirkfaktorenkombinationen (Petzold 1993p; Smith, Grawe 1999) besser reflektiert sind und gezielt Unterstützung in der Supervision aufgesucht werden kann.

6.9 Negative Effekte/ Kontraindikationen

Die Entwicklung differenzierter Überlegungen zu den Grenzen und Kontraindikationsbereichen psychotherapeutischer Verfahren wird in der nächsten Zeit im Kampf um die begrenzten finanziellen Ressourcen sicherlich eine zentrale Rolle spielen. Lässt man dabei einmal die Frage unberücksichtigt, dass in vielen – vielleicht aber nicht in allen – psychotherapeutischen Prozessen die kompetente Therapeutin oder Beraterin wahrscheinlich viel entscheidender als das methodische, schulenspezifische Vorgehen ist, stellt sich die Frage nach den Hinweisen auf spezifische Anwendungs- und Kontraindikationsbereiche, wenn man von den Problemlagen und Störungsbildern ausgeht.

In der Literatur werden immer wieder Hinweise auf negative Effekte gegeben, die durch Psychotherapie eintreten können (z.B. Bergin 1963, 1967, 1971; Schulz 1984; Wallerstein 1986; Suh, Strupp, O'Malley 1986; König-Fuchs 1991; Butler 1992; Petzold 1999h; Lambert 2000; Märten, Petzold, in Vorber.). Bergin belegt das Phänomen der negativen Effekte anhand der Daten empirischer Psychotherapiestudien, in denen sich eine Erweiterung der Varianz der gemessenen Erfolgswerte in den Untersuchungsstichproben findet. Aufgrund dieser Daten schätzt er ca. 10 % der Fälle als Verschlechterungen ein. Er vermutet ähnlich wie Grawe und Mezenen (1985), dass es sich dabei noch um eine eher konservative Schätzung handelt, also eigentlich mit noch mehr negativen Effekten gerechnet werden muss. In 70% aller Psychotherapien kann man von Behandlungserfolgen ausgehen, bei 30% lassen sich keine positiven Veränderungen nachweisen (Gra-

we 1998; Lutz 2000). Sobald allerdings die Stichprobenausfälle in Studien Berücksichtigung finden, stellt sich die Erfolgsrate nicht mehr so positiv dar (Barlow 1998; Elkin 1994; Hautzinger, de Jong-Meyer, Treiber, Rudolf, Thien 1996).

Caspar und Grawe (1992) legen außerdem nahe, dass es notwendig sein könnte, psychotherapeutische Verfahren nicht nur hinsichtlich der erzielten Haupteffekte wie in einem Pferderennen zu vergleichen, sondern Methoden auch hinsichtlich ihrer Nebenwirkungen. Dabei kann man dann ebenso wie beim Vergleich unterschiedlicher Medikamente oft feststellen, dass zwei Behandlungsmöglichkeiten zwar hinsichtlich der erreichten Effekte vergleichbar sind, sich aber in ihren Nebenwirkungen, eventuell auch in ihren Risiken (ggfls. bei Expositionstechniken in der PTSD-Behandlung, vgl. Petzold, Wolf et al. 2000) erheblich unterscheiden. Nicht zuletzt aus Gründen des Patientenschutzes, des *client welfare and security*, und des professionellen Standards der *good/best practice* muss dieser Frage nachgegangen werden.

Deshalb wurden alle Daten der einzelnen Patienten hinsichtlich möglicher Verschlechterungen bezogen auf die Symptomatik untersucht. Hierzu wurden der GSI und die Einzelskalen des SCL-90-R nach Verschlechterungen durchgesehen.

SCL-90-R-Skalen	Prozentualer Anteil der Verbesserungen	Prozentualer Anteil der Verschlechterungen
Somatisierung	74,4%	25,6%
Zwang	84,3%	15,7%
Unsicherheit	89,3%	10,7%
Depressionen	91,6%	8,4%
Ängstlichkeit	90,0%	10,0%
Aggressivität	81,0%	19,0%
Phobische Angst	85,1%	14,9%
Paranoides Denken	88,4%	11,6%
Psychotizismus	90,1%	9,9%
GSI	91,5%	8,5%

Tabelle 10: Verschlechterungen der Symptomatik

Wendet man auf die Verschlechterungen das strenge Kriterium einer klinisch bedeutsamen Veränderung an, wie es von Jacobson und Truax (1991) mit dem RCI vorgeschlagen wurde, findet man keine einzige Verschlechterung auf der Ebene der Symptomatik durch Integrative Therapie.

Die wenigen statistisch überhaupt nachweisbaren Veränderungen in eine negative Richtung sind in der obigen Tabelle zu sehen. Dabei zeigt sich, dass es in der hier untersuchten Stichprobe so gut wie überhaupt nicht zu Verschlechterungen gekommen ist, wenn man die Situation bei Therapiebeendigung betrachtet. Dieser Befund ist um so verblüffender, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in dieser Statistik auch die Patientinnen eingeschlossen sind, deren Therapie vorzeitig beendet wurde. Dieser Befund bedeutet allerdings nicht, dass es sich im Rahmen einer Integrativen Psychotherapie um einen stetigen und kontinuierlichen Verbesserungsprozess handelt. Vielmehr kommt es im Verlauf der Behandlung durchaus zu Krisen oder temporären Verschlechterungen. Die Notwendigkeit solcher Verschlechterungen zu interpretieren, stellt im Einzelfall eine schwierige klinische Aufgabe dar.

Aufgrund der augenblicklichen Befundlage kann jedoch schon jetzt für die „Integrative Therapie“ nach *Petzold* als Behandlungsverfahren angenommen werden, dass sie sich wahrscheinlich durch ein recht geringes Behandlungsrisiko auszeichnet. Ob dies mit der starken Prozess- und Beziehungsorientierung zusammenhängt, oder aber auf die Betonung protektiver Faktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) und Ressourcen (idem 1997p) zurückzuführen ist, lässt sich erst anhand größerer Zahlen und an systematisch untersuchten negativen Einzelverläufen zeigen. *Selvini et al.* (1992) haben wiederholt darauf hingewiesen, dass aus der Perspektive der Forschung gerade die Fehlschläge und therapeutische Misserfolge besonders interessante Erkenntnisquellen sind, wenn man spezifische Zusammenhänge zwischen therapeutischen Vorgehensweisen und ihren Effekten untersuchen will. Oft zeigt erst die Untersuchung der Fehlschläge die wirksamen Zusammenhänge. Allerdings ist die Bereitschaft „failures in psychotherapy“ zu untersuchen (*Märtens, Petzold* 2000), gering.

Dabei könnte man aufgrund der Daten den Eindruck gewinnen, dass die Integrative Therapie im Bereich der phobischen Angst ein Defizit aufweist, da hier mit Abstand die wenigsten Effekte, ausgedrückt durch die Effektstärke, nachweisbar sind. Diese Schlussfolgerung kann jedoch nicht so klar gezogen werden, da es sich bei der behandelten Population um eine in diesem Bereich ausgesprochen wenig belastete Stichprobe gehandelt hat. In einer Stichprobe, in der nur wenige Patientinnen unter Störungen in diesem Bereich leiden – was sich auch in den therapeutischen Erstdiagnosen zeigt – sind auch nur geringe Effekte zu erwarten gewesen. Genauso wenig kann jetzt schon eindeutig belegt werden, dass diese Vorgehensweise eine besonders effektive Behandlung bei depressiven Störungen ist, da hierzu die Stichprobe für weitreichende Schlussfolgerungen noch zu klein ist und außerdem eine differenziertere Analyse einer differentielleren diagnostischen Perspektive bedarf, die Schweregrade, ko-

morbide Störungen und eine Feinanalyse der lebensweltlichen Bedingungen der Patientinnen im Einzelfall erfordert.

Zur Frage der *Kontraindikationen* kann – wie für die meisten Psychotherapieverfahren – keine forschungsgestützte Antwort gegeben werden. Dass die weitere Klärung dieser Zusammenhänge allerdings *nicht mit einem großen Risiko* für die behandelten Patientinnen verbunden ist, kann sicherlich schon jetzt aufgrund der Stichprobengröße festgestellt werden.

7 Ergebnisse der Halbjahres-Katamnese

7.1 Rücklauf und soziodemographische Daten

Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen 74 Halbjahres-Katamnesen vor. Das sind 34% der Studienteilnehmerinnen. Die 74 katamnestisch untersuchten Patientinnen wurden von 23 Therapeutinnen behandelt, die im Durchschnitt 46 Jahre (SD=5,3, Range: 39-55) alt sind. Der Frauenanteil dieser Therapeutinnengruppe liegt bei 65,2%. Ungefähr die Hälfte sind Diplom-Psychologinnen oder Ärztinnen und die andere Hälfte sind Diplom-Pädagoginnen, Diplom-Sozialpädagoginnen oder gehören anderen Berufsgruppen an. Alle haben eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung in dem Integrativen Therapieverfahren mit einer durchschnittlichen Therapieerfahrung von 13,4 Jahren (SD=8,9). Die 74 Patientinnen sind im Durchschnitt 38,5 Jahre (SD=9,9; Range: 19-70) alt und 79,7% sind weiblich, 67,5% sind gesetzlich versichert, 37,8% sind verheiratet, 41,9% ledig, 16,2% geschieden und 2,7% verwitwet (1,4% machten keine Angabe). Berufstätig sind 63,5%, arbeitslos 10,8%, in Ausbildung 4,1%, Hausfrau-/mann 10,8% und in Rente 5,8 (5,4% machten keine Angabe). Für 59,5% war diese mindestens die zweite Therapie. Das allgemeine (körperliche, seelische, geistige, soziale) Wohlbefinden zu Beginn der Therapie (auf einer Skala von 0%=sehr schlecht bis 100%=sehr gut, Recodierung auf eine 5stufige Skala von sehr schlecht bis sehr gut) wurde von 20,3% der Stichprobe als sehr schlecht bis schlecht angegeben, 55,3% gaben weder/nach an und 21,7% als gut bis sehr gut (2,7% machten keine Angaben). Der durchschnittliche Skalenwert der Gesamtstichprobe liegt bei 45,1 (SD=21,8), bei den Männern 45,7 (SD=31,4) und bei den Frauen 45,0 (SD=22,1). Das Ausmaß der Belastung durch die Symptome, die zur Aufnahme in die Behandlung geführt hatte, weist einen durchschnittlichen Skalenwert von 74,2 (SD=26,1) auf, wobei die Männer mit einem durchschnittlichen Wert von 75,7 (SD=15,0) eine minimal höhere Anfangssymptombelastung angaben. Die Eingangsbelastungen, gemessen durch den SCL-90, sind ähnlich der Stichprobe mit N=122. Die höchste Eingangsbelastung liegt auf der Skala Depressivität. Hier zeigen 72,6% der 74 katamnestisch be-

fragten Patientinnen deutlich messbare bzw. hohe bis sehr hohe Eingangsbelastungen. Laut dem Globalen Beschwerdeindex des SCL-90 sind 76,6% der Stichprobe belastet.

7.2 Therapiedauer und durchschnittliche Anzahl der Sitzungen

Die 74 katamnestisch befragten Patientinnen beanspruchten durchschnittlich 24,4 Stunden ($SD=15,5$; Range: 2-60). Ihre Therapien dauerten im Schnitt 9 Monate. 64,9% der Patientinnen haben die Therapie ordentlich beendet, 9,5% haben die Therapie von sich aus und weitere 4,1% auf Veranlassung der Therapeutinnen abgebrochen. 4,1% wurden weitervermittelt an andere Einrichtungen bzw. Kollegen. 9,5% beendeten die Therapie aus sonstigen Gründen (8,1% machten keine Angaben).

7.3 Subjektive Zufriedenheit mit der Therapie

Mit dem Ergebnis der Therapie sind mit sechs Monaten Abstand nach der Therapie immer noch 76,7% zufrieden (47,9% davon sind sehr zufrieden), 19,2% sind unentschieden mit der Einschätzung des Behandlungsergebnisses und 4,1% sind wenig oder gar nicht zufrieden mit dem Ergebnis. Der Verlauf der Therapie wurde rückwirkend auch sehr gut bewertet: 80,8% der Stichprobe sind mit dem Verlauf der Therapie zufrieden und sehr zufrieden. Mit ihrer Therapeutin bzw. mit der Wertschätzung durch die Therapeutin sind mehr als 90% der Stichprobe zufrieden und sehr zufrieden.

7.4 Effektstärken und Mittelwertvergleiche SCL-90

Sechs Monate nach der Therapie lassen sich bei 74 Patientinnen immer noch mittlere und gute Effekte in den verschiedenen Symptombereichen und den gesamten symptomalen Beschwerdeindizes (GSI) gemessen mit dem SCL-90 nachweisen, was auf eine längerfristige Wirksamkeit der Integrativen Therapie schließen lässt. Immer noch 30% der Stichprobe haben im GSI sehr hohe Effektstärken (größer 1,2), 15,7% haben hohe Effektstärken (zwischen 0,8 und 1,2), 21,4% mittlere (zwischen 0,8 und 0,4), 18,6% kleine (zwischen 0,0 und 0,4) und bei 14,3% lassen sich negative Effekte nachweisen (zwischen 0,0 und -0,7). Geschlechtsunterschiede können aufgrund der schiefen Verteilung nicht interpretiert werden. Die größten Effekte finden sich auf den Skalen „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“ (vgl. auch Tabelle 11).

Dimension des SCL-90	Katamnese		
	alle (n=74)	Männer (n=14)	Frauen (n=60)
Somatisierung	0,60	0,27	0,68
Zwanghaftigkeit	0,84	0,74	0,87
Unsicherheit	0,67	0,58	0,70
Depressivität	0,91	0,76	0,94
Ängstlichkeit	0,80	0,69	0,82
Aggressivität	0,61	0,56	0,62
Phobische Angst	0,40	0,58	0,48
Paranoides Denken	0,66	0,73	0,64
Psychotizismus	0,54	0,54	0,54
Mittelwert aller Skalen	0,67	0,51	0,70
GSI (Globaler Beschwerdeindex)	0,90	0,70	0,95

Tabelle 11: Durchschnittliche Effektstärken des SCL-90R in der Katamnese

Die Mittelwerte der Skalenrohwerte des SCL-90 zeigen die Stabilität der guten Ergebnisse in der Abschlusserhebung ein halbes Jahr nach der Therapie. Sowohl im Gesamtwert und auf allen Skalen ist die Symptomreduktion fast gleich gut wie in der Abschlusserhebung (vgl. Abbildung 11).

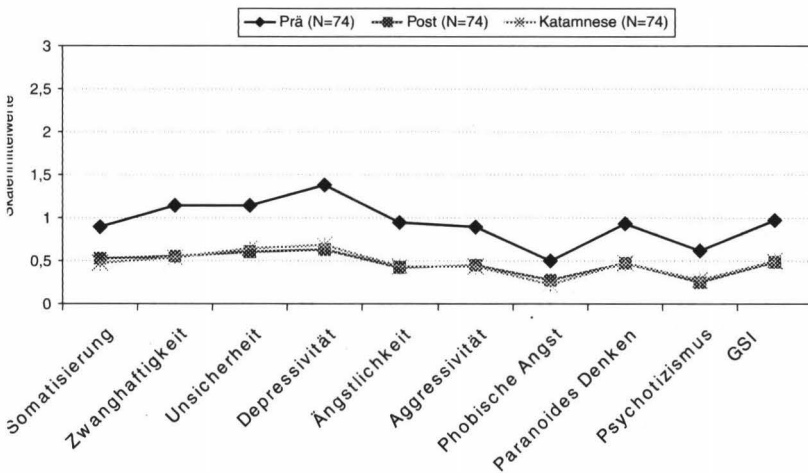


Abbildung 11: Prä-Post-Katamnese (Rohwerte SCL-90)

7.5 Die Einschätzung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

Die Einschätzung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit sechs Monate nach Abschluss der Therapie ist im Vergleich zur Einschätzung in der Abschlusserhebung in allen Bereichen stabil geblieben und hat sich in den Bereichen „Zufriedenheit mit Sozialkontakten – Kontaktfähigkeit“ und in der „Zufriedenheit mit dem Beruf“ sogar noch signifikant verbessert (vgl. Abbildung 12).

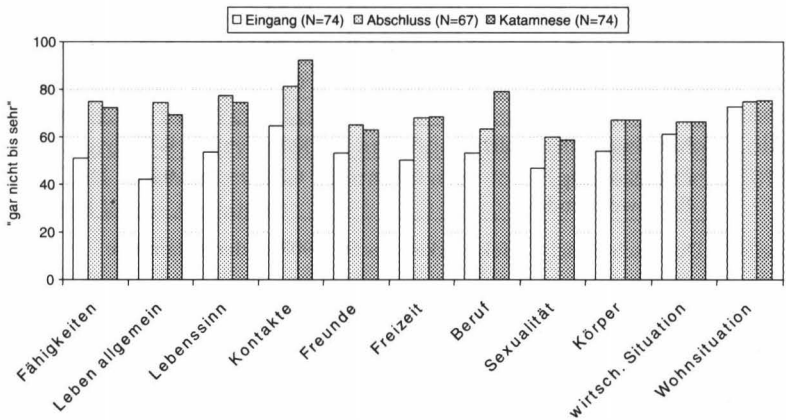


Abbildung 12: Prä-Post-Katamnese-Vergleich der Allgemeinen Lebenszufriedenheit

8 Ausblick und weitergehende Fragestellungen

Besonders erfreulich an den Ergebnissen ist, dass sich keine signifikanten Hinweise auf eine Verschlechterung der Symptomatik fanden, die eigentlich aufgrund des Forschungsstandes zu diesem Thema zu erwarten gewesen wären. Somit kann festgestellt werden, dass sich keine Kontraindikationen ergeben, die durch negative Effekte oder fehlende Erfolgsaussichten begründet wären. Dass sich keine indikationsspezifischen Schwerpunkte aus den Ergebnisse ablesen lassen, spricht das für die gute Breitenwirksamkeit des Verfahrens, womit bei der Entwicklung *störungsspezifischer Ansätze* (solche liegen bislang vor für Major Depression, vgl. *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997, für traumatische Belastungsstörungen, vgl. *Petzold, Wolf et al.* 2000, für psychosomatische Rückenbeschwerden, vgl. *Heinl* 1997) noch bessere Ergebnisse zu erwarten sind. Entwicklungen in diese Richtung sind im Gange. Die Ergebnisse zur Bedeutung der therapeuti-

schen Beziehung als prädiktive Variable, wie sie aus der Patientinnenperspektive erfahren und erlebt wird, macht noch einmal deutlich, dass in der Psychotherapie oft andere Qualitäten entscheidend sind, als störungsspezifische Variablen, die das klassische Diagnostikverständnis bietet. Die therapeutische Beziehung bzw. „Passung“ scheint hier als ein wesentlicher Indikations- und Kontraindikationsfaktor zu sein. Wenn eine gute und schlechte Beziehung/Passung schon so früh im Behandlungsprozess Hinweise auf die potentiellen Erfolgsaussichten eines therapeutischen Prozesses gibt, kann daraus aus Gründen der Effizienz – bezogen auf die Ressourcen von Patientinnen und Therapeutinnen – nur der Schluss gezogen werden, dass erhebliche Verbesserungen der therapeutischen Versorgung erreicht werden können, wenn eine Optimierung der Delegationsmöglichkeiten angestrebt wird. Hier müsste eine kooperative und kollegiale Überweisungspraxis gefördert werden, die ein klientenangemessenes Weiterleiten an Kolleginnen fördert, die möglicherweise bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie mit einer bestimmten Patientin bieten. Dies scheint uns eines der wesentlichen relevanten Ergebnisse dieser Praxisstudie zu sein, welche nicht im Fokus der ursprünglichen Fragestellung standen.

Von besonderem Interesse und originär für die Integrative Therapie ist die *Leiborientierung* ihrer Praxis, die auch in der Forschungsmethodologie und ihren Ergebnissen Niederschlag fand. Diese Ergebnisse (etwa aus den Körperdiagrammen) scheinen eine hohe klinische Relevanz zu haben. Dass *Wohlbefinden* und *Lebenszufriedenheit* – über die Symptomreduktion hinaus – durch die Integrative Therapie gefördert wurden, dokumentiert eine gesundheitspolitische Perspektive, die in einem modernen psychotherapeutischen Behandlungsansatz nicht fehlen darf – auch unter präventiv medizinischen, d.h. langfristig kostenoptimierenden Perspektiven. Offenbar hat die Integrative Therapie ein hohes, Gesundheit und Wohlbefinden förderndes Potential, dass durch Entwicklung eigener Erhebungsinstrumente (EAL-Skalen) erfasst wurde.

Eine Bewertung der eingesetzten Instrumente zur Qualitätssicherung (siehe hierzu die differenzierte Darstellung in Hass, Märten, Petzold 1998) ergibt ein durchwachsenes Bild. Die Erhebungsinstrumente haben ihre grundsätzliche Brauchbarkeit im Rahmen eines Integrativen Ansatzes demonstriert. Der IIP erwies sich dabei als klinisch wesentlich weniger einsetzbar und in seinen Ergebnissen als schwer interpretierbar. Da eine weitere Reduktion der Begleitdokumentation zur Entlastung von Therapeutinnen und Patientinnen unbedingt ratsam erscheint, muss sein Verzicht an erster Stelle diskutiert werden. Neben anderen Verschrankungen der Instrumente könnten dann spezifische integrative Instrumente entwickelt und in die Erhebungspraxis integriert werden.

Die Erweiterung der Erfassung von Erfolgskriterien um eine dritte Perspektive, neben der Patientinnen- und Therapeutinnenperspektive, nämlich die *Angehörigensicht*, hat sich als fruchtbar erwiesen und gezeigt, dass Angehörige recht zuverlässige Informationsquellen darstellen. Die bisher ausgewerteten Daten fokussierten ganz auf die Patientin und ihre Veränderungen. In zukünftigen Untersuchungen müsste verstärkt auch die interpersonale Dynamik berücksichtigt werden, was in einer späteren Auswertung unserer Daten erfolgen soll. Es hat sich gezeigt, dass die Einbindung der Angehörigen in den Forschungsprozess eine deutliche interventive Komponente hat, die in den meisten Fällen von Therapeutinnen, Angehörigen und Patientinnen begrüßt wurde, wenngleich es auch in einigen Fällen die zu erwartenden Irritationen gab, die zuweilen nicht immer konstruktiv im Behandlungsprozess genutzt werden konnten. Eine differenzierte Beschäftigung nicht nur mit der Wahrnehmung der therapiebedingten Veränderungen bei der Patientin, sondern auch noch mit der Einschätzung und Bewertung für die Angehörigen sowie ihrer Bewertung für die Beziehung zur Patientin, stellt sicherlich ein interessantes und notwendiges Untersuchungsfeld gerade für einen *netzwerkorientierten* Ansatz dar, wie ihn die Integrative Therapie vertritt (Hass, Petzold 1999). Ihn gilt es weiter zu entwickeln und in der therapeutischen Praxis verstärkt zu nutzen.

Mit Aufmerksamkeit sollten zukünftige Untersuchungen auch die Veränderungen dokumentieren, die sich durch eine beforschte Praxis ergeben, die immer wieder daraufhin kritisch/metakritisch reflektiert werden muss, wieviel Dokumentation fruchtbar integrierbar ist, und an welcher Stelle eine Dokumentation gerade das zerstört, was es weiter zu entwickeln gilt, nämlich eine konsistente, integrative Therapiepraxeologie, die auf Gesundheit, Wohlergehen und *Würde* der Patientinnen und Patienten (*client dignity*) zentriert und auf die Gesundheit, Berufs- und Arbeitszufriedenheit der Therapeutinnen (*therapist's wellbeing*) gerichtet ist, die Burnout, Belastungen (Petzold 1993g) und Motivationsverlust vermeidet, stattdessen vielmehr Professionalität, Engagement für die Patienten/Klientinnen (Hunt 1992; Monroe 1996; Sober 1998) und Freude am therapeutischen bzw. helfenden Beruf fördert.

Zusammenfassung

Dieser Artikel fasst die Ergebnisse einer Evaluationsstudie zusammen, an der 122 Patientinnen teilnahmen, die von 58 Therapeutinnen mit mittlerer bis langer therapeutischer Erfahrung in Integrativer Therapie behandelt wurden. Die Untersuchung wurde ausschließlich unter natürlichen Praxisbedingungen ambulanter Psychotherapie durchgeführt. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass ein hoher Prozentsatz der Patientinnen deutliche Verbesserungen erfuhren, die auch in einer Halbjahreskatamnese stabil blieben oder sich noch weiter verbesserten. Ein weites Spektrum an Messungen

wurde abgegriffen, wobei neben der Patientinnen- und Therapeutinnenperspektive noch die Angehörigenperspektive einbezogen wurde. Die Ergebnisse werden unter klinischen Gesichtspunkten und mit ihren Implikationen für die Praxis diskutiert. Es fanden sich keine negativen Ergebnisse und Nebenwirkungen. Vorteile und Grenzen einer *evidence based* psychotherapy und von Qualitätssicherungsbemühungen werden beschrieben.

Summary

This article summarizes the findings of an evaluation study on integrative psychotherapy including 122 patients treated by 58 therapists with middle to long therapeutic experience in integrative psychotherapy. The study was conducted exclusively in naturalistic therapy settings under regular working conditions. The results indicate a general high percentage of successful outcomes remaining stable or improved further on even at follow up 1/2 year later in most measures. Longer therapies show very little better outcomes. Measures were taken in various domains exceeding the patients- and therapist perspective through including the perspective of significant others. The results are discussed under clinical aspects and implications for psychotherapeutic practice. No negative results or sideeffects could be found. Advantages and limitations of *evidence based* psychotherapy and quality assurance efforts are described.

Keywords: Integrative Therapy, Therapy Evaluation, out patient therapy, outcome study

Literatur

- Affeldt, M. (1991): Erlebnisorientierte psychologische Gruppenarbeit zur Begleitung von Jugendlichen in ihrer Entwicklung. Hamburg: Kovac.
- Alexander, F. (1950): Psychosomatic medicine. Its principles and application. London: Sage.
- Ambühl, H. (1996): Allgemeine Psychotherapie – Stein des Anstoßes oder Zeichen des Wandels? *Kontext*, 27, 36-48.
- Ambühl, H., Orlinsky, D. (1997): Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42, 290-298.
- Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.) (1998): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Bakhtin, M. (1981): The dialogical imagination. Austin: Univ. of Texas Press.
- Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., Gallop, R. (1999): Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapie Research*, 1, 54-73.
- Bastine, R., Fiedler, P., Kommer, D. (1989): Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Braun, U., Regli, D. (2000): Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: *Laireiter, A.* (Hg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. New York: Springer.
- Baumann, U. (1999): Wie einheitlich ist die Psychologie? *Psychotherapeut*, 6, 360-366.
- Bergin, A.E. (1966): Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- Bergin, A.E. (1971): The evaluation of therapeutic outcomes. In: *Bergin, A.E., Garfield, S.L.* (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bermúdez, J.L., Marcel, A., Eilan, N. (1995): The body and the self. Cambridge: MIT.
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1999): Biologische Psychologie. Berlin u.a.: Springer (4. Aufl.).

- Blaser, A. (1989): Wie spezifisch ist unspezifisch? Ein Ausweg aus der Sackgasse um die Wirkfaktorenfrage in der Psychotherapie. *Schweizerische Z. f. Psychol.*, 48, 14-20.
- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozessforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
- Bosscher, R.J. (1991): Runningtherapie bij depressie [Runningtherapie bei Depressionen]. Amsterdam: Thesis.
- Bosscher, R.J. (1995): Bewegingsactivering door hardlopen versus medicatie in de behandeling van depressie [Bewegungsaktivierung durch Laufen versus Medikation bei der Behandlung von Depressionen]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- Bretz, J.H., Heekeren, H.-P., Schmitz, B. (1994): Eine Metaanalyse der Wirksamkeit von Gestalttherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 42, 241-260.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration*, 2, 448-466.
- Bullinger, M. (1994): Trends in der internationalen Lebensqualitätsforschung. *Prävention Rehabilitation*, 6, 71-77.
- Burt, R.S. (1984): Network items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6, 293-339.
- Butler, K. (1992) The shadow side of therapy. *The Family Therapy Networker*, Nov./Dec, 14-23.
- Butollo, W., Piesbergen, Ch., Höfling, S. (1996): Ausbildung und methodische Ausrichtung psychologischer Psychotherapeuten – Ergebnisse einer Umfrage. *Report Psychologie*, 21, 126-138.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999): Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Huber.
- Caspar, F., Graue, K. (1992): Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozess? *Report Psychologie*, 2, 10-22.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1997): Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration. *Integrative Therapie*, 3, 243-272.
- Cohen, J. (1966): Some statistical issues in Psychological Research. In: Wolman, B. (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York: Mc Graw Hill, 95-121.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Erlbaum.
- Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Czagalik, D. (1999): Methoden der Psychotherapieforschung. In Petzold, H.G. & Märtens, M. (Hg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Opladen: Leske + Budrich, Bd. 1, 151-174.
- Czagalik, D., Kirschmann, K. (1994): Schmerzflächenanalyse. Fachbereich Psychologie, Universität Heidelberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Damasio, A. (1994): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns*. München: List.
- Damasio, A. (2000): *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Derogatis, L.R. (1986): Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: *Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum* (Hg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Duruz, N. (1994): *Psychothérapie ou psychothérapies? Prolégomès à une analyse comparative*. Lausanne: Delachaux & Niestlé.
- Ebert, W. (2000): *Die Bedeutung systemischen Denkens für die Praxis eines methodenpluralen Supervisionskonzeptes*. Dissertation an der Universität-Gesamthochschule-Essen im Fachbereich 1; im Druck: *Systemtheorie und Supervision*. Opladen: Leske + Budrich.

- Ebert, A., Möhler, A. (1997): Integrative Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben. *Integrative Therapie*, 3, 289-315.
- Elkin, I. (1994): The NIMH Treatment of depression Collaborative Research Program: were we began and were we are. In: *Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 4th ed., 111-142.
- Endreß, M. (1995): Zur Grundlegung einer integrativen Ethik. Für Hans Krämer herausgegeben. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fäh, M., Fischer, G. (1998): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Ferenczi, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene. In: *Ferenczi, S., Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt: Fischer Bd. II, 11-24.
- Ferenczi, S. (1932): Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde. in: *Schriften II* (1972) 303-316.
- Fiegenbaum, W., Tuschen, B., Florin, I. (1997): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 138-149.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Frauchiger, M. (1999): Wirkfaktoren und psychotherapeutische Modelle. Unveröff. Liz.arbeit, Univ. Bern, Online: <http://www.bluewin.ch/gestalt/liz>
- Försterling, F. (1988): Attributions theory in clinical Psychology. Chichester: Wiley.
- Foucault, M. (1984a): Von der Freundschaft. Michel Foucault im Gespräch. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1984b): Eine Ästhetik der Existenz. In: *Foucault* (1984a) 133-41.
- Foucault, M. (1985a): Freiheit und Selbstsorge. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1985b): Hermeneutik des Subjekts. In: *Foucault* (1985a) 32-60.
- Foucault, M. (1986a): Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1986b): Der Gebrauch der Lüste. Sexualität und Wahrheit 2. Frankfurt: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): Foucault: Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- Frühmann, R. (1995): Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozess der Lehranalyse aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H., Frühmann, R. (Hg.), Lehrjahre der Seele*. Junfermann: Paderborn, 331-364.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Freud, S. (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *GW*, Bd. XV. Frankfurt/M.: Fischer.
- Fydrich, T., Laitreiter, A.-R., Saile, H., Engberding, M. (1996): Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 161-168.
- Gibson, J.J. (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; dtsh. Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban & Schwarzenberg 1982.
- Glass, C.R., Victor, B.J., Arnkoff, D.B. (1993): Empirical Research on Integrative and Eclectic Psychotherapies. In: *Stricker, G. & Gold, J.R. (Eds.), Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Plenum, 9-26.
- Gray, J.A. (1998): Evidence-based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions. New York: Churchill Livingstone.
- Grawe, K. (1995): Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Mezenen, U. (1985): Therapeutische Misserfolge im Spiegel der empirischen Forschung. *ZPP Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 355-378
- Hass, W. (1995): Zweidimensionales Netzwerk. Düsseldorf: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, unveröffentlichtes Manuskript.
- Hass, W., Märten, M., Petzold, H.G. (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht. In: *Laireiter, A., Vogel, H. (Hg.)*, Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 157-178.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Verfahren. In: *Petzold, Märten (1999a)*, 193-272.
- Hauch, G., (1996): Integrative fokale Kurzzeittherapie mit Müttern entwicklungsauffälliger Säuglinge. *Integrative Therapie* 1, 5-30.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie*, 3, 316-330.
- Hempel, C.G. (1954): Fundamentals of Concept Formation in Empirical Science. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horowitz, L.M., Strauss, B., Kordy, H. (1994): Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Manual. Weinheim: Beltz.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Hundertmark, K., Teegen, F., Petzold, H.G. (1986): Allergischer Schnupfen. Perspektiven zur Genese und Therapie. *Integrative Therapie* 1/2, 49-75.
- Hunt, M.M. (1992): Das Rätsel der Nächstenliebe: Der Mensch zwischen Egoismus und Altruismus. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Iljine, V.N. (1942): Das therapeutische Theater. Paris: Sobor (russ.).
- Iljine, V.N (1972): Therapeutisches Theater, in: *Petzold (1972a)* 168-172.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revensdorf, D. (1984): Psychotherapie outcome research – methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N.S., Truax P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kächele, H., Kordy, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung, *Der Neurologe*, 63, 517-526.
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI). *Integrative Therapie*, 4, 363-386.
- Kammiller-Kaerlein, J. (1997): Stationäre Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik mit Integrativer Therapie und Gestalttherapie als gruppenpsychotherapeutischer Behandlung. *Integrative Therapie*, 3, 331-373.
- Kazdin, A. (1994): Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In: *Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.)*, Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 4th ed., 19-71.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior. Cambridge: MIT-Press.
- Kiesler, D.J. (1983): The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for the complementary in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Klann, N., Hahlweg, K. (Hg.) (1994): Beratungsbegleitende Forschung und Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Stuttgart: Kohlhammer.
- König-Fuchs, C. (1991): Therapeutischer Erfolg und Misserfolg. Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren. Frankfurt: Peter Lang.

- Krämer, H. (1992): *Integrative Ethik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kriz, J. (1996): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 4, 163-168.
- Laireiter, A.-R. (1997). Qualitätssicherung von Psychotherapie: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Praxis. *Psychotherapie Forum*, 5, 203-232.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K., Baumann, U. (1996): Dokumentation ambulanter Psychotherapie. Elemente, Strukturen und offene Fragen. In: Caspar, F. (Hg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse*. Tübingen: dgvt-Verlag, 315-344.
- Laireiter, A.-R., Vogel, H. (Hg.). (1998): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lambert, M. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross, J.C., Goldstein, M.R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M., Hill, C. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Garfield, S. & Bergin, A. (Eds.) *Handbook of psychotherapy & behavior change 4 ed*. New York: John Wiley & Sons, 72-113
- Lambert, M., Salzer, M., Bickman, L. (1998): Clinical outcome satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 270-279
- LeDoux, J.E. (1996): *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Levinas, E. (1963/1983): *La trace de l'autre*, Paris 1963; dtsh. *Die Spur des Anderen*. Freiburg: Alber.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (1993): The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L. (1984): *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975): Comparative Studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all have must prizes?" *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 995-1008.
- Lückel, K. (1981): *Begegnung mit Sterbenden*. München: Kaiser.
- Lutz, W. (2000). Was ist „Evidenz“ in einer evidence based psychotherapy? *Integrative Therapie* (in Druck).
- Margraf, J., Schneider, S. (1989): *Panik – Angstfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Märtens, M. (1994): *Einschätzkalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL 100%)*. Düsseldorf: EAG. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Therapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie*, 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995).
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000): *Schäden in der Psychotherapie*. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- McCullough, L. (1994): Standard and individualized psychotherapy outcome measures: A core battery. In: Talley, F., Strupp, H., Butler, S. (Eds.), *Psychotherapy Research and Practice. A Handbook for clinical practice*. New York: Basic, 469- 496.
- McLeod, J. (1997): *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1966): *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris; dtsh. von Boehm, R. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 2, Paderborn: Junfermann.
- Meyer, A.E. (1990): Wodurch wirkt Psychotherapie? In: Lang, H. (Hg.), *Wirkfaktoren der psychotherapie*. Berlin: Springer, 179-188.

- Monroe, K. R. (1996): *The heart of altruism: perceptions of a common humanity*. Princeton N.J.: Princeton University Press.
- Moreno, J.L. (1946): *Psychodrama* (Bd. I, 3. Aufl. 1964). Beacon: Beacon House.
- Müller, I., Czogalik, D. (1995). Veränderungen nach einer Integrativen Therapie bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen – eine Evaluationsstudie. Düsseldorf: FPI-Publikation.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1997): *Musiktherapie in der klinischen Praxis*. Stuttgart: Fischer.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie*, 3-4, 396-438.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie*, 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2001): Gerontotherapie und Forschung. In: Petzold, H.G., Müntens, M., Steffan, A. (Hg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien*, Bd. 2. Paderborn: Junfermann, in Vorber.
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (Hg.) (1999): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz: Psychologie Verlags Union.
- Orlinsky, D.E. (1998): Die vielen Gesichter der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 69-79.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-378). New York: Wiley.
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. In: Hermer, M. (Hg.), *Integrative Ansätze in der Psychotherapie*, Psychologische Beiträge.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1999): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999), 269-334.
- Osten, P. (1999): Die Anamnese in der Psychotherapie – ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. Aufl.).
- Parker, I. (1999): *Deconstructing psychotherapy*. London: Sage.
- Parloff, M.B., Wolfe, B., Hadley, S., Waskow, I.E. (1978): *Assessment of psychosocial treatment of mental disorders: Current status and prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1981): Neue Wege in der Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmikroanalyse. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 3, 20-22.
- Perrez, M., Baumann, U. (1998): Psychotherapie. In Baumann, U., Perrez, M. (Hg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Huber, 2. Aufl., 392-415.
- Peseschkian, N., Tritt, K., Loew, T., Jork, K., Deidenbach, H., Werner, B. & Kick, H. (1999): Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung. *Familiendynamik*, 24, 80-99.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a), 11-30.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Inst. St. Denis. auszugsweise dtsh. in: Petzold (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974l).
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration. Paris. Auszugsweise dtsh. in: Petzold (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1970d): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.*, 8, 387-408; überarbeitete Fassung in Petzold (1977a).

- Petzold, H.G. (Hg.) (1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1973c): *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1974k): *Integrative Bewegungstherapie*. In: *Petzold (1974j)*, 285-404.
- Petzold, H.G. (1975a): *Integrative Therapie*. *Zeitschrift für Verfahren Humanistischer Psychologie und Pädagogik*. Begründet von *Charlotte Bühler* und *Hilarion Petzold* 1975 ff; ab 1991 mit dem geänderten Untertitel: *Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*.
- Petzold, H.G. (1978c): *Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik*. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. in *Petzold (1991a)* 19-90.
- Petzold, H.G. (1979c): *Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen*. *Integrative Therapie*, 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G. (1980f): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1980g): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie*. In: *Petzold (1980f)* 223-290.
- Petzold, H.G. (1981g): *Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen*. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hg.), *Vorbereitung auf das Alter*. Paderborn: Schöningh, 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1982g): *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1987).
- Petzold, H.G. (1982v): *An integrated model of Identity and its impact on the treatment of the drug addict*. *Proceeding 12th Int. Conf. on Drug Dependence* 22.-26.3. 1982, Bankog, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf, 260-276.
- Petzold, H.G. (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten*. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1985g): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1988d): *Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“ und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, Teil I, Integrative Therapie, 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96;*
- Petzold, H.G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I*. Paderborn: Junfermann. (3. revid. u. überarb. Auflage 1996a).
- Petzold, H.G. (1988t): *Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens*. Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1990i): *Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, Schobert (1991) 17-28*
- Petzold, H.G. (1990n): *Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie, Gestalt, 9, (Zürich) 6-12; revid. Petzold (1992a), II, 2, S. 500-515.*
- Petzold, H.G. (1990o): *Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung. Gestalt und Integration, 2, 7-37; erw. in: Petzold (1993a) Bd. II, 3, S. 1291-1336.*
- Petzold, H.G. (1991a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1991b): *Die Chance der Begegnung*. Wiesbaden: Dapo; repr. in *Petzold (1993a)* S. 1047-1087.

- Petzold, H.G. (1991e): Das Ko-responzenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c); repr. in (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. In: (1991a) 333-350.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, In: Petzold 1992a, 789-870.
- Petzold, H.G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, in: (1992a) Bd. II, 2, S. 927-1040.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer, in: Schnyder, U., Sauvant, D., Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994a): Mehrperspektivität – ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration*, 2, 225-297 und in: Petzold (1998a) 97-174.
- Petzold, H.G. (1994e): Psychotherapie mit alten Menschen – die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention. In: Berhaus, H.C., Sievert, U. (Hg.): Behinderung im Alter. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- Petzold, H.G. (1994h): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit. *Drogalkohol*, 3, 144-158.
- Petzold, H.G. (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, In: Metzmaker, Petzold, Zaepfel (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungscenterter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II In: Metzmaker, Petzold, Zaepfel (1996), 143-188.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und 2. (rev. u. überarb. Auflage von 1988n) Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuell Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch in: Petzold, Orth (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997b): Zehn Jahre Pro-Senectute Österreich. Ein Interview. *Pro Senectute, Zeitschrift für Geriatrie und Altenpflege*, 1, 4-11.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? In: Sticht, U., Gute Arbeit in schlechten Zeiten. Freiburg: Lambertus, 57-115.
- Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie*, 4, 435-471 und in: Petzold (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.

- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In Petzold, Orth (1999a) 393-400.
- Petzold, H.G. (1999i): Psychotherapeutische Begleitung von Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie. Vortrag im Rahmen der Vortragsreihe „Umgang mit Sterbenden Heute“. Univ. Mainz. ersch. in: *Medizinische Psychologie* (Graz 2000).
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie*, 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk. *Kunst & Therapie*, 1-2, 105-146.
- Petzold, H.G. (Hg.) (2000a): Der Wille und das Wollen in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. (in Vorb.).
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen – über narrative und diskursive Biographiearbeit, intersubjektive, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung. Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G. (2000e): Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie? Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“. Zurich: Charta der Psychotherapieverbände (Wissenschaftskolloquium III). Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G. (2000k): Sinn und Sinnerfahrung in der Psychotherapie heute, *Integrative Therapie*, 4 (in Druck).
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (Hg.) (1976a): Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Frühmann, R. (1986): Modelle der Gruppe. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: Petzold, H.G., Sieper, J. (Hg.), *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996) 173-266.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1993): Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG – Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision. In: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.), *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 209-250 und erweitert in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie*, 1, 98-110.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.) (1999). Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie*, 1-2, 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993e): Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl, Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG, in: Petzold, Sieper (1993a) 519-536.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie*, 4, 340-391.

- Petzold, H.G., Orth, I. (1998): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. *ÖAGG*, 3 (Wien 1997), 31-37 und *Report Psychologie* 3 (1998) 234-239; erw. in: *Slembek, E., Geissner, H., Feedback. Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder*, Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert 1998, 107-126.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1998b): Ökopsychosomatik. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf: FPI.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999b): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen. In: Petzold, Orth (1999a) 125-262.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe von *Gestalt & Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999): Psychotherapien, MYTHEN und DISKURSE der MACHT und der Freiheit. In: Petzold, Orth (1999a, 15-66)
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): *Transgressionen I – das Prinzip narrativierender Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie – Hommage an Nietzsche. Integrative Therapie*, 3 (dieser Band).
- Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer. Erw. in: Petzold (1998h) 118-141.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: Petzold (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991): *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): Integrative Therapie mit Kindern. In: Petzold, H.G., Ramin, G. (Hg.), *Schulen der Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann, 359-427.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1997): Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem. *Familiendynamik*, 3, 288-311; erw. in: Petzold (1998a).
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: *Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W.* (Hg.), *Drogenmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Petzold, H.G., Schneewind, U. (1986a): Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, in: Petzold, Frühmann (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): *Selbsthilfe und Psychosomatik*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin*, 2, 5-33.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde. Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1996)
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: Petzold (1998h) 265-299.
- Petzold, H.G., Spiegel-Rösing, I. (Hg.) (1984): *Die Begleitung Sterbender – Theorie und Praxis der Thanatotherapie*. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie – Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt (Schweiz)*, 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. *Integrative Therapie*, 3 (in diesem Band).

- Petzold, H.G., Thomas, G. (1994): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne in: Petzold (1994) 491-646.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hg.) (1980): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Langrebe, B., Steffan, A., Josić, Z. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: Kolk, van der, B.A., Mc. Farlane, A.C., Weisaeth, L. (Hg.): Traumatischer Stress. Paderborn: Junfermann, 445-579.
- Priebe, S., Polzer, U. (1992): Subjektive Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Betroffenen. In: Brennecke, R. (Hg.) Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen – Band 1: Grundlagen und Versorgungsforschung. Berlin: Springer, 222-229
- Quekelberghe, R.v. (1979): Systematik der Psychotherapie. Vergleich und kognitionspsychologische Grundlegung psychologischer Therapien. München: Urban & Schwarzenberg.
- Reinecker, H. (1994): Soziale und Spezifische Phobien. In: Reinecker, H. (Hg.); Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl., 91-116.
- Rosenthal, R. (1991): Meta-analytic procedures for social research. London: Sage.
- Rudolf, G. (1996). Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum*, 4, 124-134.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 80-91.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Sacket, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (1997): Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hg) (1998): Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV (dt. Bearbeitung). Göttingen: Hogrefe.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F & Wirsching, M. (1998): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut*, 43, 92-101.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F & Wirsching, M. (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E., Hahlweg, K. (1990): Stundenbeurteilungsbogen für Klienten und Therapeuten (SB-K, SB-T). In: Hank, G., Hahlweg, K., Klann, N. (Hg.), Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Göttingen: Beltz, 331-339.
- Schmid, W. (1999): Philosophie der Lebenskunst. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 3. Aufl.
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schulte, D. (1996). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1998): AGPT-Tagung „Kriterien für die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“ am 7.5.1998 in Köln.
- Schulz, W. (1984): Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In: Jüttemann, G. (Hg.), Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik. Göttingen: Hogrefe
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1992): Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sloane, E., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1995): Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge: Harvard University Press.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten FORUM* 6, 5-8.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980): The benefits of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Sober, E. (1998): Unto others: the evolution and psychology of unselfish behavior. Cambridge, MS: Cambridge University Press.
- Sponsel, R. (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie: Zur Theorie und Praxis der schulen- und methodenübergreifenden Psychologischen Psychotherapie. Erlangen: IEC-Verlag.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2000): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Strauß, B., Wittmann, W. (1997): Wie hilft Psychotherapie? In Senf, W., Broda, M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme, 156-167.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P., Stephenson, G.M. (Hg.) (1996²): Sozialpsychologie. Berlin: Springer.
- Strümpfel, U. (1992): Wie wissenschaftlich ist die Gestalttherapie?, *Gestalttherapie, Sonderheft Forschung*, 62-83.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strupp, H., Horowitz, L., Lambert, M. (Eds.) (1997) Measuring Patient Changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery. Washington: APA.
- Stumm, G., Pritz, A. (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Suh, C., Strupp, H., O'Malley, S. (1986): The Vanderbilt process measures: The psychotherapy process scale (VPPS) and the negative indicators scale (VNIS). In: Greenberg, L., Pinsof, W. (Eds.) The psychotherapeutic process: A research handbook. New York, London: The Guilford Press, 285-324
- Thelen, E., Smith, L.B. (1994): A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge MA: Bradford Books.
- Thomas, G., Schmitz, B. (1993): Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. *Report Psychologie*, 18, 22-25.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie*, 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie*, 2, 27-38.
- Vyt, A. (1989): The second year of life as a developmental turning point: implications for sensitive caretaking. *European Journal of Psychology of Education*, 2, 145-158.
- Wallerstein, R.S. (1986): Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Wienberg, G. (Hg.) (1992): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrieverlag.
- Willutzki, U., Botermanns, J.-F. (1997): Ausbildung in Psychotherapie in Deutschland und der Schweiz und ihre Bedeutung für die therapeutische Kompetenz. *Psychotherapeut*, 42, 282-289.
- Wittchen, H.-U., Vossen, A. (1996): Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. In: Margraf, J. (Hg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer, Bd. 1, 217-233.
- Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., Iannotti, R. (Eds.) (1991): Altruism and aggression: biological and social origins. Cambridge: Cambridge University Press.

Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem

*Hilarion G. Petzold, Angela Steffan, Düsseldorf**

Qualitätssicherungen durch Ausbildungsevaluation sind für therapeutische Ausbildungen und die anbietenden Institutionen unverzichtbar, wie wir es in unseren Ausführungen zum „Optimal Quality System“ dargestellt haben (Steffan, Petzold 2000). An der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung in der Trägerschaft des „Fritz Perls Institutes“, werden seit 1974 regelmäßig solche Ausbildungsevaluationen durchgeführt und zwar in vierfacher Weise:

1. Evaluation durch die Institution selbst im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung (Petzold, Steffan 1999a,b)
2. Evaluation durch die Ausbildungskandidaten etwa in Form von Graduierungsprojekten (Schubert 1983; Weller, Meier-Räder 1991; Buhl, Jaspersen 1982)
3. Evaluationen durch Außenbeurteiler bzw. unter Mitwirkung von Ausbildungskandidaten und Dozenten (Petzold, Hass, Jakob, Märten, Merten 1995; Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2000)
4. Evaluation durch Fachverbände, in denen die Absolventen Mitglied sind (Märtens, Merten, Petzold 1998; Zdunek, Petzold 1999)

Methodisch wurden bei durchgeführten Untersuchungen folgende Wege eingeschlagen:

1. Fragebogenerhebungen für Einzelseminare, 28 Items (Petzold, Steffan, Zdunek 2000; N=3942)
2. Fragebogenerhebungen das Gesamtcurriculum und die gesamte Ausbildung betreffend einschließlich einer Bewertung der anbietenden Institutionen (mehrere Erhebungen mit einem Gesamt-N von 1490 und einem differenzierten Fragebogen von 91 Items, vgl. z.B. Petzold, Hass, Märten et al. 1995; Petzold, Hass, Märten 1998)
3. Mehrdimensionale Qualitätserhebung bei Ausbildungskandidaten der Supervision, Erfassung der Zufriedenheit der Absolventen

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Hückeswagen in der Trägerschaft des „Fritz Perls Institutes“ (FPI) und dem „Postgraduate Programme for Integrative Psychotherapy and Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam (Sigle: Petzold, Steffan 2000b).

- und der Zufriedenheit der Kunden mit den Leistungen der ausgebildeten Supervisoren (Oeltze, Ebert, Petzold 2000). Bei der Therapieevaluation erfolgte der Einbezug von Patienten und ihrer Angehörigen durch Befragung zur Qualität ihrer Therapeuten und zum Erfolg ihrer Therapie (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000).
4. Begleitende Forschung ganzer Ausbildungskohorten mit qualitativen und quantitativen Untersuchungsinstrumenten und Videoanalysen der Verhaltensperformanz bei Ausbildungsbeginn und nach dem Abschluss der Ausbildung (Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2000).
 5. Felderhebungen in Form von Fragebogenuntersuchungen ehemaliger Absolventen, die Mitglieder in den relevanten Berufs- und Fachverbänden sind, um Zufriedenheit mit Ausbildungen, aber auch Defiziterhebungen im zeitlichen Abstand zu den Ausbildungen zu eruieren (Weller, Meier-Räder 1991; Märten, Merten, Petzold 1998; Zdunek, Petzold 1999).

Es wurde damit ein äußerst umfangreiches, durch die Einbeziehung der Klienten- und Patientengruppen, der Ausbildungskandidaten, der Dozenten, der institutionellen Gesamteinstitution, der Feldresonanz ein höchst komplexes Qualitätssicherungssystem mit longitudinalen Perspektiven aufgebaut, das differenzielle Auswertungen ermöglicht – etwa über die Qualität der Selbsterfahrung (Petzold, Steffan 1999a) – oder die Implementierung spezifischer, didaktischer Inhalte (z.B. allgemeine Wirkfaktoren, vgl. Brumund, Märten 1998) oder politischer und ethischer Positionen der Ausgebildeten (Buhl, Jaspersen 1982).

Dieses sogenannte „EAG-Qualitätssicherungssystem“ und „Optimal Quality System“ (Steffan, Petzold 2000) etablierte damit einen „Meta-zirkel der Qualitätsentwicklung“ (vgl. Abbildung 1). Zur Illustration sollen aus den verschiedenen Untersuchungen ausgewählte Ergebnisse anhand von Grafiken dargestellt werden. Mit einer glatten „2“ als Ergebnis ist hier ein gutes Niveau der curricular¹ angebotenen Aus- und Weiterbildung an FPI/EAG dokumentiert. Die zusammenfassenden Bewertungen der einzelnen Aspekte sowie die Globalbewertung sind Abbildung 2 zu entnehmen.

1 Das aktualisierte Ausbildungscurriculum Integrative Psychotherapie mit den Schwerpunkten: Psychodrama, Gestalttherapie und körperorientierte Methoden ist zugänglich im Internet unter <http://www.mypage.bluewin.ch>

Integratives Modell zur Qualitätssicherung und -entwicklung durch Psychotherapie- und Ausbildungsevaluation

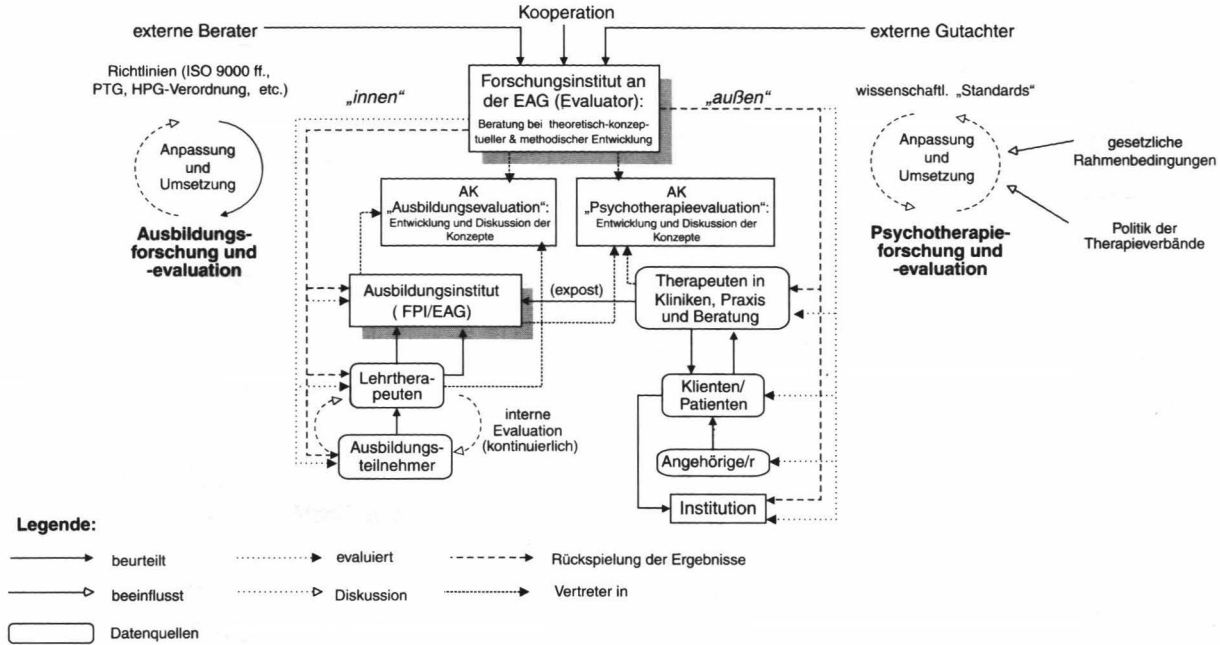


Abbildung 1: Matazirkel der Qualitätssicherung: ein Integratives Modell der Qualitätssicherung und -entwicklung durch Psychotherapie- und Ausbildungsevaluation

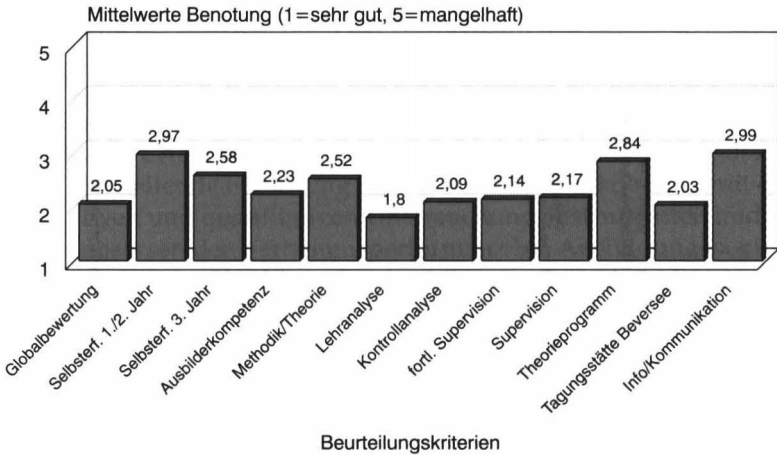


Abbildung 2: Globalbewertung der Ausbildung und Bewertung nach verschiedenen Kriterien (N = 455, gültige Fälle) aus: *Petzold, Hass et al. (1995)*

Ergebnisse einer „katamnestischen“ Gesamtbewertung der Ausbildungsinstitution und aller in ihr angebotenen Ausbildungscurricula durch die Absolventen (N=150):

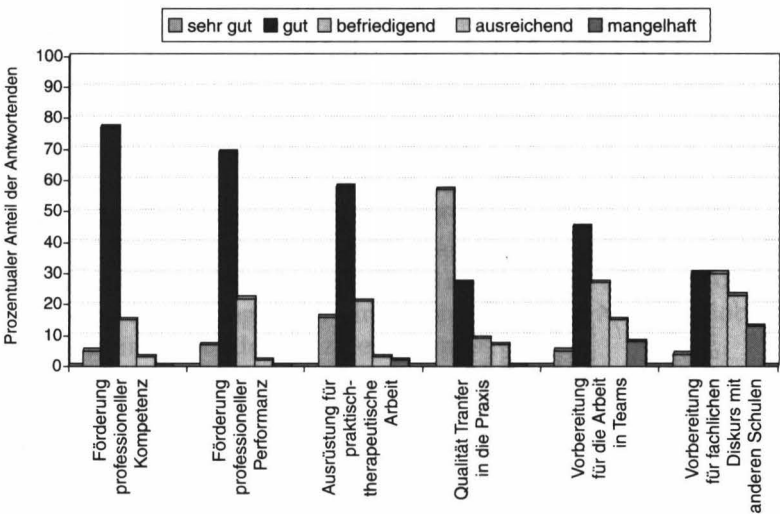


Abbildung 3: Bewertung der Ausbildung durchschnittlich zwei Jahre nach Abschluss durch die Graduierten (N=150, gemittelte Fallzahlen, aus *Petzold et al. (1995)*)

Während die Förderung der professionellen Kompetenz und Performanz sowie die der Vorbereitung für die praktische Arbeit jeweils von etwa $\frac{3}{4}$ der Befragten gute und sehr gute Noten erhält, fällt die Beurteilung der Vorbereitung auf den Transfer in die Patientearbeit mit 55% gut, die Arbeit in Teams mit 50% gut und besser, auf den fachlichen Diskurs mit Kollegen anderer Schulen (35% gut und besser), aber vergleichsweise zurückhaltend aus. Die Förderung der eigenen professionellen Performanz betreffend kann zudem noch ergänzt werden, dass deren Bewertung umso schwächer ausfällt, je mehr Zeit seit dem Abschluss vergangen ist. Das Interessante an dieser Untersuchung ist, dass Absolventen nach Abschluss ihrer Ausbildung befragt wurden und so gezeigt werden konnte, dass die Ausbildungsergebnisse prinzipiell stabil bleiben (Abbildung 3).

Zur Illustration der Bedeutung des Kernelementes der Ausbildung, seien Ergebnisse aus einer Studie vorgestellt (N=148, Petzold, Steffan 1999a, b), die die Qualität der Selbsterfahrung in der Ausbildung untersucht (Abbildung 4).

Die Teilnehmer wurden gebeten, auf einer 11-stufigen Ratingskala („0%=gar nicht“ bis „100%=sehr“) einzuschätzen, in welchem Ausmaß ihre persönliche Entwicklung und ihre Professionalität in der Selbsterfahrung insgesamt und in den einzelnen Selbsterfahrungsangeboten gefördert wurden. Wie Abbildung 4 zeigt, beurteilten alle Probanden die Selbsterfahrung in der Ausbildung insgesamt, die Ein-

Originalfrage: „Schätzen Sie bitte mittels der folgenden Ratingskalen ein, in welchem Ausmaß Ihre persönliche Entwicklung bzw. Ihre Professionalität durch die Selbsterfahrungsbestandteile in der Ausbildung zur Integrativen TherapeutIn gefördert wurden!“

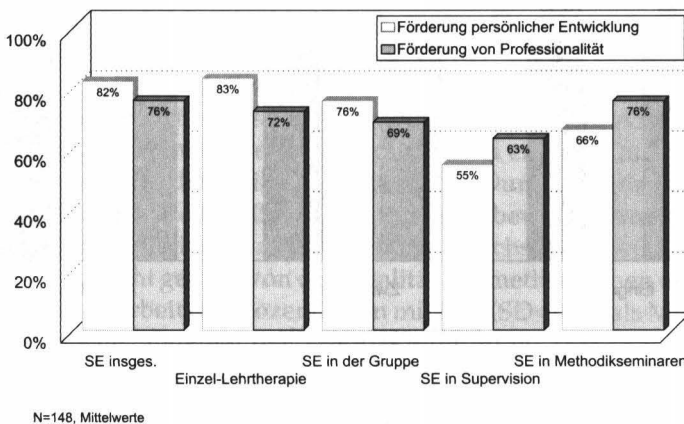


Abbildung 4: Bedeutung von Selbsterfahrungsanteilen (aus Petzold, Steffan 1999a)

zel-Lehrtherapie, die Selbsterfahrung in der Gruppe, in der Supervision und in den Methodikseminaren durchweg als positiv (alle Mittelwerte über 50%), was auf eine hohe Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung in der „Integrativen Therapie“ schließen lässt. Die Förderung der persönlichen Entwicklung bzw. die Entwicklung der eigenen Person hat bei den Ausbildungskandidaten Priorität im Vergleich zur Förderung von Professionalität, was die Einschätzung der Selbsterfahrung allgemein und die Einschätzung der dyadischen Therapie (Einzel-Lehrtherapie/Lehranalyse) und Gruppenselbsterfahrung betrifft. Bei der Bewertung der Supervision und der Methodik- bzw. Theorie/Praxis-Seminare überwiegt die Förderung der Professionalität, obwohl auch hier eine Förderung persönlicher Entwicklung bestätigt wird. Sämtliche Unterschiede sind hoch signifikant (t-Test für abhängige Stichproben, $p \leq 001$), auch die Selbsterfahrung in der Supervision ($p \leq 05$) ist signifikant. Den Ausbildungskandidaten ist dabei auf dem Hintergrund der Theorie der Integrativen Therapie und ihrer Erfahrung mit Ausbildung klar, dass in der Psychotherapieausbildung Professionalität und Personalität verschränkt sind.

Ein besonders interessantes Moment umfassender Qualitätssicherung in einem Ausbildungsinstitut ist dann gegeben, wenn die Arbeit der ausgebildeten Therapeuten von Patienten und ihren Angehörigen beurteilt wird. Letztlich ist nur auf diese Weise zu dokumentieren, ob eine Ausbildung erfolgreich war oder nicht. In einer Untersuchung bei der 211 Patientinnen von 58 am Institut ausgebildeten Psychotherapeutinnen beurteilten die Angehörigen den Erfolg der Therapie wie folgt:

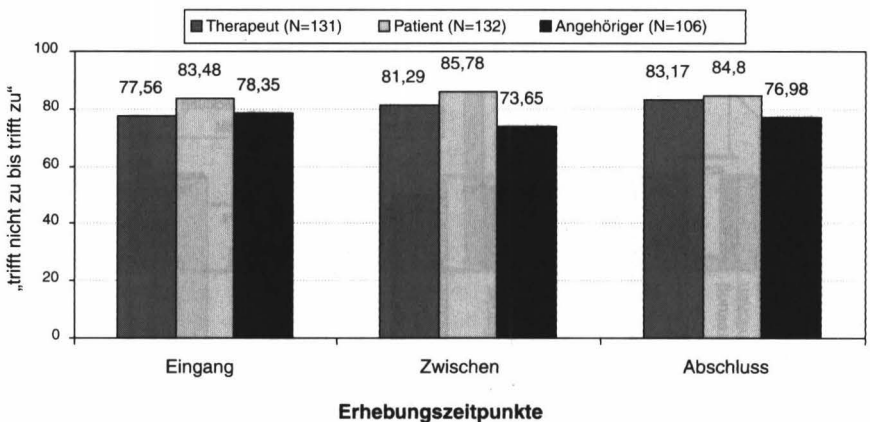


Abbildung 5: Beurteilung des Therapieerfolges in der Mehrperspektivität aus: Petzold, Hass, Märtens, Steffan (2000)

Die Beurteilung des Therapieerfolges erfolgte in der Therapieevaluationsstudie an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (vgl. *Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000) aus drei Perspektiven – die der Patienten selbst, die der Therapeuten und die der Angehörigen. Abbildung 5 zeigt die prospektive und retrospektive Einschätzung aus den drei Perspektiven auf einer 11stufigen Skala als Gruppenmittelwerte. Der Therapieerfolg wird nach Abschluss der Therapie als sehr erfolgreich eingeschätzt in der Selbst- und in der Fremdbewertung.

Das spricht für die Qualität der Ausgebildeten und der Ausbildung. Von besonderem Interesse ist, dass die Patienten die von ihren Therapeuten erfahrene Wertschätzung besonders hoch bewerten:

Jeweils ca. die Hälfte der Klientinnen war mit dem Ergebnis und dem Verlauf der Behandlung sehr zufrieden (50,8% resp. 47,6%), weitere 28,7% resp. 21,2% waren zufrieden. Immerhin ca. zwei Drittel äußerten sich sehr zufrieden mit ihren Therapeutinnen und 73,0% mit der durch diesen erfahrenen Wertschätzung (zufrieden waren 20,5% und 18,0%). Ein Vergleich der vier Items zeigt durchweg hohe Durchschnittswerte, wobei die erfahrene Wertschätzung mit 91,2 (SD=13,6) am stärksten und die Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis (80,5; SD=21,4) im Vergleich als geringer hervorgehoben wird. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem Verlauf der Therapie betrug 80,7 (SD=18,7), die mit der Person der Therapeutinnen bzw. der Therapeutin 88,6 (SD=13,59).

Das spiegelt genau die Wertungen wider, die die Ausbildungskandidatinnen ihren Ausbildern bzw. Lehrtherapeutinnen zuschreiben (vgl. Abbildung 4).

Die durchschnittliche Zufriedenheit von 3942 befragten WeiterbildungskandidatInnen (vgl. *Petzold, Steffan, Zdunek* 2000) ist mit einem Gesamtmittelwert über alle Items des Fragebogens von 80,6 (SD=12,7) hoch bis sehr hoch. Mit diesem Gesamtergebnis anhand der subjektiven Zufriedenheit ist die Aus- und Weiterbildung an EAG/FPI als qualitativ sehr hochwertig eingeschätzt. Die didaktische Arbeit und die zwischenmenschliche Performanz der DozentInnen bzw. LeiterInnen der Seminare als zwei erfasste Qualitätsbereiche werden von den TeilnehmerInnen mit Durchschnittswerten von 88,1 (SD=13,3) und 86,6 (SD=14,2) am besten bewertet. An dritter Stelle steht die Praxisrelevanz mit einem Durchschnittswert von 82,4 (SD=16,9) dicht gefolgt von der Qualität der methodischen und therapeutischen Arbeit der DozentInnen mit 81,9 (SD=14,6) als Mittelwert. Die Bereiche „Qualität der Theorievermittlung“ (M=76,3; SD=18,0), die sachbezogenen Leistungen (M=74,8; SD=17,2) und der „Beitrag der TeilnehmerInnen“ (M=71,2; SD=16,0) sind gut, werden den anderen Bereichen aber nachgeordnet. In Abbildung 6 sind die einzelnen Items des Fragebogens nach Qualitätsbereichen geordnet mit den

einzelnen Mittelwerten über alle Seminartypen dargestellt. Die mittlere Zufriedenheit variiert zwischen 90,87 bei Item „Klare und verständliche Sprache“ und 50,64 bei der „eigenen Vorbereitung auf das Seminar“.

Damit wird dokumentiert, dass die theoretischen Positionen einer beziehungsorientierten und wertschätzenden, partnerschaftlichen und emanzipatorischen Therapiekonzeption (Petzold 1970c; 1980g; 1991b; 1996j) sich in einer wertschätzenden Ausbildungstheorie und -praxis an EAG und FPI niederschlägt, aber auch zeigt, dass eine wirklich fundierte Dokumentation, Analyse und Pflege von Ausbildungsqualität eine sehr aufwendige Angelegenheit ist, sie aber der Mühe lohnt und eigentlich von Ausbildungsinstitutionen verlangt werden muss. Nur so kann nämlich gewährleistet werden, dass die Ausbildungskandidaten als „Kunden“ die Qualität erhalten, die sie erwarten dürfen und die Patienten als Empfänger gesetzlich beanspruchter Leistungen eine hochwertige, professionelle Dienstleistung erhalten, die dazu beiträgt, ihre Gesundheit wieder herzustellen, zu erhalten und zu fördern.

Ein besonderes Anliegen und Interesse besteht natürlich darin, Ausbildung nicht nur im Gesamt zu evaluieren oder in ihrer Transferqualität zu untersuchen, sondern eine unmittelbare Qualitätsrückmeldung von jeder einzelnen Lehrveranstaltung zu erhalten. Aus diesem Grunde wird seit 1997 jede Veranstaltung an FPI/EAG evaluiert. Die Auswertung von fast 4.000 Evaluationsbögen (Petzold, Stefan, Zdunek 2000) ergab einen präzisen Einblick in die Qualität der einzelnen Veranstaltungen und Veranstaltungsgruppen und damit auch für die Seminarleitung ein unmittelbares Reagieren, um Qualitätsverbesserung in die Wege zu leiten. Aus dieser großen Untersuchung ergibt sich folgendes Bild, aus dem nachfolgend noch einige der wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst dargestellt werden sollen:

Die Ergebnisse der systematischen Veranstaltungsevaluation, die seit Juli 1997 durch die Einschätzung der SeminarteilnehmerInnen bzw. AusbildungskandidatInnen per Fragebogen durchgeführt wird, bestätigen eine gute bis sehr gute Ausbildungsqualität an EAG/FPI. Sie gibt den Ausbildungskandidaten, den Dozenten und der Institution Feedback über ihre Leistungen und garantiert eine transparente Ausbildungspraxis. Bei einer Rücklaufquote von 88% wurden 3942 Fragebögen von insgesamt 350 Seminaren, die von 124 Dozenten geleitet wurden, ausgewertet. Die subjektive Zufriedenheit der Ausbildungskandidaten ist sehr hoch. Das zeigt der Gesamtmittelwert über alle Items des Fragebogens inklusive den sachbezogenen Leistungen von 79,7 (SD=11,7) und ohne die sachbezogenen Leistungen von 80,6 (SD=12,7). Besonders zufrieden sind die Teilnehmer mit der didaktischen Arbeit und die zwischenmenschliche Performanz der Dozenten (M=88,1; SD=13,3 und M=86,6; SD=14,2). Die Praxisrelevanz der

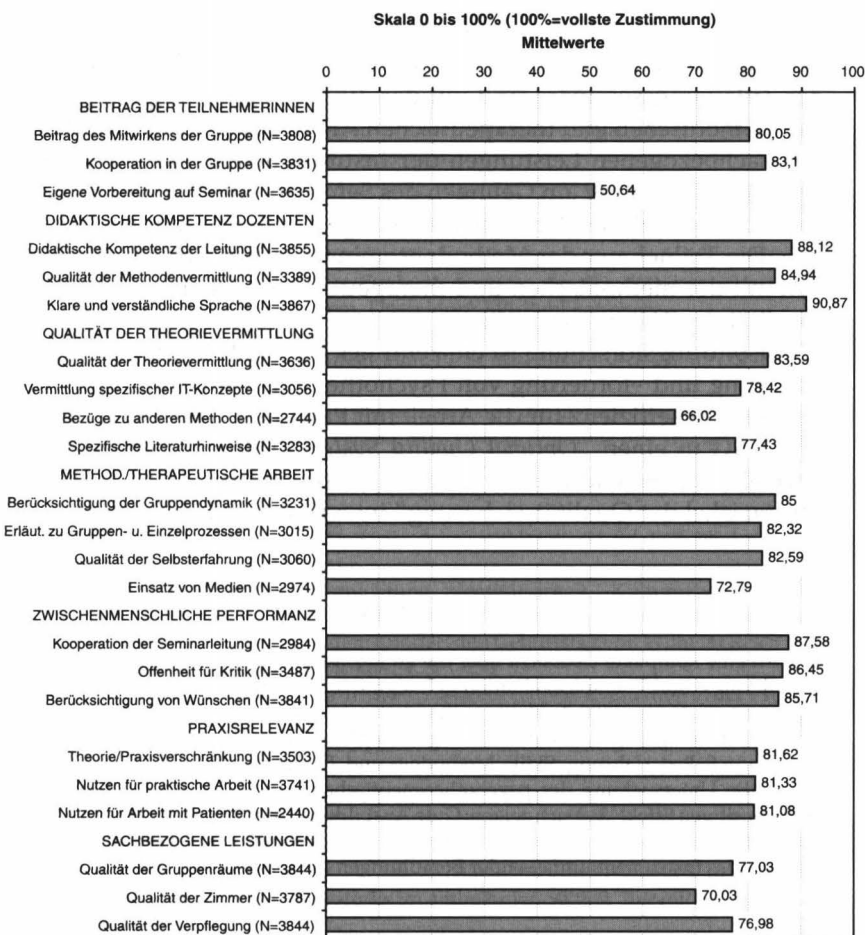


Abbildung 6: Gesamtbewertung der einzelnen Items des Fragebogens (aus Petzold, Steffan, Zdunek 2000)

Seminare steht mit einem Durchschnittswert von 82,4 ($SD=16,9$) an dritter Stelle, dicht gefolgt von der Qualität der methodischen und therapeutischen Arbeit der Dozenten mit 81,9 ($SD=14,6$) als Mittelwert. Die Qualitätsbereiche „Qualität der Theorievermittlung“ ($M=76,3$; $SD=18,0$), die sachbezogenen Leistungen ($M=74,8$; $SD=17,2$) und der „Beitrag der Teilnehmer“ ($M=71,2$; $SD=16,0$) werden den anderen Bereichen nachgeordnet. Die Bewertungen der Teilnehmer der Supervisionseminare liegen über alle Qualitätsbereiche bis auf die Bewertung der methodischen und therapeutischen Arbeit der Dozenten (hier nach den Teilnehmern der Intensivseminare) an erster Stelle.

Besonders zufrieden mit der methodischen Arbeit, mit der zwischenmenschlichen Performanz und mit der didaktischen Kompetenz der Dozenten sind die Teilnehmer der Intensivseminare. Die Teilnehmer der Zulassungsseminare sind mit der didaktischen Kompetenz, mit der methodischen und therapeutischen Arbeit der Dozenten und mit den sachbezogenen Leistungen der Institution sehr zufrieden. Mit dem eigenen Beitrag am Gelingen des Seminars sind verständlicherweise die Teilnehmer der Selbsterfahrungsgruppen besonders zufrieden. Die Teilnehmer der Methodenseminare äußern ihre Zufriedenheit mit der methodischen und therapeutischen Arbeit und mit der Qualität der Theorievermittlung.

Ausbildungsforschung ist ein zentrales Moment für die Qualitätssicherung und –förderung von Psychotherapieausbildung und von Behandlungseffizienz für die Arbeit mit Patienten, das zeigen die an FPI/EAG in einen „*Optimal Quality System*“ (Steffan, Petzold 2000) durchgeführten Studien überzeugend, insbesondere, da sie in einem „Metazirkel der Qualitätssicherung“ integriert werden konnten.

Zusammenfassung

Es wird eine kompakte Übersicht über die an FPI/EAG durchgeführten Studien zur Ausbildungs- und Therapieevaluation in Integrativer Therapie seit 1974 gegeben, die insgesamt ein N von 1490 Ausbildungskandidaten erfassen und mehr als 6000 ausgewertete Erhebungsbögen. Die Ausbildungen werden in allen Bereichen sehr hoch bewertet – in Selbsterfahrung, Skill-, Methoden- und Theorievermittlung, Supervision. Durch die Untersuchung der psychotherapeutischen Arbeit der Absolventen und ihrem positiven Effekt lässt sich zeigen: Gute Ausbildung führt zu guter Therapiequalität. Der hier beschriebene „Metazirkel der Qualitätssicherung“ erweist sich als ein hervorragendes Instrument umfassender Bemühungen um Qualität.

Summary

A concise overview is given concerning the evaluation of studies in psychotherapy-training of the FPI/EAG in Integrative Therapy since 1974 with an n of 1490 candidates and more than 6000 evaluationforms. The education is rated to be very efficient in all domains: self experience, theory, methodological- and skilltraining, supervision. By research on the therapy, given by trainees from the institute and its positiv effects it is shown: Good training guarantees good quality of therapy practice. The „metacycle of quality development“ as described here proves to be an excellent device for encompassing endeavors to provide quality.

Keywords: Psychotherapy Training, Evaluation, Quality Development, Integrative Therapy

Literatur

- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration*, 2, 448 – 466.
- Buhl, E., Jaspersen, G. (1982): Der Gestalttherapeut in seinem sozialen Umfeld. Eine Untersuchung zu „sozialer Kompetenz“ und „sozialem Engagement“. Düsseldorf: Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut.
- Märtens, M., Merten, P., Petzold, H.G. (1998): Tätigkeitsfelder und Arbeitsbedingungen Integrativer Therapeuten – eine empirische Bestandsaufnahme. *Gestalt und Integration*, 2/1998, 483-502
- Oeltze, J., Ebert, W., Petzold, H.G. (2000): Die Wirksamkeit Integrativer Supervision in Ausbildung und Praxis – eine Evaluationsstudie zur Qualitätsentwicklung im EAG-Qualitätssicherungssystem. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris; auszugsweise dtsh. In: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, In: Petzold, H.G. (1980f). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann, 223-290.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo; repr. Bd. II, 3, S. 1047-1087.
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxisologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von Victor Klemperer, dem hundertsten Geburtstag von Wilhelm Reich und anderer Anstöße, *Integrative Therapie*, 4, 371-450.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märtens, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. *Gestalt und Integration*, 1, 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M. (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie, In: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 683-711.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märtens, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 2, (dieses Heft).
- Petzold, H.G., Schigl, B. (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform, Wien.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen – empirische Perspektiven aus der Sicht Integrativer Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hg.), Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag (in Druck).
- Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie – Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Petzold, H.G., Steffan, A., Zdunek, K. (2000): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG – Dargestellt an Ergebnisse einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie*, 1, 96-117.
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischem Bereich – ein begleitendes Forschungsprojekt, *Integrative Therapie*, 1-2, 85-145.
- Schubert, K. (1983): Überblick über den Anwendungsbereich und die Indikation der Gestalttherapie. *Integrative Therapie*, 2/3, 239-247.

- Steffan, A., Petzold, H.G. (2000): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie, (Charta-Colloquium IV). Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Weller, W., Meier-Räder D. (1991): Arbeits- und Tätigkeitsfeld von Gestalttherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnis einer Umfrage 1986/87. *Gestalt und Integration*, 1, 91-105.
- Zdunek, K., Petzold, H.G. (1999): Feldexploration, Professionalisierung, Qualitätsentwicklung und Forschung im Bereich der künstlerischen Therapien. *Kunst & Therapie*, 1/2, 156-176.

Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – „quenching“ the trauma physiology

Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf*

1. Allgemeine Rahmenkonzeption

Das Thema „Traumatherapie“ hat in den vergangenen Jahren eine immer größere Beachtung erfahren, nachdem es aus vielfältigen kulturellen Gründen, mit denen ich mich an anderer Stelle (Petzold 1985m, 1996j, 1999i) auseinandergesetzt habe, zu den ausgeblendeteten, vermiedenen, verleugneten, dissoziierten Themen in der Psychotherapie gehörte. Im Integrativen Ansatz wurde seit seinen Anfängen mit traumabelasteten Menschen gearbeitet (idem 1969b, 1974j, 1986b) und konnten allmählich in der Verbindung von psychotherapeutischen, leib- und bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Ansätzen spezifische Wege der Behandlung von Aktualtraumatisierungen und PTBS entwickelt werden. Sie wurden und werden erforscht und sind verschiedentlich dargestellt worden. In dieser Arbeit wird in Sonderheit auf ein spezifisches Behandlungsformat, das **IDR-T** eingegangen, das im Rahmen einer übergeordneten, umfassenden Behandlungskonzeption zum Einsatz kommen muss. Diese wurde an anderer Stelle dargestellt (Petzold 1999i, Petzold, Wolf et al. 2000), so dass hier die spezielle Methodik im Vordergrund steht, die aber im Kontext des **biopsychosozialen** Ansatzes integrativer Theragnose (ibid. 477-497) gesehen werden muss, d.h. der Diagnose und Behandlung für Menschen in destruktiven bzw. „**prekären Lebenslagen**“ (idem 2000h), womit eine individualisierende Betrachtung überschritten wird, indem *Netzwerkperspektiven* (Hass, Petzold 1999), individuelle und kollektive Lebensnarrationen (idem 2000b) und soziotherapeutische Arbeit (idem 1997c) einbezogen werden. Das muss als Hintergrund der dargestellten Methodik im Blick behalten werden. Leitend bei allen traumatherapeutischen Maßnahmen müssen u.a. wegen der *Retraumatisierungsgefahr* und der besonderen Probleme

* Aus dem „Postgradualprogramm Integrative Therapie und Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf/Hückeswagen. Der Text ist in leicht veränderter Form in Petzold, Wolf et al. (2000) eingearbeitet worden (Sigle: Petzold g).

me der „man made disaster“ (Folter, Mißhandlung etc.) ethiktheoretische Leitprinzipien sein, die für die nachstehend beschriebenen Ansätze maßgeblich sind: *informed consent*, der Patient muß über jede Maßnahme aufgeklärt werden und ihr zustimmen; *client welfare, patient security, best practice*, Wohlergehen und Sicherheit des Patienten, sind unabdingbar zu gewährleisten, die Interventionen sollen forschungsgestützt auf den besten Stand des Wissens sein; *client dignity* (Müller, Petzold 2000), die Würde des Patienten, steht, eben weil sie antastbar ist, bei vielen Opfern angetastet wurde, an oberster Stelle bei jeder Maßnahme.

Die *Integrative Traumatherapie* hält aufgrund ihrer Betonung des Aspektes der psychophysiologischen Dysregulation bei PTBS und der biopsychosozialen und immunologischen Dimensionen von psychischen und somatoformen Störungen ganz allgemein – man denke an die Psychophysiologie der Depression (Nemeroff 1996, 1999) – die Berücksichtigung dieser Dimensionen in der Therapie für unverzichtbar. Wir sprechen deshalb von „**Integrativer Therapie**“ oder „**Integrativer Humantherapie**“ (Petzold 1999p), weil es – philosophisch-anthropologisch und biospsychologisch konsequent gedacht – gar keine „rein psychischen“ Erkrankungen geben kann und deshalb der Begriff „Psychotherapie“ zu kurz greift. PTBS als ein „multisystem disorder“ (Southwick et al. 1997, 136), bedarf multipler Behandlungsstrategien. Sie ist in *ökologischer* Sicht als eine *Überforderung* des Menschen mit seinem Kontext und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem zu sehen, als eine Überbelastung seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvois, zumeist verbunden mit einer „**prekären Lebenslage**“ (Petzold 2000h). Diese habe ich im Anschluss an das Lebenslagekonzept der soziologischen Ungleichheitsforschung wie folgt charakterisiert:

„**Prekäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als ‚bedrängend‘ erleben und als ‚katastrophal‘ bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung ‚protektiver Faktoren‘ gekommen ist. Die Summationen ‚kritischer Lebensereignisse‘ und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion* der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner ‚supportiven Valenz‘ und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, kommt es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen ‚Verbesserung der Lebenslage‘ durch Ressourcenzufuhr und und infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die **Prekarität dauerhaft beseitigen**“ (Petzold 2000h).

In solchen Lebenslagen besteht dann in besonderer Weise die Gefahr, dass *Überforderungen* eintreten, die, wenn sie zeitextendierte zur

Wirkung kommen, nachhaltige Schädigungen zur Folge haben können:

„Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden. Seine physiologische, psychologische, mentale und soziale Realität wird dysreguliert, wenn in der Überforderungssituation die bisherigen Muster nicht mehr greifen. Es kommt dann im Versuch, die Lage doch noch zu meistern, zu folgendem Prozess (vgl. Mierke 1955): einer **Agitationsphase** der Überaktivität, Überspannung, Alarmiertheit voller Überforderungsgefühle und somatischer Akutreaktionen, die, wenn sie scheitert, in eine **Resignationsphase** der Lähmung, Unterspannung, Stumpfheit voller Ohnmachtsgefühle und psychosomatischer Beschwerden abstürzt. Eine **Restitutionsphase** bedarf dann ausreichender Entlastung, Entspannung, Erholung – neuer Möglichkeiten der Selbstregulation, Gefühle des Wohlbefindens“ (Petzold 1968a, 42).

Diese Konzeption, in arbeitspsychologischen und klinischen Kontexten entwickelt, wurde grundlegend für die Arbeit mit Stresserkrankungen wie Burn-Out¹ (durch Jobstress, Pflege-, Familien- Partnerschaftsstress, Nostalgische Reaktion, idem 1968c, 1989b), PTBS, somatoforme Überlastungsreaktionen im Integrativen Ansatz. Sie bestimmte auch unserer *stimulierungstheoretisch* fundiertes Pathogenese/Saltuogenese-Konzept (vgl. Abb. 1 in Petzold, Steffan, dieser Band) und damit unsere Traumakonzeption:

„**Traumata** sind externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen. In ihrer Folge kann es wie bei **Defiziten** als Unterstimulierung, **Störungen** als inkonstanter Stimulierung und **Konflikten** als gegenläufiger Stimulierung, abhängig von Intensität und Dauer, zu nachhaltigen pathologischen Folgen kommen. Wir fassen unter den Begriff **Traumatisierung** eine zuweilen außergewöhnlich kurze Stimulierungssituation, welche sich aber auch sequentiell verlängern kann, die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart bestandsbedrohende Wirkung hat, dass sie zu bleibenden Strukturschäden führt (z.B. durch einen übersteuernden Generalisierungseffekt, aufgrund dessen etwa alle Kontaktsituationen als existenzbedrohend eingestuft werden). Traumatisierungen können durch extreme Über- oder Unterstimulierungen gesetzt werden, wie z.B. Unfälle, Krankheiten, Überfall, akute Deprivation: Sie sind niemals ‚n u r psy-

1 Vgl. unser Burnout-Konzept, das zum PTBS viele Parallelen hat: „**Burnout** ist ein **komplexes Syndrom**, das durch multifaktorielle, z.B. makro-, meso- und mikrosoziale, **zeitextendierte Belastungen** bzw. Überlastung eines personalen oder sozialen Systems bis zur völligen Erschöpfung seiner Ressourcen verursacht wird, besonders wenn ein Fehlen protektiver Faktoren und eine schon vorhandene Vulnerabilität gegeben ist. Sofern nicht durch die Beseitigung von Stressoren und Entlastung, z.B. durch Zuführung von Ressourcen eine Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit gewährleistet wird, hat Burnout Funktionsstörungen, Fehlleistungen und Identitätsverlust des Systems zur Folge. Bei personalen Systemen führt dies zu Motivationsverlust, emotionaler Erschöpfung, Leistungsabfall, Selbstwertkrisen und psychischen bzw. psychosomatischen, aber auch psychosozialen Symptomen, wie z.B. aggressiver Umgang mit Patienten und Klienten bis hin zu Vernachlässigung und Misshandlung“ (Petzold 1992a, 834).

chisch', sondern immer auch intensives körperliches Erleben mit Folgen innerhalb des Leibes (z.B. psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), die nur auf der Ebene des Leibes angegangen werden können.“ (Petzold 1970c, 37, 1977a, 267, 1988n, 361).

Die Definition hat sich über die Jahre prinzipiell nicht verändert. Auch deshalb ist „Integrative Therapie“ leibtherapeutisch ausgerichtet, d.h. es gehören in differentielle und ganzheitliche Behandlungen, die an einem *biopsychosozialen Modell* (idem 1974j, 2000h) ausgerichtet sind, einerseits Formen von Psycho- und Soziotherapie, andererseits Medikation und schließlich Formen psychophysischer Therapie, wie wir sie etwa als *Methoden* der Atem-, Bewegungs-, Entspannungs- und Sporttherapie im Rahmen des *Verfahrens* der „Integrativen Therapie“ seit ihren Anfängen zielgruppen- und störungsspezifisch (Petzold 1970c, Berger 1971; Petzold, Berger 1973, 1978b) entwickelt haben und die empirisch als erfolgreich evaluiert wurden (van der Mei, Petzold, Bosscher 1992; Bosscher 1991; Heintz 1997). In Rahmen arbeitspsychologischer Untersuchungen bei emotional durch Relokationen und nostalgische Reaktionen und psychosomatische Beschwerden belasteten ausländischen Arbeitnehmern in den ausgehenden sechziger Jahren hatte ich mit Ausrichtung an Mierke (1955) ein überforderungstheoretisches Modell entwickelt, praktische Interventionsmethoden erarbeitet, mit überforderten, psychosomatisch reagierenden „Gastarbeitern“ eingesetzt und evaluiert (Petzold 1968a,b), in welchem psychophysische sportive Aktivität und Enspannungsarbeit („relaxative Organgymnastik“ Berger 1971) eine wichtige Rolle spielte. Das Modell wurde seit 1969 in der Arbeit mit Burn-Out-Problemen von Mitarbeitern in der Drogentherapie, weiterhin in der Alten- und Krankenpflege (Petzold 1988f, 1993g) eingesetzt und schließlich in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen (idem 1986b, Petzold, Iturra 1996) und Kriegstraumatisierten in den jüngsten Balkankriegen (Josic, Petzold 1995, 2000). Es war eine der Grundlagen für das Konzept *bimodaler* bzw. *multimodaler* Behandlungen (Petzold 1993p, 1974j, 304), in denen diese Ansätze, etwa die „Lauftherapie“ oder Methoden *aktiver* und *passiver* Entspannung (ibid. 341ff, 349f) von Integrativen TherapeutInnen seitdem verwandt werden, insbesondere die „Integrative und Differentielle Relaxation“ (IDR) – auch „Iso-Dynamische Regulation“ (IDR) genannt (idem 1985f), im traumaspezifischen Format **IDR-T** (Petzold, Wolf et al. 2000), weil sie auf eine ausgeglichene, ausgewogene (ισος, ισων) psychophysiologische *Selbstregulation* des Menschen gerichtet ist. Es sind in der Regel „sanfte Stimulierungen von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“ (Petzold 1970c, 38). All diese Maßnahmen haben das Ziel „einer ‚lockeren‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelvolle Gelöstheit darstellt“ (idem 1974k, 341). Heute haben wir das Prinzip der „sanften Stimulierung“ mit dem Term „*low-level stimulation*“ (vgl. infr.) verbunden. Dabei

wird 1. auf die *Selbstregulationskräfte des Organismus* gesetzt: **natura sanat**, 2. auf die *Selbstheilungskräfte und Entwicklungspotentiale des Subjekts*: **persona sanat**, 3. auf das heilende und fördernde Potential der *zwischen- bzw. mitmenschlichen Beziehung*, der Menschenliebe und Humanität: **humanitas sanat**.

2. Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption

Für die Therapie des Traumageschehens und der PTBS mit ihren Aus- und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen *Traumaformat* zugespaßt, das in Kürze dargestellt wird.

Für biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens sei auf *van der Kolk* (1994), *Yehuda, McFarlane* (1997) und *Petzold, Wolf et al.* 2000, 463ff) verwiesen. In *Integrativen Modellen* der „Stresserfahrung“ (*Weiner* 1992) werden psychologische Konzeptionen (*Lazarus, Folkmann* 1984), z.B. der Stressbewertung (*Schwarzer* 1993), mit physiologischen und sozialpsychologischen Perspektiven verbunden (*Ursin, Olf* 1992; *Hüther* 1996). Sie müssen für interventive bzw. therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden. Hier steht man noch am Anfang. Die Integrative Therapie unternimmt solche Umsetzungen mit der Differenzierung von kognitiven *appraisals* und emotionalen *valuations* sowie stressphysiologischer Markierungen. Das Modell des „Zentralen Adaptationssyndroms“ von *Hüther* (1996, 1999) bietet hier eine gute Basis. Für **IDR-T** wird von folgender stressphysiologischer Konzeption ausgegangen:

Wahrnehmung einer Reizkonstellation → wird als *bedrohlich eingestuft* durch präfrontalen Cortex, assoziative Cortexareale, limbisches System, hier besonders die Amygdala (Markierung mit affektiver Qualität) → Nucleus Paraventricularis des Hypothalamus → Sekretion von Noradrenalin und weiterer Stimulierung der **HPA-Achse**: Hypothalamus (CRH, ACTH, Vasopressin), Hypophyse (ACTH, GH, TSH, β -Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).

Das im Rahmen der als kontrollierbar klassifizierten Aktivierungsreaktion ausgeschüttete NA und GH begünstigt den strukturellen Um- und Ausbau von neuronalen und synaptischen Verschaltungen im Sinne einer Bahnung und Stabilisierung all jener Verschaltungen – und zwar lebenslang –, die zur Bewältigung der betreffenden Herausforderung aktiviert und benutzt werden können. Greifen diese erworbenen Strategien nicht mehr, wird die Situation *unkontrollierbar*, kommt es zu einer langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Stressreaktion, die mit Übererregbarkeit (*hyperarousal*) und/oder Hilflosigkeit, Resignation, Vermeidung (*avoidance*), Abstumpfung, Apathie (*numbing*) einhergeht (Traue, Schwarz-Langer, Gurriss 1997). Diese entgleiste „*stress physiology*“ destabilisiert durch ihre neurotoxischen Effekte, u.a. durch dysregulierte Cortisol-ausschüttung (*Hyperstress* < Cortisolübersteuerung; *Traumatischer Stress* > Cortisoluntersteuerung) die im Gehirn bereits etablierten neuronalen Verschaltungen (*Sapolsky* 1992, 1996; ggf. Verlust von Hippokampusvolumen)

und kann zum Zerfall der bisherigen gebahnten Copingmuster führen (vgl. Hüther 1996, 1999; Yehuda 1997; Gottlieb 1997; Griffin et al. 1997; Teicher et al. 1997).

Die Folgen sind erhöhte Reagibilität (Orr et al. 1997) für traumarelevante oder traumaähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenlinübersteuerung steigen bei Auslösereizen Herzrate, Blutdruck und subjektives Stresserleben an (McFall et al. 1990). Die Dysregulation des endogenen Opiathaushalts (van der Kolk 1989) kann sozialen Rückzug begünstigen (Panksepp et al. 1989). Die Konsequenz einer solchen Sicht muss sein: „to device strategies to reduce or prevent neuronal damage“ (McEwen, Margarinos 1997, 280). Und hier steht man noch am Anfang. Viele Forscher stimmen darin überein, dass „repeated severe stressors appear to be associated with more pernicious forms of the illness“ (Post et al. 1997, 285). Es entsteht eine Sensibilisierung (*kindling*) und eine solche „*kindling response*“ ist auch bei vielen Patienten durch intrusive Wiederholungen, z.B. in Alpträumen und Ruminationen, anzunehmen oder auch bei intensiven oder „prolongierten Expositionen“ in Therapien (Foa et al. 1997; Ehlers 1999; Shapiro 1995) zu befürchten, ja selbst schon bei „indirekter Exposition“ (wenn man z.B. von Traumatischem, von der schlimmen Zeit spricht etc.) oder bei der von mir und meinen Mitarbeiterinnen entwickelten Strategie und Praxis „*moderater Exposition*“, wenn sie indiziert ist. Bei dieser werden Erinnerungen mit Körperresonanzen und ggf. Bildern (allerdings möglichst ohne große Vertiefung) aufgerufen, um „*aktivierte Strukturen*“ (vgl. Petzold, Wolf et al. 2000, 505ff) zu erhalten. Man „inszeniert“ gleichsam eine traumatoforme psychophysiologische Situation, indem man sie aus dem „Leibgedächtnis“, dem „informierten Leib“ (ibid.) abrufft. Hier nun sollen „*korrigierende psychophysiologische Erfahrungen*“ – das Konzept von F. Alexander erweiternd – eingebracht werden. In praxi wird das in den integrativen Entspannungsverfahren, z.B. der IDR, seit fast dreißig Jahren (Berger 1971; Petzold 1970c) therapeutisch umgesetzt durch das *relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit*. Die von Post (et al. 1992, 1997) und Mitarbeitern (Weiss et al. 1995, 1997) vorgelegten Forschungen und Modellvorstellungen über neurophysiologischen Anregung bzw. Sensibilisierung (*kindling*) cerebraler Areale, z.B. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ und über Tierversuche, in denen *quenching effects*, eine Löschung oder Unterdrückung des *amygdala kindlings* erreicht werden konnten, also die Verhinderung des Sensibilisierungsvorgangs, legt nahe, in diese Richtung auch bei der Entwicklung von Therapieformen zu gehen.

„... man könnte spekulieren, ob eine Kombination von Behandlungsmodalitäten nicht höchst effektiv sein könnte im Versuch, die traumatischen Gedächtnisspuren im PTBS vorbeugend zu verhindern, zu hemmen oder teilweise zu löschen. Zum Beispiel in der Psychotherapie könnten prolongiertes,

intensives Trösten, Stützen und Halten nach einem traumatischen Angriff einigen der optimalen Parameter des Quenchings ähnlich sein“ (Post et al. 1997, 291).

Man muss sich natürlich darüber klar sein, dass es sich hier noch um eine *analogisierende Konzeptualisierung* handelt, die durch Forschung mit TraumapatientInnen bestätigt werden muss. Das ist aber nur möglich, wenn entsprechende Methoden entwickelt werden, oder vorhandene, wie **IDR-T**, den konzeptuellen Entwurf aufnehmen. Dann werden Fragen wie die des Zeitfensters wesentlich. Muss das *Quenching* kontingent zur sensibilisierten Reaktion erfolgen? Vieles spricht dafür. Bringen Expositionstechniken eine traumatoforme Reaktion, die dann für ein *Quenching* Effekte haben kann? – Auch dafür sprechen Forschungsbefunde (Shalev 1997, 381, idem et al. 1993; Pitman et al. 1987). Generalisiert der für eine Exposition erreichte *Quenching*-Effekt sich für andere Auslösesituationen oder wie kann dies erreicht werden? Das ist nicht sicher, wahrscheinlich müssen verschiedene Situationen mit *Quenchings* bearbeitet werden, das legen zumindest unsere klinischen Erfahrungen mit beruhigendem **IDR** nahe. Viele Fragen sind hier offen und nur durch eine Kombination von Grundlagenforschung und klinischer Forschung zu beantworten.

Die von Post (et al. 1997) angesprochenen Praxisvorschläge sind in Integrativer Bewegungstherapie und **IDR** ein durchaus typisches Vorgehen für die übungszentrierte oder erlebniszentrierte Behandlungsmodalität (vgl. Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, Abb. 30-37), denn sie praktizierte stets zwei mögliche Strategien: Bei Übererregung/hyperarousal – etwa in der *Agitationsphase* des Überforderungserlebnisses, bei Flashbacks, intrusiver Hyperaktivität – wird Abwärtssteuerung (*down-regulation*) z.B. durch sanft aktivierende, beruhigende Bewegungsübungen und Relaxtechniken angestrebt. Bei Antriebslosigkeit/numbing – etwa in der *Resignationsphase*, depressiven Verstimmungen wird Aufwärtssteuerung (*up-regulation*), z.B. durch anregende Bewegungsübungen (Hausmann, Neddermeyer 1996) angestrebt. Ziel ist bei beiden Vorgehensweisen eine „moderate Angeregtheit“, ein „Eutonus“, eine „balancierte isodynamische Lage“ durch Behandlungsangebote, die u.a. angeregt von Erfahrungen mit der *Ferenczi-Technik* des liebevollen Haltens (Ferenczi 1932; Petzold 1969b), dem Prinzip der „sanften Stimulierung“ (idem 1970c), aber auch aufgrund von Feldbeobachtungen zum Schutz- und Bergeverhalten bei Menschen und Tieren in Gefahrensituationen, Unterstützungsverhalten nach Belastungen², und aus den Parenting-Strategien unserer Säuglingsforschungsprojekte (idem 1994j) von uns entwickelt wurden (Petzold 1970c, 1992a, 766-786).

Unter Verweis auf einen Bericht von Foa und Riggs (1993) meinen Post (et al. 1997, 291): „when a rape victim is acutely assaulted verbally, psychically, and physically, the therapist and a friend or a spouse can engage in soothing reassurance and physical holding and stroking in an attempt to counter the acute characteristics of the traumatic event with more chronic, *low-level stimulation*, and minimize the potential for longer-term evolution of the PTSD syndrome. Perhaps such processes combined with appropriately timed and targeted

2 Vgl. das „*grooming*“ von Primaten nach Kämpfen oder Belastungssituationen. Hüther (1998, 52) berichtet von Primatenexperimenten, in denen in der experimentellen Belastungssituation der durch einen Hund bedrohte Affe, durch das Hinzusetzen eines zweiten Tieres aus seiner Gruppe, durch einen „Freund“ also, seinen erhöhten Stresshormanspiegel abbaute. Gemeinsam waren die beiden Tiere gegen den Stress „gepuffert“, sie hatten füreinander eine Schutzschildfunktion.

pharmacotherapies can ultimately reduce the incidence of posttraumatic syndromes in many emergency rooms“ (meine Hervorhebung). Natürlich gilt dies nicht nur für „emergency rooms“, die im europäischen Raum noch kaum vorhanden sind und wo ein deutlicher Handlungsbedarf besteht, sondern muss insgesamt für traumatherapeutische Situationen gesehen werden. Unsere Arbeit mit kriegstraumatisierten Menschen in Jugoslawien und ehemaligen Jugoslawien (Josic, Petzold 1995; Pantic, Petzold 2000) und mit Flüchtlingen und Folteropfern (idem 1986b; Petzold, Iturra 1996; Jordi 2000; Koop 2000) vermittelt körperorientierter Behandlungsmethoden der Integrativen Therapie bestätigt diese Erfahrungen vollauf. Die Menschen des Konvois oder die professionellen Helfer übernehmen eine „Schutzschildfunktion“ (Petzold 1995a, 200) und dieses „shielding“ hat eine mächtige, stresspuffernde Funktion.

3. Der entspannungstherapeutische Ansatz der IDR

Unter der Vielzahl der entspannungstherapeutischen Methoden (Poppen 1998; Stockvois, Wiesenhütter 1979; Vaitl, Petermann 1993) lassen sich große Orientierungen ausmachen z.B.:

1. *mentale Entspannung* (wie z.B. das Autogene Training von I.H. Schulz und imaginative Ansätze, Vaitl 1993), die „top-down from mind to muscle“ vorgeht;
2. *muskuläre Entspannung* (wie z.B. das sogen. Jacobson-Training, meist in irgendeiner adaptierten Form, vgl. Hamm 1993), die „bottom up from muscle to mind“ vorgeht;
3. *respiratorische Entspannung* (wie z.B. die Middendorf-Arbeit), die „bottom up from breathing to mind and muscle“ vorgeht;
4. *physikalische Entspannung* (wie Methoden der Krankengymnastik, Wärme- und Kältepackungen, der Hydro- und Balneotherapie, der Massage, insbesondere *low-level stimulation* durch bekräftigende Stützberührung und beruhigende Streichberührung etc.) „bottom up“;
5. *Biofeedback-Entspannung* – bottom up und top down;
6. *substanzinduzierte Entspannung* (wie pharmakotherapeutische oder phytotherapeutische Substanzen, z.B. Valeriana, Passiflora, Kava Kava, Hypericum, Tilia oder aromatherapeutische mit Bergamotte, Oregano, Sandel etc.; vgl. Vroon et al. 1996; Lawless 1991; Tisserand 1988) „bottom up“.

In der IDR verwenden wir – indikationsspezifisch gewichtet – eine originäre Kombination der Orientierungen 1 – 3, wobei gelegentlich 4 – 6 beigezogen werden. Grundsätzlich gehen wir zu Anfang „bottom up“ vor, da viele Menschen „nicht abschalten“ können und damit 1 oft nicht greift. Bei 2 verwenden wir *nicht* die gängigen Post-Jacobson-Methoden (vgl. Hamm 1993), da sie überwiegend mit *Agonistenbeugung* arbeiten, oft zu hart anspannen lassen und verspannte/überspannte PatientInnen eher noch in einen zusätzlichen Stress geraten oder doch nicht richtig entspannen können. Wir zentrieren auf *atemgestütztes Stretching* (Petzold 1974k; Carlson, Curran 1994; Osterbrink 1998) der Antagonisten und „soft activation“ der Agonisten, wiederum begleitet von Atemtechniken – *Relaxatmung*: ein tiefes Ausatmen durch den Mund, die Spitzen der gespreizten Finger in Brusthöhe leicht gegeneinander gedrückt, danach tiefe Einatmung, Zunge gegen den Gaumen gestellt (Middendorf 1984) oder *Mikrostretching*: Re-

cken des Nackens bei leichter Rechts-Linksrotation des Kopfes, langsames Spreizen der Hände, langsames Reiben der Hände etc. Das sind Techniken, die man üben und unmittelbar in Belastungssituationen einsetzen kann. Insgesamt steht die IDR-Arbeit in der Zielsetzung, die auch im originären Jacobson-Ansatz leitend war (Jacobson 1938), für Verspannungen zu sensibilisieren, ihren Aufbau wahrzunehmen und rechtzeitig mit Streckung und Atemdehnung gegenzusteuern, ja bestehende Restspannungen feinspürig abzubauen. 2 und 3 sind in dieser Weise kombiniert. Unterstützend können noch entspannende Phantasiebilder (z.B. entspannende Landschaft, spielende Kinder), die im Sinne des „Mentalen Trainings“ mit dem Patienten erarbeitet wurden, aufgerufen werden und zwar *mit offenen Augen*, um Kontrollverlust und hypnoiden Effekten mit Konfluenz- und Intrusionsrisiken vorzubeugen. Dieser „positive recall“ wird auf die begleitenden Leibempfindungen ausgedehnt. Menschen lernen so, angenehme „Leibatmosphären“ (Schmitz 1989) und Entspannungszustände zu evozieren. Kurzwirkende Evokationstechniken (Mikrostretching, Quick-Relax) werden für den Alltag eingeübt (z.B. Handspreizen, Recken, Gähnen mit Entspannungslandschaft oder positiven Bildern als „Mentalclips“). Das „angenehme Klima“, daß der Therapeut/die Therapeutin in der Behandlungsstunde aufbaut, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Er muß ein aktuell erlebbarer, positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein, um ggf. als ein „innerer Beistand“ (Petzold 1985) internalisiert werden zu können. Da emotionale Atmosphären „ansteckend“ sind, ist hier ein wichtiges Moment zu sehen, denn Entspannung zentriert in der IDR in der „emotionalen Lage“, in Gefühlen des Wohlbefindens an Stelle von „Überforderungsgefühlen“ (Petzold 1992b, 833). Eine *Haltung des Wohlfühlens* wird erarbeitet, mit „recalls“ verbunden. Sie wird mit positiven Erinnerungen gleichsam „aufgeladen“³ und muß leicht abrufbar sein. Das kann in zwei bis drei Sitzungen erreicht werden. Eine psychophysiologische Basisumstellung ist damit natürlich nicht erreicht! Ein solches „rebalancing“ bedarf wochen-, ja monatelanger regelmäßiger Übung des IDR und ist dann für den Kliniker ohne großes physiologisches Assessment hinlänglich objektivierbar durch die über den Behandlungsverlauf beobachtbare Veränderung des Tonus in den großen Muskelgruppen, der Verkürzung des Erholungsverhaltens bei Lauf- oder Ergometerbelastung, insgesamt die Absenkung des Ruhepulses. Ähnlich wie für das Jacobson-Training, für das (in seinen Post-Jacobson-Formen) eine „generelle Reduktion der Aktivität des sympathischen Teils des autonomen Nervensystems [...] mit gleichzeitig parallel verlaufenden Veränderungen in allen entsprechenden Effektorsystemen [...] bisher in keiner der Grundlagenstudien nachgewiesen werden“ konnte (Hamm 1993, 254), fehlen noch empirische Nachweise. *Situative* Entspannung ist für das Post-Jacobson-Training (ibid.) und auch für das Stretching (Carlson, Curran 1994) und für Kombinationsverfahren (Poppen 1998) gut nachgewiesen. Für *Grundumstellungen* des Muskeltonus machen allein die in der Regel vorfindlichen Verkürzungen der Myofaszie bei chronisch verspannten Menschen langwierige Dehnarbeit notwendig. In der Kombination von IDR und Lauftraining (van der Mei et al. 1997) als mittelfristige therapeutische Maßnahme, die auf eine Integration von Entspannungs- und Ausdauertraining (Laufen, Schwimmen usw. oder – höchst effektiv – Tae Bo) in den *Lebensalltag* abzielen, können solche grundsätzlichen Umstellungen erreicht werden. Dabei ist das Grundprinzip *moderaten Übens* als *low-level stimulation* zu beachten, weil Überlastung beim Lauftraining immunsuppressiv wirken kann und ein erhöhter Aktivitätslevel die Ausschüttung von peripherem Epinedrin anregt (McGauch 1995), was als potentiell die Traumaphysiologie verstärkend, nicht erwünscht ist. Eine spezifische Praxis ist also angesagt (van der Mei et al.

3 In den von uns entwickelten Kriseninterventionstechniken ist dies ein durchgängiges Prinzip. So werden in der Kunsttherapie „Zeichen der Kraft“, mit den Patienten aus dem „recall“ guter biographischer Erfahrungen erarbeitet, wie ein heraldisches Wappen verdichtet, dass man als „Schutzbild“ mit sich tragen kann (idem 1987b).

1997). Durch die Annahme eines *bewegungsaktiven, spannungssensiblen Lebensstils* wird es Menschen ermöglicht, zwischen den Polen einer *hohen Anspannung* (high stress) – wie bei Arbeitsanforderungen oft unumgänglich und prinzipiell auch nicht schädlich – und einer *tiefen Entspannung* eine *ausgewogene Selbststeuerung* zu erlangen, ein *isodynamisches* Schwingen zwischen einer guten Spannung und Entspannung, die genügend Toleranz für Spitzen hat. Oft wird mit dem **IDR** noch ein emotionales Training im Sinne thymopraktischer⁴ „emotionaler Differenzierungsarbeit“ vorgenommen (Petzold 1970c/1992a, 841-854), indem Körperzustände mit ihren korrespondierenden Affekten differenziell modelliert werden (*emotional modeling*), ein Ansatz, der inzwischen durch psychophysiologische Modellbildung und Forschung gute Unterstützung erfährt (Traue 1998) und die biologischen und kognitiven Selbstregulationstheorien (Boekaerts et al. 1999) konnektiviert.

4. Integrative und Differentielle Relaxation – Traumaformat (IDR-T)

Für das **IDR-T**, die Behandlung im traumatherapeutischen Kontext (Josic, Petzold 1995) wird der Patient über das Verfahren, sein Rational, seine Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen informiert und seine Zustimmung eingeholt. Zentriert wird auf das Erlernen von Entspannung und Regulationsmöglichkeiten, um mit PTBS-Symptomatik besser umgehen zu können und im Lebensalltag Bewältigungshilfen zu erhalten. Um traumatische Erfahrungen bearbeiten zu können, ist zunächst nur die Evokation eines Zustandes der Entspannung und des Wohlfühlens wesentlich (was für die Langzeitpraxis von **IDR** durchaus motiviert). Hierzu verwenden wir *emoting* durch „facial-postural feedback“. Wir fordern den Patienten auf, „Mimik aufzusetzen“ und die zugehörigen Haltungen einzunehmen, das entsprechende Atemmuster einzustellen (Petzold 1970c, 1992b, 844) und die damit verbundene Stimmung (*botom up*, Bloch, Lemeignan 1992) aufkommen zu lassen, eine Prozedur, deren Wirksamkeit empirisch gut belegt ist (Döring-Seipel 1998). Gut eignet sich z. B. ein *emoting* von *Freundlichkeit* (auch Heiterkeit, Gelassenheit, Zärtlichkeit sind potente „irenische“, d.h. friedliche *emotings*, aber bei TraumapatientInnen in der Regel im Initialprozess nicht einzusetzen, denn sie haben anderes im Gemüt). Als Hilfe wird die Erinnerung an einen Menschen aus der Biographie oder dem aktuellen Lebenskontext aufgerufen, der wirklich freundlich war, mit dem ein wahrhaft freundliches Zusammensein möglich war. Durch die freundliche Haltung, Mimik und Stimme des Therapeuten wird außerdem ein *coemoting* für den Patienten unterstützend wirksam. *Freundlichkeitsemoting*, Ge-

4 *Thymopraktik* ist eine körpertherapeutische Methode mit Interventionen direkter therapeutische Körperberührung in der Integrativen Therapie (Petzold 1970c, 1975e, 1977a, 1992b etc.). Sie will den „thymos“, die leiblich-affektiven Regungen, beeinflussen.

lassenheitsemoting und *Neugieremoting* aktivieren drei emotionale Lagen, die besonders eingeübt und beherrscht werden müssen, um als Gegensteuerung (*counterbalancing*) eingesetzt werden zu können. Dann, wenn z.B. die Stimmung der Freundlichkeit eindeutig erlebt wird, wird die Entspannungshaltung eingenommen (liegend oder im Relaxstuhl) und mit den Strechting-Übungen begonnen – zuerst sanftes, langsames Strecken beider Arme mit allmählichem Spreitzen der Hände (5-7 Sek.). Dann Loslassen, wobei eine Hand (nach Wahl des Patienten) leicht gespannt bleibt, so daß *ein Bereich in der bewußten Kontrolle* verbleibt. Dies ist bei TraumapatientInnen deshalb zu empfehlen, weil bei generalisierten Tiefenanspannungen, d.h. bei Reduktion der Ich-Kontrollen oft Angstgefühle oder Intrusionen aufkommen. Das wird über diesen Kunstgriff der *partiellen Kontrolle* gut erreicht. Der „*locus of control*“ bleibt internal. Deshalb ist auch fremdhypnotische Einflußnahme nicht erwünscht, da hier – strukturell homolog – eine Situation des Ausgeliefertseins gegeben ist (ein Strukturproblem vieler Expositions- bzw. Konfrontationstechniken).

Das IDR-T hat zwei Kernelemente: I. *Supportive low-level Stimulierung* (SLS) und II. *Emotionale Modellierung* (EM)

I. *Supportive low-level Stimulierung und Holding-Training*

In der Traumatherapie hat die Unterstützung von PatientInnen durch supportive Berührungen (*bodily support*) eine große Bedeutung, handelt es sich hier doch um transkulturell vorfindliche, natürliche Muster der Hilfeleistung. Das Studium solcher Muster war stets eine wichtige Quelle für das Interventionsrepertoire der Integrativen Therapie. Interventionen sind: „*Stützberührung*“ an der Schulter („Halt geben“), „*Streichberührung*“ am Rücken im oberen Kreuz (den „Rücken stärken“), „*Handberührung*“ („an die Hand nehmen“, „sicher führen“), „*Halteberührung*“ („Festhalten“ und „Bergen“). Den PatientInnen wird das Berühren erklärt. Ihr Einverständnis (*informed consent*) wird eingeholt. Dann wird sanfte oder kräftige Schulterberührung gezeigt und in der Regel von den PatientInnen gut angenommen. Die sanfte, beruhigende Streichberührung wird in gleicher Weise eingeführt, ausprobiert, so dass sicher ist, dass sie auf den Patienten die intendierte Wirkung hat (*client welfare*) und der Effekt *prolongierter „low-level stimulation“* erreicht werden kann, denn er ist bei Expositionen in der IDR-T systematisch anzuwenden. Das „Halten und Bergen“ wird als Möglichkeit angeboten und als „ganz natürliche Reaktion von Menschen“ erklärt, die sich in belastenden Situationen an einen anderen Menschen anklammern. Kontraindikationen für dieses Vorgehen bei bestimmten Folter- oder Missbrauchsoptionen werden in diesen explorativen Gesprächen und in der Diagnostik deut-

lich und müssen strikt beachtet werden (*patient security*). Die praktizierenden TherapeutInnen müssen mit körper- und bewegungstherapeutischen Methoden erfahren sein und die Übertragungs-Gegenübertragungs-Dimension gut im Blick haben. Man sollte hier nicht mit rigiden Abstinenzvorstellungen argumentieren. Die „Abstinenz“⁵ liegt in der Integrität, Eindeutigkeit, Klarheit und Öffentlichkeit der Berührung. Das Holding-Training muß von den PatientInnen gewünscht sein (*client dignity*). In Gruppen mit Integrativer Bewegungstherapie (Höhman-Kost 2000; Hausmann, Neddermeyer 1996) ist dies in der Regel problemlos einzuführen und hat beeindruckende Wirkungen, zumal hier eine *Wechselseitigkeit der Schutzerfahrung* (Schutz geben, Schutz erhalten) möglich wird, die ein Empowerment bietet und zur Ausbildung von *Resilienz* (O’Connell Higgins 1994) beitragen kann, denn „schützende Inselerfahrungen“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) gibt es nicht nur in der Kinderbehandlung.

Bei den Berührungen und Gesten des Trostes und der Stütze, beim Streicheln, Anklammern und Halten, liegen offenbar evolutionäre alte (auch bei Tieren zu findende) Muster vor, die wir gezielt nutzen, um Beruhigungs- und Quenchingeffekte zu erreichen. Mütter regulieren den Tonus ihrer Säuglinge und Kinder durch beruhigende Tonusdialoge (dialogue tonique, Ajuriaguerra 1962; Papoušek, Papoušek 1992; Petzold et al. 1994). Der Mororeflex ist ein alter Klammerreflex, worauf der ungarische Analytiker der Ferenczi-Schule Imre Hermann (1936, 1972) aufmerksam gemacht hat. Wir praktizieren das „holding“ leiblich-konkret (im Unterschied zur metaphorisch gebrauchten „holding function“ in der Tradition Winnicotts) seit bald dreißig Jahren als differentielle Parenting-Strategie (vgl. Petzold, Orth 1999a, 137ff, 998ff mit kritischen Spezifizierungen; idem, van Beek, van der Hoek 1994) mit großem Gewinn. Im traumatherapeutischen Kontext erscheint es uns als *Möglichkeit* unverzichtbar, damit nicht wieder Betroffene in höchster Not – und die kann bei Flashbacks oder Expositionen eintreten – allein gelassen werden ohne bergenden konkret-leiblich erlebten Schutz. Aus unseren jüngsten Beobachtungen in Serbien und eigenen Erfahrungen unserer jugoslawischen Kolleginnen bei den Bombardierungen Belgrads hat das welchseitige Anklammern und Halten (besonders, wenn ein Partner nicht-panisch und stabil ist) einen äußerst beruhigenden und offenbar PTBS-präventiven Effekt. Nach solchen Extrembelastungen führt Halten zu Entspannung.

Ist das Holding-Traing – wo es mit Blick auf eventuelle Arbeit mit „moderaten Expositionen“ indiziert war – durchgeführt worden und konnte im IDR Spannungsfähigkeit gut erreicht werden (*patient security*), so kann man mit der eigentliche Arbeit im IDR-Traumaformat beginnen. Sie hat folgenden Aufbau (Petzold 1992a, 882ff; Josic, Petzold 1995):

5 Wir ziehen die Begriffe „Sorge um Integrität“ und „integre Haltung“ dem begriffsgeschichtlich aus der christlichen Sittenlehre kommenden, nicht unproblematischen Abstinenzbegriff vor (Petzold, Orth 1999a, 369, 387f), der keinen Anschluss an die relevanten Ethiktheorien hat.

II. Emotionale Modellierung

- *Konstellierung (constellating)*: Wir bitten den Patienten/die Patientin um ein *Freundlichkeits-Emoting*, Aufsetzen eines Lächels, wir lächeln mit (*coemoting*).
- *Einstimmung (induction)*: Dann bitten wir ihn, sich Situationen aus der persönlichen Biographie vorzustellen (Augen offen als „mentale Anmutung“, nicht als Bild!), indem er gleichzeitig über sie berichtet, Situationen, die schwierig waren, belastend gar, aber *nicht traumatisch*. Dabei soll er die Empfindungen und Körperresonanzen aufkommen lassen. Es kann *Stützberührung* an der Schulter oder beruhigende *Streichberührung* am Rücken als low-level Stimulierung angeboten oder vom Patienten angefragt werden.
- *Feinstimmung (dosing)*: Alles soll so dosiert werden, dass die Empfindungen gut aushaltbar sind, gegebenenfalls ist durch Mikrostretchings oder Relaxatmung zu steuern. Die Erzählung geht dabei weiter oder es werden Passagen wiederholt.
- *Ausstimmung (distancing)*: Auf Anweisung wird das Belastungsgefühl zurückgenommen. „Bitte lockern, dehnen, recken, strecken, ausklingen lassen!“ – Aus der „exzentrischen Position“ wird der Prozess betrachtet und evaluiert.
- *Erneuter Durchgang*, jetzt mit einem *Gelassenheitsemoting* und low-level Stimulierung dorsal: Beim Feinstimmen wird jetzt das *dosing* intensiviert, um dann in einen Emotionswechsel zu gehen.
- *Umstimmen (shifting)*: Es wird geübt, von dem aufgekomenen Belastungsgefühl wieder wegzukommen (*shifting*) und aktiv das Entspannungs- und Wohlgefühl wieder aufzurufen, die Stimmung der Freundlichkeit, der Heiterkeit usw. Jedesmal wird die entsprechende Mimik „aufgesetzt“, da diese „*movement produced information*“ auch eine physiologische Umstimmung ermöglicht (Damasio 1997; Döring-Seipel 1998), die unmittelbar anhand des Muskeltonus der Gesichtsmimik kontrollierbar ist.

Besondere Wichtigkeit hat in dieser Arbeit die Verankerung des *Neugieremotings*, das Aufrufen des Gefühls von Neugier und Interesse, durch Aufsetzen einer „Neugiermimik“ (Heben der Brauen, Runzeln der Stirn, Augen weit offen) mit der Haltung (*posture*) der Aufrichtung, Zugewandtheit, dem Bewegungsimpuls des Hingehens, Erstaunenslauten, Ausatmen. Das ist genau invers zum Furchtmuster. Wenn immer nämlich Furcht, Ängste und Unbehagen aufkommen, kann die gut verankerte und aufrufbare *Neugier-Response* eine mächtige Gegensteuerung sein (begleitet von Neugiergedanken: „Ist ja interessant, was da abläuft. Das muss ich mir ansehen etc.). Sie ermöglicht zugleich eine distanzierende Position, die nicht affektlos ist, sondern engagierte Distanz, Exzentrizität im Kontakt (mit sich selbst, mit den anderen, mit der Umgebung, mit traumatische Erinnerungsinhalten etc.). Gerade für das Bewältigen von PTBS-Symptomen im Alltag ist dies ein nützlicher Ansatz, der noch durch Positionswechsel, Bewegungen oder durch *Distraktoren* bzw. Distraktionshandlungen („Das schreib ich mir auf!“) unterstützt werden kann oder durch Mikrostretching oder Relaxatmung.

Auf diesem Hintergrund kann dann, sofern gewünscht oder im Therapieprozess als notwendig erarbeitet, mit „indirekter“ oder „moderater“ Exposition, d.h. in *aktivierten Strukturen* gearbeitet werden, um Stress- und Immunbelastung gering zu halten. Im Zustand eines *Gelassenheitsemotings* wird über die traumatischen Erfahrungen gesprochen in einem *natürlichen, anteilnehmenden Gespräch*, das nichts mit den habituellen Exposition- oder Konfrontationstechniken zu tun hat. Der Patient kommt mit der schlimmen Geschichte in *Kontakt*, wird *berührt, bewegt*, vielleicht *aufgewühlt, erschüttert*. Der Therapeut lässt sich *berühren*, wird *bewegt* und hält sich auf diesem Niveau, um in *Bezogenheit* Stütze und Anteilnahme, Gesten – sofern angezeigt und abgesprochen (*informed consent, client dignity*) – auch Berührungen des Trostes, des Supports und des Beistandes zu geben. In dieser Narration, wird in das Weinen vielleicht eine Atemstütze gegeben („Bitte ruhig weitererzählen und immer wieder durch den Mund tief ausatmen! Versuchen Sie die Anspannung wegzustrecken!“ – Relaxation, Mikrostretching. Bei starker Berührtheit wird auch beruhigender Körperkontakt angeboten: „Nehmen Sie meine Hand. Halten Sie sich gut fest!“). So kann ein leibliches Umlernen *eingefleischter* Spannungsmuster im *aktualen Prozess* stattfinden – ein kontingentes *Quenching* (Post et al. 1997; Weiss et al. 1997). Wird die Belastung zu stark, kann der „Rettungsanker“ der Neugier-Response eingesetzt werden. Das alles hat in der *moderaten Exposition*, nichts vom Üben von „narratives“ (Foa et al. 1997). Der Patient weiß um die Behandlungsstrategie, weiß, dass es um „Umleiben“, leibliches Neulernen oder Wiedererlernen in *Bezogenheit* geht, und so bleiben die Narrationen ungestört – stockend vielleicht, aber immer mehr einen Fluss gewinnend. Dieses Vorgehen ermöglicht *aktivierte Strukturen* im Sinne unseres Modells (vgl. auch Grawe 1998; Traue 1998) und bietet deshalb Möglichkeiten der Veränderung auf der *kognitiven Ebene* (*reappraisal*), auf der *emotionalen Ebene* (*revaluation*), und auf der *körperlichen Ebene* (*rebalancing*) – dort durch eventuell erfolgreiches *Quenching* oder physiologische Readaptationsprozesse.

Nach solchen „moderaten Expositionen“ wird noch ein kurzes, intensivierte **IDR** durchgeführt, so dass der Patienten in einer ausgewogenen, lockeren Spannung, einer guten *isodynamischen Lage* seine Arbeit beendet. Traumaereignisse haben viele Facetten und bedürfen *bei Indikation* mehrfacher *moderater Expositionssitzungen*. Da man Hinweise auf Belastungen für die physiologische Ebene durch *Debriefings* festgestellt hat (Griffits, Watts 1992; Rose, Bisson 1998), müssen diese Effekte zunächst einmal auch bei Expositionstechniken unterstellt werden. Bei der hier angewandten Methodik **moderater Exposition** mit gleichzeitig angewandter low-level Stimulierung oder counterbalancing ist allerdings die Gefahr der Überbelastung und Retrauma-

tisierung mit möglichen immunologischen Folgen als äußerst gering einzustufen.

Viele der in der **IDR-T** zum Tragen kommenden Prinzipien finden sich auch in der *generellen Fokaltechnik* der Integrativen Therapie in unspezifischer Weise. Sie zeigte in der Behandlung von PTBS-Patienten in einer empirischen Untersuchung (N = 27, Petzold, Wolf et al. 2000, 543ff) gute Ergebnisse. Das spezifische Behandlungsformat des **IDR-T**, das im klinischen Setting (Traumatherapie-Programm des Fritzt-Perls-Klinikum, Hardtwaldklinik I, Bad Zwosten) , in der ambulanten Therapie und in Feldinterventionen in Kriegs- und Katastrophengebieten eingesetzt worden ist, erfordert ein sorgfältiges, spezifisches Training der TherapeutInnen, wenn *client welfare* und *client dignity* gewährleistet werden sollen.

Zusammenfassung

Theoretische Begründung und praktisches Vorgehen Integrativer Traumatherapie in ihrer spezifischen Methodik der Integrativen und Differentiellen Relaxation-Traumaformat (**IDR-T**) werden kompakt vorgestellt. Die Hyperstressreaktion mit ihrer traumaspezifischen Stressphysiologie wird im Rahmen eines Modells der Arbeit in „prekären Lebenslagen“ mit Rückgriff auf neurophysiologische Modelle der Beruhigung (*quenching effect*) und auf spezielle Methoden der Relaxation und – falls indiziert – moderaten Expositionen in der umfassenden Behandlungskonzeption des Integrativen Ansatzes therapeutisch angegangen.

Summary

Theoretical rational and practical procedure of Integrative Trauma Therapy is presented concisely with its specific methodology of Integrative and Differential Relaxation-Traumaformat (**IDR-T**). The hyperstress reaction with its traumaspecific physiology is treated within the framework of a model how to work in „precarious life situations“. Drawing from neurophysiological models of *quenching* the traumaphysiology by special methods of relaxation and – if indicated – with ways of „moderate exposure“ the patient is treated within the complex treatment concept of the integrative approach

Key words: Integrative Therapy, trauma therapy, trauma physiology, quenching Integrative and Differential Relaxation (IDR)

Adresse des Autors

Univ.-Prof. DDDr. Hilarion G. Petzold, EAG,
Wefelsen 5, Beversee,
D-42499 Hückeswagen

Literatur

- Ajuria Guerra, J. de. (1962): Le corps comme relation, *Revue de psychologie pure et appliquée* 2, 137-157.
- Berger, A. (1971): Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik“ nach Prof. Petzold. *Atem und Mensch* 3, 8-13 und 4, 13-19.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.P., Zeidner, M. (1999): Handbook of self-regulation. London: Harcourt.
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, *Bewegen & Hulpverlening* 1, 31-39.
- Boscher, R.J. (1991): Runningtherapie bij depressie. Amsterdam: Thesis.
- Bowlby, J. (1980): Loss: Sadness and depression (Attachment and loss, Vol. 3). New York: Basic Books.
- Carlson, C.R., Curan, S.L. (1994): Strech-based relaxation training. Review article, *Education and Counseling* 23, 5-12.
- Damasio, A. (1997): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. München: dtv.
- Döring-Seipel, E. (1996): Stimmung und Körperhaltung: Eine experimentelle Studie. Weinheim: PVU.
- Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.
- Ferenczi, S. (1932/ 1988): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt: Fischer.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD, in: Yehuda, McFarlane (1997) 410-424.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997): The validation of self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* 9, 445-451.
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology* 48, 449-480.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. (1993): Posttraumatic Stress Disorder and rape. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 12, 273-303.
- Gottlieb, B.H. (Hg.) (1997): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Griffin, M.G., Nishiith, P., Resick, P.A., Yehuda, R. (1997): Integrating Objective Indicators of Treatment Outcome in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 388-409.
- Griffiths, J., Watts, R. (1992): The Kempsey and Grafton bus crashes: The aftermath. East Lismore (Australia): Instructional Design Solutions.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): Bewegt sein, Integrative Bewegungs- und Leibtheapie in der Praxis. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Hamm, A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, Petermann (1993) 245-271.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märtsens (1999a) 193-272
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie* 3, 316-330.
- Hermann, I. (1936): Sich-Anklammern – auf Suche-gehen. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 349-370.
- Hermann, I. (1972): L'instinct filial. Paris: Denoel.
- Höhmman-Kost, A. (2000): Bewegung ist Leben. Graduierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf: EAG/FPI.

- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- Hüther, G. (1999): Die Evolution der Liebe. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2000): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung, „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. 2. 2000, Bad Zwesten.
- Jacobson, E. (1938): Progressive Relaxation. Chicago: University of Chicago Press.
- Jordi, A. (2000): Physiotherapie und klinische Bewegungstherapie in der Arbeit mit Traumaopfern. 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josic, Z. (2000): Imaginative Verfahren in der Arbeit mit Traumaopfern. Vortrag auf dem 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Josic, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Stress – diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsopferhilfe (in serb. Sprache).
- Koop, I.I. (2000): Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit traumatisierten Folteropfern und Flüchtlingen. Vortrag auf 1. Bad Zwestener Symposium für Traumatherapie und PTSD-Forschung „Trauma, Leiblichkeit und Salutogenese“, 25.-27. Februar 2000, Bad Zwesten.
- Lawless, H. (1991): Effects of odors on mood and behaviour: Aromatherapy and related effects. In: Laing, D.G., Doty, R.L., Breipohl, W. (eds.), *The human sense of smell*. Berlin: Springer.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- McEwen, B.S., Magarinos, A.M. (1997): Stress Effects on Morphology and Function of the Hippocampus. In: Yehuda, McFarlane (1997) 271-284.
- McFall, M., Murburg, M.M., Ko, G., Veith, R.C. (1990): Autonomic response to stress in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 27, 1165-1175.
- McGauch, J.L. (1995): Emotional activation, neuromodulatory systems and memory strength. In: Schacter, D. et al.: *Memory distortion*. Boston: Harvard Univ. Press, 255-273.
- Middendorf, I. (1984): Der erfahrbare Atem. Paderborn: Junfermann.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung. Göttingen: Hogrefe.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2000) Patient Dignity? – Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen. In: Mürtens, M., Petzold, H.G. (Hrsg.): *Therapieschäden*. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- Nemeroff, C.B. (1996): The Corticotropin-Releasing Factor (CRF) Hypothesis of depression: New Findings and Directions. *Molecular Psychiatry* 1 (4), 336-342.
- Nemeroff, C.B. (1999): Neurobiologie der Depression. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 24-31.
- O'Connell Higgins, G. (1994): Resilient Adults. Overcoming a Cruel Past. San Francisco: Jossey-Bass.
- Orr, S.P., Solomon, Z., Peri, T., Pitman, R.K., Shalev, A. (1997): Physiological responses to loud tones in Israeli war veterans of the 1973 Yom Kippur War. *Biological Psychiatry* 41, 319-326.
- Osterbrink, J. (1998): Tiefe Atementspannung. Bern: Huber.
- Panksepp, J., Sirey, S.M., Normansell, L.A. (1989): Brain opioids and social emotions. In: Reite, M., Field et al. (Hrsg): *The psychology of attachment and separation*. Orlando: Academic Press.

- Pantic, Z., Petzold, H.G. (2000): Familienbezogene Therapie mit Traumaopfern im ehemaligen Jugoslawien. Düsseldorf: Fritz Perls Institut.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1992): Early integrative and communicative development: Pointers to humanity, in: Emrich, H.M., Wiegand, M. (eds.), Integrative biological psychiatry, Springer, Berlin, 45-60.
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD. Genese, Diagnose, Therapie. Paris: Publ. Institut St. Denis.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1968c): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Institut St. Denis; auszugsweise dtsh. in: Petzold (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris; auszugsweise dtsh. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann (3. Aufl. 1979).
- Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (1974j) 285-404; revid. in Petzold (1988n) 59-172.
- Petzold, H.G. (1975e): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 115-145; erweiterte Fassung in: Petzold (1977n), revid. in Petzold (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (1977a): Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: Petzold (1977n) 252-396; revid. in: Petzold (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (1977n): Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G. (1985f): Bewegung ist Leben – körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik. In: Petzold (1985a) 428-466; repr. in Petzold (1988n) 519-562.
- Petzold, H.G. (1985l): Über innere Feinde und innere Beistände. In: Bach, G., Torbet, W., Ich liebe mich – ich hasse mich. Reinbek: Rowohlt, 11-15.
- Petzold, H.G., 1985m. Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, in: Petzold, H.G., Scharfe, H. (Hrsg.): Kreative Aggression. Festschrift für George Bach. Paderborn: Junfermann, 1985, 131-158; repr. (1986a) 223-250.
- Petzold, H.G. (1986a) (Hrsg.): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. In: Petzold (1986a) 357-372; auch in: *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.
- Petzold, H.G. (1987b): Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 194-234.
- Petzold, H.G. (1988f): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“. In: Petzold, H.G., Stöckler, M., (1988) (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13 Paderborn: Junfermann, 65-86.
- Petzold, H.G. (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. 1. Paderborn: Junfermann. (3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a).
- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: idem (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: Schnyder, U., Sauvant, Ch., Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340.
- Petzold, H.G. (1994j): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleitet, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt – Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, in: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H., Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd. I. Paderborn: Junfermann, 169-280.
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ – Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von Victor Klemperer, dem hundertsten Geburtstag von Wilhelm Reich und anderer Anstöße, *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995), *Integrative Therapie* 2/3, 319-349.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie – ein Beruf ohne Chance? in: Sticht, U. (Hrsg.), Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus, 57-115.
- Petzold, H.G. (1999i): Body Narratives. *Integrative Bewegungstherapie* 1-2/. 4-30; repr. *Energie & Charakter* 21 u. 22 (2000).
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen; *DGIK-Mitgliederrundbrief* 2 u. 3 (2000).
- Petzold, H.G., Berger, A., (1973): Integrative Bewegungstherapie. *Atem und Mensch* 2, 2-12.
- Petzold, H.G., Berger, A. (1978b): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3/4, 249-271; erweitert in: Petzold, Bubolz (1979) 379-426.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Iturra, P. (1996): Working with traumatized refugees, an integrated body oriented approach. Postgraduate Programme IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993). *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann. 2 Bde., 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., van Beek, Y., Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold* (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk et al.* (2000) 445-579.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Forgue, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M. (1987): Psychophysiology of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry* 44, 970-975.
- Politzer, G. (1974): *Kritik der klassischen Psychologie* [orig. 1929]. Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Poppen, R. (1998): *Behavioral Relaxation: Training and Assessment*. London u.a.: Sage.
- Post, R.M. (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149, 999-1010.
- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Smith, M., Li, H., McCann, U. (1997): Kindling versus Quenching. Implications for the Evolution and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 285-295.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- Sapolsky, R.M. (1992): *Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death*. Cambridge: MIT Press.
- Sapolsky, R.M. (1996): Why stress is bad for your brain. *Science* 273, 479-750.
- Schmitz, H. (1989): *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Schwarzer, R. (1993): *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer (3. erw. u. überarb. Aufl.)
- Shalev, A.Y. (1997): Treatment Failure in Acute PTSD. Lessons Learned about the Complexity of the Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 372-387.
- Shalev, A.Y., Orr, S.P., Pitman, R.K. (1993): Psychophysiologic assessment of traumatic imagery in Israeli civilian patients with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 150, 620-624.
- Shapiro, F. (1995): *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Bremner, A.D., Grillon, C.G., Krystal, J.H., Nagy, L., Charney, D.S. (1997): Noradrenergic Alterations in Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 125-141.
- Stocvis, B., Wiesenhütter, E. (1979): *Handbuch der Entspannung*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.L., Dumont, N., Ackerman, E. (1997): Preliminary Evidence for Abnormal Cortical Development in Physically and Sexually Abused Children Using EEG Coherence and MRI. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 160-175.
- Tisserand, R. (1998): *Aromatherapy*. London: Penguin.
- Traue, H.C. (1989): *Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Stress. : Verhaltensmedizin myogener Kopfschmerzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Traue, H.C. (1998): *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurriss, N.F. (1997): Extremtraumatisierung durch Folter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 18, 41-62.
- Ursin, H., Olff, M. (1992): The stress response: In: *Stress: From Synapse to Syndrome*. London. 3-22.
- Vaitl, D. (1993): Biofeedback. In: *Vaitl, Petermann* (1993) 272-315.
- Vaitl, D., Petermann, F. (Hg.) (1993): *Handbuch der Entspannungsverfahren*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Van der Kolk, B. (1994): The body keeps the score. *Harvard Review of Psychiatry* 1, 553-565; dtsh. In: van der Kolk et al. (2000)195-220.
- Van der Kolk, B.A. (1989): The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 389-411.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märtens, M., Petzold, H.G.. Paderborn: Junfermann.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 3 (1997) 374-428.
- Vroon, P., Amerongen, A. van, de Vries, H. (1996): Psychologie der Düfte. Wie Gerüche uns beeinflussen und verführen. Zürich: Kreuz.
- Weiner, H. (1992): Perturbing the organism. The biology of stressful experience. Chicago.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Rosen, J.B., Li, H., Heynen, T., Post, R.M. (1995): Quenching: Inhibition of development and expression of amygdala kindled seizures with low frequency stimulation. *Neuro Report* 6, 2171-2176.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Noguera, E.C., Heynen, T., Li, H., Rosen, J.B., Post, R.M. (1997): Quenching: Persistent alterations in seizure and afterdischarge threshold following low-frequency stimulation. In: *Corcoran, V.M., Moshe, S. (eds.), Kindling*. New York: Plenum Press.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Post-traumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane (1997)* 57-75.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1997): Psychobiology of traumatic stress. New York: New Academy of Science

„Client Dignity“ konkret – PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ – eine Initiative

*Hilarion G. Petzold, Amsterdam**

„Integrative Therapie“ verstand sich und versteht sich seit ihren Anfängen im Paris der sechziger Jahre als „kritische Kulturarbeit“. Sie war dabei geprägt aus meiner biographischen Situation, dem Einsatz meiner Eltern als Pazifisten im antifaschistischen Widerstand während des Dritten Reiches, dem Engagement meines Vaters als Verfolgter des Naziregimes nach dem Krieg in der Friedenbewegung bis in sein letztes Lebensjahr [1983]. Mein eigenes politisches Engagement in der Psychologie und Psychotherapie als „kritischer Kulturarbeit“ war von dem französischen Psychologen *Georges Politzer* beeinflusst, der von den Nazis umgebracht wurde. Sein Werk ist unverdient in Deutschland nur wenig beachtet, weiterhin vom Konzept der Diskursanalyse und „kritischen Problematisierung“ des Psychologen, Philosophen und Kulturkritikers *Michel Foucault*. Die ethiktheoretische Grundlage der Integrativen Therapie leitet sich ab aus ihrem mit Bezug auf *Merleau-Pontys* Denken formulierten ontologischen Axiom: *Sein ist Mitsein – und zwar differentielles Mitsein*. Damit wird eine grundsätzliche „Verbundenheit in der Verschiedenheit“ affirmiert, ein plurales und doch prinzipiell konnektiviertes Sein, das auch im „mit“ die Signatur des „Anderen“ trägt. Aus dieser Annahme entfließen die anthropologischen Basiskonzepte der *Inter-subjektivität* (*Gabriel Marcel*) und der *Alterität* (*Emmanuel Levinas*) und das epistemologische Konzept, dass Wissen ein gemeinsames ist, *connaissance*, gemeinsamer Hermeneutik entspringt (*Paul Ricoeur*) und Sinn als *consens* begriffen wird, als konnektivierter, in Bezügen gründender, aus *Ko-respondenzen*, d.h. Konsens/Dissens-Prozessen geschöpfter Sinn, und er damit immer ein pluraler Sinn ist (Petzold 1991e; 2000h, k). Diese Annahmen haben grundsätzliche Konsequenzen für die Praxis von Therapie, für die Bestimmung dessen, was wir metatheoretisch unter „therapeutischer Beziehung“ (Petzold 1991b) zu verstehen haben, und das unterfängt die ebenfalls wichtigen sozialpsychologischen, klinischen und entwicklungspsy-

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), Düsseldorf/Hückeswagen. (Sigle: 2000g).

chologischen Begründungen dieses Konstruktes (vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, idem 1981f, 2000h). Damit wird ein »**ko-respon-dierendes dialogisches Prinzip**« konzipiert, anders orientiert, als es ursprünglich bei Bubers „Ich und Du“ gedacht war, nämlich: „**Du, Ich, Andere**“ (idem 2000h) – der Andere ist immer vor mir (*Levi-nas*), seine *Andersheit* steht neben mir – mir eben darin, in dieser letzt-*endlichen* Alterität, ja Fremdheit, zugehörig. Das ermöglicht erst *Ko-respondenz* und frei entschiedene Verbundenheit ohne den potentiellen Zwang der Konjunktion „und“. Der *Dialog* ist eingebettet in „**ko-respon-dierende Polyloge**“, allein schon dadurch, dass unser Sprechen auf die vielstimmige Matrix der Sprache zurückgreift und dass aus mir, einer vielfältigen Persönlichkeit, einem intrapersonal dialogise-renden, „pluralen Selbst“ (*Bakhtin* 1985; *Petzold* 1999k, 2000b; *Rowan, Cooper* 1999) nicht nur „einer“ zu sprechen vermag. Aus einer solchen metatheoretischen Position erwächst eine ganz grundsätzliche „Wert-schätzung von Anderheit und Differenz“ (*différance*, sensu *Derrida*), eine Bewusstheit für die Wichtigkeit von *Dissens*. Das muss in der Be-ziehung zwischen *Subjekten* zum Tragen kommen, auch und gerade in der Psychotherapie bis in ihre strukturellen Rahmenbedingungen (z.B. Setting, Rechte, Abwicklung, Honorierung, Transparenz etc.) hinein, und das geht weit über die – keineswegs hinlänglich gesicher-ten – „Patientenrechte“ hinaus. Therapie, die der Entwicklung von Kozepten wie der »*Menschenwürde in ihrem existentiellen Grund*« als ge-lebter Intersubjektivität (*Marcel* 1967) in Wertschätzung der radikalen »*Andersheit des Anderen*« (*Levinas* 1963/1983) verpflichtet ist, Thera-pie, die sich als emanzipatorischer *Polylog* versteht, der „*persönliche Souveränität*“ bekräftigt (*Petzold, Orth* 1999, idem 2000h), muss ihre „Praxis in der Praxis“ in dieser Weise gestalten. Sie muss sich dazu in der konkreten Arbeit mit dem „Partner/Patienten/Klienten/Kun-den“ – und all diese Apekte finden sich im Rollenrepertoire der Men-schen, die in die Behandlung kommen (*Petzold* 1998a) – immer wieder kritisch dekonstruktivistisch reflektieren. Solcherart betriebene Thera-pie muss als eine bewusstseinserschaffende Form *kritischer Kulturar-beit* gesehen werden, denn PatientInnen gewinnen damit Exzentri-zität und sehen gesellschaftliche Machtverhältnisse, Experten- Sta-tus-, Rollenmacht, *strukturelle Gewalt* (*J. Galtung*), wie sie sich auch in der Psychotherapie finden, richtlinienkonformer zumal (Stichwort Gutachterverfahren mit seiner Problematik hinsichtlich Datensschutz und Schutz von Persönlichkeitsrechten). Sie erkennen die Diszipli-nierungs- und Anpassungsfunktion, die Psychotherapien haben kön-nen (*Berger, Luckmann* 1970), und versuchen, diesen gemeinsam mit ihren TherapeutInnen zu begegnen.

„*Systematische Problematisierung*“ und „*kritisches Hinterfragen*“ schafft in Therapien ein diskursives und reflexives Klima (*Petzold* 2000h), von dem beide, TherapeutIn und KlientIn/PatientIn, als sou-

veräne Subjekte profitieren können und das der *personalen Würde* von beiden gerecht wird. Damit werden zentrale therapeutische Kategorien in neuer und vertiefter Weise fundiert. 1. Der „*informed consent*“ wird so nicht nur eine Rechtskategorie, die Patienteninformation verfügt, oder eine behandlungstechnische Maßnahme, die „*compliance*“ (dt. = Willfähigkeit, Gefügigkeit, Folgsamkeit!) bewirken will, sondern ein *Konsensus*, der in einer „intersubjektiven Ko-respon- denz“ gewonnen wurde und „*cooperation*“ begründet. 2. „*Client welfare*“ und „*patient security*“ haben einen unverzichtbaren Rechtsrahmen, den des Patientenschutzes, der Therapeuten auf „*good/best practice*“ (Dobson, Craig 1998) verpflichtet – und das ist mehr als *nil nocere* –, weshalb Evidenzbasierung durch Forschung und Qualitätssicherung unverzichtbar werden. Dieser Rahmen wird aber überstiegen, weil diese medizinethischen Kategorien als essentiellen Hintergrund das Engagement für das Wohlergehen und die mitmenschliche Sorge um die Sicherheit des Anderen haben. 3. „*Patient dignity*“ (Müller, Petzold 2000) ist die die voranstehenden Kategorien fundierende Position, eben weil die „Würde des Patienten“ (die des Menschen ohnehin) *antastbar* ist. Sie ist in den „totalen Institutionen“ des Gesundheitssystems, der „Hermetik“ psychotherapeutischer Praxen, der „Ideologieträchtigkeit“ vieler psychotherapeutischer Verfahren (Petzold, Orth 1999) und der Möglichkeit riskanter bzw. iatrogenen Behandlung (Mär- tens, Petzold 2000) durchaus „prekär“ und gefährdet. *Würde* ist an sich eine prinzipiell *vulnerable*, weil von Anderen abhängige Kategorie, und deshalb ist besondere Sorge, Pflege und Wachsamkeit angesagt und ein mutiges und engagiertes Eintreten, wenn Würde bedroht und verletzt wird (idem 1985d). In diesem Sinne ist Folgendes erforderlich:

Für TherapeutInnen gilt es, die eigene Haltung, die eigene Geschichte mit Therapie als PatientIn und als TherapeutIn, – denn viele von uns waren in beiden Positionen – anzuschauen, neu zu betrachten, zu problematisieren, um keinen falschen (Selbst)Sicherheiten aufzusitzen, wohlmeinenden zumal. Man darf allerdings nicht in der Reflexion verbleiben, sondern sie muss gfls. Konsequenzen in der persönlichen Einstellung und im praktischen Handeln haben. Manch einer wird Positionen zu korrigieren haben. Mir ist es so gegangen. Fehler und Fehlhaltungen können deutlich werden, *und hier muss man sich revidieren*, kann aber auch Neuland entdecken. Die Ausein- setzung mit meinem eigenen Lebenswerk anlässlich einer ernsten Er- krankung und damit persönlichen Konfrontationen, die Reflexion meines persönlichen und professionellen Lebens auf Gelungenes, Misslungenes hin, auf Fehler, Orientierungen und weitere Ausrich- tungen hat mich in diesem Zeitraum zwischen 1991 und 1996 zur er- neuen Lektüre u.a. der Werke von *Levinas* und *Marcel* (auch im Ver- gleich zu *Buber* und *Rosenzweig*) geführt und zur Revision einiger Po- sitionen meiner persönlichen und professionellen Praxis. Das hat in

mehreren grundsätzlichen Arbeiten z.B. zur »Andersheit des Anderen« und zu »Identitätsvernichtung« (1996 j, k) Niederschlag gefunden – ich glaube, sie lohnen der Mühe – und zu kritischen Einschätzungen der »Mythen in der Psychotherapie« (Petzold, Orth 1999). Die intensive Relektüre der großen Beziehungsphilosophen nach mehr als dreißig Jahren seit dem ersten Lesen dieser Autoren mit dem Erfahrungsraum langjähriger Arbeit als Psychotherapeut, Körpertherapeut, Lehrtherapeut, Supervisor und auch vor dem Hintergrund einer Reflexion der Stärken und Schwächen der eigenen Konzepte und Handlungen in Theorie und Praxis hat meine Interessen und mein Engagement in die Richtung der Arbeit mit Traumapatienten in Klinik und Feldarbeit (Jugoslawien), mit Schwerkranken und Sterbenden (Josic, Petzold 1995; Petzold, Wolf et al. 2000) wieder vertieft, Bereiche, in denen ich immer wieder schon gearbeitet hatte (idem 1982j, 1986b). Es genügt mir aber nicht – etwa im Bereich der Therapieschäden – zu forschen und praktisch zu arbeiten (idem 1999h, Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Märtens, Petzold 2000). Es ist mir auch ein Anliegen, *strukturell* etwas für das Empowerment von PatientInnen zu tun und das heißt für mich *politische Arbeit*, Engagement und kritische Kulturarbeit. Partnerschaft, Kooperation, Ernstnehmen der „Expertenschaft der PatientInnen“ (Petzold, Schobert 1991) heißt konkret etwas zu tun, dass das von mir inaugurierte Konzept des „**patient dignity**“ auch umgesetzt wird, besonders auch in den *Strukturen* des »professionellen Feldes« der Psychotherapie, denn hier liegt vieles im Argen: Parentifizierung, Klientelisierung, Depowerment, mangelnde Information (über Diagnosen, Krankheitsbilder und Ursachen, unter Offenlegung der Bereiche, wo noch kein hinlänglich gesichertes Wissen besteht, und das sind nicht wenige). Umfassende Information über Methoden, Wirkweisen, theoretische – wichtiger noch – ideologische Hintergrundannahmen (z.B. Menschenbild), über Ziele und besonders gravierend, weil **rechtlich verpflichtend, über „Risiken und Nebenwirkungen“**. Letzteres geschieht genauso selten, wie die (rechtlich gleichfalls verpflichtende) Einholung der Erlaubnis des Patienten, Materialien aus seinem Prozess in Supervision und Kontrollanalyse zu thematisieren (vgl. Petzold, Rodriguez-Petzold 1997). Macht man Ernst mit Patientenwürde, Wertschätzung, Intersubjektivität, Dialogik, Mündigkeit, *Freiraum, Souveränität*, damit diese Begriffe nicht zu Leerformeln geraten, die man sagt, aber nicht meint – wie Derrida (2000) anhand des Begriffes „Bruder“ beeindruckend gezeigt hat –, so muss auch Partizipation an Institutionen der MACHT eingeräumt werden, Möglichkeiten der Mitwirkung und Mitsprache. Ich habe schon verschiedene PatientInnenforen initiiert auf Kongressen, Gesundheitsmärkten etc. Mit diesem kurzen Beitrag möchte ich psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände und ihre Mitglieder, meine Kolleginnen und Kollegen in der psychotherapeutischen

Profession ermutigen und herausfordern, mit PatientInnen und Patientenverbänden Foren zu bilden und sie an verbandlichen Aktivitäten und gesundheitspolitischen Initiativen zu beteiligen. Das muss von PsychotherapeutInnen ausgehen, denn es geht hier ja nicht (nur), wie ich es jahrelang gefördert und praktisch betrieben habe, um den Dialog von Selbsthelfern und Professionellen (Petzold 1983f, 1990i, Petzold, Schobert 1991), sondern um gelebte, strukturelle Partnerschaft, wie ich es schon verschiedentlich verdeutlicht hatte (Petzold, Gröbelbaur, Gschwendt 1998, in: *Gestalt* 32, 15-41, repr. Petzold, Orth 1999). Solche Texte sind aber nur nützlich, wenn daraus praktische Umsetzungen erfolgen.

Ich habe mich deshalb an zahlreiche psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände in den deutschsprachigen Ländern mit nachstehenden Forderungen gewandt:

„Ich möchte mich in ihrem Verband für folgende Initiativen einsetzen:

1. Es sollten permanente »Begegnungsforen von PatientInnen – TherapeutInnen«, gfls. Angehörigen eingerichtet werden, wo Gespräche zu dieser Beziehung, zu relevanten Fragen von Therapie, Öffentlichkeitsarbeit, Stigmatisierung, Therapiefinanzierung etc. stattfinden. Wer würde sich für eine solche Initiative stark machen, AnsprechpartnerIn sein?
2. Im Sinne eines wirklichen Qualitätszirkels müssen bekanntlich alle Beteiligten eines Systems mitwirken, also auch die PatientInnen. Mit ihnen zusammen muss Qualitätssicherung diskutiert und gewährleistet werden und Qualitätsentwicklung geschehen. Ansonsten – ohne PatientInnen/KlientInnen/KundInnen-Beteiligung – bleibt das nur fachlich unfundiertes Wortgeklingel. Wer von den qualitätssicherungsbewussten KollegInnen übernimmt Initiativen, um zu einem fundierten Qualitätszirkel im Verband beizutragen?
3. Es sollte eine statuäre Verankerung im Verband erfolgen. Ich habe dazu eine Anregung an den Vorstand und die MV gesandt, die nachstehend abgedruckt wird, und hoffe, dass eine Kommission und Arbeitsgruppe in dieser Sache zustandekommt.
4. Es sollte eine Arbeitstagung zu diesen Fragen mit PatientInnen, Patientenverbänden, Selbsthilfegruppen und Verbrauchervereinigungen stattfinden. Das wäre eine gute Sache für den Verband und für unsere Anliegen.“

Exemplarisch sei das Anschreiben an die „Schweizerische Vereinigung für Gestalttherapie und Integrative Therapie“ (SVG) wiedergegeben:

„Sehr geehrte Damen und Herren,

Mir persönlich und unserer Einrichtung ist es ein Anliegen, Patientenrechte und -mitbeteiligung in der Psychotherapie in allen Bereichen zu fördern und zu partnerschaftlichen Formen der Beziehung und Kooperation zwischen Patientinnen und Therapeutinnen beizutragen.

In berufs- und gesundheitspolitischen Situationen wäre eine solche Kooperation mit unseren Partnern, PatientInnen, Klienten, Kunden eine sehr nützliche Sache, um in der Öffentlichkeit *mit einer Stimme* zu sprechen. Es würde sich um eine richtungweisende Innovation im Sinne unserer Grundanliegen handeln. Deshalb bitten wir, beim Vorstand und bei der Mitgliederversammlung der SVG folgende Anregungen zu bearbeiten.

1. Es wird angeregt, die relevanten Schweizerischen Patientenorganisationen zur Mitarbeit im SVG einzuladen. Die Patientenorganisation sollte in allen wesentlichen bzw. relevanten Gremien der SVG durch Vertreter von PatientInnen bzw. Ex-PatientInnen Sitz und Stimme haben und in entsprechenden Gremien mitarbeiten (z.B. Ethikkommission).

2. Wir regen weiterhin an, dass eine Sektion für PsychotherapiepatientInnen bzw. ehemalige PsychotherapiepatientInnen eingerichtet wird, in der sie Mitglieder werden und in die verschiedenen Gremien gewählt werden können.
3. Wir regen an, dass TherapeutInnen der SVG in ihren Praxen eine entsprechende Information auslegen, so dass PatientInnen auf diese Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden.
4. Es möge beschlossen werden: Bei den Mitgliedern des SVG sollen PatientInnen das Recht haben, immer wenn sie sich mit ihrem Therapeuten/ihrer Therapeutin in belastenden Problemen und Verstrickungen sehen (es ist hier nicht an Missbrauchssituationen gedacht, die anders geregelt sind), Supervision einzufordern.
5. TherapeutInnen sollen verpflichtet werden, ihre PatientInnen um Zustimmung zu fragen, wenn sie Materialien aus Therapien in Supervision und Kontrollanalysen bringen. Therapie-Supervisoren sollen verpflichtet werden, ihre SupervisorInnen nach derartigen Freistellungen zu fragen.
6. Wir regen an, eine Kommission einzurichten, die die Realisierung der gestellten Anregungen vorbereitet.

Begründung:

In der Psychotherapie vertreten wir schulenübergreifend ein grundsätzliches „Intersubjektivitätsprinzip“ (Petzold 1991 b). Von der Metatheorie her werden unsere Patienten als reflexive und kompetente Persönlichkeiten angesehen (in der Mehrzahl der Psychotherapieverfahren ist Reflexivität Voraussetzung und z.T. Modalität der Heilung). Außerdem wird neuerlich eine Kundenorientierung neben der Person- bzw. Klientenzentrierung betont. Mit der Umsetzung derartiger Prinzipien ist es bislang in der Psychotherapie schlecht bestellt [...] Patienten werden in ihren gesunden Seiten oft nicht ausreichend gesehen und beteiligt. Ihre Kompetenzen werden häufig zu gering gewertet (vgl. die Untersuchung Petzold, Hass, Märzens, Steffan 2000, dieses Heft). Das hat Geschichte (vgl. Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Aus diesem Grunde wäre es eine äußerst innovative Angelegenheit, die Psychotherapiepatienten/Klienten/Kunden [...] in psychotherapeutischen Organisationen und Institutionen statuarisch zu verankern, um sie partnerschaftlich einzubeziehen oder ihnen Mitwirkungsmöglichkeiten zu geben (ich höre schon all die ‚Wenns‘ und ‚Abers‘, aus unserer eigenen institutionellen Praxis kann jedoch anderes berichtet werden). Auch für die Möglichkeiten der Supervision gibt es Beispiele, etwa in Österreich die institutionalisierte Regelung von Regionalvertrauenstherapeuten, an die sich PatientInnen bei Problemen und Unzufriedenheit wenden können. In einer Rundfunksendung, die ich mit dem Österreichischen Rundfunk 1998 zu diesem Thema machen konnte, zeigte sich aufgrund der PatientInnen-Anrufe ein großes Interesse. Das von uns eingerichtete PatientInnen-Forum auf der AGPF-Tagung in München zeigte von der PatientInnenseite eine hohe Resonanz. Die an der Tagung teilnehmenden Psychotherapeutinnen zeigten erwartungsgemäß zunächst ein hohes Abwehrverhalten, dann aber auch großes Interesse. [...]. Ich hoffe, dass Sie meine Anregung und meine Anträge aufnehmen, weil hier im Felde der Psychotherapie eine echte Innovation geschehen würde, bei der die theoretischen Ansprüche auch auf der institutionellen Ebene eingelöst würden.

Was die Freistellungsverpflichtung bei Supervision anbelangt, so ist sie mit den grundrechtlich verankerten Persönlichkeitsrechten, Vertrauensschutz, Schutz der persönlichen Sphäre, Verbot der Weiterabgabe von Geheimnissen, Schutz von Patientendaten, wahrscheinlich auch in der Schweiz rechtlich gegeben. In Deutschland ist bekanntermaßen vom Oberlandesgericht München ein Diplom-Psychologe, der in einer Supervisionsgruppe (mit schweigepflichtigen Kollegen) eine nicht radikal anonymisierte PatientInnen-Situation vorgestellt hat, rechtskräftig verurteilt worden (zur Problematik vgl. Petzold, Rodriguez-Petzold. *Familiendynamik* 3 [1997] 288-311). Im geriatrischen Bereich oder in der Kindertherapie müssen die Vormünder bzw. Erziehungsberechtigten gefragt werden. Die ‚radikale‘ Anonymisierung macht supervisorisches Arbeiten in der Regel nicht möglich.

Ich hoffe sehr, dass die Schweiz mit ihren demokratischen Traditionen und ihrer Sensibilität für Menschen- und Persönlichkeitsrechte im Bereich der Psychotherapie mit ihren Verbänden für die Etablierung einer besseren Partnerschaftlichkeit in der Therapeut-/Patientinnen-Beziehung eine Vorreiterrolle einnehmen wird, zumal durch die Einseitigkeit des Abstinenzprinzips und der *Freudschen* Grundregel die andere Seite, die des ‚Patienten als Partners‘, nicht oder nur eingeschränkt zum Tragen kommt.

Ich würde mich freuen, wenn meine Anregungen angenommen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. DDDr. Hilarion Petzold

Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit (EAG)“

Ich hoffe, dass meine Initiativen Resonanz finden. Ich arbeite in einer Forumgruppe mit und das ist sehr faszinierend. So geht es bei derartigen Projekten nicht nur darum, dass die Praxis einer Profession sich an ihren Postulaten messen lassen muss, sondern auch darum, *dass es sich lohnt*, mit PatientInnen Gesprächsgemeinschaften, Erzählgemeinschaften, Diskursgemeinschaften (Petzold 2000 b) „außerhalb des Behandlungszimmers“, Foren der gemeinsamen Aktion zu finden, in denen andere Qualitäten des Miteinanders Raum greifen können, als in Praxisräumen und Behandlungssettings.

TherapeutInnen verlieren etwas, wenn diese trennende Kluft – eine der vielen, die das Feld der Psychotherapie kennzeichnet (vgl. ausführlich Petzold 1999p) – nicht überbrückt wird. PatientInnen können ihre Souveränität – zentrales Ziel der Psychotherapie neben dem der Gesundung – nicht realisieren, wenn ihnen kein *Freiraum* der Mitwirkung in der partizipativen Verwaltung und Kontrolle von struktureller Macht gegeben wird. Dialogik, Beziehung, Wertschätzung, **Patient dignity** bleiben Leerformeln, wenn sie nicht von einer Psychotherapie, die sich als „*systematische Problematisierung*“ (M. Foucault), „*dekonstruierende Reflexion*“ (J. Derrida) und „*kritische Kulturarbeit*“ (G. Politzer) versteht, konkretisiert werden.

Zusammenfassung

Das Konzept „*Patient Dignity*“ (H. Petzold) als therapieethische Kategorie wird vor dem Hintergrund des Verständnisses im „Integrativen Ansatz“ von Therapie als „*kritischer Kulturarbeit*“ (G. Politzer) und „*systematischer Problematisierung*“ (M. Foucault) dargestellt und führt zu dem Postulat und praktischen Projekten, Patienten und Patientenorganisationen in psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbänden Diskursforen und Mitwirkungsmöglichkeiten (z.B. bei Ethikkomitees) zu bieten.

Summary

The concept of „*patient dignity*“ (H. Petzold) is presented as a category of psychotherapeutic ethics on the ground of Integrative Therapie’s understanding that therapy is „*critical cultural work*“ (G. Politzer) and „*systematic problematization*“ (M. Foucault). Therefore it is postulated and suggested for practical projects that patients and patients’ orga-

nisations should have within professional organizations of psychotherapists possibilities of cooperation, coercion (e.g. in ethics committees) and a forum of discourse.

Key words: Integrative Therapy, patient dignity, therapeutic ethics, culture critics

Literatur

- Bakhtin, M.M.(1981): The dialogical imagination. Austin: Univ. of Texas Press.
- Berger, P., Luckmann. T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt: Fischer.
- Buber, M. (1965): Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Derrida, J. (2000). Die Politik der Freundschaft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Levinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (2000) (Hrsg.): Therapieschäden. Mainz: Grünewald (in Vorber.).
- Müller, L. Petzold, H.G. (2000) Patient Dignity? – Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen. In: Märtens, Petzold (2000).
- Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund. Frankfurt: Knecht.
- Petzold, H.G., 1981f. Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. in: Petzold, H.G., Stöckler, M., (1988) (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn, 47-64.
- Petzold, H.G., (1982j): Poesie- und Bibliothherapie mit Alten und Sterbenden, *Integrative Therapie* 4; auch in *Altenpflege* 10, 393-395; 11, 430-433; 12, 462-464.
- Petzold, H.G., 1983f. Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen, in: Petzold, H.G., Heintz, H. (1983): Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann, 409-449.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden; repr. in: idem, *Integrative Therapie*, 1991a, Bd. II, 3, S. 1047-1087. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., 1990i. Selbsthilfe und Professionelle – Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem „erweiterten Gesundheitsbegriff“, Vortrag auf der Arbeitstagung „Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe“, 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: Petzold, Schobert (1991) 17-28
- Petzold, H.G., 1991e. Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); repr. in 1991a, Bd. II, 1, S. 19-90.
- Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen – über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung“. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6/99, 41-62
- Petzold, H.G. (2000b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung“, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartacolloquium III). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisory Prozessen – ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem, *Familiendynamik* 3 (1997) 288-311; erw. in: Petzold (1998a).
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Politzer, G. (1974): Kritik der klassischen Psychologie [orig. 1929]. Köln: Europäische Verlagsanstalt.
- Rowan, J., Cooper, M. (2000): The plural Self. Multiplicity in Every Day's Life. London: Sage.
- Weitere in dieser Arbeit zitierte Literatur findet sich in Petzold, *Integrative Traumatherapie*, dieser Band.

Buchbesprechungen

Van der Kolk, Bessel, McFarlane, Alexander, Weisaeth, Lars (Hrsg.):

Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie, deutsche Ausgabe **Märrens, Michael; Petzold, Hilarion**, Junfermann Verlag, Paderborn 2000, 599 Seiten.

Endlich liegt *das* Grundlagenwerk der Psychotraumatologie und Traumatherapie in deutscher Sprache vor. *Van der Kolk* ist 1987 mit einem ersten Buch über „Psychological trauma“ hervorgetreten, er hat mit *McFarlane* und *Weisaeth* Protagonisten der Traumaforschung und -intervention als Mitherausgeber gefunden und die führenden internationalen Spezialisten für ein Buch gewinnen können, das mit Recht als ein Meilenstein, als der Grundlagentext moderner Traumawissenschaft und PTSD-Behandlung angesehen werden kann. Von den zahlreichen neueren – auch deutschsprachigen – Texten (z.B. von *Maercker, Fischer* und *Riedesser, Butollo* et al., *Lamprecht*) erreicht keiner diese Breite der Information, die Differenziertheit der Sicht und vor allen Dingen diese schulübergreifende, integrative Perspektive, aber auch die Verbindung von Grundlagenforschung, klinischer Untersuchungen, Modell- und Theorienbildung sowie praxisrelevanten Konzepten. Von historischen Aspekten ausgehend wird die Traumaproblematik in gesellschaftlicher Hinsicht beleuchtet, ihre Wurzeln in der Psychiatrie werden dargestellt, so dass eine kontextualisierte Sicht möglich wird. Dabei kommt für die ausgewogene Darstellung die interkulturelle Herausgeberschaft positiv zum Tragen. Bemerkenswert ist das Herausstellen der genialen Leistungen von *Pierre Janet* (S. 76ff), dem eigentlichen Begründer einer modernen, wissenschaftlichen Psychotherapie, von dem *Freud* so viel Anregung erhielt und übernommen hat, ohne dass er dies (ähnlich wie bei *Nietzsche*) offenlegte. *Janet*, Begründer einer „integrativen Psychologie“ (deren Einfluss für *Petzolds* „Integrative Therapie“ gesehen werden muss), betont die Dissoziation gegenüber der Verdrängung als Überlastungsreaktion der cerebralen Verarbeitungskapazität und entwickelt therapeutische Wege, die in der modernen Traumabehandlung aufgenommen werden: ein mentales Umschreiben fixierter Skripts, eine Renarrativierung (S. 533). Die differenzierte Darstellung der Akutreaktionen von *Shalev* und *Solomon*, die ihre langjährigen Forschungen und klinischen Erfahrungen in Israel einbringen, leitet über zu Fragen der Diagnostik, der Prädiktoren für PTSD (99ff), die für die Therapie noch viel zu wenig Berücksichtigung finden. *Shalev* stellt die Multifaktorialität der Störung heraus, für die sich simplizistische Erklärungs- und Behandlungsmodelle verbieten. Das Problem der „neurophysiologischen Narben“ (S. 116), was mit Referenz zu *Post* (et al. 1994) eher auf eine ungünstige Prognose verweist, wird mit Bezug auf neuere Arbeiten von *Post* (et al. 1997) von der Gruppe um *Petzold* (517ff) angegangen. *Brett* (131ff) macht noch einmal auf die Klassifikationsproblematik aufmerksam, die bislang immer noch in der Entwicklung ist und wohl auch noch bleiben muss. *McFarlane* und *Yehuda* zeigen mit ihrem Kapitel über Resilienz (man hätte den Term in der Übersetzung beibehalten sollen), Verlauf und Vulnerabilität beispielhaft die Breite von Symptomatiken und Verläufen, was eine sorgfältige prozessualdiagnostische Erfassung verlangt, für die *Petzold* et al. (S. 482ff) Methodologien bieten. Die zentralen Kapitel von *van der Kolk* 170ff zu Anpassungsproblemen, Traumagedächtnis, Psychophysiologie (sein berühmter Aufsatz von 1994 „The body keeps the score“ wurde eingearbeitet) sind richtungsweisend, zumal sie auch durch neuere Forschung mit bildgebenden Verfahren gestützt werden. Wichtiges Detailergebnis: Boderline-Störungen sind als Folge von Polytraumatisierungen zu sehen (189ff), was das psychoanalytische Modell „früher Störungen“ (neben den Ergebnissen der Longitudinalforschung) in Frage stellt. Das mit *LeDoux* u.a. von *van der Kolk* (213f) vorgestellte Modell des Amygdala-Hyperarousal und der blockierten Gedächtnisfunktion (237ff) wird im klinisch-therapeutischen Modell von *Petzold* (512f) aufgenommen und interventiv umgesetzt. Das Thema „Dissoziation“ (244ff) bleibt mit mehr offenen Fragen stehen als mit Antworten. Daran hat die Forschungslage bislang wenig geändert, trotz der Aufmerk-

samkeit, die dieses Thema vor allen von psychoanalytischen Autoren erhielt. Aber nur spekulativ und ohne neurowissenschaftliche Grundlagenforschung, wird sich hier nichts entscheiden lassen, wie *Schacters* Grundlagenwerk (*Wir sind Erinnerung*, 1999) zeigt. Teil V des Buches greift die Lifespan-Perspektive auf, stellt die Belastungen – wichtig und vernachlässigt – von alten Menschen (289ff) und von Kindern (265ff) in den Fokus (vgl. auch *Bräutigam* et al. 425ff). Teil VI bietet eine breite Übersicht über Behandlungsformen und Möglichkeiten, die die großen Mainstreams gegenwärtiger Traumatherapie darstellen. Deutlich wird dabei: methodenübergreifende Modelle sind angesagt. Traumatherapie stellt schulenspezifische Modelle infrage. Neue Entwicklungen sind erforderlich und im Gange. Die Herausgeber der deutschen Ausgabe *Märtens* und *Petzold*, selber langjährig in der Traumatherapie tätig, bieten mit zwei umfangreichen Beiträgen mit multinationalen Mitautoren einen Überblick über Ansätze der Diagnose, Begleitung und Behandlung, die im europäischen Raum in Beratungszentren (*Bräutigam* et al. 425), in Klinik und in Feldinterventionen (ehem. Jugoslawien) entwickelt wurden (445-580) und besonders Prozessdiagnostik mit originellen Therapieformaten verbinden. Dass dies vor dem Hintergrund historischer und ethiktheoretischer Überlegungen zu *client welfare* und der Würde der Opfer (*client dignity*), sowie einer engagierten friedenspolitischen Positionen geschieht, ist bei diesem sensiblen Thema den deutschsprachigen Herausgebern zu danken. Sie haben die seit dem Erscheinen des amerikanischen Originalwerkes rasant weitergegangene Forschungslage in ihren Beiträgen rezipiert und verarbeitet, so dass der Band „auf dem neuesten Stand“ der Psychotraumatologie ist. In *Werner Wicker* fand *Petzold* überdies einen Mäzen, der die deutsche Ausgabe dieses monumentalen Werkes ermöglichte. Der Text gehört in die Handbibliothek jedes Psychotherapeuten und kann allen an diesem zentralen Thema Interessierten als unverzichtbar empfohlen werden.

Johanna Sieper, Bad Neuenahr



Sterben als Wandlungs- prozeß

224 Seiten, kart.
DM 29,80; EUR 15,24
ISBN 3-87387-438-5

Viele Menschen sterben einfach so. Wir wissen nicht näher, was sie noch bewegte, eines Tages gingen sie für immer.

Andere werden vom Tod überfallen:

Sie verunglücken, sterben durch Gewalt und hinterlassen ein gähnendes Loch. Die Menschen, von denen dieses Buch handelt, gehen aufgrund von Krankheit dem Tod langsam entgegen. Zumutung oder Chance?

Monika Renz hat Sterbende in ihren letzten Stunden begleitet und dokumentiert einfühlsam und respektvoll, was sich in der Innenwelt Todkranker abspielt. Noch im Sterben finden Menschen



zu letzter Reifung und Vision. Letzte Fragen werden gestellt, Schritte der Versöhnung mit sich selbst und dem Schicksal gelingen. Todesnähe scheint Übergang und Zentrierung auf das eigene Wesentliche zu sein. Der Tod selbst bleibt Geheimnis!

Das Buch richtet sich an alle, die mehr über das Innenleben Sterbender und den Umgang mit diesen Menschen wissen möchten.

Monika Renz ist Musiktherapeutin, Psychotherapeutin und Leiterin der Abteilung für Psychoonkologie am Kantonsspital St. Gallen. Autorin des JUNFERMANN-Buches „Zwischen Urangst und Urvertrauen“.

www.junfermann.de

JUNFERMANN • Postfach 1840 • 33048 Paderborn
eMail: ju@junfermann.de • Tel. 0 52 51/13 44 0 • Fax 0 52 51/13 44 44



Zu innerem Einklang finden

176 Seiten, kart.
DM 34,80; EUR 17,79
ISBN 3-87387-435-0

Stimmig sein heißt, daß alle an der Stimme beteiligten Funktionen miteinander harmonisieren. Uta Feuerstein beschreibt in dem vorliegenden Buch die von Gisela Rohmert entwickelte „Funktionale Methode“, einen bahnbrechenden Ansatz, in dem sich die Stimme über eine besondere Hörweise selbst reguliert. Es gibt einen bei allen Menschen gleichermaßen vorhandenen, sehr hochfrequenten „Klangcode“, der sich u.a. in der speziellen Anatomie des Ohres zeigt. Dieser Klangcode wartet nur darauf, wiedergehört, wiedergesungen und wiedergesprochen zu werden. Wird der Bezug zu diesem Code wieder-



gewonnen, wirkt er über neurologische Wege harmonisierend auf den gesamten Körper. So wird Singen und Sprechen ein heilsamer Prozeß, in dem wir wieder mit uns in *Einklang* kommen und *stimmig* werden.

Die Autorin stellt diesen Prozeß auch für Laien verständlich dar. Sie zeigt, daß diese Methode sowohl im Gesang, in Sprechstimmberufen und in der Sprachtherapie einsetzbar ist.

Uta Feuerstein ist Diplom-Sprachheilpädagogin, Sängerin und Gesangspädagogin. Sie hat sich auf Gesangsunterricht, Stimmbildung und Therapie von Stimmstörungen spezialisiert.

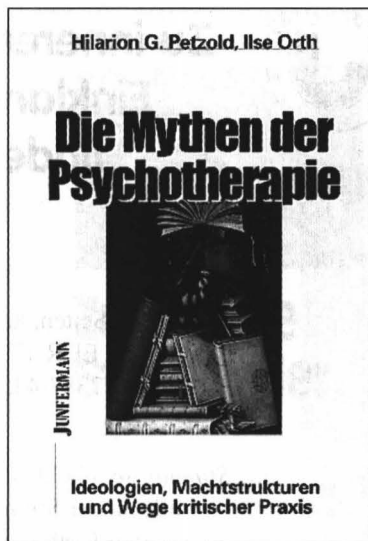
www.junfermann.de



Umdenken und verändern

464 Seiten, kart.
DM 49,80; EUR 25,46
ISBN 3-87387-323-0

In der Psychotherapie kommen – quer durch alle Schulen und Richtungen – offene und verdeckte Ideologien zum Tragen, die oft genug zu Lasten der Patienten und Klienten gehen. Die Texte dieses Bandes setzen sich äußerst kritisch mit verbreiteten Ideologien und fragwürdigen Methoden in der Psychotherapie auseinander, um neue Konzepte wacher, ernüchterter und emanzipatorischer Psychotherapie vorzustellen, ausgerichtet an den Ergebnissen der Säuglings- bzw. der Längsschnittforschung und an den Erkenntnissen moderner, vergleichender Psychotherapie.



Für Therapeuten und Angehörige helfender Berufe ist dieses Buch ein grundlegendes Werk zum (selbst-)kritischen Nach- und Umdenken, das Anstöße zur Veränderung der eigenen Praxis geben kann. Für Patienten und Klienten ist es eine wichtige Informationsquelle über Psychotherapie und Therapiemethoden.

Prof. Dr. Dr. Hilarion Petzold und **Dipl.-Sup. Ilse Orth** sind führende Lehrtherapeuten, Kontrollanalytiker und Autoren in der Bewegung moderner, schulenübergreifender Psychotherapie und Supervision.

www.junfermann.de

JUNFERMANN • Postfach 1840 • 33048 Paderborn
eMail: ju@junfermann.de • Tel. 0 52 51/13 44 0 • Fax 0 52 51/13 44 44

Copyright © FPI-Publikationen, Düsseldorf
In Zusammenarbeit mit Junfermann Verlag, Paderborn 2001

Dieses Buch ist eine Parallelausgabe vom inhaltlich vollkommen identischen Heft 2-3/2000 der Zeitschrift „Integrative Therapie“. Die jeweils außenstehenden Seitenzahlen gelten für die Zeitschrift, die jeweils innen stehenden Seitenzahlen für die Buchausgabe.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Petzold, Hilarion G.:

Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“/Hilarion G. Petzold (Hrsg.) – Paderborn: Junfermann, 2001

ISBN 3-87387-464-4

ISBN 3-87387-464-4

ISSN 0342-6831