

H. PETZOLD, J. SIEPER (HRSG.)

Integration und Kreation

Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie,
Agogik und Arbeit mit kreativen Medien



Jubiläumsband zu 20 Jahren Weiterbildung an der „Europäischen Akademie
für psychosoziale Gesundheit“ und am „Fritz Perls Institut für Integrative
Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“
20 Jahre DGGK · 20 Jahre DGK

Band 2



Innovative Psychotherapie
und Humanwissenschaften

Der vorliegende Band stellt in kompakter Form wichtige Konzepte und Methoden des Integrativen Ansatzes in Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie, Kreativitätstherapie, Pädagogik und Supervision in Theorie und Praxis dar: Menschenbild, Entwicklungstheorie, Identitätstheorie, Fokalthherapie, Lebenspanorama, Körperinterventionen usw. Er informiert damit über 20 Jahre innovativer therapeutischer und psychosozialer Praxeologie und Bildungsarbeit.

Grundlage der Beiträge ist eine „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, in der der Mensch in seiner Ganzheit als „Körper-Seele-Geist-Wesen“ im sozialen und ökologischen Umfeld gesehen wird. Auf diesem Hintergrund gibt der Band Einblick in Theorie, Praxis und Ausbildung der Bereiche Integrative Therapie, Gestaltpsychotherapie, Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Soziotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie, Poesie- und Bibliotherapie, Gerontotherapie, Sterbebegleitung, in Paartherapie, Suchtkrankentherapie, Gestaltberatung und Supervision.

Im Jahre 1972 wurden das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) und die „Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (DGIK) gegründet. Die Initiatoren waren Prof. Dr. Dr. Dr. Hilarion Petzold, Dr. med. Hildegund Heintz, Lic. theol. Dr. phil. Johanna Sieper und eine Gruppe von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Pädagogen, die den „Integrativen Ansatz therapeutischer, psychosozialer und agogischer Arbeit“ kennengelernt hatten. 1982 gründete diese Gruppe die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Bildung. Mit mehr als 45 000 Teilnehmertagen pro Jahr und Bildungsprogrammen in elf europäischen Ländern gelten FPI und EAG als das führende Zentrum kreativitätstherapeutischer Verfahren in Europa und zählen zu den größten und bedeutendsten Einrichtungen klinischer, psychosozialer und kreativer Weiterbildung im deutschsprachigen Bereich. Der Band ist auch eine Dokumentation dieser innovativen Einrichtung.

Sonderausgabe von »Gestalt und Integration«
Heft 2/1992 · 1/1993 · 2/1993 · 1/1994

Reihe
Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften
Band 56
Herausgegeben von
Hilarion Petzold

Hilarion Petzold, Johanna Sieper

Integration und Kreation

Band 2

Strukturen, Methoden, Organisation

Jubiläumsband zu 20 Jahren Weiterbildung an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ und am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“



Junfermann Verlag · Paderborn

1996

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1993

2. Auflage 1996

Graphische Gestaltung: Erika Reineke

Redaktionelle Bearbeitung: Ruth Frangenberg-Wolter

Fotos: Bildarchiv des Fritz Perls Instituts, Erika Reineke, Seite 485 und 635 mit freundlicher Genehmigung des Arbeiter-Samariter-Bundes

Dieses Buch wurde gefördert durch eine Spende der Deutsche Bank AG, Hückeswagen.

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Ein Nachdruck darf nur mit vorheriger Einwilligung des Verlages erfolgen.

Satz: adrupa Paderborn

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Integration und Kreation

Hilarion Petzold, Johanna Sieper (Hrsg.) – Paderborn: Junfermann, 1993

ISBN 3-87387-124-6

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]; GT

ISBN 3-87387-124-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Zum Geleit	10
Einführung	11

BAND 1: THEORIEN UND KONZEPTE

I GRUNDGEDANKEN DES INTEGRATIVEN ANSATZES UND ZUR INTEGRATIVEN THERAPIE	15
Integrative Therapie	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	17
Prozesse der Organisationsentwicklung von FPI/EAG – Kultur- und Strukturanalyse	
<i>Astrid Schreyögg, Hagen</i>	25
Curricula, Seminare, Tagungen – Zahlen und Entwicklungen	
<i>Isabelle Schmiedel, Düsseldorf</i>	43
Zur Frage nach der „therapeutischen Identität“ in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie – Überlegungen (auch in eigener Sache	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	51
Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“	
<i>Ilse Orth, Erkrath / Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	93
Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik	
<i>Ilse Orth, Hilarion Petzold</i>	117
Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung und karrierebezogenen Arbeit in der Integrativen Therapie	
<i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam / Ilse Orth, Erkrath</i>	125
Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie	
<i>Hilarion G. Petzold, Joy J. M. Goffin, Jolanda Oudhof, Amsterdam</i>	173
Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken	
<i>Hilarion Petzold, Amsterdam/Düsseldorf</i>	267
„Therapie vom Leibe her“ – körperbezogene Behandlung in der Praxis	
<i>Hildegund Heint, Wackernheim</i>	341
Wandel der Theorie	
<i>Renate Frühmann, Salzburg</i>	351

Integrative Agogik – ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens <i>Johanna Sieper, Bad Neuenahr / Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	359
Integration als persönliche Lebensaufgabe <i>Ilse Orth, Erkrath</i>	371
Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	385

BAND 2: STRUKTUREN, METHODEN, ORGANISATION

II GRÜNDERPERSÖNLICHKEITEN	395
Die Gründer – Hildegund Heinel, Hilarion Petzold, Johanna Sieper	397
Leiblichkeit und Beziehungsqualität – Hildegund Heinel's Beitrag zu einer ganzheitlichen Arbeit mit Menschen an FPI und EAG <i>Jürgen Lemke, Kammerstein</i>	399
Ein Gang durch viele Landschaften: Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration <i>Rolf Zundel</i>	407
Innovatorische Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie, psychosozialen Arbeit und Agogik – ein Überblick <i>Johanna Sieper (Text), Isabelle Schmiedel (Dokumentation), Düsseldorf</i>	421
Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien <i>Hans-Joachim Oeltze, Neuss</i>	439
III DIE METHODEN DES „INTEGRATIVEN ANSATZES“ – DATEN UND KONZEPTE ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG AN FPI UND EAG	443
Integrative Therapie – Gestaltpsychotherapie <i>Bernd Heinermann, Rösrath</i>	447
Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie <i>Christa Petzold, Essen / Hilarion Petzold, Düsseldorf</i>	459
Gestaltpädagogik – Weiterbildung für Lehrende <i>Jörg Bürmann, Mainz</i>	483
Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie <i>Bruno Metzmacher, Düsseldorf</i>	491
Integrative Bewegungstherapie <i>Isabelle Kuhr, Köln / Angelika Berger-Jopp, Mering</i>	505
Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf</i>	519

Integrative Tanztherapie an FPI und EAG – ein kooperatives Projekt mit der „Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie“ <i>Elke Willke, Pulheim</i>	537
Dokumentation der Entwicklung der Integrativen Musiktherapie als Zweig der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG <i>Isabelle Frohne-Hagemann, Berlin</i>	549
Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit „kreativen Medien“ an der EAG <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth</i>	559
Integrative Dramatherapie an FPI und EAG <i>Gabriele Wening, Hamburg</i>	575
Poesie- und Bibliothherapie am Fritz Perls Institut (FPI) und an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) <i>Ite Goßmann, Siegen</i>	581
Der Supervisionszweig an FPI und EAG <i>Astrid Schreyögg, Hagen</i>	593
Kompaktcurriculum „Gestaltberatung“ <i>Waldtraut Rönner, Hamburg</i>	605
Integrative Paar- und Sexualtherapie: Paarsynthese <i>Michael Cöllen, Hamburg</i>	611
Integrative und differentielle Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG – Konzepte, Innovation, Intervention, Weiterbildung, Supervision <i>Ulrich Hentschel, Wermelskirchen / Hilarion Petzold, Düsseldorf, Amsterdam</i>	619
Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG <i>Christa Petzold, Essen / Hilarion Petzold, Düsseldorf</i>	633
Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit <i>Kurt Lückel, Bielefeld / Karl-Heinz Ladenhauf, Graz</i>	647
Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf / Renate Frühmann, Salzburg</i>	659
Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten an EAG und FPI <i>Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf</i>	667
Theoriearbeit an FPI und EAG: Der ZAK- Theo <i>Silke Behrend, Hamburg</i>	681
Ethische Fragestellungen in der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG <i>Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam</i>	687

IV EINRICHTUNGEN UND KOOPERATIONEN	695
FPI – Institution im Wandel. Transformation aus familiären Strukturen zur Professionalität	
<i>Doris Wolff, Hückeswagen</i>	<i>697</i>
Gestalttherapie/Integrative Therapie im klinischen Bereich – Fritz-Perls-Klinikum an der Hardtwaldklinik I in Zwesten	
<i>Wolfgang Schroeder, Ulrich Wolf, Zwesten</i>	<i>703</i>
Die Elisabeth-Klinik – Klinische Weiterbildungsstätte für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	
<i>Walter Landsberg, Dortmund</i>	<i>709</i>
Forschungsinstitut der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“	715
Kairos-Kommunität	717
Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V. (DGIK), vormals DGGK 20 Jahre Berufspolitik und Öffentlichkeitsarbeit	
<i>Michael Coellen, Hamburg</i>	<i>719</i>
 V PUBLIKATIONEN UND GRADUIERUNGSARBEITEN	 727
Autorenverzeichnis	753

II GRÜNDERPERSÖNLICHKEITEN

Die Gründer – Hildegund Heintl, Hilarion Petzold, Johanna Sieper

Das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) und die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“ (EAG) wurden 1972 auf Initiative von *Hilarion Petzold* zusammen mit *Johanna Sieper* und *Hildegund Heintl* in Basel gegründet. Mit der Gründung in Deutschland 1974 waren für einige Jahre noch *Katharina Martin* und *Hans-Jörg Süß* mit im Kreis der Gesellschafter, bevor *Hans-Jörg Süß* das FPI verließ und sein eigenes Institut in Würzburg aufmachte (1978). Die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in Hückeswagen wurde wiederum durch die kreative *Synergie* der ursprünglichen Begründer, ihr persönliches Engagement und ihren unternehmerischen Mut ins Leben gerufen. *Hilarion Petzold* und *Johanna Sieper* arbeiteten schon Anfang der 60er Jahre in kreativen Projekten der alternativen Theaterszene zusammen. Sie studierten von 1963 bis 1970 in Paris und leisteten jeweils als Direktoren zweier rheinischer Volkshochschulen Anfang der 70er in-

novative Erwachsenenbildungsarbeit. Ihr Zusammentreffen und ihre Kooperation mit der Ärztin *Hildegund Heintl* führte zu einer Konvergenz von medizinischem Wissen, humanistischem Engagement, psychotherapeutischer Fachkompetenz, psychologischer und philosophischer Theoriearbeit, moderner Erwachsenenbildung und künstlerisch-kreativer Entwürfe. Genau diese „Mischung“ war und ist für die Innovationskraft des Institutes und der Akademie kennzeichnend und hat interessante Menschen aus den genannten Bereichen in all ihrer Unterschiedlichkeit angezogen. Dies ist bis heute so geblieben. Für *Hildegund Heintl* hatte es zu ihrem 70jährigen Geburtstag in „*Gestalt und Integration*“ ein Jubiläumsheft gegeben (2/89-1/90). Sie erhielt 1992 für ihre innovative Arbeit und den Aufbau von FPI und EAG das Bundesverdienstkreuz, das 1993 *Hilarion Petzold* aus demselben Grunde verliehen wurde. Es soll nachstehend eine kurze Darstellung des Wirkens der Gründerpersönlichkeiten gegeben werden.

Leiblichkeit und Beziehungsqualität Hildegund Heinsl Beitrag zu einer ganzheitlichen Arbeit mit Menschen an FPI und EAG*

Jürgen Lemke, Kammerstein

Am 20. Februar 1992 erhielten wir die Nachricht, daß *Hildegund Heinsl* das Bundesverdienstkreuz verliehen wird (siehe Anhang) für ihre Pionier- und Aufbauarbeit in der beruflichen Weiterbildung helfender Berufe, insbesondere für den Aufbau FPI und EAG, zwei Institutionen, die sie als Mitbegründerin ins Leben gerufen hatte und durch ihre Arbeit über 20 Jahre lang geprägt hat und prägt.

Als *Hildegund Heinsl* 1970 auf den Lindauer Psychotherapiewochen *Hilarion Petzold* begegnete – sie nahm an einem von ihm angebotenen Psychodrama-Seminar teil, in dem mit Elementen der Gestalttherapie, der Leib- und Bewegungsarbeit und der kreativen Medien „integrativ“ gearbeitet wurde –, da wußte sie: Das ist der Ansatz, nach dem ich schon lange gesucht hatte. Diesen Weg gilt es einzuschlagen.

Hildegund Heinsl trat der ersten Ausbildungsgruppe bei, die sich 1971 spontan aus den Lindauer Aktivitäten um *Hilarion* formierte. In dieser „Würzburger Gruppe“ (1970) waren u. a. *Ingrid Baumert, Angelika Berger, Waltraud und Wolfram Ehlers, Rainer Frank, Jean-Paul Gonsseth, Kurt Höhfeld, Brigitte Kauseneck, Renate Leiwesmeier, Katharina Martin, Willy Rihs, Hans-Jörg Süß*. Sie selbst organisierte in Mainz 1971 Einführungsseminare (Teilnehmer: *Felix Zeitel, Alexander Heinsl, Peter Heinsl, Eugenia Sintschenko* u. a.). Wenig später bildete sich eine Ausbildungsgruppe in Mainz, die im Psychologischen Institut von Prof. *Wellek* tagte. Bald schon übernahm sie das Ko-Training in der „Nürnberger Gruppe“ (1972), und die Beratungsstelle an der Pilorystraße wurde für einige Jahre das Domizil der Nürnberger Ausbildungsgruppen (Teilnehmer: *Elisabeth Nüßle, Astrid Schreyögg, Dörte Amt-Euler, Georg Meyer,*

Florian Latka, Herman Rosenkranz, Charlotte Kurz, Jürgen Lemke, um nur einige zu nennen). Mit Studenten der Fachhochschule Nürnberg (an der *I. Nüßle* und *A. Schreyögg* tätig waren) und Studenten der Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf (an der *H. Petzold, A. Berger, E. Bubolz* und *J. Sieper* mit Lehraufträgen tätig waren), wurden erste „Laboratorien“ für Selbsterfahrung organisiert. Die Trainer waren die Teilnehmer aus den Dritthjahresgruppen der Ausbildung. Supervisoren waren *Hildegund, Hilarion, Kurt Höhfeld* und *Willy Rihs*. In diesen innovativen Projekten spielte Hildegund als integrierende Kraft auf dem Hintergrund ihrer langjährigen Erfahrung und mit ihrer hohen Empathie eine bedeutende Rolle. In der Aufbauphase des Institutes hat sie sich maßgeblich den Anliegen der Ausbildung angenommen. Als Lehr- und Kontrollanalytikerin für die erste Generation des Instituts (neben *Hilarion, Johanna Sieper, Kurt Höhfeld* – bald kamen noch *Katharina Martin, Willy Rihs* u. a. hinzu) hat sie viele der heutigen Lehrtherapeuten aus der „ersten Generation“ geprägt, Kollegen und Kolleginnen, die die neue Ausrichtung von FPI und EAG bis heute mittragen und mitbestimmen. Die Ausbildungsgruppen und Lehranalyse-schwerpunkte im Bereich Mainz, Nürnberg und München hat *Hildegund* betreut. Nachdem *Hilarion* eine erste Pilotgruppe in Wien begonnen hatte, leitete sie eine Gruppe in Salzburg. So kann man sagen, daß viele Therapeuten der ersten Generation bei ihr gelernt haben. *Hilarion, Johanna Sieper* und *Kurt Höhfeld* arbeiteten in der Zeit in der nord- und westdeutschen Region (Hamburg, Hannover, Düsseldorf). Zeitgleich arbeitete *Hilarion* mit *Willy Rihs* und *Jürgen Lemke* mit den Schweizer Gruppen.

* Unter Verarbeitung von Informationen von *Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Angelika Berger, Barbara Hascher*.

Hildegund und *Hilarion* haben von Anfang an ein kooperatives, paritätisches Modell in der Ausbildung vertreten und verwirklicht. Dies hatte eine ausbildungsdidaktischen, einen politischen und einen psychodynamischen Hintergrund: Ihnen war es wichtig, daß in einer Gruppe die Therapeuten kooperativ arbeiten, daß in die Ausbildung kreative Impulse von männlichen und weiblichen Therapeuten einfließen. Gleichfalls wurde als bedeutsam angesehen, daß am Institut das weibliche wie das männliche Element gleichgewichtig zum Tragen kam. Weiterhin sollte durch die Zusammenarbeit eines Therapeutenpaares die psychodynamisch wichtige Grundkonstellation des Elternpaares in idealtypischer Weise ermöglicht werden. Für die Einzeltherapie wurde das Prinzip „multipler Übertragungsangebote“ insoweit verwirklicht, daß die Lehranalyse bei einer Lehrtherapeutin und einem Lehrtherapeuten – also in zwei Abschnitten durchgeführt werden sollte. Dies hatte als Hintergrund die Überlegung, daß ein Therapeut für einen Patienten nicht *alles* zu verkörpern vermag, ja, dies eigentlich auch nicht soll. Übertragungsfixierungen, Idealisierungen, Guru-Pose, das alles waren Momente, die *Hildegund Heintz* aus tiefstem Herzen ablehnte, weil es ihrem Begegnungs- und Beziehungsideal widersprach. So wirkte sich dies ebenso auf den Wechsel des Lehrtherapeutenpaares in der fortlaufenden Ausbildungsgruppe aus. Auch hier kommt ja nach zwei Jahren im dritten Jahr ein neues Therapeutenpaar. Diese Modelle führten dazu, daß viele Lehrtherapeuten der ersten Generation ein Teil ihrer Analyse bei *Hildegund*, einen bei *Hilarion* machten, oder umgekehrt, einen Teil bei *Kurt Höhsfeld*, den anderen bei *Johanna Sieper*, einen Teil der Ausbildungsgruppe bei *Hildegund* mit Ko-Therapeut, den zweiten Teil bei *Hilarion* mit Ko-Therapeutin. Diese Generation hatte deshalb z. T. die einzigartige Gelegenheit, bei zwei außergewöhnlichen Therapeutenpersönlichkeiten einzel- oder gruppentherapeutische Selbsterfahrung und Ausbildung zu durchlaufen.

Hildegund und *Hilarion* wurden so bald zu „Institutseltern“. Gemeinsam oder alternierend

führten sie die frühe Form der Lehrtherapeutenweiterbildungen in den Regionen Düsseldorf, Hannover, Hamburg, München und Basel durch, das sogenannte „staff training“. In diesen Intensivseminaren wurde der Nachwuchs an Lehrtherapeuten ausgebildet. Es war der Vorläufer des heutigen „Lehrtherapeuten-curriculums“. Auf der Blockanalyse in Knechtsteden (ab 1973, später in Düsseldorf-Kaiserswerth, dann am Beversee) wechselten sich *Hildegund*, *Johanna* und *Hilarion* in der Durchführung der Supervisionsabende ab. Typisierend könnte man sagen: *Hildegund* betonte den Beziehungsaspekt, *Hilarion* die theoretische Dimension, *Johanna* die didaktische. Dies ist sicher eine Sichtweise, aber sie trifft die Situation nicht ganz, denn es entwickelten sich aus der „Ko-respondenz“ der drei Institutsgründer *Synopsen*, eine *Synergie*. Es kam zu einer *Permeation*, um einmal diese Schlüsselbegriffe Integrativer Therapie zu verwenden. Jeder entwickelte diese Qualität in unterschiedlicher Ausprägung. Der eine lernte vom anderen. So bildete sich im Zusammenspiel von *Differenzierung und Integration* der Therapiestil aus, der für das „Fritz Perls Institut“ kennzeichnend ist: eine wertschätzende Form des Umgangs auf intersubjektiver Ebene, in der die *leibliche Präsenz* des anderen der Ausgangs- und der Endpunkt ist. Es entwickelte sich ein ko-respondierendes Suchen, um komplexe Lebenszusammenhänge in ihrer Mehrperspektivität zu erfassen und für Probleme kreative Lösungen zu finden. *Hildegund Heintz* war und ist für viele in all diesen Dimensionen ein Vorbild. In ihrer Tätigkeit als Lehrtherapeutin, dann über mehr als 15 Jahren als *Ausbildungsleiterin* des Institutes entwickelte sie, die Medizinerin und Psychotherapeutin, hervorragende didaktische Fähigkeiten. Sie wurde Spezialistin für „berufsbezogene Erwachsenenbildung“, was die besondere Qualität der Angebote von FPI und EAG ausmacht. Sie hat für die Didaktik sicherlich bei den anderen Mitbegründern gelernt, und diese wiederum lernten von ihr, was den Blick für Gesundheit und Krankheit auf der leiblichen Ebene in der psychosomatischen Dimension anbelangte. *Hilde-*

gund eignete sich Organisations- und Managementfähigkeiten an, als sie das Zentralsekretariat, das *Hilarion Petzold* und *Barbara Hascher* – sie baute die FPI-Verwaltung auf – in Düsseldorf geführt hatten, nach Mainz übernahm, bis es dann an die Akademie zum Beversee umsiedelte. Mit dem Kauf der Akademie, ihrem Umbau und den Neubau des Hauses zeigte sich, daß *Hildegund* in Fragen des Finanzmangement und des Bauwesens einiges an Talent und Durchblick zu bieten hatte. 1981 hat *Hilarion* das Hotel am Beversee gefunden – damals ein Internat, das zum Verkauf stand. Die Gründungsgesellschafter des FPIs haben sich entschlossen, das Wagnis einzugehen, dieses Haus zu kaufen und umzubauen sowie 1988 durch den Neubau eines zweiten Hauses die Kapazität des Bildungswerkes zu erweitern: „synergy at work“.

Mit dem Wachsen der europäischen Aktivitäten des Instituts und der Akademie hat *Hildegund Heintl* länderübergreifenden Aktivitäten mitgetragen und gestützt. Insbesondere hat sie die griechische Gruppe des Instituts initiiert und über Jahre geleitet. In gleicher Weise hat *Hildegund* über zwanzig Jahre die Intensivseminare des Institutes, die „Gestaltkibbuzim“ (überwiegend fanden sie auf der Insel Dugi Otok in Jugoslawien statt) mitgetragen und persönlich in einer Art und Weise mitgestaltet, daß sie für die Menschen, die an ihnen teilnahmen, stets eine große und bereichernde Erfahrung waren.

Hildegund Heintl hat im Weiterbildungsprogramm des FPIs in den Einzelseminaren immer wieder äußerst interessante Themenseminare angeboten, in denen sie Fragestellungen aufgriff, die im Bereich der Psychotherapie über lange Zeit unbeachtet geblieben waren, obgleich sie für die Entstehung individueller und kollektiver Krankheitsbilder erhebliche Bedeutung hatten. Es sei hier das Seminar über „Krieg, Flucht und Vertreibung“ genannt, daß sich mit den „Spätfolgen“ von Kriegerlebnissen befaßte, die z. T. über „delegierte Gefühle“ an die zweite Generation weitergegeben wurden – im Schweigen, in der stummen Sprache, der

Gesten, der Körperhaltung. Sie konzipierte zusammen mit *Hilarion* eine Reihe von Psychosomatikseminaren: „Auf meinem Rücken getragen“. Das „Rückenseminar“ wurde ein durchschlagender Erfolg. Es zieht bis heute Professionals und Patienten an. *Hilarions* Seminar „Herzenerfahrung“ zeigt ein anderes bedeutendes Psychosomatikthema auf. Die Seminare über „Auge“, „Haut“, „Atmung“ ergänzen das Spektrum psychosomatischer Angebote im Weiterbildungsprogramm von FPI und EAG. Auch durch die Seminare über „direkte Kommunikation“, „Gruppenprozeßanalyse“, „Kinderszenen“ u. a. hat *Hildegund* das Weiterbildungsangebot von FPI und EAG bereichert. Viele Teilnehmer an diesen Gruppen berichten, sie hätten in ihnen „Schlüsselerfahrungen“ gemacht. *Hildegund Heintl* hat ihre Kompetenzen nie für sich behalten, sondern sie großzügig Kolleginnen und Kollegen sowie dem Nachwuchs bei den Lehrtherapeuten weitergegeben. So sind viele der von ihr initiierten Seminarypen jetzt auch in die Hände anderer Mitarbeiter des Instituts übergegangen. Diese Form der aktiven Nachwuchsförderung als Ausbildungsleiterin von FPI muß mit den von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* initiierten Weiterbildungscurricula für Lehrtherapeuten und die Gremienarbeit, Supervision und Intervision auf überregionaler und regionaler Ebene als wichtiges Moment für das Heranwachsen eines Lehrkörpers von hoher Kompetenz gesehen werden.

Wenn man nun fragt, was wohl der wichtigste Beitrag dieser ungewöhnlichen Frau für den Aufbau und die Entwicklung des „Fritz Perls Institutes“ und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ war und ist, was darüber hinaus ihr Beitrag zu den Verfahren, die am Institut gelehrt werden, ist, so kann diese Frage nicht einfach und nicht eindimensional beantwortet werden. Das dürfte durch dieses „qualitative Portrait“ deutlich geworden sein. Zentral ist sicherlich ihr menschliches Engagement, ihr Einsatz für die Sache der *Integrativen Therapie*, für diesen Ansatz, von dem sie überzeugt ist und für den sie ihre ganze Lebens- und Schaffenskraft und Kreativität einbrachte.

Der Aufbau eines so großen Werkes, einer so großen Bewegung ist nicht einfach, ein immenses Unterfangen, das eine Person allein nicht leisten kann. *Hildegund Heidl* und *Hilarion Petzold* waren bestrebt, gemeinsame Ideen und Anliegen zu verwirklichen, und sind füreinander zu Weggefährten geworden. *Hildegund* hat das „Klima“ am Institut ganz wesentlich mitbestimmt und mitgeprägt, ein Klima emotionaler Zuverlässigkeit, ärztlicher Sorgfalt, therapeutischer Feinfühligkeit und kreativer Freiheit. Es wäre sicher falsch, hier an einseitigen Festlegungen zu verharren, denn auch *Hilarion* und *Johanna* und die Kollegen der „ersten Generation“ haben 20 Jahre mit Beständigkeit und einer enormen Investition in diesem und für dieses Institut gearbeitet. Es ist ein „joint venture“. Es wäre auch nicht richtig, das innovative, expansive, „männliche“ Element *Hilarion Petzold* zuzuschreiben und das bewahrende, sichernde, „weibliche“ bei *Hildegund Heidl* zu belassen. Eine solche klassische Rollenverteilung würde den Gründerpersönlichkeiten nicht gerecht. *Hildegund* hat eine erstaunliche Kreativität entfaltet, eine Innovationskraft, der viele Entwicklungen zu verdanken sind. Ihr unternehmerischer Wagemut hat Projekte wie den Kibbuz in Jugoslawien, den Kauf der Akademie, den Neubau, das Forschungsprojekt in den neuen Bundesländern wesentlich mitermöglicht. Ihre organisatorische „Power“ hat die Grundlagen des Institutes mitgeschaffen.

Wichtiger wahrscheinlich noch als dieses, ist ihre Arbeit im Bereich der „Menschenbildung“ zu sehen. Sie hat Menschen durch ihr Vorbild geprägt, die heute am Institut lehren und das weitertragen, was sie vermittelt bekamen. *Hil-*

degunds Beitrag zur Integrativen Therapie ist aus ihrem hohen therapeutischen Können gewachsen, der Verbindung somatisch-medizinischer Praxis und psychotherapeutischer Feinspürigkeit. *Hildegund* hat mit ihren „Mikroanalysen“ im Bereich leibtherapeutischer Diagnostik und in der Feinabstimmung differentieller Intervention den Integrativen Ansatz für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen in einzigartiger Weise vertieft und entwickelt. Ihre Kasuistiken sind Musterbeispiele für die Filigranarbeit von Fokalinterventionen (*Petzold, Heidl* 1980; *Heidl, Petzold, Fallenstein* 1983; *Heidl, Petzold, Walch* 1983). Ihre therapeutische Arbeit mit Menschen aus benachteiligten Schichten, wie sie sie in ihrer orthopädischen Praxis (die sie neben ihrer Aufbauarbeit für das Institut bis Ende der 80er Jahre noch führte) tagtäglich behandelt hat, führte zu wichtigen behandlungspraktischen Beiträgen zum Thema „Psychotherapie und Arbeitswelt“ (*Petzold, Heidl* 1983). Damit wurden auch Modelle geschaffen, die insbesondere für den Arzt in der Praxis eine ganzheitliche und psychosomatische Perspektive und Behandlungsorientierung bietet. *Hildegund Heidl* entwickelte ein besonderes Weiterbildungsmodell für Ärzte, um diese Konzepte und Theorien weiterzuvermitteln. *Hildegund Heidl* hat in ihrer Praxis und Konzeptbildung konsequent im Sinne der Integrativen Therapie ihre Arbeit *vom Leibe* und *von der zwischenmenschlichen Beziehung* her definiert und praktiziert. „Leibliche Begegnung“ in all ihrer Direktheit und Unmittelbarkeit ist es, was diese große Psychotherapeutin in ihrer leibtherapeutischen und pädagogischen Arbeit auszeichnet.

LITERATUR

- Heidl, H., Petzold, H.G., Fallenstein, A.*, Das Arbeitspanorama, in: *Petzold, Heidl* (1983) 356-408.
Heidl, H., Petzold, H.G., Walch, S., Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten, in: *Petzold, Heidl* (1983) 267-309.
Petzold, H.G., Heidl, H., Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt, *Integrative Therapie* 1 (1980) 20-57; auch in: *Petzold, Heidl* (1983) 178-219.
Petzold, H.G., Heidl, H., Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann, Paderborn 1983.

VERÖFFENTLICHUNGEN

Bibliographie Dr. med. Hildegund Heidl

1. Mitherausgeberin der Zeitschrift „Integrative Therapie“
2. Heidl, H.
„Editorial“ *Integrative Therapie* 2/3 1975
3. Heidl, H.
„Editorial“ *Integrative Therapie* 3/4 1977
4. Heidl, H./Spiegel-Rösing, J.
Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, in: *Integrative Therapie* 10, 1978, S. 58-65 und *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, Heft 10 1981.
5. Heidl, H.
„Editorial“ *Integrative Therapie* 4 1979
6. Heidl, H., Petzold, H.
Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention in der Behandlung von Störungen in der Arbeitswelt, in: *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Hrsg.: Petzold, H., Heidl, H., Junfermann Verlag 1983.
7. Heidl, H., Petzold, H., Walch, S.
Konzepte und Erfahrungen aus der gestalttherapeutischen Arbeit mit Angehörigen sozial benachteiligter Schichten, in: *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Hrsg.: Petzold, H., Heidl, H., Junfermann Verlag 1983.
8. Heidl, H., Petzold, H., Fallenstein, A.
Das Arbeitspanorama, in: *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Hrsg.: Petzold, H., Heidl, H., Junfermann Verlag 1983.
9. Heidl, H.
Körper und Symbolisierung, in: *Integrative Therapie* 3/4 1985.
10. Heidl, H.
Groddeck und die Integrative Leibtherapie, in: *Groddeck Almanach*, Stroemfeld/Roter Stern 1986, S. 179-185.
11. Heidl, H.
Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane, in: *Psychosomatik in der Orthopädie*, Hrsg. Willert, H.-G., Huber Verlag 1990.
12. Heidl, H.
Psychosomatische Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane – der Zugang der Gestalttherapie, in: *Psychosomatische Rheumatologie*, Hrsg.: Eich, W., Springer Verlag 1991.
13. Heidl, H.
Körpertherapie in der Praxis, in: *Lindauer Texte*, Hrsg.: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th., Springer Verlag 1992.

Frau Dr. Hildegund Heidl

Mitbegründerin des Fritz Perls Instituts und der Europäischen Akademie
erhält für ihre Arbeit das
Bundesverdienstkreuz

Vorschlagsbegründung:

Frau Dr. Heidl hat sich als Mitbegründerin des „Fritz Perls Instituts“, Trägereinrichtung der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, herausragende Verdienste erworben. Sie ist seit 20 Jahren als Ausbildungsleiterin des Instituts und Fachreferentin bei Tagungen und Kongressen tätig und hat mit ihrer kreativen Weiterbildungsarbeit und ihren innovativen Methoden im Bereich der Psychotherapie, Soziotherapie und Heilpädagogik beispielhaft zur Entwicklung einer körperzentrierten Psychotherapie beigetragen.

Frau Dr. Heidl hat über viele Jahre hinweg im Vorstand psychotherapeutischer Fachgesellschaften mitgewirkt. Sie ist Supervisorin von Fachkliniken und Mitherausgeberin von Fachzeitschriften. Mit Gastvorlesungen und Weiterbildungsseminaren hat sie in zahlreichen europäischen Ländern Anerkennung gefunden und eine Vielzahl junger Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter mit den verschiedenen Praxisfeldern vertraut gemacht.

Frau Dr. Heidl hat sich durch ihr richtungsweisendes Engagement um das Gesundheitswesen besonders verdient gemacht. Dies rechtfertigt die Auszeichnung mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland.

Statement

von Herrn Dr. Günter Gerhardt,

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhesen
anlässlich der Verleihung des Verdienstkreuzes
am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
am 29. Oktober 1992 in Neustadt/Weinstraße

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr verehrte Frau Kollegin Heinel,

im Namen der Bezirksärztekammer Rheinhesen – der 1. Vorsitzende, Herr Prof. Dr. Ohler, ist leider verhindert, hat mich aber mündlich und schriftlich gebeten, Ihnen, liebe Frau Kollegin Heinel, seine persönlichen Grüße und Glückwünsche zu übermitteln – und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhesen möchte ich Frau Dr. med. Hildegund Heinel ganz herzlich gratulieren zur Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Frau Kollegin Heinel gehört zu den Gründer-Persönlichkeiten des „Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, eine Trägereinrichtung der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“.

Als Ärztin für Orthopädie/Psychotherapie blicken Sie, Frau Heinel, auf eine langjährige Erfahrung im Umgang mit psychosomatischen Patienten zurück, und Sie haben dazu noch diese Erfahrung in die Ausbildung von Ärzten und Psychotherapeuten eingebracht.

Das Stichwort „Psychosomatik“ wird zur Zeit viel zitiert. Kaum jemals wird in ärztlichen, aber auch in gesundheitspolitischen bzw. journalistischen Verlautbarungen bestritten, daß es für die Theorie und Praxis der Medizin von großer Bedeutung ist. Dieser affirmativen Haltung in der Öffentlichkeit steht nicht selten eine gewisse Verlegenheit bei der Benennung realer psychosomatischer Zusammenhänge und Störungsformen gegenüber. Die allgemeine Zustimmung, die die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen und organischen Funktionsbeeinträchtigungen findet, kann über die Vordergründigkeit des Gebrauchs des Schlagwortes „Psychosomatik“ hinwegtäuschen.

Mit der Methode „körperzentrierte Psychotherapie“ arbeiten heute viele Therapeuten. Sie, Frau Kollegin Heinel, haben zunächst einmal maßgeblich zur Entwicklung beigetragen. Mit der Gestalttherapie, die von dem Ehepaar Perls in den 40er Jahren entwickelt wurde, haben Sie vielen Kolleginnen und Kollegen während zahlreicher Fort- und Weiterbildungen gezeigt, wie aufgrund des reichen Repertoires an erlebnisaktivierenden und einsichtsvermittelnden Verfahren, insbesondere nonverbaler und kreativer Methoden, besonders verbalisationsschwachen Klienten aus benachteiligten Schichten geholfen werden kann.

Sie haben es in Ihrer ärztlichen Tätigkeit praktiziert und gelehrt, daß die Verwendung der Gestalttherapie als kurzzeitig oder mittelfristig laufende Therapie es erlaubt, die emotionsintensive, fokussierte Arbeit bei neurotischen Patienten zu verwenden. Durch den Anspruch, den Menschen im sozialen Kontext zu erreichen und über den reparativen Aspekt hinausgehend Potentiale zu fördern, hat die Gestalttherapie auch familientherapeutische und soziotherapeutische Modelle der Gruppenarbeit und Beratung und gestaltpädagogische Konzepte und Methoden entwickelt.

Frau Dr. Heinel gehört ebenfalls zu den Pionieren einer psychosomatischen Perspektive im Rahmen der Orthopädie. Noch heute, 1992, gibt es namhafte Orthopäden, die ihr Fach als lupenrein somatisch betrachten. Ich könnte mir vorstellen, daß vor Jahren der Begriff „Psychosomatik“ in der Orthopädie generell verpönt war.

Heute wissen wir, daß Funktionsstörungen im Bereich von Muskeln und Gelenken symbolisch in einem Zusammenhang stehen mit Spannung und Entspannung, Starre und Beweglichkeit.

Man fühlt sich „belastet“.
Jemand ist ein „schlaffer Sack“.
Man hat keinen Halt mehr.
Man ist „aufrichtig“.
Jemand reißt sich zusammen.

Wie kaum ein anderer Bereich drücken der Beweglichkeitsapparat und die Motorik in unmittelbarer Weise das Individuelle jedes einzelnen Menschen aus. Seine geistige Haltung steht in direktem Zusammenhang mit seiner körperlichen Haltung. Die Persönlichkeitsstruktur dieser Patienten ist oft gekennzeichnet durch eine unterdrückt feindselige Haltung mit Umkehrung der Aggressivität nach innen. Diese Aggressionsproblematik spielt bei vielen psychosomatischen Störungen im Bereich von Muskeln und Gelenken eine entscheidende Rolle. In der Therapie muß versucht werden, mit dem Patienten die verdrängten Aggressionen anzusprechen. Hier können auch wieder gestalttherapeutische Methoden der Wahrnehmungsschärfung und Verdeutlichung behilflich sein zur Konfliktbewältigung.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Frau Kollegin Heinel,

mir kommen all diese Worte als einem selbst psychotherapeutisch weitergebildeten Arzt relativ leicht und locker über die Lippen.

Sie dagegen, Frau Heinel, mußten wahre Pionierarbeit leisten, d. h. organische und psychologische Vorgänge wurden von Ihnen in der Therapie erlebt, gedeutet und die erkannten Gesetzmäßigkeiten weiterentwickelt zu therapeutischen Verfahren, auf die wir dankbar zurückgreifen dürfen.

Dafür möchte ich an dieser Stelle Dank sagen, nicht nur im Namen all der vielen Kolleginnen und Kollegen, die von Ihrer Arbeit profitieren, sondern auch im Namen von vielen, vielen Patienten, denen damit geholfen werden konnte.

Ein Gang durch viele Landschaften Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration*

Rolf Zundel (†)

Es gibt Menschen, deren Leben sich in einer einzigen, exemplarischen Situation erschließt. *Hilarion Petzold* gehört nicht zu ihnen. Da ist nicht das eine Bild, in dem er sich begreifen ließe, viele Bilder drängen sich auf.

Der Zauberer, der scheinbar ganz intuitiv mit wenigen Interventionen genau die Szene hervorruft, die einen Menschen lange bedrängt und gelähmt hat. Er findet sie mit natürlicher Eleganz, wie die Katze eine Maus fängt, und erklärt nicht ganz ohne schnurrendes Behagen, wie er das gemacht hat – lege artis natürlich, in strikter Anwendung eines lehrbaren therapeutischen Verfahrens.

Der Dozent, den ein hingeworfenes Stichwort in lange und druckreife Exkursionen lockt – etwa über die Bedeutung des Ritus in der Psychotherapie („Wir suchen neue Formen für das, was in alten Kulturen nach vorgegebenem Muster ablief“) oder über verschiedene Therapiestile. Unversehens wird ein Kolleg daraus, und während einige Zuhörer von der Müdigkeit sanft davongetragen werden, wandert er unbeirrt durch die Entwicklungsgeschichte der Therapie, erörtert Vorteile und Risiken der verschiedenen Stile, zeigt, wo Berührung oder Abgrenzung, wo Offenheit oder „Abstinenz“ ihren Sinn und welchen Sinn sie haben – vergleichende Psychotherapie.

Der Beobachter, den etwas fülligen Körper elegant hingestreckt auf einer Matte, die Beine zierlich geordnet, den Kopf elegant aufgestützt. In dieser Pose etwa könnte man sich Petronius bei einem römischen Gastmahl vorstellen, jeden falschen Ton, jede verunglückte Geste wahrnehmend, unbestechlich genau – und mit einem leisen Anflug von déjà vu.

Der Zugewandte, der den Schmerz, der im Gewahrwerden alter Wunden aufbricht, nachfühlt, als wäre er sein eigener, der mit einer fast unmerklichen Handbewegung zeigt: Ich bin für dich da, und dessen Gesicht an das einer Mutter erinnert, die über ihr krankes Kind gebeugt ist.

Der Kumpel, der sich von uns in voller Montur ins Wasser werfen läßt (genauer: dem Stoß durch einen Hechtsprung zuvorkommt) und mit triefenden Hosenbeinen, Salzwasser im rötlichen Bart dem Meer entsteigt: Neptun auf Landgang. Und auch der Distanzierte, der vereinnahmender Kameraderie ganz undramatisch, aber fühlbar Grenzen setzt.

Viele Rollen, auch viele Interessen. Die Liste der Veröffentlichungen des 42jährigen (sie umfaßt zehn enggedruckte Seiten) läßt zwar Schwerpunkte erkennen – Gestaltbarkeit, Körpertherapie, Psychodrama, Arbeit mit alten Menschen –, aber sie ist zugleich auch ein Gang durch viele Landschaften. Und am Rande taucht auch scheinbar Kurioses auf: „Frühjahrsklauenpflege“, „Bemerkungen zur Erforschung der altserbischen Kirchenmusik“ oder ein Aufsatz über die „Kunst der Naiven“.

Petzold hat dreimal promoviert, als 24jähriger in Paris als Theologe (über Spezialprobleme im orthodoxen Eherecht), drei Jahre später (1971) in Philosophie und Psychologie bei *Gabriel Marcel* („Eschatologie und Anthropologie aus der Sicht ostkirchlicher Religionsphilosophie und -psychologie“), 1979 in Heil- und Sonderpädagogik an der Universität Frankfurt. Er ist Professor für klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik an der Freien Universität Amsterdam, hat Lehraufträge an den Universitäten Graz, Frankfurt und Bern und leitet das Fritz

* Beitrag aus: Zundel, E., Zundel, R., Leitfiguren der Psychotherapie, Kösel, München 1987, 191-214, ursprünglich erschienen in „Die Zeit“

Perls Institut, eine der großen Ausbildungsstätten für Therapeuten in Deutschland. Er spricht „acht oder neun Sprachen“, nicht gerechnet die alten, die er liest.

„Alle Psychotherapeuten“, so erklärt er, „die großen wie die kleinen, versuchen in dem Verfahren, das sie wählen oder entwickeln, ein Stück ihres Lebens, ihrer Lebensgeschichte auszudrücken und zu bewältigen“. Bei *Petzold* – in so vielen Rollen gerecht, mit so weitgespannten Interessen, an so vielen Orten lehrend und lernend – leuchtet dieser Gedanke unmittelbar ein. Integration lautet das Schlüsselwort für seine Lebensbewältigung, und nicht zufällig nennt er sein Verfahren „Integrative Therapie“.

Schon die Familie hat dem jungen *Hilarion* eine ganz ansehnliche Ausstattung mitgegeben. Der Vater – die Familie, die von deutschen Siedlern abstammt, kommt aus Rußland und Polen – war Saatgutexperte und hat sich viel mit naturwissenschaftlichen Fragen beschäftigt. „Mein Vater ging fast jedes Wochenende mit uns durch die Natur und erkläre uns Pflanzen und Tiere – mit neun, zehn Jahren hatten wir das drauf“. Die Mutter, eine Düsseldorferin, ist mit der Musik, mit dem Theater aufgewachsen, stand selber auf der Bühne. Von klein auf wurden Kindertagebücher geführt, in Reimen abgefaßt und illustriert. Mit Vettern und Basen wurde Theater gespielt, wurden Puppenstücke aufgeführt, mit selbstverfaßten Texten natürlich und mit selbstgebastelten Puppen.

Nicht nur zum eigenen Vergnügen, obwohl auch dies ganz beträchtlich gewesen sein muß. Die Mutter gab da ein Beispiel. „Sie hat im Zweiten Weltkrieg als Rote-Kreuz-Schwester für Schwerkranke und Sterbende Gedichte geschrieben, auch zusammen mit ihnen. Sie hat ihnen vorgelesen und sie ermutigt, sich ihr Leid von der Seele zu schreiben.“ Die Kinder der Großfamilie zogen in Altersheime und spielten mit Verwandten und für sie. Therapie für alte Leute – mit Poesie, Puppenspiel, Geschichtenschreiben – ist später ein wichtiges Feld der Integrativen Therapie geworden, sehr präzise ausgearbeitet, nach kritisch-wissenschaftlicher Durchmusterung aller anderen Bemühungen

auf diesem Gebiet. Und die Begleitung Sterbender ist vielleicht das anrührendste Beispiel der therapeutischen Arbeit *Petzolds*. Sie geschieht ja in einem schwierigen Grenzbereich, wo es nicht mehr um das übliche Heilen und Wachsenkönnen geht, sondern ums Trösten und Abschiednehmen. Mit eleganter Technik allein kann hier kein Therapeut bestehen.

Von der Vaterseite hat *Hilarion Petzold* neben dem Interesse für Naturwissenschaften noch etwas anderes, Wichtiges mitbekommen – von den alten Leuten aus dem Osten, den Brüdern des Vaters, den Großonkeln und Großtanten, die nach der russischen Revolution und zwischen den Kriegen nach Deutschland zurückgekehrt waren. „Schwere, schwermütige, nach innen gekehrte Menschen, die sehr fromm waren“, so schildert er sie. Etwas von der russischen Frömmigkeit brachten sie mit, wie sie in der „Aufrichtigen Erzählung eines Pilgers“ oder im „Dobratolubije“ aufscheint, der russischen Wiedergabe von Zeugnissen alter Beter. „Wenn sie dasaßen und erzählten, in russisch, polnisch oder deutsch mit baltischem Akzent, da entstand in ihrer Gegenwart ein Gefühl: Man sitzt am Kachelofen; es ist Winter, aber man ist gut behaust. Da war es oft eng; die Großmutter hat viele Flüchtlinge untergebracht. Aber trotz Beengtheit, auch Armut, es gab eine Stimmung von Ruhe und Weite, entstand *Atmosphäre*“, ein Schlüsselwort später in *Petzolds* Therapie.

Der Schüler *Petzold* schreibt Kurzgeschichten, gewinnt auch einen Preis, liest zusammen mit einem Dominikaterpater *Thomas von Aquin* und bereitet sich für die Agrarwissenschaft vor. Er arbeitet in der Landwirtschaft, aber ein Unfall zwingt ihn zur Änderung seiner Pläne. Er geht nach Paris an die Theologische Fakultät. Und er begegnet dort dem Philosophen *Gabriel Marcel*. Noch heute spricht er mit Wärme, mit Verehrung von ihm: „Ein kleiner Mann, viel älter aussehend als siebzig, mit überproportional großem Kopf und sehr klaren, aufmerksamen Augen. Er gab einem das Gefühl, als ganze Person angenommen zu werden. Ihm gelang es sofort, einen Dialog herzustellen, ein sokratisches

Gespräch, in dem man sich selber besser kennenlernte, besser begriff. Es waren philosophische Gespräche mit therapeutischem Charakter. Auch seine Theaterstücke sind ja eigentlich eine Form dramatischer Therapie“.

In Paris beginnt eine erstaunliche Entdeckungsreise. Sie fängt an bei der Philosophie und erreicht fast alle Bereiche der Psychotherapie. Dem Weg zu folgen ist nicht immer einfach, aber es ist lohnend, denn er führt vor Augen, wie groß die Vielfalt der Psychotherapie ist, die *Petzold* integrieren will und auch, wie schwer diese Aufgabe ist.

In Paris formt sich die philosophische und anthropologische Grundüberzeugung *Petzolds*. Sie entfaltet sich an dem Begriff „Leiblichkeit“. Es ist ein schwieriger Begriff, weil er, darauf weist *Marcel* hin, eine „abgründige Zweideutigkeit des Menschen“ benennt, an dem sich viele Philosophen abgearbeitet haben: ein Leib *sein* und einen Körper *haben*, Subjekt sein und sich selber zum Objekt *haben*. Es geht um jene „vieldeutige Beziehung, die mich mit mir selbst verbindet“ – und mit der Welt.

Diese heikle Beziehung wahrzunehmen ist weit mehr als eine Marotte der Philosophen, denn wo sie zerrissen ist, hat dies sehr praktische Bedeutung. Es entstehen zwei Kulturen eine idealistische Philosophie des Bewußtseins, die sich nicht selten ins anmutige Ghetto der Geisteswissenschaften zurückzieht, und ein Naturalismus, der selbstsicher in der Naturwissenschaft Triumphe feiert.

Die Phänomenologen versuchen, die lebendige Beziehung zwischen Natur und Bewußtsein wiederherzustellen. Einer ihrer bedeutendsten französischen Vertreter, *Maurice Merleau-Ponty*, von dem *Petzold* sehr beeinflusst wurde, arbeitet mit der Vorstellung des „inkarnierten Sinns“, der sich in Gestalten und Strukturen ausdrückt. Sie stellen für ihn die ursprüngliche Organisation der Wirklichkeit dar, sie sind weder Ding noch Idee, aber sie formen den Leib. Philosophieren wird für *Merleau-Ponty* zum „behutsamen Abtasten und Umkreisen von Phänomenen, zur Kunst, Zeichen zu lesen, am geringsten Detail einen Gesamtsinn zu erkennen“. Nicht

zufällig trifft diese Beschreibung auch einen wesentlichen Teil der Arbeit eines Therapeuten.

Im Leib sind da die Spuren der Geschichte eingepägt, der Lebens-, Familien-, Gattungs- und Kulturgeschichte. In diesem Kontinuum bewegt sich der Mensch. Er steht aber auch im Kontext eines ökologischen und sozialen Umfelds. Nicht das unabhängige Individuum wird hier gefeiert; „der Mensch wird zu dem, was er ist, durch andere; Mensch wird man durch den Mitmenschen“ (*Petzold*).

Auch diese anthropologische Grundüberzeugung hat unmittelbare praktische Bedeutung. Krankheit entsteht dort, wo diese Beziehungen gestört sind. Und auch die Rolle des Arztes wird dadurch bestimmt. Zu dessen Selbstverständnis muß es gehören, so fordert *Marcel*, „daß all seinen diagnostischen Reflexionen und therapeutischen Anstrengungen ein spontanes Gewahrwerden des anderen Menschen voraus- und zugrundeliegt ... Aus dieser Teilnahme, dieser Fähigkeit, sich auf den anderen rückhaltlos einzulassen und sich im Mitsein mit ihm zu entdecken: Daraus ergibt sich alles ärztliche Tun.“ Therapeuten sprechen von Empathie; sie ist die Grundvoraussetzung ihrer Arbeit.

Wie aber sieht Empathie aus, was wird da gespürt? Eine Antwort darauf findet sich in der „neuen Phänomenologie“ des Wahrnehmens des Kieler Philosophen *Hermann Schmitz*, auf den sich *Petzold* beruft. Im Grundelement der Wahrnehmung, so erkennt *Schmitz*, fließt vieles zusammen: „Jeder vollsinnige Mensch nimmt Dunkelheit, Stille, leeren Raum, Zeit Atmosphäre, Sachverhalte und Situationen nicht weniger wahr als Farben, Geräusche und Bewegungen.“ Stille zum Beispiel hat Weite, Gewicht, Dichte; es gibt brütende Mittagsstille, zarte Morgenstille, friedliche Abendstille ... „Der Feinfühligste nimmt oft unter Menschen und Dingen leicht und deutlich wahr, ‚was los ist‘ (eine ganze Situation), ehe er auf Farben und Geräusche und dergleichen achtet.“

Solche nicht gerade selbstverständliche „Feinspürigkeit“ (Extrembeispiel *Marcel Proust*: am Geschmack und Geruch eines Stückes Teegebäck haftet seine Vergangenheit als Eindruck,

dem er durch die vielen Bände seines Romanwerks nachging), scheint *Petzold* nicht fremd zu sein. Und er kann sie, was noch seltener ist und einem Therapeuten sehr zustatten kommt, auch zur Sprache bringen. Manchmal, wenn er es sich erlaubt, vom Kothurn abstrakter Begrifflichkeit herabzusteigen, auf dem die wissenschaftliche Literatur einhergeht (er beherrscht diesen Gang spielend und ruft ohne Mühe den Eindruck verweis- und fußnotenbewehrter Professionalität hervor), dann wird ein beachtliches Ausdrucksvermögen sichtbar.

Das liest sich dann – in einem Essay über den Schrei in der Therapie – so: „Es müht sich das Stakkato dürrer Worte, raschelder Chiffren, die sich aus zusammengekniffenen Mündern, aus welken Lippen von Regierungssprechern, Kommentatoren, Beschwichtigern hervordrehen, dichter und dichter, um keine Lücke aufkommen zu lassen, keine Pause, keine Stille, in die sich der Schrei hineindrängen kann, raumgreifend, aushöhlend, alle Dämme brechend. Je feiner der Film der Worte die Oberfläche bedeckt, je dichter das Sprachgewebe der Vernunft gezogen ist, desto mächtiger öffnen sich die Münder der Tiefe. Sie wollen nicht ersticken: am Schrei der Qual, am Freudenschrei, am Zorneschrei, am Angstschrei“.

Diese Feinspürigkeit ist begrifflicherweise für den Therapeuten ziemlich nützlich, ja eigentlich unentbehrlich, zum Beispiel in den Schlüsselszenen, in denen eine schwere Störung der Beziehungen zu anderen modellhaft deutlich wird. Die bloße Mitteilung, „ich wurde von meinem Vater oft verdroschen“, bedeutet oft wenig. Erst wenn die Atmosphäre, die Szene wieder auftaucht und vom Therapeuten wahrgenommen und erfaßt wird – Erkennen und Erkanntwerden gehören zusammen –, kann der Prozeß der Heilung beginnen.

Im Hervorrufen solcher Atmosphären und Szenen liegt vielleicht *Petzolds* größte Begabung, da ist er wirklich eine Art Zauberer. Nicht irgendein Vater taucht auf, sondern ein ganz bestimmter, nicht eine Abstraktion, ein Archetyp, sondern ein höchst lebendiger, bedrohlicher – auch heute noch. Man hat ihn vor Augen, man spürt ihn in

den Muskeln und in den Knochen. Und plötzlich wird klar, warum der Junge – sogar noch als Erwachsener – es so schwer hat, ihm offen entgegenzutreten und wie diese Hemmung auch in anderen Beziehungen immer wieder erscheinen muß. Dabei geht es weniger um die einzige, große und traumatische Erfahrung, wie sie in der klassischen Psychoanalyse gesucht wird, sondern um eine Kette von Erlebnissen, in denen das gestörte Verhalten allmählich in „Fleisch und Blut“ übergegangen und ein Teil der Charakterstruktur geworden ist.

Die „Philosophie der Bezogenheit“ ist für *Petzold* noch aus einem weiteren Grund wertvoll: Die Bezogenheit auf andere – und das ist ja anthropologische Grundüberzeugung *Petzolds* – prägt auch das Wahrnehmen. Wie es einem anderen Menschen zumute ist, erkennt man, wie *Schmitz* und *Merleau-Ponty* herausgearbeitet haben, nicht nur an dessen Verhalten, an dessen Gesichtsausdruck, sondern man spürt es an sich selber. Und oft gibt das eigene Empfinden genauere Auskunft über den anderen als das, was er tut und sagt. Dies ist eine Grundtatsache menschlicher Begegnung, der therapeutischen zumal, ja eigentlich ihre Voraussetzung – eine Voraussetzung freilich, derer sich nur wenige, auch nur wenige Therapeuten, voll bewußt sind.

In Paris lernt *Petzold* außer *Gabriel Marcel* noch einen anderen großen alten Mann kennen: *Vladimir N. Iljine*, einen russischen Universalisten, dessen Liebe aber vor allem zwei Dingen galt: der Schauspielkunst und der Psychotherapie. „Im Spiel“, so lautete *Iljines* Überzeugung, „kann man frei sein“, zu „schöpferischer Selbstverwirklichung“ finden. Er begann, noch in Rußland, mit seelisch Kranken Theater zu spielen. Er verfaßte Rahmenstücke für sie, abgestimmt auf die Lebensgeschichte der Patienten, die, improvisierend, ihre eigenen Problem darstellten. Spielen aber, das hatte *Iljine* von dem russischen Theater-Erneuerer *Stanislawskij* gelernt, setzt Ausdrucksfähigkeit voraus, das Üben von Bewegung, Atem, Stimme. Üben und Improvisieren – beides hat im therapeutischen Theater seinen Platz, auch in der Psychodramaarbeit *Petzolds*.

Von *Iljine*, der auf dem Weg in den Westen in Budapest Station gemacht hatte und dort bei dem *Freud*-Schüler *Ferenczi* ausgebildet wurde, lernt *Petzold* die ungarische Schule der Psychoanalyse kennen. Bei *Ferenczi* galt das Tabu der körperlichen Berührung nicht, er war (im Gegensatz zu *Freuds* Ideal der Abstinenz) ein sehr aktiver Therapeut und versuchte, den Frühgestörten in einer Art Nachsozialisation die Atmosphäre von Geborgenheit zu vermitteln. Soweit *Petzold* von Gedanken und Techniken der Psychoanalyse Gebrauch macht, sind sie stark durch diese Tradition geprägt.

In den Semesterferien fährt *Petzold* in die USA, knüpft die Verbindung mit *Jakob Levy Moreno*, dem Begründer des Psychodramas, Schriftsteller, Psychiater und vor allem Theaterdirektor. War *Iljine* schmal, drahtig, so *Moreno* ein mächtiger Zwei-Zentner-Mann, der den Raum füllte, die Verkörperung seines Diktums: „Gott ist nicht tot. Er lebt im Psychodrama!“ Vor allem von *Morenos* Frau *Zerka* lernt *Petzold* die Techniken des Psychodramas: Rollentausch (der Spieler übernimmt die Rolle einer wichtigen Figur in seinem Leben, des Chefs, der Frau, eines Kindes, erkennt deren Schwierigkeiten und lernt, sich mit deren Augen zu sehen), Doppel-Ich (ein alter ego des Klienten von einer anderen Person dargestellt, agiert stützend, verstärkend, auch Unstimmigkeiten aufdeckend), Konfrontation (der Klient wird von einem Teilnehmer „gespiegelt“), Selbstgespräch, leerer Stuhl – kurz, das ganze vielfältige Instrumentarium des Psychodramas.

Natürlich ist *Petzold*, der selber auf kleinen Bühnen Theater gespielt hat, von diesen Möglichkeiten beeindruckt. Dabei fasziniert ihn – und auch seine Lebensgeschichte scheint ein Beleg dafür zu sein – weniger die eine, große Rolle als das Spiel verschiedener Rollen, der Rollenwechsel – auch als Erweiterung der eigenen Lebensmöglichkeiten: Das ganze Spektrum von Gestalten, die jemand zur Verfügung hat, soll entwickelt und ausgelebt werden.

Fast von selbst versteht es sich, daß *Petzold* das Psychodrama, wie alles, was er aufgenommen hat, systematisiert, ordnet und ergänzt, um es

sich zu eigen zu machen – nicht zuletzt auch durch die Praxis, und nicht immer in der einfachsten, zum Beispiel mit Alkoholikern.

An diesem Beispiel läßt sich auch erkennen, wie ein Element in die Therapie eingebaut wird, das im ursprünglichen Psychodrama kaum, in der klassischen Gestalttherapie oder in der Psychoanalyse so gut wie nie verwendet wird: ein solides Stück Behaviorismus, angewandte Lerntheorie, Verhaltenstherapie. Und sie wird dort eingesetzt, wo ihre Stärke, nämlich das Lernen – Training mit dem Ziel, gegenüber bestimmten Ängsten unempfindlich zu werden und das eigene Selbstwertgefühl zu kräftigen – ihren Platz hat: in der Schlußphase der Therapie, wenn nach erlebter Erfahrung und nach ihrer Reflexion neues Verhalten eingeübt wird. Damit ist weder das Menschenbild des klassischen Behaviorismus übernommen, das ein mechanistisches Vorgehen nahelegt, noch werden dessen blinde Flecken übersehen (etwa das Desinteresse an Person und Lebensgeschichte); genutzt werden wertvolle Erfahrungen und daraus entwickelte Techniken, und nur soweit, wie sie in den Kontext der Integrativen Therapie passen.

In den USA lernt *Petzold* das ganz bunte Spektrum der neuen Therapien kennen, den Zirkus der Gurus, Körperarbeit, Transaktionsanalyse, Bioenergetik, und vor allem natürlich die Gestalttherapie von *Fritz Perls*. „Sehr schroff und sehr weich zugleich“, schildert er ihn, „sehr unzugänglich außerhalb der Therapie, in den Sitzungen aber oft von hinreißendem Charme, von erstaunlicher Sensibilität, freilich manchmal auch rüde“ – jedenfalls eine der genialsten, schillerndsten Figuren der Therapieszene.

Petzold hat viel und einfühlsam über *Perls* geschrieben. Wie stark er von ihm beeinflusst wurde, bleibt ein wenig zweifelhaft. Beeindruckt hat ihn sicher die von *Perls* gepredigte und praktizierte „awareness“ – jene Achtsamkeit, die feinspüriges Wahrnehmen erlaubt, gewiß auch das imaginative, szenische Talent, die Skepsis gegenüber dem Mechanistischen, Nur-Rationalen, und nicht zuletzt der Reichtum von Techniken und Methoden in der Gestalttherapie.

Insofern ist die Gestalttherapie durchaus eine Vorform der Integrativen Therapie.

Schließlich beginnt in den Lehr- und Wanderjahren noch ein weiteres Element der *Petzold*-schen Grundausrüstung deutlich zu werden: Körper- und Bewegungstherapie. Auch da hatte der junge *Hilarion* schon gut vorgearbeitet: Eurhythmie, Judo, Aiki-do, später Kung-fu. Er hat bei Atem- und Bewegungstherapeuten in Europa und in den USA gelernt. Er hat bei dem Norweger *Ola Raknes*, einem Schüler von *Wilhelm Reich*, Arbeit mit dem Körper erlebt, die fast körperlos war, fast ohne Berührung, bei einem Mann, der wohl nicht zu Unrecht in dem Ruf stand, er habe heilende Hände. Er hat den amerikanischen Bioenergetiker *Alexander Lowen* zum ersten Mal nach Deutschland gebracht, den berühmtesten und eloquentesten unter den *Reich*-Schülern – einen Mann, der sehr viel energischer mit dem Körper umging, bis zur Schmerzgrenze und darüber hinaus.

Die Vielfalt der Schulen ist gerade auf diesem Feld gewaltig. Die Erfahrung, von der sie ausgehen, lautet in ihrer allgemeinsten Form: Physische und psychische Struktur wirken ineinander (aus diesem Zusammenwirken entsteht erst das, was *Petzold* den „Leib“ nennt). Auch findet er, daß Störungen nie „nur psychische“ Ursachen haben, denn Erfahrungen, traumatisierende zumal, werden körperlich erlebt und in den Leib eingespeichert. „Es muß deshalb immer um die Behandlung des ganzen Menschen gehen, in die die körperliche Dimension einbezogen werden muß.“

Die Entdeckung oder besser: die Wiederentdeckung der Arbeit mit dem Körper geht im wesentlichen auf *Wilhelm Reich* zurück. Auch wenn *Petzold* ihm in vielem nicht folgen kann, schon gar nicht seinen Spekulationen über die kosmische Energie, so räumt er doch ein, daß *Reichs* Ansatz nützliche Hinweise liefert: Wo im Körper werden Zorn, Schmerz, Angst festgehalten? Denn im „Körpergedächtnis“ können Emotionen tatsächlich dort „wiedergefunden“ werden, wo die Muskeln bei den entsprechenden Gebärden einer Emotion benutzt oder gehemmt worden sind. Auch für *Petzold* gilt:

„Jede Emotion hat eine physische Entsprechung.“

Auch da kommt es freilich auf die genaue Wahrnehmung an. Zorn zum Beispiel kann ganz verschiedene Qualität annehmen, je nachdem, mit welchem Teil des Körpers er sich verbindet: der helle, kalte, böse Zorn im Kopf, der wärmende Zorn in der Brust, nicht selten sehr erleichternd (Dem fiesen Kerl habe ich es gezeigt, und verdient hat er es schon lange!), der heiße Berserker-Zorn aus dem Bauch, der rasende Zorn, der den ganzen Körper ergreift. Eine noch längst nicht erschlossene Landschaft von Wahrnehmungen und auch von oft nicht ungefährlichen Interventionen tut sich da für die Therapie auf.

Angesichts dieser Fülle von therapeutischen Ansätzen (einige von ihnen hat *Petzold* in Handbüchern verarbeitet) wird der Gedanke nachgerade zwingend, sich eine Übersicht zu verschaffen, zu ordnen und zu vergleichen und das auszuwählen, was einem Therapeuten gemäß ist und für den Klienten nützlich (was sich nicht immer deckt). Im Grunde tut dies jeder Therapeut, mehr oder weniger bewußt, in kleinerem oder in größerem Rahmen. Bei *Petzold* ist der Rahmen sehr weit, nicht nur weil er, wie es ein Kollege salopp sagte „ein fixer Junge, ein „Trendsetter“ ist, sondern weil diese Landschaft so riesig und reich ist.

Die meisten dieser Verfahren und die ihnen zugrundeliegenden Konzepte sind ja nicht einfach wahr oder falsch, sie machen Sinn, sie bezeichnen in der Regel „eine legitime Methode, seelisches Leid zu behandeln und menschliche Persönlichkeit zu entwickeln.“

Das Imaginative und Kreative bei *Perls*, in der Psychoanalyse die ordnende und erhellende Kraft der Reflexion, Berührung und Bewegung in den Körpertherapien: jeder dieser Zugänge führt zum Menschen, bei jedem wird ein Teil von ihm erkennbar. Nur wer viele Zugänge kennt und sie nutzen kann, erhält ein einigermaßen zutreffendes Bild, kann sich klar werden, welchen Zugang zu benutzen in einer bestimmten Situation, bei einem bestimmten Menschen sinnvoll ist.

Die meisten Schulen in ihrer ursprünglichen Gestalt haben einen Aspekt scharf im Blick, aber manches bleibt dabei am Rande; es gibt die Überschätzung des eigenen Konzepts, es gibt blinde Flecken. Nicht zufällig entwickeln sich die Schulen und verbreiten ihren Ansatz, oft gegen den Widerstand der Dogmatiker. „Aus einer gewissen historischen Distanz“, so schildert *Petzold* die Situation, „sehen wir heute, wie viel die Psychoanalyse geleistet hat, aber auch, daß Leiblichkeit, kreative Aktion von ihr nur am Rande wahrgenommen werden. Diese Elemente finden wir im Psychodrama oder in den Körpertherapien. Dafür bietet das Psychodrama wenig Konzepte für die Erklärung unbewußter seelischer Prozesse, in den Körpertherapien wiederum tritt oft die Reflexion zurück, was wiederum die Stärke der Psychoanalyse ausmacht. Wir finden bei *Jung* eine reiche Lehre des Symbolischen, die wir in *Adlers* Individualpsychologie nicht haben, dafür treten bei *Jung* die soziale Umwelt, die gesellschaftlichen Beziehungen zurück, die bei *Adler* deutlicher werden. Die Psychoanalyse konzentriert sich auf die Vergangenheit, die Gestalttherapie arbeitet im Hier und Jetzt, bei anderen, etwa bei *Adler*, ist der Zukunftsentwurf wichtig.“

Es kann aber nicht angehen, daß der Mensch nur Emotion und Bauch ist, nur Kopf, nur Sprache, nur Sprachlosigkeit, nur ein Produkt der Vergangenheit, nur ein Zukunftsentwurf. „Integratives Arbeiten heißt zunächst einmal mehrperspektivisch schauen“ (*Petzold*). Anders ausgedrückt: „Die Zeit der eindimensionalen Behandlungen beginnt abzulaufen, und die Forderungen nach ganzheitlichen und integrativen Ansätzen der Therapie, die sich nicht nur auf die psychische Realität beschränken, sondern auch die körperliche, geistige und soziale Dimension des Menschen zu erreichen suchen, stellen sich immer dringlicher.“ Und das um so mehr, als im Leib diese Dimensionen nicht getrennt sind; mit welcher Methode auch immer der Mensch erreicht wird, er wird als ganzer getroffen. Wer auf einem Gebiet arbeitet, bewirkt auf anderen „Streueffekte“, beabsichtigte manchmal, oft aber auch unbeabsichtigte und

nicht erkannte. Integration bedeutet ein Doppeltes: einmal Sammeln, zum anderen Sichten. Was das Sammeln angeht, so ist *Petzold* manchem seiner Kollegen wohl etwas unheimlich, denn es gibt fast kein Gebiet der Psychotherapie, das er sich nicht erarbeitet hätte, und schon zum eigenen Schutz liegt der abwertende Kommentar sehr nahe und manchem auch auf der Zunge: Oberflächlich, Hans Dampf in allen Gassen.

Sichten, das heißt Ordnung schaffen und damit auch ausgrenzen, was nicht integrierbar ist. Es ist typisch für *Petzold* und für den Leser manchmal ermüdend, daß er alle auch nur einigermaßen wichtige Aufsätze mit einer grundsätzlichen Einleitung versieht, in der er sich immer wieder, fast zwanghaft, der philosophisch-anthropologischen Grundlage des theoretischen Konzepts vergewissert. Hier wird der Rahmen seiner Arbeit bestimmt, hier werden die Grenzen der Integration abgesteckt. Ordnung: In vielen Artikeln finden sich Diagramme, die eine Art idealtypischen Verlauf des therapeutischen Prozesses darstellen. Solche Darstellungen sind bei Therapeuten nicht ungewöhnlich, aber auch nicht gerade häufig. Ungewöhnlich aber ist bei *Petzold*, wie viel hier geordnet ist. In der Grobstruktur handelt es sich um ein Vierstufen-Modell: Initial-, Aktions-, Integrationsphase und Neuorientierung. Natürlich verläuft nicht jede Sitzung oder jede längere Behandlung exakt nach diesem Muster, aber es bietet dem Therapeuten eine Hilfe, die Dynamik zu erkennen und die in der jeweiligen Phase angemessenen Interventionen zu geben. Es ersetzt nicht die Einfühlung, aber gibt ihr Orientierungshilfe. Professionalität und Intuition ergänzen sich. Ähnliches gilt auch für die Stufen der „Tiefung“: Reflexion, Vorstellung und Affekte, Involvierung, autonome Körperreaktion. „Jede gute Therapiesitzung beginnt und endet auf der Ebene der Reflexion.“ Die weitere Vertiefung ins Bilderleben, in die Emotion, wird in der Regel durch die Fragen „Was fühlst Du jetzt?“ „Wie erlebst, fühlst Du das?“ erreicht. Die verbalen Therapien operieren meist auf dieser Ebene. Die nächste Ebene der sogenannten Invol-

vierung wird durch die Frage angesteuert: „Woher kennst Du dieses Gefühl?“ Die Bilder der Vergangenheit werden dichter und intensiver.

Eine weitere Vertiefung verbindet sich mit Interventionen wie „Bleibe bei Deinem Gefühl!“ Auf dieser Ebene wird in den meisten aktiven, erlebniszentrierten Verfahren wie Psychodrama und Gestalttherapie gearbeitet. Die letzte Stufe schließlich wird erreicht, wenn die „autonome Körperreaktion“ einsetzt, die Antwort des Organismus auf eine Situation. Heruntergeschluckte Wut, verdrängte Lust, verschütteter Schmerz brechen sich Bahn. Solche „Primärszenen“ werden vor allem im konfliktorientierten Verfahren der Körpertherapie ausgelöst.

Die verschiedenen *Stufen der Tiefung* lassen sich auch als fortschreitenden Abbau der Ich-Kontrolle, als Regression deuten. In der Tat tauchen auf der tiefsten Ebene, bei der autonomen Körperreaktion, auch sehr frühe Atmosphären und Szenen auf, die vor der Zeit von Sprache und Begriff liegen. Ein solcher Abstieg ist eine Art „therapeutisch induzierter Krise“, was für den Therapeuten eine besondere Verantwortung bedeutet. Sein Ziel ist ja nicht die Krise, sondern deren Bewältigung. Mit anderen Worten: „Der Klient muß nicht nur in die Regression hinein-, sondern auch ohne Bruch aus ihr herausgeführt werden“ – eine Notwendigkeit, die von jenen Therapeuten (und solche gibt es in der modernen Szene leider sehr viele), die nur das dramatische Ereignis suchen, die irgendeinen Durchbruch provozieren, oft sträflich vernachlässigt wird. Hier wird eine ethische Grenze sichtbar, die eine gute Therapie nicht überschreiten darf. Wird sie überschritten, bleiben oft schwere Schäden zurück.

Dieses Prinzip, das für den Verlauf der Therapie in groben Zügen deutlich gemacht wurde – eine wertende, durch praktische Erfahrungen und durch ein bestimmtes Menschenbild geprägte Systematik –, taucht auch bei der Behandlung einzelner wichtiger Themen auf: etwa bei der Diskussion von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Die grundsätzliche Definition *Freuds* übernimmt *Petzold*. Übertragung ist ein Wiederaufgreifen alter

Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, alter Szenen, die einen realitätsgerechten Umgang mit der aktuellen Situation verhindern. Das Gegenüber wird nicht so gesehen, wie es ist, weil sich alte Bilder darüberschieben. Daraus folgt als Therapieziel: „Wo Übertragung ist, muß Beziehung werden.“ Widerstand hat die doppelte Funktion, diese Veränderung zu verhindern und sich davor zu schützen. Ein solcher Widerstand hat durchaus seinen Sinn, er ist Teil einer gewachsenen Struktur, die dazu dient, einen Menschen zu sichern.

Den Widerstand einfach aufzubrechen, wie es in einigen „harten“ Therapien vorkommt, bedeutet deshalb ein Risiko, eine schwere Gefährdung des Klienten; ihn zu überspielen oder nur am Rande zur Kenntnis zu nehmen, wie es oft im Psychodrama und in der klassischen Gestalttherapie geschieht, bedeutet den Verzicht auf eine manchmal entscheidende Handlungsmöglichkeit des Therapeuten. Das Problem ist der richtige Umgang. Es geht nicht in erster Linie darum, den Widerstand zu überwinden, sondern ihn erlebbar zu machen, was kaum nur durch verbale Interpretation des Therapeuten, sondern durch eigenes Erfahren geschieht. Ist diese Bewußtheit gewonnen, so beginnt auch die Veränderung: „Don't push the river it flows by itself“ (*Perls*).

Eine gute Technik, mit Übertragungen umzugehen, ist die Arbeit mit dem leeren Stuhl. Das folgende Beispiel zeigt dies und macht, nebenbei, in Kurzform auch das Vierstufen-Modell und verschiedene Ebenen der Tiefung deutlich.

Kark: (an die Gruppe): „Ich fühle mich immer so unwohl, wenn hier in der Gruppe so alles hinterfragt wird.“

Hilarion: „Ja, vielleicht können Sie mal in die Runde schauen, bei wem Sie dieses Gefühl besonders stark haben?“

Kark: (schaut sich um): „Bei Josef, bei Annemarie und (zum Therapeuten gewandt) besonders bei Ihnen.“

Hilarion: „Nun, dann setzen Sie mal den Hilarion hier auf diesen leeren Stuhl, und sagen Sie ihm das direkt, was Sie ihm sagen möchten.“

Karl: „Ich fühle mich immer so beobachtet, wenn Sie mich anschauen.“

Hilarion: „Vielleicht können Sie ihm sagen, was das in Ihnen auslöst.“

Karl: „Das macht mir angst ... und das macht mich auch wütend.“

Hilarion: „Können Sie ihm das direkt sagen!“

Karl: (stockend) „Sie machen mich wütend!“

Hilarion: „Ich sehe, Sie zögern ein bißchen, stimmt Ihre Aussage?“

Karl: „Nicht so ganz. Ich spüre zwar die Angst und die Wut – das ist alles so verwirrt.“

Hilarion: „Vielleicht kannst *du* mal schauen, woher Du diese Gefühle kennst – Wut, Angst und Verwirrtheit?“ (Therapeut geht mit zunehmender Dichte der Sitzung auf das Du, zumal man sich in der Gruppe sonst duzt.)

Karl: „Ich weiß nicht, ich kenn das ... Ich kenn das sogar ganz gut, immer, wenn Sie mich anschauen ... dann ist das so ... (stockt), wie wenn meine Großmutter mich anschaut.“

Hilarion: „Was für eine Erinnerung kommt Dir jetzt auf?“

Karl: „Die Schularbeiten.“

Hilarion: „Ja, geh’ mal an diese Erinnerung heran.“

Karl: „Ich sehe mich, wie ich bei uns in der Küche sitze, am Küchentisch, die Schulhefte liegen vor mir.“

Hilarion: „Ja, beschreib’ mal, was für eine Atmosphäre im Raum ist.“

Karl: „Ich sitze da vor den Heften. Es ist alles unheimlich eng. Ich komm’ auch nicht weiter. Ich kapiert’ das alles gar nicht. Die Oma spült gerade. Das Tellerklappern macht mich ganz verrückt. Die guckt auch immer rüber, ob ich auch arbeite, und dann kommt sie auch noch. ’Na, bist immer noch nicht weiter, Karl? Weißt du, meine Geduld hat auch ihre Grenzen.’ Und dabei guckt sie rüber zum Kochlöffel, dieses Miststück.“ (Karl beginnt zu zittern.)

Hilarion: „Ja, was fühlst Du jetzt?“

Karl: „Das macht mich alles so verwirrt, wie die mich anguckt, da komm’ ich überhaupt nicht mehr weiter, und das weiß die, und

das macht der Spaß, der Alten.“ (Karl beginnt stärker zu zittern, er ist zwischen Wut und Angst hin- und hergerissen.)

Hilarion: „Ja, daß das Zittern ruhig zu! (Die autonomen Körperreaktionen von *Karl* werden immer heftiger.)

Karl: „Glott mich nicht so an, du Schlägerin, du Quälerin, du gottverdammte Hexe.“ (Stößt den leeren Stuhl heftig mit dem Fuß von sich und bricht in Weinen aus.) „Du hast mir meine Kindheit so kaputt gemacht, du gottverdammte Hexe, du!“ (Das Weinen wird heftiger, dauert noch eine Zeitlang an und ebbt dann langsam ab.) Nach einiger Zeit:

Hilarion: „Ja, vielleicht kannst Du einmal schauen, was in dieser Sitzung abgelaufen ist. Was waren für Dich die wichtigsten emotionalen Erfahrungen und was wird Dir dabei klar?“

Längere Pause.

Karl: „Das Wichtigste für mich war, mal die Wut gegen die Alte herauslassen zu können, mal überhaupt Wut rauslassen zu können. Mit Aggressionen hab’ ich sowieso immer Schwierigkeiten. Das hätt’ ich damals mal wagen sollen, die hätt’ mich grün und blau geschlagen mit dem Kochlöffel.“

Hilarion: „Was ist Dir noch deutlich geworden?“

Karl: „Irgendwie wirkt die Angst von damals immer noch fort. Ich fühle mich so oft bewertet, beobachtet, und hab’ immer Angst, es niemandem recht machen zu können.“

Hilarion: „Vielleicht kannst Du jetzt mich einmal anschauen und spüren, wie es Dir dabei ergeht.“

Karl: „Sie schauen mich prüfend an, nicht unfreundlich, nicht drängend. Auf jeden Fall ganz anders als meine Großmutter. Das Gefühl vorhin, das hat mit Ihnen recht wenig zu tun.“

Hilarion: „Vielleicht kannst Du Dir auch noch einem die anderen Gruppenmitglieder ansehen, die Du vorhin genannt hattest und schauen, wie es mit ihnen steht ...“

Sammeln und Sichten: dies läßt sich an vielen Themen verfolgen, die *Petzold* bearbeitet hat, in

seiner Darstellung der Rolle des Therapeuten oder in seinen Untersuchungen über die Gruppe, die erst relativ spät in der Geschichte der Psychotherapie, die ja als Individualpsychologie begonnen hat, ins Blickfeld geraten ist. In der Integrativen Therapie wird die Gruppe als Sozialisationsagentur und als Ort der Therapie sehr wichtig, ja, unentbehrlich, und das erscheint nach *Petzolds* Menschenbild ja auch zwingend: „Im Kontakt mit anderen, der Berührung und Grenzziehung zugleich, entsteht Identität.“

Manche Dogmen im Konzept anderer Schulen werden im Licht neuerer Erfahrung und moderner Wissenschaft relativiert – etwa der sogenannte „Ödipus-Komplex“, jener geniale, dem griechischen Mythos entnommene Begriff *Freuds*, mit dem er die Konfliktsituation des Kindes beim Übergang von der Welt der Mutter in eine größere Welt erklärt, deren erster und wichtigster Repräsentant der Vater ist. Für *Petzold* ist dies eine Metapher, die das Verständnis erhellen kann, die aber als Naturgesetz gefaßt und mit spekulativen Ableitungen versehen (Kastrationsangst und Penisneid) irreführend wird. Für ihn handelt es sich bei diesem Übergang um einen wichtigen und schwierigen Schritt in der Sozialisation, von der Zweier- zu der Dreierbeziehung, der aber keineswegs nur bedrohlich und ängstigend sein muß, jedenfalls nicht das eine große bedrohliche Thema der Therapie. Oder die Auseinandersetzung mit dem *Freudschen* Es. „Die Doktrin vom schlechten Es“ nennt *Petzold* dieses Konzept, das den permanenten Konflikt zur Folge hat, der „für die *Freudsche* Anthropologie kennzeichnend ist“. „Warum muß Ich werden, wo Es war (*Freud*)? Warum muß das lumen rationis jeden Schatten ausleuchten?“ Für ihn ist der Kampf des Geistes gegen die Natur nicht zu gewinnen, für ihn wird hier ein zweifelhaftes Programm abendländischer Kulturgeschichte sichtbar, dem auch *Freud* erlegen ist: jene Bemächtigungsstrategie, die ein angeblich dunkles Meer von Trieben und Affekten trockenlegen will. Der Integrativen Therapie stellt sich hier vielmehr die Aufgabe einer fruchtbaren Verbindung – nicht

weil das Kognitive, Rationale gering geschätzt würde, sondern weil es Grenzen hat, weil es Instrument ist, aber noch nicht den ganzen Menschen ausmacht. Nicht zufällig warnt *Petzold* zugleich vor einer erlebnis- und körperorientierten Therapie, die auf die Leistung der Reflexion verzichten zu können glaubt. Integration ist auch eine Art Wiederherstellung der Balance. Das Leitthema läßt sich noch in vielen Variationen weiterspielen. Ein merkwürdiges Interesse *Petzolds* für sehr alte und sehr junge Menschen: Sterbebegleitung und Spiel mit Kindern. „Ein kreativer, lebendiger Mensch, ein Therapeut zumal, sollte die beiden Extreme des Lebensspektrums auch emotional zur Verfügung haben.“ Oder der immer neue Versuch einer Vermittlung zwischen Wissenschaft und Kunst: Der Hochschullehrer in Amsterdam, der sich mit Neuromotorik beschäftigt und der doch weiß, „diese Kenntnisse genügen nicht, um Menschen in ihren Lebenskrisen, in ihren Wertzweifeln, in ihrer Liebe, ihrem Haß und ihrem Leiden helfen zu können“. Und nicht zuletzt die Integration von Theorie und Praxis.

Ideen und Praxis der Integrativen Therapie sind in viele Bereiche eingeflossen. *Petzold* selbst hat eine Vielzahl von Projekten in Gang gesetzt: Arbeit mit Drogenabhängigen, Kranken, Sterbenden, Schulkindern, Eltern und Lehrern. Und er hat viele interessante Leute angezogen – zunächst, 1971, ein buntes Völkchen von „alternativen“ Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, die nach neuen Wegen suchten, mit Menschen ganzheitlich zu arbeiten. Sie bildeten den Kern, aus dem eine lebendige Bewegung hervorging, die heute ihr Zentrum im „Fritz Perls Institut“ und seiner staatlich anerkannten Akademie der beruflichen Weiterbildung in Hückeswagen hat. Hier werden in mehrjährigen berufs begleitenden Weiterbildungen Psychotherapeuten für die Arbeit mit Erwachsenen ausgebildet. Es gibt aber auch ein Curriculum zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und – einzigartig in Deutschland – für Geronto- und Thanatotherapie, die Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden.

Das alles findet in dem ehemaligen Seehotel statt, das schieferebewehrt am Ufer der waldumsäumten Bevertalsperre liegt. Es wurde von *Hilarion Petzold* und seinen Mitarbeitern zu einem Zentrum kreativer Therapieverfahren ausgebaut, das 70 Personen Platz bietet. Das Programm an Kursen und Tagungen ist vielfältig und innovativ. Hier wurden das erste „Deutsche Symposium für Poesietherapie, Bibliothherapie und Literarische Werkstätten“, die erste „Tagung für therapeutisches Puppenspiel“ veranstaltet, und das „Deutsche Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien“ findet zum vierten Mal statt. Tagungen zur Bewegungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie zeigen, daß *Petzold* nicht nur in der Therapie und Methodik Integrationsarbeit leistet. Es ist ihm gelungen, zahlreiche kunsttherapeutische Verbände und Richtungen in einem Dachverband zusammenzuführen, bedeutende Vertreter der großen Psychotherapieschulen nicht nur in Sammelwerken, sondern auf Kongressen ins Gespräch zu bringen. Hier kommt der Organisator zum Zuge, dem es gelingt, Menschen zusammenzubringen und zur Mitarbeit zu begeistern; ohne seine Freunde, Kollegen und Mitarbeiter, so betont *Hilarion Petzold*, wäre seine Arbeit nicht möglich.

Da ist vor allem *Hildegund Heiml*, Fachärztin für Orthopädie, mit der er zusammen das „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“ seit 1972 leitet. Im Alter von 50 ist sie zur Integrativen Therapie gekommen und hat ihre dreißigjährige ärztliche Erfahrung genutzt, um neue Wege körperorientierter Psychotherapie zu erschließen, oder *Ilse Orth*, die die kunsttherapeutischen Angebote des Instituts betreut und eine breite Palette von kreativen Methoden entwickelt hat. Da ist Dr. *Lotte Hartmann-Kottek-Schröder*, die das Fritz-Perls-Klinikum, Psychiatrische Klinik in Zwesten, leitet, oder Dr. *Walter Landsberg*, Chef des Fritz-Perls-Klinikums für Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie, Dortmund, Einrichtungen, in denen mit den Ansätzen der Integrativen Therapie gearbeitet wird. Das ist der Kreis von Lehrtherapeuten, inzwischen über 180, die die Konzepte der In-

tegrativen Therapie in Theorie und Praxis weitervermitteln, und ein Netz Regionalinstituten. Ausbildungsgruppen für Integrative Therapie gibt es in vielen europäischen Ländern, in Norwegen oder Jugoslawien, in Spanien und in Griechenland.

Es sind vor allem die kreativen Ausdrucksmöglichkeiten dieser Therapieform – die Arbeit mit Ton, Bewegung, Farben, dramatischem Spiel –, die eine solche transkulturelle Anwendung möglich machen und wohl nicht zuletzt die Fähigkeit von *Hilarion Petzold*, sich in unterschiedlichste Sprachwelten, Mentalitäten und Milieus einzufühlen: „So viele Sprachen man spricht, so viele Herzen hat man!“

Am Ende noch einmal gefragt: Was ist das Besondere an *Hilarion Petzold*? Die Biographie zeigt schon früh einen reichen Fundus nicht nur von Kenntnissen, sondern von Rollen, und das Repertoire ist noch gewaltig gewachsen. Er entspricht wohl tatsächlich seinem anspruchsvollen Diktum: „Ein Therapeut muß Kultur haben.“ Diese Rollen zu integrieren, sie verfügbar zu machen, ist eine Lebensthematik.

Diese persönliche Thematik trifft sich mit einer allgemeineren. „Die Psychotherapieforschung hat gezeigt“, so bemerkt *Petzold*, „daß die Unterschiede zwischen alten Therapeuten unterschiedlicher Schulen geringer sind als die Unterschiede zwischen erfahrenen und jungen Therapeuten der gleichen Schule.“ Wie aber die einzelnen Therapeuten, je länger sie arbeiten, desto mehr die Breite menschlicher Existenz erleben, so ist es auch der Therapie insgesamt ergangen. Auch sie ist älter geworden, breiter, und sie muß sich darüber klar werden. Sie hat eine entscheidende Phase ihrer Entwicklungsgeschichte erreicht. Und schließlich, was ist menschliche Existenz anderes als der, wenn auch nicht immer geglückte Versuch, Unbekanntes sich einzuverleiben, zu integrieren, schöpferisch zu sein? In den Worten von *Fritz Perls*: „There is no end to integration“, und *Petzold* ergänzte: „There is no end to creation.“

Ein Neuerer, ein Revolutionär ist *Petzold* nach dem üblichen Verständnis nicht; kein Durchbruch verbindet sich mit seinem Namen. Aber

ist dies ein Mangel? Um es an einem Größeren zu zeigen: Der Verfasser der *Summa theologica*, der große Integrator von Aristotelischer Philosophie und christlichem Glauben, *Thomas von Aquin* –, war er kein Neuerer? In der Zusammenschau erscheint das vorher Getrennte in einem anderen Licht, es wird besser verstehbar, es wird lebendig – neu.

Wer das bunte Rollenkalendoskop *Petzolds* erlebt hat, fragt sich zuweilen, wo ist da eigentlich der feste Punkt? Wird Identität schon erreicht, wenn der „eigene Platz im Kontext des sozialen Gefüges und im historischen Kontinuum gefunden ist?“, wie er es in seiner Identitätstheorie formuliert?

Die Frage wird heute nicht selten in die Form gefaßt: Wie hältst Du's mit der Spiritualität, mit Gott? Es ist eine Frage, die in der modernen Therapie erstaunlich virulent geworden ist. Da aber gibt sich *Petzold* eher zugeknöpft. Nichts gegen Meditation, sie wird sogar empfohlen, aber der spirituelle Weg ist Privatsache. „Ich halte nichts vom Schamanen-Import, noch vom Seminar über Spirituelle Heilung noch vom Meditationscamp für 800 DM die Woche. Das führt über den Bereich der Therapie hinaus.“

Die Geschichte der religiösen Bewegungen, die jetzt wieder den Weg in die Innerlichkeit entdeckt haben und die auch in die Psychotherapie eindringen, stimmt ihn eher skeptisch. „Das hat uns letztlich immer abgehoben von dem, was zwischen Menschen zu tun ist.“ Die Suche nach dem Höchsten? „Es gibt das Wertvolle und das weniger Wertvolle. Die einfachen Dinge

sind kostbar. Wenn ich esse, esse ich, wenn ich gehe, gehe ich“. Dies allerdings könnte ein alter Zen-Meister gesagt haben.

Meine nachhaltigste Erinnerung an *Hilarion Petzold* ist die: Unsere Gruppe – sie hatte sich zu einem Gestalt-Kibbuz auf einer jugoslawischen Insel getroffen – war verwirrt, fahrig, deprimiert. Es war eine jener Situationen, die in der Gruppenarbeit manchmal entstehen: Nichts geht mehr. *Hilarion* forderte uns auf, uns zu bewegen, zu gehen, erst langsam, dann schneller. Nach einer Weile hielten wir an. Er las uns die Beschreibung einer Parklandschaft vor: melancholisch, aber nicht trostlos. Und der gab Anweisung, wir sollten in diese Landschaft hineinspüren – in einen Baum oder in einen Vogel oder in die Stille. Nach einer Weile nahmen wir die Bewegung wieder auf. Das Wechselspiel zwischen Vergegenwärtigung einer Szene und Bewegung setzte sich fort: im sonnenwarmen Olivenhain, in einer nördlichen weiten Landschaft mit hohem Himmel. Dann gingen wir in der Zeit zurück – zu den Venezianern, Römern, Griechen, die alle hier schon Anker geworfen hatten. Mit dieser Erinnerung kehrten wir am Ende heim zum Dorf auf der Insel, wo, wie immer schon eh und je, die Bauern ihre Ernte aus den Olivenhainen heimbringen, die Frauen gebückt auf den Äckern arbeiten und die Männer nach dem Fischfang im Schatten sitzen. Nach jedem Erleben und Verlassen einer Szene, so spürten wir, flossen Atem, Gefühl und Gedanke freier. Die Rollen wechselten, aber der Rhythmus des Lebens wurde klarer – beruhigend, zeitlos, heilsam.





Prof. Dr. Dr. Hilarion Petzold

Am 1. Dezember 1993 wurde Prof. Dr. Dr. *H.G. Petzold* das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Es erhielt damit für sein langjähriges Wirken im Felde der Psychotherapie und seine Aufbauarbeit von FPI/EAG eine würdige Anerkennung, die auch eine Wertschätzung der an diesen Einrichtungen geleisteten Arbeit darstellt. Nachstehend der Text der Vorschlagsbegründung für die Verleihung.

Begründung:

»Professor Dr. Hilarion Gottfried Petzold ist seit 1972 wissenschaftlicher Leiter des von ihm mitbegründeten Fritz Perls Instituts, einer Einrichtung, die sich überwiegend mit der Weiterbildung von Psychotherapeuten, Ärzten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und Pädagogen auf allen psychotherapeutischen und psychosozialen Gebieten beschäftigt. Mit seiner Tätigkeit hat er die gesamte psychotherapeutische Arbeit in der Bundesrepublik nachhaltig geprägt und viele Kolleginnen und Kollegen motiviert und beeinflusst. Er ist zu einer Leitfigur der internationalen Psychotherapie geworden. Weit über 300 Publikationen verdeutlichen den Erfolg seiner Arbeit.

Darüber hinaus hat sich Professor Petzold um die Alten- und Drogenarbeit verdient gemacht. Im Jahr 1967 entwickelte er erste Konzepte von therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige. Im Bereich der Altenpflege initiierte er Forschungsprojekte über die Arbeit mit älteren Menschen und leitete Supervisionen für Verantwortliche in der Altenpflege und in Krankenhäusern«.

Innovatorische Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie, psychosozialen Arbeit und Agogik – ein Überblick

Johanna Sieper (Text), Isabelle Schmiedel (Dokumentation), Düsseldorf

Quelle: Archiv des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf

Siglen: * = Initiator/Begründer; + = Mitbegründer/Mitinitiator; ° = Organisator

Die Literaturangaben (Jahreszahlen in Klammern) beziehen sich auf die Gesamtbibliographie von H. Petzold in 1988n und 1991a und die Literaturverzeichnisse in 1988n und 1991a sowie in *Petzold, Orth* 1990a.

GI = Zeitschrift „Gestalt und Integration“ (vormals Gestalt-Bulletin)

IT = IT = Zeitschrift „Integrative Therapie“

Als das Menschenbild der „*Integrativen Therapie und Agogik*“ wurde die „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ herausgearbeitet (*Petzold* 1971k, 1988n, 195f). Der Mensch sei durch die Fähigkeit zur Integration und Kreativität gekennzeichnet – über sein Leben hin. *Rolf Zundel* (1987) hat in seinem Portrait von *Hilarion Petzold* in „Die Zeit“ (auf das für biographische Momente verwiesen sei, repr. dieses Buch S. 407) genau diese Eigenschaften hervorgehoben: die außerordentliche, kreative Vielfalt und Vielseitigkeit, die immer wieder durch das Bemühen um integrative Modelle und Konzepte gebündelt wird. Der schöpferische Mensch kann auf die ganze Breite der Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten seines Leibes und seiner sozialen Möglichkeiten zur Kooperation und Kokreation bauen. Dieses Potential gilt es zu erhalten und zu entfalten. *Hilarion Petzold* hat dieses, sein Grundmotto, nicht nur theoretisch immer wieder betont, er hat es auch in seiner praktischen Arbeit mit Patienten, Ausbildungskandidaten und Studenten, in der therapeutischen Tätigkeit und in agogischen oder psychosozialen Projekten immer wieder verwirklicht. Es ist wesentlich zu sehen, daß das wissenschaftliche Werk von *H. Petzold*, ja sein persönliches Leben, konsequent am Konzept der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ ausgerichtet ist, des Menschen, der mit anderen in kokreativer Bewegung ist (1989h).

Die Orientierung an einer „life span developmental psychology“, die das „ganze Leben“ in den Blick nehmen muß, nicht nur Ausschnitte, wenn man der Fragmentierung entgegen will, hat zur Arbeit mit Kindern, Erwachsenen und alten Menschen geführt, zur agogischen Arbeit mit gesunden und zur therapeutischen Arbeit mit kranken Menschen, insgesamt aber zu „Wegen zur Förderung von Kreativität“ und „Wegen der Heilung“ (1988d).

H. Petzold's theoretische Konzepte sind aus Praxisprojekten hervorgegangen, aus Kooperationen und Aktionen, die als Hintergrund der theoretischen Arbeiten mitgesehen werden müssen, damit diese richtig gewertet werden können und deutlich wird: Es handelt sich um eine aus der komplexen Sicht des psychosozialen Feldes gewachsene Vielfalt, um eine ganzheitliche und differentielle Sicht der „*condition humaine*“, um einen systematischen Praxisbezug, der theoriegeleitet ist, und um eine heuristische Theorienbildung, die praxisfundiert ist – keineswegs also um eine eklektische oder okkasionalistische Position. Um diese Verbindung zu verdeutlichen, haben wir es unternommen anhand der Unterlagen im Archiv des „Fritz Perls Instituts“, Düsseldorf, in der Auswertung alter Institutsprogramme und Zeitschriften eine Aufstellung der innovatorischen Aktivitäten von *H. Petzold* zusammenzutragen. Dabei hat die Autorin des Textes seit Mitte der sechziger

Jahre mit *H. Petzold* zusammengearbeitet und konnte an zahlreichen Projekten mitwirken.

H. Petzolds Aktivitäten standen stets in einem europäischen Kontext. Er arbeitete und arbeitet noch immer in mehreren europäischen Ländern, die sowohl in seiner universitären Lehr- und Forschungstätigkeit (z. B. langjährig in Paris, Frankfurt, Bern, Graz, Amsterdam, wo er heute als Professor für klinische Bewegungstherapie wirkt) als auch in seinen Praxisprojekten und seinen Weiterbildungsaktivitäten. Seit Anfang der siebziger Jahre entstand so ein länderübergreifender Know-How-Transfer psychosozialer Theorie und Praxis, der sich als äußerst fruchtbar erwiesen hat. Schwerpunktbereiche waren: Psychotherapie, Bewegungstherapie, Drogenarbeit, Arbeit mit Alten, Schwerkranken und Sterbenden, Supervision, Kunst- und Kreativitätstherapie. Das von *H. Petzold* zusammen mit *Hildegund Heintl* und *Johanna Sieper* Anfang der siebziger Jahre gegründete „Fritz Perls Institut“ und die von ihnen 1981 eingerichtete Bildungsstätte am Beversee, die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“ (EAG) mit mehr als 45.000 Teilnehmertagen im Jahr sind als der prägnanteste Ausdruck dieser Aktivitäten und einer fruchtbaren Kooperation mit Kollegen in vielen Ländern zu sehen (*Sieper* 1985; *Petzold, Sieper* 1988a, 1990c). *Hilarion Petzolds* besondere Gabe besteht darin, psychosoziale Problemsituationen klarsichtig zu erkennen, aufzugreifen, Praxismodelle zu konzipieren, umzusetzen und die gewonnenen Erfahrungen weiterzugeben. Er vermag Menschen aus psychosozialen Feldern zusammenzubringen, anzuregen, so daß etwas in Bewegung gerät und in Gang kommt. So hat er vielfältige Initiativen angestoßen, die sich dann zu eigenständigen Bewegungen entwickelt haben. Dabei läßt sich folgendes Muster feststellen:

1. Wahrnehmen einer Problemlage – z. B. Drogensituation oder Elend alter Menschen
2. Praktische Arbeit [vgl. Projekte zur Drogen- und Altenarbeit unter den Jahren 1965 – 1974 und passim]

3. Dissemination der gewonnenen Erfahrungen durch Organisation von Fachtagungen und Supervision [1971, 1972, 1974 und passim] und durch Publikationen (1965, 1969c, 1970d, 1971a, 1972f, 1974b; *Petzold, Bubolz* 1976)
4. Konzipierung und Durchführung von Weiterbildungsangeboten und Supervision [vgl. Weiterbildungsprojekte in den Jahren 1972, 1973, 1974 und passim im Alten- und Drogenbereich]
5. Publikation über die Weiterbildungs- und Supervisionserfahrungen [*Petzold, Huck* 1984, 1984d, 1988f] und weitere Entwicklungen in der praktischen Arbeit mit der Zielgruppe (1989h, 1990j, k, *Petzold, Vormann* 1980; *Petzold, Bubolz* 1979; *Petzold, Stöckler* 1988; *Petzold, Petzold* 1991)
6. Weiterführende Fachtagungen und Anregung zur Gründung von Fachgesellschaften oder Facheinrichtungen, Initiierung von und Mitarbeit an Forschungsprojekten [siehe unter den Jahren 1983-1987].

Was hier exemplarisch für die Alten- und Drogenarbeit aufgewiesen wurde, hat *H. Petzold* in vielen Bereichen begonnen. Gestalttherapie wurde so z. B. von ihm in verschiedene europäische Länder eingeführt. Er hat die Gründung nationaler Fachgesellschaften betrieben, schließlich die Gründung zweier europäischer Gesellschaften [1985, 1992].

Im Bereich der Kunst- und Kreativitätstherapie gelang es ihm, nicht nur die ersten Fachtagungen [1971, 1972 und passim] und das erste strukturierte Ausbildungscurriculum gleichzeitig in Deutschland, Österreich und der Schweiz [1973] zu organisieren, er hat auch verschiedene wichtige, kreativtherapeutische Richtungen durch Tagungen, Symposien, Weiterbildungen, Gründung von Fachgesellschaften im europäischen bzw. deutschsprachigen Bereich eingeführt und – was bedeutsamer ist – zu ihrer Verankerung entscheidend beigetragen, so z. B.:

- Integrative Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien [1971, 1972, 1983] vgl. (1965, 1971k, 1972e, 1987b,c; *Petzold, Orth* 1990),

- Bewegungstherapie [1972, 1981] vgl. (1974k, 1988n; *Petzold, Berger* 1978),
- dramatische Therapieformen [1971, 1991] vgl. (1972a, 1982a; *Petzold, Mathias* 1983),
- Poesie- und Bibliothherapie [1984, 1985] vgl. (1965, 1980a, 1983; *Petzold, Orth* 1985a),
- therapeutisches Puppen-, Masken-, Märchenspiel [1972, 1983, 1984, 1987] vgl. (*Petzold, Geibel* 1972, 1975c,d, 1982h, 1983a, 1987a, 1991d).

Er hat für Musik- und Tanztherapie (1974k, 1979g, 1983m, 1991h) fruchtbare Impulse gegeben (1984, 1985 und passim), und es gelang ihm, die unterschiedlichen Gruppierungen, Gesellschaften und Ausbildungsinstitutionen an einen Tisch und zur Kooperation in einem Dachverband (DGKT) zu bringen [1984] und mit den jährlich von ihm mit seinen Kollegen organisierten „Deutschen Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“ [seit 1983] einen Kristallisationspunkt zu schaffen.

Ähnlich initiativ wurde *Petzold* für die Anliegen der humanistisch-psychologischen, experientialen und interaktionalen Psychotherapieverfahren, für deren gesundheits- und berufspolitische Kooperation er sich seit 1976 in der BRD engagiert, und für Fragen der Methodenintegration (1977h, 1979h, 1980q, 1982g, 1991a, 1991g).

Schließlich initiierte er eine der ersten Supervisorenausbildungen in Deutschland [1974, 1979], dann in Österreich [1983], gründete mit Kollegen den „Österreichischen Berufsverband für Supervision und psychosoziale Beratung“ [1986], 1992 dann die „Europäische Gesellschaft für Supervision“, ein postgraduales Diplomstudiengang an der Freien Universität Amsterdam [1992]. Er organisierte zahlreiche Tagungen zur Supervision [1974, 1988, 1990, 1991] in Deutschland, Holland und Österreich sowie 1992 die erste „Europäische Tagung für Supervision“ in Leipzig (zusammen mit *A. Schreyögg*).

Menschen zu gemeinsamer Kreativität, zu Ko-kreation anzustoßen, Initiativen zu vernetzen, Kooperationen anzuregen, psychosoziale Innovation auf den „Weg zu bringen“, das ist die praktische Seite dessen, was bei *H. Petzold*s theoretischen Bemühungen in den Konzepten der Ko-responzendenz, Differenzierung und Integration aufscheint. Das durchgängige Thema im theoretischen und praktischen Werk, zu dem die nachstehende Dokumentation über ein „Werkleben“ Materialien bereitstellt, ist experimentierende Vielfalt und das Bemühen um Verbindungen, Synergie, Integration, die von *H. Petzold* immer wieder betonte „*Verschränkung von Theorie und Praxis*“.

Dokumentation (1965 – 1993)

1965

- * Erste kreativtherapeutische und „Exchange Learning“-Projekte in der Altenarbeit, russ. Altenheime Villemoisson und Paris (1965; *Laschinsky* et al. 1979)

1967

- * Erste Therapeutische Wohngemeinschaft für Drogenabhängige in Europa: Les Quatre Pas, Paris; Begründer des „Four-Steps“-Konzeptes (1969c, 1974f,l, *Petzold, Vormann* 1980; *Vormann, Heckmann* 1980; *Meyr, Sturm* 1974; *Veit, Haindl* 1974)

1968

- * Erste Therapeutische Wohngemeinschaft für alte Menschen, Paris (1965, 1980e, 1985a; *Laschinsky, Petzold, Rinast* 1979)
- * Erste Gestalttherapie- und Bewegungstherapiegruppen in Frankreich (*Robin* 1990)
- * Erstes Forschungsprojekt zur psychosozialen Situation von Gastarbeitern in der BRD (1968b)

1969

- *+ Erste Gestalttherapiegruppen und Gruppen mit Integrativer Bewegungstherapie in Deutschland, VHS Büderich, zusammen mit J. Sieper (*Petzold, Sieper* 1988a)
- *+ Einrichtung eines Programmes für Frühförderung von Vorschulkindern, VHS Büderich und Arbeitsstelle für Kreative Therapie (mit J. Sieper, C. Geibel) – (*Petzold, Geibel* 1972, *Hindel* 1972)
- * Einrichtung eines „Exchange Learning/Exchange Helping-Programms“ für alte Bürger an der VHS Büderich (1985a, *Laschinsky et al.* 1979)
- * Gründer und Leiter der VHS Büttgen (GI 1, 1990, 234; *Petzold, Sieper* 1973)
- * Erste Dozentenfortbildungen mit Psychodrama, Gruppendynamik und Rollenspiel (*Petzold, Sieper* 1970) im deutschen Volkshochschulwesen

1970

- * Erste Graue Panther-Gruppe in der BRD, VHS Büderich (1980e, 1985a)
- *^o Erste Weiterbildungsgruppe in Gestalttherapie und Integrativer Bewegungstherapie in der Schweiz (Basel)
- + Einrichtung und Supervision des ersten Lebenshilfszentrums/Telefonnotruf München (mit J. U. Osterhues)
- *+ Erste Gestalttherapie- und Psychodramaseminare in Växjö, Schweden (mit E. Franzke und G. Leutz) – (1970b)

1971

- *^o Tagung: Erlebnisaktivierende Erwachsenenbildung, „Kreativitätsförderung, Kreative Medien, Kunst- und kreative Therapie“ VHS Dormagen und Büderich (mit J. Sieper) – (1971k, 1973c; *Dunkel, Rech* 1990)
- *^o Tagung: Bildung und Sozialarbeit mit alten Menschen, VHS Büderich/Büttgen (*Petzold, Bubolz* 1976, 1979; *Petzold, Stöckler* 1988; *Petzold, Petzold* 1991)
- + Einrichtung und Supervision des ersten Lebenshilfszentrums/Telefonnotruf in Düsseldorf mit I. Petzold-Heinz, U. Norkross (*Petzold, Osterhues* 1972)
- * Erste Weiterbildungsgruppen in Gestalttherapie und Integrativer Bewegungstherapie in Österreich (Wien) und Norwegen (Oslo)
- + Mitbegründer der „Sektion Psychodrama“ im „Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik“ (DAGG) – (1972a, 1984b)
- *+ Konzipierung und Beratung des 1. Daytop-Hauses für Drogenabhängige Jugendliche in der BRD in Fridolfing (mit J.U. Osterhues, E. Forßmann)

1972

- *+ 1. Österreichisches Kreativitätsforum – Kreative Therapie, Kreativitätstraining, Strobel, Wolfgangsee (mit K. Martin, A. Berger u. a.) – (1973c; *Martin* 1973)
- * Symposium: Drogentherapie, Drogenarbeit, Sozialarbeit, Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf
- * Ausstellung und Tagung: Therapeutische Arbeit mit Puppen, Masken, Märchen, VHS Buderich (*Petzold, Geibel* 1972; 1975c, d, 1982h, i, 1983a, 1984d, 1987a, 1991d)
- *+ Gründung des Fritz Perls Instituts, Basel (mit J. Sieper) und des FPI-Sekretariats in Würzburg (mit H. Heidl, K. Martin, H.-J. Süß)
- *+ Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, als e.V. in Würzburg eingetragen, später nach Düsseldorf verlegt, mit K. Martin, H.J. Süß, J. Sieper, H. Heidl u. a.
- *+ Initiator der Kettenkonzeption für die „Therapiekette Niedersachsen“ und Mitinitiator der dortigen Wohngemeinschaftsmodelle nach dem „Four-Steps-Konzept“ (1974b, f; *Vormann, Heckmann* 1980), Fortbildung und Supervision der Mitarbeiter
- *° Einrichtung der 1. vierjährigen curricularen Ausbildung in Gestalttherapie, psychotherapeutischer Zweig FPI-Programm 1972, 2
- *+ Einrichtung einer 4jährigen soziotherapeutischen Ausbildung am FPI (*Petzold, Sieper* 1972a, b) FPI-Programm 1972, 2
- *° Einrichtung der vierjährigen Ausbildung für Integrative Bewegungstherapie am FPI (1974k) FPI-Programm 1972, 1974 I 19
- *° Einrichtung einer vierjährigen Ausbildung Kunsttherapie/Kreative Therapie (mit K. Martin und J. Sieper) – (*Dunkel, Rech* 1990) FPI-Programm 1972, 4 und 1974 I 15
- *° 1. Intensivseminar („Gestaltkibbuz“) in Aigen, Salzburg, FPI-Programm 1972, 5
- *° Einrichtung einer Ausbildung für Gestaltpädagogik am FPI (*Petzold, Brown* 1977; *Brown, Petzold* 1978), FPI-Programm 1972, 5
- * Konzipierung und Durchführung eines „methodenvariablen Laboratoriums zu Ansätzen in der Drogentherapie“, München, für den Gesamtverband der Heilstätten (mit H. Heidl, K. Martin, A. Berger, W. Rhis u. a.) – (1974i)
- *° Erste Weiterbildungsseminare in Gestaltseelsorge und therapeutischer Pastoralarbeit, FPI-Programm 1972, 7 und 1975, 4
- *+ Wissenschaftliche Begleitung und Supervision des ersten Methadon-Behandlungsprogrammes für Drogenabhängige in der BRD (*Lotze et al.* 1974)
- + Erste Gestalt- und Bewegungstherapieseminare in Jugoslawien, Zagreb und Dubrovnik (mit S. Podboj) – (*Topolovac* 1990)
- Erwähnung der Begriffe und Einführung der Konzepte „Gestaltberatung, Gestaltpädagogik, Gestaltanalyse“ (*Petzold, Sieper* 1972).

1973

- *+ 2. Österreichisches Kreativitätsforum, Strobel (*Dunkel, Rech* 1990, *Martin* 1973)
- *° 1. Gestaltkibbuz auf Dugi Otok (mit J. Simkin, K. Martin, W. Rihs, H. Heidl); seit 1973 bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt jeweils ein Gestaltkibbuz auf Dugi Otok pro Jahr
- *+ Beginn der ersten vierjährigen Ausbildungsgruppen für Kreative Therapie (Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien) mit K. Martin (Gruppe Schweiz) und J. Sieper (Gruppe Wuppertal) – (1972e, *Petzold, Sieper* 1990b)

- * Konzeption und Durchführung eines ersten fachspezifischen Weiterbildungscurriculums (Gestaltsoziotherapeut, Schwerpunkt Suchtkrankentherapie) für den „Gesamtverband der Heilstätten“, Kassel (1974h, i)

1974

- *+ Gründung des „Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie, Kreativitätsförderung“, gemeinnützige GmbH in Düsseldorf (Gesellschafter: H. Petzold, H. Heintl, J. Sieper, K. Martin, J. Süß) – (Petzold, Sieper 1988a)
- ° Erste familientherapeutische Seminare mit Virginia Satir und Maria Bosch in Deutschland (FPI-Programm 1974 II, 13)
- +° Weiterbildungsprogramm Transaktionsanalyse (mit F. English) – FPI-Programm 1974 I, 22
- * Arbeitstagung: Projektarbeit im Altenheim, VHS Büttgen
- *+ Gründung des FPI Regionalinstituts Düsseldorf (mit R. Feindt-Lange, H. Gausebeck, U. Standke u. a.)
- ° Arbeitstreffen Therapeutischer Wohngemeinschaften in der deutschen Drogenarbeit, Frankfurt
- *° Einrichtung einer Weiterbildung „Geronto- und Thanatotherapie“ (Petzold, Bubolz 1976; Petzold, Huck 1984; Bubolz 1983)
- ° Erste Transaktionsanalyse-Seminare in Deutschland mit F. English (1975g; Petzold, Paula 1976; FPI-Programm 1974 I, 23)
- *° Erste Bioenergetik-Seminare in der BRD mit Alexander Lowen und Bob Lewis, FPI-Programm 1975 I, 16 (1974j; Lowen, Lewis 1974)
- +° Erste Seminare in Expression Corporelle in der BRD mit Laura Sheleen, FPI-Programm 1974 I, 20 (Sheleen 1974, 1987)
- +° Erste Seminare in Sensory Awareness in der BRD (mit Friedrich Everding, Angelika Berger u. a.) FPI-Programm 1974 I, 21 (Brooks 1979)
- *+ Einrichtung einer Ausbildung zum Supervisor und in Systemsupervision (mit K. Höhfeld); FPI-Programm 1974 I, 13 (1990o; Höhfeld 1980; Lemke 1980; Schreyögg 1993)
- * Tagung „Supervision sozialer Systeme“, Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf

1975

- *° 1. Europäisches Arbeitstreffen für Gestalttherapie, Wolhusen, Schweiz (mit George und Judith Brown, G. Kogan, R. Frühmann, H. Heintl, W. Rönner, J. Velzeboer, N. Liebermann u. a.)
- +° Erste paartherapeutische Weiterbildung (mit Michael Paula, George Bach, Herbert Otto u. a.) – FPI-Programm 1975 I, 21 ff. (1976e)
- ° Erste Familientherapeutiekurse mit M. Kirschenbaum und C. Gammer in Deutschland – FPI-Programm 1975 I, 20
- * Gründung der Vierteljahreszeitschrift „Integrative Therapie“, Zeitschrift für Verfahren humanistischer Psychologie und Pädagogik (mit Ch. Bühler, G. Leutz, H. Heintl, E. Frühmann)
- + 4. Österreichisches Kreativitätsforum, FPI-Programm 1975 I, 27
- *° Einrichtung familientherapeutischer Weiterbildung (mit V. Satir u. a.) – FPI-Programm 1975 II, 21

1976

- *+ Einrichtung eines Hochschulkurses für Pastoraltherapie als Kooperation zwischen der Karl Franzens Universität, Institut für Pastoraltheologie und dem FPI (mit K. Gastgeber und K.H. Ladenhauf) – (1978b, *Ladenhauf*1988)
- *+ Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für Interaktionale und Experientielle Psychotherapie“ (AIEP) (mit M. Cöllen, H. Straub u. a.), heute „Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände“ (AGPF)
- + 6. Österreichisches Kreativitätsforum, FPI-Programm 1976, 35.
- + Gründung der FPI-Regionalinstitute bzw. Sektionen Hamburg, Hannover, Basel, Nürnberg, Salzburg, Würzburg, München

1977

- *^o Erste Weiterbildung in Confluent Education in der BRD (mit George und Judith Brown) – FPI-Programm 1977, 29

1978

- *+ Einrichtung des „Fritz Perls Klinikums für Gestalttherapie“, Ausbildungsklinikum des Fritz Perls Institutes an den Hardtwaldkliniken Zwesten (mit L. Hartmann-Kottek-Schroeder, H. Heintl, W. Wicker)
- *^o Einrichtung eines Kompaktcurriculums Gestaltberatung, FPI-Programm 1978, 31 (*Rahm* 1979)
- *^o Einrichtung eines Kompaktcurriculums kreative Therapie, Kreativitätstraining, FPI-Programm 1978, 29
- *^o Einrichtung eines Kompaktcurriculums Integrative Pädagogik, FPI-Programm 1978, 33
- *^o Einrichtung eines Kompaktcurriculums Kindertherapie, FPI-Programm 1978, 35
- *^o Einrichtung eines Kompaktcurriculums „Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden“, FPI-Programm 1978, 36

1979

- *+ Einrichtung einer dreijährigen Supervisorenausbildung für psychosoziale Supervision am FPI, durchgeführt in Kooperation mit der Katholischen Akademie Trier (mit H. Heineremann, A. Schreyögg) – FPI-Programm 1980, 4 (1990o; *Schreyögg* 1991)
- * Einrichtung eines Studienganges für Integrative Bewegungstherapie an der Freien Universität Amsterdam (verbunden mit der Ernennung zum außerordentlichen, seit 1985 ordentlicher Universitätsprofessor) – (1983i, *Petzold, Drefke* 1988)
- + Gründung und Herausgabe der Zeitschrift „Gestaltbulletin“ (mit B. Heineremann) seit 1989 „Gestalt und Integration“ (GI)

1980

- *+ Tagung der „Deutschen Gesellschaft für humanistische Psychologie“ und der „Deutschen Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“

- * Einrichtung der ersten Österreichischen Weiterbildung für Sterbebegleitung (in Zusammenarbeit mit dem Bildungshaus Maria Trost, Graz und in der Folge für das Katholische Bildungswerk, Wien)

1981

- + Gründung des FPI Regionalinstituts Frankfurt
- *+ 1. Deutsche Tagung für Integrative Bewegungstherapie 1. – 3. Mai, Marl (mit B. Weiß, A. Berger, J. Dederich, U. von Albertini, Ch. Veit) <vgl. Tijdschrift Psychomotorische Therapie 3 (1981) 103-110>
- *+ Kauf des Seehotels am Beversee und Gründung der „Fritz Perls Akademie“ (mit H. Heintl, J. Sieper) seit 1988 „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (*Petzold, Sieper* 1988a)
- *+ Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, Thema „Integration als Therapie und Lebenskonzept“, 25.-27. September, Mainz, FPI-Programm 1981, 83

1982

- *+ Einrichtung einer vierjährigen Ausbildung für Gestaltpädagogik am FPI (mit R. Signer, J. Bürmann) FPI-Programm 1982, 34 (*Burow* 1988)
- *+ Einrichtung einer Ausbildung für Gestalttherapie in Barcelona. Anfang einer spanischen Ausbildung für Gestalttherapie (1985 wird Petzold Ehrenmitglied der Asociación Española de la Terapia Gestalt)

1983

- * Einrichtung einer Supervisorenausbildung in Österreich für das Katholische Bildungswerk Wien (mit A. Schreyögg, V. Schoißwohl) – (1990o, *Petzold, Frühmann, Schreyögg, Melchard* 1991, *Schreyögg* 1993)
- *+ Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie“ (DGIB), mit J. Dederich, A. Tsomplektsis, B. Weiß, A. Berger u. a., Sitz Hückeswagen
- *+ Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Therapeutisches Puppenspiel“ (DGTP), mit K. Sommer, B. Scheel u. a., Sitz: Darmstadt (1983a)
- * Einrichtung der vierjährigen Weiterbildung in Integrativer Bewegungstherapie in Norwegen (Oslo), mit I. Orth, B. Hausmann, A. Höhmann
- *+ Einrichtung der vierjährigen Weiterbildung in Integrativer Bewegungstherapie in Österreich (mit R. Frühmann)
- * 2. Jahrestagung für Integrative Leib- und Bewegungstherapie, „Körper und Entfremdung“, Hückeswagen, Beversee, 29. April – 1. Mai <vgl. IT 4 (1983) 346-347>
- * 1. Symposion Therapeutisches Puppenspiel, Hückeswagen, Beversee, 21. – 23. November <vgl. IT 1 (1983) 75-76; IT 4 (1983) 347-348>
- +^o 1. Arbeitstagung Gestaltpädagogik, Hückeswagen, Beversee, 11. – 13. November <vgl. IT 4 (1983) 348-349>
- *^o 1. Deutsches Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, Hückeswagen, Beversee, 6. – 9. Dezember <vgl. IT 1 (1983) 77-78; IT 4 (1983) 350-351>

1984

- + Forschungsprojekt „Miteinander leben im Pensionistenheim“ für die Niederösterreichische Landesregierung (mit G. Kienast und A. Lindmayr)
- + Gründung des „Berufsverbandes Klinischer Musiktherapeuten“ (BKM), mit I. Frohne, W. Schröder, J. Canacakis-Canás u. a.) Sitz: Hamburg (*Frohne-Hagemann* 1989)
- + Einrichtung einer vierjährigen berufsbegleitenden Weiterbildung am FPI zum „Klinischen Musiktherapeuten“ (mit I. Frohne, I. Tarr-Krüger, J. Canacakis-Canás, W. Schröder) FPI-Programm 1984, 37 (*Petzold, Frohne* 1983, *Frohne-Hagemann* 1989)
- *+ Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien e.V.“ (DGKT), mit E. Wellendorf, J.P. Gonseth, A. Oeltze, I. Orth, P. Rech u. a.)
- *+ Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB), mit I. Orth, H. Peters, T. Pape, B. Heiner mann (*Petzold, Orth* 1985)
- * 2. Symposion Therapeutisches Puppenspiel, Hückeswagen, Beversee, 31. August – 2. September <vgl. IT 4 (1983) 351-352>
- *^o 1. Deutsche Tagung für Gestalttherapie, „Gestalttherapie in der Praxis“, Oberwesel, 28. – 30. September <vgl. *Petzold, Schmidt*, Kongreßband: Gestalttherapie, Wege und Horizonte, Junfermann, Paderborn, Beiheft 10, 1985>
- + 3. Jahrestagung für Integrative Leib- und Bewegungstherapie, „Bewegungstherapie in der Psychiatrie“, Hückeswagen, Beversee, 26. – 28. Oktober
- * 2. Deutsches Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, „Die Behandlung früher Störungen“, Hückeswagen, Beversee, 2. – 5. Dezember <vgl. IT 2 (1985) 193-195>
- + Forschungs- und Fernstudienprojekt im Auftrag des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft, „Wege zum Menschen“ (1984a) mit L. Pongratz

1985

- * Gründung der „Europäischen Gesellschaft für Gestalttherapie“ (EGGT unter Beteiligung von 8 Nationen – 1. Präsident der EGGT) <vgl. GI 1 (1985) 52-53>
- + Einrichtung einer vierjährigen Weiterbildung zum Klinischen Tanztherapeuten an der FPA als Kooperation mit E. Willke und der „Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie“; FPI-Programm 1985, 46 (*Willke* 1985; *Willke, Hölter, Petzold* 1991)
- + Gründung des Österreichischen Berufsverbandes der Gestalttherapeuten (mit A. Hofer-Moser, R. Frühmann, A. Rohmann, E. Stix u. a.)
- * 1. Deutsche Tagung für Poesie- und Bibliothherapie und Literarische Werkstätten, Hückeswagen, Beversee, 3. – 5. Mai (*Petzold, Orth* 1985; *Goffmann* 1993)
- *+ 3. Deutsche Tagung für Gestaltpädagogik, Hückeswagen, Beversee, 20. – 22. September <vgl. IT 2 (1985) 202-203>
- *+ 1. Deutsche Tagung für Klinische Musiktherapie, Hückeswagen, Beversee, 8. – 10. November (mit I. Frohne) <vgl. IT 3/4 (1985) 385-387>
- + 3. Weiterbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Therapeutisches Puppenspiel, Hückeswagen, Beversee, 15. -17. November <vgl. IT 1/2 (1986) 133-136>
- * 3. Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien, „Umgang mit Freude und Trauer“, Hückeswagen, Beversee, 15. – 18. Dezember <vgl. IT 2 (1985) 217-220; IT 1/2 (1986) 136-140>

1986

- *+ Einrichtung einer fünfjährigen Weiterbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am FPI auf der Grundlage Integrativer Therapie (mit U. Schneewind, B. Metzmacher, W. Landsberg, B. Heineremann, G. Ramin); FPI-Programm 1986, 39 (*Petzold, Ramin* 1987)
- *+ Gründung von „Pro Senectute Österreich“, Wien (mit J. Rett, E. Kernbichler, M. Stöckler) – (*Petzold, Stöckler* 1988)
- *+ Gründung „Österreichischer Berufsverband für Supervision und psychosoziale Beratung“ (mit E. Melchard, M. Kallasek, G. Prieler u. a.) – (1990; *Petzold, Frühmann, Schreyögg, Melchard* 1991; *Frühmann* 1991)
- * Einrichtung der Informations- und Dokumentationsstelle für Selbsthilfegruppen in Düsseldorf (*Petzold, Schobert* 1991)
- *+ Gründung der norwegischen Gesellschaft für Integrative Therapie
- *+ 2. Europäische Tagung für Gestalttherapie, „Psychotherapie und Ethik“, Mainz, 26. – 28. September <vgl. IT 2/3 (1988) 106>
- + Tagung „Therapie und soziale Kulturarbeit“ Gemeinsame Tagung des FPIs und der Akademie Remscheid für musische Bildung und Medienerziehung, Remscheid, 10. – 12. Oktober <IT 2/3 (1987) 275-276>
- *+ 1. Europäische Tagung für Therapeutisches Puppenspiel Oberwesel, 24.- 26. Oktober (mit K. Sommer, B. Scheel)
- * 4. Deutsches Symposium für Kunsttherapie und Therapie mit Kreativen Medien – Weiterbildungstagung, Hückeswagen, Beversee, 7. – 10. Dezember <IT 2/3 (1987) 277-278>
- *+ 4. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie, „Bewegungstherapie als Profession“, Hückeswagen, Beversee, 2. – 4. Mai
- *+ Einrichtung des Curriculums „Integrative Poesie- und Bibliothherapie“ (mit I. Orth, H. Peters u. a.); FPI-Programm 1987, 106 (*Petzold, Orth* 1985)

1987

- *+ Gründung der Zentralen Weiterbildungs- und Forschungsstelle für Drogentherapie und Suchtprobleme an der EAG, Hückeswagen <vgl. GI 2 (1990) 196>
- *+ Initiierung der klinischen Weiterbildungsstätte für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Elisabethklinik, Dortmund (mit Walter Landsberg, Udi Schneewind, Bruno Metzmacher)
- + Symposium Maske und Therapie, Hückeswagen, Beversee, 6. – 8. März <vgl. IT 2/3 (1987) 278-281>
- *+ 2. Deutsche Tagung für Poesie- und Bibliothherapie und Literarische Werkstätten, Hückeswagen, Beversee, 21. – 22. März (mit I. Orth, I. Goßmann, B. Heineremann, H. Peters) – (*Großmann* 1993) <vgl. IT 2/3 (1987) 282-289>
- *^o 1. Internationales Symposium „Der Gong – Sound Healing, Psychotherapie, Kreativitätsförderung, Sound Creation und Meditation“, Hückeswagen, Beversee, 1. – 3. Mai (mit I. Frohne, M. Jülich, J. Canacakis-Canás) – (1989c) <vgl. IT 2/3 (1987) 284-291>
- *+ 1. Österreichisches Symposium von „Pro Senectute Österreich“ (mit M. Stöckler) „Mit alten Menschen arbeiten“, Bildungshaus Lainz, 16. – 17. Mai <gl. IT 2-3 (1988) 240-242>
- + 1. Deutsche Tagung für Tanztherapie, Hückeswagen, Beversee, 11. – 13. September (mit E. Willke u. a.) <vgl. IT 4 (1988) 383-384; Tanztherapie 14 (1987) 23-28>

1988

- *+ Einrichtung des Kompaktcurriculums „Integrative Leibtherapie“ (mit H. Heintl und I. Orth), FPI-Programm 1988, 79
- *+ 2. Österreichische Fachtagung „Die Lebenswelten alter Menschen“ (mit M. Stöckler), 30. April – 1. Mai, St. Virgil, Salzburg – (*Petzold, Petzold* 1991)
- * 1. Schweizerische Tagung für Integrative Bewegungstherapie, Zürich, Paulus-Akademie, 8. – 10. Juli <vgl. GI 1 (1989) 132-144>
- * Symposion „Methodenintegration in der Supervision“, Hückeswagen, Beversee, 2. – 4. September (1990, *Petzold, Frühmann, Schreyögg, Melchard* 1991)
- *+ Tagung „Selbsthilfegruppen und psychosomatische Störungen“, Düsseldorf, Kontakt- und Informationsstelle, 23. – 25. September (*Petzold, Schobert* 1991)
- * Tagung „Mein Kind ist drogenabhängig – die Situation der Eltern“, Köln, 20. – 22. Oktober <vgl. GI 1 (1989) 147>
- * Studententagung Lichamelijke benadering van Depressiviteit, Amsterdam, 18. November, Freie Universität Amsterdam
- * 5. Deutsches Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, „Symbolisierung und Symboldeutung“, Hückeswagen, Beversee, 27. – 30. November <vgl. IT 2 (1989) 231-234>
- *+ Studententagung „Umgang mit verwirrten alten Menschen“, Pro Senectute Österreich, Innsbruck, 8. Dezember (mit M. Stöckler)
- + 1. Norwegische Tagung für Integrative Bewegungstherapie, Oslo, 18. – 21. Juni <vgl. IT 2-3 (1988) 249-250>
- * Einrichtung eines vierjährigen Postgradualen Studiengangs für „Integrative Bewegungspsychotherapie“ und für „Psychomotorische Therapie“ an der Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam
- *+ Einrichtung einer vierjährigen Postgraduate Ausbildung für Integrative Therapie in Jugoslawien (mit B. Topolovac u. a.) <vgl. GI 2 (1988) 103-106>

1989

- + 3. Deutsche Tagung für Poesietherapie, Bibliothherapie und literarische Werkstätten, „Persönliche Sprache – Öffentliche Sprache“, Hückeswagen, Beversee, 14. – 16. April – (*Goffmann* 1993)
- *+ 1. Österreichische Tagung für Klinische Bewegungstherapie, Leibliche Prägung und Lebensgeschichte“ (mit S. Cserny), Salzburg, St. Virgil, 27.-29. April <vgl. Tanztherapie 18 (1989) 32-41>
- * Fachtagung Niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit, Köln, 7. – 8. Mai <vgl. GI 1 (1989) 145-146; IT 2 (1989) 234-237; GI 1 (1991) 183-185>
- + 3. Europäischer Kongreß Gestalttherapie und ihre Praxisfelder, Holland, Veldhoven, 26. – 28. Mai <vgl. Feedback 6 (1989) 13-14; Caleidoscopio 2 (1990q) 84-85>
- *+ 3. Österreichische Fachtagung „Der alte Mensch im Heim – neue Wege in der Pflege und Aktivierung“, 3. – 4. Juni, Bildungshaus St. Hippolyt, St. Pölten (mit M. Stöckler) – (*Petzold, Petzold* 1991) <vgl. GI 1 (1990) 174-177>
- * Fachtagung Krisenintervention und Begleitung bei Drogenabhängigen und Aids-Kranken, Lohmar-Kreuzenaaf, 16. – 18. Juni <vgl. GI 1 (1991) 187-189>

- * Studententagung Supervisie en Psychomotorische Therapie, Amsterdam, 23. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam
- *+ Tagung Trommeln in der Therapie (mit W. Meyberg), Hückeswagen, Beversee, 28. – 30. August, <vgl. IT 1-2 (1990) 163>
- + Deutscher Kongreß für Gestalttherapie und Integrative Therapie Lebens-Gestalt und Zeitgeschichte, Hamburg, 29. September – 1. Oktober <vgl. Kongreßband, Hrsg. von B. Kielmann und B. Kollak und GI 1 (1990) 158-168>
- *+ „Selbsthilfe und Gesundheitskultur – kommunale Herausforderungen“, Weiterbildungszentrum Düsseldorf, 3. – 5. November <vgl. GI 1 (1991) 189-191>
- + 6. Deutsches Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, Angewandte Kunsttherapie in der BRD, Kassel, 10. – 12. November <vgl. IT 1-2 (1990) 165-166>
- * 1. Europäisches Symposion für Tanztherapie und Bewegungsausdruck in der klinischen Praxis, Freie Universität Amsterdam, Amsterdam, 17. – 18. November <vgl. GI 2 (1991) 168-170>
- *+ Konzipierung und Einrichtung einer ersten dreijährigen Supervisorenausbildung mit dem Schwerpunkt Gerontologie und Krankenhauswesen für „Pro Senectute Österreich“ in Innsbruck (mit M. Stöckler)
– ab 1991 auch in Deutschland als Kooperationsprojekt mit der Kath. Akademie für Pflegeberufe in Bayern (*Schreyögg* 1993)

1990

- *+ Initiierung des Begleitforschungsprojekts zum Modellversuch „Niedrigschwellige Drogentherapie“ des Landes NRW – (*Petzold, Hentschel* 1991; *Hentschel* 1991)
- + Gründung der „Österreichischen Gesellschaft für Integrative Therapie“ (ÖGIT), Wien (mit A. Leitner, G. Reichel, A. Eisenstädter, R. Frühmann u. a.)
- * Einrichtung eines 4jährigen Aufbaustudienganges zum Diplom-Supervisor an der Freien Universität Amsterdam in Kooperation mit der EAG (*Schreyögg* 1993)
- * Einrichtung eines 4jährigen Aufbaustudienganges zum Diplom-Supervisor an der Wissenschaftlichen Landesakademie Krems, „Donau-Universität“, in Kooperation mit der EAG und der Freien Universität Amsterdam
- + Fachtagung Supervision in Großorganisationen und totalen Institutionen (mit K. Richter und A. Schreyögg), Remscheid, 16. – 18. Februar (1990o, *Petzold, Frühmann, Schreyögg, Melchard* 1991) <vgl. GI 1 (1991) 191-193>
- * Fachtagung Arbeiten und Leben mit verwirrten alten Menschen und Hochbetagten, Düsseldorf, 8. – 9. Oktober
- + Gründung der Kooperationsgemeinschaft gestalttherapeutischer Fachverbände (DGGK, DVG, GTA) mit B. Müller, V. Chu u a. <vgl. GI 1 (1991) 195-197>
- * 1. Europäisches Symposion für Stimme und Therapie, Hückeswagen, Beversee, 19. – 21. Oktober <vgl. GI 2 (1991)>
- * 1. Österreichische Tagung für Integrative Kinderpsychotherapie, Graz, 19. – 21. Oktober (mit R. Frühmann und M. Kratky-Dunitz) <vgl. IT 3 (1991) 320-322>
- * Symposion „Movement therapy with psychosomatic patients“, Amsterdam, Faculty of Human Movement Sciences, 23. – 24. November
- * 7. Deutsches Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, „Leib – Ausdruck – Gestaltung“, Hückeswagen, Beversee, 25. – 28. November <vgl. IT 1/2 (1991) 178-181>

- + Tagung Figur und Ritual, Remscheid, 30. November – 2. Dezember <vgl. GI 2 (1991)>
- * Fachtagung Körpertherapie in der Drogenhilfe, Remscheid, 7. – 9. Dezember <vgl. GI 2 (1991) 173>
- *+ Konzipierung und Einrichtung einer dreijährigen Fachausbildung zum Sozialtherapeuten, Schwerpunkt Suchtkrankentherapeuten (mit U. Hentschel) <vgl. GI 2 (1991)>
- * Einrichtung einer ersten Supervisorenausbildung in Südtirol für die Südtiroler Landesregierung in Bozen (*Schreyögg* 1993) <vgl. GI 2 (1991) 204-205>
- * Einrichtung eines Postgraduierten-Studienganges für Integrative Bewegungspsychotherapie als europäisches Kooperationsprojekt in Verbindung mit EAG und Postgraduate Programme Freie Universität Amsterdam an der Niederösterreichischen Landesakademie Krems

1991

- *+ 1. Schweizerische Fachtagung für Integrative Kindertherapie „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“, Zürich, 5. – 7. Juli (mit U. Schneiter und N. Katz-Bernstein) <vgl. GI 2 (1991) 171-173; IT 1/2 (1992) 206-208>
- * 1. Österreichisches Symposion für klinische Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, „Therapie im sprachlosen Raum“, Wien, 27. – 29. Oktober <vgl. GI 2 (1991) 170-171>
- *+ Symposion Theater, Theaterpädagogik, Therapie, in Verbindung von EAG und der Akademie Remscheid, 1. – 3. November <vgl. GI 2 (1991) 174-179; IT 4 (1991) 508-514>
- ° Tagung „Belastung – Überforderung – Burnout“, Bildungshaus Mariatrost, Graz, 8. November 1991
- + 8. Symposion für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, 1. kunsttherapeutische Tagung in den neuen Bundesländern, „Dialoge in der Kunsttherapie“, Weimar, 28. November – 1. Dezember
- * Forschungsprojekt „Supervision in der Altenarbeit und Krankenhaus“ im Auftrag des Österreichischen Gesundheitsministeriums, Karl Kummer Institut (mit B. Schigl)

1992

- * Symposium „Adem, stem en bewegingsexpressie: toepassing in de therapie“, Amsterdam, 8. – 9. Februar 1992.
- + Tagung „Musik und Depression. Musiktherapie bei Menschen mit depressiven Zuständen – Möglichkeiten und Grenzen“, Hückeswagen, 24. – 26. April 1992
- + 50 Jahre Gestalttherapie – Theorie und Methode, 4. Europäischer Kongreß für Gestalttherapie, La Villette, Paris, 29. – 31. Mai <vgl. GI 2 (1991) 179-181>
- + Jahrestagung Integrative Bewegungstherapie und DGIB Jahreshauptversammlung, „Wege der Identität – Selbsterleben, Arbeitsfelder und Zielvorstellungen Integrativer Bewegungstherapeuten/innen“, Hückeswagen, 22. – 24. Mai 1992.
- + 1. Seminário em Portugal. Terapia Integral/Gestalt-Therapie, „Uma Maneira de Conhecer o ser Humano“, Introducao e aplicacao da teoria e do método, Da Figueira da Foz, 29. – 31. August 1992.
- *+ 1. Europäische Tagung für Supervision, Institutionen im Wandel – Hilfe durch Supervision und Organisationsberatung (mit A. Schreyögg), Vereinshaus Leipzig, 23. – 25. Oktober 1992.

- + 3. Deutscher Kongreß für Gestalttherapie und Integrative Therapie, „Integrative Therapie – 20 Jahre Theorie und Praxis“, München, 25. – 28. Februar 1993.
- + Sandor-Ferenczi-Symposium, Hückeswagen, 11. – 13. Juni 1993.
- * „Der Weg ist das Ziel“ – Tagung für klinische Bewegungstherapie und fernöstliche Kampfkünste in der Persönlichkeitsentwicklung und Behandlung seelischer Erkrankungen, Kronenhof, Berlingen/Schweiz, 17. – 19. September 1993.
- * 9. Symposion der DGKT (mit I. Orth), „Das Unbewußte in den künstlerischen Therapien“, Jugendgästehaus Köln-Riehl, 19. – 21. November 1993

LITERATUR

- Brooks, Ch.*, Sensory awareness, Viking Press, New York 1974; dtsh. Erleben durch die Sinne, Junfermann, Paderborn 1979.
- Bubolz, E.*, Bildung im Alter, Lambertus, Freiburg 1983.
- Burow, O.-A.*, Grundlagen der Gestaltpädagogik, Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1988.
- Dunkel, J., Rech, P.*, Zur Entwicklung und inhaltlichen Bestimmung des Begriffes „Kunsttherapie“ und verwandter Formen der Psychotherapie, in: *Petzold, Orth* (1990a) 73-92.
- Frohne-Hagemann, I.*, Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1989.
- Frühmann, R.*, Die Bedeutung des Teams und der Teamsupervision in sozialen Institutionen aus der Sicht Integrativer Supervision, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 83-93.
- Gaßmann, I.*, Poesie- und Bibliothherapie an FPI und EAG, dieses Buch.
- Haindl, H., Veit, C.*, Erfahrungen aus dem Four-Steps-Modell der therapeutischen Wohngemeinschaft in Rábke, in: *Petzold* (1974b) 363-383.
- Hindel, U.*, Psychologische Gruppenarbeit mit Kindern – ein Bericht aus der VHS-Büttgen, *Volkshochschule im Westen* 6 (1972) 271-273.
- Hentschel, U.*, „Niedrigschwellige Drogenarbeit“ – ein Projekt in Nordrhein-Westfalen, *Gestalt und Integration* 1 (1990) 196.
- Höbfeld, K.*, Zur Supervision therapeutischer Wohngemeinschaften, in: *Petzold, Vormann* (1980) 105-128.
- Ladenhauf, K.-H.*, Integrative Therapie und Gestalttherapie in der Seelsorge, *Integrative Therapie*, Beiheft 12, Junfermann, Paderborn 1988.
- Laschinsky, D., Petzold, H.G., Rinast, M.*, Exchange Learning – ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 3 (1979) 224-245.
- Lemke, J.*, Gestalt-Supervision in therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige durch Kompetenzgruppen, in: *Petzold, Vormann* (1980) 129-145.
- Lewis, R., Lowen, A.*, Bioenergetische Analyse, in: *Petzold* (1974j) 217-244.
- Lotze, J., Stasch, R., Mohr, O., Vollmer, S., Rabe, M.-L., Meyer, A., Petzold, H.G.*, Konzeption des Ambulanten Therapieprogramms unter Verwendung von Methadon (ATM), in: *Petzold* (1974b) 450-456.
- Martin, K.*, Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, in: *Petzold* (1973c) 223-243.
- Petzold, H.G.*, Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 (1965) 1-16 ; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G.*, Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7 (1968b) 331-360.

- Petzold, H.G., Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris 1969c, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974l).
- Petzold, H.G., Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 (1970d) 387-408; überarb. Fassung in: *Petzold* (1977a).
- Petzold, H.G., Die therapeutischen Möglichkeiten der psychodramatischen Magic-Shop-Technik, *Zeitschr. f. klin. Psychol. Psychother.* 4 (1971a) 345-396.
- Petzold, H.G., Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Buderich 1.6.1971; VHS Buderich 1971k.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*, Junfermann, Paderborn 1972a.
- Petzold, H.G., Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern, *Schule und Psychologie* 3 (1972e) 146-157.
- Petzold, H.G., Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes kathathymes Erleben, Psychosynthese, Gestalttherapie, Psychodrama, Nicol, Kassel 1972f.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) *Kreativität und Konflikte*, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H.G., Das Vierstufenmodell der Therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974f, in: *Petzold* (1974b) 133-222.
- Petzold, H.G., Programmatische und curriculare Überlegungen zur Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten und -betreuern, 1974h, in: *Petzold* (1974b) 473-502.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- Petzold, H.G., Konzepte zur Drogentherapie, 1974l, in: *Petzold* (1974b) 524-529.
- Petzold, H.G., Masken und Märchenspiel in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1 (1975c) 44-48.
- Petzold, H.G., Die Arbeit mit Puppen und Großpuppen in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1975d) 197-207.
- Petzold, H.G., Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorgern, Vortrag Graz, 1978b; ausgearb. Fassung in: *Scharfenberg, H.J., Freiheit und Methode. Wege christlicher Einzelseelsorge*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1979, 113-135.
- Petzold, H.G., Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3 (1980a) 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient, *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G., Wohnkollektive – eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen 1980e, in: *Petzold, Vormann* (1980) 423-462; repr. (1985a) 202-236.
- Petzold, H.G., Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G., Puppenspiel in der therapeutischen und geragogischen Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1982h) 74-122.
- Petzold, H.G., Symbolspiele mit Puppen, *Animation* 7 (1982i) 249-251.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) *Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie*, Pfeiffer, München 1983a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunkt Heft Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: *Petzold* (1988n) 583-600.
- Petzold, H.G., Psychodrama. Die ganze Welt der Bühne, 1984b, in: *Petzold* (1984a) 111-216.
- Petzold, H.G., Die Wahrheit der Maske, 1984d, in: *Petzold, Petzold-Heinz, Kurschilgen* (1984) 1-5.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.

- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G., Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H.G., Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987b) 194-234.
- Petzold, H.G., Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987c) 104-141.
- Petzold, H.G., 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 (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in: *Petzold* (1988n) 173-283.
- Petzold, H.G., „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G., *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2*, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., *Heilende Klänge. Der Gong in der Therapie, Meditation und Sound Healing*, Junfermann, Paderborn 1989c.
- Petzold, H.G., „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zum „komplexen Bewegungsbegriff“ und zum Konzept der „Kommutilität“ in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studententagung „Klinische Bewegungstherapie“, 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, Amsterdam 1989h; repr. *Integrative Bewegungstherapie* 2 (1991) 25-39 und als „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zu einem Bewegungsbegriff und zur Kommutilität, in: *Petzold* (1993a) 1337-1348.
- Petzold, H.G., Drogenabhängigkeit als Krankheit, *Gestalt und Integration* 2 (1990j) 149-159.
- Petzold, H.G., Drogentherapie heißt Karrierebegleitung. Reflexionen nach 20 Jahren Arbeit im Felde der Drogenarbeit am Beispiel des Stufenmodells therapeutischer Wohngemeinschaften und des Konzeptes der therapeutischen Kette, Vortrag auf dem Therapiekette-Niedersachsen-Seminar, Nov. 1989, Step, Hannover 1990k.
- Petzold, H.G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.
- Petzold, H.G., Terzo congresso delle European Association for Gestalt Therapy (EGGT) *Caleidoscopio* 2 (1990q) 84-85.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie*, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Masken – die „andere Identität des Selbst“, in: Sommer, K., *Therapeutisches Maskenspiel – Grundformen der Theatertherapie – Gesichter der Frauen – ein Frauenseminar*, Junfermann, Paderborn 1991d, 9-17.
- Petzold, H.G., *Therapeutische Identität und plurale therapeutische Kultur – Überlegungen am Beispiel Gestalttherapie/Integrative Therapie*, *Gestalt* 11 (1991g) 14-34; erw.in: *Petzold* (1993n).
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie*, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., Berger, A., *Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen*, *Integrative Therapie* 3/4 (1978b) 249-271; erweitert in: *Petzold, Bubolz* (1979) 379-426.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E., Bildungsarbeit mit alten Menschen*, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen*, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., *Frohne, I. et al. (Hrsg.), Poesie- und Musiktherapie*, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., *Frühmann, R., Melchard, E., Schreyögg, A., Editorial, Schwerpunktheft Integrative Supervision in Institutionen und Teams*, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 5-6.

- Petzold, H.G., Geibel, Ch., „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschulerziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken, in: *Petzold* (1972a) 414-427.
- Petzold, H.G., Hentschel, U., Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold, H.G., Huck, K., Death education, Thanatogik – Modelle und Konzepte, in: *Petzold, Spiegel, Rösing* (1984) 501-576.
- Petzold, H.G., Mathias, U., Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985a.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J., Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviordrama in einem Lebenshilfezentrum, in: *Petzold* (1972a) 394-413.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., Petzold-Heinz, I., Schmitz-Kurschildgen, E., Hinter der Maske, Egger, Willich 1984.
- Petzold, H.G., Ramin, G., Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Präambel, 1. Jahresprogramm des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung, Basel, Würzburg, Düsseldorf 1972a.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung 1973, in: *Petzold* (1973c) 56-85
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integrative Therapie und Gestalttherapie am Fritz Perls Institut – Begriffliche, persönliche und konzeptuelle Hintergründe und Entwicklungen, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 1 (1988a) 22-96.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Die neuen – alten – Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien, 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 519-548.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a (dieses Buch).
- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Integrative Therapie, Beiheft 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980
- Rahm, D., Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn 1979, 6. Aufl. 1991, 1993.
- Robin, J.-M., Gestalttherapie in Frankreich, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 211.
- Schreyögg, A., Prozesse der Organisationsentwicklung von FPI/EAG. Kultur- und Strukturanalyse, dieses Buch.
- Sheleen, L., Dropsy, J., Maitrise corporelle und menschliche Beziehungen, in: *Petzold* (1974j) 39-58.
- Sheleen, L., Maske und Individuation, Junfermann, Paderborn 1987.
- Sieper, J., Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-Agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-358.
- Sturm, K., Meyer, A., Gruppendynamik und Gruppentherapie bei der Behandlung Drogenabhängiger im „Four-Steps“-Modell der therapeutischen Wohngemeinschaft, in: *Petzold* (1974b) 223-237.
- Topolovac, B., Jugoslawien – Das Land droht zu zerfallen, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 210.
- Vormann, G., Heckmann, W., Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland, in: *Petzold, Vormann* (1980) 24-57.
- Willke, E., Tanztherapie. Zur Verwendung des Mediums Tanz in der Psychotherapie, in: *Petzold* (1985g) 265-298.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G., Tanztherapie, Theorie und Praxis, Junfermann, Paderborn 1991.
- Zundel, R., Hilarion Petzold, Integrative Therapie, in: *Zundel, E., Zundel, R., Leitfiguren der Psychotherapie*, Kösel, München 1987, 191-214; repr. dieses Buch.

Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien

Hans-Joachim Oeltze, Neuss

Ich kenne *Johanna Sieper* seit 1958 – eine lange Zeit – und bin mit *Hilarion Petzold* über einige Jahre in der gleichen Gymnasialklasse gewesen. Ich habe mit beiden noch in der Schulzeit Hörspiel- und Theaterprojekte gemacht, später dann in avantgardistischen Kellertheatern zusammengearbeitet, mit ihnen in einem kleinen Filmunternehmen, das wir gegründet hatten, Filme hergestellt – *Hilarion* war für die Konzepte und Texte zuständig, *Johanna* für Bild und Regie, ich für die Filmmusik. Ich habe die beiden oft in Paris besucht, habe, als sie die Volkshochschulen Büttgen, Meerbusch/Büderich 1969 (*Hilarion*) und Dormagen 1969 (*Johanna*) 1970 übernahmen, viele Jahre mit ihnen in der Erwachsenenbildung zusammengearbeitet. *Johanna Sieper* hatte in Düsseldorf Kunst und Grafik bei *Edelmann, Lenzen* u. a. studiert. Insbesondere die „neue Grafik“ von *Heinz Edelmann* (Jugendzeitschrift „*Twen*“ sowie der Beatles-Film „*The yellow submarine*“) haben sie stark beeinflusst. Mit ihren Freunden *Susanne Jordan* und *Herbert Dörnemann* bildete *Johanna Sieper* das Grafikteam *Jopermann*, dessen Plakatgrafiken etwa für die Düsseldorfer Kammerspiele, für das Schauspielhaus usw. berühmt wurden, in „*Graphics Annual*“ erschienen, auf Ausstellungen gezeigt wurden und heute im Grafikarchiv des Folkwang-Museums zu sehen sind (Triennale '80: die besten Plakate der Jahre 1970 – 1980, Museumskatalog 1980). Erst im „*Theater-Keller-Neuss*“, dann im Düsseldorfer „*Glück-Schicksal-Theater*“ wirkte sie – zuständig für Kostüme, Bühnenbild, Effekte, Plakatgrafik – an alternativen Theaterinszenierungen mit, den ersten „*Multi-mediashow*s“ wie „*Massachusetts I und II*“, „*Die große Kosmorehabilitation des Dr. habil. Frankenstein*“, Stücke, in denen neben Ton und Text mit Lichteffekten, Toncollagen (*Oeltze*) und Filmcollagen (*Jopermann*) gearbeitet wurde, ein Multimediageschehen, das unter der einflussreichen Regie von *Gunther Helmons-*

Lagarde in Theaterkreisen erhebliche Beachtung fand (*Theater Heute* und *Neues Rheinland*, 3/1974) und die Stadt Düsseldorf und das Kultusministerium von NRW zur Bezeichnung des Alternativtheaters veranlaßte. „Ton, Pantomime, Bild, Standfoto, Tanz, elektronische Musik, Beat und Lichteffekte besonderer Art wurden teils isoliert, teils geballt eingesetzt“, *Düsseldorfer Nachrichten*, 20.06.1969, vgl. auch *Rheinische Post*, 07.01.1972, *Düsseldorfer Feuilleton*).

Die Theaterexperimente Anfang bis Mitte der 60er Jahre haben für die *multimediale* und *intermediale Arbeit* in der „*Integrativen Therapie*“, wie sie von *Petzold* und *Sieper* begründet wurde, sicher hervorragende Bedeutung gehabt. Hier wurden die *Prinzipien in der Praxis* entdeckt, die von *Petzold* zur „*Anthropologie des schöpferischen Menschen*“ theoretisch ausgearbeitet wurden. Die psychologischen Konzeptualisierungen schienen schon damals vorgezeichnet, als die Theatergruppe den Film „*Spur eines Mädchens*“ machte (mit *Fassbinder* als Schauspieler), der die Entwicklung einer Hebephrenie bei einem jungen Mädchen darstellte und in bedrängender Dichte Erfahrungen der Gewalt, der Verwirrung, der Absurdität präsentierte, eine Anatomie psychotischen Erlebens, die 1967 als einziger deutscher Beitrag auf der Biennale in Venedig gezeigt wurde. Im November 1963 war *Hilarion Petzold* nach seiner Landwirtschaftslehre – er wollte ursprünglich Landwirtschaft oder Tiermedizin studieren – zum Studium nach Paris gegangen. Ende 1964 folgte *Johanna Sieper*. Die Arbeit im *Glück-Schicksal-Theater* und im *Jopermann-Team* führte sie weiter. Nachtzugfahrten Düsseldorf-Paris/Paris-Düsseldorf. *Johanna Sieper* studierte in Paris Philosophie, Psychologie, Kunstgeschichte, Theologie u. a. bei *Leonid Ouspjenski* und *André Grabar* (byzantinische Kunstgeschichte), bei *Pierre Kovalevskij* (russisch-orthodoxe Theologie), bei *Gabriel Marcel, Paul Ricoeur,*

Michel Foucault (Philosophie), bei *Serge Moscovici*, *Vladimir Iljine* (Psychologie) an der École Pratique des Hautes Études, Sorbonne, und am Institut St. Denis. 1968 erwarb sie den Grad eines Lic.-theol. mit der Arbeit „Kreuzsymbolik und Typologie in der Patristik“. 1971 promovierte sie zum Doktor der Philosophie mit einer Arbeit über „Philosophie und Psychologie des Bildes im alten Orient und in der frühchristlichen Ikonographie“. In Paris erlernte sie Psychodrama, Gruppendynamik und Therapeutisches Theater u. a. bei *A. Schützenberger*, *D. Anzieu* u. a. und durchlief ihre Psychoanalyse in der Tradition der Ungarischen Schule bei *V.N. Iljine*. Mit *Hilarion* wurden die ersten Projekte psychotherapeutischer, kreativitätstherapeutischer und psychosozialer Arbeit initiiert: mit dissozialen Vorstadtkindern, mit Menschen in Altenheimen, in der ersten europäischen therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige „Les quatre pas“. Ende 1969 nach Deutschland zurückgekehrt, im „Pendelverkehr“ weiterhin mit den Pariser Kreisen verbunden, übernahm sie die Leitung der Volkshochschule in Dormagen, deren Direktorin sie bis 1976 blieb, um dann stärker in die pädagogische Arbeit am FPI einzusteigen. *Hilarion Petzold* 1969 hatte die Volkshochschulen Meerbusch/Büderich übernommen und die Volkshochschule Büttgen gegründet (er leitete letztere nebenamtlich bis 1976 neben seinen vielfältigen anderen Aktivitäten). Die Erwachsenenbildungsarbeit des „linksrheinischen VHS-Familien-Kombinats“ – so die scherzhafte Bezeichnung in Insiderkreisen – war äußerst innovativ. Es wurden Dozentenfortbildungen mit Gruppendynamik, Psychodrama, kreativen Medien durchgeführt (*Sieper* 1971; *Petzold, Sieper* 1970; *Petzold* 1971d, 1973c). Ein Vorschulprogramm wurde eingerichtet (*Hindell* 1972) und eine psychosoziale Beratungsstelle. Erwachsenenbildnerisch wurden neue Angebote ausprobiert. Es war die Zeit, in der die ersten Zertifikatskurse, das Funkkolleg, Programme für qualifizierte Schulabschlüsse und Umschulungsmaßnahmen eingeführt wurden. *Johanna Sieper* war berühmt für ihre Bildungswerbung, künst-

lerische Programmgestaltung und für das hohe Niveau ihrer Volkshochschulprogramme. Die psychologische Dozentenbetreuung, die selbsterfahrungsbezogenen Angebote, die hier von *Johanna, Hilarion* und mir erstmalig an deutschen Volkshochschulen so systematisch praktiziert wurden, standen am Anfang einer Entwicklung, die in der bundesdeutschen Erwachsenenbildung heute eine Selbstverständlichkeit ist: Es gibt praktisch kein Volkshochschulprogramm mehr, in dem nicht Angebote für Selbsterfahrung und psychologische Gruppenarbeit eine gewichtige Stelle einnimmt. *Petzold*s Buch „Kreativität und Konflikte – Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung“ (1973), das schon die ganze Palette humanistisch-psychologischer Verfahren aufzeigte, war neben *Brochers* „Gruppendynamik in der Erwachsenenbildung“ ein Initiations-text für diese Bewegung (Umschlagsgrafik *Johanna Sieper*). *Johanna Sieper* wirkte weiterhin aktiv in den Ausschüssen des „Nordrhein-Westfälischen Volkshochschulverbandes“ mit, etwa im publizistischen Ausschuß, in Arbeitsgruppen zur Vorbereitung des nordrhein-westfälischen Weiterbildungsgesetzes, das als das fortschrittlichste Erwachsenenbildungsgesetz im europäischen Raum betrachtet werden kann. In diesem Kontext wurden die pädagogischen, erwachsenenbildnerischen und bildungspolitischen Konzeptionen entwickelt, die für die Arbeit an FPI und EAG grundlegend sind und die seine vorbildliche andragogische Ausrichtung kennzeichnen (*Sieper* 1985). Sie stehen auf dem Hintergrund einer langen pädagogischen Tradition (*Petzold, Sieper* 1977) und sind einem ganzheitlichen Ansatz des Lehrens und Lernens verpflichtet, der als das Konzept „**Integrativer Agogik**“ ausformuliert wurde (idem 1978c, vgl. Beitrag in diesem Band, S. 359 ff.).

Seit *Hilarion Petzold* aufgrund seiner Erfahrungen mit dem „Therapeutischen Theater“ bei *Iljine*, aus der Drogenarbeit durch Aufenthalte bei Daytop, New York, und Gestalt-Gruppen am Esalen Institut bei *Fritz Perls*, später dann mit Psychodrama in New York bei *J.L. Moreno* anfang, Selbsterfahrungs- und Therapiegruppen

anzubieten – zunächst in Paris 1968, dann die ersten 1969 mit Gestalt, Psychodrama und Bewegung in Deutschland – hat *Johanna Sieper* in diesen Gruppenprojekten als Ko-Therapeutin mitgearbeitet oder auch selbst Gruppen angeboten, z. B. im Rahmen der Volkshochschulprogramme. Sie hat weiterhin während der Lehrtätigkeit von *Petzold* an der Fachhochschule für Sozialarbeit in Düsseldorf und der Pädagogischen Hochschule Rheinland, Neuss, an dessen Lehrveranstaltungen zur Randgruppenarbeit, Drogenarbeit, Altenarbeit, insbesondere aber in den für Studenten angebotenen Selbsterfahrungsgruppen mitgewirkt. 1972 war sie dann Mitgründerin des Fritz Perls Instituts – damals in Basel –, 1974 dann bei der Gründung der gemeinnützigen GmbH mit *Hildegund Heintz* in Düsseldorf. Seitdem war sie am FPI als Leiterin von Ausbildungsgruppen, Lehranalytikerin, in Sonderheit aber als die unter den Gesellschaftern tätig, die die erwachsenenbildnerischen Belange in die Hand nahm, die andragogische Konzepte überdachte und mit *Hildegund* und *Hilarion* ausformulierte. Weiterhin befaßte sie sich mit der grafischen Gestaltung des Programmes und der werblichen Präsentation des Institutes. Sie arbeitet derzeit in den letztgenannten Bereichen sowie in der Theorieentwicklung und im Sektor Publikationen weiter mit.

Johanna Siepers Bedeutung für die Entwicklung des Institutes liegt im wesentlichen in der Förderung kunst- und kreativitätstherapeutischer Aktivitäten an FPI/EAG sowie in der andragogischen Orientierung seiner Ausbildungsarbeit, für deren erwachsenenbildnerische Konzeption ihr Name mit Fug und Recht stehen kann. Sie hatte die erste Ausbildungsgruppe am Institut

zur Arbeit mit „kreativen Medien und intermedialer Kunsttherapie“ 1972 in Düsseldorf begonnen. 1973 hat dann *Katharina Martin* eine solche kreativitätstherapeutische Gruppe in Zürich angefangen. *Johanna Sieper* hat in diese Arbeit die Erfahrungen aus ihrem Kunst- und Grafikstudium eingebracht, ihre Auseinandersetzung mit der Kunstgeschichte und der Symboltheorie (*Petzold, Sieper* 1990). Ihre Interessen und Kompetenzen im Kreativbereich kamen in kongenialer Weise mit denen von *Hilarion Petzold* und später von *Ilse Orth* zusammen, so daß die „kreativen Medien“ und „künstlerischen Therapiemethoden“ am Institut zu einem unverzichtbaren Bestandteil der *Integrativen Therapie* werden konnten. Für *Johanna Sieper* war therapeutische und pädagogische Arbeit immer „künstlerisches Tun“ und „angewandte Philosophie“ *in einem*. Sie war und ist in genuiner Weise dem *heraklitischen Denken* verpflichtet und der Überzeugung, daß sich Erkenntnis und Praxis in einem unendlichen, spiralförmigen Fließen weiterentwickeln – mehrperspektivisch, wie die Dreiecke der „FPI-Spirale“, die sich nach verschiedenen Seiten hin ausrichten, eine Spirale, die keinen Anfang und kein Ende hat. *Heraklit* hat diese Schraubenspirale als Symbol permanenten Erkenntnisfortschritts beschrieben (*Petzold, Sieper* 1988). In Auseinandersetzung mit diesem Denken und in einer ständigen Diskussion mit *Hilarion* über das Wesen des heraklitischen Ansatzes, die *Dialektik von Differenzierung und Integration*, von *Synergie und Kreation*, hat sie die „FPI-Spirale“ entworfen, die heute das Zeichen der „Integrativen Therapie“, ihrer Methoden und Orientierungen und des FPIs und der EAG ist.

LITERATUR

- Hindell, U.*, Psychologische Gruppenarbeit mit Kindern, *Volkshochschule im Westen* 6 (1972) 271.
Petzold, H.G., 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 1971k.

- Petzold, H.G., Triadisches Psychodrama in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 3 (1971d) 120-132.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H.G., Das Ko-responzenmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.
- Petzold, H.G., Brown, G. (Hrsg.), Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Psychodrama in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift für Praktische Psychologie* 8 (1970) 421-427.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, in: *Petzold* (1973c) 56-85
- Petzold, H.G., Sieper, J., Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik, in: *Petzold, Brown* (1977) 14-36.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Die FPI-Spirale – Symbol des „heraklitischen Weges“, *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2 (1988b), 5-33.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Kunst und Therapie, Kunsttherapie, Therapie und Kunst – Überlegungen zu den Begriffen, Tätigkeiten und Berufsbildern, in: *Petzold, Orth* (1990a) 169-186.
- Petzold, H.G. Sieper, J., Die neuen – alten – Kreativitätstherapien. Marginalien zur Psychotherapie mit kreativen Medien, in: *Petzold, Orth* (1990a) 519-548.
- Sieper, J., Das Mysterium des Kreuzes in der Typologie der alten Kirche, *Kyrios* 1 (1969) 1-30; 2 (1969) 65-82.
- Sieper, J., Die Theologie des Bildes im alten Orient, Publ. Inst. St. Denis, Paris 1971.
- Sieper, J., Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 4 (1971) 220-221.
- Sieper, J., Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-362.

III

DIE METHODEN DES „INTEGRATIVEN ANSATZES“ DATEN UND KONZEPTE ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG AN FPI UND EAG

Integrationstherapie 1. Gestaltpsychotherapie

Die Gestaltpsychotherapie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat.



Die Gestaltpsychotherapie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat.

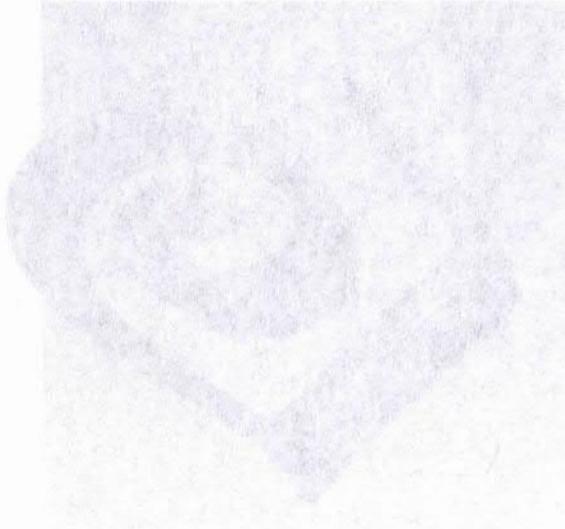
Die Gestaltpsychotherapie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat.

Die Gestaltpsychotherapie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat.

Die Gestaltpsychotherapie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat. Sie ist eine integrative Psychotherapie, die sich aus der Gestalttherapie und der Gestalttherapie entwickelt hat.

© 2000 Gestalttherapeutische Vereinigung in Österreich. Alle Rechte vorbehalten. Gestalttherapie ist eine geschützte Bezeichnung. Gestalttherapeutische Vereinigung in Österreich, www.gestalttherapie.at

Gestalttherapie



Strukturplan der Weiterbildung im psychotherapeutischen Zweig

40 Std. Zulassungsseminar 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. u. 5. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe		60 Std. Supervisionsgruppe fortlaufend (2-jährig)	
	40 Std. Hot Seat und Traum 40 Std. Kreative Medien 24 Std. Theorie I	40 Std. Leibtherapie 24 Std. Theorie II 64 Std. Wahlpflichtseminare	40 Std. Diagnostik 40 Std. Krisenintervention Fachprüfung Intensivseminar/Gestaltkibbuz (160 Std.)	40 Std. Supervision I / Methodik 40 Std. Supervision II / Kasuistik eigene Arbeit als Therapeut: 460 kontrollierte Stunden Graduierung
	Fortlaufendes Theorieprogramm 120 Std.		20 Std. Anamnesen	Gestalt-Lehranalyse 250 Std. Kontrollanalyse ca. 100 Std.

8 Unterrichtsstunden gelten als eine Arbeitseinheit (AE)

Wahlpflichtfächer: Durchführung von Einzeltherapien, Gruppenprozeßanalyse, Diagnostik und Therapie früher Schädigungen, Integrative Therapie mit Psychiatrischen Patienten, Grundlage und Methoden der Int. Familientherapie, Int. Therapie bei schweren chronischen Ängsten, Umgang mit suicidalen Patienten, Thymopraktik II, Int. Therapie bei depressiven Syndromen, Einführung in Paartherapie. Arbeit mit psychiatrischen Patienten in der Ambulanz.

Integrative Therapie – Gestaltpsychotherapie

Bernd Heineremann, Rösraht

Definition:

»Integrative Therapie ist das Metamodell einer Humantherapie und ein Verfahren klinischer Psychotherapie, das an der „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ orientiert ist und einen schulenübergreifenden, differentiellen und methodenintegrativen Ansatz vertritt. Sie ist damit dem „Integrationsparadigma“ der modernen Psychotherapie verpflichtet und hat zum Ziel, den Menschen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Ganzheit und seinem sozioökologischen Lebenskontext/ Kontinuum durch theoriegeleitetes, forschungsbasiertes und indikationspezifisches Vorgehen im Rahmen einer ko-respondierenden und kooperativen, therapeutischen Beziehung zu behandeln, um beschädigte Gesundheit und Identität wiederherzustellen, die Entwicklung der Persönlichkeit zu fördern oder bei der Bewältigung von irreversiblen Schädigungen Bewältigungshilfen zu geben« (Petzold 1991a, vgl. die ausführliche Definition im 1. Kapitel dieses Buches, S. 17).

In diesem Verfahren spiegeln sich die Aneignungsgeschichte, die Suchbewegungen und die Integrationsbemühungen von H. Petzold, J. Sieper und H. Heintl sowie der „Leute der ersten Stunde“ wider, die mit ihnen gemeinsam das „Fritz Perls Institut“ begründeten.

Das Verbindende zwischen ihnen war – abgesehen von vielen gemeinsamen Erfahrungen von Hilarion Petzold und Johanna Sieper – die Suche, die Aufbruchsstimmung, die Unzufriedenheit mit dem Vorgefundenen im damaligen Feld der Psychotherapie. Deutlich beeinflusst vom Klima der Studentenbewegung in Paris und ihrem beginnenden Scheitern, also auch auf dem Boden von Idealen, die mit den Mitteln der Studentenproteste nicht zu verwirklichen waren, beginnen Petzold und Sieper auf dem Fundament ihrer persönlichen Erfahrung mit der Psychoanalyse, wie sie ihnen in ihrer aktiven Form durch V.N. Iljine vermittelt worden war, auf dem Hintergrund der Begegnungen mit Moreno und Perls, deren Schüler sie

wurden und deutlich beeinflusst durch die NTL-Gruppendynamik sowie verschiedene Formen der Leib- und Bewegungsarbeit, nach eigenen Wegen in der Therapie zu suchen. Hildegund Heintl, damals schon langjährig als Ärztin tätig, ist auf der Suche nach einem neuem Verständnis von Medizin und Psychosomatik und steuert ganz wesentliche Impulse im Bereich der Leibtherapie und Körperarbeit bei. Kathrin Martin bringt Anregungen im Bereich der Arbeit mit kreativen Medien ein. Für die Aus- und Weiterbildung bestimmend werden Konzepte berufsbezogener Erwachsenenbildung (Sieper, Petzold, dieses Buch; Sieper 1985; Petzold 1971i, 1973c). So war auch zu Beginn der Ausbildungsgeschichte am FPI (1972) Gestalttherapie eines der angewandten und gelehrten Verfahren. Von Anfang an spielten „kreative Therapie“ bzw. „Therapie mit kreativen Medien“ sowie „Integrative Bewegungstherapie“ eine herausragende Rolle, ebenso wie dem Psychodrama eine große Bedeutung zukam (nicht zuletzt für die Entwicklung persönlichkeits-theoretischer Konzepte).

Diese Ausgangssituation macht deutlich, welche ungeheure Integrationsarbeit sowohl theoretisch wie auch praktisch zu leisten war (vgl. Bünte-Ludwig 1984; Petzold 1973a, 1980g, 1980f, 1984b, 1988a, 1988n, 1990h).

Im Bereich der Theorie waren es über viele Jahre vor allem Petzolds Suchbewegungen und Integrationsbestrebungen, die die Entwicklung der Methode vorantrieben (vgl. Frühmann, dieses Buch). Vor allem seine Bemühungen, die theoretischen Quellen auszuloten, der Versuch, Brüche und Unvereinbarkeiten zu überwinden sowie die Formulierung eines metatheoretischen Standorts zur Begründung und Einbettung von Theorie und Methode, haben die Entwicklung und Veränderung der „Integrativen Therapie“ zu einem elaborierten Verfahren ganzheitlicher Psychotherapie entscheidend geprägt. Dieses Verfahren konnte nur erarbeitet

werden, weil ein gleichwertiges, ebenso wichtiges Entwicklungspotential genutzt werden konnte: die ungeheure Fülle der klinisch-praktischen Erfahrungen zahlreicher Kolleginnen und Kollegen an FPI und EAG, die sie in die Entwicklung der Integrativen Therapie einbrachten. Die persönliche Vielfalt, die kreative Fülle, die Experimentierfreudigkeit all dieser vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat das *Verfahren* der Integrativen Therapie und ihre *Methoden* mitgeprägt, bereichert und auch weitere theoretische und praktische Entwicklungen angelegt. Das Entstehen neuer Ausbildungszweige an FPI und später auch EAG ist auch zu verstehen als strahlenförmige Bündelung einer kreativen Fülle. Von ganz entscheidender Bedeutung für die Entwicklung und den Stand des Verfahrens war *Hildegund Heinh*, die – neben ihren wesentlichen inhaltlichen Impulsen – eine wichtige, ordnende Kraft in der Vielfalt der Strömungen war.

THEORETISCHE KONZEPTE

Integrationsbemühungen in Theorie und Praxis waren von Beginn an ein erklärtes Ziel bei der Entwicklung des Verfahrens (das Institut hieß von Beginn an „Fritz Perls Institut für **Integrative Therapie**, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“). Ganz ausdrücklich ist dieser vielfach mißbrauchte und heute auch manchmal abgenutzte Begriff nie als Legitimation für ein wildes Neben- und Durcheinander verschiedener Methoden, Techniken und theoretischer Konzepte verstanden worden, sondern in der Tat als Versuch, die verschiedenen Quellen inhaltlich auszuschöpfen, methodisch zu verbinden und – hier liegt die Innovation – in einen übergeordneten, tragenden theoretischen Rahmen zu stellen.

Letztlich führte die Zusammenschau der verschiedenen Ansätze (*Synopse*) und das Zusammenwirken der verschiedenen methodischen Konzepte und Einflüsse (*Synergie*) zu einem systematisch weiter in Entwicklung begriffenen, theoretischen Ansatz mit einer klinisch fundierten und erprobten psychotherapeutischen Methode.

Petzold stellt an verschiedenen Stellen (1974j, 1980g, 1988n) seinen theoretischen Ansatz vor. Vor allem sein „Tree of Science“ als metahermeneutische Explikationsfolie der Integrativen Therapie (*Petzold* 1992a) gibt einen umfassenden Überblick sowohl über metatheoretische Standpunkte, realexplicative Theorien und die Praxeologie der Integrativen Therapie. Die erkenntnistheoretische Position Integrativer Therapie gründet in Phänomenologie und Hermeneutik (idem 1988a, b; *Schreyögg* 1991). Wurzelnd in den drei Aprioris des „Bewußtseins“, des „Leibes“ und der „Sozialität“ wird Erkenntnis aufgefaßt als intersubjektiv erschlossener, vielgestaltiger *Sinn*, dessen Fülle sich aus der Auffaltung der Perspektiven von Wirklichkeit ergibt.

Sinn ist nur als in Ko-respondenz gewonnener, als gemeinsamer Sinn, Konsens zu verstehen. Er kann nur in Ko-respondenzprozessen erschlossen werden. Wie in den anthropologischen Grundpositionen (siehe unten) ist die „Philosophie der Bezogenheit“ prägend, auch für den erkenntnistheoretischen Standort der Integrativen Therapie (vgl. *Bünste-Ludwig* 1984; *Petzold* 1988b, 1988f, 1988h, 1978c, 1980g).

Neben der Formulierung ethischer Positionen (*Petzold* 1992a, 500 ff.; *Schreyögg* 1988) erforderte die Integrationsarbeit auch den Entwurf eines in sich schlüssigen Menschenbildes, das zur Formulierung einer Anthropologie (*Orth, Petzold*, dieses Buch) und – aus ihr folgend – einer Persönlichkeitstheorie führte. Dabei wird der bestenfalls fragmentarische philosophische Hintergrund des *Perls-Goodmanschen* Menschenbildes durch die existentialistischen, phänomenologischen und hermeneutischen Ansätze von *Marcel, Merleau-Ponty, Ricoeur* und *Schmitz* fundiert; in gleicher Weise wurde die biologische Sicht der Persönlichkeit, wie wir sie bei *Perls* finden (*Perls* 1942, 1951), durch eine Theorie der Persönlichkeit überwunden, die zum einen die tiefenpsychologische Sicht der Psychoanalyse, ihre behandlungspraktischen Erkenntnisse (vor allem die der Ungarischen Schule) integriert, ohne jedoch den analytischen entwicklungstheoretischen Konzepten

und triebtheoretischen Annahmen der Metapsychologie zu folgen und auch, ohne ihre Überlegungen zur Pathogenese uneingeschränkt zu teilen. Zum anderen führte die Integration von *Morenos* Oeuvre im Hinblick auf die Persönlichkeitstheorie (*Bischoff* 1984; *Petzold, Mathias* 1983) unter Einbezug *Meadscher* Überlegungen zu einer Sicht des Individuums als soziales Wesen und in behandlungspraktischer Sicht zu einer Fülle von Assimilationen, die vor allem die Gruppenarbeit betreffen (keine der Methoden der sogenannten „humanistischen Therapieverfahren“ ist von den theoretischen und behandelungstechnischen Innovationen *Morenos*, dieses großen Genies, unbeeinflusst geblieben). *Moreno* ist der einzige „Schulengründer“, der nicht ein Kind der Psychoanalyse ist, und insofern eine Quelle für wesentliche Weiterentwicklungen im Bereich der Psychotherapie. Dies wird allzu oft unterschlagen.

Diese theoretischen und praktischen Integrationsbemühungen führen zur Formulierung seiner anthropologischen Grundformeln: „Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld“, und „der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt“, das von „individuellen und kollektiven bewußten und unbewußten Strebungen bestimmt ist“. Er ist ein „sich selbst steuerndes *personales System*, das in der Interaktion mit den umliegenden Systemen seine Identität findet und systemische Funktionalität in der Subjekthaftigkeit und Personalität transzendiert“ (ders. 1974k, 1975h).

Therapietheorie, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre der Integrativen Therapie sind an diese erkenntnistheoretischen und anthropologischen Grundpositionen rückgebunden (vgl. *Bünthe-Ludwig* 1984; *Petzold* 1974i, 1978c, 1980a, 1982d, 1988f, 1988g, 1991a, 1992a, 1993a).

Auf der praxeologischen Ebene wurden von *Petzold, Sieper, Heintl, Süß, Martin* von Beginn an Psychoanalyse, Psychodrama, Gestalttherapie, Leib- und Bewegungstherapie sowie Therapie mit kreativen Medien in einem stetigen In-



tegrationsbemühen praktiziert. Dieses Bemühen war vor allem gekennzeichnet durch den beständigen Versuch, nicht eklektisch und beliebig Methoden nebeneinanderzustellen und zu kombinieren, sondern in der Tat ein *Verfahren* (*Petzold* 1993h) zu entwickeln, das *konfliktzentriert-aufdeckendes* Vorgehen mit *erlebniszentrierter* und *übungszentriert-funktionaler* Arbeit verbindet und dabei die historische und prospektive Perspektive (Zeitkontinuum) sowie den sozialen und ökologischen Raum (Kontext) miteinbezieht. So entwickelte sich Integrative Therapie im Laufe der Jahre zu einem *Verfahren*, daß in konsistenter Weise aktionales Vorgehen mit einer dynamischen Betrachtungsweise verbindet und systemisch-kontextuell einbindet. Diese praxeologische Fundierung wäre undenkbar gewesen ohne die ungeheure Fülle der praktischen und theoretischen Arbeiten der zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der beständigen institutionellen Diskussion von Methoden und Konzepten. Integrative Therapie als Verfahren der Psychotherapie ist von *vielen*

mitentwickelt und geprägt worden und wird in seiner Komplexität auch korrespondierend weiterentwickelt werden müssen (*Frühmann*, dieses Buch, S. 351).

Einen besonderen Beitrag für die Entwicklung des leibtherapeutischen bzw. psychosomatischen Ansatzes im Rahmen des Verfahrens, aber auch für die Entwicklung des therapeutischen Stils überhaupt hat *Hildegund Heintz* geleistet. Sie hat sowohl in der Entwicklung leibtherapeutischer Konzepte (*Heintz*, dieses Buch) wie gleichermaßen in der Leitung der Ausbildung seit Beginn der 70er Jahre maßgeblichen Anteil an Entwicklung und Konsolidierung der Institution (vgl. *Lemke*, dieses Buch).

Zunächst *Johanna Sieper* (1971) und *Kathrin Martin* (1973) und später [1974] *Ilse Orth* (1994) haben den Stil kreativtherapeutischer Arbeit praktisch-methodisch fundiert und theoretisch formuliert (*Orth, Petzold*, dieses Buch; *Petzold, Orth* 1985, 1990a). Im Bereich theoretischer Entwicklung von Konzepten der Therapie in der Gruppe ist *Renate Frühmann* (*Frühmann* 1985, 1986; *Petzold, Frühmann* 1986) sehr wichtig gewesen. Neben vielen anderen, die die Methode klinisch-psychiatrisch, sowohl in ihrer praktischen Arbeit wie auch in der theoretischen Konzipierung grundgelegt haben, ist in besonderer Weise *Lotte Hartmann-Kottek-Schröder* (1981) zu nennen. Aus speziellen Begabungen und Interessen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben sich im Zusammenwirken mit der Institutsleitung neue Ausbildungszweige entwickelt (siehe die Beiträge dieses Buches).

„Integrative Therapie ist kreative Therapie“ (*Petzold* 1975h). Ausgehend von der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth, Petzold*, dieses Buch), also auf dem Fundament metatheoretischer und theoretischer Annahmen, versteht sich Integrative Therapie als psychotherapeutisches Verfahren, das auf dem Hintergrund der Einzigartigkeit des Menschen, der Analyse seines Gewordenseins, seiner Lebenswelt, der protektiven und Risikofaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof*, dieses Buch) ein jeweils einzigartiges, methodisches Vorgehen

sucht, wobei Krankheitsbild und Lebenssituation des Patienten die Auswahl der jeweiligen gewählten Methode bzw. des eingeschlagenen „Weges“ bestimmen (*Petzold* 1988n).

Diese „Wege der Heilung“ ergeben sich schliesslich aus dem Hintergrund metatheoretischer Annahmen, theoretischer Konzepte (Therapie-theorie, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre etc.), insofern sie Hauptwege, zentrale Linie von Behandlungswegen aufzeigen und sie methodisch (an die Theorien zurückgebunden) beschreiben. In diesem Entwurf kommen die Zielvorstellungen und damit das Bild vom „gesunden Menschen“ und vom „guten Leben“ zum Tragen.

Dieses Konzept ist in besonderer Weise Ausdruck und Ergebnis der Arbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen in klinischen und nicht-klinischen Arbeitsfeldern (*Hausmann, Meier-Weber* 1990; *Bürmann* 1992; *Schreyögg* 1991; *Belardi* 1992). Hier ist in zwanzigjähriger Arbeit praktische Integration und Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten mit verschiedenen Klienten- und Patientengruppen geleistet worden (*Metzmacher* 1987; *Heinermann* 1990; *Katz-Bernstein* 1990; *Frohne-Hagemann* 1990; *Bubolz* 1983; *Willke et al.* 1991; *Hömann-Kost* 1991; *Frühmann* 1985; *Petzold* 1970d, *Petzold, Vormann* 1980 u. a., vgl. auch die Liste der Graduierungsarbeiten an FPI und EAG, dieses Buch, S. 731-751).

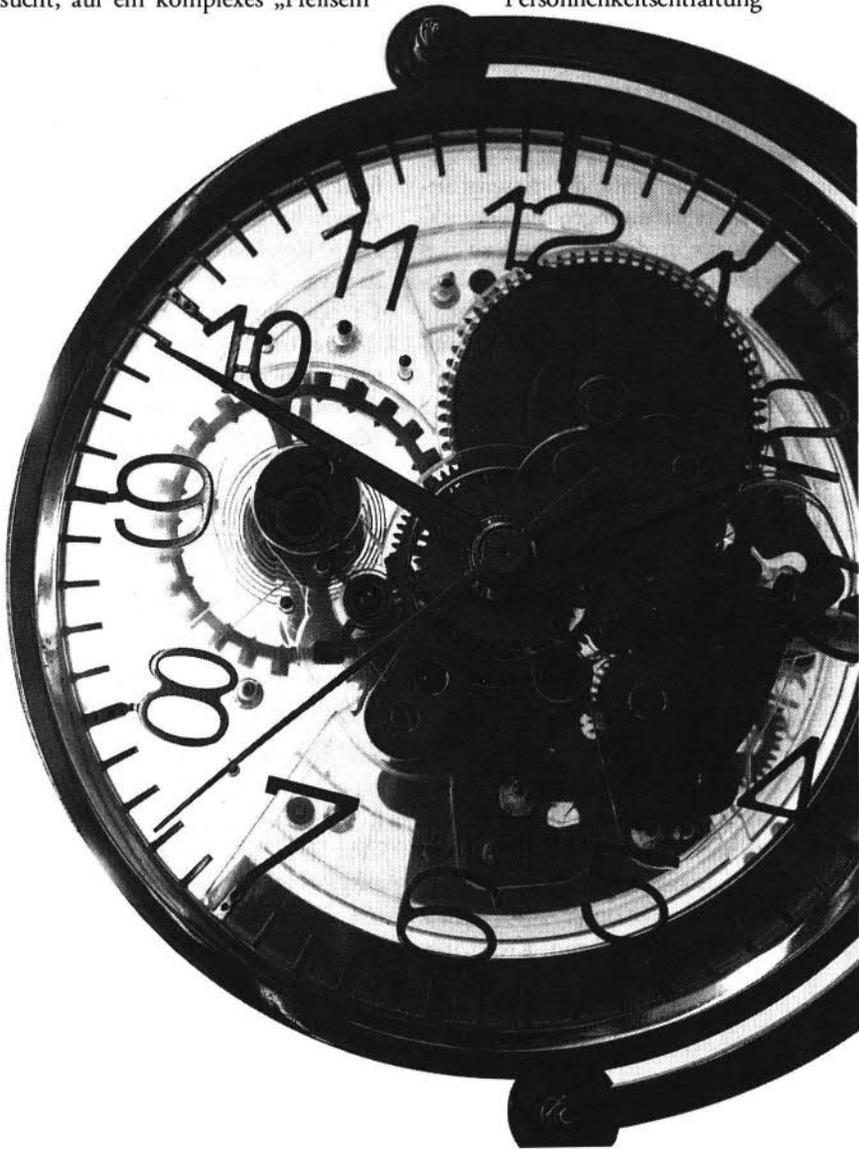
Eine herausragende Rolle spielt dabei der mediale Ansatz integrativer Psychotherapie (*Petzold* 1987a, 1987b, 1987d; *Petzold, Orth* 1985, 1990a). Hier fließen auf praxeologischer Ebene die Einflüsse der aktiven Psychoanalyse, des therapeutischen Theaters, des Psychodramas, der Gestalttherapie sowie leib- und bewegungstherapeutischer Ansätze zusammen. Der Einsatz von Medien in der Psychotherapie ist dabei nicht beliebig, sondern unterliegt einer systematischen Heuristik. Ist in der Integrativen Therapie der therapeutische Prozeß im einzelnen durch den vierstufigen Prozeßverlauf des „tetradschen Systems“ (*Petzold* 1974k, 1980e) sowie des Zirkels der „therapeutischen Herme-

neutik“ (Petzold 1988p, 1988b) beschreibbar, so ist der Gesamtverlauf, der große Bogen der Therapie mit Hilfe der praxeologischen Grundkonzeption der „Vier Wege der Heilung“ darstellbar. Diese „Wege“ innerhalb des *Verfahrens* Integrativer Psychotherapie mit ihren *Methoden, Techniken, Medien, Formen und Stilen*, versuchen in systematischer Weise die Persönlichkeit des Patienten, die Persönlichkeit des Therapeuten in ihrem jeweiligen Lebenskontext und ihrem Lebenskontinuum zum Ausgangspunkt der Begegnungswirklichkeit in der Therapie zu nehmen und auf diesem Hintergrund unter Einbeziehung von Lebenskontext und Lebenskontinuum fortlaufend und gemeinsam ein therapeutisches Curriculum zu entwerfen. Der Ansatz versucht, auf ein komplexes „Heilsein“

des Menschen hinzuzielen und sich nicht auf ein medizinisiertes Behandlungsmodell zu beschränken. Er versteht sich im Sinne der asklepiadischen Tradition als „Humantherapie“ und „Kulturarbeit“ (Petzold 1987d).

Entsprechend den metatheoretischen (vor allem anthropologischen) und theoretischen Annahmen des Ansatzes (siehe oben) sind die „vier Wege der Heilung und Förderung“ als intersubjektiv-prozeßhaftes Geschehen aufzufassen:

1. Weg: Bewußtseinsarbeit mit dem Ziel von Sinnfindung
2. Weg: Nachsozialisation mit dem Ziel der (Wieder-)Herstellung von Grundvertrauen
3. Weg: Erlebnisaktivierung mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung



4. Weg: Solidaritätserfahrung mit dem Ziel der Entwicklung einer exzentrischen Sicht von sich selbst als gesellschaftlichem Wesen, das die Möglichkeit hat, sich in dieser Gesellschaft zu entfalten, mit anderen in sie hineinwirken zu können.

Zielt der „erste Weg“ darauf ab, konflikthafte Material zu verarbeiten, „sich selbst im Lebensganzen verstehen zu lernen“, über die Entwicklung von „komplexem Bewußtsein“, Sinnfülle und Sinniefe des eigenen Lebens zu erfassen und zu verstehen, um auf diesem Wege Fixierungen, Bindungen in Auffassungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern zu überwinden, befaßt sich der „zweite Weg der Heilung“ mit einer Sinnebene, die im Bereich des unmittelbaren zwischenmenschlichen, ja zwischenleiblichen Erlebens angesiedelt ist. Die Nachsozialisation von Grundvertrauen, Prozesse von Nachbeileterung und Neubeileterung sind überall da erforderlich, wo an der Wurzel der Identitätsentwicklung schädigende, störende, traumatisierende oder defizitäre Erfahrungen die Entwicklung des Vertrauens in die Welt und zu den Menschen nachhaltig geschädigt haben. Es handelt sich hier um ein wesentliches Element in der Behandlung von „frühen Grundschädigungen“, die zur Heilung oder zur Milderung therapeutische Wege benötigen, die nachnährend die konkret leiblich-atmosphärische pflegende Haltung bereitstellen, die eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ ermöglicht. Es sind dies Wegverläufe, die in theoretischer und praktischer Tradition der Ansätze von *Ferenczi*, *Balint*, *Alexander*, z. T. auch *Winnicott* stehen. Der „dritte Weg der Heilung“ richtet sich auf die Entfaltung und Entwicklung der Potentiale im Menschen, die nicht geschädigt oder gestört, sondern gar nicht oder zu wenig ausgefaltet sind. Dieser Weg ist sicher am nächsten am *Perlschen* Gedankengut und hat es fortentwickelt. Hier wird die konfliktzentrierte Arbeit durch einen erlebniszentrierten Ansatz ergänzt, bei dem sich in besonderer Weise die Fruchtbarkeit kreativer Methoden und Medien entfalten kann. Die Entwicklung von Kreativität,

Phantasie, Sensibilität in einer therapeutischen „Umwelt“, die neue Angebote des Erlebens und der Bezogenheit als Möglichkeiten „*alternativer Erfahrung*“ bereitstellt und fördert, greift die entwicklungspsychologische Grundidee der „lebenslangen Entwicklung“ auf und setzt sie in konkretes, therapeutisches Tun um.

Der „vierte Weg der Heilung“ strebt die Stärkung des Identitätsanteils an, der im Bereich des Sozialen wurzelt. Über die Erfahrung von Solidarität in Gruppen (und hier sind nicht nur Therapiegruppen, sondern z. B. auch Selbsthilfegruppe gemeint, vgl. *Petzold*, *Schobert* 1991) soll die Möglichkeit zur Selbst-Hilfe in sozialer Gemeinschaft, aber auch auf die soziale Gemeinschaft hin erreicht werden. Hier ist also auch die Entwicklung von sozialer und politischer Verantwortung angezielt.

In diesen vier Wegen spiegeln sich auch in der *Praxeologie* des Verfahrens die wesentlichen Quellen Integrativer Therapie (siehe oben). Diese breite Sicht von Psychotherapie ermöglicht eine individuelle, indikationsspezifische Anwendung des *Verfahrens* als „dyadische Therapie“ (fokalisierend, kurz-, mittel- oder langfristig, vgl. *Petzold* 1993p, dieses Buch) oder als Gruppentherapie (*Petzold*, *Schmeewind* 1986) in der Behandlung von Neurosen, Psychosomatosen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Strukturen, psychiatrischen Erkrankungen, aber auch als Lebensbegleitung im Bereich von Persönlichkeitsförderung und -entfaltung sowie in der Prävention und Rehabilitation. Entsprechend der entwicklungstheoretischen und anthropologischen Grundpositionen des Verfahrens findet keine Eingrenzung auf bestimmte Altersgruppen statt.

AUSBILDUNG

Seit dem Beginn der Ausbildung in Psychotherapie am „Fritz Perls Institut“ im Jahre 1972 ist in den verschiedenen Zweigen eine beachtliche Zahl von Psychotherapeuten an unserem Institut ausgebildet worden (zur Statistik siehe *Schmiedel*, dieses Buch). Die Ausbildung im psychotherapeutischen Zweig umfaßt ca. 1 600 Aus-

bildungsstunden. Sie wendet sich an ÄrztInnen und PsychologInnen, die in prozeßorientierter Selbsterfahrung ihre persönliche, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz weiterentwickeln. In konsequenter Verfolgung des Grundsatzes, die „Methode durch die Methode“ zu lehren (Petzold, Frühmann, dieses Buch), sind entsprechend die Hauptelemente der Weiterbildung:

1. die fortlaufende Weiterbildungsgruppe (Petzold, Schneewind 1986)
2. die Lehranalyse als „dyadische Therapie“ (Frühmann 1993)
3. Kontrollanalyse und Supervision (Schreyögg 1991) als methodische und praktische Instrumente, klinische Praxis sicherzustellen und Ausbildungsstandards zu wahren
4. das Theorieprogramm (ZAK-Theo 1992)
5. das theorie- und praxisverschränkende Programm in Methodikseminaren (Petzold 1983i; Frühmann, Petzold 1993)
6. die kontrollierte bzw. supervisorische Arbeit mit eigenen Patienten (ders. 1993m).

So hat sich also in nunmehr 20 Jahren die **Integrative Therapie** (die Gestalttherapie einschließend und mit den genannten anderen Therapieansätzen verbindend) als sozialwissenschaftlich und tiefenpsychologisch fundiertes, analytisches Verfahren der Psychotherapie entwickelt, das die Erkenntnisse der modernen „klinischen Psychologie“, der „vergleichenden Psychotherapieforschung“ und der „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ einbezieht. Sie hat damit eine Pionierposition in den sich immer breiter durchsetzenden Integrationsbemühungen in der Psychotherapie und klinischen Psychologie und ihre Begründer und Mitarbeiter zählen zu den Initiatoren des „Integrationsparadigmas“ (Petzold 1992g) in der Psychotherapie. Sie ist ein junges Verfahren auf der einen Seite, ein klinisch fundiertes und erprobtes aber gleichermaßen. Die Entwicklung wird weitergehen: Integrationsbemühungen und schöpferische Weiterentwicklung werden nicht aufhören.

LITERATUR

- Belardi, N., Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung, Junfermann, Paderborn 1992.
- Bubolz, E., Bildung im Alter, Lambertus, Freiburg 1983.
- Bünthe-Ludwig, Ch., Gestalttherapie – Integrative Therapie, Leben heißt wachsen, in: Petzold (1984b) 217-309.
- Bürmann, J., Gestaltpädagogik – Weiterbildung für Lehrende, dieses Buch.
- Frohne-Hagemann, I., Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1989.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks, in: Petzold, Orth (1990a) 807-830.
- Frühmann, R., Frauen und Therapie, Junfermann, Paderborn 1985.
- Frühmann, R., Begegnung, Beziehung als ethische Grundlage für psychotherapeutisches Handeln. Referat auf dem 2. Europ. Kongreß für Gestalttherapie: „Psychotherapie und Ethik in Klinik und Praxis“, Mainz 15.-18. September 1986, Mainz 1986.
- Frühmann, R., Wandel der Theorie, dieses Buch.
- Frühmann, R., Die Rolle der Lehranalyse in der Integrativen Therapie, in: Frühmann, Petzold (1993a).
- Frühmann, R., Petzold, H.G., Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Frühmann, R., Petzold, H.G., Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten, 1993b, dieses Buch; auch in: Frühmann, Petzold (1993a).

- Heinermann, B., Arbeit mit Texten und Poesie in der Integrativen Therapie mit Jugendlichen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 975-1010.
- Hartmann-Kottek-Schröder, L., Klassifizierungsmerkmale früher Störungen, Paper im Rahmen der Psychotherapieweiterbildung, Hardtwaldklinik, Zwosten 1981.
- Hausmann, B., Meier-Weber, U., Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 1011-1114.
- Höhmann-Kost, A., Bewegung ist Leben, Junfermann, Paderborn 1991.
- Katz-Bernstein, N., Phantasie, Symbolisierung und Imagination – „komplexes kathartisches Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern, in: *Petzold, Orth* (1990a) 883-927.
- Lemke, J., Hildegund Heintz – Therapie vom Leibe her, dieses Buch.
- Martin, K., Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, in: *Petzold* (1973c) 233-244.
- Metzmacher, B., Integrative Bewegungstherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, in: *Petzold, Ramin* (1987) 227-256. 1987
- Oelze, H.J., Johanna Sieper – Integrative Bildungsarbeit und kreative Medien, dieses Buch.
- Orth, I., Unbewußtes in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden, kreativen Medien – Überlegungen aus der Sicht Integrativer und intermedialer Kunsttherapie, Vortrag auf dem 9. Symposium der DGKT, 19. – 21. November 1993; ersch. in: *Schmidt-Lellek, Chr. u. a.*, Beiträge zur Integrativen Therapie, Junfermann, Paderborn 1994.
- Orth, I., *Petzold, H.G.*, Beziehungsmodalitäten – ein integrativer Ansatz für Therapie, Beratung, Pädagogik, dieses Buch.
- Orth, I., *Petzold, H.G.*, Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, dieses Buch.
- Perls, F.S., Ego, hunger and aggression, Durban 1942; dtsh. Das Ich, der Hunger und die Aggression, Klett, Stuttgart 1978.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P., Gestalt Therapy, Julian Press, New York 1951; Dell, New York 1965.
- Petzold, H.G., Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* 8 (1970d) 387-408.
- Petzold, H.G., Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, *Erwachsenenbildung* 3 (1971i) 160-178; auch in *Petzold* (1973c).
- Petzold, H.G., Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie ist kreative Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975h.
- Petzold, H.G., Wohnkollektive – eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen 1980e, in: *Petzold, Vormann* (1980) 423-462; repr. (1985a) 202-236.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung Junfermann, Paderborn 1980f.
- Petzold, H.G., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, 1980g, in: *Petzold* (1980f) 223-290.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunktthema Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: *Petzold* (1988n) 583-600.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1984a.
- Petzold, H.G., Psychodrama. Die ganze Welt der Bühne, 1984b, in: *Petzold* (1984a) 111-216.

- Petzold, H.G.*, Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G.*, Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H.G.*, Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987b) 194-234.
- Petzold, H.G.*, Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt, 1987d; in: *Richter, K.* (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts f. 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.*, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a; erw. in: *Petzold* (1991a) 153-332.
- Petzold, H.G.*, Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b; erw. in *Petzold* (1991a) 91-152.
- Petzold, H.G.*, „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G.*, Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, 1988h, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 47-64.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G.*, Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie 1988p, in: *Petzold* (1988n) 285-340.
- Petzold, H.G.*, „Der Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis in der Integrativen Therapie, bearbeitet von *Bernd Heinermann*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1990h, erw. in: *Petzold* (1992a) 457-648.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G.*, Grundorientierungen, Verfahren, Methoden – berufspolitische, konzeptuelle und terminologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes, *Integrative Therapie* 4 (1993h).
- Petzold, H.G.*, Kontrollanalyse und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ – zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive, 1993m, in: *Petzold, Frühmann* (1993a).
- Petzold, H.G.*, Fokale Kurzzeittherapiebehandlung in der Integrativen Therapie – Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993q, in: *Petzold, Sieper* (1993a).
- Petzold, H.G.*, *Frühmann, R.*, Modelle der Gruppe in der Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, 2 Bde, Junfermann, Paderborn 1986.
- Petzold, H.G.*, *Mathias, U.*, Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G.*, *Goffin, J.J.M.*, *Oudhof, J.*, Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, dieses Buch.
- Petzold, H.G.*, *Orth, I.* (Hrsg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985a.

- Petzold, H.G., Orth, I.*, Poesie- und Bibliothherapie. Entwicklung, Konzepte, Theorie-Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes, 1985b, in: *Petzold, Orth* (1985a) 21-102.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Ramin, G.*, Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., Schneewind, U.*, Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie 1986a, in: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R.*, Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Stöckler, M.* (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Integrative Therapie, Beiheft 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G., Vormann, G.*, (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Schreyögg, A.*, Supervision und Ethik. Überlegungen zum Stellenwert von Ethik in der Psychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 158-171.
- Schreyögg, A.*, Integrative Supervision – ein integratives Modell, Junfermann, Paderborn 1991.
- Sieper, J.*, Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 4 (1971) 220-221.
- Sieper, J.*, Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-362.
- Sieper, J., Petzold, H.G.*, Integrative Agogik – ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, dieses Buch.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G.* (Hrsg.), Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.
- ZAK-Theo*, Arbeitsmaterialien zum Selbststudium für Theoriegruppen, 3. überarb. Aufl., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, Hückeswagen 1992.

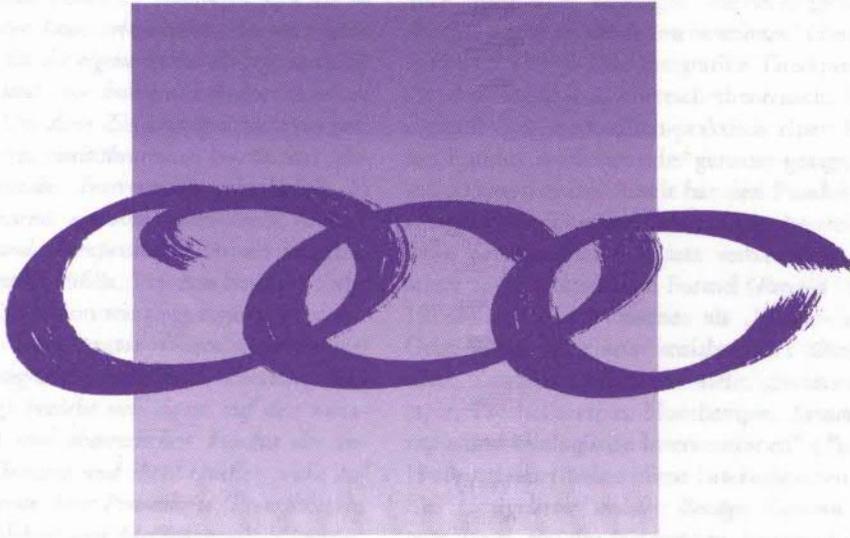
Somatotherapie als 2. Medizinischer Ansatz

Gestaltsoziotherapie

Ulrich Gellert, Rainer W. Müller, Rainer W. Müller, Rainer W. Müller

Die Gestaltsoziotherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich aus der Gestalttherapie und der Sozialtherapie entwickelt hat. Sie zielt darauf ab, die Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu untersuchen und zu verändern. In der Gestaltsoziotherapie wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten gelegt. Die Methode ist in der Regel in Gruppen durchgeführt und wird von einem Therapeuten geleitet. Die Gestaltsoziotherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich aus der Gestalttherapie und der Sozialtherapie entwickelt hat. Sie zielt darauf ab, die Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu untersuchen und zu verändern. In der Gestaltsoziotherapie wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten gelegt. Die Methode ist in der Regel in Gruppen durchgeführt und wird von einem Therapeuten geleitet.

Die Gestaltsoziotherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich aus der Gestalttherapie und der Sozialtherapie entwickelt hat. Sie zielt darauf ab, die Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu untersuchen und zu verändern. In der Gestaltsoziotherapie wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten gelegt. Die Methode ist in der Regel in Gruppen durchgeführt und wird von einem Therapeuten geleitet.



Die Gestaltsoziotherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich aus der Gestalttherapie und der Sozialtherapie entwickelt hat. Sie zielt darauf ab, die Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu untersuchen und zu verändern. In der Gestaltsoziotherapie wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten gelegt. Die Methode ist in der Regel in Gruppen durchgeführt und wird von einem Therapeuten geleitet.

Die Gestaltsoziotherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich aus der Gestalttherapie und der Sozialtherapie entwickelt hat. Sie zielt darauf ab, die Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu untersuchen und zu verändern. In der Gestaltsoziotherapie wird die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung und die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Therapeuten gelegt. Die Methode ist in der Regel in Gruppen durchgeführt und wird von einem Therapeuten geleitet.

Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie

Christa Petzold, Essen / Hilarion Petzold, Düsseldorf

Definition:

»Soziotherapie und psychosoziale Beratung wird verstanden als die theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren. Damit sollen die sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen) von einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer Bewältigung, aber auch Gestaltung gefördert und die Möglichkeiten zu solidarischem Handeln und sozialer Ko-kreativität entwickelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, Institutionen und soziale Felder zu verändern und die in diesen lebenden bzw. arbeitenden Menschen zum Engagement für die eigene Sache, für psychosoziale Gesundheit und eine humane Lebensqualität zu motivieren. Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wird ein breites, multitheoretisch begründetes Modell psychosozialer Intervention erforderlich, in dem verschiedene, erprobte, methodische Ansätze beratender und therapeutischer Arbeit integriert werden« (Petzold 1968a, 51). Aus heutiger Sicht muß diese Definition wie folgt ergänzt werden:

»Integrative Soziotherapie (Gestaltsoziotherapie) und eine integrierte psychosoziale Beratung (Gestaltberatung) bezieht sich dabei auf den metatheoretischen und theoretischen Fundus der Integrativen Therapie und ihrer Quellen sowie auf die ganze Breite ihrer Praxeologie (Prozeßtheorie, Interventionslehre) und Methodenvielfalt (psychodramatisches Rollenspiel, kreative Medien), die durch spezifische Formen der sozialen Intervention (Netzwerkarbeit, Ressourcen- und Supportmanagement, Copinghilfen etc.) erweitert werden.«

1. DAS KONZEPT „SOZIOThERAPIE“

Diese Umschreibung von Soziotherapie und die in ihr kondensierten Inhalte kennzeichnen diesen

methodischen Ansatz im Rahmen der Integrativen Therapie. Er wurde aus dem komplexen Zusammenhang der Arbeit mit Gastarbeitern und Randgruppen entwickelt und läßt sich für jedwede Arbeit mit belasteten, überlasteten Populationen anwenden. Die thematische Perspektive, die den Menschen als „personales System“ unter anderen personalen Systemen sieht, die ihrerseits soziale Systeme auf der Mikro-, Meso-, Makro- und Megaebene formen (Petzold 1974k), verlangt mehrperspektivische Sichtweisen und Interventionen, verlangt „Exzentrizität und Engagement“ (Petzold 1989i, 1990o). Sie fordert ein Instrumentarium von Fokalintervention (Heinl, Petzold 1980), aber auch langfristig angelegte Karrierebegleitung durch „intermittierende Interventionen“ (Petzold, Hentschel 1991). Die Integrative Therapie hat für den Soziotherapiebereich theoretisch, konzeptuell und methodisch-praktisch einen breiten Fundus erarbeitet oder genauer gesagt, die soziotherapeutische Arbeit hat den Fundus der Integrativen Therapie wesentlich bereichert, denn der integrative Ansatz verbindet gemäß seiner anthropologischen Formel (Petzold 1965, 1974k), die den Menschen als „Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ sieht, „Somatotherapie, Psychotherapie, Nootherapie, Sozialtherapie und ökologische Interventionen“ (Petzold 1988n). Dabei haben diese Interventionen das Ziel „integrierter sozialer Bezüge, Gewinn von tragfähigen, sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien und vielfältigen ‚social worlds‘ sowie die Reduktion von Entfremdung und die Steigerung von ‚social awareness‘ und ‚consciousness‘“, wobei „Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit als methodische Wege verwendet werden“ (vgl. *ibid.*). Die umfangliche Dokumentation von Praxisprojekten (etwa in Petzold 1985a) zeigt die Umsetzung dieser Prinzipien

in konkreten Handlungsfeldern, ähnlich wie die Vielzahl soziotherapeutischer Graduarungsarbeiten am FPI (vgl. dieses Buch, S. 727 ff.).

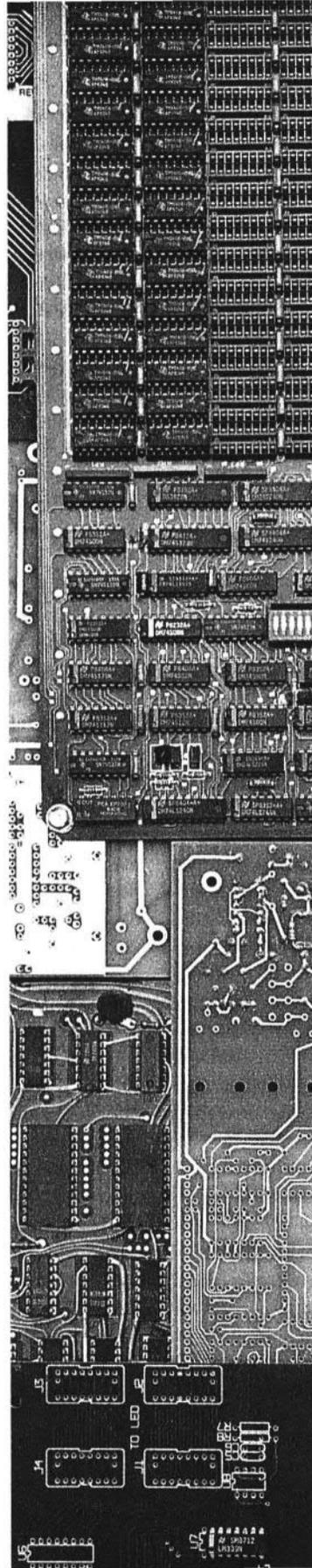
2. INSTITUTIONSGESCHICHTLICHER UND BERUFSPOLITISCHER KONTEXT

Zu den ersten Ausbildungscurricula, die am FPI bei seiner Gründung 1972 angeboten wurden, zählte das des *soziotherapeutischen Zweiges*. Die Motivation und die Gründe, am FPI einen solchen Zweig einzurichten, lagen in dem Faktum, daß ein Großteil der therapeutischen Arbeit im Felde der Praxis *zwischen Psychotherapie und Sozialarbeit* angesiedelt ist und eine „doppelte Kompetenz“ erforderlich macht. Einerseits muß der Psychotherapeut sozialarbeiterische Fragestellungen erfassen und Kenntnisse sozialer Hilfeleistung haben, andererseits muß der Sozialarbeiter über Beratungsskills und psychotherapeutische Kenntnisse der Einzel- und Gruppenarbeit verfügen, wenn beide ihren Patienten und Klienten effektiv helfen wollen, denn deren Problemlagen sind breit gefächert. Individualisierende Psychotherapie, die den sozialen Kontext nicht zu beeinflussen sucht, sondern die allein bei der persönlichen Tiefendimension ansetzt, und nur bei dieser, greift im Hinblick auf die aktuelle Lebenssituation und die Problemlage der Betroffenen genauso zu kurz wie die ausschließlich bei den sozialen Kontexten ansetzende Sozialarbeit, die den biographischen Problemhintergrund, die *Problemgeschichte* ausblendet. Die faktischen Notlagen der Patienten fordern deshalb eine „mehrperspektivische Sicht“ (Petzold 1990o) und methodenübergreifende Interventionen (idem 1970k). Sie benötigen die Kooperation zwischen Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern, die, um kooperieren zu können, alle über eine soziotherapeutische Kompetenz verfügen müssen, wenngleich diese auch unterschiedlich intensiv ausgebaut wird.

Da das FPI seit seinen Gründerjahren sehr stark auf die Behandlung von benachteiligten Patienten- und Klientengruppen ausgerichtet ist, sich

für *marginalisierte Menschen* eingesetzt hat, und weil in der Gründergeneration Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pädagogen vertreten waren, lag es nahe, ein Berufsbild „*Soziotherapeut*“ einzurichten. Daß sich dieses Weiterbildungsangebot im wesentlichen an psychosoziale Berufe wendet, die nicht über das Grundstudium der Psychologie oder Medizin verfügen, lag darin begründet, daß Ärzte und Psychologen die Möglichkeit zu therapeutischer Weiterbildung hatten, für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen o. a. diese Möglichkeit aber nicht gegeben war. Genau diese Berufsgruppen aber waren im Feld der Suchtkrankentherapie, der Altenarbeit, der Nichtseßhaftenhilfe beratend, psychotherapeutisch und soziotherapeutisch tätig. Die geltende Gesetzeslage – und daran hat sich bis heute in der Bundesrepublik nichts verändert – begrenzte dabei die psychotherapeutische Tätigkeit. Sie war den Ärzten – in einer Art Grauzone den Heilpraktikern – vorbehalten. Erst durch das Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom Februar 1983 wurde die nicht-ärztliche Ausübung der Heilkunde im Felde der Psychotherapie auch den Psychologen zugebilligt. Alle anderen im Felde der Psychotherapie tätigen Berufsgruppen wurden von dieser Regelung nicht berührt, und die derzeitigen Bestrebungen der Regierungsparteien, die Psychotherapie gesetzlich zu regeln, zentrieren denn auch darauf (von der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einmal abgesehen), die psychotherapeutische Behandlung an die Voraussetzung des Medizin- und Psychologiestudiums zu binden. Diese Entwicklung ist in vieler Hinsicht äußerst problematisch, geht sie doch an dem Faktum vorbei, daß in der Regel an den Brennpunkten im psychosozialen Feld Ärzte und Psychologen *nicht* arbeiten und daß es genau an diesen Brennpunkten um mehr geht als um sozialarbeiterische Einzelfallhilfe, um allgemeine Lebensberatung, nämlich um Krisenintervention, Fokalthherapie bei Notfällen, um mittel- und langfristige Begleitung in einer Verbindung von sozialer Hilfeleistung *und* Psychotherapie, um *intermittierende Behandlung* von Patienten, die die Kontinuität eines klassischen psychothera-

peutischen Settings von ihrer Motivationslage und Lebenssituation her nicht durchhalten könnten. *Soziotherapie* wird also für die Bevölkerungsgruppen, die Hilfe am notwendigsten brauchen, dringend benötigt. Das idealtypische Kooperationsmodell: hier Psychotherapeut, dort Sozialarbeiter, wie es in einigen psychosozialen Diensten und klinischen Einrichtungen verwirklicht ist, kommt nur für einen kleinen Teil der großen Gruppe von Hilfsbedürftigen zur Geltung, u. a. weil schon in der Kontaktsituation, die diese Klientel überhaupt erst für eine Psychotherapie herkömmlicher Art motivieren könnte (sofern eine solche indiziert ist) psychotherapeutische Kenntnisse erforderlich sind. Der Soziotherapeut muß die Menschen auf der „Tiefendimension“ ansprechen können; er muß in einer spezifischen Form psychotherapeutisch intervenieren können, wenn ihre Probleme mit den entsprechenden biographischen Hintergründen aufgebrochen sind, aber weder eine Motivation für Psychotherapie vorhanden ist noch Psychotherapeuten da sind, die solche Patienten (Suchtkranke, Nichtseßhafte, Spieler, Menschen im intramuralen und extramuralen Strafvollzug etc.) behandeln können. Für diese schwierige und zahlungsunfähige Klientel gibt es ja kaum behandlungswillige und für diese



Gruppen ausreichend kompetente Psychotherapeuten. *Soziotherapie* ist neben anderem also darauf ausgerichtet, eine psychotherapeutische Spezialkompetenz an Berufsgruppen zu vermitteln, die an besonderen *psychosozialen Brennpunkten* arbeiten müssen, wo sie als Soziotherapeuten de facto tätig werden – mit oder ohne Ausbildung. Es ging für die Initiatoren der Soziotherapieausbildung am FPI keineswegs darum, eine „Marktlücke“ aufzutun, nämlich Berufsgruppen ohne die entsprechende rechtliche Grundqualifikation eine Schmalspur-Psychotherapieausbildung zu vermitteln. Es waren vielmehr *inhaltliche* Überlegungen, ein sozialpolitisches Engagement ausschlaggebend. Weiterhin verfügten Kollegen wie *Jürgen Lemke, Ike Huy, Hartmut Stichtenoth, Ute Wirbel, Ursula Standke, Thomas Zehnder, Willi Rihs* u. a. über eine spezifische Handlungskompetenz in soziotherapeutischen Feldern – zumeist in der Drogentherapie und Randgruppenarbeit. *Hilarion Petzold, Astrid Schreyögg, Sabine Scheffler* u. a. waren langjährig Dozenten an Fachschulen und Fachhochschulen für Sozialpädagogik und Sozialarbeit. So war ein besonderes „Know-how“ vorhanden, an dessen Verbreitung wir interessiert waren. Das alles hatte uns seinerzeit motiviert, einen

soziotherapeutischen Zweig der Ausbildung einzurichten. Dieser Zweig stand und steht damit im Spannungsfeld zwischen ärztlich-psychologischer Psychotherapie und Sozialarbeit, in der Auseinandersetzung zwischen diesen beiden Berufsgruppen, in der berufspolitischen Diskussion zwischen ihren Interessenverbänden. *Soziotherapie* steht weiterhin im Spannungsfeld der Klienten/Patientengruppen: hier die Neurosepatienten (vorwiegend aus den privilegierten Schichten), die „auf Kasse“ gemäß einem eingeschränkten Indikationskataloges (Depression, Angstzustände, Zwangserkrankungen usw.) psychotherapeutisch behandelt werden können und dort Angehörige benachteiligter Schichten, für deren weitgehend sozial bedingte Erkrankungen (schwere Überlastungspsychosomatosen, psychische Probleme, z. B. aufgrund von Langzeitarbeitslosigkeit, „soziale Krankheiten“ wie zerfallende soziale Netzwerke aufgrund von Verelendung etc.) die Gesellschaft keine spezifischen Hilfsagenturen und Kostenträger keine angemessenen Leistungen bereitstellt. Für einige dieser „sozialen Erkrankungen“ bestehen noch nicht einmal diagnostische Kategorien (etwa im ICD-10 oder DSM-III-R). Wo kein Kostenträger zuständig ist, folgen in der Regel auch keine Leistungen und werden auch keine Spezialkompetenzen ausgebildet. Wer würde diese denn bezahlen? Genau solche Spezialkompetenzen aber sind notwendig. Bereiche, in denen *Soziotherapie* noch am ehesten eine Chance hat, sind die der Drogen- und Suchtkrankenarbeit, und nur ganz allmählich kommen andere hinzu, z. B. im Feld der Sozialgerontologie und der Randgruppenarbeit in alternativen Projekten und in der betrieblichen Sozialarbeit, im Bereich der Migranten-, Flüchtlings- und Asylantenbetreuung, in ambulanten psychosozialen Diensten, in der Gesundheitsvorsorge.

So kann das Arbeitsfeld von Soziotherapeuten durchaus umrissen werden, aber es ist breit und unscharf abgegrenzt und erstreckt sich auch in den Bereich der Psychotherapie, in den der Er-

wachsenenbildung und Sozialpädagogik, in den der Sozialarbeit. Diese *Unschärfe* ist ein Nachteil – kein Zweifel –, aber auch eine Stärke. *Soziotherapie* entzieht sich – bislang noch – gesetzlichen Regelungen und Restriktionen. Dies gilt für die kantonalen Regelungen in der Schweiz, das gilt für die derzeitige Rechtslage in der Bundesrepublik, wie ja das schon zitierte Urteil des Bundesverwaltungsgerichts deutlich macht und wie sie in den Durchführungsverordnungen zum Heilpraktikergesetz in den verschiedenen Bundesländern, aber auch in den Vorarbeiten zu einem Psychotherapiegesetz in der Bundesrepublik zum Ausdruck kommt: Maßnahmen der Lebenshilfe, der Beratung, der psychosozialen Hilfeleistung sollen nicht durch gesetzliche Regelung der Psychotherapie eingeschränkt werden. Es bleibt eine Grauzone. Diese Grauzone ist ein Freiraum, aber auch ein Zeichen für ein mangelndes Problembewußtsein, was die Aufgaben und die Bedeutung von Soziotherapie anbelangt. Soziotherapeuten werden durch diese Situation einerseits stark an die Tätigkeit in psychosozialen Institutionen gebunden, in denen sie ihre Arbeit kompetenter und umfassender ausführen als allein mit einer sozialarbeiterischen Grundausbildung (ohne daß diese damit abgewertet werden soll, denn sie hat einen anderen Fokus).

Soziotherapie wird bei persönlicher Kreativität und Innovationsfreude auch noch andere Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder finden als die aufgeführten, die im Bereich der Gesundheitsvorsorge, der psychosozialen Beratung, der Lebenshilfe, der Weiterbildung und – bei entsprechender Zusatzqualifikation – im Feld der Supervision liegen. Die gängigen Supervisorenausbildungen fordern – so die Vorstellungen der „Deutschen Gesellschaft für Supervision“ und der in ihr zusammengeschlossenen Ausbildungsinstitutionen, aber auch anderer Träger von Supervisorinausbildungen – eine 400- bis 600stündige methodische Vorausbildung als Zulassungsvoraussetzung. Die Soziotherapieausbildung ist als solche anerkannt.

3. ZUR AUSBILDUNG VON SOZIO- THERAPEUTEN UND SOZIO- THERAPEUTINNEN – BERUFSPROFIL, BERUFSSCHANCEN

Für die Ausbildung von Soziotherapeuten gibt es vielfältige Konzepte und Modelle. An FPI und EAG – was die fortlaufende Selbsterfahrungs- und Ausbildungsgruppe anbelangt – wird sie zusammen mit der Ausbildung der Psychotherapeuten durchgeführt. Dies bietet Chancen und Probleme. Einerseits wird hier schon in der Weiterbildungsgruppe die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die dann später im psychosozialen Feld miteinander arbeiten müssen (etwa in multidisziplinären Teams), geübt und vorbereitet, und es können Vorurteile abgebaut werden. Zum anderen ist die Selbsterfahrung für beide Berufsgruppen von gleicher Bedeutung und gleichgeartet. Differenzierungen wären hier unangebracht. Psychotherapeuten wie Soziotherapeuten müssen ihre eigene Biographie durcharbeiten, müssen lernen, mit Übertragung, Gegenübertragung, Widerstands- und Abwehrmechanismen umzugehen, müssen gruppendynamische Prozesse handhaben können. Dies ist der Aspekt des Vorteils. Andererseits wird durch die intensive Selbsterfahrung mit psychotherapeutischen Techniken, durch den ständigen Kontakt mit angehenden Psychotherapeuten auch das Bedürfnis geweckt, selbst den „statushöheren“ und besser dotierten Psychotherapeutenberuf zu ergreifen. Ein solcher Wunsch ist verstehbar, besonders, da die Handlungskompetenz von Psychotherapeuten und *Soziotherapeuten* in vielen Bereichen so verschieden ja nicht ist. Die vielzitierte „klinische Erfahrung“ findet sich bei vielen der psychotherapeutischen Ausbildungskandidaten, die als Psychologen und Ärzte kurz nach ihrem Studienabschluß mit einer Psychotherapieausbildung beginnen, noch nicht sehr ausgeprägt. Andererseits bringen die vielen Sozialarbeiter, die in klinischen Einrichtungen arbeiten, in der Psychiatrie, in Fachkrankenhäusern, Wohngemeinschaften und Beratungsstellen, einen Gut-

teil an klinischen Kenntnissen mit. Die gesetzliche Zäsur, die in der Bundesrepublik mit der Eingrenzung auf Ärzte und Psychologen besteht, ist sicher eine artifizielle. Sie entspricht weder der Realität der psychotherapeutischen Versorgung von Problemgruppen in der Bevölkerung noch dem Faktum der hohen personalen Kompetenz von Sozialberufen noch der faktischen psychotherapiespezifischen Ausrüstung durch ein Grundstudium der Psychologie oder Medizin, denn auch an vielen Fachhochschulen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik oder in pädagogischen Studiengängen der Heil- und Sonderpädagogik und Sozialpädagogik auf Universitätsebene findet sich genausoviel, ja zuweilen mehr an psychotherapie relevanten Studieninhalten als in Studiengängen von Ärzten und Psychologen.

Die „österreichische Lösung“, die es praktisch allen Sozialberufen ermöglicht, eine Psychotherapieausbildung zu absolvieren, ist da breiter und liberaler. Aber kommt sie auch den notleidenden Bevölkerungsschichten zugute? Wohl kaum, denn bislang übernehmen Psychotherapeuten nur in minimaler Weise soziotherapeutische Aufgaben (sie könnten diese in der Regel ja auch nicht mit den Kassen abrechnen). Das Feld der *Soziotherapie* bleibt bei einer solchen Regelung nach wie vor unterbesetzt, ja es ist zu befürchten, daß für die „Problemgruppen“ noch weniger an Kapazitäten herauschaut als bisher. Wahrscheinlich wird der Gesetzgeber in der BRD Nischen lassen für die institutionelle *Soziotherapie* – besonders im Bereich der Suchtkrankenarbeit oder der sozialgerontologischen Interventionen. Diese Nischen sind natürlich nicht ausreichend, besonders wenn den dort zu erbringenden Leistungen keine Abrechnungsmöglichkeiten gegenüberstehen. So wird die Not in diesen Feldern steigen, und es werden die Notlagen und die immer größer werdenden Probleme vielleicht das einzig wirksame Druckmittel werden, daß *Soziotherapie* als das anerkannt wird, was sie eigentlich ist: ein eigenständiges Berufsbild, für dessen Aufgabenprofil Kostenträger gefunden und Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen werden müssen.



Für *Soziotherapie* muß also sehr viel an berufspolitischer Arbeit eingesetzt werden. Die Chancen dafür sind derzeit klein. Die Töpfe der Kostenträger und der öffentlichen Haushalte geben wenig Spielraum. Die Einsicht, daß durch soziotherapeutische präventive, begleitende und rehabilitative Maßnahmen sehr viel Geld eingespart werden könnte, wird noch kaum zur Kenntnis genommen, zumal es sich hier um langfristige Perspektiven handelt und die Haushalte immer kurzfristig budgetiert werden. Weiterhin sind die Gesetzgeber derzeit vollauf beschäftigt, das Berufsbild des Psychotherapeuten zu regeln, und sie haben damit jede Menge Schwierigkeiten, nicht zuletzt wegen der Uneinigkeit der Psychotherapieverbände und der berufsständischen Organisationen. Schließlich ist von seiten der Berufs- und Fachverbände der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Diplom-Pädagogen eine völlig unverständliche berufspolitische Passivität festzustellen, was die Wahrnehmung der Interessen für ihre Berufsgruppe sowohl im Hinblick auf die Regelungen des kommenden Psychotherapiegesetzes in Deutschland betrifft als auch was das „*promoting*“ einer „soziotherapeutischen Zusatzqualifikation“ anbelangt, zu ihrem Nachteil und zum

Nachteil der hilfsbedürftigen Klienten und Patienten. Last but not least sei die Okkupation ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten mit ihren eigenen berufsständischen und berufsrechtlichen Fragen genannt, was für die *Soziotherapie* eher hinderlich als hilfreich ist. Dabei weiß jeder in der Praxis arbeitende Psychotherapeut, wie dringlich er neben einer Erweiterung seiner eigenen soziotherapeutischen Kompetenz die Zusammenarbeit mit fachlich kompetenten Soziotherapeuten brauchen würde. Diese Berufsgruppen hätten also allen Grund, die Etablierung eines soziotherapeutischen Berufsprofils zu stützen, zumal sich von den Patientenpopulationen und Arbeitsfeldern nur geringfügig Konkurrenzsituationen ergäben. Die schwierige Bestimmung von *Soziotherapie* als Berufsprofil *zwischen* den etablierten Berufsständen macht die Ausbildung von Soziotherapeuten in ausbildungsdidaktischer Hinsicht, im Hinblick auf die Zielformulierung, im Hinblick auf die Methodenvermittlung nicht einfach. Hier steht die *Soziotherapie* vor ähnlichen Problemen wie im Praxisfeld, insbesondere vor dem Problem der „soziotherapeutischen Identität“. Beide Autoren dieses Beitrages kennen dieses Problem aus der Praxis. H. Petzold als Initiator

soziotherapeutischer Projekte im Gerontologiebereich (Petzold 1985a) und in der Drogentherapie (Petzold 1974b; Petzold, Vormann 1980) und als Supervisor in diesem Bereich (idem 1991o), Christa Petzold als Beschäftigungstherapeutin und Soziotherapeutin in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung und als Supervisorin im sozialgerontologischen Bereich (Petzold, Petzold 1991). An dem aufgezeigten Spannungsfeld kommen Soziotherapeuten nicht vorbei. Solange sie sich nicht organisieren und ihr Identitätsprofil nicht berufspolitisch festigen, sind sie darauf verwiesen, die Probleme dieses Spannungsfeldes zu bewältigen, spezifische Copingstrategien zu entwickeln und in kreativer Weise die Chancen und die Freiräume dieses unstrukturierten Bereiches zu nutzen.

Wegen der großen Breite des soziotherapeutischen Berufsfeldes ist das Spektrum der Ausbildungsinhalte nur schwer zu begrenzen. Feldspezifische Spezialkompetenzen zu vermitteln würde an der Vielfalt der Aufgabengebiete scheitern. So zentriert die soziotherapeutische Ausbildung in der Entwicklung der *personalen Kompetenz* und *Performanz*: der Selbstwahrnehmung, der Kenntnis des eigenen biographischen Hintergrundes, dem Wissen um die eigenen Potentiale und Defizite, Stärken und Schwächen. Weiterhin sind *soziale Kompetenzen* und *Performanzen* wesentlich: die Förderung einer präzisen, sozialen Wahrnehmung, kommunikativer Skills, der Fähigkeiten, soziale Situationen zu handhaben. Es wird Wert auf das Erkennen interaktiver Prozesse in Einzel- und Gruppenarbeit gelegt und auf die Fähigkeit, mit derartigen Prozessen umzugehen. Die *professionelle Kompetenz* und *Performanz* muß einen allgemeinen sozialwissenschaftlichen, psychotherapeutischen und soziotherapeutisch-interventiven Fundus umfassen, der für eine Vielfalt von Feldbezügen umsetzbar ist.

Im Verlaufe der soziotherapeutischen Ausbildungspraxis an FPI/EAG – also in den vergangenen zwanzig Jahren – haben sich die Akzente immer wieder einmal verschoben. Am Anfang stand durch unsere Praxisorientierung der Bereich der Drogentherapie Randgruppen- und

Suchtkrankenerbeit im Vordergrund, heute ist der gesamte Beratungssektor hinzugekommen.

4. THEORETISCHES VERSTÄNDNIS UND PRAKTISCHE AUSRICHTUNG VON SOZIOThERAPIE

Die Theorie und Praxis von *Soziotherapie* kennzeichnen den Ansatz der „Integrativen Therapie“ von seinen Anfängen an (Petzold 1965). Die Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten und alten Menschen in Notlagen, die Arbeit in Wohngemeinschaften und Streetwork mit drogenabhängigen Jugendlichen (Petzold 1971c), die Betreuung von Gastarbeitern in totalen Entwurzelungssituationen (Petzold 1968a, b) wäre ohne soziotherapeutische Maßnahmen zum Scheitern verurteilt gewesen. Menschen, die in chronischen *Überforderungs-* bzw. *Überlastungssituationen* stehen, welche durch widrige Umfeldsituationen bedingt sind, können mit psychotherapeutischen Maßnahmen allein keine ausreichende Hilfe bekommen. Das Phänomen der Überforderung selbst ist hierfür viel zu komplex. Es wurde wie folgt definiert:

»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« (Petzold 1968a, 42).

Diese relativ komplexe Definition, die die Grundlage unserer Krisentheorie (Petzold 1977i, 1982r) bildet und auch unserer Burnout-Theorie (Petzold 1991j), kann ressourcentheoretisch, copingtheoretisch und netzwerktheoretisch ausgearbeitet werden. Burnout wird definiert als »ein ‚komplexes Syndrom‘, das durch multifaktorielle, ‚zeitextendierte Belastungen‘ 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 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 (ibid.).“

Das Burnout-Konzept kann mit dieser formalen Definition auf Personen, Gruppen, Teams, ja Institutionen angewandt werden, die jeweils als ganze erfaßt werden. Der „ganze Mensch“ als „personales System“ wird betroffen, wenn durch Dauerbelastung, ja Überlastung, für die keine Abhilfe geschaffen werden kann, Burnout-Phänomene eintreten.

In interventiver Hinsicht verlangt diese Definition nach komplexen therapeutischen Maßnahmen, einer Soziotherapie, wie sie in der diesem Artikel vorangestellten Definition gegeben wurde. *Soziotherapie* stellt sich damit als Interventionsmodell für Problemlagen und Krisensituationen dar, als Hilfe in sozialen „emergencies“, sei es für Einzelpersonen, Gruppen, Gemeinwesen, Institutionen. Häufig sind diese aufgeführten Bereiche verbunden, denn das Individuum lebt in Gruppen, in Mikro-, Meso- und Makrokontexten und benötigt in diesen und mit diesen Hilfsmaßnahmen, die zeitübergreifend sind, womit ein *Kontinuum der Hilfeleistungen* bereitgestellt wird. So wird Soziotherapie auch im besonderen Maße als Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Psychotherapie von schwerstgestörten Patienten notwendig, wo psychotherapeutische Behandlung sich als „*intermittierende Karrierebegleitung*“ (Petzold, Hentschel 1991) versteht, ja in dieser Form zum Einsatz kommen muß. Das ist nicht nur in der Behandlung von Drogenabhängigen der Fall, sondern auch in der Psychotherapie und nicht zuletzt in der Behandlung von Borderline-Patienten. Der soziotherapeutische Ansatz ist dabei an das Vorhandensein von stabilen Hilfsagenturen gebun-

den, die Patienten oder Klienten gleichsam „adoptieren“ und unabhängig von den Wechselhaftigkeiten der Personalfuktuation eine Betreuung über mehrere Jahre gewährleisten. Dabei werden Wechsel von Bezugs-Soziotherapeuten sorgfältig vorbereitet, so daß es in der Tat zu einer „Kette von Hilfeleistungen“ kommt, die stabil und verläßlich sind, so daß der Patient nicht im Verlaufe seiner Karriere durch ständige neue Abbrüche eine Wiederholung seiner traumatisierenden Geschichte von Verlassenheiten erfährt und sein Vertrauen in Hilfsagenturen verliert (Petzold 1980c). Das intermittierende Moment entspricht auch eher der Realität instabiler Patienten, die längere Kontinuitäten nur schwer durchhalten können. Außerdem bietet es die Möglichkeit der soziotherapeutisch begleiteten Erprobung im Alltag von dem, was in der Psychotherapie gelernt wurde. Die „vierte Phase“ im tetradischen System, die „Phase der Neuorientierung und des Transfers“ fordert zwingend soziotherapeutische Arbeit, ganz gleich, ob sie nun vom Psychotherapeuten oder in der Kooperation eines ganzheitlichen Behandlungsprogramms durch Soziotherapeuten geleistet wird. Wo immer man zu verstehen beginnt, daß die *Behandlung die Gesamtheit aller Maßnahmen* ist und nicht nur die einzeltherapeutische bzw. dyadische oder gruppentherapeutische Arbeit als Therapie angesehen wird, muß *Soziotherapie* einen Stellenwert gewinnen, der noch gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann, und sie kann nicht ein „Stiefkind im Gesundheitssystem“ bleiben. Kurzfristiges Denken auf seiten der Kostenträger und der Institutionen haben diese Aspekte leider bislang noch nicht ausreichend berücksichtigt, weil eine momentane Kostensteigerung sie von Finanzierungen soziotherapeutischer Maßnahmen abschreckt. Es wird nicht gesehen, daß auf Dauer die Verhinderung von Drehtüreffekten oder die konstruktive systematische Nutzung solcher Effekte im Sinne der Karrierebegleitung volkswirtschaftlich erhebliche Ersparungen bringen würde. Gesundheits- und berufspolitische Arbeit der Soziotherapeuten wäre also dringend angesagt, um für

diese Ideen eine öffentliche Bewußtheit zu schaffen.

Die Theorienbildung und die Entwicklung in der Praxeologie haben in den vergangenen Jahren immer wieder Akzentverschiebungen erhalten. Die allgemeine „anthropologische Krankheitslehre“, die die spezielle klinische wie die soziotherapeutische Krankheitslehre durch das Konzept der „multiplen Entfremdung“ (Petzold 1987d), z. B. durch die Verdinglichung des Leibes, die Entsinnlichung, die Disziplinierung der Emotionalität (N. Elias) im Prozeß *schlechter Zivilisation* und *Kolonisierung* unterfängt, wurde ausformuliert (Petzold, Schuch 1992). Methodisch wurde der „vierte Weg der Heilung“ – Solidaritätserfahrung und Verständnis für Entfremdungsprozesse aus einer Metaperspektive – als *Proprium* der Soziotherapie und als Bindeglied zwischen psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Arbeit (Petzold 1988d) ausgearbeitet. Das Modell der „*komplexen und integrativen Intervention*“ (idem 1979b, 149 ff, vgl. Abb. 1) wurde verfeinert und empirisch bekräftigt (Heekerens 1984), ebenso wie das Modell „*Identitätssäulen*“, dessen Relevanz für die Soziotherapie kaum zu unterschätzen ist (Petzold 1983f, Kames 1992). Das interventions-theoretische und -praktische Moment wurde hervorgehoben (Hörmann, Nestmann 1988).

Die Grundlage aller Interventionen indes, der subjektzentrierte, kontextorientierte, erlebnisaktivierende Ansatz, blieb unverändert. Gestalttherapeutische Methoden (Petzold 1984h), psychodramatisches Rollenspiel (Petzold 1979k), nonverbale Kommunikation (Argyle 1979; Petzold, Orth 1988a), Imaginationsmethoden (Signer-Brandau 1978, Katz-Bernstein 1990; Petzold, Orth 1990a) spielen nach wie vor eine große Rolle. Der elaborierte Ansatz der „Gestaltberatung“ (Rahm 1979, 1985; Hille 1983), der zu einem integrativen Beratungsmodell entwickelt wurde, ist ein weiteres unverzichtbares Element. Aber es sind heute andere, neue Akzente in den Vordergrund getreten: Krisen-, überforderungs- und streßtheoretische Konzepte wurden für die Burnout-Problematik (Petzold 1968b; 1991p) umgesetzt, die Arbeit in

therapeutischen Wohngemeinschaften (Petzold 1974b; Petzold, Vormann 1980) wurde über-schritten in Richtung der Arbeit mit Selbsthilfegruppen (Petzold, Schobert 1991; Petzold, Schobert, Schulz 1991), einem Sektor, der für die soziotherapeutische Arbeit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die in diesem Zusammenhang von uns entwickelten Wege des „*exchange learning/exchange helping*“ (ibid.; Petzold, Laschinsky, Rinast 1979) haben für soziotherapeutische Arbeit höchste Relevanz. Geht es ihr doch darum, die Selbsthilfepotentiale der Klientengruppen zu nutzen und zu mobilisieren. Weiterhin haben die ursprünglich aus Morenos Soziometrie kommenden Interventionsformen, die auf das „*soziale Atom*“, auf die *sozialen Netzwerke* gerichtet sind (Petzold 1979c; Keupp, Röhrle 1986), an Bedeutung gewonnen, da sie für netzwerktherapeutische Intervention (Kähler 1983) oder soziotherapeutische Projekte, etwa im Bereich der Stadtteilarbeit (Petzold, Zander 1985), einen unverzichtbaren Verstehenshintergrund und praktische Handlungsmöglichkeiten bieten. *Kontrolltheoretische, ressourceorientierte und copingtheoretische* Überlegungen haben für die soziotherapeutische Theorie und Praxis neue Impulse gegeben (Petzold 1985a; Jerusalem 1990; Lazarus, Launier 1981; Mayring 1987; Brüderl 1989), und damit kommt das ganze Material des „*social support research*“ (Nestmann 1988; Schuch 1990) ins Spiel. Die *Soziotherapie* wird mit dem Modell des *sozialen Rückhalts* als Referenztheorie selbst zu einer Quelle von *sozialem Support*, die dazu beiträgt, Streß zu reduzieren, Probleme zu bewältigen, Situationskontrolle wiederherzustellen, Wohlbefinden zu ermöglichen und sozialem Abstieg und Krankheit zu begegnen, so daß körperliche, seelische, geistige und soziale Gesundheit und soziale Integration erhalten bleiben und gefördert werden. Soziotherapie, Beratung, Psychotherapie, Sozialarbeit gehören zu den wesentlichen psychosozialen Interventionen, die die jeweils gegebene *supportive Valenz der Lebenswelt* eines Menschen bzw. von Menschengruppen (Petzold, Petzold 1991) erhöhen bzw. entwickeln können.

Globalziele	Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung		
<i>Richtziele</i>	PROPHYLAXE <i>präventive</i> Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenzen und Performanz*	ERHALTUNG <i>konservierende</i> bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Kompetenz und Performanz	RESTITUTION <i>reparative</i> bzw. rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen u. Performanz
<i>Grob- und Feinziele</i>	müssen zielgruppen-, person- und situationspezifisch erarbeitet werden**	→ desgleichen	→ desgleichen
<i>Inhalte</i>	müssen zielgruppen-, person- und situationspezifisch erarbeitet werden**	→ desgleichen	→ desgleichen
Strategien	agogische und medizinische Interventionen	agogische und medizinische Interventionen	medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Interventionen
Methoden (Techniken, Medien, Stile, Modalitäten, Formen)	wie z.B. Sport, Bewegungagogik, kognitives Training, Sozial- und Kommunikationstraining, angemessene Ernährung u.a.	→ desgleichen konservierende bzw. stabilisierende Therapie etc.	→ desgleichen und übungs- und/oder konfliktzentrierte Psychotherapie, z. B. Psychodrama, Gestalt, analyt. Gruppentherapie, Verhaltensmod., ökologische Maßnahmen

Abb. 1: Integrative und differentielle Intervention (aus Petzold 1979c, 156f; vgl. Heekerens 1985)

* Unter *Kompetenz* verstehen wir „die Gesamtheit aller *Fähigkeiten*, die zum Erreichen eines bestimmten Zieles notwendig sind“, unter *Performanz* verstehen wir deren praktische Umsetzung durch *Fertigkeiten* in Handlung sozialen und ökologischen *Kontext* (Lebenswelt, Lebensraum) und *Kontinuum*.

** Eine Aufstellung von Grobzielen und Inhalten siehe Petzold (1979k, 152, Anm. 2).

im Lebenskontext/Humanisierung des Lebenszusammenhangs

ENTWICKLUNG	DASEINSBEWÄLTIGUNG/COPING	REPRÄSENTATION	AMELIORATION
<i>evolutive</i> Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz	<i>supportive</i> Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenzen und Performanz	<i>politische</i> Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext	<i>infrastrukturelle</i> Interventionen zur Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen und materieller und logistischer Ressourcen
→ desgleichen	→ desgleichen	müssen spezifisch für Gruppen und den aktuellen Gesellschaftskontext erarbeitet werden	müssen spezifisch für den individuellen, sozioökonomischen, geographischen und sozialen Kontext erarbeitet werden
→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen	→ desgleichen
agogische und erlebniszentrierte psychotherapeutische Interventionen	medizinische, agogische, psycho- und soziotherapeutische Interventionen	politische und soziale Interventionen durch	ökonomische und infrastrukturelle Interventionen durch
Kreativitäts- und Kommunikationstraining, Meditation, Bewegungagogik, themenzentrierte Arbeit, Selbsterfahrung etc.	Beratung, stabilisierende und stützende Psychotherapie, protektive, prothetische und ökologische Maßnahmen, Verhaltensprogramme etc.	Bürgerinitiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfeprojekte	Bildungsmaßnahmen, Arbeitsprogramme, kulturelle Maßnahmen

Soziotherapie kann am Konzept des „social support“ in seinen vielfältigen Ausprägungen (Veiel 1989; Hobfoll 1988; Baumann et al. 1987; Schwarzer, Leppin 1989) und unterschiedlichen Forschungsergebnissen nicht vorbeigehen, ja sollte sich in ihren Interventionen im Rahmen dieser Forschungslinien evaluieren lassen. Angeregt von den Metaanalysen von Schwarzer und Leppin (1989, 1991) und ihren Überlegungen zu einem komplexen Kausalmodell zur Wirkung von sozialem Rückhalt (ibid. 1991, 183), haben wir für den Kontext und den Ansatz der von uns konzipierten und praktizierten „Integrativen Soziotherapie“ und mit Bezug auf die Persönlichkeits-, Gesundheits-/Krankheits- und Emotionstheorie der Integrativen Therapie

(Petzold, Schuch 1991; Petzold 1991c) ein Modell sozialer Unterstützung (vgl. Abb. 2) in ihrem Bezug zur sozialen Situation der Person, ihrer Beeinflussung durch professionelle psychosoziale Interventionen und ihre Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden (Abele, Becker 1991) skizziert (seitdem der „pursuit of happiness“ als ein Grundrecht des Menschen in einem konstitutionellen Dokument affirmiert wurde, muß die Sicherung von Glück bzw. Wohlergehen Aufgabe psychosozialer Arbeit sein, so daß Soziotherapie keineswegs nur als Instrument der Nothilfe gesehen werden darf).

Ausgegangen wird von der allgemeinen Lebenssituation des Menschen, bei der das Maß

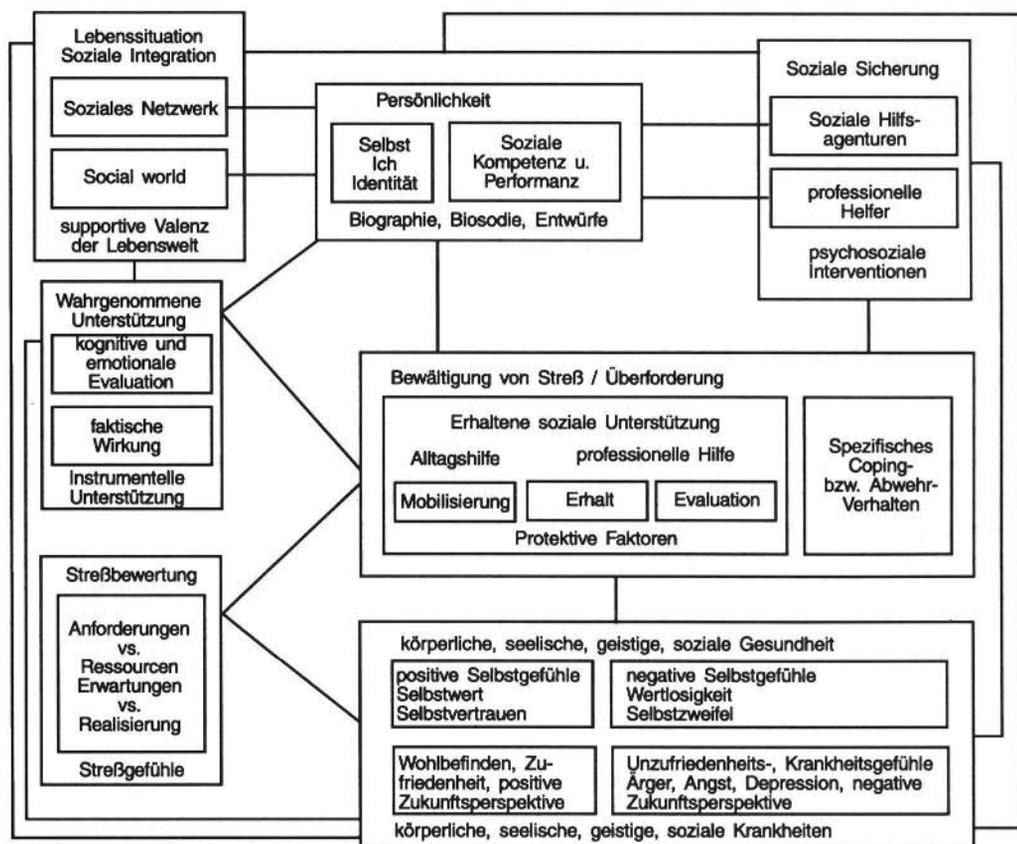


Abb. 2: Soziale Unterstützung, soziale Situation der Person, psychosoziale Intervention und Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden

seiner sozialen Integration, d. h. die Stabilität seines sozialen Netzwerks in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Petzold 1979c; House et al. 1988) und die Konsistenz seiner „social world“, seiner Wertewelt und -gemeinschaft (Petzold, Petzold 1991b) von ausschlaggebender Bedeutung für die allgemeine „supportive Valenz“ seiner Lebenswelt ist, aber – nicht zuletzt unter biographischer und prospektiver Sicht – auch für die Stabilität seiner Persönlichkeit (von *Selbst, Ich, Identität*) und für ihre sozialen Fähigkeiten (Kompetenzen) und Fertigkeiten (Performanzen).

Interventionen werden deshalb immer auf eine Förderung der sozialen Integration durch Stabilisierung der Lebenssituation und auf eine Stützung der Persönlichkeit, ihrer historisch gewachsenen Identität und ihrer Zukunftsentwürfe gerichtet sein. Ein weiterer Faktor für supportive psychosoziale Interventionen ist das Netz sozialer Sicherungen, das z. B. das öffentliche Gesundheitswesen mit seinen sozialen Hilfsagenturen (Beratungsstellen, Kliniken, Diensten usw.) und helfenden Berufen bereitstellt. Hier liegen die wesentlichen Bedingungen für interventive Erfolge und Mißerfolge bei Hilfen zur Bewältigung von Krisen, Streß bzw. Überforderungserlebnissen. Das Vorhandensein sozialer Sicherungen und das Wissen um diese wird für die Betroffenen im Hinblick auf ihre Kontrollüberzeugungen, ihre Erwartungen und ihre persönliche Stabilität von Einfluß sein. Neben das Wissen um Alltagshilfe von Familie und Freunden tritt das Wissen um die Möglichkeiten professioneller Hilfe als „informationeller Support“, der zu den Dimensionen instrumenteller/materieller und emotionaler Support hinzutritt (Schwarzer, Leppin 1989) und im Verein mit protektiven Faktoren (dieses Buch, S. 173 ff.) die Copingbemühungen oder das Abwehrverhalten der Betroffenen unterstützt. Supportive Angebote werden in Krisensituationen genauso wahrgenommen und bewertet wie die Stressoren, und wahrscheinlich wird man in der Soziotherapie vermehrt auf die Spezifität in der Relation von Streßereignis und Supportform zu achten haben bzw. auf die An-

gemessenheit in der Kombination emotionalen, materiellen und informativen Supports. Die Streßbewertung etwa einer Diskrepanz von *Anforderungen* (z. B. finanzieller und emotionaler Art bei einer Alleinerziehenden) und *zuhandenen Ressourcen*, von Erwartungen auf Hilfe und realiter eintretender oder ausbleibender Hilfeleistungen, werden wiederum bewertet und mit vorhandenen Copingmöglichkeiten aufgrund vorgängiger Krisenerfahrungen abgeglichen, was zum Wiedergewinn von Kontrolle und Beruhigung oder aber zu Streßemotionen, Überforderungsgefühlen führt und die Wahrnehmung und emotionale Evaluation von supportiven Maßnahmen beeinflusst. Dies zuweilen derart, daß instrumentelle Unterstützung, etwa in Form von Geld oder Sachmitteln, gar nicht gewertet werden kann, keine emotionale Entlastung bringt oder faktische Wirkungen – z. B. Fortfall von Schuldendruck durch Schuldenregulierung – schmälert. Emotionalen und kognitiven Bewertungen kommt deshalb beim Bereitstellen von Support durch psychosoziale Interventionen ganz erhebliche Bedeutung zu, ja die Ermöglichung einer positiven Sicht der Hilfsmaßnahme wird zu ihrer Akzeptanz und ihrem Gelingen wesentlich beitragen. Das „*emotional management*“ von Streßemotionen durch entlastende Interventionen aus dem Repertoire der Integrativen Therapie (Petzold 1991q) wird hier eine wichtige Funktion haben. Gelingen die supportiven Interventionen, werden Gesundheit und Wohlbefinden gefördert, wird Krankheit vermieden oder bewältigt, treten positive Selbstgefühle vermehrt auf und werden negative Selbstgefühle vermindert (ibid.). Die Rückwirkung auf die allgemeine Lebenssituation und soziale Integration einerseits und auf die Stabilität der Persönlichkeit andererseits erweist sich gleichfalls je nach Gelingen oder Mißlingen der Maßnahmen und Hilfeleistungen zur Unterstützung der Bewältigungsleistungen als positiv oder negativ. Bezieht man Supporttheorie, coping- und resourcentheoretische Konzepte zur Fundierung von Soziotherapie ein, so wird sie vor diesem Hintergrund „soziotherapeutischer“, ohne daß

damit die psychotherapeutisch orientierte Selbsterfahrung in der Soziotherapie, der psychotherapeutische Verstehenshintergrund (*Kompetenz*) und die für den psychosozialen Bereich zugeschnittene psychotherapeutisch orientierte Handlungsmethodik (*Perfomanz*), die in der Soziotherapie über lange Zeit hoch gewertet wurde, geringeres Gewicht erhalte. Das Verstehen institutioneller Zusammenhänge und spezifischer Felddeterminanten, das Wissen um die Netzwerke und die Ressourcenlage der Klienten/Patienten ist heute indes stärker präsent, als dies etwa vor 10 Jahren der Fall war. Diagnostische Instrumente wie das „projektive soziale Atom“, das „projektive Diagramm der Identität“ (Petzold 1983f, 1987c) oder das Erfassen der Identitätssituation über Fragebogen (Kames 1992), um zu einer *differentiellen Intervention* (Abb. 1) zu kommen, die stärker im Bereich der Netzwerke, im Bereich Arbeit und Leistung, gegebenenfalls aber auch über die Panoramatechnik in der biographischen Arbeit ansetzt, haben den Blick in die Richtung einer *soziotherapeutischen Diagnostik* gewendet, die sich allmählich schärfer herauskristallisiert.

Die methodischen Möglichkeiten der Intervention wurden zugepaßt und verfeinert: Soziodrama und Rollenspiel (Petzold 1973d; 1975i; 1982w), Wohngemeinschafts- und Selbsthilfearbeit (idem 1980; Petzold, Schobert 1991), Netzwerk- und Stadtteilarbeit (Petzold, Zander 1985; idem 1979c, 1983f). Besondere Aufmerksamkeit hat dabei als zentrale Methode der Soziotherapie die „psychosoziale Beratung“ erfahren, auf die deshalb kurz exemplarisch eingegangen werden soll.

4.1 Integrative Beratung

Zunächst unter dem Namen „Gestaltberatung“ (Petzold, Sieper 1972b), weil auf die erlebnisaktivierenden Elemente der Gestalttherapie zurückgegriffen wurde, haben wir ein integratives Modell der Beratungsarbeit entwickelt, das von Dorothea Rahm (1979) in einer Monographie ausgearbeitet wurde. Als zentrale Konzepte können herausgestellt werden:

»Integrative Beratung in psychosozialen Feldern ist ein Prozeß ko-respondierender, kooperativer Problemlösung zwischen einem theoretisch und methodisch geschulten Helfer und Menschen in inneren und äußeren Problemsituationen und Schwierigkeiten, welche mit Rückgriff auf die eigenen Fähigkeiten (Kompetenzen), Fertigkeiten (Perfomanzen) und Mittel (Ressourcen) nicht mehr oder nicht adäquat bewältigt werden können, weil sie die Bewältigungspotentiale (Coping) und Kontrollmöglichkeiten der Betroffenen überfordern, so daß negative Kontrollüberzeugungen wie „erlernte Hilflosigkeit“ die Folge sind.

- Im Prozeß Integrativer Beratung stellt sich der Berater als kompetenter und empathischer Zuhörer und Mitdenker mit seiner persönlichen Lebenserfahrung, seinem professionellem Know-how und seinem methodischen Instrumentarium an Beratungsmethoden und -techniken dem Ratsuchenden zur Verfügung, um ihn in die Lage zu versetzen, zu seiner Situation Abstand (Exzentrizität) und erneut über sie Kontrolle zu gewinnen und unter fokaler Betrachtung seiner biographisch bestimmten Problemgeschichte die gegenwärtige Problemlage besser zu durchschauen, zu reflektieren, emotional auszuloten und zu bewerten, damit er auf dieser Grundlage Entscheidungs-, Bewältigungs- und Handlungsmöglichkeiten erhält, seine aktuelle Lebenssituation und seine nähere und mittelfristige Zukunft für sich und mit den relevanten Personen seines sozialen Netzwerkes zu strukturieren und zu gestalten. Dabei werden, wo immer dies möglich und indiziert erscheint, wichtige Bezugspersonen des Netzwerkes in die Beratungssituation – z. T. „vor Ort“ – einbezogen.
- In der Integrativen Beratungsarbeit geht der Berater vom Bezugssystem des Klienten (social world), seinen „subjektiven Theorien“ aus und versucht ihn in seiner Ganzheit als Person, d. h. in seiner seelisch-emotionalen, seiner körperlichen und seiner geistigen Realität wahrzunehmen, zu erfassen und zu verstehen und das erfordert eben auch die soziale, ökologische und ökonomische Situation des Patienten bzw. Klienten mit in den Blick zu nehmen. Nur so

können die Möglichkeiten des Systems des Klienten optimal genutzt, ja Systemgrenzen erweitert werden, und es wird die „supportive Valenz“ seines sozialen Netzwerkes gestärkt.

- *Der Berater verwendet für seine theoriegeleitete Tätigkeit indikations- und situationsspezifische Methoden psychosozialer Beratungsarbeit, z. B. nondirektive aber auch fokale und direktive Ansätze, verbale, nonverbale, mediale Zugänge auf dem Hintergrund eines schulenübergreifenden und methodenintegrativen Beratungsmodells, das tiefenpsychologische, sozialwissenschaftliche, humanistisch-psychologische und systemische Konzepte unter der Perspektive eines „life-span-developmental-approach“ und unter Beziehung empirischer Beratungs- und Therapieforchung verbindet (Thomas 1989; Krause-Jakob 1992). Ein solcher Rahmen wird durch das Metamodell der Integrativen Therapie (Petzold 1988n, 1991a; Rahm 1987; Rahm et. al 1992) geboten und ermöglicht, auf die vielfältigen Erfordernisse, die durch die Variabilität der Problemkontexte, die Vielzahl menschlicher Problemlagen und die unterschiedlichen Bedürfnisse spezifischer Populationen gegeben sind, in einer flexiblen, differenziellen und integrierenden Weise zu reagieren.*«

Da Beratungsarbeit in psychosozialen Feldern im wesentlichen mit Lebensschwierigkeiten, -problemen und – unlösbar damit verbunden – mit Verletzungen befaßt ist, ist sie selbst in einem fragilen Milieu angesiedelt. Sie hat die Chance, zu Problemlösungen beizutragen, Verletzungen zu begegnen. Sie steht aber auch in der Gefahr, daß sich Verletzungen reproduzieren und in der Beratungsarbeit erneut Wunden geschlagen werden. *Verletzungen werden in diesem Kontext definiert als „intentionale oder auch unbeabsichtigte gewaltsame Eingriffe in ein personales System, wodurch seine Copingmöglichkeiten und Ressourcen belastet oder überfordert und seine Integrität beschädigt wird, was in der Regel von Kontrollverlust und Streßgefühlen wie Schmerz, Ohnmacht, Scham und Schuld begleitet ist“.*

Psychosoziale Interventionen, wie z. B. Psychotherapie, Soziotherapie, Beratungsarbeit, müs-

sen im Hinblick auf Problemlagen und die in ihnen gesetzten Verletzungen folgendes leisten:

- sie in ihren Ursachen aufklären
- sie in ihren Wirkungen diagnostisch einschätzen
- sie in ihren Manifestationen an- und ernstnehmen
- sie in ihren Folgen beseitigen oder mindern
- für ihre irreversiblen Nachwirkungen Bewältigungshilfen und solidarische Unterstützung bieten
- neue Copingmöglichkeiten und Kontrollen erschließen (Mayring 1987)
- alternative Situationsbewertungen ermöglichen
- Hilfen für das Entwickeln alternativer „subjektiver Theorien“ (Flick 1991; Krause-Jakob 1992) und damit Verhaltensmöglichkeiten bieten
- die Entwicklung positiver Zukunftsperspektiven fördern.

Zum Umgang mit Verletzung und Vulnerabilität und für die Verhinderung von Verletzungen in der psychosozialen bzw. soziotherapeutischen Beratungsarbeit seien kurz einige Thesen vorgestellt:

1. Menschen, die psychosoziale Beratung aufsuchen oder aufsuchen müssen, weil sie mit Problemen ihrer Lebenssituation und den damit verbunden Verletzungen nicht mehr fertig werden, befinden sich ohnehin schon meistens in einer Situation besonderer Vulnerabilität. Psychosoziale Beratung wird damit selbst zu einer eminent emotionalen Situation. Diesem Faktum und der erhöhten Verletzlichkeit und Kränkbarkeit müssen Berater Rechnung tragen.
2. Das Faktum, daß Menschen sich professionellen Rat und fachliche Hilfe suchen müssen, ist als solches für viele Ratsuchende eine Kränkung ihres Selbstwertgefühls. Es ist keine angenehme Situation, seine Schwächen, seine Ohnmacht, sein Unvermögen einer „wildfremden Person“ gegenüber zeigen zu müssen. Das Kränkbarkeitspotential (die Erwartung oder Befürchtung abgelehnt oder gar verachtet zu werden) ist entsprechend hoch.

3. In der Beratungsarbeit treffen stets mehrere Bezugssysteme aufeinander, die in Feinabstimmung aufeinander bezogen werden müssen, so daß es nicht zu Reibungsflächen, Brüchen und Verletzungen kommt. Das persönliche Bezugssystem des Klienten und das seines sozialen Kontextes (Familie, Elternhaus, Nachbarschaft, Freundeskreis), das Bezugssystem des Therapeuten (sein privates und sein professionelles) und das Bezugssystem der Einrichtungen bzw. ihres Trägers sind keineswegs immer leicht synchronisierbar.
 4. Unterschiedliche Werte, Normen, Menschen-/Weltbilder – wir sprechen hier von *social worlds* – können, wenn sie aufeinander treffen, Beratungsprozesse unterbrechen und Menschen verletzen. Werte und Normen sind ein wichtiges Moment in der Konstituierung persönlicher Identität. Wertkonflikte und normative Unsicherheiten sind deshalb häufig die Ursache dafür, daß Beratung in Anspruch genommen wird. Wertkonflikte stehen in der Gefahr, sich in der Beratungssituation zu reproduzieren. Es werden damit zuweilen nicht nur der Ratsuchende verletzt, sondern auch sein sozialer Kontext, relevante Personen des sozialen Netzwerkes, die von Beratungsinterventionen immer auch mitbetroffen werden.
 5. Verletzungen in Beratungsarbeit erweisen sich häufig als Reinszenierung alter, ungelöster und sich deshalb wiederholender Verletzungssituationen im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen. Eine äußerst sorgfältige Beobachtung, supervisorische Kontrolle und Handhabung von Übertragungsphänomenen sind deshalb unerlässlich.
 6. Verletzungen in der Beratungsarbeit erfolgen oft, wenn Widerstand und Abwehrphänomene nicht erkannt und übergangen oder inadäquat gehandhabt werden. Die auf kurzzeitige bzw. mittelfristige Gesprächssequenzen angelegte Beratungsarbeit ist besonders anfällig für derartige Verletzungen, allein aufgrund des Faktums, daß solche Widerstands- und Abwehrphänomene eine mittel- oder längerfristige Bearbeitung erfordern, die in vielen Beratungssituationen nicht gewährleistet werden kann.
 7. Verletzungen in der Beratungsarbeit entstehen häufig dann, wenn die Indikationsfrage nicht geklärt wurde, wenn z. B. für eine Situation, in der eine Psychotherapie indiziert wäre, Beratung angeboten und durchgeführt wird, die mit den anstehenden Aufgaben überfordert ist.
 8. Verletzungen in der Beratungsarbeit sind nicht vermeidbar, weil es immer wieder Situationen gibt, an denen Berater und Klienten scheitern. Hier gilt es zu versuchen, Schaden zu begrenzen.
 9. Hinter den aktuellen Problemen, die in der Beratung bearbeitet werden, stehen häufig multiple Ursachen, die über die individuelle Situation hinausgehend auf gesellschaftliche Benachteiligung verweisen. Werden solche „Ursachen hinter den Ursachen“ (Petzold 1991c) in der Beratungsarbeit ausgeblendet, so werden die Hintergründe von Lebensproblemen und persönlichem Leid verkürzt und es besteht die Gefahr, daß Beratung nur darauf gerichtet ist, vordergründige Adaptierungsleistungen zu fördern und zu erreichen, womit man der persönlichen Integrität des Rat- und Hilfesuchenden nicht gerecht wird. Beratung gerät dann in die Gefahr zu einer Anpassungs- und Disziplinierungsapparatur zu verkommen, die allein darauf gerichtet ist, Menschen auf gesellschaftlich akzeptierte Verhaltensformen zu orientieren und „Abweichler in die objektive Wirklichkeit der symbolischen Sinnwelt seiner Gesellschaft“ zu resozialisieren (Berger, Luckmann 1970, 21).
- Beratung erfordert deshalb politisches Bewußtsein und eine kritische Reflexion des Settings, der Beratungsinstitution und des gesellschaftlichen Auftrages an Beratung, eine Aufgabe, vor die sich Berater, Psycho- und Soziotherapeuten in ihrer tagtäglichen Arbeit mit ihren Klienten und Patienten immer wieder gestellt sehen. Sie müssen eine „engagierte Parteilichkeit“ für die

Betroffenen aus Mitbetroffenheit über deren Schicksal entwickeln und zu Formen persönlicher und professioneller Solidarität finden.

Die soziotherapeutische Interventionslehre dehnt sich damit über die Einzel- und Gruppenberatung hin aus zu *Netzwerkberatungen* und *Netzwerkinterventionen* (Kähler 1983). In theoretischer Hinsicht ist über die Netzwerkperspektive hinaus die *Lebenswelt* (Kiwitz 1991) der Menschen stärker in den Blick der Soziotherapeuten gerückt, die Mikroökologie, das Setting des Klienten, sein konkreter *Lebensraum*. Weiterhin wurde der kognitive und emotionale Bezugsrahmen der Klienten, die „gemeinsame Perspektive“ einer Zielgruppe auf ihre eigene Situation, auf die *Lebenslage*, auf die Welt insgesamt zu einem Punkt, dem besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden muß. Derartige „social worlds“ als „units of shared perspectives“ (Unruh 1983, vgl. Petzold, Petzold 1991b) gilt es zu beeinflussen, wenn effektive Hilfe geleistet werden soll. Ohne eine Kräftigung bestehender sozialer Netzwerke, ohne eine Stärkung ihrer „supportiven Valenz“, ihrer Tragkraft und ohne die Förderung einer positiven Zukunftsperspektive in den „social worlds“ der Klientengruppen ist wirkungsvolle *Soziotherapie* eigentlich nicht möglich. In der Vernachlässigung solcher Faktoren ist schon die sozialarbeiterische „Einzelfallhilfe“ oft genug versandet und hat sich die Psychotherapie oft genug verfehlt. In der Tat sind derartige spezifisch soziotherapeutische Perspektiven für die Psychotherapie unverzichtbar, wenn sie nicht beständig zu kurz greifen will. Holdstock (1992) hat diese individualisierenden Tendenzen der klinischen Psychologie und Psychotherapie als ihr gravierendstes Problem anhand einer umfangreichen Literaturanalyse of-

fengelegt, und er artikuliert hier nur als einer von vielen Autoren ein mittlerweile weithin kritisiertes Grundproblem der Psychologie und Psychotherapie, die sich unter dieser Perspektive in einer tiefgreifenden Krise befindet (die Bereitschaft, diese wahrzunehmen, ist verständlicherweise nicht groß). Eine interventionsorientierte *Soziotherapie* (Hörmann, Nestmann 1988) mit modernen methodischen, theoretischen, feldorientierten Konzepten könnte für die Psychotherapie und die psychosoziale Hilfeleistung insgesamt äußerst wichtige Beiträge leisten.

Dies alles setzt nun voraus, daß Soziotherapeuten sich ihrer beruflichen Identität stärker bewußt werden, um sie selbstbewußter zu sichern, ihre Feldkompetenz zu nutzen und sich nicht im Gerangel um Status und Positionen – etwa in der Konkurrenz mit Psychotherapeuten – zu erschöpfen. Es gilt, die durchaus vorhandene, breite theoretische Literatur zu sichten, zu nutzen, das methodische bzw. interventive Rüstzeug zu systematisieren und die *eigene Kompetenz* für die Arbeit mit benachteiligten Schichten und Randgruppen (Psychotherapeuten sind hierfür in der Regel weder ausgebildet, noch sind sie in diesen Feldern tätig) deutlich zu machen und offensiv zu vertreten. Die Ansätze hierzu sind noch zu wenig artikuliert. Wenn-

gleich ein Fundus an soziotherapeutischer Literatur vorhanden ist (Rahm 1985; Petzold 1974b; 1985a; Petzold, Petzold 1991; Schreyögg 1991) und eine reiche und spezifische Methodologie soziotherapeutischer Arbeit entwickelt wurde, hat dieser Bereich noch nicht das Selbstverständnis und Gewicht gewonnen, das ihm eigentlich zukäme. Er leidet an dem grundsätzlichen Problem der Sozialarbeit: mangelndes Selbstvertrauen und



Selbstwertgefühl aufgrund benachteiligter Arbeitssituationen, womit diese Sozialberufe an der benachteiligten Situation ihrer Klientengruppen partizipieren. Die Situation kann nur durch *Bewußtseinsarbeit und Engagement* überwunden werden. Durch eine kritische Reflexion der eigenen Position muß das Bewußtsein durchdringen, daß der „4. Weg der Heilung“ des „Engagements und der Solidaritätserfahrung auf der Grundlage einer Metaperspektive“ die *Basis* jeder therapeutischen und psychosozialen Arbeit ist. *Dieser vierte Weg ist ein spezifisch soziotherapeutischer und ein Herzstück integrativer therapeutischer Arbeit.*

5. SCHLUSSBEMERKUNG

Am Beispiel „integrativer psychosozialer Beratungsarbeit“ als methodischem Instrument der *Soziotherapie* wird deutlich, daß sich die zentralen soziotherapeutischen Zielsetzungen in jeder methodischen Zugangsmöglichkeit finden, ganz gleich, ob es sich um Netzwerk- oder Stadteitarbeit, Projektplanung und -realisierung, Soziodrama, Rollenspiel oder Gruppenarbeit handelt. Beratung – eine klassische Domäne personenzentrierter Hilfe für den Einzelfall im dyadischen Gespräch – erweist sich im Integrativen Ansatz der Soziotherapie selbst in der Einzelberatung stets als kontextorientiert bis hin zur unmittelbaren Beratungsarbeit *sur place* in den konkreten Lebenssituationen der Betroffenen.

LITERATUR

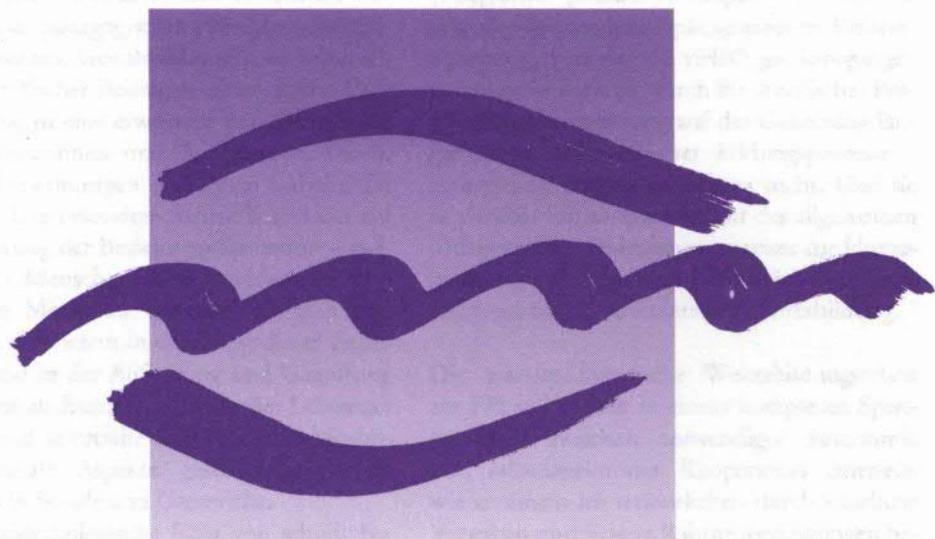
- Abele, A., Becker, P., Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik, Juventa, München 1991.
- Argyle, M., Körpersprache und Kommunikation, Junfermann, Paderborn 1979.
- Baumann, U., Leireiter, A., Pfingstmann, G., Schwarzenberger, K., Deutschsprachige Untersuchungen zum sozialen Netzwerk und zur sozialen Unterstützung, *Z. f. klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 34 (1986) 420-426.
- Brüderl, L., Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung, Juventa, München 1988.
- Daun, H.-D., Subjektive Theorien des Wohlbefindens, in: Abele, Becker (1991) 97-118.
- Elias, N., Über den Prozeß der Zivilisation, 2 Bde. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1969².
- Flick, U., Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Asanger, Frankfurt 1991.
- Frank, R., Körperliches Wohlbefinden, in: Abele, Becker (1991) 71-96.
- Holdstock, T.L., (Clinical) psychology in search of identity, VU Boekhandel, Freie Universität Amsterdam, Amsterdam 1992.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt, *Integrative Therapie* 1 (1980) 20-57.
- Hille, J., Gestaltberatung, *Gruppendynamik* 2 (1982) 91-105.
- Hobfoll, S.E., The ecology of stress, Hemisphere, New York 1988.
- Hörmann, G., Nestmann, F. (Hrsg.), Handbuch der psychosozialen Intervention, Westdeutscher Verlag, Opladen 1988.
- Jerusalem, M., Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Kähler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker, *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit* 4 (1983) 225-244.
- Kames, H., Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4 (1992) 363-386.

- Keupp, H., Röhrle, B., Soziale Netzwerke, Campus, Frankfurt 1987.
- Kiwitz, P., Das Lebensweltkonzept und seine Bedeutung für die Sozialwissenschaften, in: *Petzold, Petzold* (1991) 2-19.
- Krause Jakob, M., Erfahrungen mit Beratungen und Therapie. Veränderungsprozesse aus der Sicht von Klientinnen, Lambertus, Freiburg 1992.
- Lazarus, R.S., Launier, R., Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in: *Nitsch, J.R., Streß, Huber*, Bern 1981.
- Leffers, C.J., Zur Professionalisierung der Soziotherapie, *Matrix* 3 (1993) 28-36.
- Mayring, Ph., Kontrollüberlegungen, in: *Brüderl, L.*, Belastung und Bewältigung, Juventa, Weinheim 1987.
- Nestmann, F., Alltägliche psychosoziale Intervention, in: *Hörmann, Nestmann* (1988) 160-169.
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 1965 1-16 ; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, *Genese, Diagnose, Therapie*, Paris 1968a.
- Petzold, H.G., Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7 (1968b) 331-360
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, mimeogr. 1969b; auszugsweise dtsh. in: (1988n 455-491, o).
- Petzold, H.G., Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, 1971c in: *G. Birdwood, Willige Opfer*, Rosenheim 1970, 212-245.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404.
- Petzold, H.G., Krisenintervention und Krisenprävention, Seminarnachschrift von *A. Rauber*, Bern, Schule für soziale Arbeit. mimeogr 1977i.
- Petzold, H.G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G., Psychodrama-Therapie. „Beihefte zur Integrativen Therapie“ 3, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, 1980c, in: *Petzold, Vormann* (1980) 208-228.
- Petzold, H.G., Krisenintervention, *Gestalt-Bulletin* 1/3 (1982r) 64-67.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen, 1983f, in: *Petzold, Heintl* (1983) 409-449; repr. (1985a) 123-158.
- Petzold, H.G., Die Gestalttherapie von Fritz Perls, Lore Perls und Paul Goodman, *Integrative Therapie* 1/2 (1984h) 5-72.
- Petzold, H.G., Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer inter-medialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987c) 104-141.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement, *Integrative Therapie* 3/4 (1989i) 352-363.
- Petzold, H.G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallspielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.

- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke*, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., *Bedrohte Lebenswelten – Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen*, 1991j, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 248-292.
- Petzold, H.G., *Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration*, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-396.
- Petzold, H.G., *Krisen der Helfer – Überforderung, zeitextendierte Belastung und Burnout*, 1991p, Vortrag auf dem Symposium „Krisenintervention Heute“, 25./26. Oktober 1991, Inselspital, Kinderklinik, Bern.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.*, *Psychotherapie und Arbeitswelt*, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., *Hentschel, U.*, *Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe*, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold, H.G., *Laschinsky, D., Rinast, M.*, *Exchange Learning – ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen*, *Integrative Therapie* 3 (1979) 224-245; repr. (1985a) 69-92.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Methodische Aspekte der Integrativen Bewegungstherapie im Bereich der Supervision, Motorik*, *Zeitschr. f. Motopäd. u. Motother.* 2 (1988a) 44-56; revid. in (1988n S. 563-581).
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Die neuen Kreativitätstheapien*, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, *Lebenswelten alter Menschen*, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, *Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit*, 1991b, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 192-217.
- Petzold, H.G., *Vormann, G.*, (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision*, Pfeiffer, München 1980.
- Petzold, H.G., *Zander, B.*, *Stadtteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation*, in: *Petzold* (1985a) 159-201.
- Rahm, D., *Gestaltberatung*, Junfermann, Paderborn 1979; 1985 3. Aufl.
- Signer-Brandau, D., *Imagination in der Gestalttherapie*, in: *Singer, J.L., Pope, K.S.*, *Imaginative Verfahren in der Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1978, 431-450.
- Schwarzer, R., *Leppin, A.*, *Sozialer Rückhalt und Gesundheit: Eine Meta-Analyse*, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Schwarzer, R., *Leppin, A.*, *Soziale Unterstützung und Wohlbefinden*, in: *Abele, Becker* (1991) 175-190.
- Schreyögg, A., *Supervision*, Junfermann, Paderborn 1991.
- Schuch, B., *Zum gegenwärtigen Stand der Social-Support-Forschung*, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Unruh, D.R., *„Death and personal history: strategies of identity preservation“*, *Social Problems* 30 (1983b) 3-17.
- Veiel, H.O.F., *Einige kritische Anmerkungen zum Unterstützungskonzept*, *Zeitschr. f. klin. Psychol.* 16 (1987) 397-399.
- Wetherington, E., *Kessler, R.C.*, *Perceived support, received support and adjustment to stressful life events*, *J. of Health and Social Behavior* 27 (1986) 78-89.
- Wirbel, U., *Verletzungen in der Therapie*, *Integrative Therapie* 4 (1987) 407-423.



Gestaltpädagogik



Strukturplan der Weiterbildung in Gestaltpädagogik

32 Std. Einführungs- und Entscheidungsseminar	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe			
	40 Std. Kreative Medien für Gestaltpädagogen	40 Std. Bewegung und Körper in der Schule	40 Std. Beratung in der Schule	40 Std. Unterrichtsplanung und -gestaltung
	40 Std. Pädagog. Psychodrama	24 Std. Theorie I: Grundlagen der Gestaltpädagogik	40 Std. Gestaltpädagogik als Beitrag zur Schulreform	24 Std. Theorie II: Persönlichkeitsentwicklung und schulisches Lernen
			60-90 Std. Kleingruppensupervision zur Unterrichtspraxis	
		80 Std. Gestaltpädagogisches Praktikum		

Gestaltpädagogik – Weiterbildung für Lehrende

Jörg Bürmann, Mainz

Definition:

»Gestaltpädagogik ist ein Oberbegriff für ganzheitliche und erlebnisaktivierende Ansätze „persönlich bedeutsamen Lernens“, die von der Gestalttherapie beeinflusst und in verschiedenen pädagogischen Feldern angesetzt wurden, wobei kognitive, emotionales, aktionales und soziales Lernen in einer organischen Weise verbunden werden. Confluent education, Integrative Bildungsarbeit und kreative Persönlichkeitsentwicklung sind Begriffe, die diese Arbeit kennzeichnen.«

Gestaltpädagogik ist in unserem Verständnis keine neue oder andere Pädagogik, sondern ein Versuch, durch Einbeziehung von Erfahrungen und Theorien der Psychotherapie, und hier besonders einer psychoanalytisch fundierten Gestalttherapie, pädagogisches Handeln umsichtiger zu gestalten. Gestaltpädagogik versteht sich als ein spezifischer Beitrag zu einer „guten Pädagogik“. Sie ist eine erweiterte Art, die pädagogischen Situationen und Aufgaben zu sehen, und möchte ermutigen, sich ihnen vorbehaltlos zu stellen. Der besondere Akzent liegt dabei auf der Beachtung der Beziehungsdimension – zwischen den Menschen untereinander wie zwischen den Menschen und den Themen und Aufgaben. Wir sehen in der Pflege dieser Beziehungen und in der Auffassung und Gestaltung von Lernen als Element individueller Lebensgeschichte und selbstreflexiver Persönlichkeitsbildung zentrale Aspekte gestaltpädagogischen Handelns in Schule und Unterricht.

Die tiefenpsychologische Sicht von schulischer Interaktion, Lernmotivation und Lernstörungen sowie vor allem deren „Verankerung“ in Bewußtsein und Wahrnehmung der Lehrer durch mehrjährige personenzentrierte Fortbildung schafft m. E. für den gestaltpädagogischen Lehrer besondere Ausgangsbedingungen für das Erkennen und Reflektieren von Chancen und Störungen einer konkreten Unterrichtssituation. Sie erweitert seine Möglichkeiten zur För-

derung „heilender Prozesse“ in seinem Arbeitsfeld, die gekennzeichnet sind durch die Suche nach einem „gemeinsamen Weg“ zu akzeptierter Gestaltung schulischen Lernens, dessen entscheidendes Merkmal ich mit Erikson in der wechselseitigen Aktivierung unterschiedlicher Stärken und Fähigkeiten der Beteiligten sehe.

Die gestaltpädagogische Weiterbildung am Fritz Perls Institut hat ihren Ausgangspunkt und eine zentrale Verankerung in der von Fritz Perls auf psychoanalytischer Grundlage entwickelten Gestalttherapie, und zwar in jener Weiterentwicklung und Neubestimmung, wie sie durch Hilarion Petzold und seine vielen Mitarbeiter am Fritz Perls Institut in den letzten 20 Jahren ihr eigenständiges Profil gefunden hat (Integrative (Gestalt-)Therapie). Sie versteht sich als Teil der gestaltpädagogischen Reformbewegung, von der sie vielfältige Anregungen empfängt und die sie durch ihr spezifisches Profil – der Akzentsetzung auf der Gestaltung längerfristiger selbstreflexiver Bildungsprozesse – zu ergänzen und zu bereichern sucht. Und sie ist darüber hinaus ein Element des allgemeinen pädagogischen Diskussionsprozesses zur Humanisierung von Schule und Unterricht wie einer entsprechend zu verändernden Lehrerbildung.

Die gestaltpädagogische Weiterbildungsarbeit am FPI steht somit in einem komplexen Spannungsfeld zwischen notwendiger Autonomie und selbstbestimmter Kooperation einerseits wie zu einem im wesentlichen durch staatliche Vorgaben und fixierte Rahmenbedingungen bestimmten pädagogischen Handlungsfeld der an der Weiterbildung teilnehmenden Lehrenden. Der individuellen wie gemeinsamen Suche nach der Umsetzung der gestaltpädagogischen Ideen und des experimentellen Lernens in der Weiterbildungsgruppe in arbeitsort- und lehraufgabenangemessene Handlungsmöglichkeiten der Teilnehmer kommt damit ein besonderes Gewicht zu.

RÜCKBLICK:

Die u. a. von *Charlotte Bühler* maßgeblich mitbestimmte Bewegung der „Humanistischen Psychologie“ hatte von Beginn an das Ziel, nicht nur die damalige Psychologie und Psychotherapie grundlegend durch die programmatische Formulierung eines „dritten Weges“ (zwischen Behaviorismus und Psychoanalyse) zu verändern, sondern darüber hinaus wichtige Anstöße zu geben für die allgemeine Humanisierung der Gesellschaft und ihrer Institutionen. So schien es aus damaliger Sicht selbstverständlich, die neuen Formen eines gleichwertigen und einer demokratischen Gesellschaft angemessenen Umgangs der Menschen miteinander nicht auf die Gestaltung der Beziehungen des Forschers zu den „Beforschten“, des Therapeuten zu den Klienten einzugrenzen, sondern immer zugleich die Reform pädagogischer Prozesse und Institutionen mitzudenken (vgl. das „Aktionsforschungskonzept“ *Kurt Lewins* und das Intersubjektivitätstheorem der therapeutischen Richtungen der Humanistischen Psychologie, der Gesprächspsychotherapie [*Rogers, Tausch*], der Themenzentrierten Interaktion [*Cohn*], der Gestalttherapie [*Perls, Goodman, Petzold*] u. a.).

So war es auch für *Hilarion Petzold* und *Johanna Sieper* bereits Ende der 60er Jahre ebenso selbstverständlich, Erfahrungen und methodische Elemente aus der Gestalttherapie in ihre Lehrtätigkeit an Volkshochschulen zu übertragen wie seit der Gründung des „Fritz Perls Instituts“ im Jahre 1972 pädagogisch orientierte Seminarangebote zu regelmäßigen Bestandteilen der Jahresprogramme werden zu lassen. Das festverwurzelte pädagogische Element des Selbstverständnisses von *Hilarion Petzold* hat sich nicht nur generell in seiner weitgespannten Lehr- und Ausbildungstätigkeit im Bereich der Psychotherapie manifestiert, sondern bestimmt auch sein bleibendes Interesse an pädagogischen Fragen und der Entwicklung der „Gestaltpädagogik“, wie er sie bereits 1972 als „Schwester der Gestalttherapie“ benannte (*Petzold, Sieper* 1991).

Seit 1975 stellten die amerikanischen Gestalttherapeuten und Gestaltpädagogen *George* und *Judith Brown* in mehreren Seminaren am FPI ihre schulpädagogisch akzentuierte Arbeit vor, wie sie sie an der University of California in Santa Barbara als Lehrerweiterbildungsangebot entwickelt hatten. Durch diese Anregungen wuchs unter den in der Lehre tätigen Mitarbeitern und Ausbildungskandidaten des FPIs das Interesse, eine eigenständige Weiterbildung in Gestaltpädagogik für Lehrende aller Schulformen zu begründen (neben *Hilarion Petzold* waren dies damals vor allem *Ruedi Signer, Barbara Huber, Hildegard Detzkies* und *Thijs Besems*). So wurde bereits 1978 ein erstes eineinhalbjähriges Kompaktcurriculum am FPI ins Leben gerufen und dieses dann – nach der positiven Resonanz der ersten beiden Gruppen und aufgrund des von den Teilnehmern geäußerten Bedürfnisses nach umfassender Vertiefung einer solchen gestaltpädagogischen Fortbildung – Anfang der 80er Jahre zu einem vierjährigen berufsbegleitenden Curriculum Gestaltpädagogik erweitert. Mit der ersten von mir selbst geleiteten Weiterbildungsgruppe „Gestaltpädagogik“ konnte dann vor jetzt 10 Jahren der Fachbereich Gestaltpädagogik am Fritz Perls Institut begründet werden, der seither unter meiner Leitung steht. Dank des Engagements der Mitarbeiter dieses Weiterbildungszweiges (*Heide-Anne Köllermann, Regine Lückel, Alfred Lindmaier* und vieler anderer) wie der (herausfordernden) Beratung *Hilarion Petzolds* und der unermüdlichen Unterstützung von *Hildegund Heintl* konnte sich die gestaltpädagogische Weiterbildung am FPI fest etablieren und ihr eigenständiges Profil gewinnen.

Seit 1982 dürften 120 – 150 Lehrende durch eine gestaltpädagogische Weiterbildung am FPI qualifiziert worden sein; das allmähliche Hineinwachsen dieser Lehrer in besondere Positionen und Aufgaben (Beratung, Referendarausbildung, Lehrerfortbildung und schulinterne Leitungsfunktionen) sind äußere Anzeichen für eine wachsende Akzeptanz und Anerkennung der spezifischen Kompetenzen gestaltpädagogisch qualifizierter Lehrer im öffentlichen Schulwesen.

Als einzige auf ein nichttherapeutisches Arbeitsfeld gerichtete Weiterbildung am FPI muß unser Weiterbildungszeitung gänzlich ohne die Verheißung von durch Teilnahme erreichbaren Gratifikationen (Status, Position, Einkommen) auskommen: Ihre Teilnehmer sind und bleiben verbeamtete Lehrer in ihren bisherigen Schulen, Fächern und Positionen – oft argwöhnisch verfolgt von Kollegen und Vorgesetzten, ohne jede Dienstbefreiung und Kostenerstattung (von seltenen Ausnahmen abgesehen). Die gestaltpädagogische Weiterbildung kostet ihre Teilnehmer daher viel Geld und viel Freizeit und steht darüber hinaus in Konkurrenz zur staatlichen Lehrerfortbildung – selbstverständlich kostenfrei und dienstbefreit; sie muß sich daher beständig in dem neu bewähren, was der einzelne Teilnehmer an persönlichem Gewinn in seinen Berufsalltag und sein Lehrerdasein mitzunehmen in der Lage ist.

Diese Rahmenbedingungen stellen auch an die Mitarbeiter im Fachbereich Gestaltpädagogik spezifische Anforderungen: Bescheidung mit dem Prozeß langsamen Wachstums der gestaltpädagogischen Bewegung, Mut zur langfristi-

gen Perspektive, zähe Arbeit an der Entwicklung der Persönlichkeit (der eigenen wie der der Teilnehmer) unter Verzicht auf beeindruckende Inszenierungen und illusionäre Hoffnungen – und dazu für die allermeisten noch die Dreingabe vieler Wochenenden und Ferienzeiten bei eigenem anstrengendem Berufsalltag. Durch die Ausrichtung der Gruppenarbeit auf eine Veränderung der Unterrichtstätigkeit der Teilnehmer in der Regelschule hat eine besserweisende Haltung der Ausbilder von Anfang an keine Chance. Wie in der Regel in der wissenschaftlichen Weiterbildung verfügt der Lehrende nur über ein paar spezielle Kenntnisse und Kompetenzen, die er zur Ergänzung der beruflichen Fähigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer diesen als bereichernd in der gemeinsamen Arbeit darzustellen hat.

Die gelingende Kooperation, die „wechselseitige Aktivierung“ unterschiedlicher Fähigkeiten wird zum zentralen Kriterium für den Erfolg der Weiterbildung, für die Chance zur akzeptierten Integration der Ausbildungserfahrungen wie – last but not least – für die Gestaltung dieses Weiterbildungszeitunges durch die beteiligten



Ausbilder. Das Bewußtsein der eigenen Grenzen, der verständnisvolle Umgang mit den Unvollkommenheiten und inneren Widersprüchlichkeiten der anderen und besonders das Bemühen, in der schmerzvollen Kritik des anderen dessen Wunsch nach Mitgestaltung des gemeinsamen Weges, dessen Wunsch, in seiner eigenen Identität sich verstanden zu fühlen, hören zu können, sind für uns zentrale Aspekte gemeinsamen (gestaltpädagogischen) Lehrens und Lernens.

Ein solches Verständnis der eigenen Arbeit läßt auch den Abschluß der Ausbildung („Graduierungsarbeit“ und „Kolloquium“) in einem anderen Licht erscheinen: Hier geht es uns nicht um eine Wiederholung des Rituals von Macht und Unterwerfung, von erlebten Ängsten und verliehenen Titeln und Berechtigungen, sondern um die kooperative Gestaltung eines angemessenen „Schlußsteins“ der gemeinsamen Zeit. Und so hat es alle unsere Erwartungen übertroffen zu sehen, was sich in den Jahren, seit wir mit den ersten Weiterbildungsgruppen begonnen haben, ihren Abschluß zu gestalten, allmählich entwickelt hat: schriftliche Arbeiten von 40 bis 400 Seiten, teils angereichert mit Bildern, Fotos und Kopien von den Ergebnissen des Unterrichts, teils mehr pädagogische Autobiographie oder Grundsatzreflexion der letzten Berufsjahre und neue Standortbestimmung, teils Darstellung von Projektwochen oder längeren Unterrichtseinheiten. Stets sind diese Arbeiten geschrieben mit hoher Identifikation und im Gefühl, in Form und Inhalt die Arbeit „zu ihrer eigenen Sache zu machen“. Und allmählich begriffen auch wir Ausbilder, daß diese Abschlußphase unserer gestaltpädagogischen Weiterbildung durch die Teilnehmer zu einem gleichwertigen dritten Teil der Weiterbildung – neben der Arbeit in der kontinuierlichen Gruppe und der anschließenden Kleingruppensupervision zur Unterrichtspraxis der Teilnehmer – entwickelt worden war. Eine Phase, in der sie Erlerntes mit erlebter Geschichte und langjähriger Berufserfahrung neu zu durchmischen begannen und – diesmal ohne unsere begleitende Aufmerksamkeit – sich auf

den Weg gemacht hatten, noch einmal neu hinzuschauen, Neues zu wagen oder gelassener geschehen zu lassen und die neuen Erfahrungen wie die „alten Geschichten“ mit einer frappierenden liebevollen Schonungslosigkeit zu betrachten. Die umfassende Wahrnehmung und vielschichtige Reflexion des Unterrichts wie des eigenen Beteiligtseins am Gelingen sind dadurch für mich zu den wichtigsten „Wirkungen“ der Weiterbildung geworden. Für den Verzicht an eigener Rolle in dieser dritten Ausbildungsphase wurden wir Ausbilder somit durch das Feedback reicher Ernte beschenkt. Das Abschlußkolloquium dient dann vor allem zu differenziertem Feedback über die von allen gelesenen Arbeiten der Beteiligten im Gespräch miteinander, zum Aufzeigen von Möglichkeiten weiterer Vertiefung und zur Zusammenschau des Entwicklungsprozesses dieser gemeinsamen „zweiten Lehrjahre“.

Eine solche – zeitaufwendige und wenig marktorientierte – Gestaltung der Abschlußphase ist m. W. ein Unikum, und zwar sowohl unter den Ausbildungszweigen am FPI als auch unter den gestaltpädagogischen Ausbildungszweigen anderer Weiterbildungsinstitute, mit denen sich von Beginn an – trotz mancher Unterschiede und Konflikte der „Mutterinstitute“ – eine kontinuierliche und fruchtbare Zusammenarbeit entwickelt hat. Ich denke hier vor allem an die Berliner Gestaltpädagogen (Gestaltzentrum: *Hartmut Frech, Claudio Hofmann, Olaf-Axel Burow*, IGG: *Susanne Zeuner, Heinz Kaufmann, Detlev Knopff*), aber auch an Gruppen in Hamburg (*Hildegard Detzkies, Friedhelm Matties*), Oldenburg (*Helga Nitsch*), München (*Joachim Vieregge* u. a.) sowie in der Schweiz und in Österreich, in denen es seit vielen Jahren dem gestaltpädagogischen Ansatz verpflichtete Reformschulen gibt: Die „Demokratisch-Kreative Schule“ von *Damaris* und *Urs Kägi-Romano* und die „Modellschule Graz“ einer Lehrer-/Eltern-Initiative um *Eva Scala*. Die („schulübergreifende“) Zusammenarbeit fand ihren Ausdruck in zahlreichen Tagungen – anfangs am Beversee, vom FPI organisiert, dann an wechselnden Orten in gemeinsamer Verantwort-

tung – der gestaltpädagogischen Gruppen (in Kronstein, Weilburg, Rennerod, Berlin, Salzburg und 1993 wahrscheinlich in Leipzig). Zur Festigung dieser Kooperation (für Tagungen, Öffentlichkeitsarbeit und eine Zeitschrift) wurde dann im Jahre 1989 die „Gestaltpädagogische Vereinigung (GpV) e.V.“ mit Sitz in Berlin als ausbildungsinstitutsübergreifende Organisation der Gestaltpädagogen in Österreich, der Schweiz und der größer gewordenen Bundesrepublik gegründet, die unter dem Vorsitz einer unserer ersten Ausbildungskandidaten, *Silvia Froese*, Essen, die ersten schwierigen Jahre der Integration erfolgversprechend gemeistert hat und seit 1991 eine kleine Zeitschrift „Gestaltpädagogik“ herausgibt.

Das eher unauffällige Wachstum dieser Bewegung entspricht vielleicht auch am ehesten der jahrhundertalten Aufgabe, Kinder gesellschaftlich zu erziehen und zu unterrichten, dem Aus-

maß vorfindlicher Konzepte und Reformansätze in der Pädagogik wie der Komplexität und Kompliziertheit pädagogischen Handelns. Dies gilt zumal dann, wenn wir pädagogisches Handeln nicht auf Wissens- und Kompetenzvermittlung eingrenzen, sondern es umfassender verstehen als Dialog zwischen den Generationen, in dem es um nichts Geringeres geht, als die heranwachsende Generation instandzusetzen zur Rollenübernahme in der Gesellschaft, befähigt, Bewährtes fortzuführen und bestärkt in der Überzeugung, daß es sich lohnt, die jungen Kräfte zu lebenserhaltendem gesellschaftlichem Wandel einzusetzen.

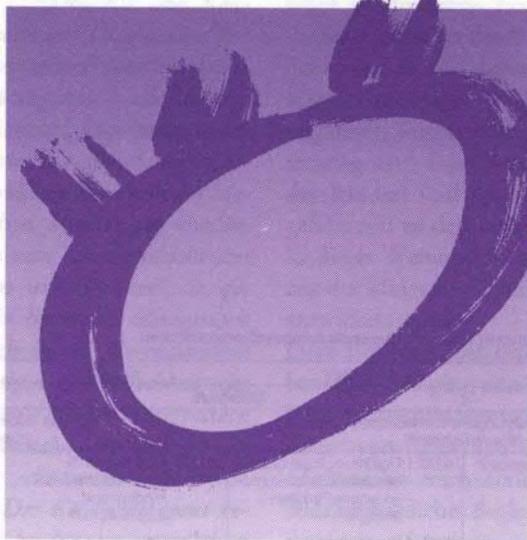
Vielleicht ist gerade eine berufsbegleitende Weiterbildung, die auf den Erfahrungen des Lebens und langer Berufsjahre aufzubauen weiß, eine besondere Chance, Lehrerpersönlichkeiten darin zu fördern, sich dieser intergenerativen Aufgabe zu stellen.

LITERATUR

- Brown, G.J., Petzold, H.G.* (Hrsg.), Gefühl und Aktion. Gestaltmethoden im integrativen Unterricht, W. Flach Verlag für Humanistische Psychologie, Frankfurt a.M. 1978.
- Bürmann, J.*, Gestaltpädagogik – Ein Weg zu humanerem Lernen, in: *Sauter, F.Ch.* (Hrsg.), Psychotherapie in der Schule, München 1983, 129-157.
- Bürmann, J.*, Die Bedeutung des psychotherapeutischen Konzepts des Widerstands für die Pädagogik, *Integrative Therapie* 4(1986) 303-319.
- Bürmann, J.*, Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze eines persönlich bedeutsamen Lernens, Bad Heilbrunn 1992.
- Bürmann, J.*, Was ist Gestaltpädagogik? – (ein Nachwort), in: *Heinzel, J.*, Der König ruht im Klassenzimmer. Gestaltpädagogik zum Kennenlernen, Diesterweg, Frankfurt a.M. (im Druck).
- Burow, O.-A., Kaufmann, H.* (Hrsg.), Gestaltpädagogik in Praxis und Diskussion, Berlin 1991.
- Erikson, E.H.*, Einsicht und Verantwortung. Die Rolle des Ethischen in der Psychoanalyse, Stuttgart 1966.
- Fatzer, G.*, Ganzheitliches Lernen, Junfermann, Paderborn 1987.
- Fuhr, R., Gremmler-Fuhr, M.*, Faszination Lernen, Köln 1988.
- Gestaltpädagogik* (Zeitschrift), 1. Jg. 1991
- Heinzel, J.*, Der König ruht im Klassenzimmer. Gestaltpädagogik zum Kennenlernen, Diesterweg, Frankfurt a.M. (im Druck).
- Hentig, H. von*, Die Menschen stärken, die Sachen klären: Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung, Stuttgart 1985.
- Kägi-Romano, U. D.*, Die demokratisch-kreative Schule oder der Versuch, das Mögliche zu verwirklichen, in: *Petzold, Brown* (1977) 134-148.

- Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P.*, Gestalt-Therapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung, Klett, Stuttgart 1988.
- Petzold, H.G.*, Grundkonzepte der Integrativen Pädagogik, *Integrative Therapie* 3/4 (1989) 392-398.
- Petzold, H.G., Brown, G.I.* (Hrsg.), Gestalt-Pädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H.G., Bubolz, E.*, Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., Sieper, J.*, 20 Jahre Gestaltpädagogik zwischen Bewegung und Stagnation, Unveröffentlichtes Manuskript, Düsseldorf 1991.
- Scala, E.*, Eine gestaltpädagogische Schule – wie sieht so etwas aus? in: *Buraw, O.-A., Kaufmann, H.* (Hrsg.), Gestaltpädagogik in Praxis und Diskussion, Berlin 1991, 256-262.
- Signer, R.*, Gestalttherapie in der Lehrerbildung, *Integrative Therapie* 1 (1981) 14-25.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie



Strukturplan der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

40 Std. Zulassungssseminar – 2 Interviews	1. Jahr		2. Jahr		3. Jahr		4. und 5. Jahr	
	Grundstufe		Mittelstufe				Oberstufe	
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe (themenzentriert)				60 Std. Supervisionsgruppe (zweijährig)			
	40 Std. Prozessuale Diagnostik und Erstinterview	40 Std. Einführung in die systemische und wachstumsorientierte Familientherapie	24 Std. Indikationen III Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen	40 Std. Krisenintervention bei Kindern u. Jugendlichen	40 Std. Supervision I – Methodik			
	24 Std. Theorie I	24 Std. Theorie II	24 Std. Theorie III	40 Std. Supervision II – Kasuistik	24 Std. Theorie IV – Psychosen bei Kindern und Jugendlichen	24 Std. Indikationen I – Enuresis – Encopresis	24 Std. Indikationen II – Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörung	Kontrollierte Einzel- und Gruppentherapie (460 Std.)
120 Std. Wahlpflichtfächer Fortlaufendes Theorieprogramm 160 Std.				120 Stunden Intensivseminar (Gestaltkibbuz) Gestalt-Lehranalyse 250 Std. Kontrollanalyse 100 Std.				

8 Unterrichtsstunden gelten als eine Arbeitseinheit (AE)

Wahlpflichtfächer:
 Arbeit mit kranken und sterbenden Kindern
 Arbeit mit behinderten Kindern
 Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern
 Anorexia nervosa
 Integrative Bewegungstherapie mit Kindern

Dissozialität bei Jugendlichen
 Arbeit in der Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie
 Lernstörungen und Schulschwierigkeiten
 Spieltherapie mit uralten Figuren
 Psychodrama-Gruppentherapie mit Kindern
 Therapiebegleitende Arbeit mit Eltern und Angehörigen

Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Bruno Metzmacher, Düsseldorf

Definition:

»Integrative Kinder – und Jugendlichentherapie ist ein ganzheitlicher und differentieller Ansatz der Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- und Gruppensitzungen unter Einbeziehung ihrer Familien bzw. Bezugspersonen in Berücksichtigung der pathogenen und salutogenen Einflüsse des jeweiligen mikroökologischen und sozialen Kontextes. Auf eine „kindgemäße Weise“ wird mit den „heilenden Kräften des kindlichen Spiels“ (Zullinger) mit Spielmitteln, kreativen Medien gearbeitet, die auf die jeweilige Altersstufe und „Spielkultur“ (Petzold) zugepaßt werden, so daß ein „Raum des Möglichen“, eine „fördernde Umwelt“ (Winnicott) entstehen kann. Die Integrative Kindertherapie gründet sich dabei auf tiefenpsychologische Denkmodelle und Konzepte, die Ergebnisse moderner Longitudinalforschung und auf eine „integrative Entwicklungspsychologie“, die richtungsübergreifend die Erträge psychomotorischer, emotionaler, kognitiver, sozialer und ökologischer Entwicklungsforschung einbezieht, um sie mit einem reichen Repertoire an Methoden, Techniken, Medien, Formen auf kreative Weise interventiv umzusetzen. Dies geschieht „im Prozeß“ eines „Handelns um Grenzen“, in gemeinsamem Gestalten, in liebevoller Bezogenheit und Respekt vor der sich in der Ko-respondenz entwickelnden einzigartigen Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen. In der Integrativen Kindertherapie wird versucht, für Kinder in schwierigen Lebenslagen „schützende Insel-Erfahrungen“ bereitzustellen. Der Kindertherapeut bemüht sich dabei, zum wichtigsten protektiven Faktor zu werden, den es für Kinder geben kann: ein „significant caring adult“ (Rutter), der als „innerer Beistand“ internalisiert werden kann und der das bereitzustellen und zu ermöglichen sucht, was das Kind braucht« (Petzold).

Die Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (in der Folge abgekürzt: IKT) ist ein neues und eigenständiges Verfahren der psychotherapeutischen Behandlung von Kin-

dern und Jugendlichen und wird seit 1985 als fünfjährige berufsbegleitende postgraduale Weiterbildung am Fritz Perls Institut (Reiser 1993) gelehrt, nachdem es schon seit den Anfängen des Institutes 1972 kindertherapeutische Weiterbildungsangebote und klinische und heilpädagogische Entwicklungen gab (Petzold 1969b; Petzold, Geibel 1972) und familien- und elternbezogene Ansätze (idem 1973f) und seit 1978 ein Kompaktcurriculum „Integrative Kindertherapie“, durch das weitere Arbeiten angestoßen wurden (Petzold, Metzmacher 1984; Petzold, Epe 1984; Petzold, Ramin 1987). Inzwischen sind 15 Kompaktcurricula (2 1/2 Jahre) mit insgesamt 225 Teilnehmern und 12 Vollausbildungen mit 180 Teilnehmern durchgeführt worden bzw. noch in laufenden Ausbildungsgruppen in der BRD, Österreich und der Schweiz. Die IKT basiert auf den metatheoretischen Grundlagen der Gestalttherapie und Integrativen Therapie und deren praktischer Umsetzung und Erprobung im klinischen Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie. Dies gehört mit zu den bestimmenden Charakteristika dieser Weiterbildung, daß sie gewissermaßen aus der klinischen Praxis heraus konzipiert und entwickelt wurde.

Dem Beginn dieses neuen Weiterbildungsangebotes am FPI ging eine etwa zweijährige gründliche Konzeptionsentwicklung voraus, die vor allem von Udi-Jutta Schneewind und Bruno Metzmacher erarbeitet wurde. Hinzu kam die wissenschaftliche Begleitung und methodisch-curriculare Beratung von Hilarion Petzold. Dr. Walter Landsberg stellte als Chefarzt der Elisabeth-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Dortmund den klinischen Rahmen zur Verfügung, an welchem seit 1979 (also seit Gründung der Klinik) die Gestalttherapie und die Integrative Therapie als kinder- und jugendlichenpsychotherapeutisches Verfahren erprobt, entwickelt und angewendet werden konnte. Ohne diesen klinischen Rahmen im Hinter-

grund würde es dieses Verfahren gegenwärtig nicht – oder zumindest nicht in der entwickelten Form – geben können.

Die konzeptuelle Vorbereitungsarbeit bestand aus verschiedenen Aufgaben: Die klinischen Erfahrungen, die bei der Anwendung der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie in der ambulanten und vor allem in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Familie gemacht werden konnten, waren überzeugend und vielversprechend. Die leibanthropologischen, persönlichkeits-theoretischen und kontextuellen (Konzept der Lebensweltbezogenheit) Prämissen der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie erwiesen sich in Verbindung mit einem therapeutischen Grundverständnis, das Psychotherapie u. a. als Nachsozialisation im Sinne eines Parenting/Reparenting (*Ferenczi, Iljine*) begreift, einem von der klassischen Psychoanalyse deutlich abweichenden Übertragungs/Gegenübertragungsmodell und vor allem in Verbindung mit der dem gesamten Verfahren der Integrativen Therapie eigenen und spezifischen Methodenvielfalt in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die an schwersten Schädigungen im frühen Persönlichkeitsaufbau leiden, als außerordentlich wirksam. Unsere Aufgabe war es dann, diese klinischen Erfahrungen zu systematisieren und auszuwerten, Zufallserscheinungen bei Behandlungserfolgen von plan- und steuerbaren Therapieprozessen zu unterscheiden und die gesamten theoretischen und praxeologischen Prämissen der Integrativen Therapie auf die spezifischen Besonderheiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu übertragen. Dies war ein langer, oft mühseliger, aber auch ausgesprochen interessanter Reflexionsprozeß, an welchem viele verschiedene Kolleginnen und Kollegen beteiligt waren und welcher der neu entwickelten Weiterbildung, nämlich der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, zugute kam.

Ein anderer Aspekt bei der konzeptuellen Vorbereitungsarbeit bestand in der Sichtung und inhaltlichen Überprüfung der psychoanalytischen

Aus- und Weiterbildungsangebote und -curricula im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiebereich. Denn es war von vornherein ein explizites Ziel bei der Gründung der IKT, ein von der Bundesärztekammer anerkanntes Verfahren zu werden, analog den Psychagogen (analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), so daß eine eigenständige Abrechnung mit den Krankenkassen gewährleistet sein sollte. Wir bemühen uns nach wie vor um diese Anerkennung.

Diese drei Aspekte,

- a) der theoretischen und praxeologischen Grundlagen der Integrativen Therapie und Pädagogik
- b) ihre klinische Umsetzung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und
- c) eine nicht zu umgehende Orientierung an psychoanalytischen Ausbildungsstandards (im Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiebereich)

waren die Grundlagen für die Schaffung dieses neuen Weiterbildungsangebotes. Wie immer bei der Neugründung eines Verfahrens hat es hierzu die intensive und persönliche Initiative einzelner gebraucht.

Spezifische Merkmale des Verfahrens

Die IKT ist eine konsequente und klinisch erprobte Weiterentwicklung und Spezifizierung der Integrativen Therapie für den Bereich der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Wie bereits erwähnt, haben sich die theoretischen und praxeologischen Prämissen der Integrativen Therapie in der praktischen therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als außerordentlich wirksam erwiesen.

1980 erschien (in deutscher Fassung) *Violett Oaklanders* Buch: Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Dies war ein erster Versuch, gestalttherapeutische Techniken auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu übertragen. Vermutlich war es das kreative und erlebnisaktivierende Potential dieser gestalttherapeutischen Techniken, die dem Buch relativ große

Popularität einbrachte (wie überhaupt die Gestalttherapie in ihren europäischen Anfängen, Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre). Es waren dies allerdings in erster Linie Erfahrungen aus dem pädagogischen und heilpädagogischen Arbeitsfeld, die von V. Oaklander beschrieben wurden (wobei kritisch zu bemerken war und ist, daß dies nicht explizit hervorgehoben wurde, so daß der Titel des Buches irreführend ist). Auch wenn jedes kinderpsychotherapeutische Verfahren implizite Erziehungsziele enthält, sind die Unterschiede zwischen Pädagogik und Kinderpsychotherapie gravierend. Die Vielfalt dieser Methoden und Techniken der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie



bedeutet für die therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ganz zweifellos einen ungeheuren Reichtum. Allerdings bedarf es einer ausformulierten Theorie des therapeutischen Handelns, einer metatheoretischen „Folie“ (wie die des „tree of science“), damit diese Methoden und Techniken theorie-immanent, indikationsspezifisch und therapiezielorientiert angewendet werden können. Wesentliche Grundpfeiler einer Theorie der Integrativen Theorie liegen inzwischen – in erster Linie dank der Arbeiten von Hilarion Petzold – vor. Theoretische Konsolidierungen und Weiterentwicklungen, wie z. B. in Bereichen der Krankheitslehre und der Entwicklungstheorie u. a. sind notwendig und bereits in Arbeit.

Dieses theoretische und klinisch erprobte Fundament erlaubt es uns endlich, schulenübergreifend zu denken und entsprechend therapeutisch zu handeln. Vermutlich gibt es keinen vergleichbaren Bereich, in dem dies dringender erforderlich ist als in der therapeutischen Arbeit

mit Kindern, denn die entwicklungspsychologisch bedingten Umstände dieser Arbeit verlangen *eo ipso* nach Integration und integrativen Ansätzen. Kinderentwicklung vollzieht sich mehr und mehr in parzellierten und zu einem großen Teil nach den Kriterien der Zweckrationalität der Erwachsenenwelt installierten Räumen unserer Gesellschaft (vgl. u. a. F. Thiemann 1988).

So sind es gerade die Konzepte der Lebensweltbezogenheit (vgl. Petzold, Ramin 1987, S. 359 ff.) und die leibanthropologischen Grundlagen der Integrativen Therapie, die für die Arbeit mit Kindern grundlegend sind. Denn gerade die leiblich begründeten Fähigkeiten zur Perzeption, Expression und Memoriation wer-

den in zunehmendem Maße in den Sozialisationsprozessen von Kindern beschädigt:

- a) *Der perzeptive Leib* wird anästhesiert. („Du sollst nicht merken.“ „So war das nicht gemeint.“)
- b) *Der expressive Leib* wird amputiert. („Faß das nicht an“; „mach nicht soviel Lärm“).
- c) *Der memorative Leib* wird amnesiert. („So ist das nicht gewesen“, „das mußt du falsch verstanden haben“; „das ist mal wieder einer deiner Einfälle“).

In der therapeutischen Arbeit mit Kindern kann durch das Herstellen benigner Atmosphären eines „facilitating environment“ (um mit Winnicott zu sprechen) oder eines sog. „potentiellen Raumes“ zwischen mir (als Therapeuten) und dem Kind ehemals Wahrgenommenes wieder memoriert werden. Mit Hilfe evokativer Techniken werden Wahrnehmung und szenische Erinnerung hervorgerufen, und gerade durch die Arbeit mit kreativen Medien wird die

Ausdrucksfähigkeit (die Expressivität) gefördert, wo das Kindlich-Unbewußte und die Kreativität im Vordergrund stehen.

Dies beinhaltet therapeutische wie auch pädagogisch-sozialisatorische Aspekte, deren z. T. unterschiedliche Gewichtung in einer nach klinischen Kriterien ausgerichteten prozessualen Lebenswelt-, Entwicklungs- und Persönlichkeitsdiagnostik bestimmt wird.

Zur Methodik und Didaktik der Weiterbildung

Wie aus den Weiterbildungsrichtlinien der IKT zu ersehen ist (S. 14 – 19), haben wir in diesem Zweig erstmalig im Rahmen des gesamten FPI-Weiterbildungsangebotes die fortlaufende 3jährige Weiterbildungsgruppe themen- und methodenzentriert angeboten, d. h. daß für jedes einzelne Weiterbildungswochenende ein spezifisches Thema vorgegeben ist und entsprechend dazu Methoden, Techniken und Medien der Integrativen Therapie – so, wie sie auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen übertragen werden können – angewendet werden. Beispielhaft seien hier die Themen und Methoden des ersten Ausbildungsjahres einmal aufgeführt:

Thema und Inhalt

- Kreativität
- Unbewußtes
- Angst – Abwehr und Widerstand
- Übertragung u. Gegenübertragung
- Geschwisterkonstellationen

Methoden, Techniken, Medien

- Verschiedene Spielobjekte, Spielzeug und Spielmittel
- Malen mit Wachskreide, Finger- und Wasserfarben
- Ton, Knete, Sand
- Sceno-Test, Märchen- und Puppenspiel
- Soziogramm, Malen, Rollenspiel.

Die Besonderheiten des Gesamtgruppenprozesses werden selbstverständlich berücksichtigt, wobei die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß Auswahl und Reihenfolge der Themen kaum

modifiziert zu werden brauchten. Dies ist vermutlich u. a. darin begründet, daß die unterschiedlichen Themen zum einen theoretisch vorbereitet und im Verlaufe des Weiterbildungswochenendes ergänzt und vertieft werden. Zum anderen finden an jedem Wochenende Gruppenprozeßanalysen statt, so daß der gesamte Ablauf der dreijährigen Gruppe von Transparenz und Struktur gekennzeichnet ist. Dies bedeutet einen Zuwachs an Lerneffizienz und eine Abnahme an dysfunktionalen Abwehrprozessen im psychodynamischen ebenso wie im gruppensystemischen Sinne. Umfragen unter den Weiterbildungskandidaten haben diese Form der Methodik, Didaktik als durchweg positiv beschrieben.

Das *Intensivseminar*, der dreiwöchige „Kibbuz“, kann eine direkte Arbeit mit Kindern einbeziehen. 1991 fand er in Portugal statt, wo uns dank der Initiative einer Weiterbildungskandidatin aus der Schweiz, *Madleine Weber-Valko*, Möglichkeiten der direkten Arbeit mit Kindern gegeben war. Aller Voraussicht nach wird in ihrer Graduierungsarbeit dieses Projekt beschrieben werden und damit einer größeren (Instituts-)Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Neben den feststehenden *Weiterbildungsseminaren* hat sich inzwischen ein ganzer Katalog unterschiedlicher *Wahlpflichtseminare* entwickelt, der von Jahr zu Jahr in unterschiedlicher Themenzusammenstellung angeboten wird. Dies bietet die Möglichkeit, den unterschiedlichsten Interessen und Arbeitsfeldern der Weiterbildungskandidaten Rechnung zu tragen.

Die *Lehranalyse* ist analog zum psychotherapeutischen Weiterbildungszweig auf 250 Soll-Stunden festgelegt und soll je nach Möglichkeit mit 2 Stunden pro Woche erfolgen. Dies soll zum einen eine bessere Bearbeitung der individuellen Abwehryndynamik gewährleisten und zum anderen ein selbst-erfahrenes Modell schaffen für die spätere therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die – zumindest im klinischen Bereich – sehr häufig mit zwei Therapiestunden pro Woche geschieht. Ein Teil dieser Lehranalyse soll mit spieltherapeutischen Vorgehensweisen erfolgen, um eine flexible Regressions-

und Symbolisierungsfähigkeit einzuüben, die für die therapeutische Arbeit mit Kindern mit zum wesentlichsten „Handwerkszeug“ gehört.

Aktivitäten des Fachbereichs

Seit der ersten Weiterbildungsgruppe im Herbst 1985 hat dieser Weiterbildungszweig einen erfreulichen und konstanten Zuwachs erfahren. Im Jahre 1992 wird insgesamt die 12. Weiterbildungsgruppe beginnen, wovon 7 Gruppen an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in Hückeswagen, 3 Gruppen in Österreich und 2 in der Schweiz angeboten worden sind. Eine Bestätigung der Qualität dieser Weiterbildung zeigt sich u. a. darin, daß zahlreiche Weiterbildungsabsolventen gegen Ende oder mit Abschluß ihrer Weiterbildung im psychosozialen Arbeitsfeld gute berufliche Anstellungschancen haben, auch wenn sie zuvor in therapiefremden Kontexten gearbeitet haben.

Arbeitskreis IKT

Kurz nach Beginn der Weiterbildung hat sich ein institutionalisierter Fachbereich und „Arbeitskreis Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ gegründet unter Vorsitz von *Bruno Metzmacher*. Dieser Kreis trifft sich zwei- bis dreimal pro Jahr und berät inhaltliche, konzeptuelle sowie planerisch-organisatorische Fragen. Z. Z. gehören diesem Arbeitskreis ferner an: *Udi-Jutta Schneewind*, *Walter Landsberg*, *Hilarion Petzold*, *Gabriele Ramin*, *Heinz Lüdde*, *Helmut Züpfel*, *Nitza Katz-Bernstein* sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin der Weiterbildungskandidaten.

Öffentlichkeitsarbeit

Erstmals wurden Aspekte der Integrativen Kindertherapie auf der XVIII. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg 1983 vorgestellt. Seither hat es eine Fülle von wissenschaftlichen Beiträgen auf den verschie-

densten Tagungen und Kongressen gegeben. Bisher fanden zwei eigenständige Kindertherapeutiekongresse statt, die von der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) organisiert wurden:

1. die Erste Österreichische Tagung für Integrative Kindertherapie vom 19. – 21. Oktober 1990 in Graz (Österreich) unter dem Leitthema: „Kinder – Gefühl – Umwelt“. Möglichkeiten und Aufgaben der Kindertherapie, in Zusammenarbeit mit der Universitätskinderklinik Graz, Abt. für Psychosomatik.
2. die Erste Schweizerische Fachtagung für Integrative Kindertherapie vom 5. – 7. Juli 1991 in Zürich (Schweiz) unter dem Leitthema: „Heilende Kräfte im kindlichen Spiel“, in Zusammenarbeit mit dem heilpädagogischen Institut der Universität Zürich.

Beide Tagungen können bzgl. der Teilnahme wie auch der Resonanz als gelungen und erfolgreich betrachtet werden. Eine weitere Tagung für Integrative Kindertherapie wird für November 1994 in Deutschland geplant.

Wissenschaftliche Veröffentlichungen

Glücklicherweise wächst auch die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen aus dem Bereich der IKT. Erste Übersichtsarbeiten wurden von *Hilarion Petzold*, *Gabriele Ramin*, *Bruno Metzmacher* und *Udi Schneewind* veröffentlicht. Hervorzuheben ist dabei das von *Hilarion Petzold* und *Gabriele Ramin* herausgegebene Buch: „Schulen der Kinderpsychotherapie“. Die inzwischen vorliegenden und angekündigten Graduierungsarbeiten der im Bildungsausschuß befindlichen Weiterbildungskandidaten sind fundiert bzw. versprechen äußerst interessant zu werden.

Ausblick und Weiterbildung

Als Ausblick auf die nächsten Jahre sind Weiterentwicklungen des Verfahrens notwendig und geplant, und zwar auf verschiedenen Ebenen:

1. berufspolitische Anerkennung
2. klinisch-wissenschaftliche Evaluation
3. methodisch-didaktische Konsolidierung
4. konzeptuelle und theoretische Weiterentwicklung.

zu 1:

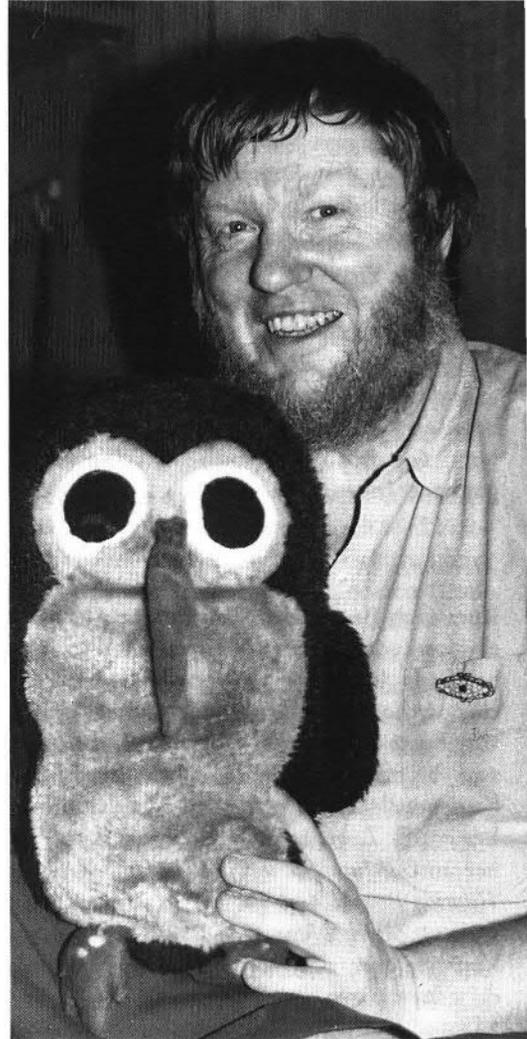
Die Anerkennung der IKT durch die Bundesärztekammer bzw. nach dem kommenden Psychotherapiegesetz ist und bleibt ein wesentliches Ziel unseres Bemühens. Ein erster Antrag zur Anerkennung wurde vor wenigen Jahren von der BÄK abgelehnt mit derselben Begründung, mit der auch die klassische Gestalttherapie abgelehnt wurde. Unabhängig von den weiteren Bestrebungen, eine solche Anerkennung für das gesamte Verfahren der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie zu erlangen, werden wir im Fachbereich IKT eine gesonderte Anerkennung der IKT anstreben, und zwar unter Rekurs auf das eigenständige Berufsbild des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, so wie es seit vielen Jahren existiert.

Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang eine Initiative des BDP (Bund Deutscher Psychologen), ein Round-Table-Gespräch aller Vertreter wichtiger Psychotherapieschulen, die eine eigenständige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung anbieten, ins Leben gerufen zu haben. Primäres Ziel dieser Runde, die sich im Sommer 1991 erstmalig zusammengefunden hat, ist der gegenseitige Austausch, ein Kennenlernen des jeweils anderen Verfahrens. Hier ist ein schulenübergreifender Anfang gemacht, bei dem allerdings konkrete Resultate nicht so schnell zu erwarten sein werden.

zu 2:

Die klinisch-wissenschaftliche Evaluation des Verfahrens ist und bleibt ebenfalls eine notwendige Aufgabe der nächsten Jahre. Der empirische Nachweis der klinischen Effizienz der IKT ist dringend erforderlich. Zwar ist die Popularität und Wertschätzung dieses Verfahrens in klinischen, heilpädagogischen und institutionellen Kreisen frappierend, aber dies wird auf Dauer nicht ausreichen, um das Verfahren sowohl

berufspolitisch wie auch wissenschaftlich zu konsolidieren. Die IKT hat von ihren ethischen und anthropologischen Grundlagen wie auch von ihrer methodenpluralistischen Praxis her meines Erachtens eine Ausgewogenheit, die ihre



menschliche Validität gerade auch im klinischen Bereich längst erwiesen hat. Wenn dies jedoch nicht in absehbarer Zeit auch wissenschaftlich unterlegt wird, sehe ich – außer den berufspolitischen Aspekten – Gefahren, die mit dem „Außenseitertum“ dieses Verfahrens verbunden sind. Denn als kompensatorische Folge dieses

Außenseitertums ist eine latente Überidentifizierung und Überfrachtung der Theorieentwicklung nach innen hin zu erwarten. Fehlende Anerkennung nach außen enthält immer auch das psychologische Moment einer Kränkung, und damit umzugehen fällt besonders dann schwer, wenn die Überzeugung hinsichtlich der eigenen Ausbildung und ihrer Qualitäten entsprechend groß ist.

zu 3:

Erwachsene Menschen mit abgeschlossener Hochschul- oder Fachhochschulausbildung und – in der Regel – vieljähriger Berufspraxis auf ein neues Tätigkeitsfeld hin auszubilden ist eine komplexe und schwierige Aufgabe. Die überwiegende Mehrzahl der Weiterbildungskandidaten und -kandidatinnen befindet sich im Alter von 30 bis 45 Jahren, in einem Lebensabschnitt also, in dem es um Aufbau und Konsolidierung einer eigenständigen Lebenswelt geht. Viele sind Mütter oder Väter oder sind im Begriff oder in der Planung, es zu werden. Psychotherapie wie auch psychotherapeutische Weiterbildung bedeutet bekanntermaßen auch Infragestellung des Bewährten, Mobilisierung der Persönlichkeit und die Konfrontation mit verdrängten oder anders abgewehrten Konflikten, Defiziten und z.T. traumatischen Lebensereignissen. Dies macht eine *therapeutische Begleitung* notwendig. Gleichzeitig jedoch gilt es, Wissen zu vermitteln über psychotherapeutische Interventionspraxis, über theoretische Implikationen der Persönlichkeitstheorie, der Entwicklungspsychologie, der Krankheitslehre u. v. a. m. Dies erfordert *Ausbilder mit fundierter Theoriekenntnis*.

Die Bereitstellung eines „facilitating environment“ bedeutet, Gruppenatmosphären anregen und gestalten zu können, die Beziehungen entstehen lassen, die Regression ermöglichen, die die Bereitschaft zur realen Auseinandersetzung fördern und die exemplarische Lernsituationen beinhalten. Dies setzt *erfahrene und integre Persönlichkeiten* der Ausbilder voraus. Um mit all diesen verschiedenen Notwendigkeiten in der konkreten Weiterbildungssituation transparent

und flexibel umgehen zu können bedarf es einer variablen und fundierten Methodik und Didaktik, also *eines guten Lehrers*.

Zu guter Letzt bedarf es der *Fähigkeit zu spielen*. Winnicott beschreibt diese Voraussetzung wie folgt:

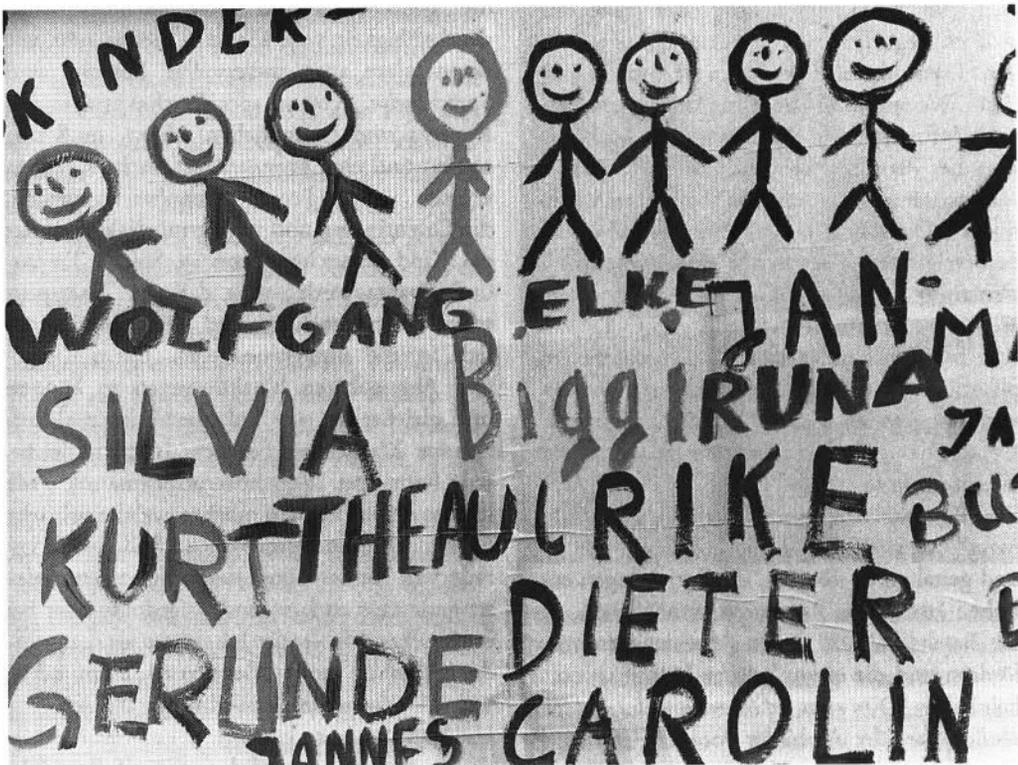
„Ich gehe von dem Grundsatz aus, daß Psychotherapie sich in der Überschneidung zweier Spielbereiche vollzieht, dem des Patienten und dem des Therapeuten. Wenn der Therapeut nicht spielen kann, ist er für die Arbeit nicht geeignet. Wenn der Patient nicht spielen kann, muß etwas unternommen werden, um ihm diese Fähigkeit zu geben; erst danach kann die Psychotherapie beginnen. Der Grund, weshalb das Spielen so wichtig ist, liegt darin, daß der Patient gerade im Spielen schöpferisch ist.“ (D.W. Winnicott 1987, 65 f).

Dies trifft insbesondere für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und deren Ausbildung zu. Immer wieder gilt es, Analogien zu finden zwischen erwachsener Wahrnehmung und der Erlebnisweise von Kindern. Es braucht die symbolische und nichtsprachliche Ausdrucksfähigkeit von Kindern ebenso sehr wie deren klare und unverstellte Sprache und Sprechweise. Jemand, der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen erlernt, muß also spielen und eine unverstellte Sprache sprechen können, um als Person erkennbar zu werden, die Orientierung und Halt ermöglicht, mit der ein Kind abtauchen kann in Spiel-, Traum- und Phantasiewelt, ohne daß der Therapeut selbst völlig zum Kind wird. Diese Flexibilität, sich in die unterschiedlichen Entwicklungs- und Alterssphären hineinbewegen zu können und gleichzeitig eine unbestechliche und aufrichtige Klarheit zu besitzen, ist nicht leicht. Jede Form von „Verschleierungssemantik“, wie ich das einmal nennen möchte, welche sich sehr häufig in Psychotherapiekreisen findet, wird gerade von Kindern und Jugendlichen entweder schonungslos entlarvt und aufgedeckt oder bei entsprechend fehlender Ich-Stärke als mangelnde Sicherheit und Orientierung empfunden, wobei Heilungsprozesse verhindert werden.

Um dies lernen zu können, braucht es Modellsituationen, die es möglichst in den Selbsterfahrungs- und anderen Weiterbildungsseminaren

zu schaffen gilt. All dies zusammen ergibt einen sehr hohen Anspruch, der an die Ausbilder und Weiterbildungskandidaten von angehenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gestellt wird. Diese Ansprüche mögen, wenn sie – wie ich es hier getan habe – einmal aufgelistet werden, fast unrealistisch und überhöht erscheinen. Und dennoch geht es nicht um einen Perfektionsanspruch. Offen eingestandene Fehler, Defizite oder Schwächen bewirken in der Regel keine Schäden. Aber um dies tun zu können braucht es auch innerhalb eines Ausbildungsinstitutes, in der Ausbildung von Ausbildern, einen kollegialen Austausch und ein Klima, das solche Kompetenzentwicklung fördert und nicht bloß voraussetzt oder einem konkurrenzfördernden Bewertungsklima aussetzt. Auch hierauf bezogen ist noch viel Arbeit zu tun.

zu 4:
Die IKT ist ein noch sehr junges Verfahren, das konzeptuelle und theoretische Weiterentwicklung notwendig macht. Einige Perspektiven sind unter Punkt 1 bis 3 dieses Absatzes bereits angedeutet worden, wichtige andere gilt es noch zu entwickeln. Bislang liegen noch zu wenige publizierte Erfahrungsberichte und Kasuistiken vor, und es fehlen empirische Untersuchungen, die die praktisch erfahrene Effizienz und die Konzeptionsentwicklung stützen könnten. Arbeiten sind allerdings auf dem Wege. Sie werden in einem Buch „Integrative Kindertherapie“ von *Helmut Zäpfel*, *Bruno Metzmacher* und *Hilarion Petzold* herausgegeben. Es wird dies ein Sammelband werden, der zu theoretischen ebenso wie zu praktisch-methodischen Fragestellungen interessante Texte erwarten





Handwritten text on a circular pin, possibly a love note or message.

LI

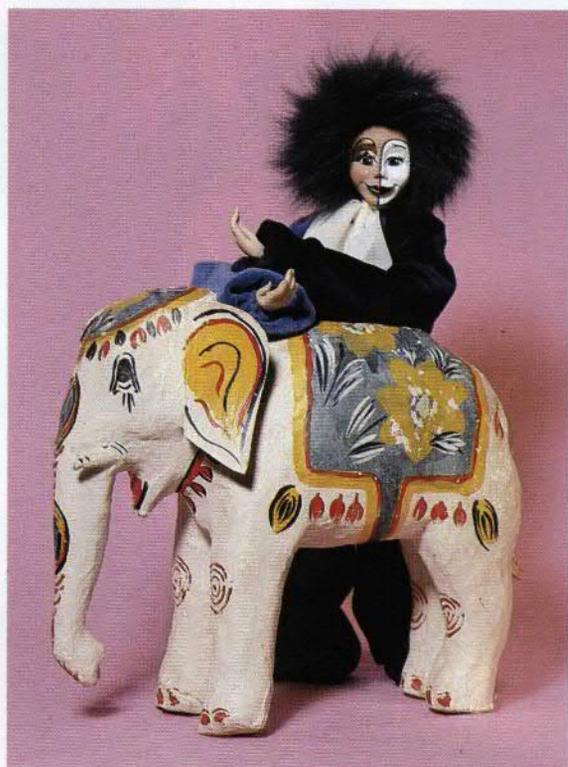
LI

LI

LI

LI

LI



läßt. Es gibt eine Fülle von Aspekten und Bereichen, die in der Theorieentwicklung zu bearbeiten sind und sein werden, wie z. B. der Versuch einer Integrativen Entwicklungstheorie, Ausarbeitungen im Bereich der Krankheitslehre und der klinischen Diagnostik, der ökologischen und der geschlechtsspezifischen Sozialisation, der Familiensoziologie und der Soziologie von Lebensräumen, der indikationsspezifischen Methodenwahl, wie auch Fragen der Therapiezielbestimmung. Dies sind wichtige Aspekte, und andere werden noch folgen.

Neben diesen theorie- und therapieverfahrensspezifischen Fragen und Aspekten gibt es übergeordnete Fragestellungen, die von zunehmender Bedeutung werden. Fragen, die eine gesamtgesellschaftliche und soziokulturelle Perspektive enthalten: Wie wachsen Kinder heute auf? Was bedeutet Kindheit in einer nach zweckrationalen und produktivitätsfördernden Perspektiven ausgerichteten Gesellschaft? Welche Funktionen bekommt das Phänomen Kindheit in der postindustriellen und postmodernen Kultur zugeschrieben? Ist Kindheit zukünftig noch an die Existenz von Familien gebunden? Welche Auswirkungen werden die Veränderungen des Rollenverständnisses von Frauen und Männern auf die Entwicklung der Kinder haben? Welchen Einfluß haben die neuen Medien auf die Kinderentwicklung?

Scheidungszißern steigen, auf eigenständigen beruflichen Erwerb wollen immer weniger zugunsten der Kinderentwicklung verzichten. Die Plätze in Kindertagesstätten werden rarer, das Jugendhilfegesetz hat in seiner letzten Revision eine deutliche Zäsur hinsichtlich der Fremdunterbringungsmöglichkeiten von Kindern gesetzt.

Die Fragen und Auflistungen von Phänomenen, die deutlich machen, daß die Entwicklungsbedingungen von Kindern andere geworden sind, läßt sich noch um ein Vielfaches erweitern, und nicht nur die Entwicklungsbedingungen von Kindern werden schwieriger. Dem voraus geht die Tatsache, daß die Entwicklung und Bewahrung von zuverlässigen und befriedi-

genden zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Erwachsenen schwieriger zu werden scheinen.

Winnicott schrieb 1969 zu der Frage, was ein Kind für eine einigermaßen normale Entwicklung benötigt, folgendes:

„Durchschnittlich gute Eltern gründen ein Heim und halten zusammen; auf diese Weise lassen sie ihren Kindern ein grundlegendes Maß an Fürsorge zuteil werden, und sie stellen einen Rahmen bereit, in dem jedes einzelne Kind nach und nach sowohl sein Selbst wie auch die Welt finden und eine funktionierende Beziehung zwischen beiden herstellen kann.“ (D.W. Winnicott 1990, 136).

Angesichts der heutigen sozioökonomischen und sozioökologischen Veränderungen scheint dies wie aus einer anderen Epoche zu stammen, obwohl gerade 20 Jahre vergangen sind. In einem längeren Zitat des Soziologen Ulrich Beck aus dem mit seiner Frau Elisabeth Beck-Gernsheim 1990 herausgegebenen Buch: „Das ganz normale Chaos der Liebe“, möchte ich die immer dringlicher werdende Notwendigkeit beschreiben, eine *soziologische Perspektive* in die Kinderpsychotherapieforschung und -theorieentwicklung miteinzubeziehen. U. Beck schreibt:

„Das Kind wird zur letzten verbliebenen unaufkündbaren, unaustauschbaren Primärbeziehung. Partner kommen und gehen, das Kind bleibt. Auf es richtet sich all das, was von der Partnerschaft herbeigesehnt, aber in ihr unauslebbar wird. Das Kind gewinnt mit dem Brüchigwerden der Beziehungen zwischen den Geschlechtern Monopolcharakter auf lebbare Zweisamkeit, auf ein Aufleben der Gefühle im kreatürlichen Hin und Her, das sonst immer seltener und fragwürdiger wird. In ihm wird eine anachronistische Sozialerfahrung kultiviert und zelebriert, die mit dem Individualisierungsprozeß gerade unwahrscheinlich und herbeigesehnt wird. Die Verzärtelung der Kinder, die „Inszenierung der Kindheit“, die man ihnen angedeihen läßt – den übergeliebten armen Wesen –, und das böse Ringen um die Kinder in und nach der Scheidung sind einige Anzeichen dafür. Das Kind wird zur letzten Gemeinsamkeit, die die Menschen gegen die ihnen entgleitenden Liebesmöglichkeiten errichten können. Es ist die private Art der „Wiederverzauberung“, die mit der Entzauberung und aus ihr ihre Bedeutung gewinnt. Die Geburtenzahlen gehen zurück, die Bedeutung des Kindes aber steigt.“ Und etwas später heißt es: „Die

Psychologie (und Psychotherapie), die das Leiden, das ihr nun massenhaft zugetrieben wird, auf Bedingungen der familialen Sozialisation zurückführt, wird kurzschlüssig. Wo den Menschen die Konflikte aus den Lebensformen, die ihnen vorgegeben sind, entspringen, wo ihr Zusammenleben vorbildlos wird, kann ihr Leiden nicht mehr nur auf frühkindliche Versäumnisse und Weichenstellungen zurückgeführt werden. Sexualität, Ehe, Erotik, Elternschaft haben unter den Bedingungen der Freisetzung aus den modernen ständigen Geschlechtsschicksalen von Männern und Frauen viel mit Ungleichheit, Beruf, Arbeitsmarkt, Politik, Familie und den in sie eingelassenen und zukunftsunfähig gewordenen Lebensformen zu tun. Die Historisierung und gesellschaftsgeschichtliche Revision ihrer Kategorien steht der Psychologie noch bevor.“ (U. Beck 1990, 55 f).

Diese veränderten Entwicklungsbedingungen zwingen uns u. a. zu Umdenkungsprozessen bei dem, was Psychotherapie bedeutet und bewirken soll. Zunächst bei den Kindern, und die sind die Erwachsenen von morgen. Die Störungsbilder, die wir heute bei Kindern im kinderpsychiatrischen Bereich erleben, sind z. T. mit gängigen diagnostischen Kriterien kaum mehr zu erfassen. Umwelt- bzw. lebensweltbedingte Desorganisation führt auf Grund ihrer Internalisierung zu innerer Desorganisation,

und die kennzeichnet mit all ihren multiplen Symptombildungen und fehlenden Beziehungskonstanzerfahrungen den „Angriff“ auf bisherige Psychotherapiekonzeptionen.

Ohne eine größere Öffnung der psychotherapeutischen Theorie- und Konzeptionsentwicklung zur soziologischen Fragestellung hin, wird die Wirksamkeit von Psychotherapie angesichts der zu beobachtenden Veränderungen immer fragwürdiger werden. Unsicherheit, Orientierungssuche, Identitätsverunsicherung u. a. m. wird zu erwarten und zu bewältigen sein. Aber wie gesagt, die Kinder, die wir zu behandeln haben, sind die Erwachsenen von morgen. Insofern werden diese konzeptuellen Weiterentwicklungen die Basisarbeit sein für alle weiteren Psychotherapieansätze des Erwachsenenalters von morgen. Es bleibt zu hoffen, daß sich möglichst viele Kollegen und Kolleginnen an dieser notwendigen Diskussion und Entwicklungsarbeit beteiligen werden.

Abschließend möchte ich allen, die an dem Aufbau und an der Konsolidierung dieses Weiterbildungszweiges der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am FPI beteiligt waren, danken.

LITERATUR

- Beck, U., Beck-Gernsheim, E., Das ganz normale Chaos der Liebe, Suhrkamp, Frankfurt 1990.
- Metzmacher, B., Integrative Bewegungstherapie, in: Petzold, Ramin, (1987) 227-255.
- Oaklander, V., Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen, Klett, Stuttgart 1980.
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, (1969b); auszugsweise dtsh. in: idem (1988n) 455-491.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972a.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Kreativität und Konflikte, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H. G., Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen, 1973f, in: Petzold (1973c) 271-289.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., Epe, C., Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen in der Integrativen Gestalttherapie, in: Kreuzer, H.J. (Hrsg.), Handbuch der Spielpädagogik, Bd. 4, Schwann, Düsseldorf (1984), 399-421.

- Petzold, H.G., Geibel, Ch.*, „Komplexes Kreativitätstraining“ in der Vorschulerziehung durch Psychodrama, Puppenspiel und Kreativitätstechniken. In: *Petzold* (1972a) 414-427.
- Petzold, H.G., Metzmacher, B.*, Kreative Medien, Awareness-Training und Interaktionsspiele der Integrativen Gestalttherapie in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, in: *Kreuzer, H.J.* (Hrsg.), Handbuch der Spielpädagogik, Bd. 4, Schwann, Düsseldorf (1984) 253-267.
- Petzold, H.G., Ramin, G.*, Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Reiser, C.*, Die Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung, Reinhardt, München 1993.
- Thiemann, F.*, Kinder in den Städten, Suhrkamp, Frankfurt 1988.
- Winnicott, D.W.*, Vom Spiel zur Kreativität, Klett, Stuttgart 1987⁴.
- Winnicott, D.W.*, Der Anfang ist unsere Heimat, Klett, Stuttgart 1990.

Grundlagenliteratur aus FPI/EAG

- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zäpfel, H.*, Integrative Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1994 (in Vorber.).
- Petzold, H. G., Ramin, G.* (Hrsg.), Schulen der Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H. G.* (Hrsg.), Kinder, Jugendliche, Gefühle und Umwelt, Schwerpunkttheft „*Gestalt und Integration*“ 2/1991 – 1/1992, FPI-Publikationen Düsseldorf 1992.
- Petzold, H. G.* (Hrsg.), Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Paderborn 1993.

Strukturplan der Weiterbildung für Integrative Bewegungs- und Leibtherapie im psychotherapeutischen Zweig

40 Std. Zulassungssseminar 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Ausbildungsgruppe		60 Std. Supervision (2jähig)	
	40 Std. Hot Seat und Traum 32 Std. Psycho-Physische Atemtherapie 24 Std. Theorie I	40 Std. Leibtherapie 40 Std. Methoden, Techniken und Medien der IBT 24 Std. Theorie II Intensivseminare Leib- und Bewegungstherapie 80 Std. Gestaltkibbuz 80 Std.	40 Std. Diagnostik I 40 Std. Krisenintervention 40 Std. Diagnostik II	48-80 Std. Wahlpflichtfächer 40 Std. Supervision I, Methodik 40 Std. Supervision II, Kasuistik kontrollierte Gruppenarbeit und Einzeltherapie
	fortlaufendes Theorieprogramm 240 Std. funktionale Leibtherapie 50 Std.		Anamnesen 20 Std. Lehranalyse 250 Std.	Kontrollstunden 100 Std.

Integrative Bewegungstherapie

Isabelle Kuhr, Köln
Angelika Berger-Jopp, Mering

Definition:

»Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine ganzheitliche Methode der Krankenbehandlung und Persönlichkeitsentwicklung, in der psychotherapeutische, leibtherapeutische und bewegungsagogische Maßnahmen auf dem Hintergrund eines Integrativen Theoriekonzeptes verbunden werden. Als psychotherapeutische Methode wird sie 'konfliktzentriert-aufdeckend' angewandt, als leibpädagogischer bzw. bewegungstherapeutischer-psychomotorischer Ansatz 'übungszentriert-funktional' und/oder 'erlebniszentriert-stimulierend', je nach Indikation und Ausrichtung (klinisch, rehabilitativ, präventiv, heilpädagogisch, persönlichkeitsbildend, kreativitätsfördernd). Immer verbindet IBT verbale und nonverbale, aktionale und symbolische Kommunikations- und Interaktionsformen.« (Petzold 1970c).

Bewegung wird als ‚Lebensphänomen‘ gesehen: körperliche Mobilität, emotionale Bewegtheit, geistige Beweglichkeit, sozialer Kommunikationsfluß – Krankheit hingegen wird als Verdinglichung und Erstarrung gesehen: körperliche Verspanntheit, seelische Verkrampfung, geistige Unbeweglichkeit, soziale Inflexibilität. IBT versucht diese Krankheitsfaktoren durch verbale und aktionale Deutungen, korrigierende leibliche, emotionale, kognitive und soziale Erfahrungen und alternative Erlebnismöglichkeiten positiv zu beeinflussen, um Patienten zu helfen, ihren Lebensraum aktiv und kooperativ zu verändern, Gesundheit und persönliche Kreativität zu gewinnen (Petzold, Berger 1974)

Die Integrative Bewegungstherapie (IBT) ist eine Methode der im Rahmen des „Fritz Perls Institutes“ und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ entwickelten Integrativen Therapie und wird dort seit 1972 als vierjährige berufsbegleitende Weiterbildung gelehrt.

Seit Ende der sechziger Jahre wurde die IBT von Hilarion Petzold (1970c, 1974k, 1983i,

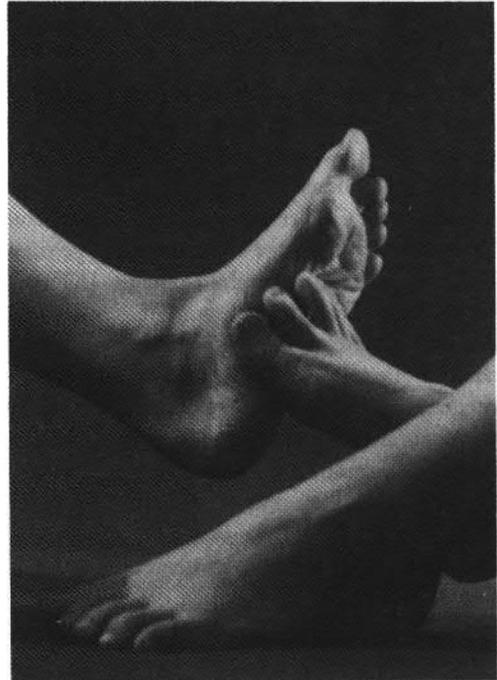
1988n) aus der klinischen Arbeit mit Kindern, psychiatrischen Patienten, Drogenabhängigen und alten Menschen heraus konzipiert und entwickelt. 1969 kam als Mitarbeiterin Angelika Berger hinzu, später dann J. Dederich, B. Weiß, I. Orth, M. Rinast, Chr. Veit, E. Kirchmann, U. v. Albertini, A. Tsomplektis, R. Ullmann u. a., die nach und nach von Ausbildungskandidaten zu Therapeuten und Lehrtherapeuten wurden.

Die Integrative Bewegungstherapie wurde zunächst mit Zielgruppen praktiziert, bei denen rein verbale therapeutische Ansätze wenig Möglichkeiten boten: mit geriatrischen und gerontopsychiatrischen, etwa im russischen Altersheim im Villemoissons, mit Drogenabhängigen und dissozialen Jugendlichen in der therapeutischen Wohngemeinschaft „Les quatre pas“ (1969b), Paris, mit psychiatrischen Patienten im „Hôpital de St. Anne“. Diese Patientengruppen erforderten einen „erlebnisaktivierenden“ Ansatz, da sie z. T. hospitalisiert waren oder zu ihrem Körper ein sehr destruktives Verhältnis hatten, wie die drogenabhängigen Jugendlichen, die einen neuen Zugang zur Leiblichkeit finden mußten. Eine der Autorinnen (Berger) hat die Methode mit akuten und langfristig hospitalisierten, psychiatrischen Patienten am Alexius-Krankenhaus in Neuss seit 1970 praktiziert (Petzold, Berger 1977). Die seit Mitte der 60er Jahre entwickelte und erprobte frühe Form der IBT verstand sich schon dezidiert als „ganzheitliche“ Behandlungsmethode, die die seelische, körperliche, geistige und soziale Dimension im konkreten Raum – dem des Behandlungszimmers, aber auch dem der Klinik, der Wohngemeinschaft, des Heimes, des übergreifenden Lebensraumes also – einzubeziehen trachtete. Sie war Psychotherapie und Somatotherapie. Eine solche „Integration“ konnte zum einen über den *phänomenologischen Leibbegriff* gewährleistet werden, wie er von Petzolds philosophischen Gewährsmännern bzw. Lehrern



Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty, Helmut Plessner, J. F. Buytendijk entwickelt wurde, einem Begriff, der all die genannten Dimensionen umfaßt, d. h. das ganze Subjekt in Kontext/Kontinuum (Petzold 1970c, 1985a), zum anderen durch den breiten *handlungstheoretischen Bewegungsbegriff*: Bewegung ist „Lebensphänomen“ (dieses Buch, S. 527 ff.), Leben ist Bewegung! (ders. 1989h). Nicht nur Körperbewegung im Raum, auch emotionales Bewegtsein, geistige Beweglichkeit sind in diesem Bewegungskonzept eingeschlossen. Mobilisierende Ansätze, die die Beweglichkeit förderten, aber auch Entspannungsverfahren wie die „*relaxative Organgymnastik*“ (Berger 1971) waren für die IBT stets wichtige Momente. Dabei kann als Charakteristikum gelten, daß stets imaginale bzw. mentale Ansätze mit bewegungsaktionalen verbunden wurden. In der „relaxativen Organgymnastik“ wird muskuläre Dehnung verbunden mit bildhaften Vorstellungen, z. B. werden die Gliedmaßen gestreckt, und man stellt sich dabei vor, daß sie wachsen, man reckt sich in die Höhe und imaginiert dabei eine ranke Pappel zu sein, die in die Höhe wächst, im Boden aber gut gegründet ist. Im „psychoaktiven Laufen“ (Bosscher 1991; Petzold 1970c) z. B. läßt man sich von einem starken Rückenwind treiben. Bei Enge und Beklemmung (etwa bei An-

gina-pectoris-Gefühlen) wird mit der respiratorischen Entspannung und der Toraxdehnung gleichzeitig das Bild einer Rosenknospe an der Stelle des Herzens imaginiert, die sich – wie im Zeitraffer – entfaltet, öffnet, weit wird (ebenda). Diese Kombination führt über ein „*mental training*“ oder eine reine muskuläre Entspannung, ähnlich der „progressiven relaxation“, hinaus. Sie folgt dem Prinzip von „Engung und Weitung“ (Schmitz 1965, 1989) und nutzt die Kraft *positiver Symbolisierung*. In der Integrativen Therapie wird der Leib ja auch immer als „Symbolträger“ (Heinl 1985) gesehen. In Mimik und Gestik, aber auch in Symptombildungen symbolisiert der Leib. Das Sympton läßt Spannungen, unverarbeitete Konflikte, Traumatisierungen gleichsam „materiell“ manifest werden. Petzold (1970c, 1975e, 1988n) hat hier in der IBT mit seinen Konzepten des „phantasmatischen Leibes“ und der „leiblichen Symboli-



sierung“ Gedanken von Ferenczi über „Materialisierungsphänomene“ weitergeführt, wie sie man besonders bei hysterischen Patienten findet, die eher an ihrem Leibe „*autoplastisch*“

Konflikte über Somatisierungen symptomhaft ausformen als „alloplastisch“ ihre konflikthafte Umwelt zu verändern.

Ausgehend von Bewegungstherapiegruppen, die schon 1972 – im Gründungsjahr des Institutes – angeboten wurden, und nach einer Zeit der Auseinandersetzung mit zentrifugaler Exotik, pluralistischen Psychotherapieansätzen und immer wiederkehrenden Identitätskrisen ist im Laufe der Jahre das Curriculum, so wie es heute vermittelt wird, zu einem ausdifferenzierten, theoretisch fundierten Weiterbildungskonzept herangereift.

In Deutschland ist das Curriculum „Integrative Bewegungs- und Leibtherapie“ inzwischen 35 Mal mit ca. 525 Teilnehmern durchgeführt worden. Seit Anfang der achtziger Jahre wird das Curriculum auch in mehreren anderen europäischen Ländern durchgeführt (Holland, Schweiz, Österreich, Norwegen, Jugoslawien).

SPEZIFISCHE MERKMALE DER IBT

Die Integrative Leib- und Bewegungstherapie ist eine Therapieform, die sich besonders mit dem Körper befaßt, wenn sie sich auch nicht auf ihn beschränkt. Sie versucht, den Menschen als Ganzen, als Leib-Subjekt zu erreichen, und der Leib umfaßt Körperliches, Seelisches, Geistiges, Soziales und Ökologisches im Zeitkontinuum (Petzold 1974k). Sie ist in besonderer Weise auf die Verbindung verbaler und nonverbaler Kommunikation gerichtet, auf die Sensibilisierung der Wahrnehmung und Expression. Das Medium Bewegung steht im Zentrum, denn Leben ist Bewegung und Bewegung ist Leben (Petzold 1989h), ist nicht nur Lokomotion, sondern emotionale Bewegtheit (*e-motion*), geistige Beweglichkeit (*movement of thought*) und soziale Bewegung (*social movement*).

Verschiedenste Einflüsse aus dem Bereich der Körper- und Bewegungsarbeit haben in der IBT Niederschlag gefunden. Besonders hervorzuheben sind:

- das Improvisationstraining des „Therapeutischen Theaters“, das *Vladimir Iljine* auf der Grundlage der *Stanislawsky*-Methode zur

Ausbildung des Schauspielers mit dem Konzept der „emotionalen Gestik“ entwickelte und die er später mit der „aktiven und elastischen Technik“ seines Lehranalytikers *Ferenczi* verband;

- die atemtherapeutischen Ansätze von *Dürckheim*, *Middendorf*, *Wolfsohn* und *Ouspiensky*;
- die Spür- und Bewegungsarbeit *Elsa Gindlers*, die auf ein feinspüriges, ganzheitliches Körpererleben abzielt und durch ihre Schülerinnen *Lily Ehrenfried* und *Charlotte Selver* („Sensory awareness“) – mit beiden arbeitete *Petzold* – bekannt wurde;
- die „Expression Corporelle“ von *Laura Sheleen*;
- Einflüsse aus dem Bereich des Tanzes, der Pantomime, der Meditation und der martialen Künste.

Hinzu kommen heute die jeweiligen persönlichen Vorbildungen der Lehrtherapeuten im Bereich von Bewegung, Sport und Theater. In Verbindung des mitgebrachten Wissens mit neu hinzugelernem ist so ein reichhaltiges Repertoire an Übungen und Techniken entstanden.

Wesentlich ist, daß die IBT durch das Integrationsmodell von bloßer Pragmatik weg zu einer ausgearbeiteten *Methode* im Rahmen des *Verfahrens* der Integrativen Therapie weiterentwickelt wurde.

INTEGRATIONSMODELL

Das integrative Konzept gründet sich auf einen komplexen Leibbegriff. Der *Leib* ist die Basis der menschlichen Existenz. Er umfaßt die körperliche, seelische und geistige Dimension des Menschen mit der Fähigkeit zu sozialer Bindung und seiner Einbettung in das soziale und ökologische Umfeld und in das Zeitkontinuum. Der Leib ist auf die Welt gerichtet, Mensch und Umwelt sind aufeinander bezogen, Innen und Außen miteinander verschränkt. Den Leib wieder wahrnehmung-, kontakt- und handlungsfähig zu machen, seine perzeptiven, expressiven und memorativen Fähigkeiten wiederherzustellen, wo immer sie im

Laufe von Sozialisationsprozessen verloren oder beschädigt wurden, ist das Ziel der therapeutischen Behandlung. Die IBT vertritt einen ganzheitlichen Zugang in der Behandlung, sie sucht den Menschen in Kontext und Kontinuum therapeutisch zu erfassen. Man kann nicht mit dem Körper arbeiten, ohne den Leib, d. h. den ganzen Menschen einzubeziehen.

Das ist das Charakteristikum des integrativen Ansatzes der IBT, daß sie immer *zugleich* Soma-therapie, Psychotherapie, Nootherapie und Soziotherapie ist, die gesamte Lebensspanne in den Blick nimmt und verschiedene Modalitäten des Vorgehens verbindet.

In der therapeutischen Arbeit lassen sich verschiedene Vorgehensweisen – wir sprechen von *Modalitäten* – voneinander unterscheiden:

- die *übungsorientiert-funktionale* Modalität, die auf die Förderung und Verbesserung psychophysischer Funktionen gerichtet ist. Sie fördert das Körpererleben, die Bewußtheit und den Bezug zur eigenen Leiblichkeit, die Sensibilität und Entspannungsfähigkeit, die „richtige“ Atmung und Bewegung;
- die *erlebnisorientiert-stimulierende* Modalität, die auf die Förderung von Spontaneität und Kreativität, die Ausdrucksfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit gerichtet ist;
- die *konfliktorientiert-aufdeckende* Modalität, die auf das Auffinden und Einsichtig-Machen von in den Leib verdrängten Konflikten gerichtet ist.

Oft gehen die drei Arbeitsmodalitäten der Situation entsprechend ineinander über.

In allen drei Modalitäten kommen vielfältige *Methoden* (Vitalitätstraining, Entspannungsverfahren, Sensibilitäts- und Expressivitätstrainings usw.), *Techniken* (Dehnungs-, Wahrnehmungs- und Improvisationsübungen, Awareness- und Interaktionsspiele usw.) und *Medien* (Bälle, Stäbe, Tücher, Seile, Farben, Ton, Musikinstrumente, Puppen usw.) zum Einsatz.

Ein Beispiel aus der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen (Petzold, Berger 1979) soll die voranstehenden Ausführungen verdeutlichen:

IBT führt zur Auseinandersetzung mit der »Geschichte des Leibes«, mit Ereignissen und Situatio-

nen, die »in den Leib hinein« verdrängt wurden. *Traumatisierungen*, Defizite, *Störungen* oder *Konflikte* (Petzold 1985a), die dem Leib im Verlaufe der Lebensgeschichte widerfahren sind, in ihn eingegraben wurden, müssen in Prozessen des Durcharbeitens angenommen und in Akten der Versöhnung zu einer »Heilung alter Wunden« führen. Dies gilt besonders für die Arbeit mit alten Menschen, denn Bewegungsgeschehen bringt die Teilnehmer immer wieder auch mit Einschränkungen und Grenzen in Kontakt, die schmerzlich erlebt werden, oder führt an Ereignisse aus ihrer Biographie, die im »Körpergedächtnis« gespeichert sind, gute wie schlechte. Die erlebniszentrierte Arbeit hat dann unter anderem die explizite Zielsetzung, gute Vergangenheitserfahrungen zu stimulieren und sie in ihrer positiven Qualität für die Gegenwart fruchtbar zu machen.

»Ja, wer hat noch etwas aus dem Bewegungsspiel mit den gleitenden Möwen zu berichten?« – *Frau F.*: »Das war für mich eine sehr schöne Übung. Ich habe mich ganz leicht gefühlt, so richtig von der Luft umspielt. Ich schau den Vögeln und den Möwen auch gerne zu.« – *Herr S.*: »Ich konnte mir das zuerst gar nicht vorstellen, aber nachher ging es ganz gut. Nur die Arme sind mir immer so schnell müde geworden. Das war nachher aber weg. Ich bin nur immer mit dem *Herrn W.* zusammengestoßen.« – *Herr W.*: »Sie passen aber auch gar nicht auf.« – *Frau S.*: »Mir ist es bei der Übung gar nicht gutgegangen. Sie wissen ja, ich kann meinen rechten Arm gar nicht heben. Die Arthrose in der Schulter macht mir so Schmerzen. Ich habe mich richtig flügelahm gefühlt (beginnt zu weinen), wie wenn man mir die Flügel gestutzt hätte. Dabei habe ich mir so viel Mühe gegeben.« *T.*: »Sie haben sich sehr angestrengt, Frau S.« – *Frau S.*: »Es ist auch alles sehr angstrengend. Selbst hier, wo man sich doch entspannen soll!« – *T.*: »Frau S., ich kann Ihnen ein wenig helfen, diese Übung ohne große Anstrengung zu machen. Gehen Sie doch einmal mit mir auf die Fläche.« (Die Teilnehmer sind damit vertraut, daß bestimmte Übungen und Bewegungssequenzen noch einmal einzeln mit dem Gruppenleiter in Sinne einer Hilfestellung auf der Fläche wiederholt werden können. Nachdem die anfängliche Scheu vor dieser Vorgehensweise verloren ist, wird dies in der Regel ohne Problem aufgenommen.) Wir gehen zusammen auf die Fläche. »So, jetzt lassen Sie den schmerzenden Arm einmal unten und nehmen mit ihm nur ganz leicht meine Hand, und den anderen nehmen wir als Flügel. So, und jetzt segeln wir ganz leicht und locker zusammen ... So, und schon ausruhen. Wir brauchen ja keine langen Strecken zu



machen. Und noch einmal, und stellen Sie sich vor, ein warmer leichter Wind unterstützt Sie dabei. Lassen Sie sich ruhig führen, Sie brauchen nur ganz wenig selbst zu tun.« Die Teilnehmerin beginnt wieder zu weinen. *T.:* »Was ist, Frau S.?« – »Ich hab' im Leben so wenig Unterstützung bekommen. Das hat es alles so mühevoll gemacht. Und Sie sind jetzt so freundlich zu mir. Ich kann das gar nicht annehmen.« – *T.:* »Und jetzt wenden Sie Mühe auf, um die Freundlichkeit nicht annehmen zu müssen. Segeln wir doch einmal über die Mühen der Vergangenheit hinweg und lassen sie tief unter uns. Wenn Sie herunterschauen, sind die Mühen ganz klein. Versuchen Sie es einmal.« – Wir bewegen uns wieder durch den Raum. Das »Segeln« wird leichter und flüssiger, und Frau S. beginnt unwillkürlich, ihren rechten schmerzenden Arm anzuheben. *T.:* »So, und wieder etwas ausruhen ... Was haben Sie tief unten gesehen?« – *Frau S.:* »Ach, die viele, viele Arbeit, die ich tun mußte. Sie wissen ja, ich war im Hotelgewerbe. Sonn- und Feiertag bis spät in die Nacht immer das schwere Tragen. Nur in der Schweiz die paar Jahre, da war's mal schöner. Da war ich im Empfang. Aber das ist jetzt ja alles lange vorbei.« *T.:* »Ich schlage Ihnen vor, daß wir jetzt abschließend noch einmal einen Segelflug über Ihren Arbeitsplatz in der Schweiz machen. Wo war das?« – *Frau S.:* »Im Wallis.« – *T.:* »Na gut, dann segeln wir einmal über die

Berge und Täler des Wallis und lassen uns vom Bergwind durch die Lüfte tragen. (Zur Gruppe gewandt:) Wir können ja jetzt noch alle einmal auf die Fläche gehen und leicht über die Berge fliegen und segeln.«

In dieser Kombination von konfliktzentrierter und erlebniszentrierter Arbeit konnte die aktuelle Einschränkung der schmerzenden Schulter aufgenommen werden, so daß es der Teilnehmerin möglich wurde, die Übung ohne Mühe durchzuführen. Die aufkommenden Erinnerungen an Mühe und Belastung aus der Lebensgeschichte konnten in einer kathartischen Abreaktion gemildert werden. Indem diese Ereignisse »überflogen« wurden, war eine »innere Distanzierung« möglich: Diese Dinge sind vorbei, sie sollten mich in meinem Lebensgefühl heute nicht mehr hindern, und ich sollte mir keine Mühe mehr machen, Gutes anzunehmen – so die Deutung. Das Aufnehmen der positiven Arbeitserfahrung in der Schweiz hatte nicht zum Ziel, die Mühen des Arbeitslebens von Frau S. zu übertönen, sondern es sollte hervorgehoben werden, daß es auch andere, positive Erfahrungen gab.

In ihrem medialen Ansatz und ihrer Methodenvielfalt liegen der besondere Reichtum der IBT und ihre speziellen Anwendungsmöglichkeiten. Sie hat besonders im psychiatrischen (*Greven*

1991; Hausmann, Meier-Weber 1990; Petzold, Berger 1977), im kindertherapeutischen (Metz-macher 1987) und geriatrischen Bereich (Dröes 1991; Petzold, Berger 1978; Petzold 1991h, van der Mei 1993) Eingang gefunden. Langzeitig hospitalisierte Patienten können körperlich mobilisiert werden (Bosscher 1991) und erweisen sich im nonverbalen Bereich eher ansprechbar (Höhmman-Kost 1991). Auch für psychosomatische, Borderline- (Ullmann 1989; Uffelmann 1991) und Suchterkrankungen und Patienten aus benachteiligten Schichten ist der nonverbale Ansatz besonders geeignet (Petzold, Epe 1984; Genton 1989).

Darüber hinaus gibt es ein breites Spektrum von Verwendungsmöglichkeiten im pädagogischen Bereich (Petzold, Berger 1974; Petzold 1978f; Reichel 1988), in der Prävention, Erwachsenen- (Ullmann 1983) und Altenbildung (Petzold, Stöckler 1988) als Möglichkeit zur Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit. Für die Arbeit mit depressiven psychiatrischen Patienten und mit dementen geriatrischen Patienten liegen umfangreiche empirische Forschungsarbeiten über bewegungstherapeutische Interaktionen vor (Bosscher 1991; Dröes 1991).

KONFLIKTZENTRIERUNG, AUFDECKEN, NÄHREN, NACHNÄHREN

Die spezifisch psychotherapeutische Ausrichtung der IBT soll hier besonders herausgestellt werden. Sie geht von dem Konzept aus, daß der Körper „Ort der Wahrheit“ ist, wie er auch Ort der Unterdrückung und Gewalt ist (Petzold 1985d). Unterdrückung, *Repression* hinterläßt Spuren, Eindrücke, böse „*Impressionen*“, die *Ausdruck*, *Expression* niederdrücken. Was in den Leib hinein verdrängt wurde, führt nach Auffassung der Integrativen Therapie zur *Depression* oder zu psychosomatischen Reaktionen. Impulse werden festgehalten, eingefroren. Sie müssen wieder in Bewegung gebracht werden. Dafür muß das Erstarrte erst einmal gespürt werden. Die „Sensory-awareness-Arbeit“ (Brooks, Selver 1974, 1979), die über Kontakte mit der

Gindler-Arbeit in die IBT einfloß (Hilarion Petzold sammelte Erfahrungen bei Charlotte Selver und Lily Ehrenfried; Angelika Berger bei Gertrud Heller und Mike Monjou). Diese Erfahrungen haben die IBT genauso nachhaltig geprägt wie die Wahrnehmungs- und Zentrierungsübungen, die Petzold aus seinen Erfahrungen mit fernöstlichen Budo-Künsten einbrachte. Diese Wahrnehmungs- und Spürarbeit ist „aufdeckende“ Therapie, sie führt immer wieder über das *Wahrnehmen* hinaus zu einem *Erfassen*, dessen, was dem Leibe widerfahren ist. Dabei kommen regressionsorientierte Sitzungen auf. Petzold (1970c) definierte Regression wie folgt: »Regression ist „eine Aktivierung kognitiver-emotionaler-sensumotorischer Erinnerungen, wie sie in der „Lebenschronik“ des Leib-Gedächtnisses abgespeichert sind, die aufgrund ihrer emotionalen Komponenten Ich und Selbst des Menschen überfluten: Seine Wahrnehmung, sein Denken und sein Verhalten werden temporär so beeinflusst, daß sie von Beobachtern (und auch von Resten des sich selbst beobachtenden Ich) nicht als altersangemessen erlebt werden. Dabei ist die Regression – phänomenologisch betrachtet – keine zeitliche, sie geschieht ja in einem gegebenen Hier und Jetzt, sondern sie ist zu sehen als ein generelles oder sektorielles Außerkräftreten oder Zusammenbrechen des aktuellen kognitiven, emotionalen und behavioralen Differenzierungsniveaus von Kompetenz und Performanz über einen kürzeren oder längeren Zeitraum (situative bzw. Fokalregression, Dauerregression). Dies erfolgt auf eine Weise, daß frühere bzw. archaischere Formen kognitiven, affektiven und behavioralen Funktionierens in der Gegenwart wirksam werden und auf diese Weise eine erlebnisintensive, memorative „Näherung“ an zurückliegende biographische Ereignisse und die mit diesen verbundenen Erlebnisformen möglich wird.« (Petzold 1970c, 38)

Regression ist in diesem Sinne ein verarbeiten des Geschehen. Bei psychiatrischen Patienten z. B. treffen wir Menschen, die sich schon in einer „Dauerregression“ befinden. Meistens finden wir Sozialisationsdefizite im Hintergrund. Bei neurotischen Patienten kommt es eher zu „Fokalregressionen“ in der therapeutischen Situation.

Meistens befinden sich im Hintergrund unverarbeitete *Konflikte*. Konflikte können aufgedeckt, bewußt gemacht werden. Dann erfolgt ein „*leibliches Umlernen*“: Unbewegliches wird mobilisiert, beweglich. Eine „flüssige Bewegung“, die den ganzen Menschen erfaßt, und eine „*fluency*“, die nicht nur eine motorische, sondern auch eine psychologische Qualität darstellt und die auch ins Soziale trägt.

Wo immer man auf *Defizitstrukturen* trifft, wird man mit „Verflüssigung“, mit konfliktlösenden Strategien, mit *Aufdecken* allein nichts ausrichten. Im Gegenteil, es kann gefährdend sein, wenn es auf eine brüchige Basis trifft, eine Persönlichkeit, die nicht genügend Kraft hat, das Erkannte und Erspürte auch auszuhalten, zu ertragen, zu verarbeiten. Bei solchen Patienten sind andere Vorgehensweisen angesagt: ein *Nachnähren* im Sinne einer Nach- und Neusozialisation. In der *Ferenczi*-Schule wurden von *Iljine* die Konzepte der „*parentage*“ und „*reparentage*“ entwickelt in Fortführung der Idee seines Lehrers, man müsse Patienten gleichsam emotional adoptieren (*Ferenczi* 1932). Eine solche „Beelterung“ oder „Neubeelterung“ erfordert eine „mütterliche Zärtlichkeit“ (*Ferenczi*), eine „good enough mother“ (*Winnicott*) – *Petzold* (1970c) fügt den „Sicherheit gebenden Vater“ hinzu und spricht von „good enough parents“ und konsequenter Weise auch von „good enough therapists“, die diese Funktionen des „*Halten*, *Bergens* und *Nährens*“ bereitstellen müssen. Die Bewegungstherapie bietet hierfür die unverzichtbare, leibliche Konkretheit. Es geht dabei nicht nur um „*nourishing*“, „nährende Interaktion“, wie *I. Greenwald* (1970) dies in Abgrenzung zu toxischen Lebenseinflüssen in Ergänzung des Ansatzes von *Perls* nannte. *Perls* forderte allein Abgrenzung von toxischen Persönlichkeiten, allerdings betonte er auch den „*support*“, der aber beim „reifen“ Menschen eben kein „*environmental support*“ sein sollte, sondern „*self support*“. Der Mensch ist jedoch kein Autarkie-Wesen, deshalb betonen wir in der IBT beide Supportqualitäten in ihrem Wechselspiel. „Nährende Erfahrungen“, etwa durch spielerische, erlebnisaktivierende Arbeit

in der IBT, sind wichtig und stellen als „dritter Weg der Heilung“ (*Petzold* 1988d) einen wesentlichen Ansatz der therapeutischen Arbeit dar. Bei Defizitstrukturen aber geht es neben solchem aktuellen Nähren um „Nachnähren“. *Petzold* (1969b, 1974d) hat diesen Ansatz z. B. für die Arbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen, die in der Regel sehr starke *Defizite* in der frühen, aber auch in der *adoleszenten* Sozialisation haben, immer wieder betont. Solche Menschen müssen für den frühen Bereich „*nachgenährt*“ werden und für den gegenwärtigen Bereich „*genährt*“ werden. Es steht dahinter die Überzeugung, daß pathogene Mangelerscheinungen über ein ganzes Leben hin auftauchen können und körperliche, emotionale und geistige Nahrung über „*nährende mitmenschliche Kontakte*“ beständig erforderlich sind. Unsere Arbeit mit psychiatrischen Patienten und geriatrischen Patienten macht die schlimmen Effekte „später Schädigungen“ und „später Defizite“ nur allzu deutlich (*Petzold*, *Stöckler* 1988). „*Nähren*“ und „*Nachnähren*“ sind Behandlungsformen, die jeweils altersspezifisch zum Einsatz kommen müssen, nämlich abhängig davon, wo biographisch die *Defizite* entstanden sind. Die Auswahl der Bewegungsübungen und -angebote und die Gestaltung des „therapeutischen Klimas“ sind hierfür wichtig.

ANLIEGEN DES WEITERBILDUNGS-CURRICULUMS IBT

Das Anliegen des Curriculums ist es, die Weiterbildungskandidaten zu kompetenten Therapeuten heranzubilden, die in der Lage sind, die erworbenen *Kompetenzen*, d. h. Fähigkeiten in *Performanzen*, praktisches, therapeutisches Handeln umzusetzen. Im therapeutischen Handeln sind Theorie und Praxis unlösbar aufeinander bezogen: das Tun eines Therapeuten ist nur dann sinn- und verantwortungsvoll, wenn es von theoretischen Konzepten geleitet ist, vorhandenes Wissen ist nur dann effektiv, wenn es in Interventionen umgeformt werden kann. Der Doppelaspekt von Theorie und Praxis ist die Grundlage des Weiterbildungskonzeptes der

IBT. Es geht um die Förderung und Erweiterung persönlicher, sozialer und professioneller Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können. Sie schließen ein Engagement, sich im sozialen und politischen Bereich für die Achtung und Würde von Menschen, Gruppen und Lebensräumen einzusetzen, ein.

Charakteristikum des Verfahrens ist es, „daß die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird“. Im Prozeß der Selbsterfahrung mit der und durch die Methode eignet sich der Weiterbildungskandidat die komplexen Fähigkeiten und Fertigkeiten in diesem Prozeß „holographischen Lernens“ an (Petzold 1983i).



von den Teilnehmern selbst organisiert zur Erarbeitung von Literatur.

3. Methodik

Sie wird in spezifischen Seminaren zur Diagnostik, Krisenintervention, zu kreativen Bewegungspraktiken etc. vermittelt.

4. Supervision und Kontrollanalyse sind darauf gerichtet, die klinische Kompetenz und Performanz der Teilnehmer zu fördern und zu entwickeln.

Bislang sind an FPI und EAG in der vier- bis fünfjährigen Ausbildung seit 1972 kontinuierlich Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten ausgebildet worden. Es finden regelmäßig Tagungen in Deutschland, Österreich, den Niederlanden und der Schweiz statt.

SCHWERPUNKTE DER WEITERBILDUNG

1. Selbsterfahrung

Sie stellt ein Kernstück der Weiterbildung dar und wird u. a. vermittelt in der fortlaufenden, dreijährigen Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe, in Leibtherapie, Lehranalyse und im Intensivseminar (Kibbuz).

2. Theorie

Theoretische Kenntnisse werden in speziellen Theorieseminaren, in Supervision, Intensivseminaren und in regionalen Theorie-Arbeitsgruppen erworben; letztere werden

An der Freien Universität Amsterdam wird an der „Fakultät für Bewegungswissenschaften“ IBT im Grundstudium gelehrt und seit 1986 in einem Aufbaustudiengang zum „Bewegungspsychotherapeuten“ (bisher 4 Gruppen), ein Projekt, das auch in der Kooperation mit der Donau-Universität in Krems (1 Gruppe) durchgeführt wird.

Seit 1989 besteht eine eigene Zeitschrift: „Integrative Bewegungstherapie“.

Die Bibliographie im Anhang gibt eine Literaturübersicht.

LITERATUR

- Berger, A., Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer totalen Gymnastik nach Prof. Petzold, *Atem und Mensch* 3 (1971) 8-13; 4 (1971) 13-19.
- Boscher, R.J., Runningtherapie bij depressive: een experiment, *Bewegen & Hulpverlening* 4 (1991) 234-260.
- Brooks, Ch., Selver, Ch., Sensory awareness, in: *Petzold* (1974k) 59-78; 3. Aufl. 1979.
- Brown, G., *Petzold, H.G.* (Hrsg.), Gefühl und Aktion – Gestaltmethoden im integrativen Unterricht, W. Flach Verlag f. Humanistische Psychologie, Frankfurt 1978.
- Dröes, R.M., In beweging, Krips Repro, Meppel 1991.
- Ferenczi, S., Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde (1932), in: *Schriften II* (1972) 303-316.
- Genton, U., Integrative Bewegungstherapie mit Drogenabhängigen, *Integrative Therapie* 1 (1989) 35-41.
- Greenwalt, I., Nourishing – antidotes to toxic living, Big Sur 1970.
- Greven, C., Integrative Tanztherapie in der Psychiatrie, in: *Willke, Hölter, Petzold* (1991) 289-318.
- Hausmann, B., Meier-Weber, U., Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen, in: *Petzold, Orth* (1990) 1011-1114.
- Heinl, H., Körper und Symbolisierung, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 227-232.
- Höbmann-Kost, A., Bewegung ist Leben, Junfermann, Paderborn 1991.
- Kirchmann, E., Moderne Verfahren der Bewegungstherapie, Junfermann, Paderborn 1979.
- Mei, S.H. van der, Integrative Bewegungstherapie als Verbindung funktionaler und psychomotorischer Behandlung bei seniler Demenz in der Psychogeriatric (Teil 1), *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1993) 4-10.
- Metzmacher, B., Integrative Bewegungstherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, in: *Petzold, Ramin* (1987) 227-256.
- Petzold, H.G., L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris, mimeogr. 1969b; auszugsweise dtsh. in: 1988n, 455-491.
- Petzold, H.G., Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopraticque et éducation corporelle comme integration, Paris 1970c.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H.G., Therapeutische Modelle und Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974d, in: *Petzold* (1974b) 41-61.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j) 285-404; revid. (1988n) 59-172.
- Petzold, H.G., Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1975e) 115-145; erweitert in: *Petzold* 1977n; revid. in: (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- Petzold, H.G., Integrative Körper- und Bewegungserziehung, 1978f in: *Petzold, Brown* (1978) 100-114.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunktthema Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: *Petzold* (1988n) 583-600.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., Die Verletzung der Alterswürde. Zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, 1985d in: *Petzold* (1985a) 553-572.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.

- Petzold, H.G., 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 (1988d) 325-364; Teil II, *IT* 1 (1989) 42-96; revid. in: 1988n, 173-283.
- Petzold, H.G., „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zum „komplexen Bewegungsbegriff“ und zum Konzept der „Kommotilität“ in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studientagung „Klinische Bewegungstherapie“, 6.6. 1989, Freie Universität Amsterdam, Amsterdam 1989h; repr. *Integrative Bewegungstherapie* 2 (1991) 25-39 und als „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zu einem Bewegungsbegriff und zur Kommotilität, in: *Petzold* (1993a) 1337-1348.
- Petzold, H.G., Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, 1991h, in: *Willke, Hölter, Petzold* (1991) 413-446.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., Berger, A., Integrative Bewegungserziehung, in: *Petzold* (1974j) 403-431.
- Petzold, H.G., Berger, A., Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten, in: *Petzold* (1977n) 457-477.
- Petzold, H.G., Berger, A., Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 3/4 (1978b) 249-271; erweitert in: *Petzold, Bubolz* (1979) 379-426.
- Petzold, H.G., Bubolz, E., Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G., Epe, C., Das Spiel und seine Bedeutung für die stationäre Langzeittherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen in der Integrativen Gestalttherapie, in: *Kreuzer, K.J.* (Hrsg.), *Handbuch der Spielpädagogik*, Bd. 4, Schwann, Düsseldorf 1984, 399-421.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstherapien – Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien, 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) 15-30.
- Petzold, H.G., Ramin, G., Schulen der Kinderpsychotherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Reichel, G., ...mit Hand und Fuß ..., Gesammelte Erfahrungen mit der Integrativen Leib- und Bewegungs- und Leibtherapie: Bildungsarbeit – Drogentherapie – Psychotherapie, Gradierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1991.
- Schmitz, H., Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik, Junfermann, Paderborn 1989.
- Uffelman, P., Berufliche Identität, *Integrative Bewegungstherapie* 1 (1992) 9-12.
- Ullmann, R., Die bewegungstherapeutische Behandlung von jugendlichen Borderline-Patienten in der Integrativen Bewegungstherapie, *Integrative Therapie* 1 (1989) 2534.

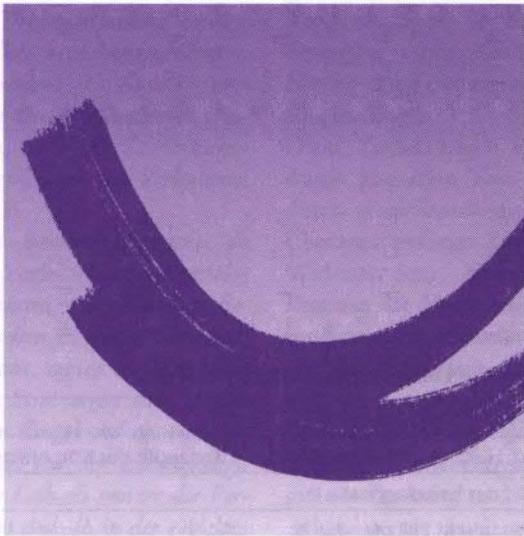
Grundlagenliteratur aus FPI und EAG

- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G. (Hrsg.), Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.



6.

Thymopraktik



Kompaktcurriculum Integrative Leibtherapie und Körperarbeit

1. Seminar:	Leiblichkeit – Konzepte der IKT
2. Seminar:	Prägung, Haltung und Körperstruktur – Konzepte der Körperdiagnostik
3. Seminar:	Konzepte der Leibdiagnostik II
4. Seminar:	Konfliktzentrierte Leibtherapie II
5. Seminar:	Regressionsarbeit
6. Seminar:	Körpersprache und nonverbale Kommunikation
7. Seminar:	Physiologie und Krisen in der Leibtherapie
8. Seminar:	Erlebniszentrierte Einführung in die funktionale Anatomie
9. Seminar:	Leibtherapie und Psychosomatik
10. Seminar:	Traumkörper – Leib und Symbolisierung
11. Seminar:	Supervision
12. Seminar:	Differentielle Leibtherapie

Integrative Leibtherapie – Thymopraktik, die Arbeit mit Leib, Bewegung und Gefühl Weiterbildung am Fritz Perls Institut und an der EAG

Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf

“... es gibt keine körperlichen und keine seelischen Leiden, sondern beides ist dasselbe“
(Georg Groddeck).

natives Erleben“ möglich werden, so daß Krankheit geheilt, Leiden gelindert, Gesundheit aufgebaut und persönliches und zwischenmenschliches Wachstum gefördert wird» (Petzold).

Definitionen:

»Thymopraktik ist die Praktik des thymos, der Umgang mit Regungen und Empfindungen des Leibes mit den dazugehörigen Emotionen, Stimmungen, Gedanken, Begriffen, Bewertungen, Volitionen, Phantasien und Erinnerungen in ihrer Bezogenheit auf Szenen, Ereignisse, Menschen, soziale Zusammenhänge. Thymopraktik ist in diesem Sinne ganz eigentlich beziehungsorientierte, 'leibgegründete Emotionsarbeit' in Kontext und Kontinuum und zielt auf den differenzierten Umgang mit Empfindungen, Gefühlen, Stimmungen und den zugehörigen Kognitionen und Verhaltensweisen« (Petzold 1970c, 1).

»Integrative Leib- und Bewegungstherapie als „Thymopraktik“ ist ein Verfahren phänomenologisch und tiefenhermeneutisch begründeter Behandlung, die den Menschen in seiner Ganzheit, seiner körperlichen Realität, seinen seelischen Regungen, seinen geistigen Strebungen und seinem sozialen und ökologischen Eingebundensein zu erreichen sucht. Sie gründet auf der anthropologischen Annahme, daß der Leib als ganzer die Person ist. Ihre Praxis besteht deshalb in der gezielten und theoriegeleiteten Beeinflussung von Haltungen, Verhalten und sozialen Kontexten, d. h. von somatomotorischen, emotionalen, kognitiven und sozialen „Stilen“ des Leib-Subjektes im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. In dieser arbeiten Therapeut und Patient zusammen daran, Sinn zu erfahren, miteinander Einsicht zu gewinnen und ein Klima herzustellen, in dem „korrigierende emotionale Erfahrungen“ und „alter-

Die Entwicklung „komplexer Bewußtheit“, der perzeptiven, memorativen und expressiven Fähigkeiten und Fertigkeiten des Leibes, wo immer sie beeinträchtigt oder verloren wurden, ist eines der Hauptziele der Behandlung, die in Sonderheit auf die Veränderung von Verhaltensformen und von Persönlichkeitsstrukturen gerichtet ist, wie sie sich z. B. in muskulären Verspannungen, dysfunktionalen Atmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsmustern als Niederschlag pathogener biographischer Erfahrungen zeigen.

Diese Zielsetzungen können erreicht werden durch kognitive Neu- oder Umbewertungen durch einsichtsorientiertes Durcharbeiten von Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen, Widerständen, Abwehrmechanismen, durch Prozesse der Nach- und Neusozialisation, z. B. im Sinne „emotionaler Differenzierungsarbeit“ und durch Solidaritätserfahrungen, Interventionen, die auf der Grundlage einer konsistenten Theorie von Gesundheit und Krankheit stehen müssen. Sie erfordern eine elaborierte Praxeologie der Deutung und Erlebnisaktivierung, weiterhin körperorientierte, psychologische und sozio-kommunikative Methoden, Techniken und Medien, und sie umfassend konfliktzentriert-aufdeckende, erlebniszentriert-stimulierende, übungszentriert-funktionale Modalitäten des therapeutischen Prozedere. Die Breite des praxeologischen Ansatzes befähigt leiborientierte Therapeuten mit dem physischen, phänomenalen und dem sozialen Leib zu arbeiten, d. h. dem Leib-Subjekt in seiner Totalität.

LEIBLICHKEIT

Die „Integrative Therapie“ verstand sich seit ihren ersten Ansätzen als ein leiborientiertes Behandlungsverfahren. Mit dem Leibbegriff wurde der Versuch unternommen, den Dualismus und die Innen-/Außentrennung zu überwinden, die die traditionelle Psycho-Therapie und Psychosomatik schon von der Begrifflichkeit her bestimmten. Dies war kein einfaches Unterfangen. Sie stand einerseits in der Tradition der philosophischen Leibphänomenologie – hier sind als Gewährsmänner *G. Marcel, M. Merleau-Ponty, H. Plessner, F.J.J. Buytendijk* und *H. Schmitz* zu nennen –, aber auch in einem tiefenpsychologischen Diskurs, der an *Ferenczis* „aktiver und elastischer Technik“ und am kreativen, ganzheitlichen „ES-Konzept“ von *Georg Groddeck* ausgerichtet ist (*Heinl* 1986; *Knappe-Richter* 1989), durch den *Groddeck* (1923, 1982, 1987, 1988) im Gegensatz zur *Freud*-schen Doktrin vom „schlechten ES“ einen Begriff bereitstellte, mit dem das Leib-Seele-Problem überwunden werden sollte. „Das ES umfaßt bewußt und unbewußt, Ich und Triebe, Körper und Seele, Physiologisches und Psychologisches. Dem ES gegenüber gibt es keine Grenzen zwischen Physischem und Psychischem. Beides sind Äußerungen des ES, Erscheinungsformen“ (*Groddeck*). Genauso wird in der Integrativen Therapie das „phänomenale Leib-Selbst“ gekennzeichnet. *Freud* hatte die geniale Intuition *Groddecks* in diesem Punkte nicht verstanden (vgl. Brief vom 5.6.1917, *Freud, Groddeck* 1970); er blieb – wie die Psychoanalyse insgesamt – dem dualistischen Diskurs verhaftet. Der Leib als „transmaterielle“ Wirklichkeit (von Perzeptionen, Informationen, Memorationen), die ihren Grund im materiellen Substrat des lebendigen Organismus hat, ist die Basis aller Lebensprozesse, die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt und damit der Anfangspunkt und Endpunkt des Lebens und allen therapeutischen Handelns (*Iljine* 1942). Eine solche Auffassung, die eine – im Sinne von *Popper* – Interaktion zwischen materieller und transmaterieller

Welt affirmiert, also einen *emergenten, differentiellen und interaktionalen Monismus* vertritt, hat nicht nur in philosophischer Hinsicht Bedeutung, sondern steht als anthropologische Hintergrundtheorie für die Praxis des integrativen therapeutischen Ansatzes. Sie hat also behandlungspraktische Konsequenzen, nicht zuletzt die, daß wir eine „*Integrative Therapie*“ vertreten und nicht nur eine integrative *Psychotherapie*, die mit psychologischen Mitteln psychische Probleme zu beeinflussen sucht. Der Mensch als Leib-Subjekt muß in allen Dimensionen der Leiblichkeit (Körper, Seele, Geist, Soziales, Ökologisches) berührt werden, nur dann wird er nicht fragmentiert, nur dann können wir von einer *ganzheitlichen* und zugleich *differentiellen* Therapie sprechen. Die *Berührung* (*Eisler* 1991) ist in einem umfassenden Sinne zu verstehen. Sie hat zuerst eine genuin leibliche Qualität: Haut an Haut. Aber auch emotionales Berührtsein, ein Mitschwingen ist gemeint, weiterhin auch ein Gepacktsein von einem faszinierenden Gedanken, von einer Idee, die mich ergreift, und natürlich das Berührtsein von einem Menschen, dessen Schicksal betroffen macht, das mich in tiefster Seele und tiefstem *Herzen* – also im Kern *leiblich* – berührt. Seelisches ist nicht leibenthoben. Es ist ohne Leiblichkeit eigentlich nicht denkbar, es sei denn, wir verweisen die Seele ausschließlich in den Bereich metaphysischer Unsterblichkeitsvorstellungen und machen sie dadurch ungreifbar und unzugänglich. „Betroffenheit in tiefster Seele“ ist ein eminent leibliches Geschehen und nur als solches begreifbar.

Mit all diesen Fragen befassen wir uns in der Integrativen Therapie in konzeptueller und in interventiver Hinsicht. Der Leib als *Archiv* und *Chronik* meiner Geschichte, der alle Widerfahrnisse des Lebens – gute wie belastende – in sich aufgenommen hat, der Haltungen *ingeleibt* hat, Rollen *verkörpert*, wird im therapeutischen Handeln der Ort, an dem Veränderung geschehen muß, genauso wie er in widrigen Lebensereignissen der Ort war, an dem sich Probleme eingegraben, niedergeschlagen haben bis hin zur Deformierung von Leiblichkeit.

So wird es erforderlich, je tiefer biographische Schrecken in den Leib eingegraben sind, je basalere die zwischenleibliche Kommunikation in der Primärgruppe gestört war, ganz konkret den Leib mit in die Behandlung einzubeziehen, nicht nur im Sinne einer „Körpertherapie“, die auf die Beeinflussung organischer, physiologischer Prozesse gerichtet ist, sondern als Therapie, die darum weiß, daß man einen Menschen berührt, wenn man einen *Leib* anfaßt (Dürckheim 1974) und nicht nur oder überwiegend einen Organismus, *human flesh and blood* und nicht *meat, chair humaine* und nicht *vian-de*. Der *Leib* als der Ort, in dem die Lebensgeschichte mit ihren positiven und negativen, pathogenen und salutogenen Ereignissen eingeschrieben ist, der *chains of adverse events* und *chains of protective factors* ausgesetzt war (Petzold, Schuch 1991; Petzold, Goffin, Oudhof, dieses Buch), muß in einer ganzheitlichen Behandlung in spezifischer Weise „in die Hand genommen“ werden, und dies nicht in physiotherapeutischer Absicht, zentriert auf muskuläre Spannungsmuster, sondern als subjektive Realität eines Menschen, der konkret erfüllt ist von Regungen, Empfindungen, Bewegungen, *emotions*. Diese drücken sich in Mimik und Gestik, in Haltung und Bewegung aus, und das verlangt eine Praxis, die Verbales und Nonverbales, Materielles und Transmaterielles zu verbinden weiß: *Thymopraktik*, der *praktische* Umgang mit den leiblichen Regungen, dem *thymos*, der sich regt, bewegt in den Ausdruck drängt.

BEWEGUNG

Durch die grundsätzliche Intentionalität des Leibes, der mit seiner sensorischen und motorischen Ausstattung auf die Welt gerichtet ist, von dem Faktum her, daß der Leib als lebendiger auch stets bewegter, emotiver, sich bewegender ist – das Atmungsgeschehen macht dies deutlich – von der ständigen Mitbewegung mit den Geschehnissen des Feldes her, wird es notwendig, einen „*relationalen Bewegungsbegriff*“ zu konzipieren, der nicht nur den Organismus als

Initiator von Bewegung sieht, sondern diese aus der *Konvergenz vielfältiger Kräfte im Feld* entstehen läßt. Der Organismus ist Teil des Feldes, der Leib ist Teil der Szene, und da dieser Kontext nie statisch ist, vielmehr in ständiger Bewegung, sind die Bewegungen des Leibes und seine E-motionen stets **kommotibel**.

Die Leibtheorie der Integrativen Therapie ist damit in ein komplexes Geflecht sich wechselseitig bedingender Bezüge gestellt: einerseits über das ontologische Koexistenzaxiom von *Gabriel Marcel*, andererseits über die phänomenologische Wahrnehmungstheorie *Merleau-Pontys*, der auf die Verschränkung von leiblicher Wahrnehmung und wahrnehmbarer Lebenswelt mit dem Konzept des „*être-au-monde*“ abstellt, und schließlich über die ökologische Theorie der Wahrnehmung von *Gibson*, in der durch die Beziehung der Ansätze von *Bernstein* und ihre Ausarbeitung durch *Turvey, Kugler, Kelso, Schmidt* o. a. Sensorik, Motorik, Emotion/Motivation und Ökologie verschränkt sind. Der Bewegungsbegriff der Integrativen Therapie ist daher nicht nur ein *sensu-motorischer*, er ist ein *e-motionaler* und ein auf *kognitive „fluency“* gerichteter. Er ist deshalb nicht eindimensional auslegbar, sondern komplex und vielschichtig, ein *Synergem*, wie das Phänomen der Bewegung im ökologischen und sozialen Rahmen selbst. Er ermöglicht *Differenzierungen* und verlangt nach *Integration*, ja er lebt aus der Dialektik dieser beiden Größen (Petzold 1991a). Der Leib als lebendiger, als bewegter, bewegender, sich bewegender, als wahrnehmender, fühlender und handelnder verlangt zwingend die Überschreitung statischer Deskriptionsmerkmale. Als „Leib in der Zeit“, der wächst, reift, aber auch abnimmt und vergeht, ist er Ausdruck der generellen *Lebensbewegung*, an der er partizipiert, und zwar auf unterschiedlichen Niveaus und in unterschiedlichen Qualitäten. Bewegung als Lokomotion, als Fortbewegung einer physikalischen Masse im Raum, Bewegung als sensumotorische Verschränkung, Bewegung als inneres Bewegtsein, wie es im Wort „*e-motio*“ deutlich wird, Bewegung als „*geistige Beweglichkeit*“ oder „*social movement*“,

das sich in konkreten leiblichen Hinwendungen und Abwendungen zeigt, bietet einen Verständnishintergrund für die Explikation therapeutischen und pädagogischen Handelns „vom Leibe her“. Leibtherapie kommt ohne Verständnis von Bewegung nicht aus, Bewegungstherapie nicht ohne Verständnis von Leiblichkeit. Es handelt sich um zwei Wirklichkeiten, die sich wechselseitig auslegen und in ihrem Zusammenwirken die Möglichkeiten bieten, den Menschen als ganzen in seiner sozialen und ökologischen Realität zu verstehen. So wird neben dem „*integrativen und differentiellen Leibbegriff*“, wie er in der Integrativen Therapie entfaltet wurde (Petzold 1985g), auch ein „*integratives und differentielles Bewegungskonzept*“ zur Grundlage leib- und bewegungstherapeutischen Handelns gemacht werden müssen (idem 1989h; Meijer 1988). In einem solchen Ansatz wird die Bewegungslehre nicht von der Bewegung als abstraktem Handlungsablauf her entwickelt, sondern von der Bewegung als subjektivem Handlungsvollzug in einer gegebenen lebensweltlichen Realität. Diese Perspektive unterscheidet die *Bewegungslehre* der Integrativen Therapie von der Bewegungslehre bestimmter tanztherapeutischer (z. B. *Laban*), gymnastischer (z. B. *Bode*), sportpädagogischer (z. B. *Rieder*) Orientierungen, die die „Bewegung als solche“ betrachten und sie – zum Teil im Bezug auf die funktionale Anatomie und Biomechanik – zur idealtypischen Form stilisieren, zu „gesunden, natürlichen, richtigen Bewegungsabläufen“, die sich das kranke, unnatürliche, fehlbewegende Subjekt anzueignen habe. Mit einem solchen Hintergrundkonzept werden dann manche Verfahren geradezu zum Prokrustesbett für die Patienten und Klienten, die sich in eine solche *Bewegungsnorm*, eine solche normierte Vorstellung von Bewegung einpassen müssen. Diese Perspektive der Thymopraktik, der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie steht auch Orientierungen zurückhaltend gegenüber, die von der Vorstellung einer „authentischen Geste oder wahrhaftigen Bewegung“ ausgehen, erfüllt von „wahren Gefühlen“, und dabei in der Gefahr stehen, „normierte Authentizität“

oder „kalibrierte Wahrhaftigkeit“ zu produzieren, weil das Moment der kulturellen und sozialen Vielfalt von Bewegungsqualitäten nicht ausreichend berücksichtigt wird. Der ökologische, soziale, kulturelle Raum gestaltet durch seine Charakteristik, seinen „*Aufforderungscharakter*“ (Lewin) seine „*demand quality*“ (Koffka) oder sein „*Strukturgerüst*“ (Arnheim) Bewegung, ja die Charakteristik der Leiblichkeit mit.

Die *Morphogenese* ist unlösbar mit dem morphogenetischen Feld verbunden (Sheldrake, Weiss), die Gestalt wird von ihrer Bezogenheit auf den Hintergrund mitbestimmt (vgl. Petzold 1990b). Gibsons Konzept der „*affordances*“, die bestimmende Qualität des Umfeldes für Bewegungsgestalt und personale, leibliche Gestalt und Lebensform, hat für die Integrative Therapie und ihre leib- und bewegungstherapeutische Praxis eine große Bedeutung. Vor diesem Hintergrund soll versucht werden, sich durch drei, bestimmte Aspekte betonende und sich ergänzende, teilweise überschneidende Definitionen dem Phänomen Bewegung anzunähern:

»Menschliche *Bewegung* ist die aufgrund der genetisch vorgegebenen, sensumotorischen Organisation des Körpers und seinen ökologischen, sozialen und kulturellen Prägungen und Eingebundenheiten ausgebildete *Lebens- und Ausdrucksform eines konkreten Subjekts*, die es durch den Aufforderungscharakter (*affordance*) eines gegebenen Kontext/Kontinuums in jeweils einzigartiger Weise aktualisiert.«

»In der *Bewegung* zeigt sich die Befindlichkeit der biographisch gewordenen Persönlichkeit eines Menschen im Zusammenspiel (*commotilité*) mit den Gegebenheiten seiner Situation und seiner Geschichte, an die er sich *autoplastisch* anpaßt, in die er sich *ideoplastisch* einpaßt oder die er kooperativ in *alloplastischer* Weise verändert.«

Autoplastische Bewegungen sind nicht unbedingt als destruktiv oder negativ zu sehen, weil Leiblichkeit und Bewegungspotential über eine Plastizität verfügen, über eine gewisse Formbarkeit, die allerdings zur Deformation degenerieren kann (Petzold 1990b), indem das Leib-Selbst fremdbestimmte Gestaltungsimpulse in einem Maße absorbieren muß, die seine Identität disfigurieren und seine Potentiale verkrüppeln.

Ideoplastische Bewegungen geben den Aktivitäten des „Ich“ Spielraum. Sie stellen die selbstbestimmten Formungsprozesse in das Zentrum, Impulse, die nicht nur als Widerfahrnis erlitten werden, sondern eine aktive Eigengestaltung des Selbst und des Kontextes erkennen lassen.

Alloplastische Bewegungen wirken gestaltend in die Welt als die Situationen und Gegenstände formende Aktivitäten des *Selbst* und des *Ichs* in kooperativen Unternehmungen mit anderen Subjekten. Natürlich ist auch hier eine Gefährdung gegeben, wenn die Gestaltung der Welt eine deformierende Qualität gewinnt. Das geschieht meist, wenn nicht mehr wahrgenommen wird, daß Leib und Welt *koexistieren*, daß sie *in einer Textur verwoben sind*, und eine kolonisierende Alloplasia auch immer in destruktiver Weise auf den Leib des Gestalters zurückzuschlagen wird, weil sie Verdinglichung, Entfremdung, Devolution produziert (Petzold 1986h). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen kann noch eine weitere Bestimmung von *Bewegung* versucht werden:

»In der *Bewegung* liegen die Möglichkeiten des Leibsubjektes, sich unter Ausschöpfung der Potentiale seiner Wahrnehmung, Mobilität, Expressivität, seiner Einbildungskraft, Gefühle, Stimmungen, Bedürfnisse im sozialen und ökologischen Kontext zu artikulieren, ja zu transzendieren, um die Welt – in *Interaktion* mit ihr – in *funktionaler, kommunikativer* und *ästhetischer* Hinsicht *kokreativ* zu gestalten.«

In *funktionaler Hinsicht* erledigt Bewegung zu leistende Arbeit, in *kommunikativer Hinsicht* vermittelt sie Informationen, in *ästhetischer Hinsicht* ermöglicht sie die Gestaltung vorfindlicher Materialien in einer Weise, daß sie eine künstlerische Ausdrucksqualität gewinnen. In diesen drei genannten Situationen verbindet Bewegung vorgegebene Realität in einer „*kokreativen*“ Art und Weise (Petzold 1990b; Iljine 1990), die strukturierte Zusammenhänge erkennbar werden läßt und den ihnen innewohnenden *Sinn* sichtbar macht; denn Sinn scheint nur in Zusammenhängen auf (Luhmann 1968), und unter der Perspektive der Bewegung sind solche Zusammenhänge nichts Statisches, sondern in lebendiger Bewegtheit, „im Fluß“, „im Prozeß“.

Wo immer Leib- und Bewegungsarbeit sich dieser prozeßhaften Qualität von Bewegung in ihren verschiedenen Dimensionen entzieht, kommt es auf Dauer zu Stauung, zum Verlust von Lebendigkeit und letztlich zum Tod.

Die zuletzt aufgeführte Charakterisierung von Bewegung eröffnet über die Dimensionen „*funktional, kommunikativ, ästhetisch*“ einen Zugang zu den vielfältigen Ansätzen der Bewegungslehre, die wir aus dem Bereich der Biomechanik kennen, welche zumeist die *funktionalen Dimensionen* von Bewegung untersucht, oder aus Tanz, Sport- und Tanzpädagogik, welche sich mit den *kommunikativen* und *ästhetischen* Aspekte von Bewegung befassen. Die Mehrzahl der Bewegungslehren gehen von idealtypischen *funktionalen* und/oder *ästhetischen* Vorstellungen von Bewegungsabläufen oder Bewegungsqualitäten aus. Es werden damit diagnostische und pädagogische bzw. therapeutische Parameter vorgegeben.

Im Hinblick auf ästhetische Vorstellungen ist evident, daß bei ihnen zeit- und kulturgebundene Einflüsse in einem Maße zum Tragen kommen, daß eine übergreifende allgemeine Bewegungslehre auf diesem Hintergrund nicht zu erarbeiten ist.

Ästhetiktheoretische Konzepte führen zu „idealtypischen“ Bewegungsmustern, die in *diagnostischer* Hinsicht als Konsequenz haben, daß man „vom Subjekt abstrahierte Bewegungen“ diagnostiziert, also feststellt, ob die beobachtete Bewegung der Idealvorstellung entspricht oder nicht (etwa im System *Labans*), was in *intervenativer* Hinsicht pädagogische Maßnahmen erfordert, durch die sich der Bewegende dem Idealtypus annähert. Bei funktionalanatomisch bzw. biomechanisch fundierten Bewegungslehren ist es durchaus möglich, eine „allgemeine Theorie“ zu gewinnen, die einen allgemeinen Gültigkeitsanspruch verlangen kann. Für eine Bewegungslehre im Rahmen psychotherapeutischer Bewegungsarbeit, klinische Bewegungstherapie bzw. Psychomotorik kann eine solche Theorie allenfalls für den „übungszentriert-funktionalen“ Bereich einigen Ertrag bringen, denn es kann wiederum nicht darum gehen, Bewegung

„als solche“, losgelöst vom konkreten Subjekt, seiner Biographie und seiner soziokulturellen Situation zu bestimmen, zumal die subjektive Ausgestaltung eines Bewegungsvollzuges, selbst wenn er unter funktionsanatomischer Perspektive „optimal“ verläuft, eine große Varianz aufweist. Für Bewegungen, die vom Ideal abweichen oder gar in mehr oder weniger großem Maße dysfunktional sind, wird im therapeutischen Kontext sehr bald einsichtig, daß die Bewertung solcher „Abweichungen“ von der „idealen Form“ ohne eingehende Wertung der lebensgeschichtlichen Dimensionen und des Lebenszusammenhanges für therapeutische Aufgabenstellungen nicht ausreichend ist.

Psychodiagnostische, d. h. entwicklungs- und persönlichkeitsdiagnostische Perspektiven einbeziehende Maßnahmen werden unverzichtbar. Bei vielen Systemen, die funktionale und ästhetische Momente verbinden, kommt es letztendlich zu der Situation, daß es in der *Bewegungsdiagnostik* bzw. *Bewegungsanalyse* um die Feststellung geht, ob eine Bewegung gemäß der Idealvorstellung von *Laban*, *Alexander*, *Feldenkrais* usw. durchgeführt wird – nicht mehr und nicht weniger –, ob sich also ein Individuum gemäß dem Konzept des jeweiligen Ansatzes bewegen kann. Wenn dabei die funktionalanatomischen und biomechanischen Grundlagen noch schwach ausgeprägt sind (bei *Alexander*), so kann eine solche Bewegungslehre nur einen eingeschränkten klinischen Wert haben. Eine „allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung“, wie sie *Buytendijk* (1956) aufgrund funktionsanatomischer Überlegungen und phänomenologischer Analysen vorgelegt, bietet einen Zugang zum „Phänomen Bewegung“ und in besonderer Weise die Möglichkeit, daß subjektive Momente und soziokulturelle Faktoren durch die Phänomenbetrachtung mit Bezug auf einen konkreten Menschen und eine je spezifische Situation angemessen interpretiert und gewertet werden. Die im phänomenologischen Zugriff unter Bezug auf spezifische Beobachtungsparameter gewonnenen Daten können dann im Prozeß einer intersubjektiven Hermeneutik, d. h. einem Zusammen-

arbeiten zwischen Therapeut und Patient, auf ihren *Sinn* und ihre *Bedeutung* hin ausgewertet werden. Nur dann können übungszentriert-funktionale Interventionen, die mehr als vom Klienten unverstandene Bewegungs- und Haltungskorrekturen sind, greifen. Die Patienten können das „Lebensphänomen Bewegung“ begreifen. Sie sehen, daß ihre *Bewegungsform* und ihr *Bewegungsstil* Ausdruck ihrer *Lebensform* und ihres *Lebensstils* sind. Ein solches Verständnis von Bewegung macht deutlich, daß rein physiologische, biomechanische, funktionale Sichtweisen grundsätzlich überschritten werden müssen. Die *Sinnstruktur von Bewegung*, ihre Bedeutungsdimension – und dies ist nicht nur für die „nonverbale Kommunikation“ auszusagen, da der Sinncharakter der Bewegung durch seine Einlassung in Kontexte immer auch Bedeutungen freisetzt – kennzeichnet die kognitive, emotionale und soziale Qualität von Bewegung. Die sensumotorische Verschränkung gibt der sinnhaften Wahrnehmung immer eine Bewegungsqualität mit. Der Begriff „Sinn“ trägt in sich stets eine Bewegungskomponente (vgl. *Uhrzeigersinn*, *Drehsinn*, *sens unique*), das Moment einer Orientierung in Kontext/Kontinuum, in Raum und Zeit. Bewegung ist *Verlaufsgestalt* innerhalb des spatio-temporalen Rahmens, ist also über ihre sinnhafte Orientierung hinaus sinnhaft.

Wie stark dabei auch affektive Dimensionen miteinbezogen werden müssen, macht die unlösliche Verflechtung von *Gefühl*, *Bewegung* und *Ausdruck*, *Emotion*, *Motion* und *Expression* klar, und auch die Verflechtung mit dem Bereich des *Kognitiven* wird augenfällig, wenn man den Ursprungskontext in den Blick nimmt, der für viele kognitive Begrifflichkeiten eine motorische Dimension aufweist: *be-greifen*, *er-fahren*, *er-fassen*, *ver-stehen*, *be-deuten* (mit dem *dût*, dem Zeigefinger, hinweisen). Es kommt damit wieder das grundsätzlich relationale Moment von Bewegung in den Blick: „Leib in Bewegung“, der sich orientiert, den Raum durchmißt mit allem, was dieser enthält, den Raum, der keineswegs als statischer, ruhender Rahmen gesehen werden darf, sondern der

selbst bewegt ist, in Bewegung ist, wodurch eine *Kommutibilität* zwischen Leib und Raum, Raum und Räumen entsteht. Diese Bewegung ist synchron und dissipativ, rhythmisch und arhythmisch, kontinuierlich und diskontinuierlich. Das macht ihre Lebendigkeit aus, weil sie an den Bewegungen des Lebens partizipiert, denen die *thymoi*, die Gefühlsregungen, unmittelbar entfließen.

THYMOPRAKTIK

Thymopraktik ist eine spezielle *methodische* Zugangsweise im Rahmen des *Verfahrens* der „Integrativen Therapie“, die ja bekanntlich über verschiedene *Methoden* als Interventionsmöglichkeiten verfügt. *Methoden* wiederum haben spezifische Techniken und Medien im Repertoire. Integrative Bewegungs- und Leibarbeit, Thymopraktik setzt einen besonderen Fokus dort, wo die Worte nicht mehr greifen, wo der „sprachlose Raum“ beginnt, die Sprache der Blicke, der Gesten, der Mimik, der Berührung in Bewegung. Dabei wird die Sprache nicht ausgegrenzt. Sie wird immer wieder herbeigeholt und beigezogen, aber es kommt das *Präverbale*, *Periverbale* und *Transverbale* – das, was noch nicht ausgesagt werden kann, mit-gesagt wird, das Nicht-mehr-Sagbare oder Unsagbare – mit in die therapeutische Aktion.

Auf diesem Hintergrund kommt in der Integrativen Therapie in Einzel- und Gruppenbehandlung den bewegungs- und leibtherapeutischen Interventionen eine große Bedeutung zu, und dies nicht nur aufgrund des generellen anthropologischen Hintergrundkonzeptes, nach dem der Mensch Leib-Subjekt und somit unser therapeutischer Ansatz insgesamt ein leibgerichteter ist, sondern auch in spezifischer Hinsicht: Es handelt sich um eine Therapie, in der die „wechselseitige Berührung“ und die „Berührung aus der Berührtheit“ (Petzold 1970c; Eisler 1991) ein konstitutives Element ist (Petzold, Orth 1991). Gesten des Trostes, Haltens und Bergens gehören zu regressionsorientierten Sitzungen, leibmetaphorische Interventionen (z. B. jemandem „den Rücken stärken“, indem man

den Rücken mit der Hand stützt) gehören zum Standardrepertoire integrativer Behandlungstechnik. Therapeuten greifen dabei auf die „natürlichen Gesten“ des Trostes, der Zuwendung, des Stützens und der Linderung zurück, oder sie verwenden dabei die genetisch vorgegebenen Muster des Umsorgens, Bemutterns/Bevaterns, die aus dem Umgang mit Babys und Kleinkindern als „*intuitive parenting*“ (Papousek, Papousek 1981) bekannt sind. Oder sie verwenden Verhaltensweisen, wie wir sie aus dem liebevollen Umgehen von Eltern mit ihren Kindern kennen, ein „*sensitive caregiving*“ (Vyt 1989, 1992), das spontane, leibliche Gesten einschließt (Petzold 1990e, 1993c).

Über diese *generellen Körperinterventionen* hinaus verfügt die Integrative Therapie über ein breites Repertoire von spezifischen, leiborientierten Behandlungsmethoden, und hier wird sie im eigentlichen Sinne **Leibtherapie** (in der begrifflich unscharfen therapeutischen Umgangssprache „Körperpsychotherapie“ oder „körperorientierte Psychotherapie“ o. ä.). Im Integrativen Ansatz wurde eine methodische Vertiefung vorgenommen: einmal in Richtung einer bewegungsorientierten Methode, der „*Integrativen Bewegungstherapie*“ (vgl. dieses Heft, *Kuhr, Berger*), zum anderen in Richtung eines Behandlungsansatzes im direkten Körperkontakt, der „*Thymopraktik*“. Sie will Ereignisse, die „in den Leib hinein“ verdrängt wurden und in Mustern der Verspannung, Erschlaffung, in eingeschränkter Atmung und Bewegung körperlichen Niederschlag fanden, zu psychosomatischer Symptomatik führten (Heinl, Spiegel-Rösing 1978; Heinl 1990; Petzold, Hundertmark, Teegen 1986) therapeutisch spezifisch angehen und durch leibliche Mobilisierung „emotionale Differenzierungsarbeit“, *Anästhesierungen des perzeptiven Leibes*, *Inhibierungen des expressiven Leibes* und *Amnesierungen des memorativen Leibes* aufheben.

Dieser Ansatz wurde Ende der sechziger Jahre von *Hilarion Petzold* in der Arbeit mit kleinen Kindern, dissozialen Jugendlichen, psychiatrischen Patienten und z. T. mit gerontopsychiatrischen Patienten entwickelt und „**Thymo-**

praktik“ genannt (Petzold 1970c, 1975e) als praktische Handhabung leiblicher Regungen. Im Rahmen des FPI's wurde dieser Ansatz ausgearbeitet und in theoretischer und praktischer Hinsicht erprobt. Dr. med. *Hildegund Heintl* (1990) konnte in die leibtherapeutischen Praxis ihre langjährige ärztliche Erfahrung, insbesondere aus dem Bereich der Psychosomatik und der Orthopädie einbringen. Von *Ilse Orth* (1992) wurde aufgrund ihrer atem-, leib- und kreativitätstherapeutischen Erfahrung der Aspekt der Thymopraktik weiter ausgebaut, der im Konzept der „ko-kreativen Leiblichkeit“ (Orth 1992; Petzold 1970c; *Iljine* 1990) umrissen ist.

Thymopraktik gründet in einer „klinischen Entwicklungspsychologie“ (Petzold 1990e, 1991a, 1992d, 1993) und einer differenzierten Emotions- (idem 1993b) und Gedächtnistheorie (idem 1992c), die an das Leibkonzept rückgebunden sind. Einige Grundpositionen seien kurz zusammengefaßt:

Der lebendige Vollzug der Lebenserzählung (Biosodie), des Lebensdramas, wie er sich in den zwischenmenschlichen Interaktionen und in der leiblichen Welterfahrung realisiert, wird von Perzeptoren ganzheitlich und differentiell aufgenommen. Es erfolgt ein zerebrales „processing“ in „mentalenen Prozessen“, und das Material wird monomodal und multimodal gespeichert (Petzold 1992a). Wahrnehmung und Speicherung beziehen sich aber nicht nur auf den Eindruck, sondern auch auf die leiblichen Resonanzen: hormonale Ausschüttung, Herzschlag, Atemfrequenz, muskuläre Verspannungen und das damit verbundene leibliche Ausdrucksverhalten. Diese „inneren Szenen“, die Teil der äußeren Szene sind, werden gleichfalls archiviert, Gutes wie Schlechtes, Lustvolles wie Schmerzliches. Dies aus subliminalen und supraliminalen Wahrnehmungen entstehenden *Archivalien* – sie sind z. T. unbewußt, aber auch „conscious“ bzw. „aware“ oder doch bewußtseinsfähig – können demnach zum Teil *ich-bewußt* erinnert werden (*aktive Memoriation*), sich als Erinnerung *mitbewußt* vollziehen (*fungierende Memoriation*), sie können aber auch *vorbewußt*, ja *unbewußt* bleiben (idem 1991a) und

nur durch gleichförmige und ähnliche Auslöser erinnert werden (*reminiscence, retrieval*), oder sie bleiben gänzlich im Unbewußten verschlossen, sind in der Qualität ihrer Erfahrungsstruktur so weit vom Erwachsenenleben und der Struktur seiner Memoriationen entfernt, daß sie unzugänglich bleiben, nicht erfaßt werden können oder sich nur auf der Ebene von Leibatmosphären und in bestimmten Gefühlen oder in Form von Monumenten, d. h. Symptomen mit mehr oder weniger starkem Krankheitswert, äußern können, z. B. in somatischen bzw. psychosomatischen Symptomen, Symptomen im sozial-kommunikativen Bereich (Kontaktstörungen, Distanzlosigkeit) und Symptomen im Bereich der existentiellen Verfaßtheit (Verlust von Sinn, Werten, Normen, starre Fixierung von Überzeugungen, Glaubenshaltungen, spirituelle Orientierung). Somatische bzw. psychosomatische *Monumente* sind dabei am sinnfälligsten. Andererseits sind die hinter ihnen stehenden *Atmosphären* auch oftmals besonders schwer zugänglich. Wenn sich das *Trauma*, die *Störung*, der *Konflikt* oder das *Defizit* (Petzold, *Schuch* 1991) manifestiert haben, zeigt sich damit eine Geschichte von gescheiterten Lösungsversuchen.

Die Speicherung der Extro- und Propriozeptionen von den Zeiten früher, fötaler Entwicklung an führt zur Ausbildung des „*Leibes*“ als „*Personalisierung*“ des individuellen *Körpers*. Der Organismus als biologisches Substrat der Person wird von *Personalität* und natürlich *Sozialität* durchtränkt. Mimik, Gestik und Haltung gewinnen einen persönlichen „*Stil*“. Der Mensch beginnt, sich leibhaftig kennenzulernen, und wird dadurch zum *Subjekt*. Der Individuationsvorgang gründet im Prozeß der „*Inkarnation*“, die wesentlich im zwischenleiblichen Zusammenspiel der frühen Sozialisation gründet, d. h. in der durch „*Koinkarnation*“ beginnenden Entwicklung des „*Leib-Subjekts*“. Sie kann nun gelingen oder mißlingen, abhängig von der Qualität und Intensität des koinkarnativen Geschehens. Gerade ein Mangel an körperlicher Zuwendung, an emotionaler Wärme, an Berührung, an Bewegungsspielen, an multipler, sensorisch-perzeptueller, motorischer, emotionaler, kogni-

tiver, sozialer Stimulierung, oder aber der Einfluß verwirrender Impulse lassen gestörte **Koinkarnationen** und **Inkarnationsdefizite** entstehen. Der Mensch wird in seiner Wahrnehmung diffus. Er kann zu sich und zu anderen wenig in Kontakt treten, kann sich nicht gut spüren usw. Wir sprechen dann von einer „**schwachen Inkarnation**“, wohingegen die Förderung der persönlichen Entwicklung durch ausreichende und angemessene multiple Stimulierung in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu einer „**starken Inkarnation**“ führt. Das Leib-Subjekt spürt sich dann gut, Selbst- und Fremdwahrnehmung sind differenziert ausgeprägt, es „fühlt sich wohl in seiner Haut“, es „hat Boden“, einen guten Bezug zu seiner Leiblichkeit, ist zu „Zwischenleiblichkeit“ fähig, zu emotionaler Erlebnisfülle und -tiefe. *Körperbild* und *Selbstbild* sind prägnant. Eine „fördernde Umwelt“ (*Winnicott*) hat zur Ausbildung einer gesunden, ressourcenreichen Persönlichkeit mit einer Fülle von Potentialen (im Sinne der Salutogenese; *Antonovsky* 1979) geführt. Personale Leiblichkeit ist prägnant. In Mimik, Gestik, Sensibilität und Expressivität läßt sich die spezifische Eigenart der „fleischgewordenen Person“ ausmachen: ein „bestimmtes Lächeln“, ein unverwechselbarer Gang, ein lebendiger, kräftiger Händedruck, wache Augen, eine facettenreiche Mimik. Alle Bereiche des *Körpers* sind durch „*Einleibungen*“ (*H. Schmitz*) beseelt, personalisiert. Eine solche „**starke Inkarnation**“ ist nicht ungefährdet. Sie kann durch Traumata, Mißhandlungen, Unterstimulierung beschädigt werden, so daß „**Dekarnationen**“ eintreten können. Diese sind von „**Inkarnationsdefiziten**“ dadurch unterschieden, daß sich schon vorhandene Kompetenzen und Performanzen (*Petzold* 1983i, 1988n, 586 – 589) zurückbilden, daß sich der *Leib* gleichsam aus dem *Körper* zurückzieht, der zwar in seiner organismischen Funktion noch unversehrt ist – auf Dauer können sich aber auch organpathologische Befunde einstellen –, der aber dann unbelebt, matt, blaß und leblos wird: Augen, die „tot“ sind, ein Gesicht, das „erstarrt“ ist, eine Haltung, die „verknöchert“ ist, eine Ausstrahlung,

die „stumpf“ ist. Dieser Mensch wirkt irgendwie „unlebendig“. Sein emotionales Leben ist wie abgestorben. Er ist völlig starr, funktioniert nur noch wie ein Automat, wie eine Maschine. Als ob in ihm alles erstorben wäre. Derartige **Dekarnationen** können den ganzen Leib oder einzelne Teile (abgestorbene Hände) oder Organe (hartes, steinernes Herz) bzw. Sinne (taube Ohren) erfassen. Diese Symptome verweisen auf **Dekarnationsphänomene** und/oder **schwache Inkarnationen** bzw. **Inkarnationsdefizite** hin, wohingegen Wendungen wie „sensible Hand“, „Feinhörigkeit“, „wacher Blick“, „gute Nase“, „sprechende Mimik“ bei einem Menschen, der eine „lebendige und gute Ausstrahlung“ hat und „das Herz auf dem rechten Fleck“, auf eine „**starke Inkarnation**“ verweisen. Die *Leibmetaphorik* der deutschen Sprache erschließt uns die Dimension des „*corps métaphorique*“ (*Petzold* 1988n, 36-37), des Leibes, der von der Sprache durchdrungen ist und dessen Ausdruckskraft in die Sprache gedrungen ist und sie mitgeprägt und geformt hat bis in die kognitive Begriffe hinein (erfassen, begreifen, erfahren). Es liegen hier für „eine Hermeneutik der Körpersprache“, ein Verständnis des „sprechenden Leibes“, ungehobene Schätze, die für die praktische, therapeutische Arbeit, aber auch für das Verständnis von Pathogenese und Salutogenese, d. h. auch für die Phänomene der „**Inkarnation**“ bzw. „**Koinkarnation**“ und ihrer Gefährdungen (**Inkarnationsdefizite**, **Koinkarnationsstörungen**, **Dekarnationen**), eine Vielfalt von Möglichkeiten psychotherapeutischen und thymopraktischen Handelns erschließen, die aber auch eine spezifische Methodik erfordern.

Die methodische Grundstruktur der spezifischen, leibtherapeutischen Arbeit wurde in den *Modalitäten*: „*übungszentriert-funktional*“, „*erlebniszentriert-stimulierend*“, *konfliktzentriert-aufdeckend*“ umfassend ausgearbeitet. Der **übungszentriert-funktionale** Interventionsbereich zielt auf die Förderung der organismischen Balance von *Anspannung* und *Entspannung*, *Engung* und *Weitung* und auf die Fähigkeit, immer wieder eine Mittellage zu stabilisieren, einen *Etonus*.

Er ist auf eine flüssige Beweglichkeit, auf die Förderung von Elastizität und Spannkraft gerichtet, das Ermöglichen einer uneingeschränkten, fülligen Atmung. Die Möglichkeiten der Entspannungsverfahren, der Atemtherapie, physiotherapeutischer Behandlungstechnik werden hier für die Praxis herangezogen. Dabei ist von Interesse, daß dieses Interventionspektrum auch in der *konfliktzentrierten* Arbeit, in Sitzungen, in denen leibliche Auswirkungen traumatischer Erfahrungen unter großer emotionaler Beteiligung aufbrechen, eingesetzt werden kann, da eine blockierte Atmung verhindert, daß die mit einer biographischen Situation verbundene Emotion sich entfalten kann und kathartische Abreaktionen und *emotionale Differenzierungsarbeit* möglich werden.

Thymopraktische Intervention heißt etwa, daß im verbalen, emotionalen Bericht des Patienten auf seine Haltung, die muskuläre Spannung, das Atemgeschehen geachtet wird und funktionale Interventionen eingesetzt werden, um z. B. einen Zustand der Verkrampfung, der Erstarrung zu lösen.

Die **erlebniszentriert-stimulierende Modalität** der Thymopraktik zielt auf das Vermitteln alternativer leiblicher Erfahrungen ab und ermutigt, mit neuen Erlebens- und Ausdrucksformen zu experimentieren, also das persönliche Spektrum zu erweitern. Spielerische Sequenzen in der Leibarbeit, Wahrnehmungs- und Ausdrucksexperimente bestimmen die therapeutische Arbeit. Dabei wird das Repertoire der Thymopraktik wiederum von leibbezogenen Interaktionsformen bestimmt, wie wir sie aus dem Spiel zwischen Eltern und Kindern oder unter Geschwistern kennen. Weiterhin wird auf den Fundus der „*sensory awareness*“, der Pantomime, der Bewegungstherapie zurückgegriffen. Die erlebnisaktivierende und stimulierende Arbeit greift dabei durchaus auf biographisches Material, auf „benigne Szenen“ der Lebensgeschichte zurück, auf Erfahrungen von Spiel und Spaß.

In der **konfliktzentriert-aufdeckenden Modalität** wird ein „Durcharbeiten am Leibe“ angestrebt, d. h. es wird mit „kognitiven Stilen“, „emotionalen Stilen“, „sensumotorischen Stilen“

und interaktionalen bzw. „sozial-kommunikativen Stilen“ gearbeitet. Insbesondere die biographischen Formungen des Leibes als zugleich *materieller* und *transmaterieller* Realität durch Berührungen, Blicke, also durch emotionale Mikroklimata bzw. Atmosphären, finden Beachtung. Projektive und evokative Techniken der Thymopraktik kommen dabei zum Einsatz, wie z. B. das „Selbstportrait“, die „body charts“, die „relationalen Körperbilder“, die „Ton-Skulptur“, die „Bewegungsskulptur“ (Petzold, Orth 1991a, b).

Die Methoden projektiver Leibdiagnostik sind ein Spezifikum der Thymopraktik. Sie eröffnen einen Weg, der über die leibphänomenologische Arbeit hinaus zu einer Tiefenhermeneutik des Leibes und seiner Symbolik (Heinl 1985) vordringt und damit die obsoleten Charaktertypologien, die im „body reading“ (Lowen 1958) reichianischer und neo-reichianischer Verfahren erfaßt werden sollen und die vorwissenschaftliche Energietheorie (Russelman 1988) dieser Verfahren überflüssig macht. Der *Leib als Geschichte*, als *Archiv* für alles, was einem Menschen im Laufe seines Lebens widerfahren ist, als geformter und formender wird in einer *Archäologie* dieser Formungsprozesse vernehmbar, begreifbar, dem Subjekt selbst-verständlich.

In der konkreten leibtherapeutischen Arbeit verwenden wir den „*non touching approach*“, mit dem wir „indirekt“ über die Imagination, die Phantasie, die Erinnerung Leibzustände evozieren (*top-down-approach*) – von der matten Empfindung bis zum vitalen Erleben in autonomen Körperreaktionen. Wir verwenden aber auch den direkten Körperkontakt, indem die „*rezeptive Hand*“ die Befindlichkeit des Körpers exploriert und die „*interventive Hand*“ Stimulierungen setzt (*bottom-up-approach*), zum Leibe „spricht“, ihn versichert, stützt, aber auch hervorlockt, anregt, ja zuweilen provoziert. Dabei ist jede Berührung zum einen *physikalischer Stimulus* (Wärme, Gewicht, Druck, Vibration) zum anderen *mitmenschliche Geste* (des Stützens, der Zuneigung, der Ermunterung) und schließlich *Übertragungshandlung* (als Geste des Vaters, Berührung der Mutter etc.). Dem

Übertragungs/Gegenübertragungsgeschehen in der zwischenleiblichen Interaktion kommt deshalb eminente Bedeutung zu, denn in kaum einem anderen Verfahren der Therapie spielen die Strebungen des Unbewußten eine so große Rolle wie in den leiborientierten Ansätzen, die die Ebenen des „archaischen Leib-Selbst“ berühren und frühe, „prävalent-pathogene Milieus“, aber auch benigne, salutogene Erfahrungen unmittelbar erfassen können, indem sie den Leib konkret *be-greifen*, das aber heißt, ihn im *atmosphärischen* und *szenischen Kontext* zu situieren. Jede leibliche Haltung, Zuwendung oder Abneigung, ist bezogen auf einen anderen Leib, ist eingebettet in eine Situation. *Leib, Szene, Atmosphäre sind nicht zu trennen* (Petzold 1982g). Dem „Paradigma der Körpermonade“, mit ihrem in sich geschlossenen energetischen Regulationssystem, wie es die theoretische Konzeptualisierung von Reich bis Perls kennzeichnet, wird ein „Paradigma der Zwischenleiblichkeit“ gegenübergestellt: der Leib als *Intentionalität* (Merleau-Ponty 1966), der Leib in *Relation* (Tamboer 1985, 1991), der Leib als *Geschichte* (Petzold 1981e). Öffnen sich die „Archive des Leibes“, so entlassen sie Atmosphären und Szenen, und diese sind das Zentrum tiefenhermeneutischer Arbeit in der *Thymopraktik*. Es gilt nicht, muskuläre Verspannungen isoliert zu betrachten, sondern einen bedrohten Leib in einer bedrohlichen Szene. Der *Sinn* solcher Szenarien erschließt sich in der Verschränkung der „Sprache der Worte“ und der „Sprache der Gesten“. Die Zentrierung auf sprachliche *Bedeutung* wird überstiegen, und es werden ikonische und szenische Sinnstrukturen hinzugewonnen. Der „*dialogue tonique*“, die Sprache der Berührungen und die Botschaft durch Mimik und Gestik eröffnen einen fulligeren Sinn, in dem Inneres und Äußeres verschweißt sind (Waldensfels 1976) und die Welten des Sozialen und des Organismischen nicht mehr dualistisch aufgespalten, sondern integriert sind in der *Einheit von Leib und Lebenswelt*, in welcher der Mensch als „*être-au-monde*“ in ökologischer und mitmenschlicher Verbundenheit zunehmend sich selbst verständlich wird.

Ein solch komplexer therapeutischer Ansatz, wie ihn die „Integrative Leibtherapie“, die thymopraktische Arbeit im Rahmen der Integrativen Therapie darstellt, erfordert eine über die bloße *Psycho*-Therapie hinausgehende Qualifikation. Sie verlangt das Beherrschen prozeßorientierter Arbeit sowohl auf der verbalen Ebene als auch auf der nonverbalen Ebene. Um diese Fähigkeiten (*Kompetenzen*) und Fertigkeiten (*Performanzen*) zu entwickeln und zu fördern, wurde in Zusammenarbeit von *Ilse Orth, Hilarion Petzold* und *Hildegund Heintl* ein Weiterbildungscurriculum konzipiert, in dem leibtherapeutische Selbsterfahrung, das Erlernen von thymopraktischen Methoden und die theoretische Reflexion integrativ-leibtherapeutischer Arbeit verbunden werden. Das Curriculum richtet sich an ausgebildete Psychotherapeuten verschiedener Schulen mit entsprechender Berufserfahrung und psychotherapeutischer Praxis, um ihnen auf dieser Grundlage eine Erweiterung ihres Handlungsspektrums und eine Vertiefung ihres therapeutischen Zugangs zum Patienten zu ermöglichen.

In der 2 bis 2½ Jahre miteinander arbeitenden Lerngemeinschaft einer fraktioniert tagenden Ausbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe wird – dem didaktischen Prinzip des integrativen Ansatzes gemäß – die thymopraktische „Methode durch eben diese Methode“ gelehrt und erlernt. Neben den Kompaktseminaren muß eine persönliche leibtherapeutische Behandlung als „dyadische Therapie“ durchlaufen werden, eine Art leiborientierter Lehranalyse. Weiterhin wird durch die Supervision eigene leibtherapeutische Arbeit begleitet, um einen hohen professionellen Standard zu gewährleisten. Das Curriculum wurde auf Initiative von *Ilse Orth* konzipiert und zum erstenmal von *H. Heintl* und *H. Petzold* und *I. Orth* unter Beiziehung von thymopraktisch geschulten Kollegen (*Dr. Leitner, Dr. Ramin, Dr. Schneewind, Dr. Tsomplektis*) und Gastdozenten anderer leibtherapeutischer Schulen im Jahre 1988 durchgeführt; bislang fünfmal.

Die Struktur des Curriculums und sein didaktisches Prinzip ist darauf gerichtet, kollegiales

Lernen zu fördern und die Professionalität der Teilnehmer, die ja ausgebildete Therapeuten sind, zu nutzen. So beginnt relativ früh übende Arbeit in Dyaden und Triaden.

Die themenzentrierte Ausrichtung der Seminare ermöglicht es, spezifische Inhalte kompakt zu vermitteln, wobei gleichzeitig aber die dynamischen Prozesse des einzelnen und der Gruppe die Grundlage dieser Arbeit bilden. Es finden sich folgende Seminare:

1. Leiblichkeit – Konzepte der IKT
2. Prägung, Haltung und Körperstruktur – Konzepte der Leibdiagnostik – Diagnostik I
3. Konzepte der Leibdiagnostik II
4. Konfliktzentrierte Leibtherapie
5. Regressionsarbeit
6. Körpersprache und nonverbale Kommunikation
7. Physiologie und Krisen in der Leibtherapie
8. Erlebniszentrierte Einführung in die funktionale Anatomie
9. Leibtherapie und Psychosomatik
10. Traumkörper – Leib und Symbolisierung
11. Supervision
12. Differentielle Leibtherapie

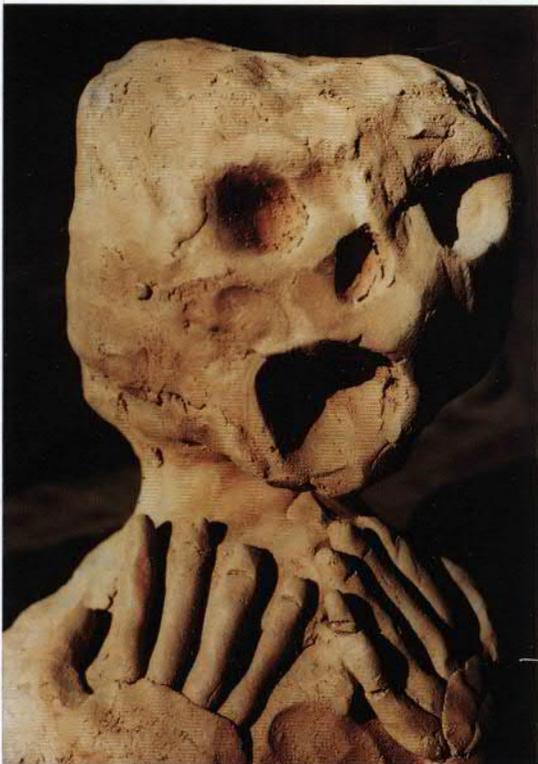
Die Weiterbildung in „Integrativer Leibtherapie/Thymopraktik“ ermöglicht den in der Regel verbal orientierten Psychotherapeuten verschiedenster Schulen – Psychoanalytikern, Psychodramatikern, Gesprächstherapeuten, Gestalttherapeuten etc. – in kompakter Form nicht nur eine *Methode* zu erwerben, sondern

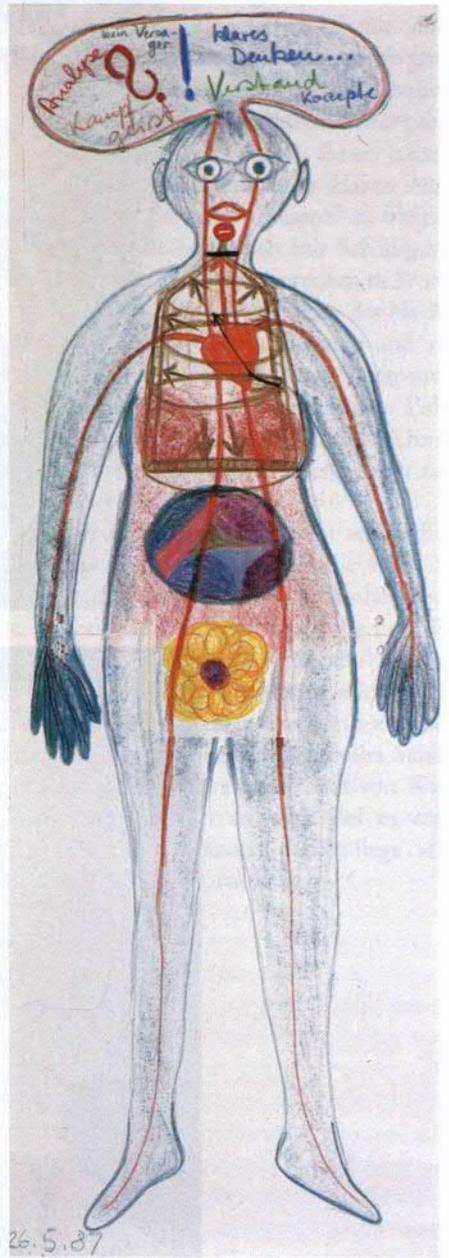
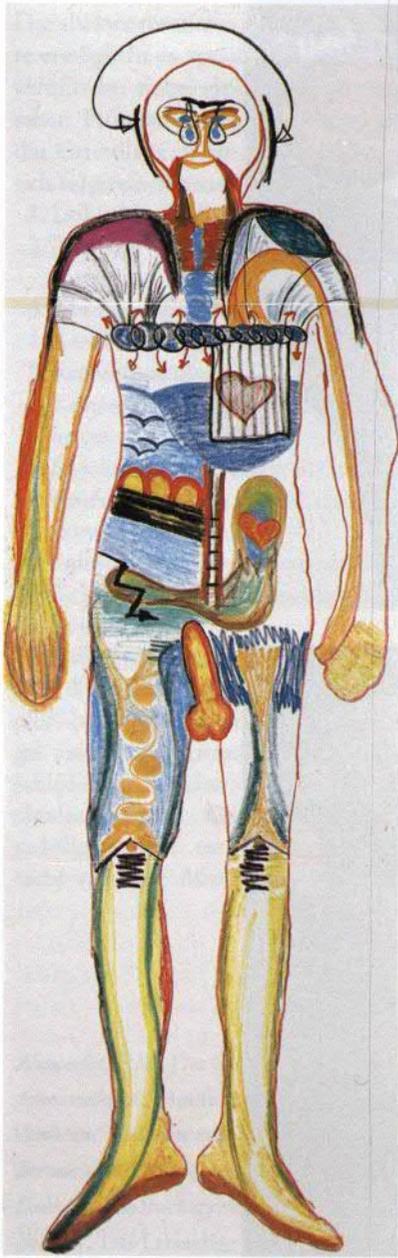
einen erweiterten Verständnishorizont für Therapie zu gewinnen, nämlich „vom Leibe her“ Menschen zu behandeln, d. h. an ihrer Basis anzusetzen, an der Grundlage ihrer Subjektivität. Psychotherapeuten erhalten damit eine Möglichkeit, ihre Patienten besser zu begreifen, zu erfassen und ihnen über die Vermittlung kognitiver Bedeutung hinaus einen „sinnhaften Sinn“ zu erschließen, ihnen neben dem aktiven Zuhören und einer klaren Aufmerksamkeit eine „leibliche Präsenz“ zu bieten, in der – gerade für Menschen mit Schädigungen in der Zeit vor der Verbalsprache, im Frühbereich ihrer Entwicklung – Prozesse des *Nachnährens* geschehen können, *parentage* und *reparentage*. Dies sind Dimensionen therapeutischen Handelns, die bei der wachsenden Zahl „frühgeschädigter“ Menschen für den in Klinik und freier Praxis arbeitenden Therapeuten zunehmend unverzichtbar werden.

Die Integrative Leibtherapie ist ein sehr differenzierter Ansatz, eine Methode, die bald 25 Jahre alt ist, und das ist für die psychotherapeutische Traditions- und Schulbildung und die Entwicklung eines klinisch erprobten *body of knowledge* nicht sehr lang, aber auch nicht gerade kurz. Sie befindet sich in einem für ein therapeutisches Verfahren sehr spannenden Stadium, in dem schon ein breiter Fundus von Wissen vorhanden ist, aber es noch viel zu entdecken gibt, und genau darin liegt die Faszination der Thymopraktik.

LITERATUR

- Alexander, F.M., Der Gebrauch des Selbst, Kösel, München 1988.
- Antonovsky, A., Health, stress and coping, Jossey Bass, London, San Francisco 1979.
- Arnheim, R., Kunst und Leben, De Gruyter, Berlin 1978.
- Bernstein, B., Bewegungsphysiologie, J.A. Barth, Leipzig 1975.
- Bode, R., Ausdrucksgymnastik, München 1922.
- Bode, R., Das Lebendige in der Leibeserziehung, München 1926.
- Bode, R., Aufgaben und Ziele der Rhythmischen Gymnastik, München 1933.
- Buytendijk, F.J.J., Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung, Springer, Berlin, Heidelberg 1956.
- Dürckheim, K. von, Vom Leib, der man ist, in initiatischer und pragmatischer Sicht, in: *Petzold* (1974j) 11-27.





- Eisler, P., „Berühren aus Berührtheit“ in der Integrativen Leibtherapie, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 85-116.
- Feldenkrais, M., Bewußtheit durch Bewegung, Suhrkamp, Frankfurt 1978.
- Ferenczi, S., Die Elastizität der psychoanalytischen Technik, Bausteine III, 1927/1928, 380-398.
- Ferenczi, S., Ohne Sympathie keine Heilung, Fischer, Frankfurt 1988.
- Freud, S., Groddeck, G.W., Briefwechsel, Fischer, Frankfurt 1970.
- Gibson, J.J., The ecological approach to visual perception, Houghton-Mifflin, Boston 1979.
- Groddeck, G.W., Das Buch vom Es (1923), Limes, Wiesbaden 1961.
- Groddeck, G.W., Vorträge, 3 Bde., Stroemfeld/Roter Stern, Frankfurt 1982, 1987, 1988.
- Heinl, H., Körper und Symbolisierung, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 227-232.
- Heinl, H., Groddeck und die Integrative Leibtherapie, in: Groddeck Almanach, Stroemfeld/Roter Stern, Basel, Frankfurt a. M. 1986, 179-185.
- Heinl, H., Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane, in: Willert, H.-G. (Hrsg.), Psychosomatik in der Orthopädie, Huber Verlag 1990.
- Heinl, H., Spiegel-Rösing, I., Integrative Gestalttherapie und Orthopädie, *Integrative Therapie* 10 (1978) 58-65 und *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 10 (1981).
- Ilijine, V.N., Das therapeutische Theater, Sobor, Paris 1942 (russ.)
- Ilijine, V.N., Kokreation – Die leibliche Dimension des Schöpferischen, in: Petzold, Orth (1990a) 203-213.
- Kugler, P.N., Kelso, J.A.S., Turvey, M.T., On the concepts of coordinative structures as dissipative structures: 1. Theoretical lines of convergence, in: Stelmach, G.E., Requin, J. (eds.), Tutorials in motor behavior, North-Holland, Amsterdam 1980, 3-47.
- Kugler, P.N., Kelso, J.A.S., Turvey, M.T., On the control and coordination of naturally developing systems, in: Kelso, J.A.S., Clark, J.E. (eds.), The development of movement control and coordination, Wiley, Chichester 1982, 5-78.
- Knappe-Richter, H., G.W Groddeck. Die Krankheit als kreative Äußerung des ES, *Fragmente*, Okt. (1989) 135-141.
- Koffka, K., Principles of gestalt psychology, Kegan, Paul French, London 1935.
- Laban, R.v., Der moderne Ausdruckstanz, Heinrichshofen Verlag, Wilhelmshaven 1981.
- Laban, R.v., Die Kunst der Bewegung, Heinrichshofen Verlag, Wilhelmshaven 1988
- Lewin, K., Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Huber, Bern 1963.
- Lowen, A., Physical dynamics of character structure, Grune & Stratton, New York 1958.
- Luhmann, N., Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen, Mohr, Tübingen 1968.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: Petzold (1985g) 15-47.
- Meijer, O., The hierarchy debate. Perspectives for a theory and history of movement science, Free University Pres, Amsterdam 1988.
- Meijer, O., Roth, K., Complex movement behavior, Elsevier, Amsterdam 1988.
- Merleau-Ponty, M., La structure du comportement, Gallimard, Paris 1942; dtsh.: Die Struktur des Verhaltens, de Gruyter, Berlin 1976.
- Merleau-Ponty, M., Phénoménologie de la perception, Gallimard, Paris 1945; dtsh.: Phänomenologie der Wahrnehmung, de Gruyter, Berlin 1966.
- Orth, I., Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, in: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th., Lindauer Texte, Springer, Heidelberg 1992.
- Papousek, H., Papousek, M., Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen, *Sozialpäd. Prax. Klin.* 3 (1981) 229-238.

- Petzold, H.G., *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme intégration*, Paris 1970c.
- Petzold, H.G., (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1975e) 115-145; erweitert in: *Petzold* 1977n; revid. (1988n 341-406).
- Petzold, H.G. (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapie*, Junfermann, Paderborn 1977n.
- Petzold, H.G., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: *Bachmann, C.*, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., *Theater – oder das Spiel des Lebens*, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982g.
- Petzold, H.G., *Mit alten Menschen arbeiten*, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G., Zur Psychodynamik der Devolution, *Gestalt-Bulletin* 1 (1986h) 75-101.
- Petzold, H.G., *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2*, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zum „komplexen Bewegungsbegriff“ und zum Konzept der „Kommutilität“ in der Integrativen Bewegungstherapie, Vortrag auf der Studententagung „Klinische Bewegungstherapie“, 6. Juni 1989, Freie Universität Amsterdam, 1989h; repr. *Integrative Bewegungstherapie* 2 (1991) 25-39 und als: „Leben ist Bewegung“ – Überlegungen zu einem Bewegungsbegriff und zur Kommutilität, in: *Petzold* (1993a) 1337-1348.
- Petzold, H.G., „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G., „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychosomatik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; erw. in: *Petzold* (1992a) 649-775.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie*, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie*, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie, *Gestalt und Integration* 1 (1992c) 100-109.
- Petzold, H.G., Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer „mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie“, *Integrative Therapie* 1/2 (1992d) 1-10.
- Petzold, H.G., *Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie und Gefühl*, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G., *Psychotherapie und Babyforschung*, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G., *Hundertmark, K., Teegen, F.*, Allergischer Schnupfen. Perspektive zur Genese und Therapie, *Integrative Therapie* 1/2 (1986) 49-75.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, *Die neuen Kreativitätstheapien*, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., *Orth, I.*, Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik, 1991a, *Integrative Therapie* 1/2 (1991) 117-146.

- Petzold, H.G., Orth, I.*, Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1991b; als: Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, 1991b, *Energie & Charakter* 1. Teil, 4 (1991) 136-158, 2. Teil, 5 (1992) 100-115; repr. *Petzold* (1993a) 1151-1199.
- Petzold, H.G., Pritz, A. (Pritz, Petzold)*, Der Krankheitsbegriff in den psychotherapeutischen Schulen, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Schuch, W.*, Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1991) 371-486.
- Russelman, G.H.E.*, Der Energiebegriff in der Bioenergetik. Eine kritische Abhandlung, *Integrative Therapie* 1 (1988) 4-40.
- Schmitz, H.*, Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik, Junfermann, Paderborn 1989.
- Salvesbergh, G.J.P.*, The development of coordination in infancy, Elsevier, Amsterdam 1993.
- Schmidt, R.A.*, Motor control and learning: A behavioral emphasis, Human Kinetics Press, Champaign, Illinois 1982.
- Schmidt, R.A.*, Motor and action perspectives on motor behavior, in: *Meijer, Roth* (1988) 3-44.
- Sheldrake, A.R., Bohm, D.*, Morphogenetic fields and the imlicate order, *ReVision* 5 (1982) 41-48.
- Tamboer, J.W.L.*, Mensbeelden achter bewegingsbeelden: Kinanthropologische analyse vanuit het perspectief van de Lichamelijke Opvoeding, De Vrieseborch, Haarlem 1985.
- Tamboer, J.W.L.*, Relationsmodalitäten statt Leib-Seele-Verhältnisse, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 58-84.
- Turvey, M.T., Kugler, P.N.*, Ecological approach to perception and action, in: *Whiting, G.T.A.*, Human motor actions: *Bernstein* reassessed, North-Holland, Amsterdam 1984, 373-412.
- Vyt, A.*, The second year of life as a development turning point: Implications for sensitive caretaking, *European Journal of Psychology of Education* 2 (1989) 145-158.
- Waldenfels, B.*, Die Verschränkung von innen und außen im Verhalten, Phänomenologische Forschungen II, Alber, Freiburg 1976.
- Weiss, P.*, Principles of development, Holt, New York 1939.

Strukturplan der Weiterbildung zum / zur Integrativen TanztherapeutenIn

40 Std. Zulassungssseminar, 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Colloquium Abschluß der Mittelstufe	4. Jahr	
	Grundstufe	Mittelstufe			Oberstufe	
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe		2 Jahre Supervisionsgruppe (80 Stunden)		Kontrollierte Patientenarbeit (80 Stunden)	
	40 Std. Körperaufbau, Körperhaltung u. Körperbild in der Tanztherapie 40 Std. Tanztechnik in der Tanztherapie 40 Std. Tanzrichtungen und ihre Bedeutung für die Tanztherapie	40 Std. Bewegungsbeobachtung nach Rudolf von Laban I 24 Std. Theorie I 40 Std. Tanztherapie bei psychotischen Erkrankungen nach Trudi Schoop	24 Std. Theorie II 40 Std. Diagnostik 40 Std. Bewegungsbeobachtung und Bewegungsdiagnostik 24 Std. Wahlpflichtfach*		40 Std. Krisenintervention 40 Std. Supervision I 40 Std. Supervision II	
	96 Std. Intensivseminar: Tanztherapie				80 Std. Kibbuz: Integrative Therapie	
Lehranalyse Tanztherapie 80 Std. – Lehranalyse Integrative Therapie 80 Std.						
fortlaufendes Tanztraining mindestens einmal pro Woche, fortlaufendes Theorieprogramm						

* Auswahl aus:

1. Tanztherapie mit Kindern
2. Tanztherapie bei frühen Störungen
3. Tanztherapie mit alten Menschen

Integrative Tanztherapie an FPI und EAG – ein kooperatives Projekt mit der „Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie“

Elke Willke, Pulheim

Definition:

»Integrative Tanztherapie ist eine Methode der Behandlung somatischer, seelischer, psychosomatischer und sozialer Probleme und Erkrankungen durch die Wahrnehmungs-, Bewegungs-, Ausdrucks- und Interaktionsmöglichkeiten, die der Tanz als fundamentales Phänomen menschlicher Kultur bietet. Durch die stumme Sprache der Geste als Ausdrucksmöglichkeit des Unbewußten, die Symbolisierungen der Bewegung, ihre sprachliche Reflexion, das Ineinander von Formen der Bewegung, des Rhythmus und die Möglichkeit der kreativen, leiblich-konkreten Gestaltung und Improvisation eröffnet Integrative Tanztherapie durch übungszentrierte, erlebniszentrierte und konfliktzentrierte Arbeitsformen Chancen der Heilung, der Persönlichkeitsentwicklung und des konfliktlösenden sozialen Miteinanders« (Petzold, Willke).

Die Arbeit mit Bewegung hat am Fritz Perls Institut, der heutigen EAG, Tradition. Schon sehr früh, in den siebziger Jahren, hatte *Hilarion Petzold* Konzepte und Curricula einer Integrativen Bewegungstherapie entwickelt. Tanztherapie war zu dieser Zeit in Deutschland noch unbekannt.

Tanztherapie entwickelte sich in den USA unter dem Einfluß von Tänzerinnen, die zum großen Teil in Europa bei *Mary Wigman* studiert hatten. *Trudi Schoop*, *Lilian Espenak* und *Mary Whitehouse*, drei der vier Mütter der Tanztherapie, standen in der Tradition des deutschen Ausdruckstanzes. Sie begannen gleichzeitig mit *Marian Chace*, eine amerikanische moderne Tänzerin, Tanz in Kliniken und in den privaten Praxen zu erproben. Da es in den USA keine Gymnastikbewegung gab, wurden viele Ideen, die in Deutschland in der Gymnastikbewegung entwickelt worden waren, in amerikanische Tanztherapiekonzepte integriert.

In den siebziger Jahren beschäftigten sich dann einige Tänzerinnen und Tanzpädagoginnen, unter anderem *Elke Willke*, *Heidrun Waidelich*, *Sabine von der Tann*, mit Tanztherapie, da sie aus eigenem Erleben und eigener Unterrichtspraxis therapeutische Potentiale im Tanz entdeckten bzw. wiederentdeckten. Durch Kontakte mit amerikanischen Tanztherapeutinnen, Studienaufenthalten in den USA und Weiterbildungen vielfältiger Art kristallisierten sich erste Konzepte und praktische Methoden heraus, die schon Ende der siebziger Jahre in Deutschland erprobt wurden.

Der Artikel von *Elke Willke* in „*Psychologie Heute*“ (1978): „Tanz, Erfahrung jenseits der Sprache“ löste sehr großes Interesse aus und ermöglichte erstmals Kontakte unter denjenigen, die an dieser speziellen Methode interessiert waren.

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie (DGT) 1980, zunächst als Interessengemeinschaft Tanztherapie, dann als „Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie“, gab einen formalen und institutionellen Rahmen, um Tanztherapie in Deutschland weiter zu entwickeln.

Durch persönliche Kontakte zum Fritz Perls Institut und die Bereitschaft des Instituts, sich neuen kreativen Methoden zu öffnen, konnten 1982 erste Gespräche und intensive Vorarbeiten zu Weiterbildungskonzepten zum Integrativen klinischen Tanztherapeuten durchgeführt werden. Die Pilot-Weiterbildungsgruppe konnte schließlich 1985 beginnen. Seither werden die Weiterbildungsangebote zum Integrativen klinischen Tanztherapeuten von der EAG und der DGT in Kooperation organisiert.

Jedes Jahr begann bisher eine Weiterbildungsgruppe mit etwa zwölf bis fünfzehn Teilnehmerinnen, so daß wir bis 1993 etwa einhundert

Weiterbildungskandidatinnen in unserem Zweig fortgebildet haben. Maßgeblich an der Planung und dem Aufbau dieses vier- bis fünfjährigen berufsbegleitenden Curriculums waren beteiligt: *Elke Willke* (Dipl.-Psych., Dipl.-Sportl., Tanztherapeutin DGT, Gründungsmitglied und Vorstand der DGT) Prof. Dr. Dr. *Hilarion Petzold*, *Heidrun Waidelich* (Integrative Bewegungstherapeutin FPI, Tanzpädagogin, Certified Movement Analyst – C.M.A., staatlich geprüfte Motopädin) und *Trudi Schoop* (USA – Senior Consultant for Dance Therapy).

Das Weiterbildungsangebot von DGT und EAG war mit seiner psychotherapeutischen Fundierung in Deutschland einzigartig. Auch in den USA wurden und werden Tanztherapeutinnen an den Universitäten ausgebildet. Die Ausbildung ähnelt mehr einem wissenschaftlichen Studium mit einem Abschluß als M.A. Eigenanalyse, Selbsterfahrung, Supervision und Kontrollanalyse waren kein Teil des Studiums, ein eklatanter Mangel für eine fundierte therapeutische Praxis. Durch die Wahrung hoher Standards in der Weiterbildung und durch Kooperation mit anderen Instituten konnten wir inzwischen erreichen, daß viele Weiterbildungsinstitute ihre eigenen Weiterbildungsrichtlinien den formalen Anforderungen der DGT-/FPI-Richtlinien angepaßt haben. In Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Tanzforschung (GTF) haben sechs führende Institute inzwischen gemeinsame Richtlinien für die Weiterbildung zur Tanztherapie verabschiedet, wobei die Standards der DGT/EAG zum großen Teil in diese Richtlinien übernommen wurden.

DIE INTEGRATIVE TANZTHERAPIE

Die Integrative Tanztherapie ist eine spezialisierte therapeutische Methode, die den Tanz und die Bewegung nutzt, um die psychophysische Integration des Individuums zu erreichen. Sie hat sich aus den klassischen Ansätzen der Tanztherapie (*Schoop, Chace, Whitehouse, Espenak*) entwickelt. Es war insbesondere *Trudi Schoop*,

die mit ihrer phänomenologischen Vorgehensweise die Integrative Tanztherapie beeinflusste. Ihre Betonung der Bedeutung des Ausdrucks und der Wiedererarbeitung der menschlichen Ausdrucksfähigkeit durch tänzerische Aufgaben sowie die Betonung der künstlerischen Gestaltung – sowohl im Tanz als auch im Leben – sind wichtige Grundgedanken, die in die Integrative Tanztherapie aufgenommen wurden.

Der Mensch ist nach *Trudi Schoop* ein schöpferisches Wesen mit der Fähigkeit, aber auch der Verpflichtung zu gestalten, sich, sein Leben und seine Welt zu formen und zu prägen. Die Sinne sind die Grundausrüstung, die Kontakt mit und Reaktion auf die Welt ermöglichen. Über die Sinne wird unsere Welt „sinnlich“ und vielleicht auch „sinnvoll“. Die Sinneseindrücke wahrzunehmen und vom leiblichen Eindruck zum leiblichen Ausdruck zu gelangen und diesen Ausdruck individuell zu gestalten ist das besondere menschliche Vermögen und die besondere Verpflichtung. Der schöpferische Ausdruck hat seine Wurzeln in der Sinnentätigkeit des Leibes, in der Fähigkeit des Menschen, Eindrücke leiblich zu bewahren, und in dem konkreten leiblichen Miteinandersein der Menschen. In der Integrativen Tanztherapie und ihrem Medium, dem Tanz, stehen Leiberleben und leiblicher Ausdruck an zentraler Stelle. Der Tanz mit seinen unendlichen Möglichkeiten bietet für diese Arbeit an der Wiedergewinnung des Ausdrucks die idealen Voraussetzungen an. Im Tanz sind nämlich die funktionalen adaptiven Anteile weit geringer als in den Alltagsbewegungen. Deshalb können sich im Tanz alltägliche Qualitäten des Verhaltens und Bewe-gens und Erlebens verdichten und sich durch den verminderten funktionellen Anteil in ihren expressiven Qualitäten deutlich herausheben. In historischen und aktuellen Tanzstilen und -richtungen verdichten sich spezielle Qualitäten, die uns einen Einblick in die unterschiedlichen Möglichkeiten menschlichen Bewegungs- und Ausdrucksverhaltens geben. Damit öffnet sich im Tanz dem Therapeuten und Klienten und Patienten das gesamte Potential bisher gelebten

menschlichen Bewegungsausdrucks in verdichteter Form.

Die Ausdrucksarbeit als ein Hauptgebiet der Tanztherapie ist umfassend und vielschichtig. Bei vielen psychischen Erkrankungen ist die Fähigkeit verlorengegangen, Gefühle, Empfindungen und Wahrnehmungen adäquat auszudrücken und mitzuteilen. Viele psychisch erkrankte Menschen sind gefangen in bestimmten Ausdrücken und eingeschränkt in der Vermittlung nach außen. *Trudi Schoop* weist auf die Einschränkung der Ausdrucksfähigkeit bei psychiatrischen Patienten hin, wenn sie schildert, daß ihre Patienten „Spezialisten“ für einen Ausdruck geworden seien. Sie sieht Menschen, die ständig mit dem Ausdruck der zurückgehaltenen Wut durch die Klinik gehen, oder solche, die ständig verhangen sind, sich hängenlassen, oder Patienten, die auf jeden Kontakt mit denselben, stereotypen Bewegungen, mit Grimassen oder Tics – zwar ausdrucksstark, aber extrem stereotyp – antworten. Auch bei vielen Menschen, die uns alltäglich begegnen, ist die Ausdrucksfähigkeit eingeschränkt oder der Mut zum Ausdruck verlorengegangen. Zu der Genese vieler Neuroseerkrankungen trägt häufig das Unvermögen bei, auf „Eindrücke“ adäquate „Ausdrücke“ zu finden. Die Ursachen hierfür sind multipel und können hier nicht näher ausgeführt werden.

In der individuellen Geschichte – der Lebensgeschichte der Patienten und Klienten –, in der sich soziale und individuelle Aspekte verschränken, können wir oft feststellen, daß spontane Reaktionen und Äußerungen der Klienten in der Sozialisation und Erziehung verboten oder eingeschränkt wurden. Wut, Schreien, Zorn, Angst zeigt „man“ nicht oder hat „man“ nicht. Gefühle durften nicht gezeigt und nicht gelebt werden, weil dies weit schlimmere Konsequenzen für das Kind gehabt hätte. So werden Ausdrücke zurückgehalten und wirken ein, „drücken sich ein“ in den Menschen bis hin zur leiblichen, d. h. körperlichen und seelischen Deformierung. Manchmal geht die Deformierung so weit, daß sogar Eindrücke nicht mehr wahrgenommen werden können oder dürfen.

Bei der tanztherapeutischen Arbeit am Ausdruck geht es demzufolge nicht nur darum, Gefühle in Bewegungen, in motorische Abfolgen und Bewegungssequenzen umzusetzen und zu erarbeiten. Vielmehr geht es grundsätzlich darum, zwischen Eindruck und Ausdruck eine Verbindung herzustellen, den Zyklus von Aktion, Wahrnehmung, Reaktion, von Eindruck, Wahrnehmung und Ausdruck, wieder zu etablieren oder in Gang zu setzen.

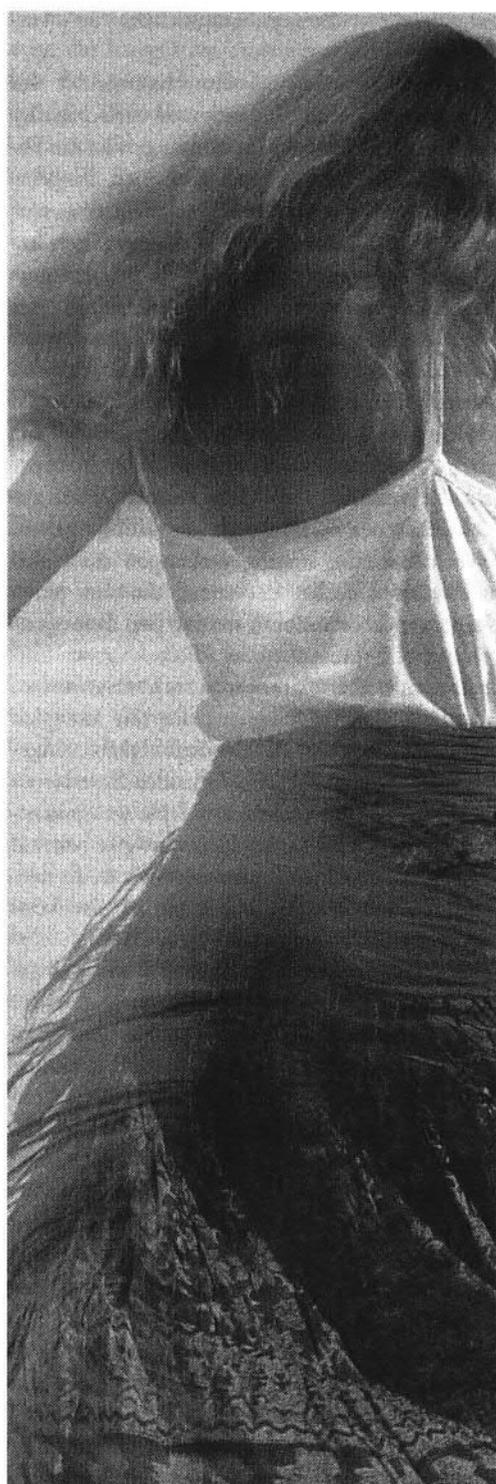
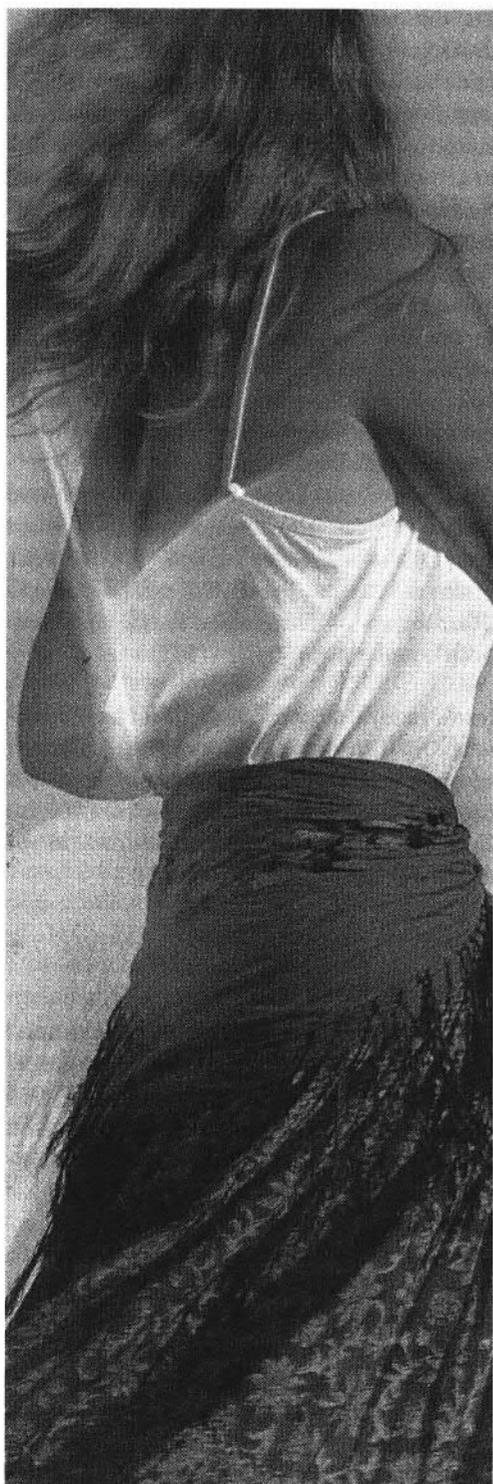
In der Arbeit mit dem Ausdruck unterscheiden wir die Arbeit mit Ausdrucksdefiziten, die Arbeit mit der Ausdruckshemmung, die Arbeit mit der Ausdrucksmodulation und die Arbeit mit Ausdruckskonflikten.

An dieser Stelle können die Methoden und Techniken der Tanztherapie natürlich nicht ausführlich dargestellt werden. Ich verweise hierzu auf das Buch von *Willke, Hölter, Petzold* „Tanztherapie – Theorie und Praxis, ein Handbuch“, Junfermann Verlag (1992).

Im folgenden möchte ich die Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie kurz vorstellen. Danach schließt sich ein Tagungsbericht über die 2. deutsche Tagung für Tanztherapie von *Martina Peter-Bolaender* an, der einen Eindruck in die Arbeit der DGT gibt.

DIE DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR TANZTHERAPIE (DGT)

Die „Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie“ besteht seit 1980. Sie wurde als Interessengemeinschaft Tanztherapie gegründet und 1984 in einen gemeinnützigen Verein umgewandelt. Die DGT war die erste tanztherapeutische Vereinigung in Europa. Sie hat das Ziel, die Grundlagen der Tanztherapie zu erforschen, Methoden zu entwickeln und zu lehren und die Ausübung der Tanztherapie zu fördern, um damit zu einer besseren psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen. Ein besonderes Anliegen ist es, hohe Kriterien professioneller Kompetenz, Erziehung und ethischer Praxis zu entwickeln und zu vertreten. Hierzu bietet die DGT Fortbildungen und in





Zusammenarbeit mit dem Fritz Perls Institut eine berufs begleitende Weiterbildung in Integrativer Klinischer Tanztherapie an, die – über vier Jahre laufend – Angehörige psychosozialer, künstlerischer und pädagogischer Berufe mit entsprechenden tänzerischen Vorkenntnissen und Neigungen zu „klinischen Tanztherapeuten“ ausbildet (siehe Strukturplan der Ausbildung). Bislang wurden 8 Ausbildungsgruppen mit insgesamt 120 TeilnehmerInnen seit 1987 durchgeführt.

Die DGT führt alle zwei bis drei Jahre einen Kongreß durch, auf dem der Stand der Tanztherapie zur Diskussion gestellt und fachlicher Austausch ermöglicht wird. Die Kongreßberichte werden von der DGT herausgegeben und geben Einblick in den Stand der Tanztherapie in Deutschland (vgl. den Bericht über die 1. Deutsche Tagung für Tanztherapie, *Integrative Therapie* 4 [1988] 383-384). Weiterhin wirkte die DGT mit bei der von der Abteilung für klinische Bewegungstherapie an der Freien Universität Amsterdam in Verbindung mit der EAG organisierten „1. Europäischen Tagung für Tanztherapie“ (17./18. November 1989) in Amsterdam.

Darüber hinaus kooperieren wir mit anderen Verbänden und Institutionen sowie den Tanztherapieverbänden in Europa. In enger Kooperation mit dem Fritz Perls Institut und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit führen wir die berufs begleitende Weiterbildung zum Integrativen Klinischen Tanztherapeuten durch und arbeiten mit der DGIB und der DGKT zusammen. Mit den kunst- und kreativitätstherapeutischen Vereini-

gungen gemeinsam versuchen wir, das Berufsbild des Tanztherapeuten zu etablieren und eine staatliche Anerkennung zu erlangen.

Die DGT hat gegenwärtig etwa 800 Mitglieder, davon sind etwa 250 Mitglieder aus der Schweiz. Sogar Interessenten aus Schweden, Belgien, den Niederlanden, Österreich und Italien sind bei uns Mitglied. Zweimal jährlich erscheint das 60 – 70 Seiten umfassende Informationsheft der DGT. Hier berichten wir über aktuelle Ereignisse in der Tanztherapieszene. Theoretische Artikel, historische Überblicke und Praxisberichte sowie Buchbesprechungen und Stellenangebote und verschiedene weitere Rubriken ergänzen diese Hefte und machen sie zu einem wichtigen Informationsträger.

In Kooperation mit anderen Weiterbildungsinstituten für Tanztherapie haben wir inzwischen gemeinsame Grundstandards für Weiterbildungen in Tanztherapie verabschiedet, um auf diese Weise eine Qualifikation von Tanztherapeuten zu erreichen und den inzwischen für Laien unübersichtlichen Bereich der Weiterbildungsangebote durchsichtig und überschaubar zu machen. Zukünftige Aufgabe der DGT wird es sein, das Berufsbild der Tanztherapeutin/des Tanztherapeuten zu präzisieren und für seine Anerkennung im Feld der Psychotherapie sowie bei den anderen kreativitätstherapeutischen Methoden zu arbeiten. Durch ihre mehr als zehnjährige Arbeit hat sich die DGT als führende Kraft für Theorie und Praxis der Tanztherapie in Deutschland etabliert. Der nachstehende Kongreßbericht gibt einen Einblick in den Stand der Entwicklung.

Kongreßbericht zur 2. Deutschen Tagung für Tanztherapie Zum Stand der Tanztherapie in Theorie und Praxis

Martina Peter-Bolaender

Anläßlich ihres 10jährigen Bestehens lud die Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie (DGT) zu ihrer 2. Tagung ein. Diese dreitägige Veranstaltung, die vom 28. bis 30. September 1990 in der Akademie Remscheid stattfand, war einer Pionierin der Tanztherapie, der Altmeisterin *Trudi Schoop* gewidmet, die seit vielen Jahren die Arbeit der DGT auf dem Gebiet der Tanztherapie in Deutschland aktiv mitgestaltet hat. So war auch die aus Los Angeles angereiste 87jährige *Trudi Schoop* wohl für viele TeilnehmerInnen erlebnismäßig der Höhepunkt dieser Tagung, nicht zuletzt, weil sie in ihrer überaus menschlichen, ergreifenden Weise über ihren Weg vom Tanz zur Tanztherapie berichtet. Wie in ihrem Buch „Won't you join the dance“ (...komm' tanz mit mir! Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzens zu helfen. Pan Verlag 1981) gesteht sie vollen Herzens ihre Liebe zum Tanz, zum Menschen und vor allem zum Tanz mit diesen „anderen“ Menschen in der Klinik, die sie nicht als Kranke bezeichnen möchte.

Sie spricht sehr offen sowohl über die Ängste ihrer Jugendzeit als auch über ihre heutigen Ängste. „Ich habe Feste gefeiert, um die Angstgötter zu beruhigen. Das war der Anfang meiner Tänze.“ Später, nach ihren ersten Bühnenauftritten und den Anfängen ihrer tanzpädagogischen Arbeit, begegnet sie auch *Rudolf von Laban*, der ihr sagte, sie solle ihre Angst tanzen, was sie auch tat. Bald löste sie sich aber wieder aus *Labans* Kreis. Sie wollte „keine 2. Wigman werden“ und nicht den Ausdruckstanz der *Labanschen* Schule erlernen. Sie ging ihren eigenen Weg, der sie in den 40er Jahren nach Los Angeles führte, wo sie in der Camarillo-Klinik ihre tanztherapeutische Arbeit begann und aus dieser Arbeit heraus ihre eigenen Methoden in der Arbeit mit psychotischen Menschen entwickelte.

Weitere Vorträge bereicherten die Auseinandersetzung mit einer Theoriebildung zur Tanztherapie. Aus geschichtlicher Perspektive lieferte *Elke Willke*, 1. Vorsitzende der DGT, in ihrem Eröffnungsvortrag einen Überblick über die Tanztherapie in Deutschland. Hierbei wurden die Vorläufer des tanztherapeutischen Ansatzes aufgezeigt, die sich schon in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelten. Sie skizzierte den Weg über die Gründung der Interessengemeinschaft Tanztherapie bis hin zur Vereinsgründung 1984 und zur Entwicklung des Ansatzes einer Integrativen Tanztherapie, wie er in Weiterbildungsangeboten der DGT und in Zusammenarbeit mit dem Fritz Perls Institut und der EGT gelehrt wird.

Aus bewegungsanalytischer Perspektive stellte *Warren Lamb*, ehemaliger Schüler und Mitarbeiter von *Rudolf von Laban*, seine Weiterentwicklung der Bewegungsbeobachtungsmethoden, die er als ‚Action Profiling‘ bezeichnet, vor. Ungeachtet seines hohen Alters untermalte er seine Ausführungen über „Movement and Interaction“ mit körpersprachlichen bis hin zu tänzerischen Mitteln, so daß auch Zuhörerinnen mit weniger ausgeprägten Englischkenntnissen noch viel von der vorgestellten Materie verstehen konnten, weil sie auf eindringliche Art und Weise durch nonverbale Aspekte der Sprache und durch Körpersprache illustriert wurde. Aus phänomenologisch-anthropologischer Perspektive untersuchte Prof. Dr. *Hilarion Petzold*, wissenschaftlicher Leiter des Fritz Perls Instituts und Professor für „klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik“ an der Freien Universität Amsterdam, die Geste als Leibsymbold und als Sozialisationsinstanz und betrachtete die Geste im Kontext von Bewegungsimprovisation und therapeutischer Beziehung.

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive untersuchte Dr. *Ursula Fritsch*, wissenschaftliche

Mitarbeiterin der Universität Frankfurt, die Fragestellung „Ausdruck – von Innen nach Außen oder von Außen nach Innen?“. In ihrem Vortrag, der eine erstaunlich lebendige und intensive Diskussion auslöste, analysierte *U. Fritsch* ausgewählte Beispiele der Tanzkunst des 20. Jahrhunderts („Seelenausdruckskunst“ der 20er Jahre und moderne Tanztheater der letzten 20 Jahre) unter Verwendung *Bourdie*scher Konzepte. Den reinen Ausdruck von innen nach außen, auf den auch Tanztherapeuten vielfach rekurrieren, könne es demnach gar nicht geben. Es gelte vielmehr, die unkommunizierbaren, einverlebten Sinn-Strukturen und damit auch Aspekte unserer politischen Mythologien aufzuspüren. Dabei gehe es nicht mehr darum, das Problem als Auseinanderklaffen von Äußerem-Fremdem hier und Innerem-Authentischem dort zu deklarieren, sondern darum, das Problem als im Menschen und in seinem Verhalten und Denken und Fühlen existierend zu begreifen. In diesem Sinne läßt sich der Versuch *Pina Bauschs* und anderer TanzkünstlerInnen, sich den sozialen Mustern, Schemata, „banalen Alltagsituationen“ so intensiv auszusetzen, bis unsere Beschädigungen deutlicher spürbar werden, als ein Stück Bewußtseinsarbeit und ein Schritt auf dem Weg der Integration interpretieren.

Das anspruchsvoll gestaltete und breit gefächerte Angebot an Arbeitsgruppen ermöglichte sowohl Einblicke in tanztherapeutische Arbeitsweisen in spezifischen Anwendungsfeldern, wie Tanztherapie

- mit psychiatrischen Patienten (*Claudia Greven*, Köln)
- in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (*Silke von der Heyde*, München)
- mit neurotischen Patienten (*Wolf Werner Wolf*, Düsseldorf)
- mit psychosomatischen Patienten (*Friederun Neuser*, Ratingen) als auch themenzentrierten Arbeitsgruppen, die spezifische methodische Fragestellungen aufwarfen und methodologische Akzentuierungen vorstellten wie
- Tango- und Paartherapie: Ich tanze Kontakt, Begegnung, Beziehung (*Marie Paule Renaud*, Hamburg)

- Gestaltung als konfliktzentrierte Arbeitsweise in der Tanztherapie (*Mona Dorsch*, Essen)
- Atem, Stimme und Tanz: Ein Weg zum integrierten Ausdruck (*Sabine von der Tann*, München)
- Bartenieff-Fundamentals im Kontext tanztherapeutischer Arbeit (*Ute Lang*, Berlin)
- Movement in Depth: Zur Arbeitsweise der analytisch orientierten Tanz- und Bewegungstherapie (*Imke Fiedler*, Hamburg)
- Movement Studies: Looking at movement patterns that we produce, learning to change and to create new ones (*Amos Hetz*, Jerusalem)
- Symbole der Imagination und Tanztherapie. Ein tiefenpsychologischer Ansatz (*Annette Guionnet*, *Michael Geis*, Santa Barbara, USA)
- Die Bedeutung rhythmustherapeutischer Erfahrungen für die Tanztherapie (*Rainer Brückmann*, Essen).

Als Rahmenprogramm war sowohl für die morgendliche Einstimmung mit Tanz- und Percussionsinstrumenten als auch für den Ausklang des Samstagabends mit einer anspruchsvollen Tanzaufführung gesorgt. Die Tanzgruppe Maja Lex aus Köln tanzte ihre schon hochgelobte Choreographie „Sedianka – Abendliches Treffen“, die beim diesjährigen 20. Internationalen Wettbewerb von Bagnolet, einer der wichtigsten europäischen Plattformen für junge ChoreographInnen, die Auszeichnung für die beste musikalische Interpretation erhielt. Zur Musik „Le Mystère des Voix Bulgares“ loteten die Tänzerinnen ihre Möglichkeiten des Frau-Seins tänzerisch aus; verkörperten Frauenrollen, wie Mutter, Tochter, die Besessene, die Versponnene, und transformierten den gefühlsstarken Frauengesang in vielschichtigen tänzerischen Ausdruck. *Lisa Thomas* aus Berlin tanzte ihr meditatives Solo „Erba“ und ein witzig-spritzig komponiertes, humorvolles Duett „Gefusel“ mit *Johannes Bothen* zu einer Musik von *Strawinsky*. Zur höchst erfreulichen Bilanz dieser Tagung zählen folgende Zahlen und Fakten: Von den 18 geladenen Referenten waren 12 Frauen und 6 Männer (noch deutlicher spiegelt sich die Domäne der Frau in der Tanz-

therapie im Verhältnis der männlichen und weiblichen Teilnehmer). Neben den 5 VertreterInnen der DGT und den 3 VertreterInnen des FPIs waren 6 Referentinnen aus anderen Verbänden und tanztherapeutischen Institutionen vertreten. Dies zeigt eine wünschenswerte und fruchtbare Öffnung, einen gangbaren Weg zum Austausch zwischen verschiedenen Ansätzen von Tanz- und Bewegungstherapie in Deutschland. Die mit mühevoll-achtsamer Detailarbeit organisierte und durchgeführte Tagung konnte gerade wegen der liebevollen Atmosphäre zu einem wirklichen Ort der Begegnung, des fach-

lichen Austauschs werden. Für die Zukunft wird nun ein neuer Tagungscharakter als neuer Arbeitsschritt auf dem Weg der Differenzierung und Evaluierung von tanztherapeutischen Prozessen wünschenswert. Zukünftig können die Themenstellungen auf Kosten der Vielfalt, aber zugunsten der Methodendiskussion, der Erörterung von Kompatibilität von Systemen, Lehrgebäuden und Methoden am Beispiel beleuchtet, fokussiert und exemplifiziert werden. Neben dem schweifenden, vielaspektigen Blick ist für die zukünftige Arbeit auch der sezierende Blick der TanztherapeutInnen gefragt.



8.

Musiktherapie



**Strukturplan der Weiterbildung für Integrative Musiktherapie
Musikpsychotherapie**

	Grundstufe	Mittelstufe	Oberstufe	
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
40 Std. Zulassungsseminar, ein musiktherapeutisches Interview, ein Gestaltinterview	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe			60 Std. fortl. Supervision, regional
	24 Std. Rhythmus, Klang- und Harmonie im musikalischen Erleben; fakultativ 40 Std. Rhythmus, Bewegung und Percussion in der IMT; 40 Std. musiktherapeutische Stimmarbeit; fakultativ 24 Std. Theorie I; mindestens 24 Std. Wahlpflichtfächer Praktikum	24 Std. Theorie II; 40 Std. Musik und Traum; 24 Std. Improvisationen in der Musiktherapie; fakultativ 40 Std. Musik, Körper u. Gestalt mindestens 24 Std. Wahlpflichtfächer Praktikum	24 Std. Theorie III; 40 Std. Diagnostik (Erstinterview / proz. Diagnostik); fakultativ 24 Std. musiktherapeutische Diagnostik; 40 Std. Methoden, Techniken, Medien, der IMT; mindestens 24 Std. Wahlpflichtfächer Fachprüfung; Praktikum	40 Std. Krisenintervention 40 Std. Gruppenprozeßanalyse; 40 Std. Supervision I (Methodik); 40 Std. Supervision II (Kasuistik); 460 Std. kontrollierte Einzel- und Gruppenarbeit; mindestens 24 Std. Wahlpflichtfächer Praktikum
	80 Std. Intensivseminar Musik, 80 Std. Gestaltkibbuz, 60 Std. Einzelmusiktherapie, 200 Std. Gestaltlehranalyse (oder 260 Std. integrierte musiktherapeutische Lehranalyse), 100 Std. Kontrollanalyse, 20 Std. Anamnesen.			
	240 Std. fortlaufende regionale Theoriegruppe; fortlaufende regionale musiktherapeutische Lern-, Spiel- und Arbeitsgruppen; private Fortbildung im künstlerischen Bereich.			

Dokumentation der Entwicklung der Integrativen Musiktherapie als Zweig der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG

Isabelle Frohne-Hagemann, Berlin

Definition:

»Integrative Musiktherapie (IMT) ist eine ganzheitliche Methode, in der psychotherapeutische, musikagogische und musikheilpädagogische Maßnahmen klinisch fundiert verbunden werden. Sie kann als psychotherapeutische Methode konfliktzentriert-aufdeckend angewandt werden und als agogisch-musiktherapeutische Methode übungszentriert oder erlebniszentriert mit klinischer, heilpädagogischer, präventiver oder rehabilitativer Zielsetzung eingesetzt werden.

Der Integrative Musiktherapeut wendet die Ergebnisse und Methoden psychologischer Grundlagendisziplinen und verwandter Bereiche wie (Musik)-Psychologie, (Musik)-Soziologie, Medizin u. a. sowohl im (musik)psychotherapeutischen als auch im (musikheilpäd)agogischen Sinne an. In dieser Hinsicht ist Musiktherapie immer als „klinische“ Methode zu verstehen. Sie ist eine praxisbezogene Disziplin auf der Grundlage integrativer meta-theoretischer Konzepte.«

Die Arbeit mit kreativen Medien ist seit der Gründung des FPIs 1972 immer schon Bestandteil der curricularen Inhalte gewesen. Es hat sich allerdings erwiesen, daß der gezielte therapeutische Einsatz kreativer Medien wie Musik, Kunst etc. größere Spezialkenntnisse, -fähigkeiten und -fertigkeiten verlangt und mehr voraussetzt, als in den Zweigen Psychotherapie bzw. Soziotherapie oder Integrative Bewegungstherapie vermittelt werden konnte. Ein Therapeut, der musiktherapeutisch arbeiten will, muß nicht nur musikalisch sein und Schallplatten besitzen, sondern musikalische und instrumentale Fähigkeiten und Fertigkeiten mitbringen, die z. B. in der gemeinsamen Improvisation mit dem Patienten über das „Medium Instrument“ Dimensionen musikalischer Interaktionen (etwa Konfluenz, Kontakt und Begegnung) entstehen lassen können.

Überdies muß er das *Medium Instrument*, die *Methode Musik* (als gespielte oder gehörte Musik), d. h. die Improvisationen eines Patienten oder einer Patientengruppe diagnostisch handhaben können. Diese Spezifität brachte es mit sich, daß schon früh an FPI/EAG musiktherapeutisch interessierte Kollegen auf der Grundlage ihrer Psychotherapieausbildung am Institut und eigener musikalischer Ausbildung Überlegungen zur Verbindung von psychotherapeutischen und musikalischen Möglichkeiten zu einer „Integrativen Musiktherapie“ anstellten (Canacakis-Canàs 1975; Frohne 1976). Nach ausführlichen Vorarbeiten wurde es möglich, Musiktherapie als eigenen Studiengang an FPI/EAG zu etablieren. Ein solcher Studiengang bedeutete eigentlich für diejenigen, die eine solche Weiterbildung absolvieren wollten, eine Ausbildung sowohl in „Integrativer Therapie“ als auch in „klinischer Musiktherapie“. So ist die Integrative Musiktherapie einerseits eine spezielle *Methode des Verfahrens* der Integrativen Therapie, andererseits kann sie auch als eine eigenständige Methode gesehen werden, welche auch der Integrativen Therapie fruchtbare Anregungen gibt. 1982 erschien in der Zeitschrift „Integrative Therapie“ der erste „Entwurf eines Curriculums zur berufsbegleitenden, tiefenpsychologischen Aus- und Weiterbildung zum klinischen Musiktherapeuten“ (*Integrative Therapie* 4/82). An der Planung zum Aufbau des (mindestens) vierjährigen berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildungsgangs „*Integrative Musiktherapie*“ mit Graduierung als klinische(r) MusiktherapeutIn“ waren maßgeblich beteiligt: Dr. phil. Isabelle Frohne, Musik- und Gestaltpsychotherapeutin (DGGT), Dozentin an der Musikhochschule Hamburg und dann Leiterin des eingerichteten Studiengangs an FPI/EAG, ferner Prof. Dr. med. Wolfgang

Schroeder, Arzt und Leiter der Musiktherapieausbildung in der Hardtwaldklinik Zwesten (Gestaltklinikum des FPI) sowie *Dr. phil. Jorgos Canacakis-Canàs*, Musik- und Gestalttherapeut, Sänger und Diplom-Psychologe, sowie langjähriger Mitarbeiter am FPI. Fast zur selben

Neue 1. Vorsitzende ist *Dipl.-Psych. Roswitha Thomas*, stellvertretende Vorsitzende *Soz.-Päd. Ilse Wolfram*).

Der BKM und FPI/EAG arbeiteten von Anfang an eng zusammen in bezug auf die Wahrung psychotherapeutischer Standards bei der

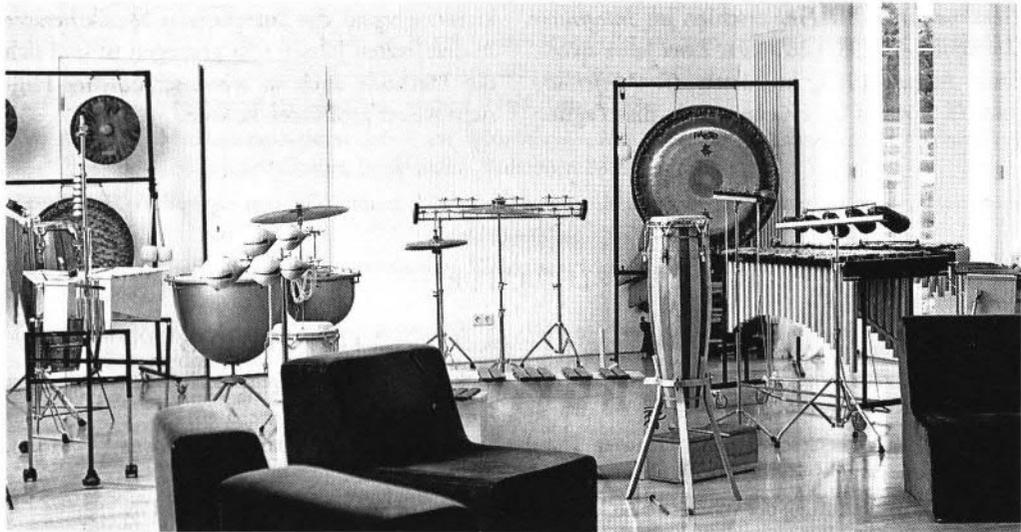


Zeit (Juli 1982) wurde der „Berufsverband Klinischer Musiktherapeuten in der BRD e.V.“ (BKM) gegründet, dessen 1. Vorsitzende *Dr. I. Frohne* und deren stellvertretender Vorsitzender *Dr. J. Canacakis-Canas* wurde. (Der Vorstand wechselte erstmalig 1988, die früheren Vorstandsmitglieder wurden Beiratsmitglieder.

Graduierung zum „Klinischen Musiktherapeuten“. Die Betonung der Notwendigkeit psychotherapeutischer und klinischer Fundierung der Musiktherapie war relativ neu in der BRD, boten doch z. B. die damals bestehenden Hochschulausbildungen Selbsterfahrung und Lehranalyse, Supervision und Kontrollanalyse wenn

überhaupt, dann erst in sehr viel geringerem Umfang an, z. B. 30 Stunden Eigentherapie. Gab es damals von seiten der Hochschulen, an denen Musiktherapie gelehrt wurde, auch heftigen Widerstand gegen die Einrichtung eines nichtstaatlichen Studiengangs an FPI/EAG, so kann doch heute, 1993, gesagt werden, daß diese Ausbildung als Postgraduate-Studium von kompetenter Seite her ernst genommen und anerkannt wird (vgl. z. B. die Stellungnahme des DBVMT zur geplanten Neuregelung des Psychotherapeutengesetzes vom Okt. 1990). Neben der Ausbildungsförderung ist der BKM auch Mitglied im *Dachverband der Kunst- und Kreativitätstherapeuten (DGKT e.V.)* und kooperiert auf berufspolitischer Ebene auch mit dem oben genannten *„Deutschen Berufsverband für Musiktherapeuten in der BRD“ (DBVMT e.V.)*. Die erste musiktherapeutische Ausbildungsgruppe konnte 1985 beginnen, nachdem die Anerkennung nach § 34 AFG und damit Förderung über das Arbeitsamt gewährleistet worden war. Seit 1985 gibt es jährlich eine neue Ausbildungsgruppe mit Ausnahme von 1988. Es gibt also z. Z. sechs Gruppen á 12 bis 16 Teilnehmern, d. h. etwas mehr als 80 angehende MusiktherapeutInnen, die als klinische MusiktherapeutInnen bzw. MusikpsychotherapeutInnen ausgebildet werden und z. T. schon im Gradu-

ierungsverfahren stehen. Als weitere LehrtherapeutInnen und Lehrbeauftragte konnten für den Studiengang „Integrative Musiktherapie“ noch gewonnen werden: die am FPI in Gestalt- und Bewegungstherapie ausgebildete Musiktherapeutin und Konzertorganistin *Dr. phil. Irma-traud Tarr*, *Renate Lüpertz*, Gestalt- und Bewegungslehrtherapeutin am FPI, sowie Musiklehrerin, *Dr. phil. Tonius Timmermann*, Musiktherapeut, Universität Ulm, ferner *Fritz Hegi*, Musiktherapeut und Leiter der Ausbildung zum Musiktherapeuten in Zürich (BAM), *Josef Moser*, Musiktherapeut mit Ausbildung in Integrativer Bewegungstherapie am FPI sowie musiktherapeutischer Ausbildung in Wien sowie Gastlehrkräfte wie z. B. *Gertrud Katja Loos*, *Gertrud Orff* u. a. Die am FPI ausgebildeten Musiktherapeuten absolvieren wie in den anderen Zweigen eine Gestaltlehreanalyse von mindestens 150 Stunden, haben aber zusätzlich noch 60 Stunden Einzelmusiktherapie, die bei vom BKM und von FPI/EAG anerkannten Lehrmusiktherapeuten, die nicht zum FPI gehören müssen, absolviert wird. Dadurch lernen die Kandidaten auch andere Methoden der Musiktherapie kennen und können diese auf der Basis ihrer Kenntnisse in Integrativer Musiktherapie in ihren persönlichen Stil integrieren. Eine Schwäche der Ausbildung besteht z. Z.



noch darin, daß es nicht genügend Lehrtherapeuten mit Ausbildung in Integrativer Therapie und Musiktherapie gibt. Dies macht sich besonders bei der klinischen Ausbildung ab dem 3. Jahr bemerkbar, weil regional entsprechende Supervisoren und Kontrollanalytiker fehlen. Wir sind daher noch gezwungen, die musiktherapeutische Arbeit der Ausbildungskandidaten bei FPI-Lehrtherapeuten supervidieren und kontrollieren zu lassen, die keine Musiktherapeuten sind, bzw. Musiktherapeuten anderer Richtungen einzubeziehen, was in diesem Falle in bezug auf die Lehre der Integrativen Musiktherapie nicht immer hilfreich ist. Es ist jedoch schon abzusehen, daß aus den eigenen Reihen in einigen Jahren genug Nachwuchs herangewachsen ist, der diesen Teil der Ausbildung dann abdecken kann.

Der BKM bot in Kooperation mit FPI und EAG alle zwei Jahre eine musiktherapeutische Fachtagung mit verschiedenen Themenstellungen an. Im Dezember 1985 fand das Symposium „Klinische Musiktherapie“ in Hückeswagen unter der Leitung von Dr. Isabelle Frohne und Dr. Jorgos Cancakis-Canas statt. Ein Tagungsbericht dieses Symposiums von Roswitha Thomas findet sich in: *Integrative Therapie* 3-4 (1985) 385-387. Im Mai 1987 wurde von Hilarion Petzold ein „Gong-Symposium“ in Hückeswagen organisiert. Den Tagungsbericht von Jochen Genthner und Rita Fink erschien in: *Integrative Therapie* 2-3 (1987) 289-291. Zwei Jahre später, Ende August 1989, initiierten G. Meijerburg und H. Petzold in Hückeswagen die Tagung

„Trommeln in der Therapie“. Den Tagungsbericht schrieb Rosemarie Strunck in: *Integrative Therapie* 1-2 (1990) 163. Ein Jahr später, im Oktober 1991, veranstaltete H. Petzold an der EAG mit BKM und FPI ein „Europäisches Symposium für Stimme und Therapie“. Im April 1992 fand eine Tagung zum Thema „Musik und Depression“ in Hückeswagen statt, die erstmalig nur von Ausbildungskandidaten des Studiengangs organisiert und durchgeführt wurde. Die Referenten setzten sich aus den eigenen Reihen zusammen mit Ausnahme der beiden Hauptvortragenden, ein Zeichen für die gewachsene Kompetenz.

Integrative Musiktherapie – sowie aber auch andere Richtungen innerhalb der Musiktherapie – wurde auch auf den seit 1983 jährlich stattfindenden „Symposien für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“ der DGKT vorgestellt. Diese Symposien dienen ja dazu, den einzelnen künstlerischen Sektionen Musiktherapie, Tanztherapie, Poesietherapie etc. Gelegenheit zu geben, sich wissenschaftlich auszutauschen und therapierelevante Konzepte zu diskutieren. Neben der Mitwirkung an diesen Symposien waren die Lehrkräfte des Studienganges regelmäßig auf Gestalttherapiekongressen, Musiktherapiekongressen und -tagungen anderer Veranstalter vertreten, so daß der Bekanntheitsgrad der Integrativen Musiktherapie in den letzten Jahren sehr gestiegen ist und sich die Methode auch in wissenschaftlicher Hinsicht weiter profilieren konnte.

LITERATUR

- Canacakis-Canàs, J., Zur Praxis der Musiktherapie, *Integrative Therapie* 4 (1975) 220-227.4
- Decker-Voigt, H.H. (Hrsg.), Handbuch Musiktherapie, Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung, Eres, Lilienthal 1983.
- Frohne, I., Musiktherapie als Form kreativer Therapie, in: Petzold, H.G., Thamm, A., Frohne, I. (Hrsg.), Poesie- und Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1983, 66-83.
- Frohne, I., Zur Bedeutung der verschiedenen künstlerischen Medien, in: Decker-Voigt (1983) 175-181.

- Frohne, I., Zum Stellenwert künstlerischer Medien für therapeutische Prozesse, in: *Decker-Voigt* (1983) 182-185.
- Frohne, I., Möglichkeiten integrativer Arbeit mit verschiedenen künstlerischen Medien in der Musiktherapie, in: *Decker-Voigt* (1983) 185-189.
- Frohne, I., Musiktherapie auf der Grundlage der Integrativen Gestalttherapie, *Musiktherapeutische Umschau* 7 (1986) 111-123.
- Frohne, I., Musiktherapie als Methode der Integrativen Therapie, *Gestalt-Bulletin*, Mitteilungsblatt der DGGK 1 (1987) 80-89.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie – zur Ausbildung zum klinischen Musiktherapeuten am Fritz Perls Institut, *Musiktherapeutische Umschau* 10 (1989) 334-336.
- Frohne-Hagemann, I., Musik und Traum. Zur Arbeit mit Träumen aus der Sicht der Integrativen Musiktherapie, in: *Frohne-Hagemann* (1989) 153-170.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsfördernde Methode, in: *Frohne-Hagemann* (1989) 99-120.
- Frohne-Hagemann, I., Phonooidische Therapie und Gongsingen als Beispiele für den Einsatz der Stimme in der Integrativen Musiktherapie, *Musiktherapeutische Umschau* 2 (1990) 166-168.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie und ihr psychotherapeutisches Selbstverständnis, *Musiktherapeutische Umschau* 4 (1990).
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie, Institut Kosmos, Graz, Jg. 1, Heft 3, 1990.
- Frohne-Hagemann, I., Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks (Nachdruck von 1983), in: *Petzold, H.G., Orth, I.* (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990.
- Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.), *Musik und Gestalt*, Junfermann, Paderborn 1990.
- Petzold, H.G., Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987b) 194-234.
- Petzold, H.G., Heilende Klänge. Der Gong in der Therapie, Meditation und Sound Healing, Junfermann, Paderborn 1989c.
- Tarr Krüger, I., Zwei Orgelkonzerte Händels in Musikaufzeichnungen des 18. Jahrhunderts, *Ars organi. Zeitschrift für das Orgelwesen*, Kassel 1987, H.1.
- Tarr-Krüger, I., Die Bedeutung der musischen Fächer für die Gesundheitserziehung, *Gesundheit und Schule* 5 (1988) 118-122.
- Tarr-Krüger, I., Der Hunger, das Maß, die Sinne. Musiktherapie bei Bulimie, *Musiktherapeutische Umschau* 10 (1989).
- Tarr-Krüger, I., Verhungern im Überfluß, Asanger, Heidelberg 1989.
- Tarr Krüger, I., Musiktherapeutische Arbeit am Widerstand – Musiktherapie und Bulimie, in: *Frohne-Hagemann, I.*, *Musik und Gestalt*, Junfermann, Paderborn 1989.
- Tarr-Krüger, I., Bulimie und Widerstand. Ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz, Asanger, Heidelberg 1990.
- Tarr-Krüger, I., Indikation in der ambulanten Klinischen Musiktherapie, *Musiktherapeutische Umschau* 3 (1991).
- Tarr-Krüger, I., Musiktherapeutische Arbeit bei Kindern mit psychosomatischen Erscheinungen. Unterdrückung des Gefühls und Verödung des Körpers, *Der Kinderarzt* 10 (1991).
- Tarr Krüger, I., Wenn die Seele schweigt, schreit der Körper. Integrative Musiktherapie bei Kindern mit psychosomatischen Störungen, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 156-163.
- Tarr-Krüger, I., *Lampenfieber, Ursachen, Wirkung und Behandlung*, Kreuz, Stuttgart 1991.
- Tarr-Krüger, I., Musiktherapie als Psychotherapie, *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* (in Vorbereitung).

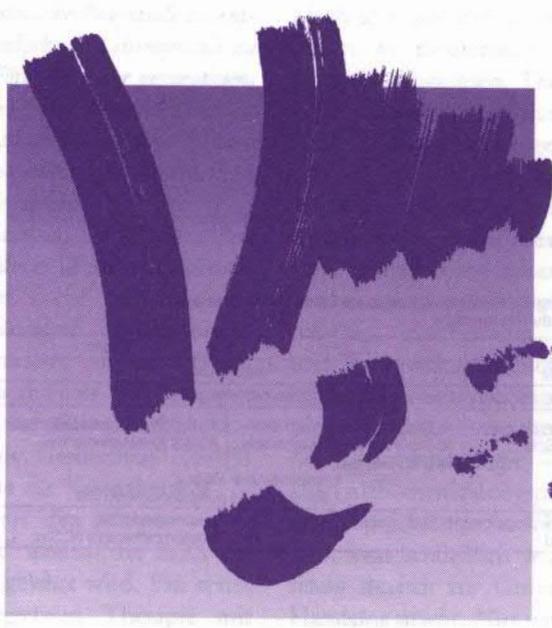
Wahlpflichtfächer (je 24 Std.):

Therapeutisches Trommeln II
Therapeutische Instrumentenkunde
Trauerarbeit in der IMT
Musik und Entspannung
Rhythmik in der Musiktherapie
Einführung in andere Verfahren der Musiktherapie
(Gastvorlesungen/-seminare) z. B.
Einführung in die morphologische Musiktherapie
Einführung in die analytische Musiktherapie
Einführung in die Regulative Musiktherapie
Einführung in die Nordoff/Robbins Musiktherapie u. a.
Forschungsmethoden und -probleme der Musiktherapie

Der Strukturplan der Weiterbildung für Integrative Musiktherapie ist dem Text vorangestellt.



9. Kunsttherapie



Strukturplan der Weiterbildung für Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie
A) Klinische Kunst- und Kreativitätstherapie

Zulassungsseminar 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe			60 Std. Supervision (2jährg)
	40 Std. Bildnerischer Ausdruck 40 Std. Szenisches Spiel 24 Std. Theorie I	40 Std. Traum und Imagination 40 Std. Poesie- u. Bibliothherapie 24 Std. Theorie II Intensivseminar Kibbuz Leib- und Bewegungstherapie 80 Std.	40 Std. Prozessuale Diagnostik 40 Std. Krisenintervention	60-80 Std. Wahlpflichtfächer 40 Std. Supervision I, Methodik kontrollierte Gruppenarbeit und Einzeltherapie
	Fortlaufendes Theorieprogramm 160 Std. Lehrtherapie 100 Std.		Anamnesen 10 Std. Kunsteinzeltherapie 50 Std.	Kontrollstunden 50 Std.

B) Kunstpsychotherapie

Zulassungsseminar 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe			60 Std. Supervision (2jährg)
	40 Std. Bildnerischer Ausdruck 40 Std. Szenisches Spiel 24 Std. Theorie I	40 Std. Traum und Imagination 40 Std. Poesie- u. Bibliothherapie 24 Std. Theorie II Intensivseminare: Leib- und Bewegungstherapie 80 Std. Gestaltkibbuz 80 Std.	40 Std. Prozessuale Diagnostik 40 Std. Krisenintervention	60-80 Std. Wahlpflichtfächer 40 Std. Supervision I, Methodik 40 Std. Supervision II, Kasuistik kontrollierte Gruppenarbeit und Einzeltherapie
	Fortlaufendes Theorieprogramm 200 Std. Lehranalyse 200 Std.		Anamnesen 20 Std. Kunsteinzeltherapie 50 Std.	Kontrollanalyse 100 Std.

8 Unterrichtsstunden gelten als eine Weiterbildungseinheit

Integrative Kunstpsychotherapie und therapeutische Arbeit mit „kreativen Medien“ an der EAG

Hilarion Petzold, Ilse Orth

Definition:

»Integrative Kunstpsychotherapie ist die Behandlung psychisch, psychosomatisch und psychosozial kranker Menschen mit künstlerischen Methoden und Medien durch die theoriegeleitete Beeinflussung von Haltung und Verhalten sowie die Konstituierung von ‚Sinn‘ als leiblich-konkreter, sinnhafter Erfahrung und Aneignung der eigenen Lebensgeschichte, kokreative Gestaltung der Lebensgegenwart und der persönlichen Zukunftsentwürfe im Rahmen des intersubjektiven Prozesses einer therapeutischen Beziehung. Integrative Kunsttherapie ist darauf gerichtet, beschädigte Subjektivität zu restituieren, persönliche Potentiale zu entwickeln und eine intersubjektive Lebenspraxis zu ermöglichen durch die Förderung der perzeptiven, expressiven, memorativen und kommunikativen Fähigkeiten des Menschen mittels eines breiten Spektrums an Formen künstlerischen Ausdrucks in kokreativer, intermedialer Arbeit.«

Diese vielfacettige Definition, die Hilarion Petzold (1991) seinem Referat „Kunsttherapie als intersubjektiver Prozeß“ auf dem ersten kunsttherapeutischen Kongreß in den neuen Bundesländern – veranstaltet von der „Deutschen Gesellschaft Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) und der „Kölner Schule für Kunsttherapie“ –, vorstellte, kennzeichnet den Ansatz, wie er am „Fritz Perls Institut“ und an der EAG seit Anfang der 70er Jahre gelehrt wird. Ein erstes Curriculum zur „Integrativen Therapie mit kreativen Medien und intermedialen Kunstpsychotherapien“ wurde 1972 begonnen, und zwar in Ausbildungsgruppen, die von Katharina Martin in der Schweiz und Johanna Sieper in Düsseldorf durchgeführt wurden. Seit diesen ersten Anfängen – es handelt sich um das erste psychotherapeutisch orientierte Weiterbildungsangebot für „Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“ in der Bundesrepublik – hat

sich dieses Arbeitsfeld immer mehr ausdifferenziert. Die Praxeologie wurde durch die Arbeit der Kunst- und Kreativitätstherapeuten im „Klinikum des Fritz Perls Instituts“ an den Hardtwaldkliniken in Zwesten (Hausmann, Meier-Weber 1990) in einem klinischen Praxisfeld erprobt, indem Methoden, Techniken und Medien in der Behandlung von Schwerkranken, in der Regel Erwachsenen eingesetzt werden konnten. Andere Kollegen haben in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie *intermediale* Arbeit eingesetzt (Ramin, Petzold 1987; Heineremann 1990). Der „body of knowledge“ ist so über fast zwei Jahrzehnte in theoretischer und praxeologischer Hinsicht gewachsen. Das unter dem Namen „Die neuen Kreativitätstherapien“ (Petzold, Orth 1990) herausgegebene zweibändige „Handbuch der Kunsttherapie“ dokumentiert im zweiten Band, in dem ausschließlich Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte von FPI und EAG mitgearbeitet haben, unseren Ansatz. Er ist dadurch charakterisiert, daß er ästhetiktheoretische, künstlerische, psychotherapeutische und kreativitätspsychologische Konzepte verbindet, also einerseits expliziten Rekurs auf klinische Ansätze – vornehmlich aus dem Bereich der Tiefenpsychologie – nimmt, andererseits aber auch entwicklungspsychologische und allgemeinpsychologische Theorienbildung einbezieht und schließlich den künstlerisch-ästhetischen Bereich zur Grundlage des praktischen Handelns macht. Nur wenige Schulen künstlerischer Therapie integrieren diese drei Dimensionen. Integrative Kunsttherapie versteht sich uneingeschränkt als ein klinisches Verfahren mit durchaus auch persönlichkeitsentwickelnden und heilpädagogischen Dimensionen. Gemäß unserer methodischen Differenzierung in eine „übungszentriert-funktionale Modalität“ (man übt Wahrnehmungs- und Ausdrucksfunktionen, übt am Material und am Medium),

eine „*erlebniszentriert-stimulierenden Modalität*“ (man improvisiert kreativ mit dem Medium) und einer „*konfliktzentriert-aufdeckenden Modalität*“ (man versucht, unbewusste Inhalte in der Gestaltung aufzufinden) haben wir zwei Orientierungen in der Ausbildung:

– *Kunstpsychotherapie*, die alle drei Modalitäten umfaßt und nach der gesetzlichen Lage in der BRD (in Österreich und der Schweiz liegen die Dinge anders) vornehmlich von Ärzten und Psychologen erlernt und ausgeübt wird. Hier werden besonders Patienten mit schweren Krankheitsbildern z. T. in Langzeittherapien im Einzel- und im Gruppensetting behandelt.

– *Klinische Kunsttherapie*. Sie zentriert sich auf die *übungszentriert-funktionale* und *erlebniszentriert-stimulierende* Modalität, hat aber dadurch, daß die Grenzen zur *konfliktzentriert-aufdeckenden* Form oftmals fließend sind, auch psychotherapeutische Implikationen. In diese Weiterbildungsrichtung werden Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Menschen mit einem künstlerischen Studium etc. aufgenommen.

Die Betonungen der klinischen Ausrichtung liegt uns am Herzen, weil es uns wichtig erscheint, daß die Arbeit mit „wirklichen Patienten“ solide getan wird, theoretisch fundiert ist und methodisch seriös eingesetzt werden kann.

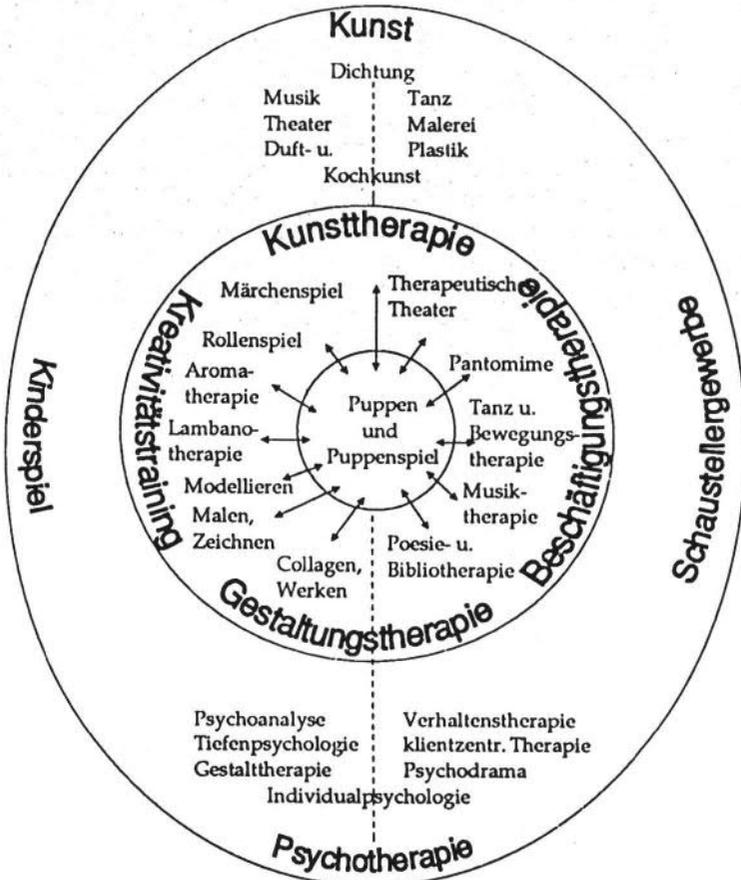


Abb. 1: Intermediale Verknüpfung mit alternierender Schwerpunktbildung, beispielhaft dargestellt mit dem Puppenspiel als *Methode* und der Puppe als *Medium* im Spannungsfeld zwischen Kunst, Psychotherapie, Kinderspiel und Kunsthandwerk (aus: Petzold, Orth 1990, 1119).

Dies heißt nun keineswegs, daß wir im wesentlichen am „medizinalisierten Diskurs“ (Foucault 1974) ausgerichtet sind, allein auf die „Pathogenese“ schauen. Im Sinne der alten asklepiadischen Tradition „künstlerischen Heilens“ (Petzold, Sieper 1990) geht es uns sehr wohl um „Salutogenese“ (Antonovsky 1979), um all die Faktoren, die Gesundheit fördern. Ein wesentliches Moment der Heilung durch künstlerische Therapieformen und intermediale Arbeit liegt genau bei dieser Dimension, die dem *perzeptiven* und *expressiven Leib* Spiel-raum gibt. Die „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Petzold 1987b, c, d) bietet eine gute Grundlage dafür, den Menschen ganzheitlich zu sehen und zu behandeln und all seinen *perzeptiven* Vermögen (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Gleichgewicht, Kinästhesie etc.) auch die entsprechenden *expressiven* Vermögen zur Verfügung zu stellen (Malen, Plastizieren, musikalische und stimmliche Gestaltung, Bewegung und Tanz etc.), die immer auch *kommunikative* Vermögen (vgl. Abb. 1) sind. Eben weil der Mensch in seiner gesamten Sensitivität und Perzeptivität berührt und aktiviert werden soll, muß Kunsttherapie für uns einen *intermedialen* Weg gehen. Der Mensch muß sich nicht nur in *einem* Medium (der Musik oder der Poesie) ausdrücken können, er soll alle seine Ausdrucksmöglichkeiten nutzen, um *seine Form* zu finden, seine *Lebensform*, damit sich ihm in den „Wandlungen des Lebens“ immer neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung eröffnen (Orth, Petzold 1990).

Die verschiedenen Medien werden aber nicht „nach Gefühl und Wellenschlag“ eingesetzt, sondern, wie unsere Definition zeigt, *theoriegeleitet*. Sie sind an einer „Entwicklungspsychologie kreativer Vermögen“ ausgerichtet, und sie greifen auf die „Psychologie kreativer Prozesse“ zurück (Eisler-Stehrenberger 1990). Es ist nicht sinnvoll, poesietherapeutisch anzusetzen, wenn es um Probleme geht, die im *präverbalen* Milieu angesiedelt sind. Hier ist die Arbeit mit Tonerde, aber auch mit Klängen – etwa am Gong – indiziert, die allerdings in einem späteren Stadium der Behandlung auch „Worte finden“ sollte

(Petzold, Orth 1985), damit das Ungreifbare benannt werden kann und die „Heilkraft der Sprache“ zur Wirkung kommt (Petzold, Orth 1985). Intermediale Arbeit setzt bei den leiblichen Sinnes- und Ausdrucksvermögen an. Sie ist darauf gerichtet, *Sinn* aus der unmittelbaren Erfahrung zu konstituieren, und das ist zunächst einmal die Erfahrung im zwischenmenschlichen Bereich, die Erfahrung des „Du“, des „anderen“. So ist unser Ansatz stringent an der „Intersubjektivitätstheorie“ (Marcel) ausgerichtet. So wichtig die gestaltenden Aktivitäten sind, so bedeutsam ein „Produkt“ – geladen mit unbewußter Symbolik und projektivem Material – werden kann, so tritt dies alles doch zurück gegenüber dem Gestalten *in der* therapeutischen Beziehung und *durch die* therapeutische Beziehung und letztlich dem Gestalten *der* therapeutischen Beziehung. Auch die künstlerische Gestaltung als solche richtet sich an reale und imaginierte Zuschauer oder Betrachter. Der Mensch ist nicht solipsistisch schöpferisch, nur auf sich gerichtet. Er schafft in *Kontexten*, seine Kreationen haben einen Hintergrund, die an die Generativität von *Chaos-Kosmos* (Petzold 1981a; Briggs, Peat 1990) und an die biographisch vermittelte, kulturschaffende Aktivität der Menschheitsgemeinschaft rückgebundene Kokreativität. Sie wird wie folgt definiert: »Kreativität [ist] eine kosmologische und anthropologische Konstante« ... Sie *ist ein für die Generativität der Evolution und die Dynamik kultureller Prozesse charakteristischer, also letztlich kollektiv gegründeter Impetus, zwischen vorhandenen Größen (Atomen, Molekülen, Menschen, Gesellschaften, Gedanken, Erkenntnissen, Theorien) Permeationen oder neue Konfigurationen herzustellen, ein Impuls zur „Kokreativität“*. *Durch sie entstehen synergetische Effekte und vermag der Mensch in kokreativen Aktionen, Vorhandenes (Materie, Information, Gedanken, Wissen, Ausdrucksformen der Kunst etc.) in (neue) Beziehungen zu setzen und ko-respondierend zu entwickeln. Unter Kreativität kann man deshalb alle Aktivitäten verstehen, die neue Entwicklungen – und das sind zumeist Beziehungskonfigurationen – vorantreiben. Dies gilt schon für die Generativität*

der Evolution. Für Humankreativität setzt dies eine *mehrperspektivische, multidimensionale Wahrnehmung von Wirklichkeit voraus, der pluriformen Wirklichkeit der Welt und der polymorphen Wirklichkeit des eigenen Leib-Selbst. Wahrnehmung konnektiert und strukturiert – der Mensch schafft nicht „ex nihilo“. Wahrnehmung ist, besonders wenn sie „Synopsen“ schafft, als solche schon kreativ*« (Petzold 1971k, 2).

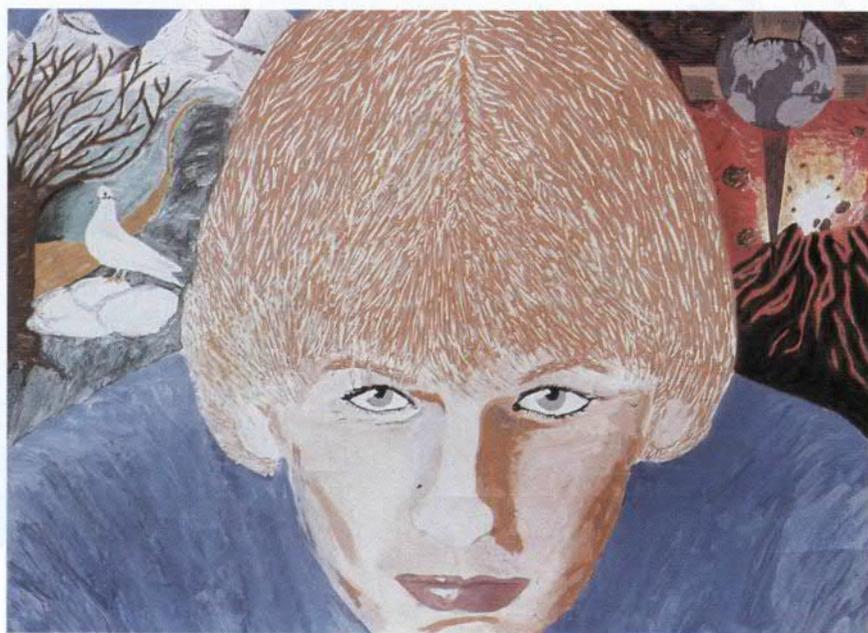
Man schafft nicht „ex nihilo“, sondern aus dem Fundus zwischenleiblicher, zwischenmenschlicher Erfahrung. Das zeigen die ersten kokreativen Interaktionen in der Kommunikation zwischen der Mutter und ihrem Säugling, wie die Babyforschung eindrucksvoll dokumentiert (Stern 1985; Petzold 1992o). Das kreative Tun des sich entwickelnden Menschen ist deshalb immer als eine „kokreative Aktion“ zu sehen, und ebenso muß auch unser psychotherapeutisches Handeln ausgerichtet sein. Kreativität wird also konsequent als „Kokreation“ aufgefaßt (Iljine 1990; Petzold 1971k, 1990b). Die „Integrative Kunstpsychotherapie“ als „Therapie mit kreativen Medien“ geht davon aus, daß die *Anästhesierung des perzeptiven Leibes*, die *Behinderung, Inhibierung, ja Amputation des expressiven Leibes* und die daraus oft resultierende *Amenisierung des memorativen Leibes* eine wichtige Ursache von Pathologie darstellt (Orth, Petzold 1991; Petzold, Orth 1991). Deshalb gilt es, in allen Wahrnehmungs- und Ausdrucksbereichen dem Menschen seine Wahrnehmungsfähigkeit und seine Ausdrucksmöglichkeiten wieder zu erschließen und die „Archive“ seiner Erinnerung zu öffnen. Ein solches Tun geht immer über das *Heilen von Schäden* hinaus und führt zu einer *Entwicklung der Persönlichkeit* und der persönlichen Potentiale. Hier liegt die große Stärke der künstlerischen Therapien. Sie sind nicht nur kurativ, sondern sie haben einen „Enrichment-Aspekt“, sie bereichern den Menschen. Sie sind nicht nur eine Form klinischer Arbeit, sondern auch eine Möglichkeit der *Kulturarbeit* (Petzold 1987d), die hilft, Entfremdungstendenzen entgegenzuwirken. Unser therapeutisches Handeln versucht, die basalen Erkenntnisprozesse, die vom wahrnehmenden und sich

ausdrückenden Leib her zu sehen sind, wieder in Kraft zu setzen, wo sie unterbrochen worden sind. Die „hermeneutische Spirale“ führt vom leibhaftigen Wahrnehmen zum Erfassen, Verstehen und Erklären in einem Prozeß intersubjektiver Lebens- und Weltauslegung, durch den Lebenssituationen und -themen einen Sinn und Bedeutungen erhalten. Dabei werden das Verbale wie das Nonverbale, das Bewußte wie das Unbewußte gleichermaßen einbezogen, denn es geht um den Bereich der *Symbole*. Diese werden definiert als „*Zeichen mit Inhalt und Wirkung, verdichteter Ausdruck einer komplexen Realität, ihres Sinngefüges, Bedeutungs- und Handlungszusammenhangs und Wirkungsfeldes*“ (Petzold 1988t, 2, 1990b, 704; Petzold, Orth 1993c, dieses Buch S. 125 ff.).

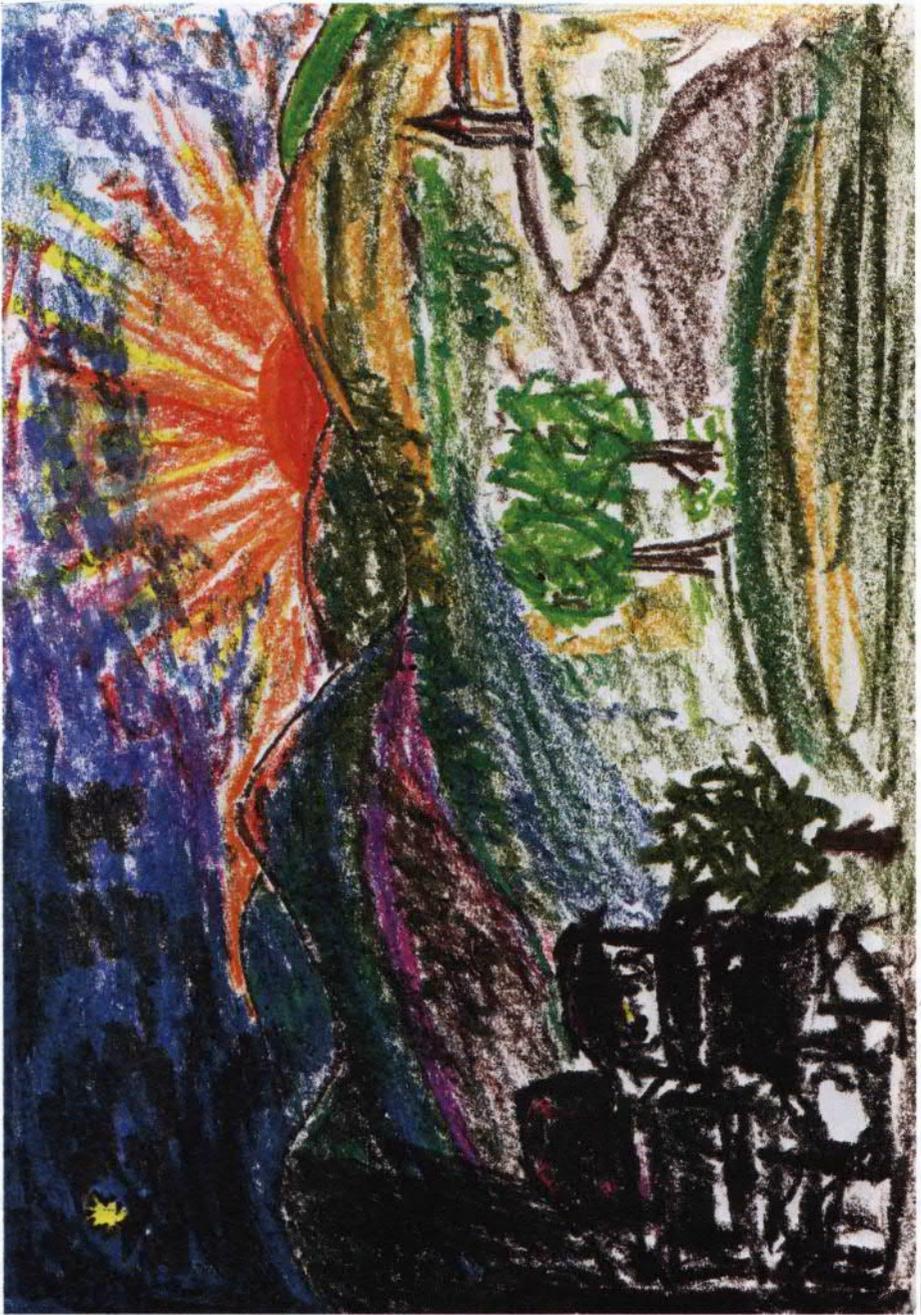
Geht es also um Symbolisches, um „ikonischen Sinn“ und „sprachlichen Bedeutungssinn“, um verdrängte und erinnerte Bildgeschichten und Narrationen, bedarf es einer „Hermeneutik sprachlichen und nicht-sprachlichen Ausdrucks bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit“ (Petzold 1988a, b). Genau in dieser doppelten Ausrichtung liegt eine der großen Stärken „Integrativer Kunst- und Kreativitätstherapie“: Sie erschließt „sprachlose“ präverbale und transverbale Räume. Die symbolischen Ausdrucksformen, die in künstlerischen Medien gefunden werden können, bleiben dabei in die Interaktion gestellt. Man malt in der aufmerksamen Begleitung durch die Therapeutin – wie das Kind unter dem wohlwollenden Blick der Mutter. Zuweilen kommt es zu Sequenzen „dialogischen Malens“. Das Bild wiederum kann ausgelotet werden durch „intermediale Quergänge“, z. B. in der Bewegungsimprovisation, im Tanz, wodurch seine *leiblichen Tiefendimensionen* erschlossen werden können. Es kann aber auch durch ein Gedicht ausgedrückt oder in einer Gruppenaktion etwa durch Formen dramatischen Spiels „inszeniert“ werden (idem 1982a, g). Dabei werden immer neue Facetten eines *pluriformen Sinnes* freigesetzt. Das intersubjektive Moment reduziert kunsttherapeutische Arbeit nicht auf einsame ästhetische Erfahrungen, nicht auf kognitive Einsichten, die man für sich

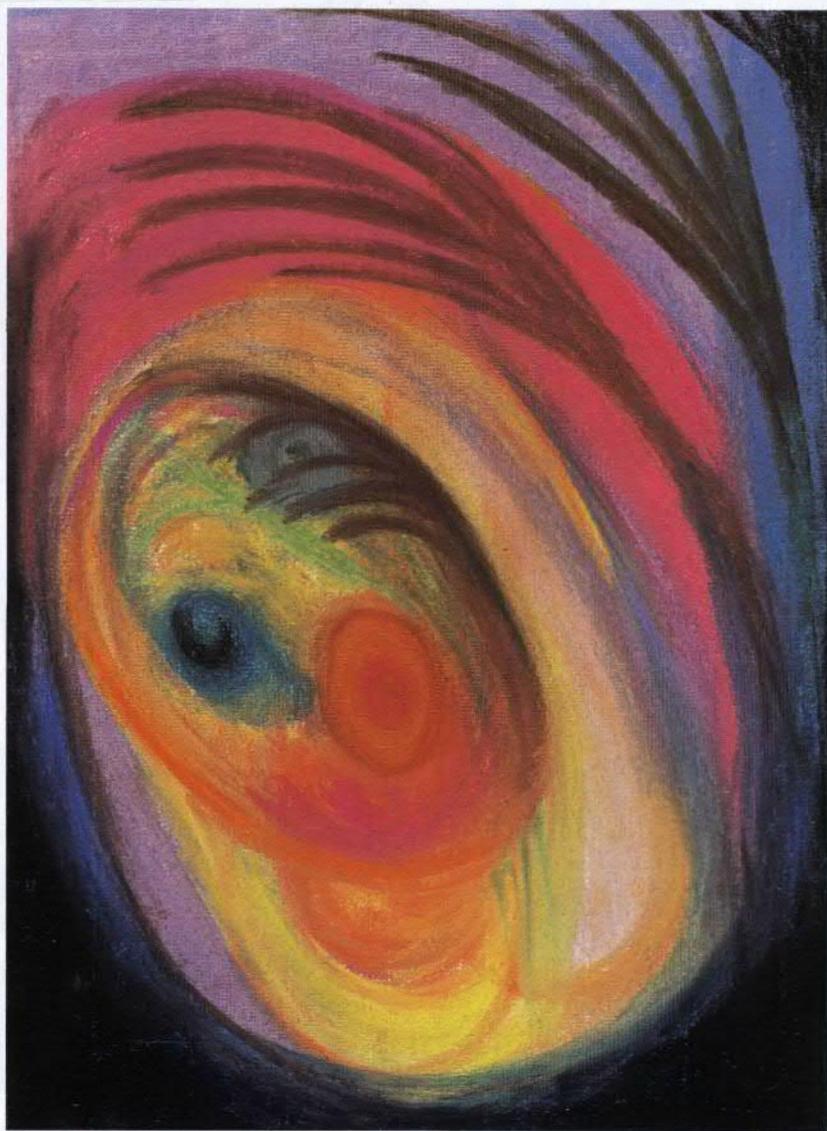












gewonnen hat, sondern sie zentriert auf die Erfahrung von „*vitaler Evidenz*“. Diese wird definiert als das „*Zusammenwirken von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung und leibhaftigem Erleben im sozialen Bezug*“ (vgl. Petzold 1990p, 868), d. h. sie wird zumeist in einem *gemeinsamen Prozeß* wechselseitigen Erkennens gewonnen, wobei das Durcharbeiten der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung unverzichtbar ist, um zu einer „*Evidenz des Miteinanders*“, um zu einer unverstellten, wertschätzenden *Intersubjektivität* zu gelangen. In ihr wachsen *Selbstgefühl, Selbstgewißheit* und *Selbstwertgefühl*, „selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen“ (idem 1992a) also, weil Wertschätzung erfahren wird. Nicht zuletzt Wertschätzung des gestaltenden Tuns und seiner „Schöpfungen“ mit den kreativen Medien und künstlerischen Methoden.

Unsere mediale Arbeit wurzelt in kreativen Familientraditionen über mehrere Generationen (Petzold 1969 IIg, 1985t; Petzold-Heinz, Petzold 1985), in Erfahrungen mit Puppenspiel (idem 1983a, 1987a) und literarischen Werkstätten (Petzold-Heinz 1985), vor allem aber in Erfahrungen mit experimentellem Theater in alternativen Theaterprojekten. Hier wurden von Siper, Petzold, Oeltze und – in anderem Zusammenhang – von Orth multimediale Unternehmungen seit Anfang der 60er Jahre initiiert. Ein Zeitungsbericht über den „Multimedia-Zauber“ dokumentiert: „Text, Pantomime, Film, Standfoto, Tanz, elektronische Musik, Beat und Lichteffekte besonderer Art wurden teils isoliert, teils geballt eingesetzt“ (Düsseldorfer Nachrichten 20.06.1969, „Multimedia-Zauber, Theater-Keller zu Gast im Rheinischen Landestheater“). Hier war ein eindeutig künstlerischer Kontext gegeben, aber es war, als wir das Konzept der „*kreativen Medien*“ in die psychotherapeutische und kunsttherapeutische Literatur einführt (Petzold 1965), auch schon ein psychotherapeutischer, soziotherapeutischer und agogischer Kontext vorhanden. Es wurde mit dem Begriff „*kreativer Medien*“ von Petzold ein Schlagwort in diese Felder eingeführt, das in der Kunsttherapie und der medienverwendenden

Psychotherapie große Bedeutung gewinnen sollte. Der Begriff ist heute aus der Literatur oder der Weiterbildungspraxis nicht mehr wegzudenken. Leider wird oftmals sein Herkommen nicht mehr gesehen, und das führt zu Verkürzungen. Hinter unserem Begriff stehen nämlich differenzierte, medientheoretische Überlegungen (Petzold 1971j, 1977c, 1983b, c; 1989). Es ging ursprünglich keineswegs in erster Linie um „*Materialmedien*“. Solche können im eigentlichen Sinne ja nicht „*kreativ*“ sein, sondern allenfalls kreativitätsfördernd wirken, sie haben lediglich einen gewissen „*Aufforderungscharakter*“. Wir dachten ursprünglich an „*personale Medien*“, Menschen, die als medienvermittelnde Instanz in therapeutischen und pädagogischen Prozessen wirksam werden, die sich selbst als „*Medium*“ (Wolff 1989) einsetzen, um etwas zu ermöglichen, im Sinne eines *Katalysators* (vgl. Ferenczis „*katalytisches Ferment*“) oder eines *Facilitators* (vgl. Winnicott und Rogers von unterschiedlichem Hintergrund her). Der Begriff „*Medium*“ sollte die Vermittlerfunktion herausstellen, das „*Miteinander*“, nicht das „*Machen*“. Im Hintergrund stand wiederum der Gedanke der *Kokreation*. Die intermediäre Qualität wurde im Bezug auf Merleau-Ponty, aber ebenfalls von Winnicott dann auch Dingen, Objekten zugesprochen, insbesondere Puppen und Spielmitteln (Petzold 1983b), als Medien, die durch die *projektive Kraft der Phantasie* belebt werden können und damit die Möglichkeit zu einer „*Autokommunikation*“ (idem 1977c), zu einer Kommunikation „*mit sich selbst*“ öffnen. Die Puppe wird zum *Übergangsobjekt*, der Ton zum *Übergangsmedium*, durch das „*ich mich selbst*“, sich mein Selbst erfahren kann, indem mein Unbewußtes zu sprechen vermag. So wird jede kreative Gestaltung in einem Medium zu einer Botschaft „*von mir, über mich, für mich und an andere*“ (idem 1983c). In der Gestaltung mit dem Medium, in der Zwiesprache über das Medium mit mir, werden Erkenntnis Schritte möglich, die eine andere Qualität bieten als die verbale Interpretation unbewußter Inhalte (idem 1988p, 329), wie sie sich im Prozeß der Herstellung und im her-

gestellten *Produkt* zeigen. Die Gestaltung selbst, wie sie leiblich konkret erlebbar ist, wird zur Erfahrung und stiftet einen *lebendigen Sinn*, der oftmals einer Fremdinterpretation nicht mehr bedarf und – wichtiger noch – Erfahrungsqualitäten vermittelt, die durch verbale Deutungen nicht gewonnen werden können. Hier liegt eine besondere Stärke der „Therapie mit kreativen Medien“, ein Vorteil gegenüber ausschließlich verbal orientierten Behandlungsverfahren: *Es wird unmittelbar „am Leibe“ angesetzt*. Es wird – besonders bei regressionsorientierten Therapien – mit Bezug auf entwicklungspsychologische Konzepte gehandelt. Trotz aller Rede von „frühen Störungen“ konnten die traditionellen Therapieverfahren keine ihre entwicklungspsychologischen Überlegungen aufnehmenden und auswertenden therapeutischen Strategien entwickeln. Anders in den künstlerischen Therapieformen mit kreativen Medien! Hier wird mit *Übergangsobjekten* (Winnicott 1953) gearbeitet, mit den frühen Ausdrucksmöglichkeiten und -bedürfnissen von kleinen Kindern und dem „inneren Kind“ von Erwachsenen, die auf Puppen, Wachsmalstifte, Fingerfarben, Ton etc. unmittelbar ansprechen. Im Integrativen Ansatz ist deshalb die mediale bzw. inter- und intramediale Arbeit nicht nur auf den Zweig „Kunstpsychotherapie und Arbeit mit kreativen Medien“ begrenzt, sondern dieser Zweig liefert Möglichkeiten und Erfahrungen für die anderen Therapiezeige an FPI/EAG. Wo immer wir Störungen behandeln müssen, für die sich der Frühbereich als ein „prävalent pathogenes Milieu“ erweist, werden mediale und leiborientierte Zugangsweisen unverzichtbar. So werden die Erfahrungen aus der kunst- und kreativitätstherapeutischen Arbeit etwa mit Psychotikern (Hausmann, Meier-Weber 1990), aus der Kindertherapie (Katz-Bernstein 1990; Petzold, Kirchmann 1990), aus der Frühförderung von Babys (Petzold, Verweij 1989) bei allen Zweigen bzw. behandlungsmethodischen Ansätzen verwandt. Neben „Übergangsobjekten“, die Schritte in der Entwicklung der Persönlichkeit ermöglichen sollen, indem das kleine Kind Erfahrungen mit sich selbst, mit seinem Selbst macht,

werden die Medien auch als „*Intermediärobjekte*“ eingesetzt, die entwicklungspsychologisch später als die Übergangsobjekte anzusiedeln sind (Ramin, Petzold 1987). Intermediärobjekten kommt die Funktion zu, die Kommunikation zwischen Mutter bzw. Bezugsperson und Kind, Kind und Kind, Therapeut und Patient zu fördern und zu erleichtern: „Du darfst auch mit meinem Teddy spielen!“, „Laß uns zusammen was malen!“ usw. Schließlich können in der Arbeit mit Schwerkranken, Hochbetagten und Sterbenden die Medien als „*Passageobjekte*“ eingesetzt werden, als Hilfe in krankheitsbedingter Regression, Desorientierung, Angstzuständen (Petzold 1987a, 1980a, 1982a). *Passageobjekte* stützen also einerseits das sich zurückbildende Ich und haben andererseits wiederum einen kommunikationsfördernden Effekt, etwa zwischen dem Alzheimer-Patienten und seinem Betreuer, nicht zuletzt durch das Moment des Aufforderungscharakters, der *affordance*, des stimulierenden Angebotes, das vom Medium ausgeht.

Die Arbeit mit „kreativen Medien“ ist durch eine Integration von psychodynamischen, kreativitäts-, kommunikations- und stimulierungstheoretischen Modellen abgesichert (idem 1983c). Sie ist weiterhin in einer differenzierten, entwicklungspsychologischen Betrachtung sowohl für den Frühbereich als auch unter dem *life-span-developmental approach* begründet. Besonders die „intermediale Arbeit“ wird auf diese Theorieannahme gestützt: Störungen in der *sensumotorischen Phase* erfordern bewegungstherapeutische Ansätze, Schädigungen in der *sprachsensiblen Phase* verlangen nach poesitherapeutischen Methoden, Probleme, die aus der *rollensensiblen Phase* resultieren, müssen mit dramatherapeutischen Methoden angegangen werden

Ein Charakteristikum des Integrativen Ansatzes „intermedialer Arbeit mit kreativen Medien“ ist die „Arbeit vom Leibe her“. Das Malen, Gestalten, das Ausdrucksgeschehen insgesamt erwächst aus der *autochthonen Kreativität* des Leibes, seinem Bedürfnis, Welt zu gestalten, oder es geschieht als kreative Antwort auf die Ein-

wirkungen, Anregungen der Umwelt, auf ihre „affordances“ hin (Gibson), aufgrund ihres „Aufforderungscharakters“ (Lewin). Die Verwobenheit von perceptiven und expressiven Vermögen als leiblich gegründeten führt dazu, daß unser Ansatz nicht nur „produktorientiert“ ist, sondern wesentlicher noch „prozeßorientiert“ ist. Der Leib als gestaltender und der Prozeß des Gestaltens führen zwar zu „Produkten“, zu neuen Formen, diese jedoch sollten nicht zum alleinigen „Maß der Kreativität“ werden. Kreatives Erleben und Tun ist in der Regel weitaus reicher und fülliger als das, was davon aufs „Papier gebracht“, in eine Form gegossen wird. Boris Vallejo (1989), einer der technisch perfektesten Phantasy-Maler, sagt, er könne immer nur 50 % von dem auf die Leinwand bringen, was er innerlich sähe. Diese Prozesse der „inneren Schau“ sind für die kunsttherapeutische Arbeit von besonderer Wichtigkeit.

Die „*Intermediale Kunstpsychotherapie und integrative Arbeit mit kreativen Medien*“ ist also ein äußerst komplexer und reicher Ansatz, der auf dem anthropologischen und klinischen Fundus der „*Integrativen Therapie*“ ein Behandlungsinstrumentarium entwickelt hat, das sich in mehr als 20 Jahren der Behandlung von Kindern, Erwachsenen und alten Menschen bewährt hat. Die Medien haben ihre „Geheimnisse“ (Petzold 1983b). Sie ermöglichen uns Begegnungen mit uns selbst, mit dem anderen und – das sollte unter „ökologischer Perspektive“ nicht unterschätzt werden – mit den Dingen (idem 1991b).

Die verschiedenen Methoden (z. B. Puppenspiel), und Medien (z. B. Puppen) als künstlerische Zugangsweisen in der Integrativen Kunstpsychotherapie und intermedialen Behandlung kommen natürlich auch im Ausbildungskonzept dieses Zweiges zum Tragen. Die Selbsterfahrung greift alternierend das ganze Spektrum der Möglichkeiten ab, wobei einmal die Arbeit mit Puppen, ein anderes Mal die mit Farben, dann wieder die mit Tanz oder Poesie im Zentrum stehen kann – ganz ähnlich wie in der künstlerischen Therapie mit Patienten- und letztlich alle methodischen Ansätze und media-

len Bereiche in Verbindung stehen. Dabei treten Phänomene der „transmedialen Konstanz“ (Petzold, Orth 1990, 702, 740) auf – thematische Durchgängigkeit in der Entwicklung eines Themas –, und es kommen die besonders aus der frühen, menschlichen Entwicklung bekannten Phänomene der „intermedialen Wahrnehmung“ (cross-modal perception, Rose, Ruff 1987) und des „intermedialen Gedächtnisses“ (Petzold 1990e) zum Tragen. Das Diagramm (Abb. 2) im Text zeigt die intermediale Verknüpfung, wobei die Methode und das dazugehörige Medium im Kern mit einem der im zweiten Kreis aufgelisteten methodischen Ansätze alternieren kann.

Wir beschränken uns also nicht nur auf das Puppenspiel oder auf das Bildnerische (auch Musik, Tanz, Theater, Poesie usw. sind ja Künste) in unserem Verständnis von Kunsttherapie. Das stellt zwar an die Ausbildungskandidaten große Anforderungen, ist aber sicherlich nicht als „Überforderung“ zu sehen, denkt man die „*Anthropologie des schöpferischen Menschen*“ (Abb. 2), das Faktum, daß jedes Kind über alle künstlerisch-expressiven Fähigkeiten verfügt, im Alltagsleben originärer Kulturen Menschen ihre gesamten Fähigkeiten und Fertigkeiten für solches Kunst-hand-werk als Allgemeingut zum Ausdruck und zur Gestaltung ihrer Lebenswelt nutzen. Die Aneignung dieser verlorengegangenen Möglichkeiten ist geradezu als ein Mittel gegen die „multiple Entfremdung“ in einer „schlechten Zivilisation“ zu sehen. Integrative Kunstpsychotherapie mit ihrer inter- und intramedialen Arbeit will an die asklepiadische Therapie anknüpfen, wie etwa in Epidaurus, Kors und Pergamon mit allen künstlerischen Zugangsweisen und kreativen Medien gearbeitet wurde (Petzold, Sieper 1990). Für die Ausbildungskandidaten bedeutet das, daß sie mit sich und in der Gruppe Erfahrungen im Umgang mit den Methoden, Techniken und Medien sammeln, daß sie in der Behandlungsstufe auch Erfahrungen mit der differentiellen intermedialen und intramedialen Arbeit bei Patienten sammeln, so daß es nicht zu einem „Medienaktionismus“, einem „Methodenallerlei“,

einem „Multimediazauber“ kommt. Die Polypragmasie führt nicht weiter, sondern es ist eine theoriegeleitete Arbeit erforderlich. Der Integrative Ansatz hat hier Pionierarbeit geleistet (Dunkel, Rech 1990). Er hat im Felde der Kunsttherapie wie auch im Bereich der Psychotherapie eine Innovation eingebracht: Die Wiederentdeckung einer ganzheitlichen, künstlerischen

Form des Heilens, einer „Heilkunst“ (im eigentlichen Sinne des Wortes *ars*), deren Traditionslinien sich bis in die früheste Zeit der Menschheitsgeschichte zurückverfolgen lassen (Petzold, Sieper 1990), weil sie in der kokreativen Natur des Menschen, den perzeptiven, expressiven und kommunikativen Fähigkeiten des Leibsubjekts gründen.

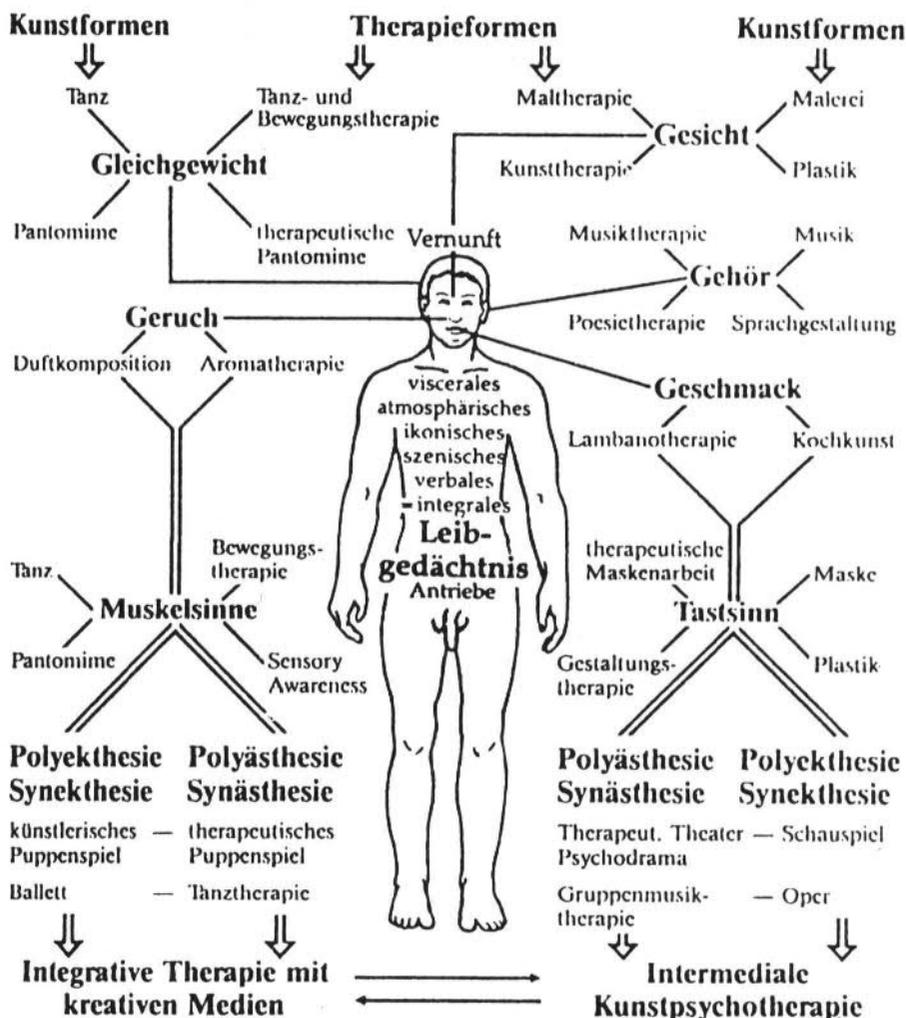


Abb. 2: Das Leib-Subjekt als „totales Sinnes- und Handlungsorgan“ – perzeptiver, memorativer, reflexiver und expressiver Leib. – Der Intermediale Ansatz der Integrativen Therapie und seine Grundlagen in Monästhesien, Polyästhesie und Synästhesie (nach: Petzold 1975, 7, aus idem 1988n)

Legende: Integrative Therapie geht aus von einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, vom „perzeptiven“, „memorativen“, „reflexiven“ und „expressiven“ Leib-Subjekt. Im „totalen Sinnesorgan des Leibes“ laufen die jeweils als einzelne Perzeption möglichen Monästhesien zu vielfältigen, differentiellen Wahrnehmungen und Empfindungen zusammen, zu Polyästhesien (polychromen „Sinnesaquarellen“, polyphonen „Sinnesonorellen“, Petzold 1987k), die sich zu einem „Konzert aller Sinne“, zu einem Zusammenklang (Symphonie), einem Zusammenspiel verdichten können. (Wenn der „steinerne Gast“ den Don Giovanni ruft, wirken Orchester, Stimme, gestischer Ausdruck, Bühnenbild, Beleuchtung, das erschauernd lauschende Publikum um mich herum wie eine Wahrnehmung, die Totalempfindung einer Atmosphäre). Wir sprechen hier von Synästhesien. Diese verschiedenen Perzeptionen (Eindrücke) und die auf sie erfolgenden Reaktionen (Ausdrucksverhalten) werden im Leibgedächtnis, im memorativen Leib, d.h. in den entsprechenden cerebralen Zentren und neuronalen Strukturen, differenziell (Penfield 1962), modul- und hemisphärenspezifisch (Ornstein 1976, 1989; Gazzaniga 1989) und holographisch (Pribram 1979) gespeichert und verarbeitet. Damit wird – ontogenetisch betrachtet – Basis für ein exzentrisches Ich, für den reflexiven Leib, geschaffen. Der perzeptive und memorative Leib ist die Grundlage der einzelnen expressiven Vermögen (Monekthesien), die Wurzel aller Kunstformen, von denen jede einem oder mehreren Sinnen zugeordnet werden kann. So ist jedes Kind polykthesisch. Es ist Tänzer, Sänger, Dichter, Maler, Schauspieler, Koch- und Duftkünstler. Und in komplexen Kinderspielen wie „Verkleiden“ und den sich daraus entwickelnden Szenen wirken die Polyekthesien zusammen, wird Mimik und Tanz, Wort und Ton, Schminkegesicht und Kostüm ein Ausdruck, Ausdrucktotalität, Synekthesie. Das Kind verfügt über all diese Möglichkeiten, bis diese Fähigkeiten ihm im Prozeß sozialer Disziplinierung abhanden kommen.

Die expressiven Vermögen des Leibes und die Kunstformen werden wiederum die Basis für spezifische therapeutische Zugänge und Therapiemethoden, die im Verfahren der „Integrativen Therapie“ auf dem Hintergrund ihrer Anthropologie, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, Krankheitslehre, Prozeßmodelle und Praxeologie indikationsspezifisch je für sich „differentiell“, d. h. „intra- bzw. intermedial“ kombiniert, eingesetzt werden (Orth 1988) als „Integrative Therapie mit Kreativen Medien“ oder – in spezialisierter, das Element der „Arbeit an der Form“ und das Moment des Ästhetischen einbeziehenden Weise – als „Intermediale Kunstpsychotherapie“ (Petzold 1975h, 7; vgl. 1977d und 1987d, c, b). So kann einmal musikalische Improvisation am Instrument angezeigt sein, um sprachlich nicht zugängliches „feinhörig“ zu erfassen – der Patient ist „ganz Ohr“ (Monästhesie) und kann „seinen Ton“ dem instrumentalen Klang mit der Stimme hinzufügen (Monekthesie). Ein anderes Mal mag es wichtig sein, einen Duft, der – wie bei Prousts Teegebäck – dem Patienten Atmosphären, Farbigkeiten, Szenen aus der Erinnerung auftauchen läßt, tanzen zu lassen (Polyästhesie, Polyekthesie). Zuweilen entsteht in einer Gruppe ein Zusammenspiel in der kreativen Arbeit, wo – wie bei einer Dramatisierung gemeinsam erfundener Märchen (Lückel 1979; Franzke 1986; Petzold 1975c) und in Symbolspielen mit Puppen (idem 1982i) – in einer vielfältigen Aktion eine Einheit des Ausdrucks entsteht: Synekthesie. Die verschiedenen expressiven Therapieformen (*expressive therapies*), die das Diagramm aufzeigt, sind in der antiken askläpiadischen Medizin insgesamt, d. h. intermedial, eingesetzt worden. Mit Aufkommen der modernen Psychiatrie und Psychotherapie wurden sie als Einzeldisziplinen neu entdeckt und ausgearbeitet: die Poesie- und Bibliothherapie von Rush und Galtrug zu Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Entwicklung universitärer Studiengänge heute (Rubin 1985; Petzold, Orth 1985a), die Dramatherapie (Reil 1806) bis zur Entwicklung des „Therapeutischen Theaters“ (Iljine 1909, 1972; Petzold 1973d) und des „Psychodramas“ (Moreno 1946; Petzold, Schmidt 1972). Es kommen hinzu: Die Musiktherapie (Willms 1978; Frohne 1989), die im bildnerischen zentrierte Kunsttherapie (Naumburg 1958; Aissen-Crewett 1986; Petzold, Orth 1989), die therapeutische Arbeit mit Ton (Köllermann 1980; Orth, Petzold 1989), mit Masken (Weiß et al. 1988, Petzold 1975c), mit therapeutischer Pantomime (Horetzki 1982, Neuhausen, Petzold 1989), mit Puppen (Rambert 1983; Petzold 1983a), mit Tanz (Schoop 1974; Briner 1978; Willke, Petzold, Hölter 1989), mit Bewegung (Stolze 1983; Petzold 1974k), mit der Stimme (Petzold 1974k; Canacakis-Canás, Petzold 1989), mit Gerüchen, Düften, wie in der Aromatherapie (Stead 1987) und in der olfaktorischen

Stimulierung (Ayres 1978). Letztere wird besonders in der Kindertherapie eingesetzt, wie auch das „kreative Kochen“, das „Gemüsetheater“ in Form der **Lambanotherapie** (G. Derbolowsky 1977). Diese „Bemächtigungstherapie“ wurde auch in der Behandlung Erwachsener verwandt (U. Derbolowsky 1983).

In der „Integrativen Therapie mit kreativen Methoden und Medien“ werden die *monästhetischen* und *monekthetischen* Möglichkeiten gepflegt – z. B. in eigenen Ausbildungsgängen zur Musik-, Tanz- oder Kunsttherapie (Petzold, Sieper 1988a). Aus diesem Fundus schöpfend, werden im Hauptstrom der integrativen Praxeologie polyästhetische, polyekthetische Verbindungen geschaffen sowie Synästhesie und Synekthesie angestrebt (idem 1987c). Es sei betont: die verschiedenen therapeutischen *Zugangsweisen* wie z. B. Poesie- oder Tanztherapie – um zwei zu nennen –, stellen *keine eigenständigen Therapieverfahren* dar, sondern sind **Methoden** mit ihren spezifischen **Techniken** und **Medien**, die im **Verfahren** der „Integrativen Therapie“, ihrer **Metatheorie** und **realexplikativen Theorien** verwurzelt sind und auf die Prinzipien ihrer **Praxeologie** zurückgreifen, welche ein verbindendes Moment in der praktischen Umsetzung gewährleisten. (Von manchen der im Schaubild aufgeführten, historisch gewachsenen *Therapiemethoden* verwenden wir nur gelegentlich Elemente – z. B. aus der Lambanotherapie – und dann oft auch nur auf dem Niveau einer *Technik*.) Aus: Petzold (1988n); Literatur siehe 1988n.

Die kunst- und kreativitätstherapeutische Weiterbildung am FPI war die erste berufs begleitende Ausbildung in diesem Feld in der Bundesrepublik, der Schweiz und in Österreich. Sie stand zusammen mit den etwa zeitgleich initiierten Aktivitäten anthroposophischer Kunsttherapie (Ottersberg) am Anfang der Entwicklung des kunsttherapeutischen Feldes in den deutschsprachigen Ländern, das sie nachhaltig beeinflusste (Dunkel, Rech 1990). Von seiten des FPIs wurden die ersten Kongresse und Tagungen in diesem Bereich organisiert und durchgeführt (vgl. Sieper, Schmiedel, dieser Band), und es konnten überdies Initiativen unternommen werden, die zur Gründung des ersten methoden- und medienübergreifenden Fachverbandes 1985 in der Bundesrepublik führte, der „Deutschen Gesellschaft für Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien“ (DGKT). Mit den jährlich über die EAG organisierten Fachtagungen konnten maßgebliche Beiträge für die Entwicklung der Kunsttherapie geleistet werden. Die Breite der behandelten Themen (siehe unten) macht dies deutlich. Intermediale Kunstpsychotherapie und integrative Arbeit mit kreativen Medien ist eine „generative Methode“. Kreation liegt in ihrem Wesen (Eisler-Stehrenberger 1990). In einer Zeit, in der die „*simulated resp. virtual realities*“ und die „*artificial resp. virtual worlds*“ mit der *leibhaftig erlebten Wirklichkeit* zunehmend in Konkurrenz

zu treten beginnen durch neue, technische Medien wird ein solcher Ansatz zunehmend wichtig werden als Repräsentation einer anderen, einer „*warmen Kreativität*“. Mit ihrer Gründetheit in Leiblichkeit und Intersubjektivität muß sie die Möglichkeiten der neuen technischen Kreativität unterfangen, damit diese menschlich bleibt. Die „*Algorhythmik der Rose*“ (Lee 1991) und die „*Schönheit der Fraktale*“ (Peitgen, Richter 1986) können weder den Zauber einer aufbrechenden Rosenknospe noch die „subjektive Schöpfung“ im kreativen Gestalten einer Rose noch die faszinierte gemeinsame Betrachtung des Geschaffenen ersetzen, und es ist dieses subjektive und intersubjektive Moment, das durch kreativitätstherapeutisches Handeln freigesetzt und bekräftigt wird und dieses Tun über die *Heilung* biographisch bedingter, seelischer Erkrankungen hinaus zu einem Weg *gesellschaftstherapeutischer Praxis* und *Kulturarbeit* werden läßt, einem Weg „gegen die *multiple Entfremdung* in einer verdinglichenden Welt“ (Petzold 1987d).

Wir leben heute in einer Zeit, in der der einzelne und die Gesellschaft in der Gefahr stehen, an den Wucherungen der eigenen Kreativität und ihrer Produkte zugrunde zu gehen, denn sie sind *maligne* geworden oder werden es im zunehmenden Maße, weil sie oft genug den Bezug zum Menschen verloren haben – Schöpfungen, die sich verselbständigen, in denen sich

der Mensch als Schöpfer zunehmend selbst entfremdet, Kreationen, die sich letztendlich gegen den Menschen selbst wenden (Dick 1982). Gegen eine solche „kalte Kreativität“ lebensfeindlicher Technologie muß die „warme Kreativität“ für Menschen gestellt werden, die von Herzens-

wärme getragen ist. Kunst- und kreativitätstherapeutische Arbeit, die darauf gerichtet ist, solche Qualitäten zu fördern und zu erhalten, wird zu den Kräften gehören, die dazu beitragen, daß in unserer Zeit und in unserer Zukunft die Menschlichkeit nicht verlorengeht.

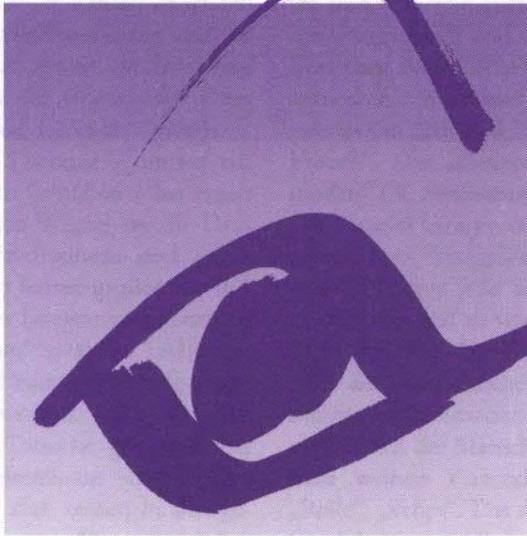
LITERATUR

- Antonovsky, A., Health, stress and coping, Jossey-Bass, San Francisco 1979.
- Briggs, J., Peat, F.D., Die Entdeckung des Chaos. Eine Reise durch die Chaos-Theorie, Hanser, München 1990.
- Dick, P., Blade runner, Ballantine Books, New York 1992.
- Dunkel, J., Rech, P., Zur Entwicklung und inhaltlichen Bestimmung des Begriffes „Kunsttherapie“ und verwandter Begrifflichkeiten, in: Petzold, Orth (1990a) Bd. I, 73-92.
- Eisler-Stehrenberger, K., Kreativer Prozeß – Therapeutischer Prozeß, in: Petzold, Orth (1990) 113-168.
- Foucault, M., Die Ordnung des Diskurses, Hansa, München 1974
- Gibson, J.J., The ecological approach to visual perception, Houghton-Mifflin, Boston 1979.
- Hausmann, B., Meier-Weber, U., Kreative Medien, Bewegung und bildnerisches Gestalten in der Integrativen Kurztherapie mit psychotischen Erwachsenen, in: Petzold, Orth (1990a) 1011-1114.
- Heinermann, B., Arbeit mit Texten und Poesie in der Integrativen Therapie mit Jugendlichen, in: Petzold, Orth (1990a) Bd. 2, 975-1006.
- Ilijine, V.N., Kokreation – Die leibliche Dimension des Schöpferischen, in: Petzold, Orth (1990a) Bd. 2, 203-213.
- Katz-Bernstein, N., Phantasie, Symbolisierung und Imagination – „komplexes katathymes Erleben“ als Methode in der Integrativen Therapie mit Vorschulkindern, in: Petzold, Orth (1990a) 883-927. 1990
- Lee, C.S., Algorhythmic of roses, Springer, Heidelberg 1991.
- Marcel, G., Leibliche Begegnung, in: Kraus, A. (Hrsg.), Leib, Geist, Geschichte, Hüthing, Heidelberg 1978, 47-73, und in: Petzold (1985g) 15-46.
- Neubaur, C., Übergänge, Spiel und Realität in der Psychoanalyse Donald W. Winnicotts, Athenäum, Frankfurt 1987.
- Orth, I., Petzold, H.G., Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie, in: Petzold, Orth (1990a) II, 721-774; auch verk. in: Integrative Therapie 1/2 (1990) 53-93 und Forum für Kunsttherapie (1989) 9-31.
- Orth, I., Petzold, H.G., Zur Theorie und Praxis Integrativer Leib- und Bewegungstherapie, in: Petzold (1992a) 1151-1189.
- Peitgen, H.O., Richter, P.H., The beauty of fractals, Springer, Heidelberg 1986.
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la viellesse et dans la viellesse. Publications de L'Institut St. Denis 1 (1965) 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., Jakob Heinz zum 40. Todestag, Das Tor 6 (1969 IIg) 118-122.
- Petzold, H.G., Die psychodynamische Technik der Zukunftsprojektion, 1971j; Referat VI. Intern. Kongr. f. Psychodrama und Soziodrama, Amsterdam 22.-26.8. 1971; erw. in: Petzold (1979k).
- Petzold, H.G., Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Buderich 1.6.1971, VHS Buderich 1971k.

- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie ist kreative Therapie. Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1975h.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik 1977c, in: *Petzold, Brown* (1977) 101-123.
- Petzold, H.G.*, Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G.*, Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3 (1980a) 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient, *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G.*, Fritz Perls der Begründer der Gestalttherapie, Einführung zu: *F.S. Perls*, Verlorenes und Wiedergefundenes aus meiner Mülltonne, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt, 1981a, 9-12.
- Petzold, H.G.*, Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1983a.
- Petzold, H.G.*, Die Geheimnisse der Puppen, 1983b, in: *Petzold* (1983a) 19-31, auch *Integrative Therapie* 1 (1983) 9-19.
- Petzold, H.G.*, Puppen und Großpuppen als Medien in der Integrativen Therapie, 1983c, in: *Petzold* (1983a) 32-57.
- Petzold, H.G.*, Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern, 1987a, in: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H.G.*, Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Leiblichkeit, Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G.*, Autobiographisches Postscriptum, in: *Petzold* (1985a) 573-580.
- Petzold, H.G.*, Gong-Singen, Gong-Bilder und Resonanzbewegung als „Sound Healing“. Intermediale Prozesse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987b) 194-234.
- Petzold, H.G.*, Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1987c) 104-141.
- Petzold, H.G.*, Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die „multiple Entfremdung“ in einer verdinglichenden Welt, 1987d; in: *Richter, K.* (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts f. Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid 1987, 38-95; repr. in: *Matthies, K.*, Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988a (erw. in: 1991a).
- Petzold, H.G.*, Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1988b (erw. in 1991a).
- Petzold, H.G.*, Bewegungsaktivierung in der Arbeit bei alten Menschen, 1988g, in: *Petzold, Stückler* (1988) 87-96.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G.*, Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie 1988p, in: *Petzold* (1988n) 285-340.
- Petzold, H.G.*, Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen, Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen 1988t.
- Petzold, H.G.*, „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.

- Petzold, H.G.*, „Entwicklung in der Lebensspanne“ und Pathogenese, Vortragsfolge auf der Tagung „Bewegungstherapie und Psychomotorik“, 22. – 23.11.1990 an der Freien Universität Amsterdam, 1990e; erw. in: *Petzold* (1992a) 649-775.
- Petzold, H.G.*, Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, 1990p, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880; völlig überarb. von 1981i; in: *Petzold* (1992a) 897-924.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulübergreifenden Psychotherapie, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H. G.*, Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden, 1991b; repr. in: *Petzold* (1993a) 1047-1086.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulübergreifenden Psychotherapie, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulübergreifenden Psychotherapie, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H. G., Kirchmann, E.*, Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 933-974.
- Petzold, H.G., Orth, I.* (Hrsg.), Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985a.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Die neuen Kreativitätstheapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik, 1991a, *Integrative Therapie* 1-2 (1991) 117-146; repr. in *Petzold* (1993a) 1201-1226.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen, 1993c, dieses Buch.
- Petzold, H. G., Ramin, G.*, Schulen der Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., Sieper, J.*, Kunst und Therapie, Kunsttherapie, Therapie und Kunst – Überlegungen zu Begriffen, Tätigkeiten und Berufsbildern, in: *Petzold, Orth* (1990a) 169-186.
- Petzold, H.G., Stöckler, M.* (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Integrative Therapie, Beiheft 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G. Verweij, E.*, Kijkgedrag van zuigeligen tijdens de moeder-kind interactie. Een vergelijkende studie tussen mensen en mensapen, Faculty of Human Movement Sciences, Dp. Movement Education, Clinical Movement therapy, Freie Universität Amsterdam 1989.
- Petzold-Heinz, I., Petzold, H.G.*, Mutter und Sohn – Poesie und Therapie in: *Frihmann, R.*, Frauen und Therapie, Junfermann, Paderborn 1985, 339-359.
- Petzold-Heinz, I.*, Literarische Werkstätten im Altenheim, in: *Petzold, Orth* (1985).
- Rose, S.A., Ruff, H.A.*, Cross-modal abilities in human infants, in: *Osofsky, J.D.*, Handbook of infant development, Wiley, New York 1987, 318-362.
- Sieper, J., Schmiedel, I.*, Überblick über die innovatorischen Aktivitäten von *Hilarion G. Petzold* im Bereich der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, dieses Buch.
- Stern, D.*, The interpersonal world of the infant, Basic Books, New York 1985.
- Winnicott, D.W.*, Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psycho-Analysis* 34 (1953); dtsh. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, *Psyche* 23 (1969) 666-682.
- Winnicott, D.W.*, Vom Spiel zur Kreativität, Klett, Stuttgart 1973, 1979².
- Wolff, W.*, Die Medien, das sind wir selbst, Rowohlt, Reinbek 1989.

Dramatherapie



**Strukturplan der Weiterbildung für Integrative Dramatherapie und Therapeutisches Theater
Psychotherapie / Kreativitätstherapie**

40 Std. Zulassungssseminar 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4.
	Grundstufe	Mittelstufe		Oberstufe
	360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe			60 Std. Supervision (2jährg)
	40 Std. Bühne und Traum 40 Std. Improvisation 24 Std. Theorie I	40 Std. Pantomime 40 Std. Maske u. Bühne 24 Std. Theorie II Intensivseminar: Dramatherapie 80 Std. – * Gestaltkibbuz 80 Std.	40 Std. Diagnostik 40 Std. Krisenintervention 40 Std. Texte und Stücke	48–80 Std. Wahlpflichtfächer 40 Std. Supervision, Methodik 40 Std. Supervision, Kasuistik kontrollierte Gruppenarbeit und Einzeltherapie
	Fortlaufendes Theorieprogramm *200 Std. / 160 Std. Lehranalyse *200 Std. / 100 Std.		Anamnesen * 20 Std./10 Std., Kontrollanalyse * 100 Std. / 50 Std. Dramatherapie 50 Std.	

* gilt nur für Psychotherapie

Integrative Dramatherapie an FPI und EAG

Gabriele Wening, Hamburg

Definition:

»Integrative Dramatherapie (IDT) ist eine erlebnisaktivierende Methode der Psychotherapie im Rahmen der Integrativen Therapie, die darauf gerichtet ist, den Menschen in seinen Rollenverkörperungen, -aktionen und Rolleninteraktionen zu verstehen und zu behandeln. Fixierende Skripts, blockierte Spontaneität und Kreativität, dysfunktionale Verkörperungen, unbewusste Rollen und Interaktionsmuster werden „im Spiel“ bewußtgemacht, gestaltet und veränderbar. Dabei können die Mittel des Theaters und Bühnenarbeit – Kostüme, Masken, Puppen, Rahmenstücke, Stehgreifspiel, Mime und Pantomime zum Tragen kommen und Methoden, die Stansilawski, Grotowski, Boal u. a. in der Theaterarbeit und Moreno, Iljine, Perls u. a. im therapeutischen Kontext entwickelt haben. Tiefenpsychologische Fundierung und interaktionale Hermeneutik, Arbeit am Stück und freie Improvisation sind die Grundpfeiler dieses Ansatzes (Hilarion Petzold, Gabriele Wening)«.

Der Baum **Integrative Therapie** – um auf ein neues diese Metapher zu bemühen – hat einen weiteren Sproß, der auch Wurzel ist: die Dramatherapie. *Morenos* Psychodrama und *Iljines* Therapeutisches Theater hatten großen Einfluß auf die Entwicklung der Integrativen Therapie; theoretische Ansätze und spezielle Techniken wurden in den „body of knowledge“ aufgenommen und sind therapeutischer Alltag für viele am FPI. Trotz dieser Tatsache gab es bisher stets nur einige Einzelseminare zum Thema Theater und Therapie, aber keinen in sich geschlossenen Ausbildungsgang. Das soll sich ändern, obwohl – ich komme wieder auf die Baummetapher zurück – zu viele Sprößlinge den Baum Kraft kosten, und man sich gut überlegen sollte, wo beschnitten werden muß. Wenn also ein neuer Sproß eine Wachstumschance bekommen soll, dann ist es notwendig, genau zu begründen, warum. Für den jüngsten IT-Sproß IDT (Integrative Dramatherapie) reicht da nicht die Argumentation, daß seine Spuren

sich bis in antike Zeiten, wo in den Tempelkrankenhäusern mit Theaterspielen geheilt wurde, zurückverfolgen lassen, auch nicht, daß ein Rückbesinnen auf die Wurzeln das Gesamtbild der IT vervollständigen würde (obwohl das schon ganz gute Gründe sind); der Grund, daß es einfach Freude macht, zählt auch nur für die unverbesserlichen Hedonisten unter uns und überzeugt keinen gewissenhaften Baumpfleger, sondern die Frage lautet: Warum **das jetzt hier?** Warum Integrative Dramatherapie 1994 am FPI?

Das, das ist Integrative Dramatherapie, nicht Psychodrama, nicht Therapeutisches Theater, sondern ein aus verschiedenen Verbindungen und Begegnungen von Therapie und Theater entstandener Ansatz, der das Gleiche von Theater und Therapie aufnimmt und umsetzt und die Unterschiede und Grenzen zwischen beiden Bereichen berücksichtigt. Gleich sind die Konstituenten von Theater und Therapie; in beiden geht es um „Ich und Du in Raum und Zeit im Prozeß“. Das „mehrperspektivische Gruppenmodell“ (*R. Frühmann*) und die Identitätslehre (*H. Petzold*) bringen diese Elemente in ein therapeutisches Bezugssystem, ebenso ist auf der Theater-Bühne jede Szene mit diesem System aufzubauen und zu verstehen. Für die Therapie heißt das, daß das Theater ein deutliches Abbild der menschlichen Bezogenheit ist und schon per definitionem ein klares Raster bietet, auf das sich der Mensch projizieren kann.

Eine weitere Verbindung sind die „Szene“, „Rolle“, „Skript“. Das therapeutische Arbeiten ist ein Arbeiten mit Szenen, ein In-szenieren von traumatischen, verdrängten oder auch stützenden Szenen, die – mehr als nur erzählt – lebendig erlebt werden sollen. „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (*Moreno*), wobei es nicht nur um eine Wiederholung, eine Re-inszenierung mit dem Ziel der Bewußtwerdung geht, sondern auch um die Möglichkeit, neu zu reagieren (*Moreno*: Kreativ ist, neu auf eine alte Situation zu reagieren) oder sich neu zu orien-

tieren. Für dieses wichtige therapeutische Arbeiten mit Szenen bietet die Bühnenarbeit vielfältige Realisations- und Ausdrucksmöglichkeiten.

Szene an Szene gesetzt ergibt im Theater die Handlung, in der Therapie wird das „Skript des Lebens“, die Biographie

sichtbar. Abhängig von den Szenen sind die Rollen, die gespielt werden. In der Persönlichkeitstheorie der IT sowie in den verschiedenen Rollentheorien wird deutlich, daß die Rolle, die jeder spielt, abhängig ist von Zeit, Raum und Mitmensch, der „Bühne des Lebens“. Im Theater wie im Leben übernehmen wir Rollen durch Identifizierung und Identifikation, und wir können das nur unter dem Einfluß des Umfeldes und der Zeit, in der wir sind. Theatralische Techniken in der Therapie können alte Rollenmuster und -entstehensweisen verdeutlichen und neue Rollen entwickeln helfen, um das Potential zu erweitern und flexibel in dem Einsatz von Rollen zu sein.

Eine weitere enge Verbindung von Theater und Therapie ist der Leib. Nur mit, durch und über ihn können wir Rollen verkörpern. In der Schauspielerausbildung *Stanislawskis*, *Grotowskis*, *Strasbergs*, wird daher bewußt der Leib mit seinen Vermögen der Wahrnehmung, Erinnerung und Expression als Fundus und Organ eingesetzt. Die Arbeit geht über die Schulung der Wahrnehmung zu der Aktivierung des emotionalen Gedächtnisses, erst dann zur Ausdruckschulung. Denselben Weg beschreiten wir in der therapeutischen Arbeit. Viele der theoretischen und praktischen Ansätze dieser Schauspielerei sind also für die therapeutische Praxis nutzbar. Bühne, Maske, Kostüm, Positionsverteilung im Theater – all das kann benutzt werden als Verständnisfolie des eigenen Lebens und somit übertragen und eingesetzt werden für die therapeutische Arbeit.

Darüber hinaus ist das Theater als Medium wirksam. Die Bühne als „leerer Raum“ (*Peter Brook*) fordert Projektionen heraus, das Spiel



der Figuren, Masken und Handlungen – das Wort Drama kommt vom griech. *dran* = handeln, spricht das Unbewußte im Menschen direkt an. Das Spielerische lockt das Kind auf die Szene und lädt zum Rollenspiel und Experiment ein.

Szenische Evokationsmöglichkeiten helfen bei Ausdruckshemmungen; die Prägnanz, die kennzeichnend ist für die Bühne, erleichtert die Diagnostik. Gleichzeitig bietet die Bühnenarbeit Schutz, indem sie alle Aktionen und Darstellungen in einen festen und oft ritualisierten Rahmen stellt. Mit Kulissen oder Musik können Atmosphären vergegenwärtigt und verdeutlicht werden, kurz: die erlebnisaktivierende, ausdrucksfördernde und tiefende Qualität der Theaterarbeit bietet das Theater als Methode der IT an. In diesem Zusammenhang wird aber auch die Abgrenzung deutlich: Theater wird ausschließlich als Methode benutzt, ist keine Kunstform (obwohl durchaus Ästhetisches entstehen kann) und hat den Prozeß, nicht aber das Produkt zum Ziel. Theater wird zum Mittel gemacht, ist eine Form unter anderen, die im Sinne der IT, besonders auf dem 3. Wege der Heilung, wirken kann. Diese Methode ist eine aktionale Therapieform, die eher auf Gruppen zielt als auf Einzelsitzungen, obwohl in modifizierter Form auch hier Dramatherapie möglich ist. Der 2. Weg der Heilung, das Nachnähen in der Dyade, bleibt diesem Ansatz weitgehend verschlossen, so daß er besonders für Klienten und Patienten mit expressiven Blockaden, perceptiven Einschränkungen und memorativen Lücken sinnvoll ist, bzw. der Ergänzung durch andere Interventionen und Settings bedarf.

Warum die IDT **jetzt**? Die heutige Zeit braucht in besonderem Maß einerseits die Begegnung, andererseits die kreative Ausdrucksfähigkeit des Individuums. Zu der Isolation, dem Leben aus zweiter Hand, wie es im Fernsehen geliefert wird, der Entfremdung von der eigenen Um-



welt und sich selbst und der eingeschränkten Möglichkeiten, sich kreativ zu entfalten, braucht es ein Alternativangebot, das Kompensationsmöglichkeiten bietet. „Ich und Du in Raum und Zeit“ kann auf die Entfremdung von mir selbst, dem anderen, meiner Zeit und meiner Umwelt antworten. Die Gefahr liegt im Hunger und damit Konsumwunsch nach Aktionalem, es wird „agiert“ statt erlebt und verändert. Diese Gefahr besteht für jede mediale und aktionale Therapieform, der besonderen Spiel-Faszination in der Theaterarbeit wird in therapeutischen Aufarbeitungsphasen begegnet. Diese Verbindung von Theater und Therapie, von Spiel und Aufarbeitung, von Ausdruck und Eindruck ist Ziel der Ausbildung. Sie wird mit ihren Abschlüssen als PsychotherapeutIn oder klinischer DramatherapeutIn befähigen, (päd)agogisch in der Erwachsenenbildung, mit Kindern und Jugendlichen ebenso zu arbeiten wie mit alten Menschen, therapeutisch in Kliniken, Rehabilitationsstätten, mit Drogenabhängigen und sozialen Randgruppen sowie kulturell im Bereich des Theaters und der Schauspielerausbildung.

Warum IDT hier? Vielleicht kann es ein Jubiläums-Geburtstagsgeschenk für das FPI sein, wenn ein Teil seiner Wurzeln, nämlich Psychodrama und Therapeutisches Theater, Blüten treibt. Vertreter und Anbieter von dramatherapeutischen Seminaren gibt es schon lange am Institut, nun kommen neue Mitdenk- und Arbeitswillige hinzu, auch interessierte Ausbildungskandidaten haben sich gemeldet – vielleicht können wir Ende dieses Jahres beginnen, der Start ist abhängig von der Zahl der Anmeldungen. Die Integrative Dramatherapie wird in den kreativtherapeutischen Zweig integriert.

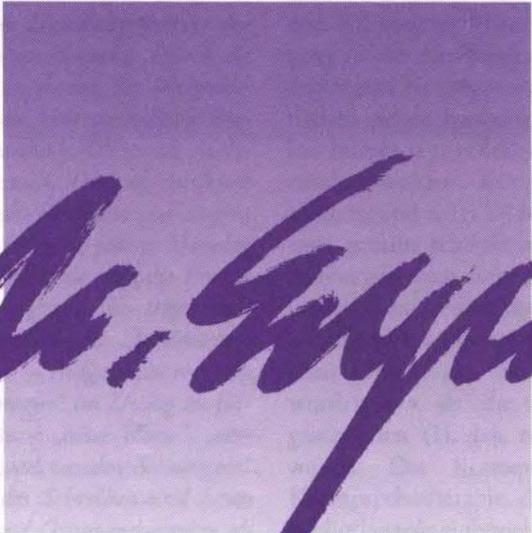
Hoffentlich kann der neue Zweig einen integrierten und integrativen Platz am Institut finden. Für unsere Vorbereitungsarbeit und als Ziel der Ausbildung soll abschließend das Schillerwort aus den Briefen zur ästhetischen Erziehung des Menschen zitiert werden:

„Denn, um es endlich auf einmal herauszusagen, der Mensch spielt nur, wo er in voller Bedeutung des Wortes Mensch ist, und er ist nur da ganz Mensch, wo er spielt.“

LITERATUR

- Ilijine, V.N.*, Das therapeutische Theater, Sobor, Paris 1942 (russ.).
- Ilijine, V.N.*, Therapeutisches Theater, in: *Petzold* (1972a) 168-172.
- Leutz, G.*, Psychodrama, Springer, Heidelberg 1974.
- Moreno, J.L.*, Das Stegreiftheater, Kiepenheuer, Potsdam 1924.
- Moreno, J.L.*, Psychodrama, Vol. I, Beacon House, Beacon 1946.
- Moreno, J.L.*, Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme, Stuttgart 1959.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972a, 1992⁵.
- Petzold, H.G.*, Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G.*, Das „Therapeutische Theater“ als Form dramatischer Therapie, 1973b, in: *Petzold* (1973a) 97-133.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G.*, Psychodrama-Therapie, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H.G.*, Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G.*, Theater – oder das Spiel des Lebens, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt 1982g².
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1983a.
- Petzold, H.G.*, Dramatische Therapie – Herkunft, Entwicklung, Konzepte, in: *Klosterkötter-Prisor, B.*, Grenzüberschreitungen – Theater, Theaterpädagogik, Therapie, RAT, Remscheider Arbeitshilfen, Remscheid 1993.
- Petzold, H.G., Mathias, U.*, Rollenentwicklung und Identität – Die sozialpsychiatrische Rollentheorie J.L. Morenos, Junfermann, Paderborn 1983.
- Sommer, K.*, Therapeutisches Maskenspiel, Junfermann, Paderborn 1991.
- Weiß, B.*, Maske und Therapie, in: *Petzold, H.G., Orth, I.* (Hrsg.), Die neuen Kreativitätstherapien, Junfermann, Paderborn, Bd. II, 1990a, 777-880.

11. Poesietherapie



M. Geyler

Kompaktcurriculum Poesie- und Bibliothherapie

1. Seminar:	Einführung in die Integrative Poesie- und Bibliothherapie
2. Seminar:	Narrationen – Das Leben als Text
3. Seminar:	Dramatisierung von Texten
4. Seminar:	Umsetzung in die Praxis

Poesie- und Bibliothherapie am Fritz Perls Institut (FPI) und an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG)

Ite Goßmann, Siegen

Definition:

»Der Mensch ist ein „Geschichten erzählendes Wesen“ (Marquardt), eingebunden in „Erzählgemeinschaften“, die eine spezifische „Erzählkultur“ hervorbringen, und eingewurzelt in eine Welt, deren Einheit und Vielfalt Poesie und Prosa im Menschen weckt, ja, die „prose du monde“ (Merleau-Ponty) gibt eine prosodische Narrativität vor, aus der Menschen schöpfen – von den ersten präverbalen Dialogen an. Es ist deshalb stimmig, aus dem Gesamt kreativitätstherapeutischer Ansätze „Poesie- und Bibliothherapie“ als wichtige Methode der Integrativen Therapie zu pflegen, zu lehren und zu entwickeln, denn sie ist Weg der „Behandlung durch das Wort im Handlungskontext der Beziehung“, durch gestaltete Sprache. Durch sie wird es möglich, Worte zu finden für Wahrnehmungen, Erfahrungen und eine mitteilbare Biographie. Sprache als Handlung, Worte als Auslegung von Bildern und Szenen, Texte als Ausdruck inneren Erlebens oder als Resonanz auf äußere Eindrücke und Dialog (er geht jedem Monolog voraus) – das sind die Elemente, auf die Poesie- und Bibliothherapie zurückgreift. Sie trägt dazu bei, Menschen zu helfen, in der „persönlichen Hermeneutik des Subjekts“ – Aufgabe des menschlichen Lebens – „ihre Sprache“ im Dialog zu finden, aber auch die Wirkung „böser Worte“, „vernichtender Sätze“ und „verletzenden Schweigens“ zu überwinden, durch das Schreiben und Lesen von Texten in Einzel- und Gruppentherapien als Situationen des Zwiegesprächs oder der Erzählgemeinschaft« (Orth, Petzold).

Die „Integrative Poesie- und Bibliothherapie“ ist ein Zweig der Integrativen Therapie, die im Rahmen des Fritz Perls Institutes aus der therapeutischen Arbeit in vielen Praxisfeldern entwickelt wurde. In der Bestimmung von Integrativer Therapie als „kreativer Therapie“ wurde ein besonderer Ansatz dieses Verfahrens heraus-

gearbeitet, der von Anfang an zu einem festen Bestandteil der verschiedenen Ausbildungsgänge gemacht wurde. Aus der engen Verbindung von klinischer Erfahrung und Ausbildungspraxis, die sich als sehr fruchtbar erwiesen hat, versteht sich auch die Arbeit der „Deutschen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“, von der ich hier – aus Anlaß des 20jährigen Bestehens des FPIs – berichten möchte.

Schon 1965 hatte H. Petzold den Begriff „Arbeit mit kreativen Medien“ eingeführt und mit Poesie, Märchen und Texten in der Therapie gearbeitet. Zusammen mit den „kreativen Medien“ fanden auch künstlerische Methoden und den Künsten entlehnte Vorgehensweisen Eingang in die therapeutische Praxis. Die zugrundegelegten Konzepte wurden aus der therapeutischen Arbeit heraus entwickelt und sind seither immer neu reflektiert, erweitert und differenziert worden. Das geschah stets auf dem Hintergrund eines Bildes vom Menschen als einem genuin schöpferischen Wesen und einer Auffassung vom Leben als einem beständigen Gestaltungs-, Formgebungs- und Wandlungsprozeß. Die anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen der Integrativen Therapie wurden u. a. als „die vier Wege der Heilung“ geschrieben (1). Ich möchte hier darauf verweisen. Das Konzept einer intermedialen Kunstpsychotherapie, das auch die Poesie- und Bibliothherapie einbezieht, wurde von H. Petzold und I. Orth in einem Handbuch der Kunsttherapie (2) ausführlich dargestellt. Auch darauf sei hier verwiesen.

Besondere Probleme und Fragestellungen, die sich aus der Verbindung von Kunst und Therapie ergeben, finden sich dort auch abgehandelt. Für das Verhältnis von Literatur und Therapie hat sich erwiesen, daß der Vergleich von künstlerisch-ästhetischer und psychologisch-thera-

peutischer Theoriebildung beide Seiten bereichert und die gewonnenen Einsichten in beiden Bereichen vertieft. Es wäre deshalb zu fordern, daß Theorie, Praxis und Forschung auch weitergehend miteinander in Austausch gebracht werden.

Die 1984 gegründete „Deutsche Gesellschaft für Poesie- und Bibliotherapie“ hat sich zur Aufgabe gemacht, die Grundlagen kreativer Prozesse bei der therapeutischen Arbeit mit Poesie – mit Literatur und selbstgeschaffenen Texten – weiter zu erforschen sowie Methoden für die Arbeit mit einzelnen oder in Gruppen zu entwickeln und zu lehren. In der Bibliotherapie arbeiten wir mit vorgegebenen, in der Poesietherapie mit selbstgeschaffenen Texten. Der Arbeit liegt ein Textverständnis zugrunde, das mit Hilfe der Etymologie veranschaulicht werden kann: Unser Begriff Text, zurückgehend auf das lateinische Verbum *texere* = weben, das später über das Substantiv für das Ergebnis des Webens – *textum* = Gewebe – als Lehnwort in die deutsche Sprache aufgenommen wurde, kann so verstanden werden, daß in einem Text „Materialien“ verschiedener Herkunft, Stärke, Tönung etc. miteinander verbunden, verschraubt, verknüpft werden, wodurch ein neues Gebilde, ein strukturiertes Ganzes, gestaltet wird. Grundsätzlich gilt das in ähnlicher Weise wie für den Akt des Schreibens auch für den Vollzug des Lesens. In der therapeutischen Arbeit betrachten wir einen Text als Medium des Zugangs. Dabei ereignet sich ein Doppeltes, denn der Text eröffnet nicht nur Zugänge zu den Quellen eigener Lebens- und Wertvorstellungen, ermöglicht nicht nur Einblicke in bisher ungesehene Zusammenhänge oder Konflikte – es verschafft gleichzeitig Distanz, indem wir nämlich den Text lesen, mitteilen, auf uns wirken lassen können. Aus dem so entstandenen neuen Blickwinkel können wir klarer sehen, tiefer verstehen, erklären und möglicherweise auch etwas verändern – am Text und/oder an unserer Haltung oder unserem Verhalten.

Die therapeutische Arbeit mit Literatur und mit eigenen Texten geschieht unter Einbe-

ziehung von Erkenntnissen und Erfahrungen aus den Sprach- und Literaturwissenschaften und deren Didaktik in die Reflexion des therapeutischen Handelns.

Innerhalb dieser Fächer ist in den vergangenen Jahren ein deutliches Interesse wach geworden, sich mit den Wirkungen des Lesens und auch des Schreibens im Rahmen der universitären und schulischen Ausbildung auf eine ganz neue Weise zu befassen. Es gibt seit dem Beginn der 80er Jahre eine bundesdeutsche „Schreibbewegung“, die sich in Sonderheften entsprechender Fachzeitschriften und in Tagungen zu Wort meldet. Nach einer Umfrage unter den Germanistischen Hochschulinstituten der BRD und West-Berlins von 1986 wurden damals an über 30 Hochschulen entsprechende Kurse abgehalten, in denen mit sehr unterschiedlicher Methodik gearbeitet wird. Dort wird u. a. mit den Möglichkeiten, die das kreative Schreiben eröffnet, experimentiert mit dem Ziel, die Voraussetzung für die Rezeption sowie für die Interpretation von Literatur zu verbessern (3). Daraus erwuchs ein Interesse auch an therapeutischen Arbeitsweisen und deren theoretischer Begründung, handelt es sich doch nicht nur um die Aneignung schriftstellerischer Techniken, sondern um Methoden zur Kreativitätsförderung. Die TeilnehmerInnen zeigen sich oft ganz wesentlich motiviert durch das Bedürfnis nach Selbstaussdruck oder die Suche nach Identität, nach Persönlichkeitsentfaltung.

Seit 1986 besteht an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Berlin das „Poesietherapeutische Institut“ PTI, das Ausbildung für Poesietherapeuten anbietet. Da der Anwendungsbereich für Poesietherapie aber von der Akut- und Langzeitpsychiatrie bis zur Gemeinwesenarbeit reicht, ergab sich für das Institut die Notwendigkeit, zwischen „professioneller und nichtprofessioneller Qualifikation“ zu unterscheiden. Die professionelle setzt ein abgeschlossenes Medizinstudium voraus und erlaubt so den Einsatz in medizinisch-therapeutischen Arbeitsfeldern, während die nicht-professionellen Poesietherapeuten in sozialen und pädagogischen Bereichen arbeiten, auch in

der Prävention, der Rehabilitation oder Resozialisierung und der Behandlung leichterer Verlaufsform von psychischen Krisen (4).

Auch außerhalb von Schulen und Universitäten gibt es inzwischen überall eine Vielzahl von Schreibwerkstätten, die sich mit sehr unterschiedlicher Zielsetzung an sehr verschieden motivierte InteressentInnen wenden. Literarisches Schreiben als Freisetzung von Erfahrung, als deren Bearbeitung und Verarbeitung, wurde zum Forschungsthema (5).

Schreiben – oder auch lesen – als Therapie, als Mittel zu vertiefter Selbsterkenntnis, zur Selbstanalyse bis hin zur Eigentherapie, das ist kein modernes Phänomen, es läßt sich aus der literarischen Tradition von alters her in den verschiedensten Ausprägungen belegen. Neu ist aber der Versuch, diese Möglichkeiten in immer weiteren Bereichen einzusetzen, sie methodisch zu vermitteln und auch theoretisch zu begründen. Und zwar sowohl im medizinischen Bereich, in der Schul- und in der Universitätsausbildung als auch im Feld des außerschulischen Erziehungs- und Sozialwesens (Bezeichnung eines vor einigen Jahren an der Universität-Gh-Siegen eingerichteten Studienganges).

Es besteht deshalb großes Interesse an Weiterbildung auf dem Gebiet der Poesie- und Bibliothherapie, wie sie das FPI in Zusammenarbeit mit der EAG und der DGfP anbietet. Diese Weiterbildung richtet sich an Personen, die in den Bereichen Therapie und Beratung aber auch, Kultur-, Bildungs- und Sozialarbeit tätig sind (ÄrztInnen, PsychologInnen, Angehörige pflegerischer und sozialer Berufe, BibliothekarInnen, PädagogInnen). Seit 1984 wird jährlich ein dreitägiges Einführungsseminar durchgeführt, in dem poesie- und bibliothherapeutische Methoden und Techniken vorgestellt, geübt und diskutiert werden. Zur Weiterführung finden seit 1987, ebenfalls jährlich, „Kompakt-Curricula“ statt (4 Seminare von je 4 Tagen im Laufe eines Jahres). Sie haben zum Ziel, die Kenntnisse dieser Arbeitsweisen zu erweitern und zu vertiefen, den TeilnehmerInnen eigene Erfahrungen mit dem Lesen, dem Schreiben, dem Anregen und Bearbeiten von Texten zu

vermitteln und die Sicherheit bei der Anwendung poesie- und bibliothherapeutischer Methoden und Techniken in ihren eigenen Arbeitsfeldern zu verbessern.

Die ursprünglich geplante berufsbegleitende vierjährige Ausbildung zum Poesie- und Bibliothherapeuten (6) findet derzeit (1993) zum ersten Mal statt (bisher hatten sich nicht genügend TeilnehmerInnen für einen eigenen Ausbildungsgang zusammengefunden).

Das zunehmende Interesse von nicht in therapeutischen Berufen Tätigen an der Weiterbildung in Poesie- und Bibliothherapie kann die Aufschlüsselung nach den Grundberufen der ersten 100 TeilnehmerInnen der Kompakt-Curricula verdeutlichen. Davon sind:

- 32 % LehrerInnen verschiedener Schulformen bzw. Schulstufen
- 10 % DozentInnen an Hochschulen oder Fachhochschulen
- 27 % in sozialpädagogischen oder therapeutischen Berufen Tätige (Sozial- bzw. Diplom-PädagogInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen)
- 9 % BibliothekarInnen oder BuchhändlerInnen
- 6 % Personen, deren Interesse nicht von ihrer beruflichen Tätigkeit bestimmt wurde.

Mehr als vier Fünftel der TeilnehmerInnen sind Frauen.

Die für das KC verantwortlichen Lehrbeauftragten des FPIs haben dieser Tatsache in der Planung und Durchführung immer neu Rechnung getragen, um zu gewährleisten, daß das Ziel des vierten Seminars von allen oder doch möglichst vielen TeilnehmerInnen erreicht werden kann: „Dieses Seminar soll dazu dienen, die Erfahrung aus dem Curriculum für unterschiedliche Praxisfelder übertragbar zu machen. Die Auswahl von Büchern und Texten, die Handhabung emotionaler Reaktionen, Indikationen und Kontraindikationen, werden anhand von Praxisbeispielen thematisiert. Grenzziehung zwischen therapeutischer und pädagogischer Arbeit, die Verortung der Poesie- und Bibliothherapie zwischen Heilbehandlung, Ani-

mation und literarischer Werkstattarbeit, die Bestimmung der eigenen Kompetenzen und Grenzen, stellen besondere Schwerpunkte des Seminars dar.“ In dieser Zielformulierung offenbart sich ein anspruchsvolles Programm, und ich spreche hier sicher im Namen all derer, die daran mitwirken: Es braucht viel Vorarbeit, viel Engagement und therapeutische Sicherheit, um es auch zu erfüllen.

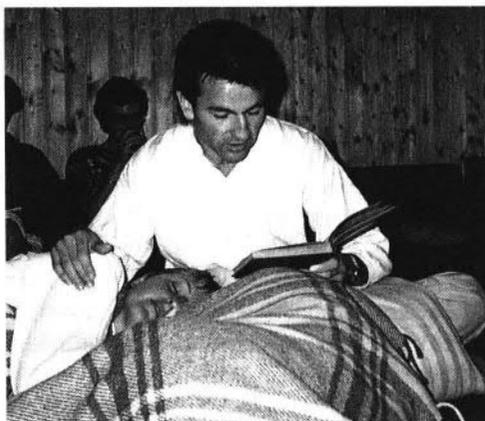
Wenn wir in diesem KC Poesie- und Bibliothekstherapie vermitteln, so arbeiten wir zwar ausdrücklich auf das Medium Text bezogen, aber doch jeweils mit den Mitteln der Integrativen Therapie, entsprechend einer kompletten Definition:

„Kunsttherapie, kreative Therapie bzw. Therapie mit kreativen Medien ist die theoriegeleitete Einwirkung auf den Menschen als ganzen in seiner körperlich-seelisch-geistigen Realität und seinen sozialen Eingebundenheiten, die geplante Beeinflussung von Haltungen und Verhalten, durch den indikationspezifischen Einsatz von kreativen Medien und kunstbezogenen Methoden mit den Zielen der Heilung oder Linderung von Krankheiten und der Entwicklung und Bereicherung der Persönlichkeit“ (7). Wir wenden dazu verschiedene erlebnisaktivierende Methoden an, die der Erschließung tieferer Persönlichkeitsschichten oder abgespaltener Persönlichkeitsanteile dienen:

geleitete Imaginationen, Techniken der Identifikation, der Rollenübernahme und des Rollentausches, auch die Verbindung mit weiteren kreativen Medien (z. B. *Farben* in der bildnerischen Gestaltung) und natürlich gezielte Übungen zur vertieften Leibwahrnehmung; weil in Bewegung und Atmung affektive Betroffenheit sowie atmosphärische Gestimmtheiten spürbar gemacht werden können.

Das setzt eine therapeutisch sichere Hand voraus und bei den TeilnehmerInnen die Fähigkeit und die Bereitschaft, neue Erfahrungen mit sich selbst und in einer Gruppe zuzulassen. Die Ergebnisse sind ermutigend; nicht wenige TeilnehmerInnen berichten, daß sie außer den Anregungen, die ihnen das Lehrangebot und die vermittelten Informationen gegeben haben, auch Gewinn für ihre persönliche Weiterentwicklung mitgenommen haben, was wiederum auch ihrer beruflichen Arbeit zugute gekommen sei.

Wir vermitteln in diesem Curriculum ja mit der therapeutischen Arbeit gleichzeitig Kenntnisse in literarischer Textarbeit und Textkritik sowie Erfahrungen mit besonderen literarischen Formen, die im Rahmen von therapeutisch ausgerichteter Arbeit bereits gesammelt wurden, mit biographischer Textdeutung auf der phänomenalen und der strukturalen Ebene.



Eine weitere, mehr auf Öffentlichkeit hin orientierte Aktivität der DGPP stellt die Planung und Durchführung von Tagungen dar. Im Mai 1985 fand die „1. Deutsche Tagung für Poesietherapie, Bibliothherapie und Literarische Werkstätten“ statt. Dieser programmatisch zu verstehende Titel zeigt, daß hier Neuland betreten wurde, und wirft gleichzeitig Licht auf den Horizont mit einem breiten Spektrum von Anwendungsbereichen, aus denen hier Erfahrungen gesammelt und mitgeteilt wurden. Um eine Vorstellung davon zu geben, seien hier die Themen der Vorträge und Arbeitsgruppen genannt:

1. Eröffnungsvortrag: Poesie- und Bibliothherapie, historische Entwicklung und Perspektive (*Hilarion Petzold*)
2. Die Bedeutung literarischer Werkstätten als Weg persönlicher und sozialer Kreativität oder Problemlösung (*Frederike Frei*)
3. Sprache, Symbolisierung und Therapie (*Alfred Lorenzer*)
4. Zur therapeutischen und sozialhygienischen Bedeutung der öffentlichen Büchereien (*Manfred Nagl*)
5. Über die heilende Wirkung von Worten (*Elisabeth Alexander*)

Arbeitsgruppen:

1. Integrative Arbeit mit Sprache und Poesie (*Ilse Orth*)
2. Bibliothherapie – Therapeutische Arbeit mit Texten (*Traute Pape*)
3. Poesietherapie mit Alten, Schwerkranken und Sterbenden (*Hilarion Petzold*)
4. Tiefenhermeneutische Textinterpretation u. a. am Beispiel von *Elias Canetti* (*Heinz Lüdde*)
5. Musik- und Poesie-Kollagen (*Achim Oeltze*)
6. Bibliothherapie in Lebenskrisen (*Theodor Weißenborn*)
7. Poesietherapie mit Adoleszenten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (*Bernd Heiner-mann*)
8. Therapie als Spracherfahrung (*Angela Thamm*)
9. Poesie als Therapie (*Dorothea Rahm*)
10. Poesietherapie mit Inhaftierten (*Annette Voigt*)

Das damals formulierte Ziel der Tagung, „die vielfältigen Möglichkeiten der Verbindung von Literatur, Psychotherapie und psychosozialer Arbeit vorzustellen und im Erfahrungsaustausch von Therapeuten, Autoren und Angehörigen helfender Berufe zur Verbreitung dieser Verfahren beizutragen“, können wir heute eigentlich als erreicht betrachten. Allerdings erfordert wirklich effektiver Erfahrungsaustausch immer viel Offenheit auf beiden Seiten, viel Zeit und Arbeit, so daß bis jetzt jeweils nur ein Bruchteil dessen, was möglich wäre, auch realisiert werden konnte und kann.

Nach dieser, der allgemeinen Einführung dienenden ersten öffentlichen Veranstaltung setzte die „2. Tagung für Poesietherapie, Bibliothherapie und literarische Werkstätten“ einen besonderen Akzent mit dem Thema „Sprache – Sprechen – Identität“. Ich möchte hier aus dem Tagungsbericht zitieren und wiederum die Titel der Arbeitsgruppen auflisten.

„Die Tagung bot verschiedene Möglichkeiten, das Thema Sprache und Identität zu bearbeiten. In zwei Vorträgen – von *Ite Gofsmann* über die Bedeutung von Sprachlichem für die Identitätsfindung und von *Hilarion Petzold* über die Hermeneutik sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Therapie – wurden Arbeitsfeld und Arbeitsweise von Poesie- und Bibliothherapie dargestellt. Drei Autoren, *Hilde Domin*, *Adolf Muschg* und *Ludwig Soumagne* lasen aus eigenen Werken und diskutierten anschließend mit den Teilnehmern der Tagung. In verschiedenen Arbeitsgruppen konnten die Tagungsgäste sich mit Methoden und Themen von Poesie- und Bibliothherapie vertraut machen und dabei auch spezielle Arbeitstechniken kennenlernen.

1. Am anderen das Eigene finden. Literarische Texte und assoziatives Schreiben (*Ite Gofsmann*)
2. Texte aus Kindertagen – Kindertage in Texten. Materialien zur Praxis der Bibliothherapie (*Traute Pape*)
3. Kinderängste – Erwachsenenängste (*Dorothea Rahm*)

4. Sprichwörter, Rede-Wendungen, Worte, die mich formen (*Bernd Heinermann*)
5. Zwischenbilanzen (*Heinz Peters*)
6. Aber ich kann doch gar nicht schreiben! Verhinderung der eigenen Sprache (*Angela Thamm*)
7. Musiktherapeutische Arbeitsgruppe (*Achim Oeltze*)
8. Über das Handeln in vorgestellten Situationen (*Ingo Scheller*)
9. Das ICH im Text als Identifikationsangebot – Kreatives Lesen und Schreiben in der Literaturwerkstatt (*Eva Kempkes*)
10. Der Sinn zwischen den Zeilen – Gedichte und Texte in der Logotherapie (*Elisabeth Lukas*).“

Im April 1989 fand die „3. Tagung für Poesietherapie, Bibliothherapie und literarische Werkstätten“ statt. Sie hatte das Thema „Persönliche Sprache – Öffentliche Sprache“ gewählt. Hier möchte ich aus der Präambel zitieren und wieder die Vortrags- und Arbeitsgruppenthemen auflisten, weil sich aus dem Zusammenhang zwischen den Vorträgen, die mehr der Wissensvermittlung und den Arbeitsgruppen, die mehr der Selbsterfahrung dienen, ein Bild ergibt von der Art und Weise, in der Poesie- und Bibliothherapie im Rahmen der Integrativen Therapie gehandhabt wird.

„Wir alle leben gleichzeitig in unterschiedlichen Sprachwelten, die bestimmt werden durch unsere Privatsphäre, durch die Institutionen, in denen wir uns bewegen, durch die Medien, denen wir ausgesetzt sind. Wir verfügen über persönliche und öffentliche Sprache. Es gibt Lebenslagen, in denen die öffentliche Sprache so übermächtig ist, daß die persönliche Sprache sich nicht zu behaupten vermag und der Mensch darunter zu leiden beginnt. Natürlich ist das nie nur ein Sprachproblem. Da jedoch die realen Verhältnisse in die Sprache eingehen, lassen sie sich dort faßbar machen, und wir können sprachlich auf sie antworten. Wo es darum geht, das eigene Sprechen anzuregen, hilft uns die Sprache der Poesie. Sie gibt uns – wie alle Kunst – die verlorene Lebendigkeit un-

serer Erfahrungen zurück, indem sich deren tiefere symbolische Bindung reaktiviert.

Vorträge:

1. Anwendungsbereiche und Arbeitsweisen der Integrativen Poesie- und Bibliothherapie (*Hilarion Petzold*)
2. Die Sprache der Poesie (*Ursula Böhmer*)
3. Praktische Lesung: „de adem van de woorden“ (*Jos van Hest*)

Arbeitsgruppen:

1. Die Äußerung der Erinnerung. Was geschieht beim autobiographischen Schreiben? (*Ite Goffmann*)
2. Muttersprache – Vatersprache. Auf der Suche nach den Wurzeln der Sprachen (*Bernd Heinermann*)
3. Frühe Klänge: Gute Sprache – böse Sprache. Poesietherapie mit Musik (*Achim Oeltze*)
4. Zwiesprache mit sich selbst. Sich selbst zum Gefährten werden (*Ilse Orth*)
5. Märchensprache – verborgene Sprache. Symbole, Bilder, Gestalten – Altvertrautes neu entdecken (*Traute Pape*)
6. Spielen mit meiner Sprache. Kreativer Umgang mit Sprache, ausgehend von Kindheitserfahrungen (*Dorothea Rahm*)
7. Im Spiegel meiner Sprache, Briefe, Tagebücher, ... (*Angela Thamm*).“

Die 4. Tagung hat im Mai 1992 stattgefunden. Thema dieser Tagung war „Macht und Sprache“. Wie immer gab sie Gelegenheit, sich mit dem vorgegebenen Thema anhand von Vorträgen und Diskussionen und tiefergreifend in den tagungsbegleitenden Arbeitsgruppen auseinanderzusetzen.

Das innovative Potential, das in den vergangenen 8 Jahren gesammelt ist, läßt sich so vielfältig nutzen, daß es weiterentwickelt werden sollte nach dem Modell einer Theorie-Praxis-Spirale (7). Das geschieht, indem

1. *Theorie* (eine erfahrungsgegründete, heuristische Theorie), die zu
2. *Praxis* führt (zu konzeptuell geleitetem Handeln), das durch

3. *Forschung* untersucht und evaluiert wird mit dem Ziel, daß
 4. *neue Theorie* entsteht, bzw. die vorgängige Theorie anhand der erforschten Praxis bestätigt, ergänzt, modifiziert wird.
- Dies führt – und hiermit beginnt der nächste Zyklus – zu neuer Praxis, neuer Forschung,

neuer Theoriebildung usw. Für die Poesie- und Bilbiotherapie müßte das unter Einbeziehung neuerer Forschungsansätze in den Sprach- und Literaturwissenschaften geschehen (8). Hier eröffnet sich eine weite Perspektive, weiter als unsere Arbeitskraft, unsere personellen und materiellen Ressourcen z. Z. reichen.

LITERATUR

1. *Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1988n.
2. *Petzold, H.G., Orth, I.*, (Hrsg.), Die neuen Kreativitätstherapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
3. *Rau, Arnold*, Kreatives Schreiben an Hochschulen, Berichte, Funktionen, Perspektiven, Niemeyer, Tübingen 1988.
4. *v. Werder, L.*, Schreiben als Therapie. Ein Übungsbuch für Gruppen und zur Selbsthilfe, Pfeiffer Verlag, München 1988.
5. *Jung, I.*, Schreiben als Selbstreflexion. Eine literaturpsychologische Untersuchung literarischer Produktivität, Westdeutscher Verlag, Opladen 1989.
6. *Petzold, H.G., Orth, I.*, Poesie und Therapie, Junfermann, Paderborn 1985.
7. *Petzold, H.G.*, „Form“ als fundierendes Konzept für die Integrative Therapie mit kreativen Medien, *Kunst & Therapie* 11 (1987) 59-86.
8. *Griesheimer, F., Prinz, A.* (Hrsg.), Wozu Literaturwissenschaft? Kritik und Perspektiven, Fraucke-Verlag, Tübingen 1991.

Z

Zauberer

Alles ist da
Alles ist wichtig
Manches ist fest
Manches frei
Sehnsucht
Nach dem Vogel
Mit den großen Flügeln
Auf den zweiten Blick
Ein warmes Gefühl
Für das
Woraus er aufsteigt

Strukturplan der Weiterbildung Integrative Supervision

40 Std. Zulassungsseminar, 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe	Oberstufe
	24 Std. Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe		
	40 Std. Gestaltberatung – Diagnostik	40 Std. Methoden Integrativer Supervision	40 Std. Dynamik von Institutionen
	40 Std. Gestaltberatung – Techniken	40 Std. Krisenintervention	40 Std. Organisationsberatung I
	40 Std. d. Methoden u. Modelle der Supervision	40 Std. Praxisfeld – spezif. Arbeit	40 Std. Organisationsberatung II
			60 Std. Lehreinzel-supervision
		30 Std. Ko-Supervision	

Strukturplan der Weiterbildung Aufbaucurriculum Supervision

Grundstufe	Aufbaustufe	
	1. Jahr	2. Jahr
	192 Std. Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe	
40 Stunden Kreative Medien	40 Std. Methoden und Modelle der Supervision	40 Std. Organisationsberatung in psychosozialen Einrichtungen
40 Stunden Krisenintervention	40 Std. Praxisfeld spezif. Organisationskulturen	40 Std. Dynamik von Institutionen
40 Stunden Supervision I		
40 Stunden Supervision II		
40 Stunden Rollenspiel		
24 Stunden Theorie I		
24 Stunden Theorie II		

Der Supervisionszweig an FPI und EAG

Astrid Schreyögg, Hagen

Definition:

»Integrative Supervision ist ein supervisorisches Handlungsmodell. Auf der Basis phänomenologisch-hermeneutischer und sozialwissenschaftlicher Positionen werden eine Vielzahl supervisionsrelevanter Theorien und Methoden zu einem in sich konsistenten Ansatz verbunden. Ihr Ziel besteht in der Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenzen von Berufstätigen. Dadurch sollen Effizienz und Humanität professioneller Praxis gefördert werden« (A. Schreyögg).

Auch im Supervisionszweig blicken FPI/EAG auf eine nunmehr 20jährige „Innovationsgeschichte zurück. Sie ist durch einige Besonderheiten charakterisiert, die hier zunächst als „grundlegende Innovationen“, sodann anhand spezieller Aktivitäten dargestellt werden sollen.

1. GRUNDLEGENDE INNOVATIONEN IM SUPERVISIONSBEREICH

Der Supervisionszweig von FPI/EAG erweist sich gegenüber vergleichbaren Instituten als „neuartig“ im Hinblick auf seine

- regionale Verbreitung,
 - seine Zielgruppenorientierung,
 - seine Konzeption,
 - seine Didaktik und
 - seine Tagungs- und Publikationsaktivitäten.
- a) Regionale Verbreitung
- FPI/EAG sind im deutschsprachigen Raum die ersten Aus- und Weiterbildungsinstitute für Supervision, die über die Grenzen der BRD hinaus auf europäischer Ebene tätig sind: in Österreich, Südtirol, den Niederlanden.
- b) Zielgruppenorientierung
- Als erste Supervisionsausbildungsinstitute bieten FPI/EAG Programme an, die zielgruppenorientiert sind.

- In den „allgemeinen“ Ausbildungsgruppen in Deutschland, Österreich und Südtirol, wird darauf geachtet, daß die Teilnehmer fachlich möglichst heterogen sind. Sie kommen also aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern, d. h. aus sozialen und wirtschaftlichen Bereichen. Intention ist dabei, einen sozialpolitischen „Mikrokosmos“ in der Ausbildungsgruppe entstehen zu lassen.
 - Daneben findet Supervisorenausbildung an FPI/EAG, aber auch in fachlich homogenen Gruppen statt, so für Professionelle aus dem Alten- und Krankenpflegebereich. Darüber hinaus wurden, im „Aufbaucurriculum Supervision“ eigene Ausbildungsgruppen für Psycho- und Soziotherapeuten installiert. Bei Feld- und Berufsgruppenspezifität wird allerdings jeweils auf Vermittlung einer vollständigen supervisorischen Kompetenz im Sinne von Standards der DGSV und EGS Wert gelegt.
 - Gerade mit dem „Aufbaucurriculum“ für Supervision tragen FPI/EAG als erste Ausbildungsinstitute der psychotherapeutischen Supervisionstradition in ganz neuartiger Weise Rechnung. Hier werden die Kandidaten für „Supervision therapeutischer und beratender Arbeit in Organisationen“ ausgebildet. Dabei ist psychotherapeutisches Fachwissen mit solchem aus Bereichen von Supervision und Organisationsberatung zu verbinden.
- c) Die Konzeption
- Ein weiteres Novum besteht in der vermittelten Supervisionskonzeption.
- Konzeptionell wurde und wird wie in anderen Bereichen von FPI/EAG auch hier ein *theorie- und methodenplurales Modell* gelehrt, das in sich konsistent und am „Integrationsparadigma“ der neueren Psychotherapieforschung orientiert ist.

- Die *supervisorische Diagnostik* Integrativer Supervision bezieht sich auf vielfältige Theorien aus der Psychoanalyse, der Sozialpsychologie und der Soziologie,
 - Das *methodische Inventarium* umfasst kreativpsychotherapeutische Arbeitsformen ebenso wie rationale Auseinandersetzungen.
 - Der gesamte Ansatz sucht Supervisionstraditionen aus dem Bereich der *Sozialarbeit* und der *Psychotherapie* zu verbinden.
 - Das an FPI/EAG gelehrt Konzept liegt seit 1991 als *Lehrbuch* vor.
- d) Die Ausbildungsdidaktik
Auch in der Lehre des Modells beschreiten FPI/EAG gegenüber anderen Ausbildungsinstitutionen für Supervision neue Wege.
- Didaktisch ist hier für alle Ausbildungsveranstaltungen eine *Integration* zwischen Selbsterfahrung, Theorie- und Methodenvermittlung vorgesehen.
 - Die Vermittlung des Ansatzes erfolgt vorrangig „*durch sich selbst*“, d. h. im Verlauf der Ausbildung unterziehen sich die Kandidaten in themenzentrierten Seminaren fortlaufend Eigen-Supervisionen des Ansatzes, praktizieren ihn unter *life-Supervision* untereinander und verarbeiten das praktisch Erfahrene in anschließenden Theoriesequenzen.
 - Ein entsprechendes Didaktikbuch liegt ab 1993 vor.
- e) Tagungen, Publikationen und empirische Forschung
Der Supervisionszweig von FPI/EAG trat bislang durch innovative Tagungen, Publikationen und empirische Forschung hervor.
- Der Supervisionsbereich von FPI/EAG initiierte seit 1988 eine Reihe von *Tagungen* in der BRD, in Österreich und den Niederlanden. Sie waren jeweils wegweisenden Themenstellungen gewidmet.
 - Aus dem Supervisionszweig ging schon eine Vielzahl von kleineren und größeren *Publikationen* hervor, die den gelehrt

Ansatz zunehmend verdeutlichen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren noch verstärken. Ausbildungskandidaten fertigen eine Vielzahl von Diplom- und Graduiierungsarbeiten an. Beim Junfermann Verlag wird derzeit eine Zeitschrift „Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management“ installiert. Dadurch sollen wesentliche Entwicklungen von Supervision und verwandten Beratungsformen gefördert und eingefangen werden.

- Das an FPI/EAG gelehrt Supervisionskonzept ist als erstes in der BRD empirischen *Evaluationen* unterzogen worden. In Österreich ist derzeit im Rahmen eines ministeriellen Auftragsforschungsprojektes eine empirische Evaluationsstudie für Integrative Supervision im Alten- und Krankenpflegebereich in Arbeit.

Weitere innovative Besonderheiten des Supervisionszweiges lassen sich anhand der nachfolgenden Darstellung spezieller Aktivitäten dieses Bereiches entnehmen.

2. DIE SPEZIELLEN INNOVATORISCHEN AKTIVITÄTEN IM SUPERVISIONS-ZWEIG VON FPI/EAG

Die speziellen innovatorischen Aktivitäten des Supervisionszweiges lassen sich vorrangig charakterisieren durch:

- die Ausbildungsgruppen,
- die Kooperation mit Universitäten und Hochschulen,
- die Tagungsaktivitäten,
- die Publikationen sowie empirische Forschung und
- die organisatorische Situation des Zweiges.

2.1 Die Ausbildungsgruppen

- Im Programm von FPI/EAG 1994 sind für den Supervisionszweig 14 Ausbildungsgruppen ausgedrückt. Davon laufen 5 in den

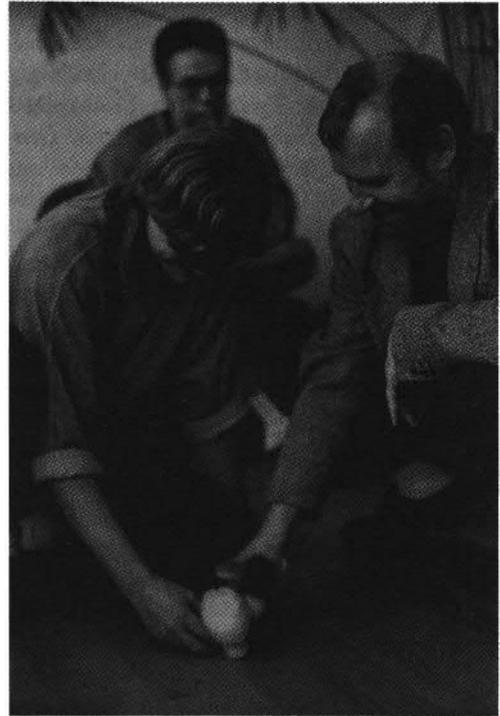
alten Bundesländern, eine in den neuen, 6 in Österreich, eine in Südtirol und eine über die Freie Universität Amsterdam.

- Anders als im psychotherapeutischen Bereich entstehen hier keine so umfassenden „Folgeaufwendungen“ durch lange Lehr- oder Kontrollanalysen usw., so daß die Expansion des Instituts in diesem Bereich gut voranschreiten konnte. Die Ausbildung findet heute in inhaltlich sehr kompakter Form innerhalb von 3 (oder von 2) Jahren Gruppenarbeit statt. Im Verlauf des 2. und/oder 3. Jahres absolvieren die Kandidaten eine „Lehr-einzelsupervision“ von mindestens 30 Sitzungen à 2 Stunden.
- Die „Innovationsgeschichte“ des Supervisionsprogramms spiegelt sich in allererster Linie in Entwicklungen der Ausbildungsgruppen wider. Aus Supervisionsaktivitäten im psychotherapeutischen Bereich entstanden erste, gezielte Supervisionsausbildungsgruppen. Aus diesen Erfahrungen wurden dann die heute überregional gelehrt Curricula fortentwickelt und zielgruppenspezifisch weiter ausdifferenziert.

- a) Supervisionsaktivitäten im psychotherapeutischen Bereich
 - Schon in den Anfangsjahren des FPIs wurde im Rahmen der Therapieausbildung immer Wert auf Supervision gelegt. Dabei stand konzeptionell wie methodisch das „Experimentieren“ mit kreativen Arbeitsformen aus der Psychotherapie im Vordergrund, im weiteren Verlauf auch das mit unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Theorien.
- b) Die ersten Supervisions-Ausbildungsgruppen
 - Im Programm des Jahres 1974 wurde dann bereits eine „Ausbildung zum Systemsupervisor“ angeboten. Diese führten *Hilarion Petzold*, *Kurt Höhfeld* und *Jürgen Lemke* durch. Die Idee für dieses Programm entstand insbesondere durch die damals schon vielfältigen Supervisionsaktivitäten in Einrichtungen der Dro-

genhilfe und durch die vielen Gestaltsoziotherapeuten, die entweder in diesen Systemen tätig waren oder hier als Supervisorinnen engagiert wurden.

- Im Jahr 1979 startete eine damals noch zweijährige Supervisionsausbildungsgruppe in Trier. Sie wurde in Kooperation mit der kath. Akademie Trier durchgeführt. Diese Gruppe leiteten *Astrid Schreyögg*, Hagen, im ersten Ausbildungsjahr und *Waldefried Pechtl*, Salzburg, im zweiten.



- c) Die dreijährigen Ausbildungsgruppen
 - Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen wurde eine neue, dreijährige Supervisionsausbildung konzipiert. Sie fand erstmalig in Österreich, in Wien, in Zusammenarbeit mit dem kath. Bildungswerk Wien ab 1983 statt. Diese „erste österreichische Ausbildungsgruppe“, die von *Hilarion Petzold*, als Leiter der meisten Kompaktseminare, und von *Astrid Schreyögg*, als Leiterin der fortlaufenden

- Gruppe, durchgeführt wurde, war der Ausgangspunkt für die Gründung eines einschlägigen Verbandes, des ÖBS, d. h. des „Österreichischen Berufsverbandes für Supervision und psychosoziale Beratung“.
- Diese erste Supervisionsgruppe in Wien bildete auch den Start für viele weitere Supervisionsausbildungsaktivitäten in Österreich. Ende 1993 läuft die 8. derartige Supervisionsausbildungsgruppe an. Die derzeit drei laufenden Gruppen werden von *Jürgen Hille*, *Rolf Merten* und *Astrid Schreyögg* mit jeweils einem/r österreichischen Ko-Trainer/in geleitet. Die je 7 Kompaktseminare bestreiten einschlägig spezialisierte Trainer aus Deutschland (*Maren Fischer-Epe*, *Heinz Becker*, *Dietrich Eck*, *Jürgen Lemke* u. a.) oder aus Österreich (*Renate Frühmann*, *Veronika Windisch-Schoißwohl* u. a.) mit jeweils einem/r österreichischen Ko-TrainerIn.
 - Seit 1990 sind in Österreich neben dem kath. Bildungswerk auch Kooperationen mit Pro-Senectute sowie der Donau-Universität Krems entstanden. Auf dem Hintergrund der verheerenden Mordfälle im Altenheim Wien-Lainz wurde in der öffentlichen Diskussion in Österreich, in die *Hilarion Petzold* stark eingebunden war, die prophylaktische Bedeutung von Supervision betont. So entstanden in Kooperation mit dem Verband Pro-Senectute und der Universität Krems zwei weitere Supervisionsausbildungsgruppen mit Teilnehmern aus dem Alten- und Krankenpflegebereich und sozialpädagogischen Feldern. Sie wurden zuerst von *Heinz Lüdde* und *Christa Petzold* in Innsbruck und von *Klaus Schubert* und *Magdalena Stöckler* in Wien geleitet. In Nachfolgegruppen sind wieder *Heinz Lüdde* und *Klaus Schubert* tätig. Die nächste Gruppe von Krems wird *Günther Thomas* übernehmen.
 - Im Herbst 1990 startete dann die erste Supervisorenausbildungsgruppe in Bozen, *Südtirol*. Sie wird von FPI/EAG in Kooperation mit dem Diözesan-Bildungshaus Lichtenburg, Naels, durchgeführt. *Gerd Landshut* hat die Leitung der fortlaufenden Gruppe übernommen. Die nächste Gruppe wird *Hartmut Rau* leiten.
 - Die erste dreijährige Supervisionsausbildungsgruppe in *Deutschland* wurde 1987 von *Astrid Schreyögg* mit *Detlef Marzke* als Ko-Trainer im Raum Nordrhein-Westfalen begonnen. Sie umfaßte Teilnehmer aus Deutschland und der Schweiz. Die Teilnehmer rekrutierten sich, wie die Teilnehmer der meisten Gruppen in Österreich, aus dem sozialen und wirtschaftlichen Bereich. Diese Gruppe hat derzeit 4 Nachfolgegruppen, die jeweils von *Nando Belardi*, *Ute Wirbel*, *Helmut Hendrys* und *Peter Recht* geleitet werden. Auch hier ergeben sich jeweils gute regionale und arbeitsfeldspezifische „Mischungen“, so daß sehr lebendige Ausbildungssituationen mit einer Gruppe als gesellschaftlichem Mikrokosmos entstehen und entstanden.
 - Eine weitere deutsche Gruppe, die, wie schon zwei Gruppen in Österreich, auf die Supervision von Kranken- und Altenarbeit orientiert ist, leitet *Eva-Maria Melchart* in Regensburg mit *Peter Recht* als Ko-Trainer. Hier besteht eine Kooperation mit der kath. Akademie für Pflegeberufe in Bayern, Regensburg.
- d) Das „Aufbaucurriculum Supervision“
- Neben den bisher beschriebenen „Basisgruppen für Supervision“, die im Hinblick auf die Inhalte und Teilnehmer entweder feldübergreifend oder feldspezifisch angelegt sind, bieten FPI/EAG ein sogenanntes *Aufbaucurriculum Supervision* an, d. h. „Supervision therapeutischer und beratender Arbeit in Organisationen“. Die Pilotgruppe wurde von *Astrid Schreyögg* und *Claus Epe* als Ko-Trainer geführt.
 - Die Kreation dieses Programms entstand aus der Erfahrung, daß für die Supervision

psychotherapeutischer oder beratender Einrichtungen letztlich nur ausgebildete Psycho- oder Soziotherapeuten die entsprechende Feldkompetenz besitzen, daß sie aber, mit einer „Nur-Therapie-Ausbildung“ ausgestattet, diesen Anforderungen eher unvollkommen gewachsen sind. Das Aufbaucurriculum sieht dann eine Weiterbildung vor, die auf der Basis der bisherigen Therapievorbildung die Kandidaten für die Supervision von therapeutischer und beratender Arbeit in Organisationen vorbereitet. Didaktisch steht hier die Theorie- und Methodenvermittlung im Vordergrund. Selbsterfahrung tritt deutlich zurück. Inhaltlich werden organisatorische Phänomene akzentuiert.

- Sabine Scheffler leitete mit Helmut Hendrys als Ko die zweite derartige Fortbildungsgruppe, 1992 begann eine weitere unter Leitung von Astrid Schreyögg und Wolfgang Rehtien, die 3. leitet wieder Sabine Scheffler und die 4. Wolfgang Rehtien.

2.2 „Diffusionen“ in den Hoch- und Fachhochschulbereich

Seit einiger Zeit ergeben sich in den Niederlanden und Österreich „Diffusionen“ des Supervisionszweiges in den akademischen Bereich.

- Auf Initiative von Hilarion Petzold wurde an der Freien Universität Amsterdam ein postgradualer, akademischer Studiengang für Supervision auf dem Hintergrund unseres Ansatzes eingerichtet. Ab 1992 können dort Absolventen von FPI/EAG in einem berufsbegleitenden, aufbauenden Studiengang den akademischen Grad „Diplom-Supervisor“ erwerben.
- Diffusionen des am FPI gelehrtens Ansatzes in den Hochschul- und Fachhochschulbereich ergaben sich auch durch Kooperationen in Österreich: an der Donau-Universität, wissenschaftlichen Landesakademie Niederösterreich, Krems, und, in eher lockerer

Form, auch bei der Sozialakademie, St. Pölten. Dort ist René Reichel führend tätig.

- Derzeit sind Kooperationsverhandlungen mit dem Lewin-Institut der Fernuniversität Hagen im Gange.

2.3 Tagungen

Der Supervisionszweig von FPI/EAG trat bislang auch durch eine Reihe von Tagungsaktivitäten zu wegweisenden Themen hervor. Die Veranstaltungen fanden in Deutschland, Österreich oder in den Niederlanden statt. Außerdem sind Vertreter des Supervisionszweiges zunehmend als Referenten bei „hausfremden“ Veranstaltungen und Projekten vertreten.

a) Tagungen in Deutschland

- Die erste, vom Supervisions-Zweig in Deutschland veranstaltete Tagung, eine Kooperation mit der Akademie Remscheid, fand in der EAG-Hückeswagen, vom 2. – 4. September 1988 statt. Sie hatte das Thema: „Methodenintegration in der Supervision“. Das Ziel der Tagung bestand darin, den Beitrag unterschiedlicher „Supervisionsschulen“ zu sichten und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu untersuchen. Als Referenten waren bekannte Supervisionsfachleute aus der Gruppendynamik, aus dem Psychodrama, aus der Psychoanalyse usw. eingeladen. Es fanden etliche Workshops zu arbeitsfeldspezifischen und methodischen Themen statt.
- Die zweite Supervisionstagung von FPI/EAG in Deutschland, wieder in Kooperation mit der Akademie Remscheid, fand vom 16. – 18. Februar 1990 in Remscheid statt. Sie zentrierte sich auf das Thema: „Supervision in Großorganisationen und totalen Institutionen“. Diese Tagung zielte auf die ausführliche Auseinandersetzung mit organisatorischen Phänomenen in der Supervision. Auch hier konnten namhafte Referenten gewonnen werden, die zur Supervision in

Organisationen aus der Sicht der Systemtheorie, der Anomietheorie, der Organisationstheorie usw. Stellung nahmen. Es fanden wieder eine Vielzahl feldspezifischer Workshops statt.

- Die *erste europäische Tagung für Supervision* fand vom 23. – 25. Oktober 1992 in Leipzig statt zum Thema: „*Institutionen im Wandel – Hilfe durch Supervision und Organisationsberatung*“. Diese Tagung war auf Förderung von Organisationen in der aktuellen politischen Lage gerichtet. Hier nahmen zunächst Referenten aus den neuen Bundesländern zur derzeitigen institutionellen Situation Stellung. Sodann stellten namhafte Fachleute aus unterschiedlichen europäischen Ländern wesentliche Aspekte von „Supervision“ und „Organisationsberatung“ dar und zeigten, welche Möglichkeiten der Unterstützung heute bestehen. In Workshops, Podiumsdiskussionen und Kurzvorträgen ließen sich dann spezifische

Fragestellungen vertiefen. Dabei kamen Fachleute aus der Wirtschaft einerseits und solche aus dem sozialen Bereich andererseits zu Worte.

- Die zweite europäische Tagung für Supervision findet im September 1994 in Südtirol, Schloß Goldrain, zum Thema: „*Supervision und Management*“ statt. Zentrale Inhalte sind, „Supervision von Managern“, „Coaching“, „Selbstmanagement“, „Sozialmanagement“, „Supervision von Klinikleitungen“ usw. Ziel der Tagung ist, die Bedeutung der Managementliteratur für traditionelle Felder der Supervision zu erkunden, aber auch die Möglichkeiten von Supervision im Management unterschiedlicher Systeme.

b) Tagungen in Österreich

- Die *erste Supervisionstagung* von FPI/EAG in *Österreich* fand im September 1988 in Wien statt zum Thema: „*Was ist Supervision?*“. Sie entstand in



Kooperation mit dem „Österreichischen Berufsverband für Supervision und psychosoziale Beratung“ (ÖBS). Das Ziel war, den an FPI/EAG gelehnten Supervisionsansatz einem breiteren Publikum in Österreich zugänglich zu machen.

- Die *zweite* Tagung in Österreich wurde vom 18. – 20. Mai 1990 in Wien abgehalten. Sie war ein Kooperationsprojekt von Pro-Senectute, FPI/EAG und ÖBS. Sie zentrierte sich inhaltlich um „*Teamsupervision*“. Die Hauptvorträge dieser Tagung bezogen sich auf allgemeine institutionelle Einflüsse auf Teams, die generelle Bedeutung von Teamsupervision in psychosozialen Einrichtungen und die besonderen Interventionsmöglichkeiten bei der Teamsupervision. Fünf Kurzvorträge zentrierten sich teils auf arbeitsfeldspezifische Teamsupervision (bei SterbebegleiterInnen, in der Erwachsenenbildung und in der Wirtschaft), zum anderen Teil auf methodische Möglichkeiten (Einsatz kreativer Medien) und auf interaktive Phänomene in der Teamsupervision (Abwehr).
- Die *dritte* einschlägige Tagung in Österreich fand vom 26. – 28. Oktober 1991 in Wien statt. Sie war als feldspezifische Tagung auf das Thema „*Das Heim als Lebensraum*“ gerichtet. Es handelte sich um ein Kooperationsprojekt zwischen Pro-Senectute und FPI/EAG. Die Tagung hatte eine spezifische Zielgruppe, die LeiterInnen österreichischer Altenheime. Hier ging es um das organisatorische System „Altenheim“ sowie die besonderen Möglichkeiten von Supervision und Organisationsberatung in diesem.

c) Tagung in den Niederlanden

- Die *erste* Tagung in den *Niederlanden*, bei der das Supervisionskonzept von FPI/EAG vorgestellt wurde, fand am 23. Juni 1989 an der Freien Universität Amsterdam speziell für Bewegungspädagogen und -therapeuten statt. In drei Vor-

trägen wurde der Ansatz zunächst in einen allgemeinen sozialwissenschaftlichen Rahmen gestellt, danach mit seinen besonderen theoretischen Implikationen erläutert, sodann auf die Supervision bewegungstherapeutischer Arbeit bezogen. In anschließenden Workshops wurden methodische oder arbeitsfeldspezifische Fragestellungen vertieft.

d) Beiträge zu „hausfremden“ Tagungen, Projekten und Ausbildungen

- Vertreter des Supervisionszweiges von FPI/EAG werden immer häufiger auch als Referenten bei Tagungen anderer Träger, wie etwa des BDP oder ÖAGG, engagiert. Dabei geht es entweder um Vorstellen des hauseigenen Ansatzes oder seine Umsetzung auf spezifische Felder. In den letzten Jahren wurden auch mehrfach an Hoch- oder Fachhochschulen in Deutschland oder Österreich die grundlegenden Implikationen des Ansatzes präsentiert. Und im Sinne feldspezifischer Umsetzung fand die Supervisions- und Organisationsberatungskonzeption von FPI/EAG besonders in der Suchtkrankenarbeit viel Interesse, wie etwa bei der wissenschaftlichen Jahrestagung 1991 der Deutschen Gesellschaft für Suchtkrankenkliniken oder 1993 auf der 6. Tagung des Fachverbandes „Sucht“.
- Auch bei der Entwicklung von „hausfremden“ Projekten zur Supervision/Organisationsberatung werden Vertreter von FPI/EAG, im In- und Ausland immer häufiger hinzugezogen. So führten *Nando Belardi* und *Astrid Schreyögg* im Auftrag der steirischen Landesregierung eine Ausbildung für die „Supervision von Lehrern“ durch, oder *Astrid Schreyögg* wurde als Konsultantin zur Etablierung „organisationsspezifischer Fortbildungen für Supervisoren“ vom IFF-Wien hinzugezogen.
- Die Konzeption des an FPI/EAG entwickelten Supervisionsansatzes wird von

einer ganzen Reihe von Supervisionsausbildungsinstitutionen, z. B. der Sozialakademie in St. Pölten/Österreich, zur Grundlage eigener Supervisionsausbildungen verwendet.

2.4 Publikationen und Forschung

Der Supervisionsbereich von FPI/EAG ist auch schon relativ gut durch einschlägige Publikationen „unterfüttert“. Darüber hinaus liegen erste Evaluationsstudien des am FPI gelehnten Ansatzes vor.

a) Publikationen

- Die erste, kompakte Veröffentlichungsaktivität zur Supervision an FPI/EAG erfolgte 1989 in der „Integrativen Therapie“ 3-4. Darin finden sich eine ganze Reihe von Vorträgen aus der ersten deutschen Tagung von 1988 zusammen mit anderen Beiträgen, die im Rahmen von Graduierungsarbeiten usw. entstanden sind.
- Die zweite derartige Veröffentlichung ist 1991 in der Zeitschrift „Gestalt & Integration“ (FPI-Publikationen, Düsseldorf 1/91) erschienen. Sie enthält zu Aufsätzen umgearbeitete Vorträge aus der deutschen Tagung von 1990 und der österreichischen Tagung 1990. Diese Publikation zentriert sich um die Themen „Teamsupervision“ und „Organisationsberatung“.
- Die österreichischen Tagungen von 1988 und 1990 wurden von ÖBS und Pro-Senectute jeweils noch gesondert dokumentiert und publiziert.
- Im Herbst 1991 ist ein *Lehrbuch* von *Astrid Schreyögg* erschienen, „Supervision – ein integratives Modell“ (Junfermann), das in komprimierter Form die „Wissensstruktur“ des an FPI/EAG gelehnten Supervisionsansatzes wiedergibt. Dieser Band gilt als grundlegendes Lehrbuch für die Supervisionscurricula von FPI/EAG.
- Im Jahr 1993 erschien ein weiteres Buch der Autorin „Supervision – Didaktik und Evaluation“. In diesem wird das spezifische didaktische Konzept des Ansatzes und seine empirische Evaluation dargestellt.
- Im Herbst 1992 erschien in der „Reihe Supervision“ ein Buch von *Nando Belardi*, das die Geschichte der Supervision in Deutschland behandelt. Auch in diesem Band wird ausführlich auf den Supervisionsansatz von FPI/EAG Bezug genommen („Supervision – von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung“).
- Im weiteren sollen Reader und Monographien zu jeweils aktuellen Themen entstehen. Hier werden Integrative Supervision und Organisationsberatung in theoretischer wie praktischer Hinsicht durch eine Vielzahl von Autoren weiter präzisiert.
- Derzeit haben auch mehrere, an FPI/EAG ausgebildete Supervisoren, die in der Wirtschaft tätig sind, im Rahmen von Graduierungsarbeiten größere Publikationen fertiggestellt. Von diesen bezieht sich eine auf die Verwendung unseres Supervisionsansatzes im „Projekt-Management“ (*Jürgen Hansel, Brigitte Gregor-Rauschtenberger*, Springer-Verlag), eine andere auf ein methodisches Thema: „Moderation als Methode der Teamsupervision“ (*Herbert Namokel und Dieter Rösner*).
- Gerade im Rahmen von Graduierungsarbeiten erschienen und erscheinen eine Reihe von Aufsätzen zur Integrativen Supervision, z. B. in der „Pastoralen Arbeit“ (*Gerhard Prieler*), zur „Supervision und Beratungsarbeit in der Schwangerschafts- und Konfliktberatung“ (*Brigitte Gregor-Rauschtenberger*), zur „Supervision in der SPFH“ (*Joachim Nicolay*), „Supervision in medizinischen Einrichtungen“ (*Recht*) u. a. m.
- Desweiteren finden sich mittlerweile etliche Publikationen als Zeitschriften- oder Handbuchartikel von Lehrenden an FPI/EAG wie *Nando Belardi, Sabine Scheffler, Hilarion Petzold, Astrid Schreyögg*

usw., die sich auf die Zeitschriften „Supervision“, „Integrative Therapie“, „Gruppendynamik“, „Sucht“, „Sozialmagazin“, usw. verteilen oder in Readern wie dem „Handbuch der Supervision“ (*Pühl*), in dem Band „Supervision in der Praxis“ (*Willker*) usw. erschienen sind. Inhaltlich handelt es sich dabei entweder um konzeptionelle Grundlagenaufsätze zur Supervision und Organisationsberatung, um Aufsätze zur Ethik von Supervision, zu ihrer Geschichte, zu ihrer Didaktik oder um solche, die den Einbezug des gruppalen oder organisatorischen Kontextes von Supervision thematisieren.

- Ab 1994 erscheint im Junfermann Verlag eine Zeitschrift „Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management“. Herausgeberin ist *Astrid Schreyögg*. Mitherausgeber sind *Nando Belardi*, *Hilarion Petzold* und *Christoph Schmidt*. Für den internationalen, wissenschaftlichen Beirat konnten *Peter Fürstenau*, *Jörg Fengler* u. a. gewonnen werden. Diese Zeitschrift zentriert sich um Themen wie: „Organisationskultur und Intervention“, „Coaching“, „Supervision – internationale Entwicklungen“, „Management im Non-Profit-Bereich“, „Frauenkarrieren“, „Supervision und Organisationsberatung in der Schule“ usw. Hier soll nicht nur ein zentrales Publikationsorgan des Supervisionszweiges entstehen, sondern ein Forum für breite Fachdiskussionen.
- Spezifische methodische Intentionen von FPI/EAG wurden auch von „benachbarten“ Ausbildungsinstituten für Supervision, wie der Akademie Remscheid, zu Publikationen verarbeitet. So beschreibt das Buch von *Kurt Richter* und *Heinrich Fallner*, wie „Kreative Medien in der Supervision“ verwendet werden können (*Ursel Busch* Fachverlag, Remscheid 1989).

b) Evaluationen

- Die erste *Evaluationsstudie* des an FPI/EAG gelehrtens Supervisionsansatzes führte *Astrid Schreyögg* im Rahmen einer Disser-

tation an 80 Personen durch. Eine auf 145 Personen erweiterte Studie erschien 1993 im Band „Supervision – Didaktik und Evaluation“.

- Ein weiteres Evaluationsprojekt führt derzeit *Brigitte Schigl*, Wien, unter der wissenschaftlichen Leitung von *Hilarion Petzold*, in Kooperation mit dem „Psychologischen Institut der Universität Wien“ durch.

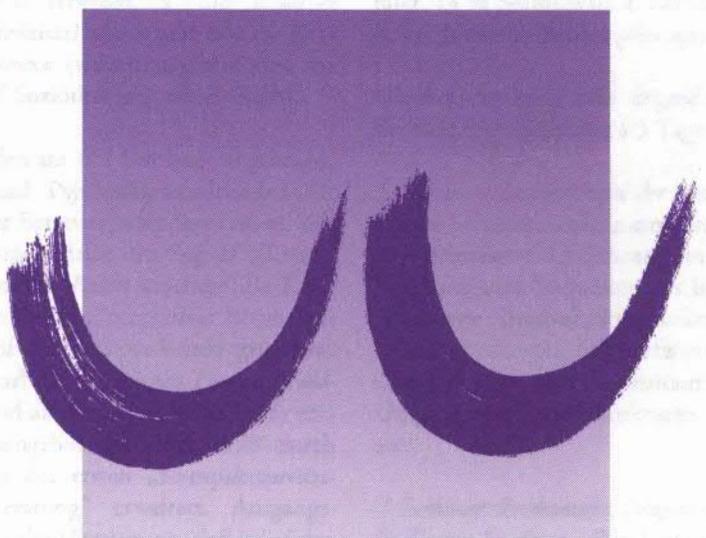
2.5 Struktur des Supervisionsausbildungszweiges

- Die organisatorische Situation des Supervisionsausbildungszweiges in der BRD liegt derzeit in der Hand von Frau *Schütte* in Hückeswagen. Demnächst entsteht auch ein Sekretariat in Wien, das Belange österreichischer und italienischer Ausbildungsgruppen regeln soll.
- Unter den Lehrenden des Supervisionszweiges findet ein lebendiger informeller Austausch in fachlicher und organisatorischer Hinsicht statt.
- Im Jahr 1991 wurde ein eigener *Weiterbildungsausschuß* gegründet, der sich zweimal im Jahr trifft. Er tagt unter Beteiligung eines Ausbildungskandidaten und einer Vertreterin des Lehrstabes aus Österreich.
- Die *verbandspolitische* Situation des Supervisionszweiges ist in der BRD durch die Deutsche Gesellschaft für Supervision geregelt, der FPI/EAG als juristische Person angehören.
- In *Österreich* ist sie durch den ÖBS definiert und demnächst auch durch einen österreichischen Dachverband für Supervision.
- Im September 1992 wurde durch Mitarbeiter von FPI/EAG aus unterschiedlichen europäischen Ländern die „Europäische Gesellschaft für Supervision“ (EGS) ins Leben gerufen, die „European Association for Supervision“. In dieser sollen dann einzelne Supervisorenkollegen und Verbände aus unterschiedlichen europäischen Ländern ein Forum für den internationalen Austausch finden. Hier wird die Etablierung von länder- und feldspezifischen Sektionen eine besondere Rolle spielen.

Gestaltberatung

Die Gestalttherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich auf die Wahrnehmung der eigenen Gestalt und die Beziehung zur Umwelt konzentriert. Sie wurde von Fritz Perls entwickelt und ist heute eine der bekanntesten psychotherapeutischen Ansätze. In der Gestalttherapie geht es darum, die eigenen Bedürfnisse, Emotionen und Gedanken wahrzunehmen und sie in die Handlung zu übersetzen. Die Therapie wird in der Regel in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt und ist für Menschen geeignet, die Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen oder sie in die Handlung zu übersetzen.

Die Gestalttherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich auf die Wahrnehmung der eigenen Gestalt und die Beziehung zur Umwelt konzentriert. Sie wurde von Fritz Perls entwickelt und ist heute eine der bekanntesten psychotherapeutischen Ansätze. In der Gestalttherapie geht es darum, die eigenen Bedürfnisse, Emotionen und Gedanken wahrzunehmen und sie in die Handlung zu übersetzen. Die Therapie wird in der Regel in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt und ist für Menschen geeignet, die Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen oder sie in die Handlung zu übersetzen.



Die Gestalttherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich auf die Wahrnehmung der eigenen Gestalt und die Beziehung zur Umwelt konzentriert. Sie wurde von Fritz Perls entwickelt und ist heute eine der bekanntesten psychotherapeutischen Ansätze. In der Gestalttherapie geht es darum, die eigenen Bedürfnisse, Emotionen und Gedanken wahrzunehmen und sie in die Handlung zu übersetzen. Die Therapie wird in der Regel in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt und ist für Menschen geeignet, die Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen oder sie in die Handlung zu übersetzen.

Die Gestalttherapie ist eine psychotherapeutische Methode, die sich auf die Wahrnehmung der eigenen Gestalt und die Beziehung zur Umwelt konzentriert. Sie wurde von Fritz Perls entwickelt und ist heute eine der bekanntesten psychotherapeutischen Ansätze. In der Gestalttherapie geht es darum, die eigenen Bedürfnisse, Emotionen und Gedanken wahrzunehmen und sie in die Handlung zu übersetzen. Die Therapie wird in der Regel in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt und ist für Menschen geeignet, die Schwierigkeiten haben, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen oder sie in die Handlung zu übersetzen.

Kompaktcurriculum Gestaltberatung

1. Seminar:	Basiskonzepte der Gestaltberatung
2. Seminar:	Erstkontakt, Diagnostik, Initialphase
3. Seminar:	Familien- und systemorientierte Beratung
4. Seminar:	Beratungspraxis mit verschiedenen Klientengruppen
5. Seminar:	Supervision

Kompaktkurriculum „Gestaltberatung“

Waldtraut Rönner, Hamburg

»Integrative Beratung – auch Gestaltberatung genannt – in psychosozialen Feldern ist ein Prozeß ko-respondierender, kooperativer Problemlösung zwischen einem theoretisch und methodisch geschulten Helfer und Menschen in inneren und äußeren Problemsituationen und Schwierigkeiten, welche mit Rückgriff auf die eigenen Fähigkeiten (Kompetenzen), Fertigkeiten (Perfomanzen) und Mittel (Ressourcen) nicht mehr oder nicht adäquat bewältigt werden können. Im Prozeß Integrativer Beratung stellt sich der Berater als kompetenter und empathischer Zuhörer und Mitdenker mit seiner persönlichen Lebenserfahrung, seinem professionellem Know-how und seinem methodischen Instrumentarium an Beratungsmethoden und -techniken dem Ratsuchenden zur Verfügung, um ihn in die Lage zu versetzen, zu seiner Situation Abstand (Exzentrizität) und erneut über sie Kontrolle zu gewinnen« (weitere Definitionen in: Petzold, Petzold, Soziotherapie, dieses Buch).

Seit 1972 wurden am FPI Seminare angeboten, die Gestalt- und Psychodramamethoden für den Bereich der Beratung adaptiert hatten. Hilariion Petzold prägte dafür den Begriff „Gestaltberatung“. Dorothea Rahm arbeitete die Konzepte zu einem Ansatz „Integrativer Beratungsarbeit“ aus. Auf diesen Vorarbeiten gründend und unter Mitarbeit von Jürgen Lemke, Waldtraut Rönner und anderen wurde das Fort- und Weiterbildungsangebot des FPIs 1978 durch die Einführung des ersten „Kompaktkurriculums Gestaltberatung“ erweitert. Ausgangspunkt dafür war die Überlegung, daß bei vielen Berufspraktikern großes Interesse besteht, die Arbeitsweisen nach den Konzepten der Integrativen Therapie und Gestalttherapie kennenzulernen, jedoch für viele die Schwelle zu hoch war, sich von vornherein auf eine langjährige Weiterbildung einzulassen.

Das KC wurde konzipiert, um die personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz der Teilnehmer zu fördern, aufbauend auf deren vorhandene Erfahrungen und Kenntnisse. Die Seminare sind so geplant, daß Selbsterfahrung, Theorie, Praxis, Skilltraining und Supervision miteinander verbunden werden. Das KC schließt mit einem Zertifikat über die Teilnahme ab. (Die Teilnahme an allen fünf Seminaren des KC ist verpflichtend.)

Das KC Gestaltberatung hatte große Resonanz. Es wurde inzwischen zwanzigmal durchgeführt. Die TeilnehmerInnen setzten sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen: 47 % Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, 19 % Pädagogen, 10 % Psychologen, 6 % Seelsorger, 4 % Eheberater, 14 % Sonstige (u. a. Erzieher, Soziologen, Ärzte, Juristen, Oecotrophologen).

Die Ausschreibung sieht folgende Schwerpunkte der fünf Blockseminare à 5 Tage vor*:

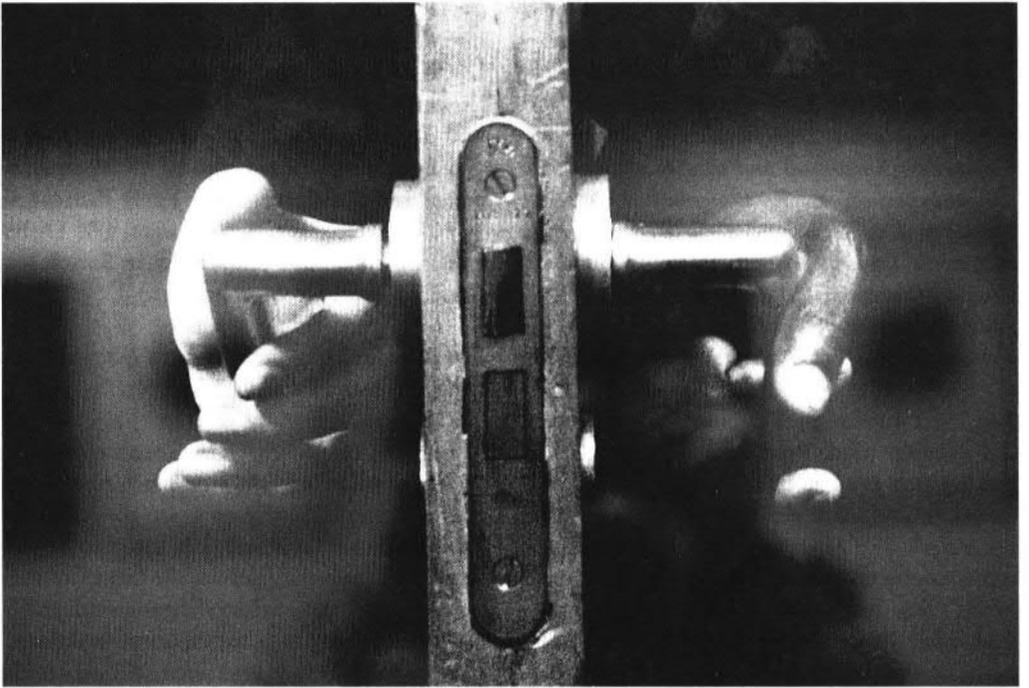
1. Seminar: Basiskonzepte der Gestaltberatung

Dieses Seminar umfaßt eine am Gruppenprozeß orientierte Einführung in die zentralen Konzepte und Techniken des Integrativen Ansatzes wie Intersubjektivitätskonzept, tetradisches System, etc., Selbsterfahrung und praktische Übungen zum „continuum of awareness“, Umgang mit Sprachstrukturen, Körpersprache etc.

2. Seminar: Erstkontakt, Diagnostik, Initialphase

In diesem Seminar sollen Unterschiede von Beratung und Therapie herausgearbeitet werden. Wir möchten die Aufbaustrukturierung von Erstkontakt und Erstgespräch in der Beratung vermitteln: Techniken der Gestaltdiagnostik, Methoden der Exploration, der Awareness-Steigerung und des Umgangs mit der Zeitstruktur.

* zit. im Programmheft des FPIs 1993, S. 107



3. Seminar: Familien- und systemorientierte Beratung

In prozeßorientierten Übungen, Rollenspielen und Supervision sammeln die Teilnehmer diagnostische und therapeutische Erfahrungen im Umgang mit Familien, Teams usw. und erarbeiten entsprechende Interventionsstrategien. Dieses Seminar ermöglicht auch eine vertiefte Selbsterfahrung und Reflexion der eigenen Herkunftsfamilie.

4. Seminar: Beratungspraxis mit verschiedenen Klientengruppen

In diesem Seminar stehen die Praxisfelder der Teilnehmer, die Arbeit mit besonderen Zielgruppen (z. B. Paaren, ledigen Müttern, besonders schwierigen Klienten), im Mittelpunkt. In Rollenspielen werden Beratungssituationen simuliert, alternative Vorgehensweisen erprobt und reflektiert. Die Selbsterfahrung umfaßt konfliktzentrierte Arbeit mit verschiedenen Gestalttechniken (leerer Stuhl, Rollentausch, Identifikations- und Dialogtechniken), deren Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz mit verschiedenen Zielgruppen reflektiert werden.

5. Seminar: Supervision

In diesem Seminar liegt der Schwerpunkt auf der Vertiefung und Verdichtung des bisher Gelernten. Die konkrete Arbeit der Teilnehmer in ihren jeweiligen Praxisfeldern wird supervidiert. Anhand schwieriger Beratungsfälle können verschiedene Beratungsstrategien erprobt und reflektiert werden. Ein weiterer Schwerpunkt wird der Umgang mit Krisen, zielgruppenspezifischen Strategien und Krisenintervention sein.

Die Seminare werden von MitarbeiterInnen des FPIs, die in der Beratungs- und Fortbildungsarbeit erfahren sind, durchgeführt. In der Regel wechselt die Seminarleitung zu den verschiedenen Themenschwerpunkten. Dadurch lernen die Teilnehmer unterschiedliche „Handschriften“ kennen; Übertragungsprozesse, Umstell- und Ablösungsprozesse werden modellhaft erlebt. Durchtragende Basis des KCs ist das Gruppenklima mit guten lateralen Beziehungen. Der

Gruppenprozeß wird gefördert durch die Verdichtung auf jeweils fünf gemeinsame Arbeitstage und spezielle methodische Unterstützung, besonders in der Anfangsphase durch die GruppenleiterInnen. Da für das KC kein Zulassungsseminar (u. Einzelinterview) vorgesehen ist, heißt das für einige TeilnehmerInnen, sich das erste Mal auch mit ihrer Rolle und dem Verhalten in der Gruppe auseinanderzusetzen.

Das Gruppengeschehen ist ein interaktioneller Prozeß, bestimmt durch die individuellen Bedürfnisse und Charakteristika der Teilnehmer, deren Arbeitsfelder und die Zielsetzungen des jeweiligen Seminars, der im Kontakt mit den jeweiligen GruppenleiterInnen jeweils eigene Gestalt annimmt. Dementsprechend verläuft kein KC völlig gleich.

Dabei wird auch deutlich, daß der Einsatz von Techniken und Medien abhängig ist vom jeweiligen Prozeß. Die Bedeutung von Kontext, Kontakt und Kontrakt wird von den TeilnehmerInnen erlebt. Gerade in der Beratungsarbeit ist die sorgfältige Auswahl von Techniken und Medien wichtig. Im KC ist Gelegenheit, ihre Handhabung und die jeweiligen Implikate kennenzulernen, um sie sinnvoll einzusetzen.

Das Lernen in der Gruppe wird im wesentlichen von dem Grundsatz bestimmt: „Die Methode wird durch die Methode gelehrt und gelernt.“ Das heißt, es findet Selbsterfahrung in der Gruppe auf der persönlichen und professionellen Ebene statt, wobei das Modellverhalten der AusbilderInnen eine wichtige Rolle spielt.

Das Mehrperspektivenmodell von (Frühmann 1986): Gruppe, Individuum, Szene (Kontext), Zeit (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft), Beobachter (exzentrische Position) verbindet die fünf Seminare des KCs mit ihren jeweiligen Themenschwerpunkten. Dabei wächst das Verständnis der TeilnehmerInnen für den ganzheitlichen, intersubjektiven Ansatz der Gestaltberatung.

„Das Medium für Veränderung ist ... die zwischenmenschliche Beziehung“ (Rahm 1979), das gilt für Beratung ebenso wie für Therapie. Zu den vielfältigen Gesichtspunkten der schwierigen Abgrenzung von Beratung und

Therapie sei auf das Buch „Gestaltberatung“ von *Dorothea Rahm* verwiesen.

Beratung – oft zu Unrecht als „kleine Schwester“ der Therapie eingestuft – setzt eine sorgfältige Diagnostik voraus, um dann jeweils angemessen zu fokussieren und mit den entsprechenden Handlungsstrategien, Techniken und Medien zu arbeiten. Das wichtigste Instrument (Medium) ist dabei die Person des Beraters bzw. der Beraterin selbst. Intersubjektive Beratungsarbeit, ein wesentliches Merkmal der Gestaltberatung, setzt nicht nur ein gutes Verstehen des Klienten in seinem Lebenszusammenhang und mit seinen individuellen Strategien der Lebensbewältigung voraus, sondern schließt das Verstehen der eigenen Person, des eigenen Kontextes und der eigenen Verhaltensmuster des Beraters ein. Erforderlich sind dabei für BeraterInnen geschulte Wahrnehmungsfähigkeit

und innere Beweglichkeit, um die exzentrische Position im Beratungsgeschehen mit einbeziehen zu können.

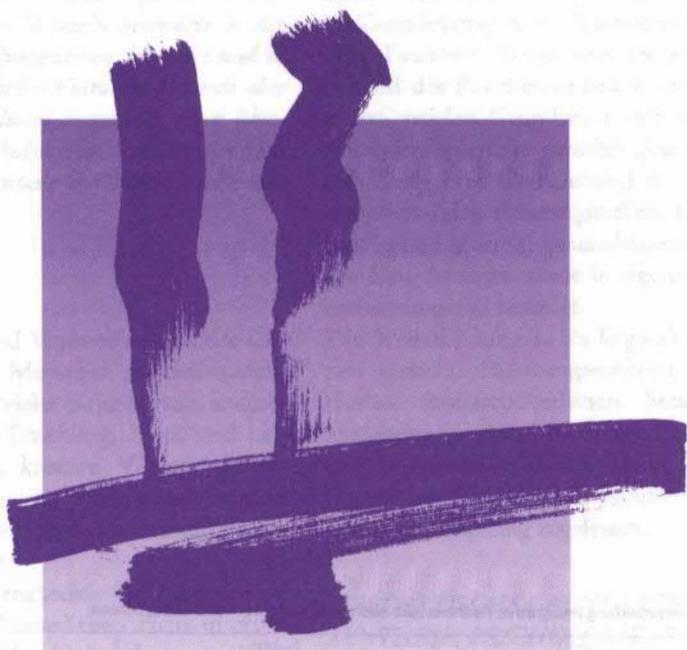
Im KC können die TeilnehmerInnen einen guten Eindruck von der Komplexität des Beratungsprozesses gewinnen. Für viele TeilnehmerInnen ist das KC Anlaß, ihre dort gemachten Erfahrungen zu vertiefen; einige entscheiden sich für die langfristige Ausbildung mit ihren weiterführenden Bausteinen und insbesondere auch für die Eigenanalyse.

Das KC Gestaltberatung kann die Ausbildung zum Gestalt-Soziotherapeuten bzw. Psychotherapeuten nicht ersetzen. Es gibt einen guten Einblick in die Vorgehensweisen der Integrativen Therapie und Gestaltberatung und den TeilnehmerInnen viele Anstöße für die persönliche Entwicklung und die berufliche Tätigkeit.

LITERATUR

- Frühmann, R.*, Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie, in: *Petzold, H.G., Frühmann, R.* (Hrsg.), Modelle der Gruppe, Bd. 1, Junfermann, Paderborn 1986, 255-282.
- Rahm, D.*, Gestaltberatung – Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit, Junfermann, Paderborn 1979, 1992⁴.

Paartherapie



© 2004 by Elsevier GmbH, München, Germany

ISBN 3-438-02111-1

Strukturplan der Weiterbildung Integrative Paartherapie nach dem Verfahren der Paarsynthese

Zulassung durch 2 Telefoninterviews oder Zulassungsseminar oder Kompakt-Curriculum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
	Grundstufe	Mittelstufe	Oberstufe
	400 Std. Weiterbildungs- und Selbsterfahrungsgruppe		
1. Partnerwerdung u. Partnerbeziehung	5. Paar-Diagnostik: in Partnerdiagramm, Beziehung und Medium; Paargestalt, Konfliktmodelle und Substanzkonflikt	9. Paarsynthese als Lebensprozess: Polarität, Ambivalenz, Zyklus; Paardynamik	
2. Partnerschaft im Lebensplan	6. Dialogarbeit: an Körper; Sprache, Gefühl und Sinnfindung	10. Netzwerk der Paarsynthese: Lernprozess, Therapieverfahren, Menschenbild	
3. Partnerstile, Partnerzyklen, Paarmodelle	7. Krisenintervention: Streit, Trennung, Scheidung	11. Neue Sinnlichkeit und Kreativität	
4. Sexualität im Lebensplan	8. Triade: Therapeutische Beziehung, Widerstand, Fehleranalysen	12. Verlaufsanalysen der Paar- und Gruppenarbeit, Colloquium	
Fortlaufendes Theorieprogramm: während der Seminare und 120 Std. regional in peer-groups			
eigene Therapie- und Gruppenführung: 200 Std. – Supervision: 2 x 40 Std. – Kontrollanalyse: 2 x 40 Std.			

Integrative Paar- und Sexualtherapie: Paarsynthese

Michael Cöllen, Hamburg

Definition:

»Die Paarsynthese ist eine psychologische Partnerlehre. Sie umfasst eine dyadenzentrierte Anthropologie, die Lernprozesse der Liebe und ein paartherapeutisches Verfahren. Entsprechend der komplexen Pluralität von Liebesweisen, Liebesformen und Liebeskrisen wird Paarsynthese als „plurale Netzwerktherapie“ durchgeführt. Dabei verknüpfen sich tiefenpsychologische, paardynamische und umweltrelevante Kräftepotentiale in Wechselwirkung zu einem überzeugenden, ganzheitlichen und erlebnisorientierten Handlungskonzept. Die Paarsynthese hat ihre Wurzeln besonders in der Gestalttherapie, der Integrativen Therapie und in den Liebeslehren östlicher Kulturen, löst sich aber von fester Schulbildung zugunsten einer übergreifenden und interkulturellen Synthese der vielgestaltigen Liebespotentiale von Mann und Frau« (M. Cöllen).

AUSBILDUNG

Verwirrung, Not und Verzweiflung in der Liebedynamik zweier Menschen werden zunehmend als Auslöser vieler Krisen auch anderer Lebensbereiche wie Erziehung, Beruf und Leistung, Gesundheit, kreative Vitalenergie erkannt. Eheberatung und Paartherapie erleben daher seit etwa zehn Jahren eine unaufhörlich steigende Nachfrage.

Da es nach dem Verständnis der Paarsynthese im Netzwerk der Partnerkrisen nicht in erster Linie um seelische Krankheit oder neurotische Störung geht, braucht diese „Dialogtherapie“ andere Wege als die der herkömmlichen Therapiepraxis. Die Paardynamik folgt den Gesetzen von Polarität, Ambivalenz und Zyklus. Partnerwerdung, Partnerwahl und Partnerschaft im Lebensplan vollziehen sich im wechselhaften Prozess der Paarsynthese. Im Vordergrund steht die Arbeit am Gleichgewicht der drei Liebespotentiale von Eigenraum, Partneraum und Lebens-

raum. Im Dialog der Körper, der Gefühle, der Sinnfindung und der sprachlichen Auseinandersetzung wird über verschiedene Phasen hinweg die Liebesfähigkeit der Partner vertieft.

Das dreijährige Curriculum der Paarsynthese vermittelt durch Selbsterfahrung, therapeutische Übung und Theoriedarstellung auf der Grundlage eines dyadischen Menschenbildes die Methodik einer Integrativen Paartherapie mit paarspezifischen Interventionsstrategien. Die Wurzeln dazu liegen in der Humanistischen Psychologie, der Integrativen Therapie/Gestalttherapie, der Tiefenpsychologie und dem Taoismus. Dabei wird ein künftiges Berufsbild des Paartherapeuten vertreten, das auf einem sozialen Grundberuf aufbaut und nach Absolvierung dieser paartherapeutischen Weiterbildung (mit Graduierung) zur Tätigkeit in entsprechenden Beratungsstellen, Kliniken, Rehabilitationszentren, Frauenhäusern und anderen Einrichtungen sowie in eigener Praxis verantwortungsvoll befähigt.

Die Weiterbildung ist für folgende Berufsgruppen gedacht: PaartherapeutInnen, EheberaterInnen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, HeilpädagogInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen o. a. In Ausnahmefällen werden auch BewerberInnen mit einschlägiger Berufserfahrung und besonderer Eignung zugelassen.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN – PAAR- SYNTHESE, PSYCHOLOGIE UND THERAPIE DES PAARES

Um die innovative Qualität der Ausbildung zu verdeutlichen und zu vermitteln, daß es sich bei der „Paarsynthese“ um einen wirklich neuen Zugang zur Behandlung, Begleitung und Entwicklungsförderung des Paares handelt, seien die wichtigsten Prinzipien kurz dargestellt.

Die Paarsynthese lehrt ein paarbezogenes Menschenbild, verknüpft die Geschichte des Paares

aus den verschiedenen Kulturen zu einem Konzept, entwirft eine Psychologie des Paares, klärt die Bedingungen der Liebe und leitet daraus eine genuine Paartherapie ab. Das praktische Vorgehen baut auf Integrativer Therapie, Tiefenpsychologie, Taoismus und Tantrismus auf. Gearbeitet wird über die historische und aktuelle Konfliktbewältigung hinaus an den Lernzielen der Liebe: Gleichgewicht der Partner und der Liebeskräfte in Eigenraum, Partnerraum und Lebensraum; Androgynie und Ganzheitlichkeit der Beziehung. Paarsynthese als Dialogarbeit kommt in therapeutischen, pädagogischen und kirchlichen Einrichtungen wie in Unternehmungen von Industrie und Wirtschaft zur Anwendung. Die dyadische Anthropologie der Paarsynthese bildet den Ansatz zu einem neuen Lösungsverständnis für mitmenschliche Sozialisierung und

darauf aufbauende Strukturen emotionaler, politischer und wirtschaftlicher Lebensformen. Der Paarbeziehung als Ausgangsmodell kommt dabei hervorragende Bedeutung zu. Die Psychologie und die Therapie des Paares dienen deshalb als Ausgangspunkt aller weiteren Überlegungen. Die Psychologie des Paares ist zentral gekennzeichnet durch die Lebensprozesse von Integration und Synthese. Integration meint hier die dynamische Fähigkeit des einzelnen, seine eigenen Kräfte optimal und dabei sozial und ökologisch verträglich zu entfalten, wobei die permanent im Umfeld wirkenden Kräfte adäquat einbezogen werden. Synthese meint dagegen die dynamische Fähigkeit zweier solcher Einzelwesen, den oben genannten Entfaltungsprozess durch gegenseitige Provokation, Konfrontation, Stimulation und



Evolution in der Dyade optimal vorantragen und abschließen zu können, ohne den anderen in sich zu integrieren, sondern in seiner Eigenständigkeit gerade zu fördern. In dem Maße des Gelingens verringert sich die Gefahr der immer gegenseitigen Konfliktvernetzung eines Paares durch Manipulation, Projektion, Delegation und Reaktanz, die jede für sich auf Dauer zum Zusammenbruch der Dyade und zur gleichzeitigen Entwicklungsblockade bzw. zur Zerstörung mindestens eines Partners führt.

Beide Prozesse positiv zu steuern verlangt von den Partnern höchste Kompetenz, die zu erwerben einer elementaren Schulung bedarf, sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. In einem „Lehrplan der Liebe“ muß deshalb seit je her jede Generation, jedes Paar und jeder Partner mit jedem neuen Partner die Liebe neu erlernen, abgestimmt auf die Bedingungen dieser dadurch einzigartigen Beziehung.

Die Fähigkeit zu lieben muß regelrecht gelernt werden und kann nicht oder nur in seltenen Fällen als Zufallsereignis aus Trieb und Neigung gelingen. Als Grundlage für diesen Lernprozeß ist eine Psychologie des Paares vonnöten, die es überhaupt erst zu formulieren gilt. Denn durch die öffentlichen Institutionen von Kirche und Staat war zumindest im Abendland der Lernprozeß Liebe bis zum zweiten Weltkrieg weder nötig noch möglich.

Tatsächlich zeigt sich das Bild der Liebe heute unverstellt durch krankmachende Zwangsmoral und konventionelles Ehemonopol in seiner Vielfalt der Lebensformen. Diese „gesunde“ Pluralität in Inhalten und Formen der Liebe wird – psychologisch betrachtet – nur gesteuert durch die fünf Bausteine der Paarsynthese, beginnend mit dem *Grundgesetz* der Liebe in der Dynamik von Polarität, Ambivalenz und Zyklus. Die Liebe der Partner zueinander mit all ihren Erscheinungen von Herzflimmern, Ekstase, Verzweiflung, Demütigung und neuer Verschmelzung erfüllt sich nur, wenn das Paar die notwendige Wanderung zwischen den verschiedenen Polkräften der Liebe aufnimmt. Verharren, Fixieren oder Blockieren eines Poles stört bzw. zerstört den Lernprozeß der Liebe.

Angestrebt wird ein *Fließgleichgewicht* von Eigenraum, Partnerraum und Lebensraum des Paares entsprechend Individuation, Paardynamik und Umwelt. Jeweils fünf *Partnerstile* (Anpassung, Durchsetzung, Intuition, Kontrolle, Integration), fünf *Partnerzyklen* (Hingabe, Aufbau, Lebensmitte, Altern, Zweisamkeit) und fünf *Partnergrunddialoge* (Körper, Gefühle, Sprache, Sinn, Zeit) bilden die drei weiteren Bausteine der Psychologie des Paares.

Liebe und Sexualität sind absolute Antriebskräfte des Lebens, wirken als ungerichtete Energie, d. h. sie sind sowohl konstruktiv als auch destruktiv, „gut oder böse“; sie stellen die Nähe zum Leben als auch zum Tode her.

In der menschlichen Entwicklung erwirbt der einzelne über seine „Ahnenbotschaft“, den Mutterleib (*Grof* 1985), und die ersten Lebensmonate hinaus seine Begegnungsfähigkeit, dann allmählich Bindungsfähigkeit und schließlich im Erwachsenenalter Liebesfähigkeit. Damit gewinnt der Mensch erst durch und in der Liebe zu anderen Menschen seine volle Integrität.

Eine Liebesbeziehung zum Partner unterscheidet sich in Qualität und Wesen kategorisch von allen anderen menschlichen Bindungen, ist also nur begrenzt vergleichbar mit Freundschaft oder kollegialer Beziehung. Die Intimbeziehung zwischen zwei Menschen baut zwar auf den Fähigkeiten zu Begegnung und Bindung auf, kennt aber vor allem in ihren subtilen Mechanismen eine völlig eigene Dynamik und ebenso eigene Phänomene und Strukturen.

Die Komplexität dieser Phänomene und der dahinter erkennbaren Strukturen gründet in der dreifachen und damit alles umfassenden Wirklichkeit von Liebe, nämlich in der tiefenpsychologischen, der sozialen und der spirituellen. Eine Reduzierung dieser Komplexität der einfacheren Handhabung wegen reduziert in gleichem Maß auf Dauer Liebe und Sexualität. Die so existentiell notwendige Pluralität der Liebe, uns schmerzhaft bewußt durch ihre tausendfachen Widersprüche, verlangt trotz der dadurch bedingten sozialen Sprengkraft ein Öffnen enger moralischer und kultureller Grenzen.

Paarsynthese meint somit neben der Synthese von Frau und Mann immer auch eine Synthese der östlichen und westlichen, der nördlichen und südlichen Kulturen und der diesen eigenen Liebesweisen zur Entfaltung ihrer schöpferischen Potentiale. Ausgrenzung oder Unterdrückung bedeutet Zerstörung und Tod.

Partnerschaft ist zu verstehen als existentielle und essentielle Verdichtung gegenüber den Prozessen der Individuation. Diese Verdichtung als Komprimierung führt notwendigerweise auch zu Kompromissen, die das Individuum als schmerzhaft empfindet, da die freie Selbstentfaltung begrenzend.

Diese existentielle Verdichtung wird in der Integrativen Paartherapie, der „Paarsynthese“, noch einmal gesteigert durch die Triade von Paar und Therapeut. Dadurch tritt ein Beschleunigungsprozeß ein, der in seinem Aufbau wohlstrukturiert und in seinen Entwicklungsschritten sinnhaft und präzise aufeinander abfolgen muß, um die dabei freiwerdenden Energiepotentiale nicht in unkontrollierbarer Eskalation, trügerischer Manipulation oder oberflächlicher Stimulation enden zu lassen.

Die Paarsynthese, in ihrem curricularen Aufbau als Integrative Paartherapie konzeptioniert, vollzieht die Arbeit für die Liebe in fünf inhaltlich aufeinander abgestimmten Therapiezyklen, verbunden mit einem Instrumentarium feinstens aufeinander bezogener Interventionen und Methoden.

Sinnvollerweise ist die gesamte Arbeit mit Paaren als Dialogarbeit anzulegen. Im wesentlichen geschieht diese Arbeit auf der Ebene der oben genannten Grunddialoge von Körper, Gefühl, Sprache, Sinn und Zeit. Diese Dialoge laufen permanent, vielfach unbewußt zwischen den Partnern, zwischen den verschiedenen Paaren, zwischen Partnern, Paaren und Therapeuten ab. Die angewandte Interventionstechnik muß dementsprechend paarspezifisch orientiert sein und vier Arbeitsmethoden miteinander verbinden, nämlich die anfängliche Szenenarbeit, die anschließende Konfliktarbeit, darauf aufbauend die Symmetriearbeit und abschließend die Ziellarbeit.

Ziele der Paarsynthese sowohl aus dem anthropologischen, psychologischen und dem therapeutischen Verstehen heraus sind:

- Einheit der Gegensätze zwischen Frau und Mann, zwischen den männlichen und weiblichen Kulturen dieser Erde, aber auch zwischen Phänomenen und Strukturen durch polares Leben (*Hueck* 1961),
- die Beendigung des Geschlechterkrieges und Versöhnung der Geschlechter und der Völker durch Gleichberechtigung – denn Liebe in Abhängigkeit stirbt –, durch Ganzheitlichkeit – denn erst alle Widersprüche machen die Liebe aus – und durch Androgynie – denn nur durch männliche und weibliche Selbstentfaltung im einzelnen Menschen wird liebendes Verstehen des Partners möglich.

Die psychologische Arbeit an Liebe, Sexualität und Partnerschaft gewinnt damit eine friedensstiftende und somit politische Bedeutung. Alle Interventionen geschehen in der Paartherapie deshalb in der Regel mit dem Hauptziel, Liebesfähigkeit herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern. Liebesfähigkeit selbst ist das Ergebnis von ineinander wirkenden Entwicklungsprozessen, nämlich: Begegnungsfähigkeit, Bindungsfähigkeit, Individuation und Liebesfähigkeit. Interventionen haben übergreifend das Ziel, den Weg zwischen Integration und Synthese zu öffnen, die Ganzheit des Paares zu fördern, Gleichberechtigung herzustellen und Androgynie zu stiften.

Die Interventionen sind eingebunden in den Rahmen der vorgegebenen fünf Therapiezyklen von Paargestalt, Partnerwerdung, Paardynamik, Fehleranalyse und Paargestaltung. Alle Interventionen, Arbeitstechniken und -methoden werden ausgewählt im Sinne eines integrativ-therapeutischen und dyadisch-zentrierten Vorgehens, d. h. es entscheidet nicht die therapeutische Schule oder Ausrichtung über das Vorgehen, sondern allein das an der Dyade ausgerichtete Menschenbild und die Bedürfnisse des jeweiligen Paares. Die oben genannte dreifache Wirklichkeit der Liebe erfordert den pluralen und vieldimensionalen Zugang auf das Paar,

also nicht etwa Festlegung auf beispielweise Körpertherapie, Tiefenpsychologie oder eine andere Einzeldimension menschlichen Seins allein. Integrative Paartherapie meint immer ein Zusammenwirken aller Kräfte sowohl aus dem tiefenpsychologischen als auch aus dem spirituellen und interaktionalen Sein. Die Synthese mit fremden Kulturen, Religionen und Liebesweisheiten ist deshalb integraler Bestandteil der Paarsynthese.

Ergänzend zur Dynamik der Dyade muß die Triade als beispielhafte Erweiterung dieses Lebensgrundmusters gesehen werden. Sie ist eine der zentralen Begrifflichkeiten der Paarsynthese.

Die Grundthese der Triade baut auf der Tatsache auf, daß alle Menschen verschieden sind. Diese Verschiedenheit wirkt sich in der Dyade besonders gravierend aus: einmal fördernd und konstruktiv im Sinne einer Verdichtung zwischen Individuation und Synthese, zum anderen beängstigend, blockierend und einengend bis hin zur möglichen Zerstörung des Partners. Während nun die Psychoanalyse davon ausgeht, daß in der Dyade diese Verschiedenheit vor allem als neurotische Dynamik wirkt, gehen wir davon aus, daß diese Verschiedenheiten zur Lebenserhaltung und -entwicklung notwendig sind. Gleichzeitig wird in der intensiven Zusammengehörigkeit, der „Tag- und Nacheinheit“ mit dem Partner die Möglichkeit eingeschränkt, die eigene Ganzheit frei zu leben. Natürlich gilt dies für alle Sozialbezüge, wirkt aber in der Dyade durch die 24-Stunden-Symbiose besonders prägnant. So kommt es in der Dyade zu notwendig ungelebten oder unlebhaften Anteilen. Dann wird Triade wirksam.

Die Dynamik der Triade entsteht also dadurch, daß die Partner versuchen, mit Hilfe von weiteren Bezugspersonen, aber auch von weiteren anderen Lebensschwerpunkten wie z. B. Freizeit, Beruf usw. Begegnungen für diese durch die Dyade bedingten Defizite zu suchen. Da das Leben grundsätzlich verlangt, möglichst alle Anteile zu entfalten, scheint dies der normale Weg zu sein, sich selbst zu verwirklichen.

Vor allem in der Paarpsychotherapie gewinnt dieses Konzept der Triade besondere Bedeu-

tung: einmal in der Person des Therapeuten, der als dritter zur Dyade hinzukommt, und zum anderen vor allem in der Gruppentherapie, in der eine Reihe potentieller Interaktionspartner auftauchen.

Was in der Triade sichtbar wird, ist somit therapeutisches Potential. Die Sehnsucht des Unbefriedigten deutet darauf hin, was der einzelne in sich als Potential trägt und möglicherweise nicht in die eigene Partnerschaft einbringen kann – oder doch nicht. Partnerübertragungen auf Dritte zeigen dem Therapeuten also den Weg, was an Potential befreit werden kann und muß und darüber hinaus auf die Dyade zurückgelenkt werden soll.

Der Überschuß an ungelebter Energie birgt allerdings das Risiko in sich, daß die dem Partner nicht gewährte, ihm entzogene oder ihm gegenüber blockierte Energie einem Dritten, ob dieser will oder nicht, sozusagen übergestülpt wird. Wir können hier nicht von Projektion sprechen, da es sich gerade nicht um eigene verdrängte oder unterdrückte Anteile handelt, sondern vielmehr um solche Anteile, die zur Verwirklichung gelangen wollen. Da die Liebe als solche immer der Hebel zur Grundentfaltung ist (vgl. Kast 1984 „Das Optimum aus dem anderen herauslieben“), stoßen wir in der Paartherapie besonders oft auf dieses Problem der Triade. Die Triade ist also Ausdruck einer überall vorhandenen Wachstumsdynamik. Allerdings sind wir inzwischen auf der ganzen Erde an die Grenzen der Wachstumsdynamik herangeraten; wir wissen noch nicht oder können uns kaum vorstellen, wie die Welt vor Überbevölkerung und -produktion zu schützen ist.

Ähnliches gilt für das Paar: Durch die immer größere Individualisierung ist auch eine immer größere Freiheit des Paares entwickelt worden. Eine alte, bisher gültige Ethik mit ihren Moralgesetzen ist nicht mehr wirksam, greift nicht mehr als Steuerungsmechanismus in die Entwicklungs- und Entfaltungsdynamik ein. Wir müssen deshalb nach einer neuen Ethik suchen, die Fragen des Wachstums beantworten.

Die grundsätzliche Bedeutung der Triade wird in der Tatsache sichtbar, daß sie sowohl in der

Verhaltenstherapie, der Familientherapie (A.v. Schlippe 1982) als auch der Psychoanalyse (Racker 1982) letztendlich benannt, wenn auch in anderem Sinne verstanden und therapeutisch eingesetzt wird. Einer durch die so entstehende therapeutische Intensität besonders erhöhten Mißbrauchsge-

fahr wird vorgebeugt durch Lehranalyse und Selbsterfahrung in der Aus- und Weiterbildung, durch *self-disclosure* und permanenten Wechsel zwischen Involvierung und Metaebene (exzentrische Position des Therapeuten, Petzold, Frühmann 1986) im therapeutischen Prozeß.

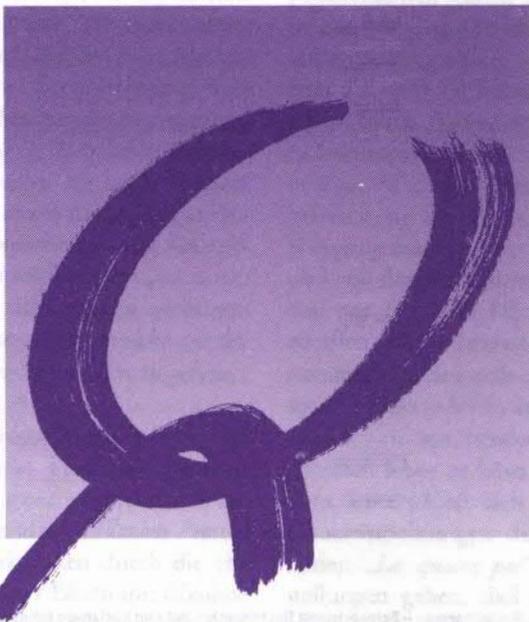
LITERATUR

- Cöllen, M., Laß uns für die Liebe kämpfen – Der neue Weg aus der Partnerkrise: Gestalttherapie für Paare, Kösel, München 1984.
- Cöllen, M., Das Paar – Menschenbild und Therapie der Paarsynthese, Kösel, München 1989.
- Cöllen, M., Heilende Partnerschaft, Paartherapie als Seelendialog, Rowohlt, Reinbek 1993.
- Grof, S., Geburt, Tod und Transzendenz, Kösel, München 1985.
- Hueck, W., Die Polarität der Wahrheit, Otto Reichel, Remagen 1961.
- Kast, V., Paare – Beziehungsphantasien, Kreuz, Stuttgart 1984.
- Petzold, H.G., Frühmann, R., Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psycho-sozialer Arbeit, 2 Bde. Junfermann, Paderborn 1986.
- Racker, H., Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik, Reinhardt, München/Basel 1982.
- Schlippe, A. v., Essen, S., Die Familienperspektive überschreiten. Überlegungen von Familientherapeuten zu gesellschaftlichen Prozessen, *Integrative Therapie* 3 (1982) 233-250.

Suchttherapie

Prof. Dr. Hans-Joachim Lauth
Klinik für Suchterkrankungen
Klinikum Krefeld

Die Suchttherapie ist eine Disziplin, die sich mit der Behandlung von Suchterkrankungen beschäftigt. Sie umfasst die Diagnostik, die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Die Suchttherapie ist eine interdisziplinäre Disziplin, die die Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Fachleuten erfordert. Die Suchttherapie ist eine komplexe Aufgabe, die eine individuelle und ganzheitliche Behandlung des Patienten erfordert.



Die Suchttherapie ist eine Disziplin, die sich mit der Behandlung von Suchterkrankungen beschäftigt. Sie umfasst die Diagnostik, die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Die Suchttherapie ist eine interdisziplinäre Disziplin, die die Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Fachleuten erfordert. Die Suchttherapie ist eine komplexe Aufgabe, die eine individuelle und ganzheitliche Behandlung des Patienten erfordert.

Die Suchttherapie ist eine Disziplin, die sich mit der Behandlung von Suchterkrankungen beschäftigt. Sie umfasst die Diagnostik, die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Die Suchttherapie ist eine interdisziplinäre Disziplin, die die Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Fachleuten erfordert. Die Suchttherapie ist eine komplexe Aufgabe, die eine individuelle und ganzheitliche Behandlung des Patienten erfordert.

Die Suchttherapie ist eine Disziplin, die sich mit der Behandlung von Suchterkrankungen beschäftigt. Sie umfasst die Diagnostik, die Psychotherapie und die Pharmakotherapie. Die Suchttherapie ist eine interdisziplinäre Disziplin, die die Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Fachleuten erfordert. Die Suchttherapie ist eine komplexe Aufgabe, die eine individuelle und ganzheitliche Behandlung des Patienten erfordert.

Strukturplan der Weiterbildung in Sozialtherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im Verfahren integrative Therapie / Gestalttherapie

Abschlußprüfung	2. Aufnahmeinterviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
		360 Std. Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe		30 Std. Supervisionsgruppe
		40 Std. Ätiologie der Suchtkrankheiten	40 Std. Beratung in der sozialtherapeutischen Praxis	40 Std. Rückfall, Krise, Krisenintervention
		40 Std. Gestalttherapeutische Konzepte und Integrationsmodelle	40 Std. Therapeutische Beziehung und Widerstand	40 Std. Sucht, seelische Erkrankung, Persönlichkeit
		90 Std. fortlaufendes Theorieprogramm		30 Std. Gestalttherapeutische Einzelarbeit

Integrative und differentielle Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG – Konzepte, Innovation, Intervention, Weiterbildung, Supervision

Ulrich Hentschel, Wermelskirchen
Hilarion Petzold, Düsseldorf, Amsterdam

Definition:

»Integrative und differentielle Drogentherapie und Suchtkrankenhilfe besteht in der Zuspitzung der Theorie- und Praxiskonzepte des Integrativen Ansatzes auf die verschiedenen Aufgaben- und Arbeitsbereiche des Feldes – therapeutische Wohngemeinschaften, Beratungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Streetwork, Entzugstationen, Fachkrankenhäuser, Abteilungen in psychiatrischen Kliniken. In all diesen Bereichen hat die Integrative Therapie Modelle und Methoden entwickelt, wie z. B. das „exchange learning/exchange helping“ der Selbsthilfe, die aufdeckende und durcharbeitende klinische Therapie (unter Einbezug von Körperarbeit und kreativen Medien) sowie soziotherapeutische, familientherapeutische und netzwerkbezogene Interventionen situations- und zielgruppenspezifisch in komplexen Behandlungskonzeptionen verbinden. Sie wollen Abhängigen und Suchtkranken durch Krisenhilfe, ambulante und stationäre Intensivtherapie und Karrierebegleitung Möglichkeiten eröffnen, um „auszusteigen“, gesund zu werden, sich sozial zu orientieren oder – wo dies aktualiter nicht erreicht werden kann – Lebens- bzw. Überlebenshilfen zu geben«.

Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe haben an FPI und EAG eine lange Tradition. Ja, man kann sagen, hier liegen ganz wesentliche Wurzeln des Integrativen Ansatzes. Hilarion Petzold lernte Arbeit mit Suchtkranken durch die ehrenamtliche Tätigkeit seiner Eltern mit Alkoholikern schon als Jugendlicher kennen (Petzold, Schobert, Schulz 1991) und Drogenarbeit bei Besuchen in den großen amerikanischen Selbsthilfeorganisationen Daytop und Synanon, von deren Zugang, süchtigen Menschen zu helfen, er so fasziniert war, daß er – in der Studentenbewegung mit den ersten Auswirkungen des

Drogenkonsums bei Freunden und Kommilitonen konfrontiert – 1968 in Paris die erste therapeutische Wohngemeinschaft für Drogenabhängige in Europa gründete „Les quatre pas“. Dieses „Vierstufenmodell“ versuchte, das Hierarchieprinzip der therapeutischen Wohngemeinschaft vom Daytop-Typ in ein Wachstumsmodell umzugestalten, in dem man mit vier Schritten auf einen „Weg zu sich selbst“ findet, und das ist immer ein „Weg über den anderen“. Die Wohngemeinschaft umfaßte 12 Jugendliche und junge Erwachsene, die opiatabhängig bzw. politoxikoman waren. Der Entzug wurde „kalt“ in der TWG gemacht. Es gab keine materielle Unterstützung außer den Beiträgen von Eltern, Spenden und Einkünften, die die Abhängigen selbst durch Transport-, Entrümplungs- und Aufräumarbeiten erwirtschafteten. Petzold leitete diese Wohngemeinschaft über 2 Jahre und betreute sie supervisorisch auch nach seinem Weggang aus Paris weiter, bis sie abgeschlossen und von den Bewohnern aufgelöst wurde, denn das war das Ziel: keine Dauereinrichtung zu schaffen, in die immer neue Abhängige aufgenommen werden sollten, sondern als Gemeinschaft miteinander zu leben und zu arbeiten, bis man soweit war, wieder selbständig in der Gesellschaft leben zu können. Auch in dieser Hinsicht unterschied sich das Modell von den Dauereinrichtungen der amerikanischen Vorbilder. „Les quatre pas“ wollte lediglich Hilfestellungen geben, daß sich neue Gruppen zu neuen Wohn- und „Lebensgemeinschaften auf Zeit“ zusammenschließen auf eine Art und Weise, daß man alles selbst aufbaut, sich selbst unterhält, sich wechselseitig hilft, bis daß man lebensfähig wird, kräftig genug ist, auf eigenen Füßen stehen zu können, getragen von einem „Netzwerk von Freundschaften“, „Wahlverwandt-

schaffen“, die die Wohngemeinschaftszeit überdauern. „*Les quatre pas*“ ist als Modell zweimal gelaufen, und die Mehrzahl der Teilnehmer an diesem Experiment konnten zu einem drogenfreien Leben finden – dauerhaft, weil das „*Netz der Selbsthilfe und sozialen Unterstützung*“ überdauerte, auch als die faktische Wohnsituation aufgelöst war. Es waren tragfähige *soziale Netzwerke* entstanden. Der „*social network approach*“, wie er über *Moreno* (1934; *Petzold* 1979) in die IT einfloß und ein „*social support approach*“ (*Sarason, Sarason* 1986; *Schuch* 1990) waren hier als „angewandte Soziotherapie“ (*Petzold, Petzold* dieses Buch; *Petzold* 1969c) realisiert.

Das „Familienmodell“ der therapeutischen Wohngemeinschaft, in der Nachsozialisation, in Prozessen der Beelterung (*parental/reparentage*), des Nährens und Nachnährens (ibid. 28) erfolgen soll, gründet auf einer entwicklungspsychologischen und psychodynamisch ausgerichteten Konzeption – im Unterschied etwa zum Daytopmodell (bei dessen Einführung in Deutschland *Petzold* 1971 mitwirkte, *Daytop* 1974), in dem soziale Kontrolle durch Belohnung und Strafe, durch die Möglichkeit des Statusgewinns betont wurde. Und noch ein Unterschied läßt sich ausmachen: das Four-Steps-Modell hat stets mit professionellen Helfern zusammengearbeitet. User, Ex-User und professionelle Helfer mußte es gemeinsam gelingen, eine „fördernde Umwelt“, einen „Raum des Möglichen“ (*facilitating environment, potential space, Winnicott*) für persönliches Wachstum bereitzustellen. Dabei wurde die therapeutische Wohngemeinschaft als Glied in einer „Kette von Hilfsmaßnahmen“ gesehen. Streetwork, Beratung, Entzug, stationäre Arbeit, Wiedereingliederungshilfen Ehemaligengruppen bzw. Selbsthilfegruppen, das war die „*chaîne thérapeutique*“ im ursprünglichen Vierstufenmodell, mit dem auch das Konzept der „*Therapiekette*“ in die Drogentherapie und in die psychosoziale Arbeit insgesamt eingeführt wurde (*Petzold* 1969c), ein Konzept, das *Petzold* später in so elaborierten Modellen wie der „Therapiekette Niedersachsen“ ausarbeitete (idem 1974f, 1, 1980c) und bei deren praktischer Realisierung er mitwirkte.

Es kommt in diesem Modell der Drogenarbeit ein Konzept zum Tragen, das radikal auf die Veränderungsfähigkeit von Menschen traut, wenn sie nicht allein gelassen werden, wenn sie die gemeinschaftliche Unterstützung anderer Menschen erhalten und wenn sie sich entscheiden, diese Unterstützung anzunehmen. Wie für die Daytop-Arbeit eine „Daytop-Philosophy“ (*Bauer* 1980) umrissen wurde, hat das „Four-Steps-Modell“ eine „Philosophy“ hervorgebracht, in der versucht wurde, die Kerngedanken dieses Ansatzes zu komprimieren.

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 halten. Vier Schritte muß du tun auf einem neuen Weg zu neuen Zeiten auf unserem Weg. Vier Schritte muß 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. W i r stehen im Zentrum. Du bist ein Teil von uns. Wir wollen dich ganz, aber auch du mußt uns rückhaltlos annehmen. Du mußt jedem von uns b e g e g n 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 zerstören. Nimm deine **V e r a n t w o r t u n g!** Du kannst sie tragen« (H. Petzold 1968).

Hinter diesem Text stehen Konzepte, die auf den humanitären Anarchismus eines *L. Tolstoi* oder *P. Kropotkin* (1902) zurückgehen, insbesondere die Idee des letzteren von der „wechselseitigen Hilfeleistung“ wurde bestimmend für das Drogenkonzept und die Selbsthilfearbeit, die am FPI entwickelt wurde (Petzold, Schobert 1991). Mit *Kropotkins* Ideen wurde *H. Petzold* schon in seinem Elternhaus vertraut gemacht. *Hugo* und *Irma Petzold*, seine Eltern, hatten 1952 den „Arbeitskreis zur Abwehr der Suchtgefahren“ in Düsseldorf gegründet, eine Selbsthilfeorganisation, die eine Alternative zu den konventionellen Abstinenzverbänden, z. B. Blaues Kreuz, Guttempler-Orden, Weiße Schleife bieten wollte, indem sie sich am Humanismus von *Tolstoi* und *Kropotkin* ausrichtete, den Gedanken der „wechselseitigen Hilfeleistung“ umsetzte und damit die Prinzipien wechselseitiger Hilfe und wechselseitigen Lernens in der Gruppenarbeit praktizierte (*exchange learning, exchange helping*; vgl. *Laschinsky, Petzold, Rinast* 1979). Bis in die Konzepte der therapeutischen Gruppenarbeit (Petzold, Schneewind 1986) in der Integrativen Therapie heute reicht dieser Einfluß.

Eine „integrative und differentielle“ Drogenarbeit (idem 1990j, 1991l), die „karrierebegleitend“ angelegt ist (idem 1980c, 1990k; *Petzold, Hentschel* 1991), Hilfsagenturen auf hoch- und niedrigschwelligen Ebenen zu *Ketten* vernetzt (idem 1989e, 1974f; *Petzold, Hentschel* 1991) und die methodenplural therapeutisch arbeitet (idem 1972f, 1990j), die weiterhin Angehörige, Eltern, Freunde – das Netzwerk also – einbezieht (*Hentschel* 1989) und Forschung initiiert (*Petzold* 1980c; *Hentschel* 1991), waren und sind die Leitkonzepte der Drogen- und Suchtkrankenarbeit an FPI und EAG.

Die Arbeit an FPI und EAG im Bereich der Suchtkrankenhilfe war von ihren Anfängen an nicht nur auf die Vernetzung und Verbindung von Hilfsagenturen gerichtet, sondern auch auf die Verbindung von professioneller Hilfe und Selbsthilfe. Dies hatte biographische Hintergründe:

»Der Gedanke der wechselseitigen Hilfeleistung des revolutionären Fürsten *Pjotr Alexejewitsch Kropotkin* wurde uns schon früh in Kindertagen als ethische Grundlage für altruistisches Handeln nahegebracht. Die Ideen von *Leo Tolstoi* und *Maxim Gorki* haben wir durch die Lektüre ihrer Werke „verschlungen“. Diese Seite der russischen Tradition gewann für uns deshalb eine dreifache Faszination: eine sozialutopische, eine ethische und literarische. Es blieb die Beschäftigung mit diesem Thema aber nicht nur eine theoretische, sondern wir konnten die Selbsthilfengruppenarbeit miterleben, die *Hugo* und *Irma Petzold*, unsere Eltern, Anfang der 50er Jahre im Rahmen des von ihnen gegründeten „Arbeitskreises zur Abwehr von Suchtgefahren e.V.“, Düsseldorf, initiierten: Gruppen von Alkoholikern mit ihren Angehörigen (Frauen, Schwestern, manchmal auch Kindern, ganze Familien), die sich teilweise in unserer Wohnung, teilweise rotierend in den Wohnungen der Gruppenmitglieder trafen.

Die informelle Struktur dieser Gruppen, die gleichzeitig ein erstaunenswertes Hilfs- und Unterstützungspotential entwickelten, indem sie wechselseitige Hilfeleistung praktizierten, schufen ein Klima, eine Gemeinschaftserfahrung, die für uns sicher einen prägenden Eindruck hinterlassen hat.

Die Gedanken *Kropotkins* und *Tolstois* wurden uns als ein Lösungsweg hingestellt, der ein humanes Zusammenleben für Menschen ermöglichen könnte. Von diesen Ideen und dieser Praxis ist dann unsere

eigene Arbeit als Jugendgruppenleiter in der Jugendbewegung beeinflusst worden, unsere erwachsenenbildnerische Tätigkeit (Exchange-learning-Prinzip) und schließlich sogar unsere spätere Praxis in der Gruppenpsychotherapie (Exchange-helping-Prinzip), bis hin in die Konzipierung theoretischer Modelle« (Petzold im Interview mit Keller 1976).

Die von Hugo und Irma Petzold initiierten Selbsthilfegruppen für die Suchtkrankenarbeit wurden bewußt neben den etablierten Abstinenzverbänden aufgebaut (Guttempler, Blaues Kreuz, Kreuzbund, Weiße Schleife – obwohl mit der Weißen Schleife Kooperationen bestanden – Anonyme Alkoholiker hatten seinerzeit 1951 noch keinen Platz im deutschsprachigen Bereich). Die z. T. sehr starre Struktur oder die religiöse Bindung dieser Verbände boten nämlich für einen Teil der Betroffenen keine Zugangsmöglichkeiten. Die Gruppen für „wechselseitige Hilfeleistung in Suchtgefahren“ (Hugo Petzold 1956) verwendeten die Kropotkin-Ideen und zielten darauf ab, Betroffene und Angehörige unmittelbar zu aktivieren, ohne großen ideologischen Überbau, Gebote, Verhaltenskataloge und Vereinsstrukturen. Vielmehr sollten die Gruppenteilnehmer ihre eigenen Quellen entdecken und nutzen und vor allen Dingen für ihre jeweils spezifischen Probleme eine jeweils einmalige, neue Lösung hervorbringen.

„Natürlich hat der Alkoholismus Seiten, die sich immer wieder als die gleiche Problematik darzustellen scheinen, doch bei näherem Betrachten stellen sich die Probleme auch immer wieder anders dar.

Zwar gibt es Ähnlichkeiten, aber die Verschiedenheiten fallen ins Auge, ja, sind gewichtig. Ohne Zweifel sind die Erfahrungen, die in den Gruppen der Abstinenzverbände gesammelt wurden, wichtig, nur, sie gelten nicht für jeden, lassen sich nicht auf alle Alkoholiker, auf jede Alkoholikerfamilie anwenden.

Und noch etwas: Erfahrungen können nur in begrenzter Weise übertragen werden, sie müssen g e m a c h t werden. Warnende Mahnungen fruchten wenig. Guter Rat wird häufig nicht befolgt. Die besten Vorerfahrungen entbinden nicht davon, daß jeder seine eigenen Erfahrungen machen muß. Die wechselseitige Hilfeleistung in Suchtgefahren sollte das Wissen und den Erfahrungsschatz von Menschen, die seit langem in dieser Arbeit stehen, nicht geringschätzen und nutzen, wo immer dies möglich ist.

Wichtiger jedoch ist es, die eigene Situation gemeinsam anzuschauen und auf dieser Grundlage zu bestimmen, was not tut. Die Erfahrung anderer birgt nämlich immer auch die Gefahr, daß die eigene Aktivität durch das blinde Übernehmen von Regeln gebremst wird. Probleme lassen sich nicht durch Regeln oder Gebote lösen, sondern durch Wachheit, Klarsichtigkeit, Bereitschaft, gemeinsam dem Alkohol, der Trunksucht, der Spielleidenschaft entgegenzutreten. Es muß eine neue Suche beginnen, denn die Sucht sucht.

Es muß eine neue Leidenschaft entfacht werden, die der Spielleidenschaft Paroli bieten kann: der leidenschaftliche Einsatz für den anderen Menschen, den Bruder, der in Not ist, der versklavt ist und den es zu befreien gilt. Solche Leidenschaft muß entfacht werden, und dieses Feuer muß genutzt werden, weil mit seiner Wärme die Anleitung zur wechselseitigen Hilfeleistung allein die Kraft und Glut erhält, den gigantischen, negativen Kräften der Sucht zu trotzen. Nur sie bringt die Fesseln zum Schmelzen, die den an seine Sucht versklavten Menschen binden“ (Hugo Petzold 1956).

Eine derartige Konzeption der Selbsthilfe als wechselseitige Hilfeleistung, die Menschen gänzlich auf ihre eigenen Möglichkeiten miteinander verweist und dem Einzelkampf genau so eine Absage erteilt wie der Bürokratie und Vereinsmeierei, muß darauf gerichtet sein, Gruppen zu initiieren, die ein geringes Organisationsniveau haben und sich bewußt auch für ein solches entscheiden.

Wechselseitige Hilfe in Suchtgefahren darf weder dazu führen, daß man sein Leben lang im Dunstkreis der Sucht steht, auch wenn man dann die Seiten wechselt hat und ein „Ehemaliger“ geworden ist, der dann in Abstinenzverbänden und Abstinenzgruppen neue Süchtige zu befreien versucht, bekehrt, ein Missionar wird. Sie darf auch nicht dazu führen, daß man, wenn man sich aus der Sucht mit Hilfe der anderen gelöst hat, seiner Wege geht und abstinent für sich lebt. Die Befreiung vom Alkohol durch wechselseitige Hilfe macht ja in überzeugender Weise deutlich, daß man zur Flasche gegriffen hatte, weil man keine Hilfe von Mitmenschen bekam, als man sie notwendig hatte. Deshalb müssen wir mehr leisten als die Abstinenz. Wir müssen entdecken, daß wir füreinander zu Helfern werden – in allen Bereichen des Lebens, denn nur so kann das gute Leben für alle in einer humanen Gesellschaft verwirklicht werden“ (Hugo Petzold 1956).

Hier führt die wechselseitige Hilfeleistung als Prinzip über den Selbsthilfegedanken hinaus, der die Verantwortung und Initiative im wesentlichen an die Betroffenen verweist. Menschen, die in Not sind, die verletzt sind, beschädigt, geschwächt, sollen die Kraft finden, sich selbst helfen zu können – so der Appell der Kräftigen, der Gesunden, der Reichen, der Gesellschaft. Es ist gut, wenn das den Betroffenen gelingt. Aber dabei darf es nicht stehenbleiben. Wir brauchen auch das Prinzip der „*konstruktiven Einmischung*“, der „*engagierten Verantwortung*“ (Petzold 1978c) für die Integrität des anderen. *Betroffen* ist ja nicht nur, wer an einer unheilbaren Krankheit erkrankt ist, wer einen schweren Schicksalsschlag hinnehmen mußte, wer in eine Abhängigkeit geraten ist. *Betroffen* sind auch die Angehörigen – *Fatum-Familien* (Petzold, von Schlippe 1990) – und die Freunde eines solchen Menschen, und *betroffen* müßte jeder sein, der mit einem solchen Schicksal in Berührung kommt. Derartige Motivationen und Konzepte haben den integrativen Ansatz nachhaltig geprägt, und viele der entstandenen Projekte und Initiativen müssen vor diesem Hintergrund gesehen werden.

In methodisch-technischer Hinsicht war die integrative Arbeit mit Suchtkranken immer einem methodenübergreifenden Ansatz verpflichtet. Die Behandlung von Drogenabhängigen oder Alkoholikern ist so schwierig, daß man „alle Mittel erproben muß“, alle Wege beschreiten muß, alle Ressourcen nutzen muß. Psychotherapie, Soziotherapie, Agogik und Selbsthilfe müssen einbezogen werden, genauso wie hochschwellige Einrichtungen – etwa drogenfreie, therapeutische Wohngemeinschaften (Petzold, Vormann 1980; idem 1969c, 1980d, 1974b), aber auch niedrigschwellige Angebote wie Streetwork und Gangwork (Petzold 1974c, 48; Vollmer 1974) oder Methadonprogramme (Lotze, Stasch, Petzold et al. 1974). Es waren also hier schon sehr frühe *differenzielle Modelle* der Drogentherapie vertreten worden, aber auch was die Methoden der Behandlung anbelangt, wurde nicht nur *ein* Weg beschritten. Karathyme Imagination als Substitutionsansatz und

Möglichkeit der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen (idem 1971c), Psychosynthese, Gestalttherapie, Psychodrama mit diesen Zielgruppen (idem 1972f), multimediale Kreativitätstherapie (idem 1974c, 50 ff.) und immer wieder das Psychodrama, besonders in der Behandlung von Alkoholikern (idem 1970d, 1971b). Die Unmittelbarkeit und Direktheit erlebnisaktivierender Methoden, ihre Leibnähe und Plastizität haben eben für diese Klientel besondere Möglichkeiten der Ansprache bereitgestellt.

Seit Beginn der Arbeit im Drogenbereich wurde erkannt, daß diese Arbeit so gut oder so schlecht ist, wie die Qualifikation ihrer Mitarbeiter. So wurden seit Anfang der 70er Jahre Weiterbildungskonzeptionen erarbeitet (idem 1974i), ja durch die Ausarbeitung suchtkrankenspezifischer Curricula für den „Gesamtverband der Heilstätten“ und die Durchführung der ersten Weiterbildungsgruppen für die Mitarbeiter dieses Verbandes seit 1972 (im Auftrag von E. Knischewsky) wurde von Petzold die in Curricula organisierte Mitarbeiterfortbildung im Suchtkrankenbereich in der BRD eingeführt (idem 1974h, 482), wenngleich die berufspolitisch stärkeren Verfahren „Psychoanalyse“ und „Verhaltenstherapie“ später diesen Bereich für lange Zeit übernahmen und zur ursprünglich sehr stark eingestiegenen Gestalttherapie aufgeschlossen, ja sie unter dem Anerkennungsdruck überrundeten.

Das Vierstufenmodell „*Les quatre pas*“ wurde in der Folge von zahlreichen, therapeutischen Wohngemeinschaften in den deutschsprachigen Ländern adaptiert, zumeist von Soziotherapeuten, die durch Petzold und seine Mitarbeiter ausgebildet wurden (vgl. Sturm, Meyer 1974; Haindl, Veit 1974; Kurz 1974; Klienten Diarrebuch 1974; Vormann, Heckmann 1980). Nicht zuletzt trug die ausgedehnte Supervisionsarbeit in diesem Sektor, die FPI-Mitarbeiter seit dieser Zeit bis heute in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogenarbeit durchführten, zur Verbreitung dieses Gedankengutes bei. Supervision als eine Form der Fortbildung, und zwar sowohl als Einzelfall-

supervision, Teamsupervision, Institutions- und Gruppensupervision hat sich auf diese Weise als ein unverzichtbares Moment der Drogenarbeit in der Bundesrepublik etabliert (*Petzold 1990a*), ja, die Erfahrung in diesen komplexen Feldern, wo vielfältige Vernetzungen zu durchleuchten sind, institutionelle Kooperationen zu bearbeiten sind, haben den integrativen Ansatz der Supervision in theoretischer und methodischer Hinsicht nachhaltig beeinflusst (*Schreyögg 1991a, b*).

Durch mehr als zwanzig Jahre Tätigkeit in diesem Feld sind die behandlungsmethodischen, institutionstheoretischen und weiterbildungsdidaktischen Konzepte an FPI und EAG weit verbreitet und akzeptiert. Sie werden nach wie vor als bedeutsam betrachtet und erhalten ihre Aktualität durch beständig weitergehende Innovationsarbeit. Heute arbeiten zahlreiche Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe auf der Basis gestalttherapeutischer Konzepte und mit Fachkräften, die eine Weiterbildung in Gestalttherapie bzw. Integrativer Therapie absolviert haben.

Erfahrungen aus der Arbeit mit Abhängigen finden Eingang in die allgemeinen Weiterbil-

dungsgänge am FPI – durch Teilnehmer und Lehrende. Etwa ein Viertel der Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten des FPIs verfügt über mehrjährige Berufserfahrung in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Mehr als 30 Graduiierungsarbeiten am FPI befassen sich mit Aspekten der Integrativen Therapie in der ambulanten und stationären Arbeit mit Abhängigen bzw. in der Suchtprophylaxe (ein Verzeichnis, dieses Buch, S. 727).

In den 70er und 80er Jahren wurden immer wieder Einzelseminare zu Problemen der Drogenarbeit angeboten (*Funk, Krach, Peters, Zeitel u. a.*)

Im Jahre 1988 wurde die „Weiterbildungsstelle für Drogenarbeit und Suchtprobleme“ an der Fritz Perls Akademie (seit 1989 EAG) gegründet. „Mit dieser Einrichtung trägt das FPI den sich wandelnden Erscheinungsformen von süchtigem Verhalten und den neuen Entwicklungen der Drogenarbeit Rechnung. Ihre Aufgaben bestehen vor allem darin:

- Angebote der Weiter- und Fortbildung für Fachkräfte in der Suchtkrankenhilfe zu konzipieren und durchzuführen,



- Fachtagungen und Symposien zu organisieren,
- aktuelle Fragen der Prophylaxe, Beratung und Therapie in der Drogenarbeit zu untersuchen und zu dokumentieren und
- Interessenten über Weiterbildungsmöglichkeiten für die Arbeit mit Abhängigen zu informieren“ (Programm der Weiterbildungsstelle).

Für die Jahre 1989 bis 1992 legte die Weiterbildungsstelle jeweils ein Programm mit Fachtagungen, Einzelseminaren und Weiterbildungsgängen vor. Zunächst wurde eine mittelfristige Weiterbildung, das Kompaktcurriculum Suchttherapie, entwickelt; seit 1989 haben vier Gruppen begonnen. Es wird seit 1992 in einer auf sechs Wochenseminare konzentrierten Form (zuvor Grund – und Aufbaustufe mit je vier Seminaren) angeboten.

Zu verschiedenen Themen wie „Körperarbeit mit Abhängigen unter Verwendung von Elementen asiatischer Kampfkünste“ und „Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern“ wurden Einzelseminare durchgeführt. Allerdings kamen mehrere angebotene Seminare nicht zustande; so wurden seit 1991 die Seminare zur Selbsthilfeförderung (z. B. „Umgang mit Problemen und Krisen in Selbsthilfegruppen“) nicht mehr ins Programm aufgenommen, da sie bei Abstinenzgruppen und Elternkreisen nicht auf entsprechende Resonanz stießen.

Seit 1988 wurden von der Weiterbildungsstelle 5 Fachtagungen ausgerichtet:

- „Mein Kind ist drogenabhängig- die Situation der Eltern“ (für Angehörige und Professionelle, Oktober 1988; ausführlicher Tagungsbericht mit Referattexten vgl. *Hentschel* 1989)
- „Niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit“ (Mai 1989, in Vorbereitung des Praxis-Forschungs-Projekts, s. u.)
- „Krisenintervention und Begleitung bei Drogenabhängigen und AIDS-Kranken“ (Juni 1989, Tagungsbericht in: G&I 1/91, 187-189)
- „Körpertherapie in der Drogenhilfe“ (Dezember 1990, vgl. G&I 2/91),

- „Suchtvorbeugung in der beruflichen Ausbildung“ (November 1992, gemeinsam mit Aktion Jugendschutz NW).

Weitere Fachtagungen (Kinder und Medikamentenkonsum, Ärztliches Handeln in der Drogenhilfe) sind geplant.

Im Frühjahr 1991 wurde ein neuer Weiterbildungsgang ausgearbeitet: das Curriculum „Soziotherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im Verfahren Integrative Therapie/Gestalttherapie“. Diese aufwendige Bezeichnung steht für eine dreijährige berufsbegleitende Weiterbildung, die speziell für die Arbeit im Suchtbereich konzipiert ist.

Die Weiterbildung qualifiziert für Beratung, Therapie und Betreuung von Suchtkranken und Suchtgefährdeten – in ambulanten wie in stationären Einrichtungen. Über den Bereich der Suchtkrankenhilfe (Alkohol-, Medikamenten-, Drogenabhängigkeit) hinaus kommt sie auch für Professionelle in Frage, die in anderen Arbeitsfeldern regelmäßig mit Abhängigen arbeiten, wie z. B. in der Bewährungshilfe, im Sozialdienst der Justizvollzugsanstalten.

Die Weiterbildung ist ein Angebot für Personen, die ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium abgeschlossen haben (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Pädagogik, andere humanwissenschaftliche Fächer, die für eine Tätigkeit im psychosozialen Bereich qualifizieren). Diese Bestimmung in den formalen Zugangsvoraussetzungen entspricht den Anforderungen an die Basisqualifikation von therapeutischen Mitarbeitern, die in der „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht“ festgelegt wurden. Mit der Empfehlungsvereinbarung, die seit April 1991 in Kraft ist, regeln die zentralen Verbände der Kostenträger die Rahmenbedingungen für die ambulante Therapie von Abhängigen. Ein wichtiger, zentraler Punkt ist dabei natürlich die Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten. In der Vereinbarung werden mehrere Zusatzausbildungen aufgeführt (nicht abschließend): Suchtkrankentherapeut/Sozialtherapeut, Gesprächspsychotherapeut, Verhaltenstherapeut, für Ärzte auch

der Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Die Partner der Empfehlungsvereinbarung machen im übrigen keine Aussage zu den therapeutischen Verfahren. Gestalttherapie, Integrative Therapie, Psychodrama-Therapie, Transaktionsanalyse u. a. sind keineswegs ausgeschlossen, die Vielfalt der therapeutischen Verfahren soll erhalten bleiben.

Nach Inkrafttreten der Empfehlungsvereinbarung fand eine Reihe von Gesprächen und Verhandlungen der Fachverbände statt, in denen Mindeststandards für die Zusatzausbildung formuliert werden. Die 6 Kernpunkte sind:

- berufsbegleitende Weiterbildung
- Mindestdauer 2 Jahre/600 Stunden
- ein Drittel Theorie, zwei Drittel Praxis (Erlernen eines therapeutischen Verfahrens, Selbsterfahrung, Supervision)
- Studienabschluß als Zugangsvoraussetzung darf nicht unterschritten werden
- qualifiziertes Prüfungsverfahren
- nachgewiesene Qualifikation der Ausbilder/innen (vgl. Freiburger Suchtinfo Mai 1991)

Unter strenger Beachtung dieser Anforderungen wurde unser Curriculum ausgearbeitet. Es erfüllt die Voraussetzungen für eine Anerkennung als „geeignete Zusatzausbildung“ auf psychotherapeutischer Grundlage“ gem. 5 (4) der Empfehlungsvereinbarung. Die Förderungsfähigkeit der Weiterbildung als „zweckmäßige“ Maßnahme nach 34 Arbeitsförderungsgesetz wurde durch die Entscheidung der Arbeitsverwaltung anerkannt.

Das Curriculum wurde in Anlehnung an die bewährten Formen der langfristigen Weiterbildungen des FPIs gestaltet: die dreijährige Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe mit 15 dreitägigen Treffen, Wochenseminaren, Einzelarbeit, Supervision, Theoriegruppe und Abschlußprüfung (siehe Strukturplan). Es ist allerdings weniger umfangreich, der Kostenaufwand deutlich geringer.

Voraussichtlich wird ein Teil der Absolventen dieser sozialtherapeutischen Weiterbildung eine Fortführung und Komplettierung wünschen. In

diesen Fällen kann auf Antrag ein Übertritt in die Oberstufe der soziotherapeutischen Weiterbildung erfolgen und die bisherige Ausbildung als Grund- und Mittelstufe angerechnet werden. Für die Graduierung in Soziotherapie sind dann die entsprechenden Elemente des Curriculums zu absolvieren, also weitere lehrtherapeutische Einzelsitzungen, kontrollierte Gruppenarbeit und Einzelberatung, Intensivseminar u. a. Eine derart ergänzte und vertiefte Weiterbildung qualifiziert für das gesamte Spektrum der soziotherapeutischen Arbeit.

Erfahrungsgemäß wechselt ein nicht unerheblicher Teil der Professionellen nach einigen Jahren aus dem Suchtbereich in ein anderes Arbeitsfeld, sei es aus Gründen der persönlichen und beruflichen Entwicklung, sei es aufgrund von Arbeitsmarktbedingungen. Die Sozialtherapie-Weiterbildung ist so angelegt, daß ein Transfer in andere Bereiche leicht möglich ist: Beratung in der sozialtherapeutischen Praxis, therapeutische Beziehung und Widerstand, Krisenintervention sind auch in anderen psychosozialen Arbeitsfeldern Grundlagen der Fachkompetenz. Durch spezifische Zusatzseminare kann die allgemeine sozialtherapeutische Kompetenz für die neuen Aufgabenschwerpunkte ergänzt werden.

Der Strukturplan der Ausbildung steht diesem Text voran.

Die dreijährige Weiterbildung qualifiziert für Beratung, Therapie und Betreuung von Suchtkranken und Suchtgefährdeten. Ihre Bestandteile sind:

- die Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe (360 UStd.)
- die Fachseminare (240 UStd.)
- die lehrtherapeutischen Einzelsitzungen (30 Std.)
- Supervision (30 Std.)
- die Theoriegruppe (90 UStd.)
- das Selbststudium und
- die Abschlußprüfung

Insgesamt umfaßt die Weiterbildung (ohne Selbststudium und Prüfung) 750 Stunden; dabei sind die Vermittlung theoretischer Kenntnisse, der Erwerb methodisch-praktischer Kom-

petenz und die Selbsterfahrung in gleichen Anteilen enthalten.

Zugangsvoraussetzungen:

- * Studienabschluß (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie, Pädagogik, andere humanwissenschaftliche Fächer, die für eine Tätigkeit im psychosozialen Bereich qualifizieren)
- * Erfahrungen in der Arbeit mit Suchtkranken bzw. Suchtgefährdeten
- * Mindestalter 24 Jahre
- * persönliche Eignung (Empfehlung von zwei Lehrenden aufgrund der Aufnahme-Interviews).

Die erste Weiterbildungsgruppe in diesem Curriculum begann im Mai 1992.

Parallel zu der oben vorgestellten Version wurde ein zusätzlicher Weiterbildungsgang für das Arbeitsfeld Sucht entwickelt: die berufsbegleitende Weiterbildung *Sozialtherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe im Verfahren Integrative Familientherapie*. Ausgearbeitet wurde das Curriculum von *Hartmut Rau*, Velbert (unter Mitarbeit von *U. Hentschel*).

Die Integrative Familientherapie bildet eine Synthese familientherapeutischer Arbeitsansätze in tiefenpsychologisch-systemischer Perspektive. Ein besonderer Schwerpunkt dieses Weiterbildungsgangs liegt neben der allgemeinen familientherapeutischen Ausbildung in Seminaren zur Arbeit mit Familien, die von besonderen Schicksalsschlägen betroffen wurden. Im Vordergrund steht die Arbeit mit Suchtkranken und Drogenabhängigen und ihren Angehörigen, die Behandlung von Familien aus benachteiligten Schichten und aus Randgruppen.

Die Ausbildung erfolgt in einer fortlaufenden Gruppe (3 Jahre mit je 5 Wochenendseminaren), in themenzentrierten Blockseminaren, der Arbeit mit Familien unter Supervision sowie einer Eigenanalyse. Der Umfang der Weiterbildung beträgt (ohne Selbststudium und Prüfung) insgesamt 780 Stunden. Die Zugangsvoraussetzungen sind: Studienabschluß (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie u. a.), Berufserfahrung; 2 Aufnahme-Interviews.

Im Zusammenhang mit der Planung von Fort- und Weiterbildungsangeboten wurden seit 1988 verschiedene Forschungsvorhaben entwickelt. Zunächst wurde eine Untersuchung zum Bedarf und Angebot von Fort- und Weiterbildung für Beschäftigte in der Suchtkrankenhilfe vorbereitet.

Ende 1988 wurde ein Praxis-Forschungs-Projekt „Niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit“ konzipiert (vgl. *Hentschel* 1989b), mit dessen Durchführung – in modifizierter Form – die EAG 1989 vom Sozialministerium in Nordrhein-Westfalen beauftragt wurde (Laufzeit: 1990-1992).

In den 80er Jahren zeichnete sich eine erneute Zuspitzung der Drogenprobleme in der BRD ab. Es war zu erkennen, daß viele Drogenabhängige die Hilfeangebote der Institutionen wegen der damit verbundenen Abstinenzforderung ablehnen bzw. daß es ihnen nicht gelingt, aus der Sucht herauszukommen – weder auf dem „Königsweg“ mit therapeutischer Unterstützung, noch als „Selbsteiler“ (vgl. *Schneider* 1988; *Weber, Schneider* 1990). Ihre Lebensbedingungen sind oft durch materielle Not, gesundheitliche Probleme und soziale Ausgrenzung, Verfolgung oder problematische Sozialbeziehungen eingeengt. Sie benötigen spezifische Hilfen zum Überleben und zur Stabilisierung und Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse. Mit „niedrigschwelligen Angeboten“ versucht die Drogenhilfe die Zugangsvoraussetzungen für Hilfeleistungen zu senken, die Abhängigen mit ihren Problemen in ihrer Lebenswelt zu akzeptieren und notwendige Unterstützung bereitzustellen. Ein von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen gefördertes Modellvorhaben soll Maßnahmen der Drogenhilfe entwickeln und erproben, die für Drogenkonsumenten in derart belastenden Lebensbedingungen, geeignet sind. 14 Einrichtungen erhalten finanzielle Zuwendungen, um Kontaktläden bzw. Not schlafstellen zu errichten und die erforderlichen Leistungen (Überlebens- und Stabilisierungshilfe in den Grundbedürfnissen Ernährung, Obdach, Gesundheitsschutz, sozialer Kontakt) zu erbringen.

Die Aufgaben des bei der EAG angesiedelten Begleitprojekts sind:

1. die Dokumentation der Aktivitäten in den Einrichtungen
2. die Untersuchung der Wirkungen der niedrigschwelligen Angebote und ihrer Inanspruchnahme seitens der Zielgruppen
3. die Förderung des Praxisvorhabens durch die Koordination von Erfahrungsaustausch (in Arbeitstagungen, Arbeitskreistreffen, Besprechungen)
4. die Unterstützung der Beteiligten durch Ermittlung des Qualifikationsbedarfs sowie durch Konzipierung, Entwicklung und Erprobung der Fortbildung für diese spezifischen Tätigkeitsfelder in der Drogenarbeit.

In der Begleitforschung wird das Verhältnis von Anforderungen, Aufwendungen und Wirkungen untersucht. Gegenstand der Evaluation auf der Klientenseite sind die Anforderungen, mit denen die Drogenkonsumenten an die Drogenhilfe herantreten, weil sie ihre Grundbedürfnisse nicht oder nur mangelhaft selbständig sichern können. Auf der Seite der Einrichtung ist zu untersuchen, welche Ziele verfolgt werden, welche Ressourcen zur Verfügung stehen, welche Aufwendungen gemacht werden, um geeignete Maßnahmen anzubieten; die Gestaltung dieser Maßnahmen, der niedrigschwelligen Angebote, schließlich ihre Wirkungen – für die Klienten, das Umfeld und die Einrichtung selbst.

Die Evaluation wird unter Verwendung von Techniken der empirischen Sozialforschung durchgeführt (Interviews, Statistikbögen).

Im bisherigen Verlauf des Modellvorhabens zeigte sich, daß die niedrigschwelligen Angebote in sehr unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen werden, abhängig u. a. von der lokalen Situation und dem Arbeitskonzept der Einrichtung. Gemeinsamer Nenner zwischen den Einrichtungen ist, bei allen sonstigen Un-

terschieden, daß sie Betreuungs- und Versorgungsangebote für Drogenabhängige und Drogengefährdete vorhalten. Betreuung: durch Gespräch, Information, Beratung, psychosoziale Krisenintervention, emotionale Unterstützung. Versorgung: Leistungen zur Überlebenshilfe und Sicherung der Grundbedürfnisse Ernährung, Gesundheitsschutz, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben; für die Grundbedürfnisse Obdach und Kleidung werden nur in eingeschränktem Maße Hilfen bereitgestellt.

Die Anlaufschwierigkeiten in den niedrigschwelligen Arbeitsansätzen sind im wesentlichen überwunden, die Beschäftigten haben Erfahrungen gesammelt. Sie werden die Drogenhilfe insgesamt anregen und in Richtung auf eine Vernetzung der verschiedenen Bereiche beeinflussen.

Im Begleitprojekt sind bisher mehrere Veröffentlichungen entstanden, der Abschlußbericht ist im Frühjahr 1993 abgeschlossen worden. Zugleich wird ein Sammelband zur niedrigschwelligen Drogenarbeit und Reform der Drogenhilfe vorbereitet. Dieser Reader wird Beiträge zur theoretischen Begründung und zum Stellenwert der neuen Ansätze in der Drogenarbeit enthalten, Erfahrungen aus den unterschiedlichen Arbeitsansätzen vermitteln, methodische Fragestellungen erörtern und Forschungsperspektiven aufzeigen.

Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung sind Konsequenzen aus den Projekterfahrungen zu diskutieren: die Notwendigkeit einer Qualifizierung für psychosoziale Krisenintervention und Suizidprophylaxe, die den verschiedenen Tätigkeitsbereichen in der Arbeit mit Süchtigen adäquat ist; die Entwicklung von Qualifizierungschancen für Beschäftigte im psychosozialen Bereich mit sozialarbeiterischem oder pädagogischem Tätigkeitsschwerpunkt, um neben Therapie- und Supervisionsausbildungen Weiterbildungsmöglichkeiten (und damit Berufsperspektiven) zu erschließen. Hier zeigt sich hoher Innovationsbedarf.

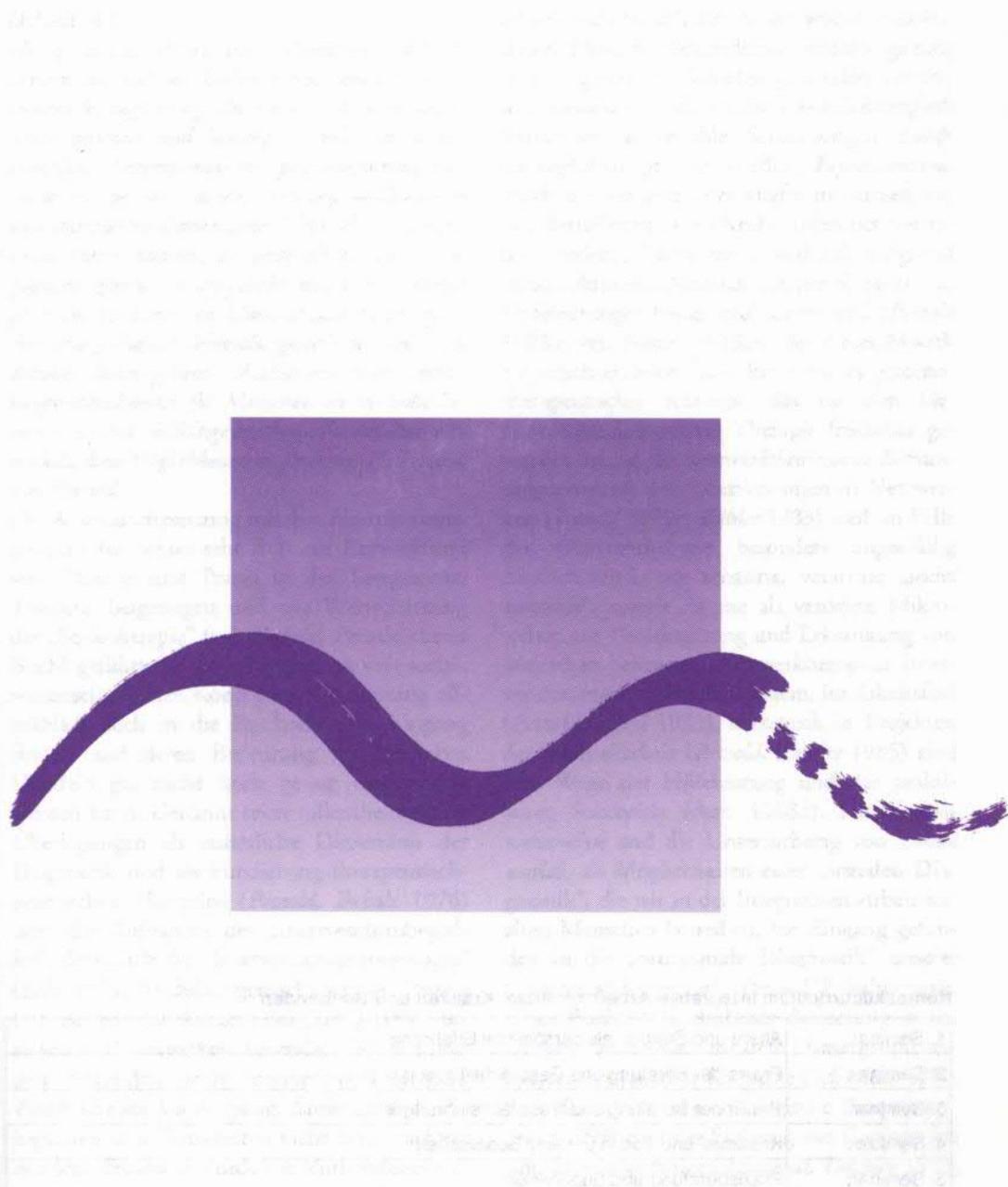
LITERATUR

- Autoren*, Klienten des Landhauses: Das „Four-Steps-“ Haus Dürnbuch in der Vierstufenkette Nürnberg, in: *Petzold* (1974b) 384-391.
- Bauer, E.*, Selbstverständnis und Praxis der Drogentherapie bei Daytop, in: *Petzold, Vormann* (1980) 318-345.
- Haindl, H., Veit, Ch.*, Erfahrungen aus dem Four-Steps-Modell der therapeutischen Wohngemeinschaft in Rábke, in: *Petzold* (1974b) 363-383.
- Hentschel, U.*, Drogenprobleme und Eltern-Hilfe. Ergebnisse einer Fachtagung von Angehörigen Drogengefährdeter und Mitarbeitern in der Drogenhilfe, Hückeswagen 1989a.
- Hentschel, U.*, Informationen zum geplanten Praxis-Forschungsprojekt: „Niedrigschwellige Angebote in der Drogenarbeit“, *Integrative Therapie* 2 (1989b) 238-239.
- Hentschel, U.*, Bewährungsprobe für einen neuen Ansatz in der Drogenarbeit – Erfolgskriterien und Evaluationsprobleme in niedrigschwelligen Angeboten, in: DHS (Hrsg.), Drogenpolitik und Drogenhilfe, Freiburg 1991, 221-228.
- Keller, P.*, Interview, VHS, Büttgen 1976.
- Kropotkin, P.*, Mutual aid. A factor of evolution, London 1902, dtsh. 1904, 1977.
- Kurz, Ch.*, Elternarbeit in der Drogenberatungsstelle der Vierstufenkette Nürnberg, in: *Petzold* (1974b) 457-459.
- Lotze, J., Stasch, R. et al.*, Konzeption des ambulanten Therapieprogramms unter Verwenung von Methadon (ATM), in: *Petzold* (1974b) 450-456.
- Moreno, J.L.*, Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations, Nervous and Mental Disease Publ. Co., Washington 1934; erw. Ausg. Beacon House, Beacon 1953.
- Petzold, H.G.*, Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris 1969c; teilweise dtsh. in: (1974l).
- Petzold, H.G.*, Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 (1970d) 387-408; überarb. Fassung in: *Petzold* (1977a).
- Petzold, H.G.*, Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3 (1971b) 268-281.
- Petzold, H.G.*, Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, 1971c, in: *G. Birdwood*, Willige Opfer, Rosenheim 1970, 212-245.
- Petzold, H.G.*, Methoden in der Behandlung Drogenabhängiger. Vierstufentherapie. Komplexes katathymes Erleben, Psychosynthesis, Gestalttherapie, Psychodrama, Nicol, Kassel 1972f.
- Petzold, H.G.*, (Hrsg.) Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- Petzold, H.G.*, Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Psychodramas im „tetradischen System“. *Dynamische Psychiatrie* 3 (1974c) 151-181; überarbeitete Fassung in: *Petzold* (1977h).
- Petzold, H.G.*, Das Vierstufenmodell der Therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974f, in: *Petzold* (1974b) 133-222.
- Petzold, H.G.*, Programmatische und curriculare Überlegungen zur Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten und -betreuern, 1974h, in: *Petzold* (1974b) 473-502.
- Petzold, H.G.*, Planspiel und methodenvariables Laboratorium in der Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten, 1974i, in: *Petzold* (1974b) 503-513.
- Petzold, H.G.*, Konzepte zur Drogentherapie, 1974l, in: *Petzold* (1974b) 524-529.
- Petzold, H.G.*, Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater. Überarbeitete und erweiterte Fassung von *Petzold* 1972a, Junfermann, Paderborn 1977h.
- Petzold, H.G.*, Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.

- Petzold, H.G., Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, 1980c, in: *Petzold, Vormann* (1980) 208-228.
- Petzold, H.G., Ablösung und Trauerarbeit im Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige, 1980d, in: *Petzold, Vormann* (1980) 250-282.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., Drogenabhängigkeit als Krankheit, *Gestalt und Integration* 2 (1990j) 149-159.
- Petzold, H.G., Drogentherapie heißt Karrierebegleitung. Reflexionen nach 20 Jahren Arbeit im Felde der Drogenarbeit am Beispiel des Stufenmodells therapeutischer Wohngemeinschaften und des Konzeptes der therapeutischen Kette, Vortrag auf dem Therapiekette-Niedersachsen-Seminar, Nov. 1989, Step, Hannover 1990k.
- Petzold, H.G., Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt und Integration* 2 (1990o) 7-37.
- Petzold, H.G., Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten der Drogenhilfe, Eröffnungsvortrag auf dem 14. Bundeskongreß, 10. – 13. Juni 1991, FDR, 1991, in: Was hilft! Grundhaltung – Menschenbild – Konzepte, Fachverband Drogen und Rauschmittel, Braunschweig 1992, 16-41.
- Petzold, H.G., Henschel, U., Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold, H.G., Laschinsky, D., Rinast, M., Exchange Learning – ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 3 (1979) 224-245; repr. (1985a) 69-92.
- Petzold, H.G., Schlippe, A. von, Editorial: Die Familie und das schwerkranke Mitglied. Therapeutische Hilfen für Fatum-Familien, *Integrative Therapie* 4 (1990) 271-275.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.
- Petzold, Hugo, Hilfe bei Suchtgefahren. Arbeitskreis zur Abwehr der Suchtgefahren e.V., Düsseldorf 1956.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects, *J. of Person. and Soc. Psychol.* 50 (1986) 845-855.
- Schneider, W., Zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Auswertung von Ergebnissen aus Langzeitforschung, *Suchtgefahren* 34 (1988) 472-490.
- Schreyögg, A., Organisationsanalytisches Wissen in der Supervision sozialer Arbeitsfelder, *Gruppendynamik* (1991a) 5-18.
- Schreyögg, A., Gestalt-supervision. Ein Integratives Modell, Junfermann, Paderborn 1991b.
- Sturm, K., Meyer, A., Gruppendynamik und Gruppentherapie bei der Behandlung Drogenabhängiger im „Four-Steps“-Modell der therapeutischen Wohngemeinschaft, in: *Petzold* (1974b) 223-237.
- Vollmer, S., Streetwork, in: *Petzold* (1974b) 445-449.
- Weber, G., Schneider, W., Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg – Ein Resümee, Münster 1992.
- Vormann, G., Heckmann, W., Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland, in: *Petzold, Vormann* (1980) 24-57.

16.

Arbeit mit Alten



Kompaktcurriculum Integrative Arbeit mit Alten, Kranken und Sterbenden

1. Seminar:	Altern und Sterben als persönliche Erfahrung
2. Seminar:	Praxis der Beratung und Gesprächsführung I
3. Seminar:	Praxis der Beratung und Gesprächsführung II
4. Seminar:	Krankheit und Tod in unserer Gesellschaft
5. Seminar:	Praxisberatung und Supervision

Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG

Christa Petzold, Essen, Hilarion Petzold, Düsseldorf

Definition:

»Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden ist auf die heilende und entwicklungs-fördernde Begleitung alternder und alter Menschen gerichtet und bezieht – weil „Altern ein komplexer Lebensprozeß mit physiologischen, biologischen, psychologischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionen“ ist – diese Bereiche in die Interventionen, das geragogische, sozialgeragogische, gerontotherapeutische und thanatotherapeutische Handeln ein. Unser Ansatz bietet kurative und palliative Behandlungsmethoden und sieht darüber hinausgehend Wachstums- und Entfaltungsmöglichkeiten für Menschen bis ins hohe Senium. Er hat vielfältige methodische Ansätze entwickelt, diese Möglichkeiten zu fördern« (H. Petzold, Ch. Petzold).

Die Auseinandersetzung mit den Alternswissenschaften hat schon sehr früh zur Entwicklung von Theorie und Praxis in der Integrativen Therapie beigetragen und zur Wertschätzung der „Soziotherapie“ (vgl. Petzold, Petzold, dieses Buch) geführt, zu einer Integration von sozialwissenschaftlichen Konzepten, die derzeit allmählich auch in die Psychotherapie Eingang finden und deren Bedeutung für klinisches Handeln gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Genannt seien rollentheoretische Überlegungen als zusätzliche Dimension der Diagnostik und als Fundierung therapeutisch-praktischen Handelns (Petzold, Bubolz 1976) oder die Aufnahme des „Interventionsbegriffes“, der durch die „Interventionsgerontologie“ (Lehr 1979) fruchtbar gemacht wurde. Petzold (1979k) hat das Konzept der „Integrativen Intervention“ entwickelt (ebenda, 296 ff.) mit den folgenden sechs Interventionsbereichen: *Prophylaxe* zur Vorbeugung, damit gesunde Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht beeinträchtigt werden, *Erhaltung*, durch die Vorhandenes sta-

bilisiert werden soll, *Restitution*, wodurch in kurativer Hinsicht Beschädigtes wiederhergestellt oder eingetretener Schaden gemindert werden soll, *Bewältigung*, durch die unwiederbringlich Verlorenes, irreversible Schädigungen durch Copinghilfen gestützt werden, *Repräsentation*, durch die von seiten der Helfer zusammen mit den Betroffenen deren Rechte öffentlich vertreten werden, *Amelivration*, wodurch aufgrund infrastruktureller Maßnahmen der Kontext von Hilfeleistungen besser strukturiert wird (Petzold 1982u; vgl. Heekerens 1984, der dieses Modell empirisch evaluiert hat). Ein weiteres gerontotherapeutisches Konzept, das für den Gesamtansatz Integrativer Therapie fruchtbar geworden ist, ist die *netzwerktheoretische Betrachtungsweise* mit den Interventionen in Netzwerken (Petzold 1979c; Kähler 1983) weil im Falle der Gerontotherapie besonders augenfällig deutlich wird, wie zerstörte, verarmte „social networks“, soziale Atome als verödete Mikrowelten zur Vereinsamung und Erkrankung von Menschen beitragen. Netzwerkbezogene Intervention etwa im Familiensystem, im Arbeitsfeld (Petzold, Heint 1983), aber auch in Projekten der Stadtteilarbeit (Petzold, Zander 1985) sind hier Wege der Hilfeleistung und der praktischen Solidarität (ders. 1988d). Die *Lebensweltanalyse* und die Untersuchung von „social worlds“ als Möglichkeiten einer „sozialen Diagnostik“, die wir in der Integrativen Arbeit mit alten Menschen betreiben, hat Eingang gefunden in die „prozessuale Diagnostik“ unseres Gesamtverfahrens (vgl. Petzold, Fokaltherapie, dieses Buch). Von ähnlicher Bedeutung ist die „Ressourcenanalyse“ auf dem Hintergrund resourcentheoretischer Konzepte (Schneider 1979; Jerusalem 1990), die „ökologische Perspektive“ (Saup 1993) oder der Einbezug von Copingstilen und Daseinstechniken (Lazarus, Launier 1978;

Thomae 1988), Attributionen und Kontrollüberzeugungen (Krampen 1989), „social support research“ (Nestmann 1988; Schuch 1990; Saup 1984) und Gesundheitspsychologie (Schwarzer 1990) in unseren Konzeptbildungen. Diese sozialpsychologischen und kognitivistischen Ansätze werden auf den Hintergrund der anthropologischen Theorie der Integrativen Therapie aus dem Gefahrenbereich einer technokratischen, sozialbehavioralen Interventionspraxis genommen. Sie bleiben vielmehr in den Kontext einer „Humanisierung der Lebenswelt“ alter Menschen gestellt (Petzold 1979). Genau unter diesem Humanisierungsanspruch einerseits und einem metahermeneutischen Interpretationsrahmen andererseits lassen sich diese Konzepte auch in den theoretischen Fundus der Integrativen Therapie einbeziehen (ders. 1991a).

Der Schwerpunkt „Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden“ an unserem Institut hat aber noch einen anderen Ertrag gebracht und einen Bereich erschlossen, der für therapeutisches Tun, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie unerlässlich ist: die Auseinandersetzung mit der Zerbrechlichkeit der menschlichen Existenz, mit Sterblichkeit, Endlichkeit, mit dem Tod. Jeder Abschied trägt nicht nur Resonanzen vergangener Abschiede in sich, sondern er trägt auch eine Vorahnung, ja einen Vorentwurf des letzten, endgültigen Abschiedes. Der Tod ist die letzte große Leistung im menschlichen Leben, das „*eschaton ergon*“ (ders. 1973a). Das Durcharbeiten der eigenen Vergangenheit und die Reflexion für die eigenen Zukunftsentwürfe im „Hier und Jetzt“ verweist den Menschen auf die „ganze Zeit“ der Lebensspanne (ders. 1981e). Psychotherapie wird durch die Anfangspunkte von Empfängnis und Geburt und den Endpunkt des Todes in eine „*chronosophische Perspektive*“ (ders. 1991o) gestellt, und das verändert die Einstellung zur Psychotherapie, ihren theoretischen Rahmen bis in das praktische Handeln hinein – dies sowohl auf der personalen Ebene des Therapeuten, der sich seiner Endlichkeit bewußt ist, als auch im Hinblick auf die Methodik. *Lebensbilanz* und *Lebenspanorama* (Petzold, Lückel

1985) wurden als zentrale, methodische Ansätze der Integrativen Therapie vor diesem Hintergrund entwickelt. Das Leben wird in einer Überschau betrachtet, durch Zwischenbilanzen gegliedert und erfährt so einen Sinnbezug, ein tiefes Verstehen des eigenen Selbst und des zwischenmenschlichen Zusammenhangs. Hier ist das *existentialistische Erbe* der Integrativen Therapie wohl noch am deutlichsten, wie es sich im „praktischen Philosophieren“ Gabriel Marcel zeigt (Berning 1972), und es wird auch der „intersubjektive hermeneutische Zugang“ Paul Ricoeurs – bei beiden Philosophen studierte Petzold – plastisch als Versuch, die eigene Lebensgeschichte und den eigenen Lebensentwurf sinnhaft zu begreifen. Sieht man die Vielzahl der Veröffentlichungen aus dem Mitarbeiterkreis des Instituts – von den Gründerpersönlichkeiten einmal abgesehen – zu dieser Thematik (man denke nur an den grundlegenden Text von Kurt Lückel [1981]), so wird deutlich, wie zentral das Thema der Finalität und der Zerbrechlichkeit für die Integrative Therapie ist. Integration als die Stabilisierung einer Integrität im Angesicht drohender Desintegration, im Angesicht des Todes also, muß als ein Leitthema für die Theorie und Praxis des therapeutischen Ansatzes an FPI und EAG gesehen werden. Die Sensibilität dieses Ansatzes für zeittheoretische Fragestellungen, die Fokussierung auf Leiblichkeit, der lebensweltliche, kosmologische Bezug ist als von den Erfahrungen im Umgang mit alten Menschen und der Begleitung Sterbender (Petzold 1980a; 1984c) maßgeblich bestimmt.

Der hier nun naheliegende Schritt zur Auseinandersetzung mit dem Thema „*Spiritualität*“, mit religiösen Fragen nach der Transzendenz, wird an FPI und EAG als Institution und im Integrativen Ansatz als theoretischem Gebäude nur angedeutet (dieses Buch, S. 717). Man ist gegenüber „New-Age-Ideologien“ skeptisch, ja eher ablehnend (Petzold 1985m, 152 ff.), so wird vorsichtig eine „*nüchterne Ontologie*“, die sich an der Wahrnehmung der Welt und nicht an einer weltenthobenen Metaphysik orientiert,

angedacht (Schmitz 1990; Petzold 1991a; Orth, dieses Buch), werden Überlegungen zu einer „säkularen Mystik“ und einer „innerweltlichen Religiosität“ im Sinne einer grundsätzlichen Verbundenheit allen Seins ange stellt (Petzold 1983e). Meditative Wege der *Besinnung*, *Betrachtung* und *Versenkung* werden durchaus als Möglichkeiten nootherapeutischer Praxis gesehen, in der es um die Auseinandersetzung mit den Werten, den Lebenszielen, der Endlichkeit, der Transzendenz geht, ohne daß hier im traditionellen Sinne „religiöse“ Orientierungen aufgenommen werden. Auch das hat die Arbeit mit Schwerkranken und Sterbenden beigetragen: eine Erfahrung der Vielfalt von Wertwelten, von Sinnfolien, von religiösen Überzeugungen in der letzten, extremsten Situation im Leben des Menschen, wo letztlich alle Ansprüche auf eine *einzige und allgemeingültige Wahrheit* verblasen. Die *Wertschätzung religiöser Vielfalt*, vielfältiger „Weltanschauung“ liegt in diesen Erfahrungen begründet. So ist z. B. die am Institut gelehrte „Integrative Seelsorge“ bzw. „Gestaltseelsorge“ (vgl. dieses Buch, 647 ff.) keineswegs als Curriculum zu sehen, das „Antworten“ für den angesprochenen Bereich gibt, sondern das Methoden vermittelt, wie Seelsorger im Rahmen ihrer Berufsrolle Hilfen geben können, daß ein Mensch seine persönliche Antwort in sich und im dialogischen Sinngespräch findet. „Nootherapie“, die therapeutische Arbeit, die sich mit den Fragen des Sinnes, der Werte, mit „Geistigem“ also beschäftigt und gemäß unserer anthropologischen Grundformel sich mit den „geistigen Strebungen“ des Menschen auseinandersetzt, ist den Themen Tod und Sterben in besonderer Weise zugewandt. So kommt den nootherapeutischen Fragestellungen in der *Gerontotherapie* und *Geragogik*, *Thanatotherapie* und *Thanatagogik* – Begriffe, die H. Petzold in die wissenschaftliche Literatur einführte und für die er die an FPI und EAG gelehrte Integrative sozialgerontologische Pra-



xeologie entwickelte – besondere Wichtigkeit zu (Petzold 1965; Huck, Petzold 1984; Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Petzold/Lückel 1985). Dazu kommen auch die

Fragen nach der Auseinandersetzung mit Leid und Schmerz (Saner 1992; Hasler 1992), anthropologische und philosophische Grundfragen also, in denen philosophische Erkenntnisse im psychotherapeutischen Handlungsraum fruchtbar gemacht werden, **Philosophie als Psychotherapie** zum Einsatz kommt (Kühn, Petzold 1992), eine Tradition, die bis ins Altertum zurückgeht (Hofstätter 1992) und an die die Integrative Therapie dezidiert anschließt. Die anthropologische Frage wird also nicht nur in abstrakten Definitionen über das „Wesen des Menschen“ angegangen, sondern angebunden an konkrete Erfahrungen des Menschen über seinen Lebensverlauf hin. Glück und Freude sind dabei ebenso konstitutiv wie Altern, Leiden und Sterben (Petzold 1984c, 1985c). Die Auseinandersetzung mit gerontotherapeutischen und thanatotherapeutischen Fragestellungen hat für die Integrative Therapie eine Sensibilisierung gegenüber ethischen Problemen gebracht (ders. 1978c, 1985d, 1990n; Schuch 1988, Schreyögg 1988 und der von uns organisierte „1. Europäische Kongreß für Gestalttherapie“, 1986 in Mainz mit dem Thema „Psychotherapie und Ethik“, vgl. Schmidt 1988). Daß in den Lehranalysen und Ausbildungsgruppen ethischen Fragen besondere Bedeutung zukommt, und in den Einzeltherapien die Themen Altern, Krankheit und Sterben in aktueller wie auch prospektiver Hinsicht nicht ausgeblendet werden, ist eine Auswirkung der gerontotherapeutischen, thanatotherapeutischen und aniatologischen Arbeit an FPI und EAG. Unsere Arbeit zentrierte neben der Veranstaltung von Fachtagungen (siehe unten) einerseits in der *Weiterbildung*, zum anderen in der *Forschung*. Wir haben das Forschungsprojekt

„Miteinander leben im Pensionistenheim“ der österreichischen Landesregierung supervisiert und wissenschaftlich begleitet, bei der Erstellung eines ersten Landesaltenplanes für das Land Niederösterreich gutachterlich mitgewirkt, haben Interventionsforschungsprojekte in Alten- und Pflegeheimen initiiert und wissenschaftlich betreut, haben Curricula für die Bewegungsaktivierung (Petzold, Stöckler 1988) auf der Grundlage unserer Forschungsergebnisse (Dröes 1991; Petzold, Vermeer 1986) konzipiert. Wir haben „Pro Senectute Österreich“ mitbegründet, die zentrale Einrichtung für die Mitarbeiterfortbildung im Altenbereich für Österreich. Seit 1974 werden am FPI gerontotherapeutische Weiterbildungen für den Bereich Altenbildung und für die Sterbebegleitung angeboten, seit 1978 ein Kompaktcurriculum für Arbeit mit Alten, Schwerkranken und Sterbenden. Es wurde in Deutschland bislang 7mal durchgeführt und in Österreich in Kooperation mit unterschiedlichen Trägern 12mal. Das Kompaktcurriculum umfaßt folgende Seminare:

1. Seminar: Altern und Sterben als persönliche Erfahrung
2. Seminar: Praxis der Beratung und Gesprächsführung I
3. Seminar: Praxis der Beratung und Gesprächsführung II
4. Seminar: Krankheit und Tod in unserer Gesellschaft
5. Seminar: Praxisberatung und Supervision

Seither wurde eine spezialisierte Ausbildung für die Bewegungsaktivierung alter Menschen auf der Grundlage der Integrativen Bewegungstherapie entwickelt. *Multiple Stimulierung und Bewegungsaktivierung* (Petzold 1988f, 1988g) bieten neben kreativen Interventionsformen – Farben, Ton, Puppen, Poesie, therapeutisches Spiel, Theaterarbeit (ders. 1965, 1973a, 1977e, 1979c, 1979j, 1979k, 1980a; Bubolz 1979; 1983) die hervorragende Möglichkeit, alte Menschen zu erreichen und ihre Gesundheit und Mobilität zu fördern (Petzold 1991h). Mit

besonderen Interventionsformen wurde unser Ansatz für die Arbeit mit Hochbetagten, mit dementen alten Menschen bzw. Alzheimer Patienten adaptiert (Petzold, 1979k; Dröes 1991). Die bewegungstherapeutische Weiterbildungsmaßnahme enthält folgende Seminare:

1. Seminar: Einführung in die Integrative Bewegungstherapie
2. Seminar: Lebenssituation und Kommunikation
3. Seminar: Körperbild und Selbsterleben
4. Seminar: Veränderungen und Krankheiten
5. Seminar: Berufsbild und Supervision

Weiterhin haben wir Weiterbildungen für Menschen konzipiert, die in der Versorgung Schwerkranker tätig sind, spezifisch für diejenigen, die mit „professioneller Pflege“ befaßt sind. Professionelle Pflege wird hier definiert: *»Professionelle Pflege ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Mensch als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder, Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung. Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegende und Gepflegte als Personen ein.«*

In dieser Definition wird die ganze Breite pflegerischer Tätigkeit deutlich, in die wesentliche Momente der „privaten Pflege“, für die „familiale Intimität“ kennzeichnend ist, auch noch

zu einem Teil einbezogen wird, die aber natürlich von der Pflege in der Familie auch sehr verschieden ist, allein durch das Faktum, daß sie eine Dienstleistung darstellt, allerdings eine Dienstleistung am Menschen, in der mitmenschliches Engagement, „Herz“, „inneres Beteiligtsein“ nicht ausgespart werden können. Das Spannungsfeld zwischen professioneller Tätigkeit und persönlicher Intimität, die am Krankenbett, in Situationen von Leid, Sterben und Tod aufkommt, auszuhalten und in einer menschlichen Form zu handhaben, fordert von den Pflegenden mehr als nur pflegetechnische Kompetenz und Performanz, aber genau für die Handhabung dieses Bereiches werden sie in ihrer Ausbildung nicht oder nur ungenügend ausgerüstet. Aus diesem Grunde ist das Weiterbildungsangebot am FPI und an der EAG zur Arbeit mit alten Menschen, Verwirrten, Schwerkranken, Sterbenden von großer Bedeutung für eine vertiefende Ergänzung grundständiger, pflegerischer Ausbildungen, die die Qualität der Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen in extremen Situationen ihres Lebens nachhaltig verbessern kann. Von unseren verschiedenen Projekten im Pflegebereich sei beispielhaft eine



„intramurale, gerontopsychiatrische Weiterbildung“ erwähnt und dargestellt, die darauf gerichtet ist, Stationsteams, ja die Belegschaft ganzer Einrichtungen „vor Ort“ zu schulen, weil in diesem Sektor ein besonderer Qualifizierungsbedarf besteht, einmal, weil doch ein beträchtlicher Teil der Mitarbeiter keine psychosoziale oder pflegerische Grundausbildung hat, zum anderen aber, weil in den vergangenen zwanzig Jahren, eine Veränderung

der Altersstruktur in den Heimen eingetreten ist: Es kommen immer mehr hochbetagte Menschen, darunter viele mit gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten, so daß der Pflegebereich in den Altenheimen einen beständigen Zuwachs erfahren hat.

Das „gerontopsychiatrische Curriculum“

hat folgende Struktur:

- Sozialgerontologische und gerontopsychiatrische Fortbildung,
- Kurzdarstellung der Qualifikationsmaßnahme

»Zielgruppe.

Staatlich anerkannte AltenpflegerInnen, Krankenschwestern/ Krankenpfleger, SozialpädagogenInnen, SozialarbeiterInnen

Struktur:

Der Lehrgang dauert drei Jahre und wird in berufs begleitender Form durchgeführt. Er umfaßt 249 Zeitstunden, aufgeteilt in 332 Unterrichtsstunden, 100 Zeitstunden Supervision und eine zweitägige Abschlußprüfung (41,5 Tage).

Ort der Durchführung:

Seniorenzentrum „Wilhelm-Lantermann-Haus“,
Gneisenastr. 47, 46535 Dinslaken

Fehlzeiten:

Bei Nichtanwesenheit von mehr als 10 % der Gesamtstundenzahl kann eine Teilnahme an der Maßnahme nicht bescheinigt werden.

Abschluß:

Über die erfolgte Teilnahme an dieser Weiterbildung wird ein Zertifikat über einen qualifizierten Abschluß erteilt.

Methoden:

Referate, Gruppenarbeit, Selbsterfahrungen in der Gruppenarbeit, Rollenspiele, Praktika, Besichtigungen von Modelleinrichtungen, Selbststudium.

Lernziele der Fortbildung

- Aktualisierung und Vertiefung des fachlichen Wissens
- Verbesserung der Kompetenz und Performanz im Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen
- Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz, d. h. sich selbst in seinem Umfeld besser wahrnehmen, Bedürfnisse und Interessen anderer verantwortlich und adäquat regulieren sowie Sinn für das persönliche und gemeinschaftliche Leben gewinnen. Personale Kompetenz und Performanz besteht in der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Selbstregulation und Selbstverwirklichung
- Förderung der sozialen Kompetenz und Performanz, d. h. die Fähigkeit, komplexe Situationen wahrzunehmen und auf sie angemessen zu reagieren
- Versorgungs- und Pflegeerfordernisse zu entwickeln und entsprechende Prozesse zu planen, einzuleiten und umzusetzen, in denen ein ganzheitliches Konzept der Pflege und Betreuung verwirklicht werden kann



- Sensibilität für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Probleme der betroffenen alten Menschen zu entwickeln und neue Formen fördernder, hilfreicher Kommunikation im Umgang mit diesen kennenzulernen und anzuwenden.
 - Beratungstätigkeit mit Mitarbeitern, Angehörigen und Laien durchführen zu können
 - Die Lebenszufriedenheit der Betroffenen und auch die eigene Arbeitszufriedenheit fördern
 - Überlastungssymptomatik rechtzeitig erkennen und Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können
 - Ein günstiges Gruppen- und Stationsklima für Betroffene und Mitarbeiter schaffen
 - Die Teilnahme am Leben im sozialen und ökologischen Milieu unterstützen und erweitern
 - Förderung der eigenen Kreativität und Umsetzung in der Arbeit mit alten Menschen
3. Betroffenenbezogene Aufgaben/Lerninhalte (6 Tage)
 - 3.1 Der alte Mensch in unserer Gesellschaft – Auswirkungen und Folgen in der Altenarbeit (1 Tag)
 - Auswirkungen der Gesundheitsreform
 - Rechtskunde – soweit es um die Belange in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch veränderten alten Menschen geht (1 Tag)
 - Einführung in die Sozialisation des Alters
 - Lernen im Alter (1 Tag)
 - 3.2 Biographisch orientierte Arbeitsweise (3 Tage)
 - Das Lebenspanorama und seine Bedeutung
 - Erstellen einer Biographie eines alten Menschen
 - Probleme bei der Erstellung und Auswertung

Rahmenlehrplan der gerontopsychiatrischen Fortbildung

1. Einführungslehrgang (1 Tag)
 - 1.1 Allgemeine Vorstellung und Information zum Kursablauf
 - 1.2 Erwartungshaltung und eigene Bedürfnisse an die Qualifikation
 - 1.3 Austausch über Erfahrungen mit gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen
 - 1.4 Aktuelle Überprüfung der Zusammenarbeit mit psychisch beeinträchtigten alten Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe
2. Mitarbeiterbezogene Aufgaben/Lerninhalte (5 Tage)
 - 2.1 Institutionsanalyse (1 Tag)
 - 2.2 Helfersyndrom – was ist das?
Normen und Werte in meiner Arbeit (1 Tag)
 - 2.3 Burnout und seine Folgen (1 Tag)
 - 2.4 Psychohygiene – Bedeutung für den beruflichen Alltag, Belastungs- und Krisenmanagement (2 Tage)
4. Geriatriisches Basiswissen (2,5 Tage)
 - 4.1 Psychosomatik – Bezug zur Alltagssituation im Heim (1 Tag)
 - 4.2 Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder
 - 4.3 Psychosen im Alter
 - 4.4 Psychopharmaka und ihre Auswirkungen
 - 4.5 Depression im Alter – Grundformen der Angst
 - 4.6 Suchterkrankungen im Alter (1,5 Tage)
5. Schwere Krankheit, Siechtum, Sterben und Tod (7 Tage)
 - 5.1 Krankheit und Sterben als persönliche Erfahrung (4 Tage)
 - 5.2 Umgang und Therapiemöglichkeiten mit Schwerkranken und Sterbenden (Lebensbilanz)
 - 5.3 Umgang mit Trauer (1 Tag)
 - 5.4 Suizidgefährdung, Ursachen, Symptome und Verhaltensmöglichkeiten (1 Tag)
 - 5.5 Gesprächsführung mit Sterbenden und deren Angehörigen (1 Tag)
6. Kennenlernen von Interventionsstrategien in der Pflege und Betreuung psychisch veränderter alter Menschen (14 Tage)

- 6.1 Gesprächsführung – unter Berücksichtigung von Sprachstrukturen und Wahrnehmung von Körpersprache (2 Tage)
- 6.2 Kreative Medien in der Arbeit mit alten Menschen (3 Tage)
- 6.3 Multiple Stimulierung – Möglichkeiten, die Sinneswahrnehmung zu fördern und dadurch die Umwelt bewußter wieder wahrzunehmen (3 Tage)
- 6.4 Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen. Über eigenes Erleben und Selbsterfahrung wird Verständnis und Einfühlung in die Lebenssituation alter Menschen gefördert und Möglichkeiten der Bewegungs- und Erlebnisaktivierung vermittelt (3 Tage)
- 6.5 Kennenlernen der Ergotherapie in der Arbeit mit psychisch veränderten alten Menschen (3 Tage)
7. Milieubezogene Aufgaben/Lerninhalte (3 Tage)
 - 7.1 Inhalte und Ziele von Teamarbeit (1 Tag)
 - 7.2 Konflikte im Team und mit Bewohnern (1 Tag)
 - 7.3 Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit (1 Tag)
8. Repetitorium (1 Tag)
9. Abschluß der Fortbildungsqualifikationsmaßnahme (2 Tage), Mündliche und schriftliche Prüfung sowie Bericht einer Betreuungsmaßnahme eines psychisch veränderten alten Menschen.
10. Während der Ausbildung sollen 3 Einzelbetreuungen geplant und durchgeführt werden mit Dokumentation und Abschlußbericht. Diese Betreuungen werden durch Supervision begleitet.

Methodik der Wissensvermittlung

Die Fortbildung wird nach den Prinzipien und Methoden der Erwachsenenbildung durchgeführt. Methoden der didaktischen Vermittlung von Lerninhalten sind u. a. teilnehmerzentrierter Unterricht, Selbsterfahrung, Rollenspiele, Übung in der Leitung von Gruppen, Praxisberichte, Erstellen von Hausarbeiten, Projektarbeit und Praktika.

Das Lernen in dieser Fortbildung bezieht Erfahrung und Erleben des einzelnen mit ein und berücksichtigt den Teilnehmer sowohl in seinen beruflichen als auch persönlichen Befindlichkeiten, die für das Arbeitsfeld relevant sind. Die Rückkoppelung mit der Praxis erfolgt durch das Umsetzen des Gelernten am Arbeitsplatz und durch die Einzelfallberichte. Auch hier leistet die Gruppe Reflexionsarbeit.«

Die Integrative Therapie und ihre verschiedenen methodischen Ansätze eignen sich in besonderer Weise für die Arbeit mit alten Menschen. Es wurde damit ein Aufgabenfeld in Angriff genommen, das bislang von den etablierten, großen Verfahren der Psychotherapie sträflich vernachlässigt worden war – sie partizipierten damit an der kollektiven Verdrängung dieses Themas. Unsere Projekte haben uns aber gezeigt, daß es sich hier um eine äußerst lohnenswerte Arbeit handelt: nicht nur, daß alte Menschen auf psychotherapeutische und kreativtherapeutische Angebote sehr gut ansprechen, man also wirklich effektive Hilfeleistung gibt. Es wird darüber hinaus ein Beitrag zu einem Bereich geleistet, der immer noch im gesellschaftlichen Abseits liegt und an dem sich die Inhumanität in besonderer Weise zeigt. FPI und EAG werden deshalb weiterhin im gerontotherapeutischen Feld engagiert bleiben.

LITERATUR

- Berning, V., Gabriel Marcel und Maine de Biran. Ein Vergleich: *Theologie und Philosophie* 47 (1972) 402-408.
- Bubolz, E., *Bildung im Alter*, Freiburg 1983.
- Bubolz, E., Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen, in: *Petzold, Bubolz* (1979) 343-383.
- Dröes, R.M., *In beweging*, Krips Repro, Meppel 1991.
- Hasler, U., Überlegungen zu einer integrativen Anthropologie des Schmerzes, Graduiierungsarbeit am Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1992.
- Heekerens, H.P., Aspekte der Berufstätigkeit von Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 1/2 (1984) 162-170.
- Hofstätter, P.R., Der Primat des Handelns in der Philosophie nach Seneca, in: *Kühn, Petzold* (1992) 29-58.
- Huck, K., Petzold, H.G., Death Education, Thanatagogik – Modelle und Konzepte, in: *Spiegel-Rösing, Petzold* (1984) 501-576.
- Jerusalem, M., *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Kähler, H.D., Der professionelle Helfer als Netzwerker, *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit* 4 (1983) 225-244.
- Krampen, G., *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (Hrsg.), *Psychotherapie & Philosophie. Philosophie als Psychotherapie*, Junfermann, Paderborn 1992.
- Lazarus, R.S., Launier, R., Stress-related transactions between person and environment, in: *Pervin, Levis* (1978) 287-327.
- Lehr, U., *Psychologie des Alterns*, Quelle & Meyer, Heidelberg 1979, 1984⁵.
- Lückel, K., *Begegnung mit Sterbenden*, Kaiser, München 1981.
- Lückel, K., Landenhaut, K., *Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit*, dieses Buch.
- Nestmann, F., *Die alltäglichen Helfer*, de Gruyter, Berlin 1988.
- Pervin, L., Levis, M., *Perspectives in interactional psychology*, Academic Press, New York 1978.
- Petzold, H.G., Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1 1965 1-16 ; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30.
- Petzold, H.G., *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel 1973a.
- Petzold, H.G., Integrative Geragogik – Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, 1977e, in: *Petzold, Brown* (1977) 214-246; repr. (1985a) 31-68.
- Petzold, H.G., Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G., Das Therapeutische Theater V.N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen, *Zeitschrift f. Hum. Psychol.* 3/4 (1979j) 105-119.
- Petzold, H.G., *Psychodrama-Therapie. „Beihefte zur Integrativen Therapie“* 3, Junfermann, Paderborn 1979k, 2. Aufl. 1985.
- Petzold, H.G., Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 3/4 (1979l) 54-63.
- Petzold, H.G., Integrative Arbeit mit einem Sterbenden, *Integrative Therapie* 2/3 (1980a) 181-193; engl. Gestalt Therapy with the dying patient, *Death Education* 6 (1982) 246-264.
- Petzold, H.G., Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, 1981e, in: *C. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik*, Fischer, Frankfurt 1981, 214-299.
- Petzold, H.G., Integrative Intervention – a system approach to the planning and realization of drug therapy programs, *Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence*, 22.-26.3.1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982u, 260-276.

- Petzold, H.G., Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, 1983e in: *Petzold* (1983d) 53-100.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, 1984c in: *Petzold, Spiegel, Rösing* (1984) 431-501.
- Petzold, H.G., Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- Petzold, H.G., Die Verletzung der Alterswürde – zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, 1985c, in: *Petzold* (1985a) 553-572.
- Petzold, H.G., Neue Körpertherapien für den bedrohten Körper. Leiblichkeit, Zeitlichkeit und Entfremdung, 1985m, in: *Petzold, Scharfe* (1985) 131-158; repr. (1986a) 223-250.
- Petzold, H.G. (Hrsg.), Psychotherapie und Friedensarbeit, Junfermann, Paderborn 1986a.
- Petzold, H.G., 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 (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in (1988n) 173-283).
- Petzold, H.G., „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G., Bewegungsaktivierung in der Arbeit bei alten Menschen, 1988g, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 87-96.
- Petzold, H.G., Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie, *Gestalt* 9 (1990n, Zürich) 6-12 und Beitrag Ethik, dieses Buch.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Bd. I: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, 1991h, in: *Willke, Hölter, Petzold* (1991) 413-446.
- Petzold, H.G., Chronosophische Überlegungen zu Zeit, Identitätsarbeit und biographischer Narration, 1991o, in: *Petzold* (1991a) 333-444.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie – Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Bd. II: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Fokale Kurzzeittherapiebehandlung in der Integrativen Therapie – Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993q, dieses Buch.
- Petzold-Heinz, I., Literarische Werkstätten im Altenheim, in: *Petzold, Orth* (1985a) 377-386.
- Petzold, H.G., *Bubolz, E.*, Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- Petzold, H.G., *Heinl, H.*, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., *Lückel, K.*, Die Methode der Lebensbilanz und des Lebenspanoramas in der Arbeit mit alten Menschen, Kranken und Sterbenden, 1985, in: *Petzold* (1985a) 467-499.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., *Petzold, Ch.*, Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1992a) 1263-1290.
- Petzold, H.G., *Stöckler, M.*, (Hrsg.) Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie Beiheft* 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Petzold, H.G., *Vermeer, A.*, Actief blijven in de ouderdom door sport, spel en dans, *Bewegen & Hulpverlening* 2 (1986) 101-117.
- Petzold, H.G., *Zander, B.*, Stadtteilarbeit mit alten Menschen – ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation, in: *Petzold* (1985a) 159-201.
- Saner, H.*, Die Grenzen des Ertragbaren – Zur Phänomenologie chronischer Schmerzen, in: *Kühn, Petzold* (1992) 15-28.
- Saup, W.*, Übersiedlung ins Altenheim, Beltz, Weinheim 1984.

- Saup, W., Konstruktives Altern, Hogrefe, Göttingen 1991.
- Saup, W., Alter und Umwelt – Eine Einführung in die ökologische Gerontologie, Kohlhammer, Stuttgart 1993.
- Schmitz, H., Der unerschöpfliche Gegenstand, Bouvier, Bonn 1990.
- Schneider, H.D., »Ressourcen« im Alter, *Z. f. Gerontologie* 12 (1979) 426-438.
- Schreyögg, A., Supervision und Ethik. Überlegungen zum Stellenwert von Ethik in der Psychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 158-171.
- Schuch, B., Zum gegenwärtigen Stand der Social-support-Forschung, *Gruppendynamik* 2 (1990) 221-234.
- Schuch, H.W., Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 108-131.
- Schwarzer, R., Gesundheitspsychologie, Hogrefe, Göttingen 1990.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender – Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1984, 1992².
- Thomae, H., Das Individuum und seine Welt, Hogrefe, Göttingen 1988².
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G. (Hrsg.), Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.

Gestaltseelsorge



Strukturplan der Weiterbildung in Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit

Zulassungsseminar (5 AE) 2 Interviews	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
	60 AE Selbsterfahrungs- und Weiterbildungsgruppe			20 AE Supervisionsgruppe
		Pflichtseminar 1. Theorie I (3 AE) (Integrative Therapie/ Gestalttherapie)	Pflichtseminar 2. Theorie II (3 AE)	Pflichtseminar 3. Gestaltberatung (5 AE)
	3 Wahlpflichtseminare (beginnend nach dem 3. Treffen der Weiterbildungsgruppe)			
				Gestalt Einzelanalyse (mindestens 60 Std.)
	Wahlpflichtseminare: Hot seat und Traumarbeit Kreative Medien Integrative Familientherapie Umgang mit Abschied, Trauer, Sterben (oder entsprechendes Seminar zu zentralen Lebensthemen) Psychodramatisches Rollenspiel			GRADUIERUNG

1 AE = 1 Ausbildungseinheit = 8 Unterrichtsstunden (à 45 Minuten)

Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit

Kurt Lückel, Bielefeld
Karl-Heinz Ladenhauf, Graz

Definition:

»Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit ist ein komplexer Ansatz ganzheitlicher und differenzieller Arbeit im seelsorgerischen Feld mit erlebnisaktivierenden Methoden, die der Gestalttherapie, dem Psychodrama und vor allem der Integrativen Therapie entlehnt wurden. Sie wurden auf die Erfordernisse seelsorgerischer Praxis, z. B. in der Einzel- und Paarberatung, Gruppenarbeit, Sterbebegleitung zugeschnitten, aber auch für sozialpastorale Aufgaben und Felder, etwa im Krankenhaus, Gefängnis, Altenheim – soziale Brennpunkte, bei denen der spezifische Bereich der Seelsorge im Dienst am Mitmenschen überschritten wird. Andererseits wird auch den Bereichen der Predigtvorbereitung, Gottesdienst- und Festgestaltung, Meditationsanleitung durch die erlebnisaktivierenden und kreativen Ansätze der Gestalt- und Integrativen Therapie in der Gestaltseelsorge besondere Bedeutung zugemessen.«

1. DER ZEITGESCHICHTLICHE UND KIRCHLICHE KONTEXT

Heute – über 20 Jahre danach – sagt es sich so selbstverständlich: Das wichtigste „Instrument“ der Seelsorge sei die Seelsorgerin bzw. der Seelsorger selbst. Man kann es heute allerwärts lesen. Damals war es für uns eine völlig neue Entdeckung. Es begann bei den meisten, die diese Entdeckung machten, mit dem „Leiden an der eigenen Unfähigkeit“ angesichts der immer vielfältiger und differenzierter gewordenen Anforderungen in Seelsorge und Pastoralarbeit.

Geschult in den verschiedenen Disziplinen der Theologie, in der verbalen Vermittlung theologischer Inhalte in Katechetik, Homiletik und Poimenik, stieß man bei allem seelsorgerischen und pastoralen Engagement immer wieder an eine unsichtbare Wand des Unvermögens, die man sich selbst nicht erklären konnte.

SeelsorgerInnen, die jahrelang eine Exegese biblischer und kirchlicher Texte betrieben hatten, standen nun vor der Notwendigkeit einer „Exegese“ der psychologischen Textur der eigenen Person.

Jahrzehntelang waren Psychologie und Psychotherapie kirchlicherseits zum Teil geächtet oder als bloße Hilfsdisziplin abgetan worden. Nun entwickelte sich seit Ende der 60er Jahre im deutschsprachigen Raum eine breitgefächerte Seelsorgebewegung, geprägt von den Konzepten der verschiedenen tiefenpsychologischen Verfahren. Dank dieser Bewegung wurden die psychologischen Defizite der Seelsorge und Seelsorgeausbildung endlich ernst genommen und zu überwinden versucht. Es war der Versuch, sich nun auch pastoralpsychologisch der gewandelten gesellschaftlichen, religiösen und persönlichen Problematik der Menschen unserer Gegenwart zu stellen.

Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit gehören an exponierte Stelle in diese Aufbruchsbewegung der Seelsorge.

Dabei wurde anfangs vor allem die Gestalttherapie (und damit auch die Weiterbildung kirchlicher MitarbeiterInnen in Gestalttherapie) von kirchenoffizieller Seite, aber auch zum Teil von den pastoralpsychologischen Vertretern der etablierten psychologischen Verfahren (Psychoanalyse, *Jung*sche Tiefenpsychologie u.s.f.) mit Argwohn und Skepsis betrachtet.

Das lag u. a. gewiß an der provozierenden Einseitigkeit ihres „Begründers“ *Fritz Perls* und seines sog. „Gestalt-Gebets“. Trotz ihres hohen humanistischen Anspruchs galt „Gestalt“ damals als eher hedonistische, fast schon pseudo-religiöse Bewegung.

Die Persiflierung von Gestalttherapie als Gewalttherapie, Bonmots wie ... „und bist du nicht willig, so brauch ich Gestalt“ ... (in krassem Gegensatz zu *Perls*' eigener Devise: Don't push the river ...) waren Hinweise auf tatsäch-

lich gemachte schlimme Erfahrungen im zeitweise wildwuchsähnlichen Gestalt-Milieu (allerdings nicht nur dort!). Sie signalisierten aber auch die Schärfe der Konkurrenz unter den auf den „kirchlichen Markt“ drängenden psychotherapeutischen Verfahren und im Raum der Kirche eine Angst gegenüber einer damals noch nicht etablierten Psychotherapie-richtung.

Inzwischen ist Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit eine kirchlicherseits weithin (wenn auch noch nicht überall) anerkannte und in ihrer innovativen Kraft geschätzte Richtung der Seelsorge und Seelsorgeweiterbildung.

Das hat m. E. zunächst mit der Entwicklung der Gestalttherapie zur Integrativen Therapie zu tun und mit der verbreiteten Anerkennung, die die Integrative Therapie als Verfahren inzwischen genießt. Die Integrative Therapie hat seinerzeit über die Firmierung als Gestalttherapie Eingang in die bundesdeutsche Therapie-szene gefunden, und die Gestalttherapie, so scheint es, ist bei uns durch die Integrative Therapie erst salonfähig, d. h. als seriöses Verfahren anerkannt worden.

Die Anerkennung von Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit im Rahmen der Kirche hat aber ebensoviel mit der Anerkennung ihrer Vertreter zu tun, die dieses Verfahren dank persönlicher Integrität und durch berufliches Engagement auf den verschiedenen kirchlichen Ebenen, auch im Gegenwind, vertreten haben. Dem anfänglichen globalen Ideologieverdacht (Ausverkauf der Seelsorge an ein therapeutisches Verfahren und seine metatheoretischen Prämissen) sind wir begegnet, indem eine Reihe von uns sowohl ihre Gestalt-Seelsorgearbeit als auch ihre Ausbildungskonzepte durch Veröffentlichungen transparent gemacht haben (vgl. Liste der Graduationsarbeiten).

Dazu kam und kommt die positive Resonanz auf die Weiterbildungscurricula in Gestaltseelsorge am Institut für Pastoraltheologie der Universität Graz und am Seelsorgeinstitut Bethel.

Und schließlich gibt es ein Phänomen, das einerseits bedenklich ist, weil hier hochpotente Methoden und Techniken oft ohne ausreichende therapeutische Kompetenz und Erfahrung

der Anwender eingesetzt werden – ein Phänomen aber auch, das die weite Verbreitung der kreativen Impulse aus Gestalttherapie, Integrativer Therapie und Psychodrama illustriert: In fast allen Weiterbildungszweigen kirchlicher Provenienz, sei es die weitverbreitete Klinische Seelsorgeausbildung, seien es Partnerschafts-seminare oder Kurse zum kreativen Umgang mit biblischen Texten – fast überall trifft man auf Anleihen aus dem reichen Schatz dieser kreativen Verfahren humanistischer Psychologie. Gäbe es so etwas wie eine Nachweispflicht über die Urheberschaft von angewandten Medien, Methoden und Techniken in der kirchlichen Weiterbildung – die beinahe Allgegenwart der erwähnten Verfahren ließe sich anhand der Programmausschreibungen leicht dokumentieren. Nur, das ist den Anwendern längst nicht immer bewußt, so sehr ist dieses kreative Potential zum Allgemeingut geworden (die bedenkliche Seite dieser Medaille s. o.)

Wir nennen unser Curriculum „Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit“: *G e s t a l t s e e l s o r g e*, weil wir uns aus eigener Weiterbildungserfahrung dazu bekennen, daß die kreativen Konzepte von *Lore* und *Fritz Perls*, von *Mirjam* und *Erwin Erving Polster*, *Joseph Zinker* u. a. und die Wahrnehmungskonzepte der Gestaltpsychologen per Fernwirkung entscheidende Anstöße zu einer leibnahen Seelsorge gegeben haben.

I n t e g r a t i v e Pastoralarbeit, um deutlich zu machen, daß wir dem differenzierten Ansatz der Integrativen Therapie verpflichtet sind. Außerdem umfaßt der Begriff „Pastoralarbeit“ alle Bereiche pastoraler Tätigkeit, nicht nur Seelsorge im engeren Sinn.

2. ENTWICKLUNG IN DER BUNDES-REPUBLIK

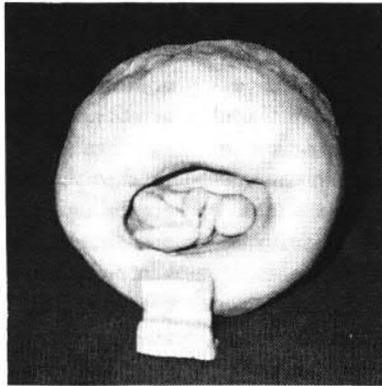
2.1 *Das Pionierprojekt: Gestalttherapie/Integrative Therapie für Pastoren*

Die Geschichte der Gestaltseelsorge begann recht eigentlich im Jahr 1973 mit einer gestaltsoziotherapeutischen Weiterbildungsgruppe

am FPI unter Leitung von *H. Petzold* und *J. Sieper*, an der ich teilnahm. Alle männlichen Teilnehmer dieser Gruppe waren Pastoren. Einige der Teilnehmerinnen waren in kirchlichen Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen) tätig. So war die kirchliche, religiöse Thematik immer wieder gegenwärtig. Im Vordergrund stand für uns Pastoren sehr häufig das Thema der Überforderung durch äußeren und internalisierten Erwartungsdruck einerseits und die persönlich erlebte Unfähigkeit klarer Abgrenzung dagegen andererseits, also der klassische Konflikt zwischen Person und „Amt“.

Selbstverständlich wurden solche Konflikte auch in kirchennahen Weiterbildungsseminaren und Curricula thematisiert. Und alle Theologen unserer Gruppe hatten auch schon solche Weiterbildungsangebote wahrgenommen. Was also bewog meine Kollegen und mich dazu, diese Weiterbildung in Gestalttherapie/Integrativer Therapie an einem kirchenunabhängigen Institut zu suchen?

Zunächst: Der Ansatz der Gestalttherapie erschien uns damals (neben Psychodrama) als das kreativste Verfahren. Und dieses Verfahren zielte genau auf jene menschlichen Potentiale, die im Alltag kirchlicher Arbeit und Normierung verschüttet waren: Kreativität, Spontaneität, die verödete verformte, vernachlässigte Welt der eigenen Gefühle, Wiederentdeckung der Leiblichkeit, direkte Kommunikation – und in dem allem die Chance, ehrlicher, wahrhaftiger, „auf richtiger“ zu sein und zu werden, als man es im Korsett der kirchlichen Rolle meinte sein zu dürfen. Der Leidensdruck an der inneren und äußeren Entfremdung war bei den meisten TeilnehmerInnen sehr groß, und entsprechend groß war die Bereitschaft, den Schmerz der Auseinandersetzungen mit sich selbst, mit anderen und dem normierenden Umfeld aufzunehmen.



Das Erlebnis dieser Weiterbildungsgruppe gehört für mich zu den besonderen Glücksfällen meines Lebens. Kaum je zuvor hatte ich in meinem Erwachsenenleben so viel Neues zu entdecken, kaum je zuvor eine derart akzeptierende, fördernde, zur Wahrheit ermutigende Leiterhaltung und Gruppenatmosphäre erlebt, kaum je zuvor gewagt, das anzusehen, was mir an mir selbst als fremd und widerwärtig erschien, ja mich damit zu identifizieren, wenigstens hypothetisch oder experimentiell. Kaum je zuvor hatte ich soviel Impasse-Ängste auszustehen und unter schützender, verstehender mütterlicher Anleitung überwinden können.

In einem solchen Klima konnten endlich tabuisierte Themen wie Eifersucht, Trennungswünsche, „verbotene“ Bereiche der Sexualität, Machtgelüste, Ohnmachtsgefühle, Beseitigungswünsche, Konkurrenz, Angst vor Berührung, Wünsche nach Nähe, Zärtlichkeit und Anerkennung angesprochen werden. „Die Wahrheit wird euch freimachen ...“, dieser und ähnliche religiös gefüllte Sätze der Bibel wurden in leibhaftiger Begegnung mit sich selbst und anderen real erlebbar – und das in einem Erfahrungsraum *außerhalb* der christlichen Gemeinde. Ja, es war so, daß wir damals dazu diesen Erfahrungsraum *außerhalb* des kirchlichen Umfeldes brauchten. Denn das begleitende Thema in all diesen Themen hieß: „Ablösung“!

Ablösung von den eigenen sozialisierten Normen, von den Über-Ich-Größen in Herkunftsfamilie und kirchlichem Kontext. Die Dynamik der ersten Weiterbildungsjahre speiste sich aus der Vielfalt dieser Ablösungsprozesse. Das Ablösungsbedürfnis war so groß, daß viele von uns anfänglich diese Weiterbildung als Sprungbrett eines künftigen Ausstiegs aus dem kirchlichen Beruf ansahen.

Daß dieser Prozeß der Ablösung zugleich ein Prozeß der *Integration* war (der Integration

nicht nur innerpsychisch abgespaltener Anteile, sondern auch abgespaltener Entfaltungsmöglichkeiten im sozialen und kirchlichen Kontext), wurde den meisten erst nach und nach bewußt und erfahrbar.

Ablösung und Abgrenzung mußte nicht notwendig Abkehr bedeuten, sondern konnte auch direkte Auseinandersetzung, und das heißt, die Möglichkeit neuer veränderter Zuwendung und Beziehung erschließen. Also mußte beispielsweise Veränderung in den Paarbeziehungen nicht notwendig zur Trennung, sondern konnte auch zu einer Veränderung *innerhalb* der Beziehung führen. Berufliche Veränderung mußte nicht notwendig Abkehr vom Beruf, sondern konnte Veränderung *innerhalb* des Berufes bedeuten (auch Veränderung der beruflichen Rahmenbedingungen, Arbeitsinhalte und Schwerpunktsetzungen). Der Konflikt von „Amt“ und Person mußte nicht notwendig gegen die eigene Person oder gegen die Berufsrolle entschieden werden, sondern die persönliche Veränderung konnte die Veränderung der eigenen Berufsrolle ermöglichen.

Am Ende dieser aufregenden Wegstrecke unserer dreijährigen Weiterbildungsgruppe stand für die meisten der Eindruck, über schmerzliche Auseinandersetzung und Ablösung zu mehr Integration gefunden zu haben.

Allerdings: Der Integrationsprozeß von therapeutischer Ausbildung auf der einen und pastoraler Existenz auf der anderen Seite blieb den Teilnehmern im wesentlichen selbst überlassen. Auf diese pastoralpsychologische Integration war diese Art der Weiterbildung damals noch nicht angelegt. Eine Reihe der Theologen dieser Gruppe haben die soziotherapeutische Weiterbildung bis zur Graduierung und darüber hinaus fortgeführt. Sie hatten sich nach sechs- bis siebenjähriger Weiterbildung eine hohe therapeutische Kompetenz erworben, die nun ihrerseits in die pastorale Praxis umgesetzt werden mußte.

Das bedeutete einerseits eine enorm erweiterte berufliche Kompetenz, die sich auf alle pastoralen Bereiche auswirkte: Gottesdienst, Unterricht, Gemeindeleitung, Seelsorge etc. Neue Betätigungsfelder wie z. B. Paarberatung, Krisenbe-

ratung, kreative Formen der Gruppenarbeit, bibliodramatischer Umgang mit biblischen Texten u. s. f. wurden erschlossen. Gleichzeitig aber gab es zwischen der neu gewonnenen *therapeutischen Identität* und der pastoralen Identität Spannungen, Reibungsflächen, Risse, Unvereinbarkeiten. Das therapeutische Setting einer Weiterbildungsgruppe war als Modell nicht einfach übertragbar auf das Setting in Seelsorge und Pastoralarbeit.

Konfirmandengruppen, Meditationskreise oder Besuchsdienstgruppen sind keine therapeutischen Gruppen. Die therapeutischen Fragen: Was spüren Sie? Wo spüren Sie? Wie fühlt sich das an? Woher kennen Sie das? sind zwar als verinnerlichtes therapeutisches Frageraster für die Suche nach den Strukturen hinter den Phänomenen in der Seelsorge hilfreich, aber in einem Traugespräch nur sehr bedingt direkt anwendbar.

Im therapeutischen Setting der Weiterbildungsgruppe und der Einzelanalyse wurden wir mit den äußerst potenten Methoden und Techniken eines therapeutischen Verfahrens vertraut gemacht. Das hat anfangs manchmal dazu verleitet, daß bisher oft eher ohnmächtige Seelsorger nun in der Pastoralarbeit die mächtigen Therapeuten spielten.

Hier mußte jeder der therapeutisch ausgebildeten Seelsorger für sich über Jahre hin Integrationsarbeit leisten, um die eigene pastoralpsychologische Identität zu finden. Das therapeutische Instrumentarium mußte transferiert werden, so daß es in den vielfältigen unterschiedlichen seelsorgerischen und pastoralen Settings und Situationen brauchbar wurde.

2.2 Die Entwicklung zur Gestaltseelsorge und Integrativen Pastoralarbeit

Die geschilderten Transferprobleme zeigten die Notwendigkeit, ein verändertes Konzept über die Weiterbildung von TheologInnen in Gestalttherapie und Integrativer Therapie zu entwickeln. Es mußte ein Konzept sein, das die pastorale Identität der TeilnehmerInnen in den Mittelpunkt stellte und das in Methodik und

Didaktik deren berufsspezifische Anforderungen im Blick hatte.

Ein entscheidender Schritt in diese Richtung wurde 1976 – 1978 mit dem ersten Gestalt-Curriculum für Theologen und kirchliche MitarbeiterInnen an der Universität Graz getan. Initiatoren: *H. Petzold* und *K.H. Ladenhauf*, organisatorische Moderation: *H. Gastgeber* und *K.H. Ladenhauf*, Leitung der dreijährigen Selbsterfahrungsgruppe: *K. Lückel*, *E. Bubolz*.

Die Entwicklung dieses „Grazer Modells“ beschreibt *K.H. Ladenhauf* im zweiten Teil dieses Beitrags.

Damit war in Österreich ein auf die pastoralen Erfordernisse zentriertes Weiterbildungsangebot schon Ende der 70er Jahre etabliert. Parallel gab es seit 1979, ebenfalls initiiert durch *H. Petzold*, auch in der Schweiz ein ähnliches Weiterbildungsangebot mit berufsspezifischem Akzent. *H. Petzold* hat immer wieder darauf gedrängt, auch für Theologen in der Bundesrepublik beim FPI einen Weiterbildungszweig „Integrative Pastoralarbeit“ einzurichten. Aber dazu kam es lange Zeit aus verschiedenen Gründen nicht – wohl auch deshalb, weil die beim FPI ausgebildeten Theologen nicht bereit waren, eine solche zeitaufwendige Aufgabe zusätzlich zu den eigenen beruflichen Anforderungen zu übernehmen. Das galt jedenfalls für mich. So habe ich seit 1980 im Rahmen meiner Ausbildertätigkeit (also im Rahmen meiner beruflichen Arbeitszeit) am Seelsorgeinstitut Bethel 10 Jahre lang zweijährige Curricula in Gestaltseelsorge durchgeführt. Sie umfassten jeweils 12 Seminare von je 4 bzw. 5 Tagen, also insgesamt rund 50 Weiterbildungstage. Die Nachfrage überstieg die mögliche Teilnehmerzahl jedesmal um ein mehrfaches.

Mit diesen Curricula habe ich 10 Jahre lang wichtige Elemente des Konzepts einer Weiterbildung in Gestaltseelsorge erproben und entwickeln können. Inhaltlich gehörte dazu u. a.:

- das konsequente Beachten des institutionellen kirchlichen Kontextes und der konkreten Aufgabenfelder in Kirchengemeinde, kirchlichen Institutionen, Klinikseelsorge u. s. f.;

- das Aufarbeiten der eigenen religiösen Sozialisation einschließlich der Sozialisation des eigenen Gottesbildes;
- Themen wie Identität als Mann bzw. Frau im pastoralen Berufsfeld, Leiblichkeit in der Seelsorge, Leitungsaufgaben in der Kirche, kreative Zugänge zu Texten der Bibel und der christlichen Tradition u. a. m.
- dazu gruppenbegleitend „mini lectures“ zu den Konzepten der Integrativen Therapie und Gestalttherapie

Aus dem Thema „Umgang mit der Zeit“ (zentrales Thema in einem Beruf, in dem die Arbeitszeit nicht klar vorgegeben ist) ergab sich eine veränderte Zeitstruktur des Curriculums. Nicht mehr wie üblich 3-Tage (faktisch 2-Tage!)-Wochenendseminare mit dem hochkomprimierten Zeitdruck eines Laboratoriums (kontraindiziert für Teilnehmer, die beruflich ständig unter Zeitdruck stehen), sondern 4- bzw. 5-Tage-Seminare mit dem Zeittakt: Zeit zum Ankommen, Zeit zum Hiersein, Zeit zum Abschiednehmen.

Didaktisch galt der Grundsatz, in der Weiterbildungsgruppe nur solche Arbeitsformen anzuwenden, die die TeilnehmerInnen auch selbst in ihrem Berufsfeld übernehmen können.

Weiterbildungsziel: Nicht mehr eine Ausbildung zur Therapeutin bzw. zum Therapeuten, sondern die Befähigung zu kompetenterer Seelsorge und Pastoralarbeit. Entsprechend verstanden sich die Curricula als „Gestaltseelsorge für SeelsorgerInnen“.

2.3 Das neue Curriculum

Was diesen Betheler Gestaltseelsorge-Curricula fehlte waren vor allem fünf Dinge:

- a) Die Einzelanalyse für die TeilnehmerInnen.
- b) Ein *integriertes* Supervisionsjahr für eine gründliche Supervision der eigenen Gestaltseelsorgetätigkeit. (Die TeilnehmerInnen wurden auf anderweitige Supervisionmöglichkeiten verwiesen)
- c) Kontrollanalyse

- d) Eine tiefere Beschäftigung und Auseinandersetzung mit der Theorie der Gestalttherapie und der Integrativen Therapie
- e) Eine Graduierung, d. h. eine Abschlußarbeit, in der Themen der Gestaltseelsorge und Integrativen Pastoralarbeit reflektiert werden und ein Abschlußkolloquium.

Ein solches umfassendes Konzept konnte natürlich nur in einem größeren institutionellen Rahmen und am besten in Kooperation mit KollegInnen des FPIs verwirklicht werden.

Im Jahre 1990/91 haben meine Kollegin *E. Hölscher* und ich ein Konzept für ein vierjähriges Curriculum in Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit am FPI erarbeitet und im September 1991 mit der ersten Weiterbildungsgruppe begonnen. *Veronika Windisch-Schoißwohl, Ulrich Köhn, Karl-Günter Petters* und weitere Kolleginnen des FPIs sind an künftiger Mitarbeit interessiert.

Die Anforderungskriterien für dieses Curriculum entsprechen den Standards einer soziotherapeutischen Ausbildung am FPI.

Zielgruppe sind PfarrerInnen, Diakone und Diakoninnen, SeelsorgerInnen mit speziellem Auftrag (z. B. in Klinik oder Haftanstalt), PastoralreferentInnen, GemeindepädagogInnen, MitarbeiterInnen in kirchlichen Beratungsstellen.

BewerberInnen müssen ein abgeschlossenes Studium (Hochschule, Universität, Fachhochschule) vorweisen, das 27. Lebensjahr erreicht und möglichst zweijährige einschlägige Berufserfahrung haben.

Die Zahl der TeilnehmerInnen ist aufgrund jahrelanger Erprobung optimaler Gruppengrößen für diese Weiterbildung auf 12 begrenzt. Die Einzelseminare haben aus den oben erwähnten Gründen die Dauer von 4 Tagen. In dieser Weiterbildung geht es zentral um die Person des Seelsorgers und der Seelsorgerin im berufsspezifischen kirchlichen Kontext. Deshalb arbeiten wir auch in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe sowohl gruppenprozessorientiert als auch schwerpunktartig themenzentriert. Wir achten auf den je persönlichen, familiären, religiösen und kulturellen Hintergrund der

TeilnehmerInnen, auf ihr soziales Umfeld und die je besondere Aufgabenstellung der Pastoralarbeit. Wir begleiten sie in der unumgänglichen Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Person und Geschichte, mit ihren Werten, Überzeugungen und Normen, mit ihrem Menschen-, Welt- und Gottesbild – dies alles mit dem Ziel, daß die TeilnehmerInnen im Hinhören auf andere und in Abgrenzung von anderen ihr je eigenes Seelsorgeverständnis reflektieren und entwickeln können. Auf diese Weise soll die Praxis der Gestaltseelsorge durch erlebte Gestaltseelsorge „erlernt“ werden.

Schon im dritten und vollends im vierten Weiterbildungsjahr geht es um berufsspezifische Anwendung von Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit unter Supervision. Das vierte Jahr hat dabei im wesentlichen drei Schwerpunkte:

- a) Anhand von Falldarstellungen, Gesprächsprotokollen, Predigten, Unterrichtsentwürfen, Berichten aus (Gemeinde-)Gruppenarbeit, pastoralen Projekten u. a. m. soll das Praxisfeld der TeilnehmerInnen supervidiert werden. Hier wird den Fragen des Kontextes – also etwa der Struktur einer Institution, der Sozialstruktur einer Gemeinde, den kirchlichen Leitungsstrukturen und auch dem Gesellschaftsbezug pastoraler Arbeit – besondere Beachtung geschenkt.
- b) Das Leitungsverhalten der TeilnehmerInnen in der Supervisionsgruppe wird supervidiert.
- c) Die Arbeit am je eigenen Seelsorgekonzept soll weitergeführt und vertieft werden.

Auch einige der Pflicht- und Wahlpflichtseminare (das eigene Seelsorgekonzept, Umgang mit Trauer, Tod und Sterben, bibliodramatischer Zugang zu biblischen Texten) sind berufsspezifisch auf das pastorale Praxisfeld ausgerichtet. Hinzu kommen Theorie- und Praxisseminare, in denen die TeilnehmerInnen sich mit den Konzepten und Methoden der Integrativen Therapie und Gestalttherapie vertraut machen mit dem Ziel, sie in einem (erfahrungsgemäß längeren) Prozeß von Aneignung und Auseinandersetzung in das je eigene Seelsorgekonzept

zu integrieren. Auch in der Einzelanalyse, die mindestens 60 Stunden umfassen soll und die vor allem der Aufarbeitung eigener biographischer Themenbereiche gewidmet ist, geht es um das Erlernen von „Gestaltseelsorge“ durch selbsterfahrene intensive „gestaltseelsorgerische“ Begleitung. Die Weiterbildung findet ihren Abschluß in einer schriftlichen Arbeit (Graduierungsarbeit) und einem Kolloquium.

3. ENTWICKLUNG IN ÖSTERREICH

Die Reflexion auf die Geschichte eines nun schon fast zwanzig Jahre währenden Projektes erweist ihre identitätsstiftende Kraft, weil sie manches ins Bewußtsein rückt, was in der manchmal „verrückten Normalität“ des Alltags nicht in den Blick gerät oder wie vieles in diesen zwanzig Jahren Gewordenes bereits im Schwemmland der Selbstverständlichkeiten abgelagert ist.

Die Geschichte des FPIs steht in enger Beziehung zum Grazer Projekt pastoralpsychologischer Fortbildung auf der Basis von Gestalttherapie/Integrativer Therapie.

Anfang der siebziger Jahre war eine pastoralpsychologische Weiterbildung in Österreich kaum vorhanden. Ein Kurs für Autogenes Training bildete den bescheidenen Inhalt einer Lehrveranstaltung zu Pastoralpsychologie. Die Selbsterfahrungsszene entwickelte sich recht bunt in verschiedenen Workshops. Die Gestalttherapie war in Graz 1972 durch einen Workshop von *Hilarion Petzold* und *Hildegund Heintl* vorgestellt worden und hatte mich und andere sofort fasziniert. Die ersten kontinuierlichen Ausbildungskurse wurden ab 1974 durchgeführt.

Die vitale Aufbruchsstimmung in der Pastoral der katholischen Kirche nach dem II. Vatikanischen Konzil konkretisierte sich auch in den Bemühungen um eine lebendige Seelsorge, als deren Voraussetzung bald lebendige SeelsorgerInnen erkannt wurden (s. o). Psychotherapeutische Konzepte wurden als die eigene Theologie und Praxis anregende „Fremdprophetie“ begeistert aufgenommen und durch eine bestimmte Zeit wohl auch übernommen.

Ein Beispiel dafür ist die erste Phase der Entwicklung des „Grazer Modells“ einer pastoralpsychologischen Weiterbildung auf der Basis der Gestalttherapie/Integrativen Therapie. 1976 initiierte ich als Mitarbeiter des Instituts für Pastoraltheologie an der Universität Graz in Kooperation mit *Hilarion Petzold* einen ersten Kurs. Eine Gruppe interessierter TheologInnen erarbeitete ein „Curriculum für Beratende Seelsorge und christliche Pädagogik“ (vgl. *Ladenhauf* 1977). Wir setzten uns zum Ziel, eine „qualifizierte pastoraltherapeutische und pädagogische Aus- und Weiterbildung auf der Basis der Integrativen Gestalttherapie und Integrativen Pädagogik zu vermitteln“ (*Ladenhauf* 1977, 324). Das Curriculum orientierte sich stark am damaligen FPI-Ausbildungsplan für Soziotherapeuten und wies noch kaum eine pastoralpsychologische Identität auf. Zu stark war die Faszination von der „Gestalt“ und ihrer „großen Erlaubnis“ (*H. Petzold*). Der Rückblick zeigt, daß die damaligen Skeptiker nicht recht hatten: Die Faszination „schoß nicht ins Kraut“, sondern hatte genug Substanz freigelegt für eine seriöse, kontinuierliche Entwicklung. Das ist u. a. auch den Leitern der ersten Selbsterfahrungsgruppen *Elisabeth Bubolz-Lutz* und *Kurt Lückel* zu danken.

Die positiven Erfahrungen im ersten Kurs (1976-1978) lösten bei SeelsorgerInnen ein großes Interesse aus. Schon 1978 begannen zwei weitere Gruppen – geleitet von *Regine Lückel* und *Albin Hofer-Moser* – mit der Ausbildung. Der 1981 beginnende dritte Turnus (*Heide Anne Köllermann* und *Siegfried Essen*) konnte schon als „Hochschulkurs für Pastoralpsychologie: Fortbildung in Integrativer Gestalttherapie für Seelsorge und Beratung“ an der Universität Graz angeboten werden. Obwohl die Integration pastoralpsychologischer und psychotherapeutischer Bildungskonzepte mit ihren Schwerpunkten der Selbsterfahrung und der kontrollierten Praxis in die Struktur der Universität einige Schwierigkeiten bereitete, konnte Gestalttherapie erstmals an einer Universität gelehrt und gelernt werden.

Mit dem „Grazer Modell“ hatte die Gestalttherapie/Integrative Therapie akademischen Boden erobert und einen Brückenkopf für die weitere

Verbreitung geschaffen, die sich u. a. in einer regelmäßigen Lehr- und Vortragstätigkeit *Hilarion Petzolds* an der theologischen und medizinischen Fakultät konkretisierte.

Die Teilnahme profilierter kroatischer und slowenischer Persönlichkeiten bereitete u. a. den Boden für die Ausstrahlung in diese Länder.

Anlässlich der Errichtung des Hochschulkurses erfolgte auch eine deutliche Veränderung des Curriculums. Zwar blieb die bewährte Grundstruktur erhalten, der gesamte Kurs erhielt aber eine prägnantere pastoralpsychologische Ausrichtung. Ausschlaggebend dafür waren die auch von *Kurt Lückel* oben beschriebene Erfahrungen, daß der „Integrationsprozeß von therapeutischer Ausbildung auf der einen und pastoraler Existenz auf der anderen Seite“ den TeilnehmerInnen weitgehend selbst überlassen blieb. Die Konsequenz daraus bestand in einer wesentlichen Erweiterung der praktisch-theologischen Reflexionsarbeit im Theorie- und Supervisionsprogramm.

Die strukturell bedingte Aporie dieses Konzeptes, eine qualifizierte psychotherapeutische Grundausbildung zu durchlaufen, ohne PsychotherapeutIn werden zu wollen oder zu sollen, war damit natürlich nicht aufgelöst. Durch die seit 1991 bestehende offene Regelung der Zulassung zur Psychotherapie in Österreich wurde das Konzept insofern bestätigt, als heute zahlreiche AbsolventInnen unserer Kurse auch als PsychotherapeutInnen anerkannt werden können. Ihnen hat sich eine ursprünglich nicht angestrebte weitere Berufsmöglichkeit aufgetan. Erfreulich ist, daß uns damit auch eine Gruppe erfahrener Therapeuten mit einer qualifizierten pastoralen Kompetenz als MultiplikatorInnen zur Verfügung stehen.

Da das österr. Psychotherapiegesetz TheologInnen den Zugang zur Psychotherapie ermöglicht, haben wir uns 1991 entschieden, den bis dahin von ca. 120 TeilnehmerInnen absolvierten Hochschulkurs nicht mehr anzubieten. Wir konzentrieren uns seither auf jene große Gruppe von InteressentInnen, die eine kompakte, stärker praxisfeldbezogene pastoralpsychologische Weiterbildung suchen. Diese sollte sie be-

fähigen, die im pastoralen Alltag gestellten Beratungsaufgaben besser erfüllen zu können.

Veronika Windisch-Schoißwohl und *Karl Heinz Ladenhauf* haben dazu ein halboffenes Curriculum entwickelt und erprobt, das einerseits eine ausreichende Kontinuität und Freiheit für prozessorientiertes Vorgehen aufweist, wie sie für ein person- und entwicklungsorientiertes Bildungskonzept notwendig ist, das andererseits aber gezielt jene Aufgaben aufgreift, die den Berufsalltag der TeilnehmerInnen bestimmen. Die Selbsterfahrung behält ihren wesentlichen Platz, geschieht aber deutlich aufgabenbezogen. Der pastoralen Realität entsprechend werden stärker ressourcen- und zielorientierte Beratungskonzepte vermittelt als regressions- und problemorientierte. Das didaktische Konzept des Kurses ist so angelegt, daß die TeilnehmerInnen von Anfang an mit ihren Fähigkeiten gefordert sind und im Unterschied zum Modell des Hochschulkurses keine längere Phase der biographiezentrierten Selbsterfahrung durchlaufen. Im Verlauf des Kurses auftretende Beratungs- und Therapiebedürfnisse können in der begleitenden Einzelberatung aufgegriffen werden.

An die LeiterInnen dieser Kurse werden große Anforderungen gestellt. Sie müssen eine praktisch-theologische und therapeutische Kompetenz aufweisen und befähigt sein, Selbsterfahrung (person- und gruppenbezogen), strukturierte Übungen zur Beratungsarbeit, Praxisreflexion, Supervision und Theorievermittlung in einen einigermaßen ausgewogenen Lernprozeß zu integrieren. Mit *Veronika Windisch-Schoißwohl*, *Günther Bitzer*, *Liselotte Nausner*, *Josef Zach* und *Gerhard Palzer* steht uns ein aus den eigenen Reihen gewachsenes, gutes Team zur Verfügung.

Der Strukturplan gibt einen Überblick über unser derzeitiges Kurskonzept. Wie sehr dieses Kursangebot die Bedürfnisse der SeelsorgerInnen trifft, erweist sich in der Tatsache, daß seit 1987 bereits 5 Turnusse mit insgesamt ca. 100 TeilnehmerInnen durchgeführt werden konnten und der Andrang nach wie vor ungebrochen ist.

Die Ausstrahlung von Konzepten und Techniken der Gestalttherapie/Integrativen Therapie auf die vielfältigen Praxisfelder der Pastoral ist z. T. so selbstverständlich geworden, daß sie gar nicht mehr gefaßt werden kann.

Berufsbegleitende Gruppen für SeelsorgerInnen und andere helfende Berufe werden regelmäßig durchgeführt (*Hermann Höller, Pia Sobota*). Aus der Weiterbildung und Begleitung von KrankenseelsorgerInnen (*Isabella Kernbichler*) und ErwachsenenbildnerInnen sind die Impulse von Gestalttherapie und Integrativer Therapie nicht mehr wegzudenken. Das Kath. Bildungswerk der Diözese Wien führte in Koope-

ration mit dem FPI SupervisorInnen-Ausbildungen durch.

Bedeutsame Entwicklungen erfolgten auch im Bereich der Religionspädagogik. Die von *Albert Höfer* und seinen MitarbeiterInnen geleistete Arbeit zur gestaltorientierten Katechese hat die Religionspädagogik wesentlich geprägt.

Alle diese Entwicklungen erweisen die Bedeutung der Gestalttherapie/Integrative Therapie als subjekt- und intersubjektivitätsfördernden Weg weit über den therapeutischen Bereich hinaus. Wer auf diese Geschichte blickt, muß um die Zukunft nicht bangen.

LITERATUR

- Backofen, K.H.*, Biblische Texte – hier und jetzt, *Wege zum Menschen* 33 (1981) 63-74.
- Bick, R.*, Theorie und Praxis der Gestaltseelsorge und Gestaltberatung, in Vorbereitung.
- Essen, S.*, Körper erleben und religiöse Erfahrung, *Wege zum Menschen* 33 (1981) 18-32.
- Gastgeber, K.*, Gestalt-Gruppenarbeit als Hilfe für die Seelsorge, in: *Scharfenberg, J.* (Hrsg.), *Glaube und Gruppe*, Herder, Vandenhoeck, Wien, Göttingen 1980, 81-94.
- Höfer, A. et al.*, Gestalt des Glaubens. Beispiele aus der Praxis gestaltorientierter Katechese, Pfeiffer, München 1982.
- Höfer, A., Thiele, J.*, Spuren der Ganzheit. Impulse für eine ganzheitliche Religionspädagogik, Pfeiffer, München 1982.
- Klaushofer, J.*, Gestalt, Ganzheit und heilsame Begegnung im Religionsunterricht, O. Müller, Salzburg 1989.
- Klessmann, M.*, Gestalttherapie in der Klinischen Seelsorgeausbildung, *Wege zum Menschen* 33 (1981) 33-46.
- Köhn, U.*, Glaube und Erfahrung. Zugänge zum Religiösen in der Gestalttherapie, (Eigenverlag), Dierdorf 1984.
- Köhn, U.*, Psalmen zum Leben, (Eigenverlag), Dierdorf 1991.
- Köhn, U.*, Spüren, daß Gott uns trägt – Mit Leib und Seele glauben, Herder, Freiburg 1988.
- Ladenhauf, K.H.*, Curriculum: Beratende Seelsorge und christliche Pädagogik, *Diakonia* 8 (1977) 324-333.
- Ladenhauf, K.H.*, Gestalttherapeutische Impulse für Seelsorge und Religionspädagogik, in: *Petzold, H.G., Schmidt, Ch.* (Hrsg.), *Gestalttherapie – Wege und Horizonte*, Junfermann, Paderborn 1985, 153-166.
- Ladenhauf, K.H.*, Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorgern und Religionspädagogen, *Wege zum Menschen* 33 (1981) 2-17.
- Ladenhauf, K.H.*, Integrative Therapie und Gestalttherapie in der Seelsorge. Grundfragen und Konzepte für Fortbildung und Praxis. Junfermann, Paderborn 1988.
- Ladenhauf, K.H.*, Integrative Therapie und Seelsorge-Lernen, in: *Baumgartner, I.* (Hrsg.), *Handbuch der Pastoralpsychologie*, Pustet, Regensburg 1990, 181-194.
- Lückel, K.*, Begegnung mit Sterbenden – Gestaltseelsorge in der Begleitung sterbender Menschen, Kaiser, München 1981, 1990³.
- Lückel, K.*, Gestalttherapeutische Traumarbeit in der Seelsorgebegleitung sterbender Menschen, *Wege zum Menschen* 33 (1981) 46-63.

- Lückel, K.*, Hintertüren – Fluchtwege – Geheimnisse (kindliche Überlebensstrategien – Lebensstrategien?), in: Spielarten der Seelsorge 1991, 1 ff.
- Lückel, K.*, Kränkung hat Geschichte, *Wege zum Menschen* 35 (1983) 20-27.
- Lückel, K.*, Lebensbilanz, in: Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit, in: Texte der Hospizbewegung, Band 2, 1992.
- Lückel, K.*, Sündige hinfort nicht mehr, sündige tapfer – Gesellschaftliche Dimension der Seelsorge, in: Psychologie hilft glauben, Herder, Freiburg 1990, 194 ff.
- Petzold, H.G.*, Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung von Seelsorge, in: *Scharfenberg, J.* (Hrsg.), Freiheit und Methode, Herder, Vandenhoeck, Wien, Göttingen 1979, 113-135.

Weiterbildung Lehrtherapeuten

Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.

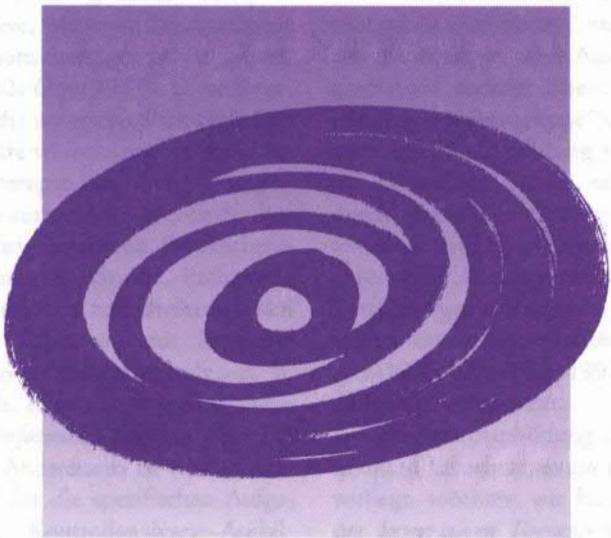
Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.

Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.

Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.

Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.

Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein zentraler Bestandteil der Fortbildung in der Psychotherapie. Sie zielt darauf ab, die therapeutische Kompetenz der Lehrtherapeuten zu stärken und zu erweitern. Dies geschieht durch verschiedene Maßnahmen, wie z.B. Fortkurse, Workshops, Seminare und Konferenzen. Die Weiterbildung sollte sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umfassen und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen. Ein wichtiger Bestandteil der Weiterbildung ist die Supervision, bei der Lehrtherapeuten von erfahrenen Therapeuten begleitet werden. Dies ermöglicht es ihnen, ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren und zu vertiefen. Die Weiterbildung von Lehrtherapeuten ist ein kontinuierlicher Prozess, der sich über die gesamte berufliche Laufbahn erstreckt. Dies ist notwendig, um den aktuellen Stand der Psychotherapie zu verfolgen und die eigenen Fähigkeiten entsprechend zu aktualisieren.





Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG

Hilarion Petzold, Düsseldorf
Renate Frühmann, Salzburg

Der Weiterbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten muß in jeder psychotherapeutischen Schule größte Bedeutung zukommen, denn man kann sagen: Die Qualität einer Therapierichtung gründet in der Qualität ihrer Ausbildungsinstitutionen. Die sorgfältige Weiterbildung und die permanente Fortbildung ihres Lehrkörpers ist neben der Entwicklung einer konsistenten Didaktik und der didaktischen Schulung der Lehrtherapeuten, ja, der kollegialen Evaluation der Lehre eine wichtige Aufgabe der psychotherapeutischen Richtungen und ihrer Ausbildungsinstitute. Der Aufbau einer entsprechenden Infrastruktur erfordert Jahre intensiver Bemühungen. Bislang gibt es kaum Informationen über die Ausbildung von Lehrtherapeuten, da das *Procedere*, wie man Lehrtherapeut wird, meist institutionsintern geregelt ist (Arlow 1972; Weinschel 1982; Orgel 1987). Diese Regelungen sind z. T. sehr unterschiedlich (vgl. Cremerius 1984). Es wäre wünschenswert, wenn im Felde der Psychotherapie hier mehr Transparenz und Austausch vorhanden wäre. In der Regel werden langjährig erfahrene Psychotherapeuten im Rahmen von Schulen, Fachgesellschaften und Institutionen zu Lehrtherapeuten ernannt. Klinische Erfahrung mit Patienten (Fenichel 1981) und Lebenserfahrung, d. h. eine hohe personale, soziale und professionelle *Kompetenz* und *Performanz* sind in der Tat wichtige Kriterien. Andererseits ist eine „didaktische Kompetenz“ für die spezifischen Aufgaben (Lehranalyse, Kontrollanalyse, Ausbildungsgruppe, Gruppensupervision, Therapie- und Methodikveranstaltungen) erforderlich, ja, die Qualität des „Lehrens“ muß geschult und entwickelt werden. Es reicht nicht aus, ein guter Therapeut zu sein, um als „Lehrtherapeut“ effektiv arbeiten zu können (Blécourt 1983). Es ist auch ein besonderes fundiertes Wissen (eigene wissenschaftliche Arbeiten und Publikationen sind wünschenswert) erforderlich und die

Fähigkeit, dieses Wissen und klinisch-praktische Fertigkeiten auch in einer Art und Weise zu vermitteln, daß für Ausbildungskandidaten eine optimale Aneignung des *Verfahrens* möglich wird. *Verfahren* wird hier bestimmt als *die Verschränkung von spezifischen theoretischen Konzepten und elaborierten Formen interventiven Handelns in einem konsistenten persönlichen (d. h. der eigenen Persönlichkeit und der Methode entsprechenden) Stil und in einer breiten Möglichkeit der Beziehungsgestaltung*. Das Modell solcher Aneignung über „atmosphärisches Erfassen“ und „szenisches Verstehen“ (Petzold 1988a), Prozesse „holographischen Lernens“ also, wurden an anderer Stelle beschrieben (idem 1983i), und es sei hier noch einmal unterstrichen, daß dieses *Lernen in Beziehungen* in der Lehranalyse und Ausbildungsgruppe beginnt, auf anderer Ebene in Kontrollanalyse und Supervisionsgruppe fortgeführt wird und auch für die Ausbildung von Lehrtherapeuten die Grundlage ist. Es erfolgt *Selbsterfahrung* durch *Beziehungserfahrung*. Bei Lehrtherapeuten in diesen Lernprozessen ist noch ein besonderes Maß an „Exzentrizität“ gegenüber den Verführungen der eigenen Rolle, den Möglichkeiten, eigene Grandiosität zu agieren (Greenacre 1966; Teuerniet 1992), erforderlich und deshalb zu entwickeln.

Da über die Ausbildung der Lehrtherapeutinnen und Lehrtherapeuten so wenig an Material vorliegt, möchten wir kurz unseren Ansatz in der *Integrativen Therapie* vorstellen, um dieses Thema in diesem Buch – wenn schon nicht übergreifend, so doch zumindest exemplarisch – darzustellen. Dabei ist noch die besondere Situation zu berücksichtigen, daß die „Integrative Therapie“ als Ausbildung (mit einem starken Anteil von Elementen der Gestalttherapie, des Psychodramas, insbesondere was die Gruppenarbeit angeht, und der „elastischen Technik“ der Ungarischen Psychoanalyse, was die Einzel-

behandlungen anbelangt) von einer sehr kleinen Gruppe von Lehrtherapeuten (u. a. *H. Petzold, J. Sieper, H. Heiml, K. Martin, W. Rihs*) verbreitet wurde, der ein großer Bedarf an Lehrtherapien gegenüberstand, so daß der Ausbildung von Lehrtherapeuten und -therapeutinnen von Anfang an große Aufmerksamkeit geschenkt mußte.

Ursprung der Weiterbildung von Lehrtherapeuten war die „Blockanalyse“ im Bildungshaus des Klosters Knechtsteden bei Köln. Die „Blockanalyse“ wurde 1972 eingerichtet, um die durch die „Diaspora-Situation“ bedingte regionale Knappheit an Analyseplätzen – etwa für Kandidaten aus der Schweiz, aus Österreich, aus Norddeutschland, wo es nur einige wenige oder keine Lehranalytiker gab, die den Integrativen Ansatz praktizierten – zu kompensieren. Neunmal im Jahr trafen sich in Knechtsteden unter Leitung von *Hilarion Petzold* und z. T. von *Johanna Sieper* eine Gruppe von Lehranalytikern für ein Wochenende (Freitag bis Sonntag), die dort Lehranalysen für Ausbildungskandidaten aus dem gesamten Bundesgebiet, Österreich und der Schweiz durchführten. Ein Kandidat erhielt pro Wochenende fünf Einzelstunden, und das über eine Zeit von drei bis sechs Jahren. Dieses Modell „fraktionierter Lehranalysen“ knüpfte unmittelbar an die Praxis von *Freud* in den Anfangszeiten der Psychoanalyse an. Zu *Freud* kamen aus dem gesamten deutschsprachigen Bereich, aber auch aus dem Ausland Menschen, die sich von ihm „analysieren“ ließen, oft nur über einige Stunden bei einem kurzen Aufenthalt in Wien, zum Teil auch für einige Wochen, in der Regel in unregelmäßigen Abständen, wann immer sie wieder einmal einen Wien-Aufenthalt hatten. Auf der Grundlage dieser Analysepraxis wurde die erste Generation der Psychoanalytiker ausgebildet, und unter ihnen waren große Namen, Männer und Frauen, die zu den führenden Köpfen der späteren analytischen Bewegung, zu ihren bedeutendsten Analytikern und Lehranalytikern zählen sollten. Offenbar hatte dieses Modell ein großes, kreatives Potential freigesetzt. Andererseits hatte es auch seine Schwächen, nicht zu-

letzt die Kürze der Analysesequenzen und ihre Unregelmäßigkeit. *Ferenczi* (1988) hat diese Mängel benannt und auch auf die Risiken hingewiesen, die er am eigenen Leibe erfahren hatte. Er hat nicht zuletzt aufgrund dieser Erfahrung so nachhaltig für die Einführung der konstanten Lehranalysen plädiert (idem 1928). In der *Integrativen Therapie* wurde diese Kritik ernst genommen. Der Monatsrhythmus mit einer Analysedauer von drei, vier Jahren kam dem Postulat der Kontinuität nach. Wenn die Intervalle auf dem Hintergrund möglicher Krisenzeiten für die Analysanden unzumutbar sind, werden auch Sondertermine durch die begleitenden Lehranalytiker bereitgestellt. Ein Teil der Analyse mußte auf jeden Fall im wöchentlichen Turnus absolviert werden.

Heute, wo in der Psychotherapieforschung auch für die Arbeit mit Patienten Formen „intermittierender Therapie“ (*Petzold, Hentschel* 1991) als durchaus konstruktive Möglichkeit gesehen wird, wird das Modell der Blockanalysen in seiner Berechtigung nochmals bestätigt. Zumeist jedoch wird heute der zweite Teil der Lehranalyse bei einem Lehrtherapeuten vor Ort und in Wochenintervallen (zwei Std. pro Woche) durchgeführt, so daß die auszubildenden Therapeuten in beiden Formen kontinuierlicher therapeutischer Langzeitbegleitung Erfahrungen sammeln, der fraktionierten *und* der konsekutiven.

Die Blockanalyse wird nach wie vor am Institut als eine *Möglichkeit* der Lehranalyse, Kontrollanalyse und Therapie (also auch der Behandlung) praktiziert, obgleich heute in den meisten Regionen genügend Lehranalytiker vorhanden sind (das trifft für unsere Ausbildungskandidaten im ehemaligen Jugoslawien, aber auch für die in Norwegen und Spanien noch nicht zu, weshalb hier das Blockmodell wiederum wegen der Erfordernisse der Situation vermehrt eingesetzt wird). Auf den Blockanalysen fanden und finden dann jeweils drei Supervisions- und Weiterbildungssitzungen der Gruppe der angehenden Lehrtherapeuten und Lehranalytiker und der Kontrollanalytiker statt – wir nennen sie „Kompetenzgruppen“, weil in ihnen die

professionelle Kompetenz der Teilnehmer, d. h. die eigentliche Weiterbildung der Lehrtherapeuten erfolgt nach dem Prozeß der „joined competence“ (Petzold, Lemke 1979). Angehende Lehrtherapeuten können so ihre ersten Lehranalysen (jeweils zwei Kandidaten, d. h. je Kandidat fünf Analysestunden pro Wochenende) unter Kontrolle (zwei bis drei Kontrollanalysestunden an den jeweiligen Wochenenden) absolvieren und haben dazu noch dreimal zwei Stunden der kollegialen „Kompetenzgruppe“. In dieser ist mit langjährig erfahrenen Lehr- und Kontrollanalytikern kollegialer und fachlicher Austausch möglich, aber auch die Bearbeitung auftauchender Probleme in Fokalsitzungen, für die in freier Auswahl die anwesenden Kollegen zur Verfügung stehen, so daß auch hier Lern- und Diskussionsmöglichkeiten entstehen und die Möglichkeit gegeben ist, die therapeutische „Handschrift“ jedes einzelnen kennenzulernen. Die Lehranalysanden und die gelegentlich an Blockanalysen teilnehmenden Patienten bilden ihr eigenes, von den Lehrtherapeuten abgesetztes kommunikatives Feld.

Bei fünf Einzelstunden pro Wochenende bleibt sehr viel Zeit zur Auseinandersetzung mit sich selbst und den Inhalten der Sitzungen zwischen den Stunden, Zeit, das Analysetagebuch zu führen oder ikonische Narrationen zu gestalten (vgl. Petzold, Orth, dieses Buch). Der Retraitecharakter der Blockanalyse bietet für Lehranalytiker, Analysanden und Kontrollanalytiker die Chance, Themen auf tiefer Ebene und in einer unmittelbaren Kontinuität zu bearbeiten, ohne daß die Realitäten des Alltags interferieren („Schwester, ich bin jetzt weg, muß von drei bis vier Uhr in die Analyse. Es wird Zeit. Könnte Stau geben heute. Ich komm' dann nochmal auf Station vorbei. Hab' noch ein Einzelgespräch mit Herrn B., dem geht's nicht gut“ – so die Lehranalyse-Realität vieler Ausbildungskandidaten. Von 15.00 bis 15.45 Uhr werden vielleicht eigene regressive Themen bearbeitet, wird das eigene „verletzte Kind“ angeschaut, um dann um 16.30 Uhr wieder in die Therapeut-Eltern-Rolle zu gehen und das „verletzte Kind“ von Patient B. empathisch anzunehmen. Die

Problematik dieser Situation – in eigener Lehranalyse und zugleich schon Therapeut zu sein – wurde noch viel zu wenig reflektiert). Auf der Blockanalyse tauchen zumindest zeitliche Interferenzen nicht auf, dafür können andere Probleme – z. B. der Gruppendynamik unter den Analysanden – aufkommen.

Ursprünglich wurden die „Kompetenzgruppen“ von Hilarion Petzold, später dann von Johanna Sieper, Hildegund Heintl – bei der Schweizer Blockanalyse in der Tagungsstätte Mogelsberg von Gertraude Franz, Willy Rihs u. a., auf der Hamburger Blockanalyse wiederum von H. Petzold und auf der Salzburger Blockanalyse von Renate Frühmann und Jürgen Lemke, später von Sylvester Walch und Eva Stix – geleitet. Heute werden die „Supervisions- und Weiterbildungssitzungen“ auf den „Blockanalysen“ von den anwesenden Kontrollanalytikern auf dem jeweiligen Block, z. B. in unserer eigenen Bildungsstätte am Beversee, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) kollegial bzw. im Turnus geleitet. Der Austausch in Supervision und Intervision, die exemplarische Erarbeitung von Theorie im Praxiskontext war und ist eine hervorragende Möglichkeit kollegialer Weiterbildung, weil die angehenden Lehranalytiker, die hier ihre ersten Lehranalysanden unter kontrollanalytischer und supervisorischer Begleitung übernehmen, einen Kontext kollegialer Ko-responsenz bzw. Diskussionsmöglichkeiten erhalten. Insgesamt wird die Transparenz und Kollegialität am Institut durch dieses Setting sehr gefördert, ein Klima der Offenheit und Wertschätzung, das auch die Analysanden miterleben und das eine positive Auswirkung für ihre eigene Ausbildung hat.

Um die theoretische und methodische Schulung, Supervision und Weiterbildung des Lehrkörpers zu gewährleisten, wurden seit 1976 in einzelnen Regionen, in denen viele Ausbildungskandidaten waren, folglich mehrere Ausbildungsgruppen stattfanden und eine große Zahl von Lehranalysanden versorgt werden mußten, sogenannte „Staff-Trainings“ eingerichtet. Viermal jährlich kamen Hildegund Heintl, Hilarion Petzold oder Johanna Sieper als

„senior training analysts“ zu zweitägigen Intensivseminaren nach Hannover, Hamburg, München und Basel/Zürich, um mit den dortigen Lehranalytikern und Lehrtherapeuten methodisch-didaktische, theoretische und klinisch-praktische Fragestellungen zu diskutieren. Nach dem „Modell integrativer Agogik“ (Petzold, Sieper 1977; Petzold, Brown 1977; Petzold 1978c) waren dabei stets Selbsterfahrung, Theorie und Praxis verbunden. Bald schon zeigte sich, daß dieses Ausbildungsmodell an seine Grenzen kam. Es konnten nicht alle Weiterbildungsbedürfnisse auf diese Weise abgedeckt werden. Außerdem schien eine gestrafftere curriculare Organisation besser geeignet, die Aufgaben des Lehrens und Lernens am Institut in optimaler Weise zu gestalten. So entwarfen Hilarion Petzold und Ilse Orth das Konzept der Lehrtherapeutenweiterbildung, das im Ausbildungsausschuß diskutiert und als das verbindliche Modell des Instituts beschlossen wurde. In ihm wurde wiederum dem Faktum Rechnung getragen, daß die Ausbildung in Integrativer Therapie eine Ausbildung für Einzel- und Gruppentherapie ist. Das Lehrtherapeutencurriculum trägt dem durch das obligatorische Ko-Training in einer fortlaufenden Ausbildungsgruppe und durch die Lehrtherapeuten-Weiterbildungsgruppe einerseits sowie durch die Fortführung der Kontrollanalyse und die Verpflichtung zur Durchführung der ersten Lehranalysen unter kontrollanalytischer Begleitung Rechnung. Weiterhin kommen im Curriculum die Konzepte moderner, berufsbezogener Erwachsenenbildung zum Tragen (Petzold 1973c; Petzold, Reinhold 1983; Sieper, Petzold 1993c), das Prinzip, das die „Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird“, die Form der Erlebnisaktivierung (idem 1988f), der „confluent education“, des „holographischen Lernens“ (Petzold 1983i). Die einzelnen Elemente des Lehrtherapeutencurriculums sind im Anhang zu diesem Text kurz dargestellt.

Die Struktur des Curriculums gewährleistet, wie eine Evaluation bei den vier bisher durchgeführten Ausbildungskohorten ergeben hat, in solider Weise die Förderung der personalen

Kompetenz und Performanz des angehenden Lehrtherapeuten. Es entwickelt seine soziale Kompetenz und Performanz sowie seine Professionalität und Kollegialität, zum einen, was den klinischen, zum anderen, was den ausbildungs-didaktischen Bereich und schließlich, was die Kooperation innerhalb des Instituts anbelangt. Evaluation durch anonymisierte Fragebögen gab auch die Möglichkeiten des Feedbacks und der Korrektur von Schwachstellen des Curriculums. Durch das verpflichtende Ko-Training in einer kompletten Ausbildungsgruppe (drei Jahre) erlebt der angehende Lehrtherapeut die Auszubildungs-didaktik noch einmal von einer „anderen Seite“ – er hat ja diese Ausbildungsgruppe schon einmal als Teilnehmer durchlaufen. Seinen Kompetenzen und Neigungen entsprechend, arbeitet er sich über Ko-Trainings in die Methodik und Didaktik von mindestens zwei Seminartypen des jeweiligen Curriculums ein. Fortlaufende Kontrollanalyse, Supervision und Intervision ermöglichen ihm, seinen therapeutischen Stil beständig zu verfeinern und in der Diskussion mit Kollegen therapeutische und ausbildungsmethodische Probleme zu lösen.

Kernpunkt des heutigen Lehrtherapeutencurriculums ist die fortlaufende Lehrtherapeuten-Weiterbildungsgruppe, die über zwei Jahre insgesamt achtmal zusammentrifft bzw. die Lehrtherapeuten-Supervisions- und -Weiterbildungsgruppe auf der Blockanalyse, die in drei Jahren fünfundsanzigmal zusammentrifft. Da an diesen Gruppen immer auch langjährig erfahrene Lehrtherapeuten (Lehranalytiker, Kontrollanalytiker, Supervisoren) teilnehmen – sie kommen wegen des kollegialen Austausches, zum „Auffrischen“ ihres Kenntnisstandes, um mit neueren Entwicklungen im Kontakt zu bleiben, um eigene Erfahrungen und Erkenntnisse einzubringen –, können die angehenden Lehrtherapeuten vom Erfahrungsschatz dieser Kolleginnen und Kollegen profitieren.

Diese Gruppen werden themenzentriert geführt, wobei die Reihenfolge des Stoffes eine Leitlinie bildet und je nach der Gruppendynamik auch Sequenzen verschoben oder ausgetauscht werden können. Es ist auf diese Weise

eine sehr flexible Form der Bearbeitung von Themen gewährleistet, die für die Ausbildung in Verfahren der „Integrativen Therapie“ und ihrer verschiedenen Methoden erforderlich sind.

Nach Durchlaufen des Lehrtherapeutencurriculums erfolgt nach einer sorgfältigen Evaluation der Weiterbildungsschritte durch den zentralen Ausbildungsausschuß bzw. die betreffenden Fachausschüsse die Vergabe von Lehraufträgen oder die Bestellung zum Lehrtherapeuten. Erfolgt diese Ernennung, so gehört die Kollegin bzw. der Kollege dem Lehrkörper von FPI und EAG für die Zeit der aktiven Mitarbeit an. Es muß die Ethikerklärung (vgl. dieses Buch S. 687 ff.) des Instituts unterzeichnet werden, in der eine Verpflichtung auf die ethischen Grundsätze psychotherapeutischen Handelns erfolgt. Für die Ernennung ist die prinzipielle Bereitschaft zur Mitarbeit in den Gremien von FPI und EAG und zu einer permanenten Weiterbildung Voraussetzung. Lehrtherapeutin oder Lehrbeauftragter am Institut zu sein heißt nun aber nicht, nur noch Ausbildungsveranstaltungen und Lehranalysen durchzuführen. Im Gegenteil, es ist notwendig, in Kontakt mit Klienten und Patienten zu bleiben. So soll nur *ein Drittel* der Gesamttätigkeit des jeweiligen Kollegen bzw. der jeweiligen Kollegin auf den Ausbildungsbereich gerichtet sein. Hauptberuflich arbeiten sie mit Patienten und Klienten in Kliniken, an Hochschulen, Institutionen des Gesundheitswesens, in freier Praxis. Eine solche Regelung bietet den Vorteil, daß Lehrtherapeuten wirtschaftlich nicht von der Institution und von Ausbildung abhängig sind, sich also eine Freiheit bewahren, die für die sehr spezifische Verbindung von Therapie und Agogik, welche Psychotherapieausbildung kennzeichnet, unbedingt erforderlich ist. Reine „Lehranalysepraxen“ halten wir aus theoretischen, methodischen und psychodynamischen Gründen, aber auch mit Blick auf institutionelle Machtstrukturen nicht für vertretbar.

Bislang wurden vier Lehrtherapeuten-Weiterbildungsgruppen (jeweils 16 Teilnehmer) von *Hilarion Petzold* und *Ilse Orth* gemeinsam gelei-

tet, eine für den Zweig Bewegungstherapie von *Apostolos Tsomplektis* und *Doris v. Eickstedt*, eine in Kooperation mit dem ÖAGG von *Renate Frühmann* und *Hilarion Petzold*. Hinzu kommen die Blockanalysen mit den kollegialen Weiterbildungseinheiten in Salzburg und am Beversee (es haben auch seit 1972 – wie schon erwähnt – Blockanalysen in Düsseldorf/Köln, Hamburg und in der Schweiz über viele Jahre stattgefunden). Auf diese Weise hat das Institut inzwischen einen Lehrkörper von über 240 Personen.

Durch die Verpflichtung zu fortlaufenden Weiterbildungen (ein bis zwei Seminare pro Jahr) bleiben die Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten mit dem inneren Leben des Instituts in Kontakt, mit der Theorieentwicklung, den Fortschritten in Methodik, Didaktik, Behandlungstechnik. Sie bleiben im kollegialen Austausch miteinander und bringen auch ihre eigenen Kenntnisse und Entwicklung in das Institut ein.

Aus der Weiterbildungstätigkeit des Lehrkörpers, für den Lehrkörper und mit dem Lehrkörper gehen selbst immer wieder kreative Entwicklungen hervor und führen im Ko-responzenzprozeß zu „Synergieeffekten“. Das „kokreative Klima“ (*Iljine* 1990; *Petzold* 1971k, 1978c, 1990b, 1991e; *Eisler-Stehrenberger* 1990) am Institut ist die Grundlage seiner innovativen Kraft. Kontroll- und Lehranalytiker, Lehrtherapeutinnen und Lehrbeauftragte, die dieses Prinzip verstanden haben und die sich immer wieder in Prozesse kollegialer Konzeptarbeit, Selbsterfahrung und Weiterbildung hineinbegeben, gewährleisten, eine hohe Qualität der Ausbildung. Sie tragen dazu bei, daß FPI und EAG theoretisch und praxeologisch lebendig bleiben und daß an die Aus- und Weiterbildungskandidaten diese Qualität weitergegeben wird, so daß sie selbst in ihren beruflichen Feldern kreativ und innovativ sein können.

Das nachstehend abgedruckte Lehrtherapeuten-curriculum, das von *H. Petzold* und *I. Orth* formuliert wurde, legt die Praxis der Lehrtherapeutenausbildung an FPI und EAG, wie sie sich

in vielen Jahren entwickelt und bewährt hat, offen. Die didaktischen Leitlinien schließen eng an die Prinzipien an, die für die Psychotherapeutenausbildung im Integrativen Ansatz insgesamt gültig sind und die in ihren klinischen Dimensionen für die Patientenbehandlung gelten (vgl. *Petzold, Orth*, dieses Buch, S. 125 ff.; *Petzold*, dieses Buch, S. 267 ff., 173 ff.; *Heinl*, dieses Buch, S. 341 ff.).

Wir machen mit der Veröffentlichung dieses Curriculums und mit diesem kurzen Beitrag – dies ist uns bewußt – einen Schritt aus dem Binnenraum institutsinterner Praktiken heraus,

denn wir konnten trotz intensiver Suche in der international publizierten Psychotherapieliteratur keine Veröffentlichung finden, die die curriculare Ausbildung von Lehrtherapeuten bzw. Lehr- und Kontrollanalytikern zum Gegenstand hat. Wir hoffen, daß unser Text weitere Veröffentlichungen zur Ausbildung von Lehrtherapeuten (wo immer eine solche vorhanden ist und nicht nur einfach erfahrene ältere Praktiker nach Bedarf „ernannt“ werden) anregen wird und damit ein Diskurs zwischen den Schulen über diese wichtige Frage in Gang kommt.

LITERATUR:

- Arlow, J.A.*, Some dilemmas in psychoanalytic education, *JAPA* 20 (1972) 556-566.
- Blécourt, A. de*, Similarities and differences between training analysis and therapeutic analysis, *Bulletin of the European Psychoanalytic Federation* 1973 (Nachdruck in: *Psychoanalytic Training in Europe. 10 years of discussion*, Bulletin Monograph Series 1983).
- Cremerius, J.*, Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, 2 Bde., frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstadt 1984.
- Eisler-Stehrenberger, K.*, Kreativer Prozeß – Therapeutischer Prozeß, in: *Petzold, Orth* (1990a) 113-168.
- Fenichel, O.*, Theoretical implications of the traininganalysis, *Annual Psychoanalysis* 8 (1981) 21-34.
- Ferenczi, S.*, Über den Lehrgang des Psychoanalytikers (1928), Bausteine III, 413-432.
- Ferenczi, S.*, Bausteine zur Psychoanalyse, 4 Bde., Huber, Bern 1964.
- Ferenczi, S.*, Ohne Sympathie keine Heilung, Fischer, Frankfurt 1988.
- Greenacre, P.*, Problems of traininganalysis, *Psychoanal. Quarterly* 35 (1966) 540-567.
- Ilijine, V.N.*, Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen – Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen, in: *Petzold, Orth* (1990a) 203-213.
- Orgel, S.*, Dilemmas of a traininganalyst: some thoughts on conflicting loyalties. Precirculated paper to the third IPA conference of traininganalysts, Montreal 1975.
- Orgel, S.*, The future of psychoanalysis, *Psychoanal.* 59 (1990) 1-20.
- Petzold, H.G.*, Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration, Paris 1970c.
- Petzold, H.G.*, Der Beitrag kreativer Therapieverfahren zu einer erlebnisaktivierenden Erwachsenenbildung, Vortrag auf der Arbeitstagung „Kreativitätstraining, kreative Medien, Kunst- und Kreative Therapie“, VHS Dormagen und Buderich 1.6.1971; VHS Buderich 1971k mimeogr.
- Petzold, H.G.*, (Hrsg.) Kreativität und Konflikte, Junfermann, Paderborn 1973c.
- Petzold, H.G.*, Das Ko-responzenzmodell in der Integrativen Agogik, *Integrative Therapie* 1 (1978c) 21-58.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunkttheft Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: *Petzold* (1988n) 583-600.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, Schwerpunkttheft Körpertherapie, *Gruppendynamik* 1 (1983i) 1-84; revid in: 1988n, 583-600.

- Petzold, H.G., „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“, 1988f, in: *Petzold, Stöckler* (1988) 65-86.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., „Form und Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien – Wege intermedialer Kunstpsychotherapie 1990b, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Das Ko-responzenmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: *Petzold* (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Gesammelte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., Grundorientierungen, Verfahren, Methoden – berufspolitische, konzeptuelle und terminologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes, *Integrative Therapie* 4 (1993h).
- Petzold, H.G., Ethische Fragestellungen in der Psychotherapeutenausbildung an FPI und EAG, 1993i, dieses Buch.
- Petzold, H.G., Brown, G. (Hrsg.), Gestaltpädagogik, Pfeiffer, München 1977.
- Petzold, H.G., Lemke, J., Gestalt-supervision als Kompetenzgruppe, *Gestalt-Bulletin* (1979) 88-94.
- Petzold, H.G., Hentschel, U., Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1 (1991) 11-19.
- Petzold, H.G., Orth, I., Die neuen Kreativitätstheapien, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.
- Petzold, H.G., Reinhold, K., Humanistische Psychologie, Integrative Therapie und Erwachsenenbildung, in: *Garnitschnik, K.*, Festschrift für Ignatz Zangerle, Herold, Wien 1983, 49-67.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik, in: *Petzold, Brown* (1977) 14-36.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integrative Agogik – ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, 1993c, dieses Buch.
- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hrsg.), Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, *Integrative Therapie*, Beiheft 13, Junfermann, Paderborn 1988.
- Streeck, U., Werthmann, H.-V. (Hrsg.), Lehranalyse und psychoanalytische Ausbildung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992.
- Treurniet, N., Über einige der psychoanalytischen Ausbildungssituation inhärente Verwundbarkeiten, in: *Streeck, Werthmann* (1992) 111-130.
- Weinshel, E.M., The functions of the traininganalysis and the selection of the traininganalysis, *Int. Rev. Psychoanal.* 9 (1982) 434-444.

Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten an EAG und FPI

Hilarion Petzold, Ilse Orth, Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis

I. Zulassungsbedingungen zum Lehrtherapeuten-curriculum

II. Rahmencurriculum für die fortlaufende Weiterbildungsgruppe innerhalb des Lehrtherapeuten-curriculums

1. Einheit:

Therapeutische Beziehung, Gruppenbeziehungen

2. Einheit:

Persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik

3. Einheit:

Behandlungsmethodik

4. Einheit:

Persönlichkeitstheorie und Entwicklungskonzepte der Integrativen Therapie

5. Einheit:

Krankheits- und Gesundheitslehre – Konsequenzen für die Behandlung

6. Einheit:

Psychotherapieausbildung zwischen Dynamik und Didaktik

7. Einheit:

Leibtherapie, Regressionen, emotionale Differenzierungsarbeit

8. Einheit:

Identität als Lehrtherapeut – therapeutische Identität

III. Abschluß der Lehrtherapeutenausbildung

Zielsetzung

Zielsetzung des Curriculums ist für die verschiedenen therapeutischen Weiterbildungszweige an EAG und FPI, Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte aus- und weiterzubilden, um einen hohen Standard in den Aus- und Weiterbildungsangeboten dieser Einrichtungen zu gewährleisten. Die Schulung von Psychotherapeuten stellt an Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte hohe Ansprüche, weil die Vermittlung von klinischem Wissen, Theorie, methodischen bzw. behandlungstechnischen Fertigkeiten und Selbsterfahrung in ausgewogener Weise im Rahmen eines differenzierten Curriculums in kollegialer Kooperation verbunden werden müssen. Dazu wird eine spezifische Didaktik erforderlich, die Theorie und Praxis, Selbsterfahrung und Eigenterapie zu einem komplexen Modell integriert, in dem die „Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird“.

Strukturplan der Weiterbildung zum Lehrtherapeuten

360 Std. Ko-Therapie in einer Weiterbildungsgruppe	
120 Std. Ko-Therapie Seminartyp nach Wahl	
80 Std. Ko-TherapieIntensivseminar	40 Std. Fortbildung für den Lehrkörper
40 Std. Durchführung von Einzelanalysen	40 Std. Durchführung von Kontrollanalysen
Kontrollanalyse	Fortlaufende Fallbesprechungs- bzw. Interventionsgruppe
192 Std. Weiterbildungsgruppe für Lehrtherapeuten	

1. Zulassungsbedingungen zum Lehrtherapeuten-curriculum

Die Weiterbildung zum Lehrtherapeuten umfaßt folgende Voraussetzungen und Elemente:

1. Abschluß der 5jährigen therapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung in einem der Aus- bzw. Weiterbildungsweige an EAG und FPI,
2. mindestens 3jährige Erfahrung nach der Graduierung in der Arbeit mit Patienten,
3. 3 Jahre Ko-Therapie in einer Weiterbildungsgruppe des FPI. Die Ko-Therapie muß in der Grund- und Oberstufe einer solchen Gruppe absolviert werden (360 Std.),
4. Teilnahme an einer fortlaufenden Weiterbildungsgruppe (192 Std.) für Lehrtherapeuten bzw. auf der Blockanalyse über 3 Jahre (weiteres vgl. II),
5. Weiterführung der Kontrollanalyse nach Abschluß der Weiterbildung über einen Zeitraum von 2 Jahren. Durchführung von zwei Lehranalysen unter Kontrolle,
6. Teilnahme an einem Intensivseminar für Fortgeschrittene oder Teilnahme an einem Intensivseminar als Ko-Therapeut (80 Std.) – fakultativ,
7. Jeder Lehrtherapeut soll in der Lage sein, mindestens 2 Seminartypen aus dem Methodik-, Theorie- oder Supervisionsprogramm des Curriculums durchzuführen. Die Spezialisierung erfolgt in Absprache mit dem zuständigen Aus- und Weiterbildungsausschuß und setzt voraus, daß in dem gewählten Seminartyp zwei Ko-Therapien und eine Leitung unter Supervision absolviert wurden (insgesamt 120 Std.).
8. Bei Lehraufträgen für Einzelanalysen, Seminar: Durchführung von Einzelanalysen,
9. Bei Lehraufträgen für Kontrollanalysen, Seminar: Durchführung von Kontrollanalysen,
10. Fortbildung: Angehende Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte haben an den Fortbildungsveranstaltungen für den Lehrkörper teilzunehmen (pro Jahr 40 Std.),
11. Teilnahme an einem Seminar zur Struktur des FPI-Curriculums und zur Didaktik der Psychotherapieausbildung (40 Std.). Selbstständige Arbeit als Lehrbeauftragter über zwei Jahre,
12. Teilnahme an den regionalen Treffen der Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten und an kollegialen Fallbesprechungs- und Intervisionsgruppen.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so kann der Kandidat beim zuständigen Aus- und Weiterbildungsausschuß den Antrag auf Anerkennung als Lehrtherapeut stellen (vgl. Abschluß III). Zum Lehrtherapeutencurriculum können Kolleginnen und Kollegen zugelassen werden, die ihre Ausbildung in dem jeweiligen Zweig abgeschlossen bzw. zumindest das Kolloquium abgelegt haben und von ihrer personalen, sozialen und professionellen Kompetenz und Performanz für die Ausbildung in Frage kommen. Die Zulassung wird beim jeweiligen Fachbereichsausschuß beantragt. Sie muß von mindestens drei Lehrtherapeuten, die den Kandidaten kennen, befürwortet werden, darunter der Kontrollanalytiker, der Leiter der fortlaufenden Supervisionsgruppe oder der Leiter der Dritthjahresgruppe sowie der Haupttherapeut in der fortlaufenden Ausbildungsgruppe, in der der Bewerber die Ko-Therapie absolviert hat bzw. ein anderer Lehrtherapeut, bei dem Ko-Therapien gemacht wurden. Wird mit diesen Empfehlungen dem Aufnahmeantrag stattgegeben, so kann der Kandidat in einer allgemeinen oder zweigspezifischen Weiterbildungsgruppe für Lehrtherapeuten oder auf einer Blockanalyse die Weiterbildung zum Lehrtherapeuten antreten. In der Regel ist das Ko-Training in einer fortlaufenden Ausbildungsgruppe vorausgegangen oder schon zu einem Teil absolviert. In begründeten Fällen sind Ausnahmen möglich. Ko-Trainingserfahrung sollte aber in jedem Fall vorhanden sein.

II. *Rahmencurriculum für die fortlaufende Weiterbildungsgruppe innerhalb des Lehrtherapeutencurriculums*

Die fortlaufende Weiterbildungsgruppe innerhalb des Lehrtherapeutencurriculums hat zum Ziel, die Theorie der Integrativen Therapie, die Methodik des *Verfahrens* (Methoden, Techniken, Medien, Stile, Formen, Wege, Strategien und Modelle), die Ausbildungsmethodik und Didaktik (Ziele, Inhalte, vermittlungstheoretische Überlegungen) und Selbsterfahrung zu verbinden. Dabei werden zentrale Themen, die zum Grundkanon des Verfahrens gehören und Schwerpunkte der Ausbildung bilden, in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe behandelt. Diese Gruppe hat derzeit folgende Formen: entweder eine geschlossene Gruppe, die über zwei Jahre mit vier Wochenenden pro Jahr läuft oder in Form der Blockanalyse über drei Jahre mit jeweils acht Blockwochenenden pro Jahr. An diesen Blöcken finden drei kollegiale Supervisions- bzw. Interventionsitzungen, davon eine Theorieeinheit statt. Die thematischen Einheiten des Curriculums werden bei der Blockform auf zwei bis drei Wochenenden verteilt.

Zusammensetzung der Gruppe

Die fortlaufende Ausbildungsgruppe im Rahmen des Lehrtherapeutencurriculums setzt sich aus Anwärtern, Lehrbeauftragten und zu einem Teil auch aus fertigen Lehrtherapeuten zusammen, Kolleginnen und Kollegen also, die z. T. schon über lange Jahre lehrend tätig sind und die in dieser Gruppe mitarbeiten, um im Rahmen des kollegialen Austausches ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu teilen, andererseits aber auch neue Entwicklungen im Rahmen des Instituts und der Integrativen Therapie aufzunehmen und sich im kollegialen Austausch vertieft aneignen zu wollen. Diese Zusammensetzung sichert eine optimale Kollegialität und entlastet von einer zu starken Leiterzentrierung, so daß das Moment der „*joint competence*“ gut genutzt werden kann.

In der Auswahl der Literatur für dieses Curriculum wird spezifisch auf die Aneignung des Verfahrens der „Integrativen Therapie“ abgestellt und deshalb im wesentlichen auf Literatur aus diesem Bereich zentriert, wobei das umfangreiche, schulenübergreifende Theorieprogramm der vorausgegangenen Therapieausbildung zugrundegelegt wird (vgl. Studienmaterialien des „Zentralen Arbeitskreis Theorie“, ZAK-Theo). In einem „klinischen Leseprogramm“ wird von den Teilnehmern vertiefend auf diese Texte zurückgegriffen. Weiterhin wird von den Teilnehmern zu den einzelnen Themenschwerpunkten der Seminare relevante Literatur eingebracht. Die Basisliteratur, die dem gesamten Curriculum zugrunde liegt, ist der Literaturliste zu entnehmen.

Didaktische Prinzipien

In der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe wird nach den Prinzipien ganzheitlichen Lehrens und Lernens der *Integrativen Agogik* vorgegangen: Leibliches Erleben, emotionale Erfahrung, kognitive Einsichten in intersubjektiver Bezogenheit werden verbunden. Dabei sollen die verschiedenen *methodischen Wege* der Integrativen Therapie zum Einsatz kommen: Fokalsitzungen, narrative Praxis, Arbeit mit kreativen Methoden und Medien (unter Einschluß des psychodramatischen Rollenspiels), Leibtherapie, Soziotherapie, Supervision, imaginative und meditative Ansätze, in denen die therapeutisch effektiven Faktoren, wie sie u. a. durch die Psychotherapieforschung herausgearbeitet wurden, exemplarisch vermittelt werden: empathisches Verstehen, problemorientierte Hilfe, Einsicht in Problemzusammenhänge und Klärung von Zielen, zwischenmenschliche Stütze, Förderung von leiblicher Awareness, emotionalem Ausdruck und kommunikativer Kompetenz usw. Es wird damit auch das didaktische Konzepte für das Durchführen von Ausbildungsveranstaltungen erlebbar: Selbsterfahrung, methodisch-technisches Vorgehen im Kontext des Gruppenprozesses mit Processing der Einzelsitzungen und mit Gruppenprozeßanalysen. Die

exemplarische Theorievermittlung erfolgt durch Vor- und Nachbereitung der Seminare aufgrund ausgewählter Literatur in Minilectures der Gruppenleiter zum Thema in mindestens einer Theorieeinheit pro Wochenende im Seminarstil: Anhand der vorbereitenden Texte, zu denen Thesen erarbeitet werden, wird diskutiert. Von den Teilnehmern werden Minilectures eingebracht. Die Texte werden didaktisch bearbeitet unter den Fragestellungen: Was aus diesem Text muß in der Ausbildung vermittelt werden? Wie soll es vermittelt werden? Durch welche Übungen oder strukturierte Arbeitseinheiten kann Theorie exemplifiziert werden? Es wird so auf die Leitung von Ausbildungsgruppen prozessual und konkret vorbereitet.

In den ersten beiden Jahren von Therapieausbildungsgruppen sind Processing und Theorievermittlung keineswegs nachteilig oder prozeßstörend. Es kommt auf das *wie*, die Dosierungen, die Vermittlungsform an. Dies soll in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe für Lehrtherapeuten exemplarisch erfahrbar werden. So kann auch in Sequenzen mit „narrativer Praxis“, in „berührtes Sprechen“ und „beteiligtes Auslegen“ der mitgeteilten Ereignisse Theorie einfließen. Processing wird zum „engagierten Sprechen“ über die Strukturen von Lebensgeschichte, in die der Therapeut durch partielles Selfdisclosure seine Lebenserfahrung im Sinne des „*sharings*“ einbringt, aber auch des *Feedbacks* und der *Analyse* von Zusammenhängen. Dies alles soll dazu dienen, ein Element in therapeutischen und didaktischen Prozessen zu fördern, das ein sehr hohes integrierendes und damit heilendes Potential hat: *clinical wisdom* – ohne daß damit ein anmaßender Anspruch verbunden wird. An einem solchen komplexen, didaktischen Modell wird die Mitarbeit der Gesamtgruppe erforderlich. In ihren Ko-responsendenzen kann erfahren werden, wie eine therapeutische Gruppe und eine Ausbildungsgruppe „arbeitsfähig“ wird, wie ihre Fähigkeit zur Ko-respondenz und wechselseitiger Hilfe zunimmt und ihre Sinnerfassungskapazität wächst. Die individuelle und gruppale Dynamik sind dabei zu bearbeitende Faktoren, um ein vertrauens-

volles und offenes Arbeitsklima zu ermöglichen, in dem *Differenzierung*, *Integration* und *Kreation* sich ereignen können.

Themenzentrierte Seminare

Im folgenden seien die thematischen Schwerpunkte und Inhalte der Seminare in der fortlaufenden Gruppe vorgestellt:

1. Einheit: Therapeutische Beziehung, Gruppenbeziehungen

In der ersten Einheit muß sich die Gruppe formieren, müssen Kontakte hergestellt werden, sollen Begegnungen geschehen, wird die Möglichkeit von Beziehung eröffnet: zu den Leitern, zwischen den Gruppenteilnehmern, zur Gruppe als ganzer. Hier kommen an theoretischen Themen die „Phänomenologie der Relationalität“, die „Philosophie der Bezogenheit“ zum Tragen mit den Gliederungen „Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung“, weiterhin „Widerstand, Abwehr, Übertragung, Gegenübertragung, Eigenübertragung des Therapeuten“, schließlich die Konzepte Gruppe, Gruppenkohäsionen, Gruppenidentität, Umfeld. Literatur: siehe Lit.-Liste

2. Einheit: Persönliche und gemeinschaftliche Hermeneutik

In der Therapie geht es um die persönliche Hermeneutik des Subjekts, das sich in der Ko-respondenz mit Mitsubjekten (Therapeut, Gruppenmitgliedern) über vorgefundene Phänomene zunehmend verstehen lernt. Die „hermeneutische Spirale“ vom *Wahrnehmen* zum *Erfassen*, zum *Verstehen*, zum *Erklären* als Grundmuster individueller und gruppaler Verständigungsprozesse bildet dabei ein Kernstück für Theorie und Praxis. Weitere Themen: sind Beziehung und Deutung, narrative Praxis, Erzählgemeinschaft, Erzählkultur, Metaphorisieren, Sprache als Handeln, symbolische Ausdrucksformen, der „erste Weg der Heilung“, Verbalität/Nonverbalität, Sinnfindung und

Nootherapie. Didaktische Momente sind: Kleingruppenarbeit, Erzählgruppen, Lebensbericht, symbolische Lebenserzählung in Form eines Märchens, Erzählmuster, Familienroman, familiäre Erzähltraditionen, therapeutische Erzählkultur, Arbeit mit kreativen Medien.

Literatur: siehe Lit.-Liste

3. Einheit: *Behandlungsmethodik – kreative Medien*

Es geht in diesem Seminar um die methodische Metastruktur der Integrativen Therapie, durch die *Ziele* (Globalziele, Richtziele, Grobziele, Feinziele), *Inhalte* (spezifische Themen im Rahmen von Therapien) und *Methoden* als „Ensemble von aufeinander abgestimmten Strategien des Handelns zum Erreichen der Ziele“ reflektiert und praktiziert werden mit den dazugehörigen *Techniken* (z. B. Rollentausch, Doppel-, Identifikationstechnik) und *Medien* (z. B. Puppen, Ton, Farben), den *Modalitäten* (konfliktzentriert-aufdeckend, übungszentriert-funktional, erlebniszentriert-stimulierend), *Formen* (Einzel-, Gruppentherapie, therapeutische Gemeinschaft, Paararbeit), *Stilen* (abstinenter, partiell-engagiert, konfrontierend, stützend) usw. reflektiert werden. Ein Schwerpunkt bildet die Verwendung „kreativer Medien“, ihre Indikation, spezifische Vorgehensweisen, ihre intermediale und intramediale Verknüpfung.

Literatur: siehe Lit.-Liste

4. Einheit: *Persönlichkeitstheorie und Entwicklungskonzepte der Integrativen Therapie*

Persönlichkeitstheorie gründet in anthropologischen Modellen, die in therapeutischen Arbeitsformen zum Tragen kommen. Therapie verändert Persönlichkeit. Persönlichkeit wächst in Entwicklungsprozessen von den frühen Erfahrungen an über die gesamte Lebensspanne hin. Fehlgeleitete Entwicklungsprozesse können Pathologie zur Folge haben. Anhand der Reflexion des eigenen Lebensweges, der Vergegenwärtigung früher Erfahrungen, der Antizipation

kommender Lebensstrecken, der Bewußtheit für wichtige „Entwicklungsaufgaben“ (*Having-hurst*) oder Lebensthemen (*Thomae*) wird das Konzept des *life-span-developmental-approach* und seine Relevanz für therapeutische Arbeit behandelt, insbesondere auch sein relativierender Charakter gegenüber einer einseitigen Festlegung auf „frühe Störungen“ bzw. „frühe Schädigungen“. Die Dimensionen der Persönlichkeit: Selbst, Ich und Identität, die Entwicklung vom archaischen zum reifen Leib-Selbst sind weitere Themen, die durch Selbstbilder, Beschreiben und Visualisierung von Selbstkonzepten, Diagramme der Identitätssäulen usw. medial verdeutlicht werden können.

Literatur: siehe Lit.-Liste

5. Einheit: *Krankheits- und Gesundheitslehre – Konsequenzen für die Behandlung*

Diese Einheit umfaßt die anthropologische und klinische Krankheitslehre, also entfremdungstheoretische Überlegungen und die spezifischen Krankheitsmodelle der Integrativen Therapie (Repressionsmodell, Modell der Entwicklungsnoxen, komplexes Modell „multipler, zeitextendierter Überlastung“). Die „Vier Wege der Heilung“ werden mit Blick auf die Ätiologie diskutiert. Exemplarisch werden pathogene Konstellationen in der Selbsterfahrung angeschaut: Konflikte, Störungen, Traumata und Defizite, maligne Narrative, zeitextendierte, chronische Überlastungen und die entsprechenden Abwehr- und Copingmechanismen, die Ressourcenlage, der soziale Support, der vorhanden ist oder fehlt. Weiterhin werden Konzepte zur Behandlung spezifischer Krankheitsbilder (Depressionen, Ängste usw.) diskutiert.

Literatur: siehe Lit.-Liste

6. Einheit: *Psychotherapieausbildung zwischen Dynamik und Didaktik*

Im Integrativen Ansatz wird versucht, die „Methode durch die Methode“ zu lehren und zu erlernen. Theorie und Selbsterfahrung, Methodik und Behandlungstechnik werden verbunden.

Fähigkeiten und *Fertigkeiten*, der Erwerb von *Kompetenzen* und die Steigerung und Verfeinerung der *Performanz* gehen Hand in Hand. „Persönlich bedeutsames Lernen“, „exemplarisches Lernen“, der Gewinn von Mehrperspektivität, das tetradische System, die Dialektik von Differenzierung, Integration und Kreation, das Prinzip holographischer Aneignung, atmosphärischen Erfassens und szenischen Verstehens, die didaktischen Instrumente wie Mikroanalysen, Rollen- und Simulationsspiele können thematisch ausgearbeitet werden. Das Ausbildungsscurriculum des psychotherapeutischen Zweiges und der Spezialzweige werden mit der Gruppe durchgearbeitet, um die „*philosophy*“ der Gesamtbildung und ihren Rahmen noch einmal als Ganzes in den Blick zu nehmen.

Literatur: siehe Lit.-Liste

7. Einheit: *Leibtherapie, Regressionen, emotionale Differenzierungsarbeit*

In dieser Einheit wird die Theorie der Leiblichkeit und Zwischenleiblichkeit als Ausgangspunkt genommen, um noch einmal die theoretischen Grundpositionen Integrativer Therapie zu reflektieren. Ausgehend von der Unterscheidung Körper und Leib, materiell, transmateriell, immateriell werden die Konzepte für Inkarnation, Ko-Inkarnation, Dekarnation in Richtung leibtherapeutischer Interventionen entfaltet. Induktion von Regression, Klärung des Regressionsbegriffes bringen die Auseinandersetzung mit der Emotionstheorie der Integrativen Therapie und ihrer Praxis der „*emotionalen Differenzierungsarbeit*“ mit sich. Konzepte wie Nachnähren, Parentage, Reparentage durch „*emotionale Adoption*“ sind weitere Themen des Seminars, die in exemplarischen Selbsterfahrungseinheiten bearbeitet werden.

Literatur: siehe Lit.-Liste

8. Einheit: *Identität als Lehrtherapeut – therapeutische Identität*

In dieser Einheit wird noch einmal auf den Unterschied zwischen Therapie und Ausbildung

und auf ihre Gemeinsamkeiten und Divergenzen abgestellt. Identitätstheoretische Überlegungen zur Person des Lehrtherapeuten, seinen Bezug zur Institution und zu den Ausbildungskandidaten sind Schwerpunkte der Reflexion. Die Aufgaben als Lehrender und Therapeut zugleich erfordern immer wieder Vermittlungsprozesse. Ziele und Inhalte der Ausbildung werden nochmals mit Blick auf Ausbildungsgruppe, Lehranalyse, Theorie/Praxis-Seminare, Kontrollanalyse und Supervision angesehen. Probleme und Schwierigkeiten, die in Ausbildungsgruppen und Ausbildungskontexten auftauchen können, werden anhand der Erfahrung der Teilnehmer besprochen oder bearbeitet. Fragen der persönlichen Haltung, der Ausbildungsethik und Ausbildungsphilosophie, insbesondere Themen wie der Umgang mit Macht, die Frage ideologischer Festlegungen, das Problem des sexuellen Mißbrauchs und schulenspezifischer Normen, der Identifizierung mit und der kritischen Distanz zum Verfahren der Integrativen Therapie werden Gegenstand der Ko-responzenzprozesse. Weiterhin werden noch einmal die Quellen der Integrativen Therapie thematisiert, ihr Verhältnis zu Gestalttherapie und Psychoanalyse. Die Verortung des Verfahrens im „*neuen Integrationsparadigma*“ wird therapiehistorisch, klinisch und forschungsbezogen diskutiert.

Literatur: siehe Lit.-Liste

Methodische Konzepte

Dieses „*Rahmencurriculum*“ – die gewählte Bezeichnung macht es deutlich – steckt einen Rahmen ab, einen Kanon von Themen und methodischen Zugangsweisen, der insgesamt in der Weiterbildung von Lehrbeauftragten und Lehrtherapeuten zum Tragen kommen soll. Dabei stellt sich das vermittlungstheoretische und vermittlungsmethodische Problem, das insgesamt in der Ausbildung zu bewältigen ist, auch hier: individuelle Dynamik, Gruppendynamik und thematische, lernzielorientierte Arbeit miteinander zu balancieren. Ohne vertiefte Selbsterfahrung ist eine Verfeinerung des eigenen

Interventionsstils nicht möglich. Andererseits ist diese Gruppe keine Therapiegruppe. Das therapeutische Moment ist präsent, aber nicht dominant. Eigenes Tun, ein Praktizieren von Methoden, Techniken und Medien in „gestalteter Beziehung“, das Processing, der kollegiale Austausch und die Intervision sind genauso wichtig wie die Aneignung eines begrifflichen Instrumentariums und der Bezug auf Metatheorie, realexplikative Theorien und die Praeologie des Integrativen Ansatzes. Therapeutische und didaktische Arbeit muß „wahrgenommen, erfaßt, verstanden und erklärt“ werden, und diese Fähigkeiten gilt es zu erwerben. Die theoretische Diskussion der im Literaturstudium erarbeiteten Texte ist ein wesentliches Element der Weiterbildung. Die Rückbindung dieser Diskussion an eigenes Erleben in der Gruppe, an eigene Arbeiten oder an das Vorstellen von therapeutischen Fällen bzw. exemplarischen Ausbildungssituationen soll die Theorie-/Praxisverschränkung gewährleisten.

Das Rahmencurriculum ermöglicht, daß sich die einzelnen Einheiten auch verschieben können, je nachdem, wie es die Gruppendynamik oder die Dynamik einzelner erforderlich machen. Immer wieder werden sich Theorie- und Methodikkonzepte der einzelnen Einheiten überschneiden, ergänzen, wird es zu theoretischen und praktischen Vernetzungen kommen, zu Synapse- und Synergieeffekten. Dies ist intendiert. Aus der Gruppe selbst oder aus den Beiträgen einzelner können Themen aufkommen, die ein ganzes Wochenende bestimmen und prägen, und das ist gut so, wobei gewährleistet sein soll, daß der damit nicht bearbeitete Stoff des Curriculums in einer anderen Einheit nachgeholt oder mit aufgenommen wird.

Neben den übrigen Elementen des Lehrtherapeutencurriculums (vgl. I), nämlich Ko-Training in einer fortlaufenden Aus- bzw. Weiterbildungsgruppe sowie in zwei Seminaren des Theorie-Praxis-Programms bzw. der methodischen Ausbildungsvermittlung und neben der Fortführung der Kontrollanalyse und eigener theoretischer Vertiefung stellt also die fortlaufende Weiterbildungsgruppe in Form der kolle-

gialen Intervision auf einer Blockanalyse oder in Form der fraktioniert laufenden Weiterbildungsgruppe ein zentrales Moment der „professionellen Sozialisation“ zum Lehrtherapeuten dar.

III. Abschluß der Lehrtherapeutenausbildung

Die Teilnahme am Lehrtherapeutencurriculum führt nicht automatisch zu einer Erteilung von Lehraufträgen oder zu einem Abschluß als Lehrtherapeut. Vielmehr wird aufgrund des Gesamteindruckes, der im Lehrtherapeutencurriculum vom Lehrtherapeutenkandidaten gewonnen wird, eine Entscheidung durch den jeweiligen zweigspezifischen Weiterbildungsausschuß gefällt. Bei einer Erteilung von Lehraufträgen mit zweigübergreifendem Charakter (Lehranalysen, Kontrollanalyse) fällt der zentrale Ausbildungsausschuß die Entscheidung über die Bestimmung zum Lehrbeauftragten oder Lehrtherapeuten. Bei allen Entscheidungen ist eine $\frac{2}{3}$ Mehrheit erforderlich.

Entscheidungsgrundlagen bilden folgende Stellungnahmen:

1. Die kollegiale Auswertung im Rahmen der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe (bzw. der Intervisionsgruppe auf der Blockanalyse).
2. Die Stellungnahme der Lehrtherapeutin, des Lehrtherapeuten, bei denen das Ko-Training in der fortlaufenden Ausbildungsgruppe absolviert wurde.
3. Die Stellungnahme der Kontrollanalytikerin, des Kontrollanalytikers.

Bei Dissens zwischen den befürwortenden Kolleginnen und Kollegen muß dieser im direkten Gespräch geklärt werden, so daß es zu einer einstimmigen Entscheidung kommt, oder es muß ein weiteres Gutachten eingeholt werden, so daß der jeweilige Ausschuß eine angemessene Entscheidungsgrundlage hat.

Die kollektive Evaluation der fortlaufenden Ausbildungsgruppe hat bei diesen Voten das stärkste Gewicht. Hier haben die Leiter der Weiterbildung die Möglichkeit gehabt, den Kandidaten über zwei Jahre kennenzulernen,

seine personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz zu erleben. Weiterhin befinden sich in der fortlaufenden Weiterbildungsgruppe immer auch schon eine Anzahl von Lehrbeauftragten oder Lehrtherapeuten, die damit auch eine vertiefte Möglichkeit des kollegialen Kennenlernens des Kandidaten hatten. Schließlich sind die *Kandidaten selbst* ja eine besonders ausgewählte, kompetente Population, deren Urteil unbedingt einzubeziehen ist und Gewicht hat. Die kollektive Evaluation erfolgt am letzten Weiterbildungswochenende. Hier wird – beginnend mit der Selbstbewertung jedes Kandidaten – gemeinsam überlegt, ob sie qualifiziert sind, das Verfahren der Integrativen Therapie im Rahmen des Instituts in theoretischer, praktischer, methodischer Hinsicht als Lehrende zu vertreten und für welche Spezialbereiche eine besondere Kompetenz vorliegt. Im einzelnen wird besprochen: Kompetenz für die Durchführung von Ausbildungs-

gruppen in einem oder mehreren Zweigen, Kompetenz für die Durchführung von Einzelanalysen, Kontrollanalysen, Supervisionsgruppen, Kompetenz für die Durchführung von Spezialseminaren in den einzelnen Curricula oder Kompaktcurricula. Diese Auswertung wird auf einem Formblatt festgehalten. Sie bildet mit den obengenannten weiteren befürwortenden Stellungnahmen die Grundlage für die Entscheidung des jeweiligen Ausschusses über die Bestellung zum Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten und über den Umfang des Lehrauftrages. Diese Bestellung, d. h. die Ernennung zum Mitglied des Lehrkörpers, ist an die Unterzeichnung der Ethikerklärung und der Ausbilderverpflichtungen gebunden.

Ausgewählte allgemeine Literatur zum Lehrtherapeutencurriculum [für die speziell klinische Literatur siehe das kommentierte Literaturverzeichnis von Zak-Theo]

LITERATUR

- Albert, K., Die ontologische Erfahrung, Academia, Heidelberg 1972.
- Althen, U., Das Erstinterview in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1991) 421-449.
- Ausbildungscurricula der Spezialzweige.
- Ausbildungscurriculum psychotherapeutischer Zweig.
- Basch, M.F., Die Kunst der Psychotherapie. Neueste theoretische Zugänge zur psychotherapeutischen Praxis, Pfeiffer, München 1992.
- Blaser, A., Heim, E., Ringer, Ch., Thommen, M., Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept, Huber, Bern 1992.
- Böhme, G., Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, Darmstädter Vorlesungen, Suhrkamp, Frankfurt 1985.
- Bürmann, J., „Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze eines persönlich bedeutsamen Lernens“, Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn 1992.
- Burrow, A., Gestaltpädagogik, Junfermann, Paderborn 1993.
- Cremers, J., Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, 2 Bde., frommann-holzboog, Stuttgart, Bad Cannstadt 1984.
- Dornes, M., Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen, Fischer, Frankfurt 1993.
- Dreitzel, H. P., Reflexive Sinnlichkeit, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1992.
- Eisler, K., Berührung aus Berührtheit, *Integrative Therapie* 1 (1991) 85-116.
- Eisler-Stehrenberger, K., Kreativer Prozeß – Therapeutischer Prozeß, in: *Petzold, Orth* (1990) I, 113-168.
- Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P., Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Kohlhammer, Stuttgart 1992.



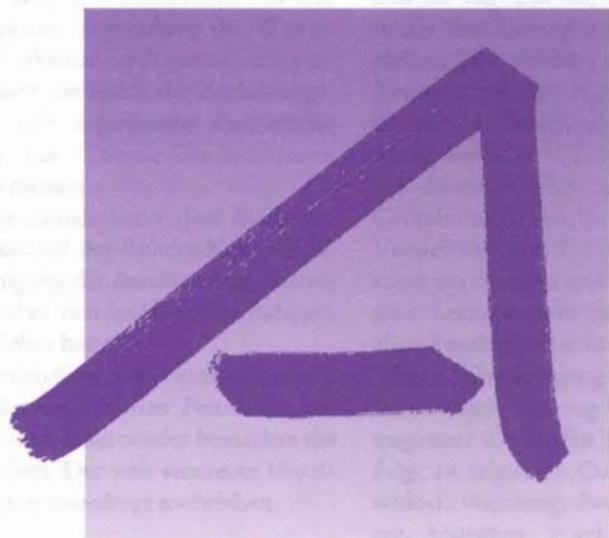
- Frohne-Hagemann, I.*, Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie, Junfermann, Paderborn 1989.
- Frühmann, R., Petzold, H.G.*, Lehrjahre der Seele, Junfermann, Paderborn 1993.
- Heinl, H.*, Körper und Symbolisierung, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 227-231.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Fallenstein, A.*, Das Arbeitspanorama, in: *Petzold, H., Heinl, H.*, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann, Paderborn 1983, 356-408.
- Heinl, H., Petzold, H.G., Walch, S.*, Gestalttherapie mit Patienten aus benachteiligten Schichten, in: *Petzold, H.G., Heinl, H.*, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann, Paderborn 1983, 267-309.
- Hernegger, R.*, Der Mensch auf der Suche nach Identität, Habelt, Bonn 1978.
- Herzog, M.*, Phänomenologische Psychologie. Grundlagen und Entwicklungen, Asanger, Heidelberg 1992.
- Herzog, W.*, Modell und Theorie in der Psychologie, Hogrefe, Göttingen 1984.
- Höhmman-Kost, A.*, Bewegung ist Leben, Junfermann, Paderborn 1991.
- Huber, W.*, Probleme, Ängste und Depressionen. Beratung und Therapie bei psychischen Störungen, Huber, Bern 1992.
- Kruse, O.*, Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung, Enke, Stuttgart 1991.
- Kruse, O.*, Entwicklungstheorie der Emotionen und Psychopathologie, in: *Petzold* (1993b).
- Kühn, R., Petzold, H.G.*, Psychotherapie und Philosophie, Junfermann, Paderborn 1992.
- Lückel, K.*, Begegnung mit Sterbenden, Kaiser, München 1981.
- Marcel, G.*, Leibliche Begegnung. Notizen aus einem gemeinsamen Gedankengang, bearbeitet von Hans A. Fischer-Barnicol, in: *Petzold, H.G.*, Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985, 15-46.
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R.* (eds.), Handbook of psychotherapy integration, Basic Books, New York 1992; dtsh. in Vorbereitung bei Junfermann.
- Orth, I., Petzold, H.G.*, Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 721-774.
- Orth, I., Petzold, H.G.*, Integrative Leib- und Bewegungstherapie mit erwachsenen Patienten, in: *Petzold* (1993a) 1151-1199.
- Orth, I., Petzold, H.*, Integration als Lebensaufgabe. Reflexionen zum Thema Integration, in: *Petzold, Sieper* (1993).
- Perls, F.S., Hefferline, R., Goodman, P.*, Gestalt Theory, Julian Press, New York 1951.
- Petzold, H.G.*, Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie, 1975e, in: *Petzold* (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980g.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Widerstand – ein strittiges Konzept der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981b.
- Petzold, H.G.*, Dramatische Therapie. Neue Wege der Behandlung durch Psychodrama, Rollenspiel, therapeutisches Theater, Hippokrates, Stuttgart 1982a.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, Pfeiffer, München 1983a.
- Petzold, H.G.*, Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, in: idem, Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
- Petzold, H.G.*, Zur Aus- und Weiterbildung von klinischen Leib- und Bewegungstherapeuten – die Theorie holographischen Lernens in der Integrativen Therapie, 1983i, in: *Petzold* (1988n) 583-600 (grundlegend).
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie – der Gestaltansatz in der Begleitung und psychotherapeutischen Betreuung sterbender Menschen, 1984c, in: *Petzold, H.G., Spiegel-Rösing, I.* (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender – Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn 1984.

- Petzold, H.G.*, Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn 1985g.
- Petzold, H.G.*, Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen – Konzepte zu einer „Integrativen Intervention“, in: *Petzold, Frühmann* (1986a) 309-376.
- Petzold, H.G.*, Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“ und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen – dargestellt an Beispielen aus der „Integrativen Bewegungstherapie“, 1988d, in: *Petzold* (1988n) 173-284.
- Petzold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, 2 Teilbände, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G.*, Beziehung und Deutung in der Integrativen Bewegungstherapie, 1988p, in: *Petzold* (1988n) 285-340.
- Petzold, H.G.*, Integrative Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien in der Begleitung Sterbender, 1990y, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 1171-1200.
- Petzold, H.G.*, Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Orth* (1990a) II, 849-880, auch in (1992a) 897-925.
- Petzold, H.G.*, Konzept und Praxis von Mehrperspektivität in der Integrativen Supervision, dargestellt an Fallbeispielen für Einzel- und Teambegleitung, *Gestalt & Integration* 1 (1990o) 7-37 und in: *Petzold* (1993a) 1291-1336.
- Petzold, H.G.*, Integrative Therapie. Methoden und Modelle zu einer schulenübergreifenden Psychotherapie, 3 Teilbände, Junfermann, Paderborn I, 1991a, II, 1992a, III, 1993a; darin: Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Therapie und Agogik [1978c] 11-90; Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit, [1988a], in (1992a) 153-339; Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie, (1988b), in (1992a) 91-152; Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen, [1991o], in (1992a) 333-395.
- Petzold, H.G.*, Die Chance der Begegnung, Dapo, Wiesbaden 1991b, auch in: idem (1993a) 1047-1087.
- Petzold, H.G.*, Der „Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, 1991k, in: *Petzold* (1992a), insbesondere die Abschnitte „Persönlichkeitstheorie“ und „Entwicklungskonzepte“, 457-647, sowie Integrative Therapie in der Lebensspanne, [1990e], in (1992a) 649-788.
- Petzold, H.G.*, Konzepte einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, 1992b, in: *Petzold* (1992a) 789-870.
- Petzold, H.G.*, Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“, 1992g, in: *Petzold* (1992a) 927-1039
- Petzold, H.G.*, Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung, Junfermann, Paderborn 1993b.
- Petzold, H.G.*, Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Paderborn 1993c.
- Petzold, H.G.*, Ethische Fragestellungen in der Psychotherapeutenausbildung an FPI und EAG, 1993l, dieses Buch.
- Petzold, H.G.*, Multiple Entfremdung und Identitätsarbeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1993.
- Petzold, H.G., Frühmann, R.* (Hrsg.), Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, 2 Bde. Junfermann, Paderborn 1986a.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten, Junfermann, Paderborn 1985.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1990a.

- Petzold, H.G., Orth, I.*, Thymopraktik, dieses Buch, S. 519.
- Petzold, H.G., Orth, I.*, Zur Anthropologie des schöpferischen Menschen, dieses Buch, S. 93 f.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.*, Soziale Gruppe, „social world“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit, 1991b; auch in: *Petzold* (1992a) 871-986.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch.*, Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1993a) 1263-1290.
- Petzold, H.G., Ramin, G.*, Schulen der Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1987.
- Petzold, H.G., Schneewind, U.*, Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie, in: *Petzold, Frühmann* (1986) Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schuch, W.*, Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie, in: *Pritz, Petzold* (1991) 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J.*, Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a (dieses Buch).
- Pritz, A., Petzold, H.G.*, Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1992.
- Rahm, D.*, Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit, Junfermann, Paderborn 1990⁶.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Rube-Hollenbach, H.*, Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis, Junfermann, Paderborn 1993.
- Schneider, K.*, Widerstand in der Gestalttherapie, in: *Petzold* (1981b) 227-254.
- Schreyögg, A.*, Integrative Supervision – ein integratives Modell, Junfermann, Paderborn 1991.
- Schreyögg, A.*, Supervision – Didaktik und Evaluation, Junfermann, Paderborn 1993.
- Sieper, J.*, Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4 (1985) 340-359.
- Sommer, K.*, Therapeutische Arbeit mit Masken, Junfermann, Paderborn 1991.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G.*, Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn 1991.
- Wirbel, U.*, Verletzungen in der Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1987) 407-423.
- ZAK-Theo*, Arbeitsmaterialien zum Selbststudium für Theoriegruppen, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, Hückeswagen 1992³.

19.

ZAK-Theo



Theoriearbeit an FPI und EAG

Der ZAK- Theo

Silke Behrend, Hamburg

Was sich unter dem etwas forschen, wenn nicht sogar schmissigen Spitznamen ZAK-Theo verbirgt, heißt ausformuliert „Zentraler Ausschuß zur Koordination des Theorieprogramms am FPI“. Liebevolle Insider sprechen zuweilen vom Zikzak- Theo, was darauf verweist, welch organisches (also keineswegs gradliniges) Wachstum der Arbeitskreis genommen hat.

HISTORISCHES

Sein Beginn datiert ins Jahr 1985, als er konzipiert wurde. Damals waren wohl schon 3 Gründe maßgebend, die Theoriearbeit am Institut auf eine breitere Basis zu stellen:

1. Im Institut stieg die Unzufriedenheit mit der theoretischen Vermittlung der Weiterbildung. Ich erinnere mich gut an meine eigene, aber auch die Kritik der Ausbildungskandidaten, alle organisierte theoretische Fundierung aus Theorie-Blockseminaren schöpfen zu müssen.
2. Wir standen damals unter dem Eindruck, daß der Ausschuß der Bundes-Kassenärztlichen-Vereinigung die Anerkennung unseres Verfahrens über den bestehenden Rahmen hinaus abgelehnt hatte.
3. Es war überdeutlich, wie herausragend die Vorreiterrolle von *Hilarion Petzold* für das Institut war und dabei wieder besonders die des Theoretikers. Der weit verstreute Mittelbau mußte hier unbedingt nachziehen.

In Hamburg hatten wir bereits eine regionale Initiative gestartet, die sich mit der Vertiefung der Theorievermittlung beschäftigte.

Eine erste bundesweite Zusammenkunft fand dann am 8./9.6.1986 am Beversee statt. Sie war im Jahresprogramm 86 ausgeschrieben, die Regionalinstitute waren zusätzlich informiert worden. Das Theorieprogramm war auf regionaler Ebene schon seit 84 in den Richtlinien ver-

pflichtend festgelegt, inklusive der Vorstellung eines Zwischenkolloquiums. Aber Gestalttherapeuten fühlten sich eher als „doers than sayers“ und waren mehrheitlich stolz darauf, und so wurde eine systematischere Betreuung notwendig.

Zehn fast ausschließlich Düsseldorfer und Hamburger VertreterInnen entwarfen eine Vermittlungsstruktur von Theorie über 3 Jahre mit z. T. detaillierten Vorstellungen über Inhalte, Fernstudium bis Gebührenordnung.

Beim nächsten Treffen am 6.2.87 in Düsseldorf waren dann außer den Vertretern von Bremen, Nürnberg und Stuttgart Vertreter aller Regionen angereist. Entsprechend klar war uns bald, daß ein Tag nicht ausreichte, um derart folgenreiche Veränderungen zu entwickeln und zu begleiten. Sehr vielfältig und sehr kritisch war die Reaktion aus den Regionen auf den Entwurf, der beim 1. Treffen entstanden war. Der Haupttenor: nur keine Verschulung!

Bei diesem Treffen entstand dann schon die Grundstruktur des ZAK-Theo. Sie enthielt die Vorstellung von 2 Treffen pro Jahr, abwechselnd am Beversee und in einer einladenden Region. Letzteres sollte den Blick für die individuellen Begebenheiten in den Regionen schärfen. Wegen Überbelegung der Akademie oder zu kurzfristiger Planung fanden von den bisher insgesamt 13 Treffen 9 in angeführter Reihenfolge an folgenden Orten statt: Beversee, Düsseldorf, Hamburg, Beversee, Frankfurt, Beversee, München, Frankfurt, Hannover, Berlin, Bremen, Beversee, Berlin.

Bereits 88 wurden in einem Rundbrief vom Institutvertreter *H. Petzold* und dem Ausschuß als dem „entscheidungsfähigen Gremium“ Übergangslösungen u. a. zu den folgen Bereichen entwickelt:

Zeitpunkt der Theorieseminare, eigeninitiierte regionale Theoriegruppen, Koordinatorentätigkeit, Inhalte und Materialien, Zwischenkollo-

quium, Fachvortrag. Diese Festlegungen setzten sich langsam durch.

Erst im März 90 gab sich der Arbeitskreis eine Satzung, in der neben der Aufgabenstellung Befugnisse und Entscheidungskompetenzen sowie die Mitgliedschaft definiert wurden.

Die Mitgliedschaft und Zusammensetzung besteht aus 2 Delegierten pro Region, die von dort benannt werden sowie von max. 2 Vertretern der Ausbildungskandidaten und dem wissenschaftlichen Leiter des FPIs, weiter einem aus dem Arbeitskreis gewählten Koordinator für 3 Jahre. Kooperierende Verbände aus den Nachbarländern können Delegierte in den Ausschuß entsenden.

In allen wissenschaftlichen Fragen arbeitet der Ausschuß direkt in Abstimmung mit der wissenschaftlichen Leitung, in Weiterbildungsfragen mit dem Weiterbildungsausschuß. Er bestimmt aber zunächst seine Aufgaben und deren Bearbeitung selbst. Die Entscheidungsbefugnis liegt bei den zuständigen Gremien.

Kostentechnisch übernimmt bei den Tagungen am Beversee das Zentralinstitut die Erstattung der Unterkunft, grundsätzlich die Fahrtkosten. Die Delegierten investieren ihre Arbeitszeit, wobei der Koordinator eine Entschädigungspauschale erhält. Sekretariatsdienste stehen uns von Düsseldorf und Beversee zur Verfügung.

Über die oben beschriebene Anfangsentwicklung hinaus richtet sich die Aufgabenstellung auf die Erstellung von Studienmaterialien, die Entwicklung von Vorgaben zur Theorieausbildung und der Zwischenprüfung, Abstimmung mit den Theorielehrauftragträgern sowie eigener wissenschaftlicher Arbeit. Damit wäre die organisatorische und didaktische Zielsetzung überschritten.

Gerade bei den letzten Treffen beschäftigte sich der Arbeitskreis mit Fragen aus der Krankheitslehre, z. B. Kasuistiken, wie sie in unserer Sprache dargestellt werden könnten usw. Aber im großen und ganzen tauchten – wie stets in solchen Arbeitsgruppen – immer neue Fragen auf. Nichtsdestoweniger entstanden in den Jahren eine Reihe von Initiativen, überdauernde und

solche „für die Mülltonne“ (*Perls*). Ich will nur einige erwähnen:

Eines unserer systematischsten Werkstücke ist der sog. Literatur-Canon, also eine kommentierte Literatursammlung, die die üblichen Literaturlisten ersetzen sollte. Wir wollten unseren persönlichen kollektiven Erfahrungsschatz zur Verfügung stellen, damit sich Auszubildende je nach ihrem geistigen Standort die passende Nahrung herausfiltern könnten und vielleicht noch Informationen über Geschmack und Verträglichkeit sowie den Bezug zu unserem Ansatz. D. h., wir wollten dem prozessualen Charakter in der Theorieerarbeitung Genüge tun.

Ein weiteres Produkt wurde das Wochenendseminar für Kandidaten aus der „Dispota“ oder andere Interessierte. Wichtig war uns ein regelmäßiger Austausch und Anregungsprozeß über das, was in den Regionen „an der Basis“ passierte. Fruchtbare Erfahrungen dienten der Nachahmung.

Im Abseits landeten Vorstellungen, die Theorieaneignung mit dem eigenen Erkenntnisprozeß als persönlichen Prozeß begleiten zu lassen, wie es in einem „Mentorenmodell“ konzipiert wurde, oder eine Didaktik vor Ort, die mit den eigeninitiierten regionalen Grüppchen verzahnt wäre.

Immerhin gab es einen Prozeß über die Jahre der Ausschußarbeit, der als Eigenerfahrung unersetzliche Grundlage für die Beratung in den Regionen dienen kann.

PROZESS UND WÜRDIGUNG

Schon früh mußten wir z. B. unsere Schwierigkeiten bei der Bearbeitung der selbstgesteckten Ziele erkennen. Immer wieder überprüften wir, ob sie eine persönliche Widerstandsfunktion hatten oder ob sie inhaltlich begründet werden konnten. Dazu gehörte die Auseinandersetzung mit Theorie und Herrschaftsanspruch; welche Werthaltungen verbinden wir mit Theoriebildung und Theorielernen? Welchen Platz hat unsere eigene normative Reflexion? (Oder perpetuieren wir mit einem gewissen „Sadismus“ das, was uns in einer entfremdeten Wissensvermittlung angetan wurde?)

Auch die Frage nach unserer Autonomie innerhalb des FPIs begleitete uns wie ein roter Faden: Was dürfen, was können wir? Wie verläuft der Weg vom Mandat zur Identität? Immer wieder wuchsen wir an kontroversen Diskussionen, von denen ich nur 2 Kostproben streifen will:

Sollte Theorie entlang des eigenen Therapieprozesses stattfinden, z. B. durch die Rekonstruktion von Sequenzen aus der Ausbildungsgruppe oder Einzelanalyse, oder würde das den therapeutischen Prozeß beeinträchtigen?

Oder in der Frage des Zwischenkolloquiums: Sollte es mit den Kategorien „bestanden – nicht bestanden“ abgelegt werden, oder wollen wir nur die Teilnahme attestieren, was der ursprünglichen Idee eines kollegialen Gesprächs entspräche. Das eine dürfte eher berufspolitischen Argumenten Genüge tun, das andere einem gestaltpädagogischen Ansatz.

Vermutlich werden uns diese und andere Fragen immer wieder beschäftigen. Nicht umsonst

ist unser FPI-Signum von der heraklitischen Spirale geschmückt!

Als Gründungsmitglied nutze ich hier die Gelegenheit, allen Mitarbeitern (auch ehemaligen) dieses ehrenamtlichen Gremiums meinen Dank auszusprechen, was gleichzeitig eine Vorstellung für die Leser sein soll:

Ulla Althen, Ingrid Bach, Susanne Bosse, Hella Brückmann (als Vertreter für Behrend/Epe), Barbara Davis, Adelheit Deingruber, Claus Epe, Bernd Heinermann (als Koordinator), Helmut Hendrys, Jürgen Hille, Hilka Otte, Heinz Lüdde, Christiane Ludwig-Körner, Dorothea Metz-Schneider, Helga Nitsch-Berg, Heinz Peters, Hilarion Petzold (als wissenschaftlicher Leiter des FPIs), Angela Reinhardt, Matthias Ruland, Udi Schneewind, Henry Schneller, Hans Waldemar Schuch, Ingrid Terfloth-Hoegg, Christian Veit, Eva Weinert.

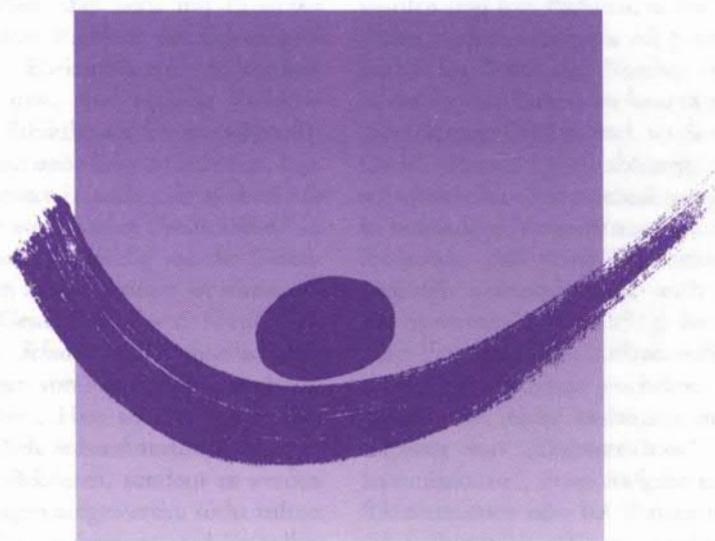
Erfreulich ist die fortlaufende regionale Ausdifferenzierung der Theoriearbeit und das Greifen didaktischer Strukturen.

LITERATUR

Tree of Science, EAG, Hückeswagen 1992.

ZAK-Theo, Arbeitsmaterialien zum Selbststudium für Theoriegruppen, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung, Hückeswagen 1992³.

20. Ethik



Ethische Fragestellungen in der Psychotherapieausbildung an FPI und EAG

Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam

Die Integrative Therapie hat als psychotherapeutische Richtung philosophische Fragen stets für wichtig erachtet. Ohne ein solides erkenntnistheoretisches und anthropologisches Fundament läßt sich ein konsistenter therapeutischer Ansatz nicht entwickeln. Die Auseinandersetzung zwischen Psychotherapie und Philosophie (Kühn, Petzold 1992) ist deshalb unerlässlich, und sie ist auch fruchtbar. Dies zeigt sich nicht zuletzt mit Blick auf ethische Fragestellungen. Weil Psychotherapie es immer wieder auch mit Grenzsituationen menschlichen Lebens zu tun hat, mit Fragen der eigenen Endlichkeit (vgl. Petzold, Petzold 1993), mit den Fragen nach dem Leben und Sterben anderer Menschen, naher Bezugspersonen, aber auch mit Patienten und Klienten, dem Problem des Schwangerschaftsabbruchs, Ehekonflikten, normativen Entscheidungen usw., sind ethische Reflexionen, ja ist eine Ethiktheorie im metatheoretischen Hintergrund unbedingt erforderlich. Psychotherapie bedeutet ja auch „die absichtsvolle Beeinflussung der menschlichen Persönlichkeit“ in Richtung auf Ziele, die häufig von der Gesellschaft vorgegeben sind, orientiert an einem gesellschaftlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriff (Petzold, Schuch 1991), gesellschaftlichen Vorstellungen von Normalität und abweichendem Verhalten. Hier wird es notwendig, nicht nur diese Ziele anhand anthropologischer Kategorien zu reflektieren, sondern es werden auch ethische Fragen aufgeworfen, nicht zuletzt die nach der Selbstbestimmung und Fremdbestimmung des Patienten. Psychotherapie gerät nur allzu leicht in die Situation, Vollzugsgehilfe entfremdender Kräfte, einer anonymen Macht (Foucault 1976) zu werden und damit Handlanger von Bestrebungen, Menschen, die von gesellschaftlich lizenzierten Sinnfolien abgewichen sind, wieder in den Bereich des gesellschaftlichen Konsenses zurückzubringen, zuweilen sogar zurückzuzwingen (Berger, Luck-

mann 1970). Überall, wo Humanwissenschaften *interventiv* werden – z. B. in der Psychotherapie, Soziotherapie, Supervision, Kunsttherapie usw. –, wird es notwendig, in einen ethischen Diskurs zu treten, den Diskurs der Interventoren (Therapeuten, Soziotherapeuten, Pädagogen) untereinander und – wichtiger noch – der Interventoren mit ihren Patienten oder Klienten, damit es möglich bleibt, Ziele und Maßnahmen *konsensuell* zu bestimmen, Einschränkungen der Selbstbestimmtheit zu vermeiden. Es gilt den „*locus of control*“ beim Patienten zu belassen, um nicht im Kontext von Therapie die entfremdenden Bedingungen zu reproduzieren, an denen Patienten krank geworden sind (ein Problem, in das sich die klassische Verhaltenstherapie oft genung verstrickt hatte). Da Werte und Normen insgesamt und in der Psychotherapie im besonderen keine unverrückbaren Größen sind, sondern vom „Zeit-Geist“ (Petzold 1989f) abhängig sind, von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die sich in beständiger Veränderung befinden, ist es erforderlich, daß unter Psychotherapeuten als „*scientific community*“, aber auch als „*professional community*“ (idem 1991g) der Diskurs ethischer Fragestellungen institutionalisiert ist. Dies ist bislang nur selten geschehen. Zumeist begrenzen sich solche Aktivitäten auf die Konstituierung von „Ehrengerichten“ und „Ethikkommissionen“, deren Aufgabe es ist, in Konfliktsituationen oder bei Verletzung berufsethischer Prinzipien tätig zu werden. Sie haben damit in der Regel einen judikatorischen Charakter, sind darauf gerichtet, die „*professional community*“ vor Schaden zu schützen, indem sie versuchen, Patienten und Klienten vor unangemessenen oder gar mißbräuchlichen Handlungen von „*professionals*“ zu schützen. Die Gefahr, daß in diesem Prozeß punitive Qualitäten in den Vordergrund geraten oder ein Entscheidungspragmatismus sich einschleicht, ist natür-

lich groß. Gravierender noch erscheint das Problem, daß Ethikkommissionen auf dem Hintergrund einer „expliziten Ethiktheorie“ tätig werden müssen, wollen sie der Gefahr entgegen, nur reaktiv und situationsbezogen Ad-hoc-Regelungen zu treffen unter der Zielsetzung einer pragmatischen Schadensbegrenzung.

Die Integrative Therapie hat aufgrund ihrer starken Anbindung an die Philosophie ethiktheoretische Fragen mit Bezug auf ihre „Gewährsphilosophen“ Gabriel Marcel, Paul Ricoeur und Nikolaj Berdjajew entwickelt, nicht zuletzt, weil zwei der Gründer des FPIs, Johanna Sieper und Hilarion Petzold, Schüler von Marcel und Ricoeur waren und sich mit der Philosophie Berdjajews und rechtsethischen Fragen befaßt hatten (Petzold 1967 IIa). Es ist wenig bekannt, daß der Autor mit einer Arbeit über „Strittige Probleme im orthodoxen Eherecht“ 1968 zum Dr. jur. can. (or. et occ.) promovierte (ders. 1968 IIff). Von diesen Einflüssen herleiten sich die Prinzipien der Nachsicht (*oikonomia*) und der Strenge (*akribeia*) her als ein Spektrum der Beurteilung von Situationen, das starre Normsysteme verhindert. Ricoeurs Überlegungen über die „Fehlbarkeit des Menschen“, Gabriel Marceks Überlegungen zum existentiellen Grund der „Menschenwürde“ (Marcel 1967), seine entfremdungstheoretischen Überlegungen zu „Sein und Haben“ (ders. 1968) und seine Intersubjektivitätstheorie (*Troisfontaines* 1968) haben die Integrative Therapie genauso beeinflusst, wie Berdjajews (1930) „Philosophie des freien Geistes“ und seine Konzeption der schöpferischen Kraft (ders. 1927) oder Kropotkins (1904, 1920) Ethik mit seiner grundlegenden Idee von der wechselseitigen Hilfeleistung. Kropotkins Vorstellungen begründen nicht nur das „exchange learning/exchange helping Konzept“ (Petzold et al. 1979; idem et al. 1991), sondern auch den „vierten Weg der Heilung“ in der Integrativen Therapie, dem Weg solidarischen Miteinanders (Petzold 1988d).

Metaethische Reflexionen und die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen waren

also stets kennzeichnend für den Integrativen Ansatz. Mit Rückgriff auf ein übergeordnetes „Milieu generalisierter Humanität“ als der „Niederschlag aller zugänglichen ethischen Diskurse“ (Petzold 1992a, 500 ff.) wird in „Ko-respon- denz“ aller in einer Situation Befindlichen ein Konsens über anstehende ethische Fragen herbeigeführt. So wird die Situationsbezogenheit der Ethik (Fletcher 1966) diskursiv ausgerichtet an metaethischen Eckpunkten einer „universellen Ethik“ (Apel 1992). Ein solcher Eckwert ist z. B. das *Integritätskriterium*. Es gilt Sorge zu tragen für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen, weiterhin die Prinzipien der „Ehrfurcht vor dem Leben“, der „Gewährleistung von Intersubjektivität“ etc. Mit diesem Weg wird einer ethischen Beliebigkeit einerseits und einem ethischen Dogmatismus andererseits begegnet. Ethische Positionen werden „engagiert“ und „kritisch“ vertreten, und sie entfließen intersubjektiver und kollektiver „Gewissensarbeit“. Diese ko-respondenztheoretische Fundierung der ethischen Position in der Integrativen Therapie (Petzold 1991e) verlangt, daß die Betroffenen im Sinne des Intersubjektivitätsideals vollauf miteinbezogen werden in die ethische Entscheidungsfindung, über den „informed consent“ (Robitscher 1978) hinaus. Die Beteiligten werden nicht nur informiert, sie werden konstitutiv für das Entstehen und die Anwendung von Normen. Hier liegt ein Spezifikum integrativer Ethiktheorie, die versucht, einen „ko-respondenzgegründeten Konsens“ zu gewinnen. Damit wird das Problem der *Legitimation* von Interventionen im großen und ganzen lösbar, es sei denn, Menschen sind aufgrund von Krisen oder Erkrankungen nicht mehr ko-respondenzfähig. Hier kann dann nur aus „unterstellter Intersubjektivität“ in „virtueller Ko-respondenz“ gehandelt werden, bis daß der Patient wieder dialogfähig ist. Leitlinie ist: „Würde der Patient meine Handlungen unterschreiben, wenn wir über die anstehenden Entscheidungen ko-respondieren könnten?“ Supervision, Kontrollanalyse, Intervision sind für solche Situationen weitere Möglichkeiten der Legitimierung.

Die ethiktheoretischen Konzepte, etwa im Korrespondenzmodell (Petzold 1978c), bleiben nie abstrakt. Sie werden – wie sollte es in der Psychotherapie auch anders möglich sein – in den Diskurs von *Theorie und Praxis* gestellt. Nur so kann einem „Ethikdefizit in der Psychotherapie“ (Strotzka 1986, 165) entgangen werden. An FPI und EAG hat es verschiedentlich intensivere Auseinandersetzungen mit dem Ethikproblem gegeben. Wir haben 1986 den „2. Europäischen Kongreß für Gestalttherapie“ (25. bis 28. September 1986) in Mainz unter dem Thema „Psychotherapie und Ethik“ (Schmidt 1988) organisiert, und Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte des Institutes haben sich dezidiert mit ethiktheoretischen Fragen befaßt

(Schuch 1988; Schreyögg 1988; Heimannsberg 1988; Schmidt, Heimannsberg 1988). Nicht zuletzt die intensive Auseinandersetzung mit Problemen bei der Arbeit mit alten Menschen, Schwerkranken und Sterbenden hat uns für dieses Thema sensibilisiert (Petzold, Bubolz 1976; Lückel 1981; Spiegel-Rösing, Petzold 1984; Petzold 1985d) und zu einigen sehr grundsätzlichen ethiktheoretischen Beiträgen geführt (Spiegel-Rösing 1984).

Für den institutionellen Alltag an FPI und EAG bedeutet dies, daß sich jeder, der dem Lehrkörper beiträgt bzw. in diesen berufen wird, auf eine vom Autor ausgearbeitete und im kollegialen Kreis abgerundete Ethikerklärung verpflichtet:

ERKLÄRUNG

»Mit meiner Ernennung zum Lehrtherapeuten/Lehrbeauftragten des „Fritz Perls Instituts und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ erkläre ich mich einverstanden, die mit dieser Ernennung verbundenen Aufgaben sorgfältig und gewissenhaft wahrzunehmen. Zu diesen Aufgaben gehört es, die Weiterbildungskandidaten gemäß den theoretischen und praktischen Standards unseres Institutes qualifiziert auszubilden, sie im Hinblick auf eine optimale Gestaltung ihres Weiterbildungsweges pädagogisch zu beraten, ihre persönliche Entwicklung zu begleiten und zu fördern und sie zu unterstützen, eine warmherzige und akzeptierende Haltung zu entwickeln. Besondere Bedeutung kommt der Stützung und Beratung der Weiterbildungskandidaten in Krisen zu, die während der Weiterbildung in Partnerschaft und Berufsfeld auftreten.

Der Lehrtherapeut/Lehrbeauftragte verpflichtet sich, die Ausführungen und Bestimmungen des Curriculums einzuhalten, insbesondere was die Durchführung und die Modalitäten von Einzel- und Kontrollanalysen angeht, da nur so gewährleistet werden kann, daß sie zu einer positiven Persönlichkeitsentwicklung und professionellen Qualifizierung im Sinne des Integrativen Ansatzes beitragen können und für den Weiterbildungskandidaten anrechenbar sind. Wo besondere Regelungen und Ausnahmen erforderlich scheinen, sind diese mit der Ausbildungsleitung des Instituts abzusprechen und ggf. dem Ausbildungsausschuß zu unterbreiten.

Die Tätigkeit als Lehrbeauftragter/Lehrtherapeut erfordert eine beständige Weiterbildung, kollegialen Austausch und die Bereitschaft, die eigene Arbeit zu hinterfragen. Deshalb ist die Teilnahme an *einem* der vom Institut angebotenen Weiterbildungsseminare pro Jahr verpflichtend. Lehrbeauftragte/Lehrtherapeuten, die Weiterbildungsgruppen durchführen, müssen an dem Seminar „Durchführung von Weiterbildungsgruppen“ teilgenommen haben. Besteht der Lehrauftrag für Einzel- und Kontrollanalysen, müssen die entsprechenden Seminare besucht werden. Lehrbeauftragte/Lehrtherapeuten eines spezifischen Seminaryps sollen in angemessenen Zeiträumen sich in kollegialen Treffen austauschen, um neue Erfahrungen und Entwicklungen einzubringen, Probleme zu erörtern, Fehlentwicklungen zu revidieren und so einen einheitlichen und hohen Standard der Weiterbildungselemente gewährleisten, die sie betreuen. Da die Lehrbefugnis nicht nur das Vermitteln professioneller Kompetenz beinhaltet, sondern auch ein pädagogisches und gesundheitspolitisches Engagement, verpflichtet sich der/die Lehrbeauftragte, im Rahmen seiner/ihrer Weiterbildungsveranstaltungen diese Aspekte zu berücksichtigen und die Weiterbildungskandidaten zur Mitarbeit in dem dem in Weiterbildungszweig entsprechenden Berufsverband und gesundheitspolitischen Initiativen zu motivieren. Auch die Arbeit in den Regionalinstituten ist als wichtiges Moment kollegialer Kooperation unter den Lehrbeauftragten anzusehen. Ein Lehrbeauftragter muß sich einem Regionalinstitut zuordnen.

Da ein derart komplexer Anspruch, wie er mit dem Integrativen Konzept psychosozialer Intervention und ganzheitlicher Therapie verbunden ist, nur als gemeinsames Unterfangen verwirklicht werden kann, verpflichtet sich der Lehrbeauftragte, die Belange des Instituts gegenüber der Öffentlichkeit und der Weiterbildungskandidaten engagiert und kollegial zu vertreten. Auftretende Schwierigkeiten sind mit dem Ausbildungsausschuß, der Geschäftsführung und etwaig beteiligten Kollegen unmittelbar auszutragen und nicht über bzw. zu Lasten von Weiterbildungskandidaten. Dem Prinzip der Direktheit und Offenheit, das wir in unserem Ansatz vertreten, wird durch unmittelbare persönliche Rückmeldung am besten entsprochen.

Verhalten, das den Interessen des Instituts im Sinne einer Schädigung seines Ansehens in der Öffentlichkeit oder seiner inneren Konsistenz schadet sowie die Prinzipien guter Kollegialität verletzt, kann genauso durch Beschluß des Ausbildungsausschusses Grund für einen Entzug der Lehrbefugnis sein, wie unverantwortliche und den ethischen Grundsätzen unseres Berufsstandes zuwiderlaufender Umgang mit PatientInnen, KlientInnen und WeiterbildungskandidatInnen. Der Lehrbeauftragte verpflichtet sich, mit Annahme des Lehrauftrages die inneren Angelegenheiten des Instituts mit Diskretion zu behandeln, insbesondere Personalangelegenheiten.

Die Informationen über Weiterbildungskandidaten unterliegen der in psychotherapeutischen Berufen gültigen Schweigepflicht.

Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragte gehören der Vollversammlung des Lehrpersonals des Instituts an und verfügen über das aktive und passive Wahlrecht für die Ausbildungsausschüsse. Sie verpflichten sich zur grundsätzlichen Bereitschaft, im jeweiligen Ausbildungsausschuß oder in Gremien des Instituts über eine Arbeitsperiode (3 Jahre) mitzuarbeiten.«

Im Rahmen der Gesellschafterversammlung der Fachbereichsleiterkonferenz und der Ausbildungsausschüsse der einzelnen Zweige werden die in dieser Erklärung genannten Prinzipien immer wieder reflektiert und auf konkrete Situationen bezogen. Zuweilen werden aus aktuellem Anlaß Vertiefungen oder Spezifizierungen notwendig. So hat die im Felde der Psychotherapie schulenübergreifend geführte Diskussion zum Thema des sexuellen Mißbrauchs (Neuser 1991) den zentralen Ausbildungsausschuß über geraume Zeit beschäftigt und zur

Verabschiedung der für den Standpunkt von FPI und EAG maßgeblichen Erklärung geführt: *»Sexuelle Handlungen und der Mißbrauch von Machtpositionen im Rahmen therapeutischer Situationen mit Patienten/Patientinnen, Klienten/Klientinnen, Ausbildungskandidaten/-kandidatinnen sind mit den Grundsätzen der beruflichen Ethik von Psychotherapeuten, mit der klinischen Erfahrung und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen unvereinbar und als gravierender Kunstfehler anzusehen.*

Die Situation im Rahmen eines psychotherapeutischen Ausbildungsinstituts birgt in besonderer Weise die Möglichkeit von Übertragungskonstellationen. Damit ist auch die Gefahr ihres Mißbrauchs gegeben. Angehörige des Lehrkörpers haben sich derartiger Zusammenhänge bewußt zu sein, um mit diesen Gegebenheiten sorgfältig und verantwortungsvoll umzugehen.«

Zur Umsetzung der in der voranstehenden Ethik-Verpflichtung des FPIs enthaltenen Grundsätze wurde vom Ausbildungsausschuß und von der Gesellschafterversammlung des Instituts gemeinsam eine unabhängige Ethikkommission als Gremium von Vertrauenspersonen berufen. Diese steht für Fragestellungen, Probleme und Konfliktfälle, die in dem genannten Zusammenhang von Therapie- und Ausbildungssituationen auftauchen können, zur Verfügung. Die Kommission hat den Auftrag, auftauchende oder anstehende Probleme derartig zu behandeln, daß mit der Situation der Betroffenen und den Belangen des Ausbildungsinstitutes sorgfältig und angemessen umgegangen wird. Es erarbeitet die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben und seiner Tätigkeit erforderlichen konzeptionellen Grundlagen, entwickelt Rahmenrichtlinien für den Umgang mit Problem- und Mißbrauchssituationen und berät das Institut in Ethikfragen.

Die Ethikkommission arbeitet im Hinblick auf ihre Entscheidungsfindungen und ihre Maßnahmen zur Problemlösung aufgabenbezogen und unabhängig. Die Kommission setzt sich aus fünf Personen im Geschlechterverhältnis 2 : 3 zusammen. Vier Mitglieder sollten dem Lehrkörper angehören, ein weiteres aus dem Kreis

der Graduierten kommen. Die Kommission arbeitet über einen Zeitraum von drei Jahren. Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

Über Handlungskonsequenzen, die aufgrund etwaiger Mißbrauchssituationen notwendig werden, entscheidet der jeweilige zweigspezifische Ausbildungsausschuß und die Gesellschafterversammlung auf Empfehlung der Ethikkommission.

Die theoretische Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung und ihre Rückbindung an die Mißbrauchsproblematik, mit der Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in ihrer Arbeit immer wieder konfrontiert werden, ist Gegenstand zahlreicher Veröffentlichungen geworden (vgl. *Zehnder-Juvalta* 1990 und die von *Ramin* 1993 zusammengetragenen Arbeiten). Natürlich ist sexueller Mißbrauch nicht das einzige oder das vorherrschende Thema im Kontext von Psychotherapie und Ethik. Genannt seien noch: Kunstfehler, Machtmißbrauch, Verstrickungen in der Therapie und daraus resultierende Verletzungen (*Wirbel* 1987). Solchen Problemen zu begegnen ist äußerst schwierig. Es wird erforderlich, praktikable Modelle zu entwickeln, die wirklich hilfreich werden können, z. B. „*Vertrauenstherapeuten*“ (*Petzold* 1987g) oder fachliche Gremien wie der „*Arbeitskreis Ethik*“, der „*Arbeitskreis Politik und*

Therapie“ oder die „*Ethikkommission*“, die 1992 am Institut eingerichtet wurde und am 06.09.1992 erstmalig zusammenkam. Aufgabe solcher Gremien kann es und darf es nun aber nicht sein, die Ethik einer Institution zu repräsentieren, ein Gremium, an das Probleme „delegiert“ werden können. Ein solches Konzept wäre genauso unsinnig, wie das einer „verordneten Ethik“. Psychotherapie ist als „Gewissensarbeit“ (*Petzold* 1992a, 500 ff.) über die Selbsterfahrungsprozesse in der besonderen Situation, daß sie ethische Zusammenhänge erfahrbar machen kann: in der Bearbeitung von Gruppenkonflikten, in der Auseinandersetzung mit dem persönlichen Schicksal, mit Fragen der Schuld (*Heimannsberg* 1988) oder des „richtigen“ oder „falschen“ Handelns. Auf einer solchen Erfahrungsgrundlage wird das „moralische Subjekt“ (*Herzog* 1991) keine abstrakte Größe, und es kann „*engagierte Verantwortung als Praxis von Verantwortung*“ aus der eigenen Betroffenheit und der Ko-respondenz erwachsen (*Petzold* 1989i, 1990n, 1991e; *Apel* 1992). Eine solche Verantwortung kann dann von Personen und von sozialen Gruppen, von „professional communities“ (*Petzold* 1991h) und therapeutischen Lerngemeinschaften getragen werden, denn diese sind immer auch Wertegemeinschaften.

LITERATUR

- Apel, K.O.*, Universelle Ethik, *UNESCO Courier* 7/8 (1992) 7-11.
- Berdjajew, N.*, Der Sinn des Schaffens, Mohr, Tübingen 1927.
- Berdjajew, N.*, Die Philosophie des freien Geistes, Holle, Darmstadt 1930.
- Berger, P.L., Luckmann, T.*, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Fischer, Frankfurt 1970.
- Fletcher, J.F.*, Situation ethics: The new morality, Westminster Press, Philadelphia 1966; dtsh. Moral ohne Norm? Claussen, Bosse, Leck 1967.
- Foucault, M.*, Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin, Merve, Berlin 1976.
- Heimannsberg, B.*, Schuld und Schuldgefühle in der klassischen Gestalttherapie und in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 183-198.
- Heimannsberg, B., Schmidt, Ch.*, Das kollektive Schweigen. Nazivergangenheit und gebrochene Identität in der Psychotherapie, Asanger, Heidelberg 1988.

- Herzog, W., Das moralische Subjekt, Huber, Bern 1991.
- Kropotkin, P., Mutual aid. A factor of evolution, London 1902; dtsh. 1904, 1977.
- Kropotkin, P., Ethik: Ursprung und Entwicklung der Sitten (1920), Kramer, Berlin 1976.
- Kühn, R., Petzold, H.G., Psychotherapie & Philosophie. Philosophie als Psychotherapie? Junfermann, Paderborn 1992.
- Lückel, K., Begegnung mit Sterbenden, Kaiser, München 1981.
- Marcel, G., Sein und Haben, Schönigh, Paderborn 1954, 1968.
- Marcel, G., Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund, Knecht, Frankfurt 1967.
- Neuser, F., Bericht über ein Hearing mit dem Thema „Sexuelle Übergriffe in der Therapie – Kunstfehler, Kavaliersdelikt?“, *Gestalt und Integration* 1 (1991) 193-194.
- Petzold, H.G., Geisteskrankheit, Ehe und Ordination im Orientalischen Kirchenrecht, 1967 IIa, *Österreichisches Archiv für Kirchenrecht* 3 (1967) 325-338.
- Petzold, H.G., Strittige Probleme im orthodoxen Eherecht unter besonderer Berücksichtigung partikularrechtlicher Probleme der Gemeinden des abendländischen (gallikanischen) Ritus, Diss. Fac. Theol., Institut St. Denis, Paris, *Publications de L'institut St. Denis*, Paris 1968 II f.
- Petzold, H.G., Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1 (1987g) 120-124.
- Petzold, H.G., 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 (1988d) 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. in: 1988n, 173-283.
- Petzold, H.G., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n.
- Petzold, H.G., Zeitgeist als Sozialisationsklima – zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie, *Gestalt und Integration* 2 (1989f) 140-150.
- Petzold, H.G., Supervision zwischen Exzentrizität und Engagement, *Integrative Therapie* 3/4 (1989i) 352-363.
- Petzold, H.G., Ethische Konzepte für die Psychotherapie – Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie, *Gestalt* 9 (1990n, Zürich) 6-12.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn 1991a.
- Petzold, H.G., Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, 1991e, in: Petzold (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G., Therapeutische Identität und plurale therapeutische Kultur – Überlegungen am Beispiel Gestalttherapie/Integrative Therapie, *Gestalt* 11, 14-34; erw.: Therapeutische Identität, „professional community“ und plurale therapeutische Kultur“ – Überlegungen am Beispiel Gestalttherapie/Integrative Therapie, 1991g, dieses Buch, S. 51 ff.
- Petzold, H.G., Die Behandlung alter Menschen durch Integrative Tanz- und Bewegungstherapie in der Arbeit mit alten Menschen, 1991h, in: Willke, Hölter, Petzold (1991) 413-446.
- Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- Petzold, H.G., Laschinsky, D., Rinast, M., Exchange Learning – ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3 (1979) 224-245; repr. (1985a) 69-92.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Lebenswelten alter Menschen, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden – gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der Weiterbildungspraxis an FPI/EAG, dieses Buch, S. 633 ff.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A., Anleitung zu „wechselseitiger Hilfe“ – Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer – Konzepte und Erfahrungen, in: Petzold, Schobert (1991) 207-259.

- Petzold, H.G., Schobert, R., Selbsthilfe und Psychosomatik, Junfermann, Paderborn 1991.
- Petzold, H.G., Schuch, W., Grundzüge des Krankheitsbegriffes im Entwurf der Integrativen Therapie, in: Pritz, Petzold (1991) 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J., Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993a.
- Ramin, G. (Hrsg.), Inzest und sexueller Mißbrauch – ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1993.
- Robitscher, J., Informed consent for psychoanalysis, *Journal of Psychiatry and Law* 6 (1978) 409-415.
- Schmidt, Chr., Editorial: Psychotherapie und Ethik – eine vernachlässigte Fragestellung, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 101-107.
- Schreyögg, A., Supervision und Ethik. Überlegungen zum Stellenwert von Ethik und Psychotherapie, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 158-171.
- Schuch, W., Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung, *Integrative Therapie* 2/3 (1988) 108-131.
- Spiegel-Rösing, I., Der ethische Kontext. Ethik der Medizin, Thanatologie und Psychotherapie, in: Spiegel-Rösing, Petzold (1984) 31-84.
- Spiegel-Rösing, I., Petzold, H.G. (Hrsg.), Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie, Junfermann, Paderborn 1984, 1992².
- Strotzka, H., Psychoanalyse und Ethik, in: Kaiser, P. (Hrsg.), Glück und Gesundheit durch Psychologie? Konzepte, Entwürfe, Utopien, PVU, Weinheim/München 1986, 158-166.
- Troisfontaines, R., De l'existence à l'être. La philosophie de Gabriel Marcel, Löwen 1968.
- Willke, E., Hölter, G., Petzold, H.G. (Hrsg.), Tanztherapie – Theorie und Praxis. Ein Handbuch, Junfermann, Paderborn 1991.
- Wirbel, U., Verletzungen in der Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1987) 407-423.

IV

EINRICHTUNGEN UND KOOPERATIONEN

FPI – Institution im Wandel. Transformation aus familiären Strukturen zur Professionalität

Doris Wolff, Hückeswagen

Das FPI, „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“, gemeinnützige GmbH, blickt als innovatives Unternehmen auf 20 Jahre steten Wachstums zurück. Vertikale als auch horizontale Ausbreitung in Form von Differenzierung des Bildungsangebotes einerseits und Anstieg von Teilnehmerzahlen und Unterrichtsstunden andererseits erforderten das Verlassen der Pionierphase und sprengten die gewachsene „Familienstruktur“. Stärkere Formalisierung und organisatorische Strukturgestaltung erwiesen sich in den letzten Jahren als unerlässlich.

1981 wurden die Gebäude am Beversee erworben und als Weiterbildungsakademie in der Trägerschaft des FPIs ausgebaut, um als Kernstück und Herz dem sich europaweit ausbreitenden Institut Zusammenhalt zu verleihen. Die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) ist eine nach dem Weiterbildungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen staatlich anerkannte Bildungsstätte. Alle beruflichen Bildungsangebote sind nach dem Arbeitnehmerweiterbildungsgesetz (AWbG) anerkannt, d. h. Teilnehmer können Bildungsurlaub in Anspruch nehmen. Die mittel- und langfristigen Weiterbildungsgänge in der gesamten Bundesrepublik sind durch die Arbeitsämter zur AFG-Förderung genehmigt (Arbeitsförderungsgesetz). Um dem Wachstum des FPIs zu entsprechen, wurden die Akademiegebäude durch Abriss des vormaligen Bootshauses und Wiederaufbau des Gebäudes 1989 maßgeblich erweitert. Bei der Durchführung des Neubaus waren gute Kontakte zu den städtischen Behörden und dem Kreisbauamt hilfreich. Die Kapazität der Akademie reicht seitdem mit 75 Übernachtungsplätzen und sechs Gruppenräumen für vier parallelaufende Seminare bzw. Gruppentreffen aus und bietet mehrmals im Jahr fachspezifischen Tagungen oder Symposien Platz. Die mit der räumlichen Erweiterung ver-

bundene Ausweitung im hauswirtschaftlichen Bereich erforderte auch hier einen Wandel von der Familienstruktur zur Professionalität, von dem die Pflege des gesamten Anwesens und die Qualität der Küche gleichermaßen profitieren.

Nachdem die Leitung des Institutes jahrelang durch die Gesellschafter in unermüdlichem Einsatz bewältigt worden war, erforderte die wachsende Kapazität in zunehmendem Umfang, Teilbereiche an Gremien und Ausschüsse zu delegieren. Im fachlichen Bereich fungieren neben Ausbildungsleiterin, wissenschaftlichem Leiter und ärztlichem Leiter z. Z. sieben FachbereichsleiterInnen und sieben Fachausschüsse (besetzt durch gewählte Mitglieder aus dem Bereich der LehrtherapeutInnen/Lehrbeauftragten, Vertretern der WeiterbildungskandidatInnen, FachbereichsleiterInnen und GesellschafterInnen) sowie der zentrale Weiterbildungsausschuß (Zusammensetzung fachbereichsübergreifend), der zentrale Ausschuß zur Koordination des Theorieprogramms (ZAK-Theo).

Weitere wichtige Gremien als tragende Säulen des Institutes sind:

FachbereichsleiterInnentreffen, Treffen der ZulassungseminartherapeutInnen und -interviewerInnen, Komitees zur Programmplanung, zur Erarbeitung neuer Curricula, die Ethik-Kommission u. a. Der Stamm der LehrtherapeutInnen/Lehrbeauftragten umfaßt mittlerweile 240 Honorarkräfte. Viele dieser freiberuflich tätigen MitarbeiterInnen waren maßgeblich am Aufbau des Institutes beteiligt und sind seit Jahren ehrenamtlich in Ausschüssen und Gremien tätig.

Im kaufmännischen Bereich wurde zur weiteren Entlastung der Gesellschafter die Stelle der Verwaltungsleitung eingerichtet. An sie delegiert wurde die administrative Leitung von derzeit vierzig hauptamtlichen MitarbeiterInnen sowie

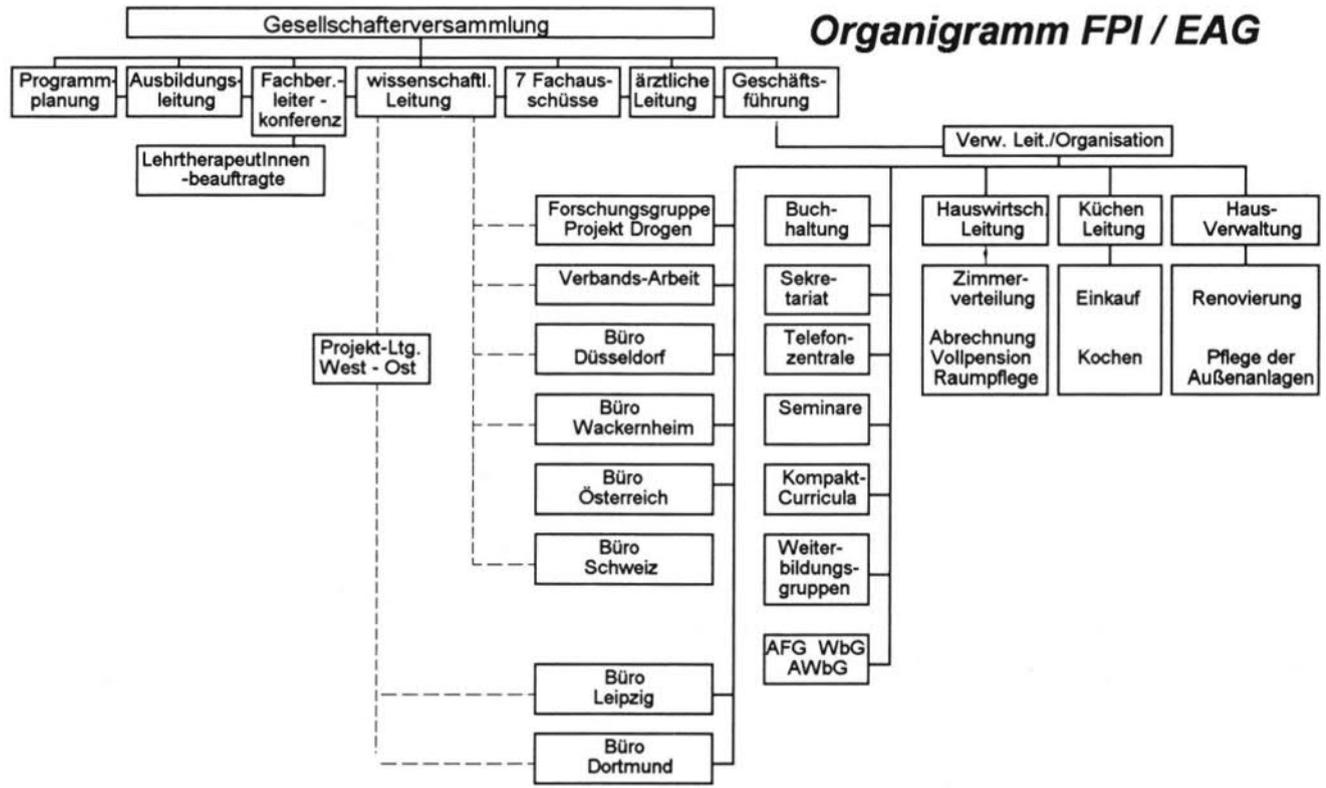
die Leitung des Akademiebetriebes am Beversee. Zehn der hauptamtlichen MitarbeiterInnen sind in Projekten der Bildungs-, Sozial-, Therapie- und Drogenforschung tätig. Weitere Angestellte übernehmen umfangreiche Aufgaben zur Unterstützung der Ausbildungsleiterin und des wissenschaftlichen Leiters, die Durchführung der Verbandsarbeit und Aufbauarbeiten zur Etablierung der Weiterbildung in den neuen Bundesländern. Die VerwaltungsmitarbeiterInnen am Beversee organisieren die Programmdurchführung sowohl vor Ort als auch in den übrigen Bundesländern und im europäischen Ausland. Verbunden hiermit sind die sorgfältige Bearbeitung der vielen unterschiedlichen Pflichtseminare aller Weiterbildungszweige sowie der Kompaktcurricula und zusätzlicher Einzelseminare, die Plazierung aller Veranstaltungen in der Akademie bzw. die Hausbuchungen außerhalb. Weiterhin erfolgt hier die Prüfung der Bewerbungsunterlagen, die Zusammenstellung der Weiterbildungsgruppen und die organisatorische Betreuung der WeiterbildungsteilnehmerInnen. In der Buchhaltung werden ca. 7000 Debitorenkonten gepflegt, weiterhin wird hier der gesamte Finanzbereich des Institutes verwaltet. AFG-, WbG- und AWbG-Vorschriften (Arbeitsförderungsgesetz, Weiterbildungsgesetz, Arbeitnehmerweiterbildungsgesetz) erfordern die Bearbeitung von Bergen von Unterlagen und Formularen. Die ständig wachsende Komplexität der verwaltungstechnischen Aufgaben erfordert vor allem entwicklungsfähige MitarbeiterInnen, darüber hinaus auch umfangreiche technische Hilfen. So wurden in den vergangenen Jahren sukzessive Computer für alle Büros angeschafft und in der Verwaltung am Beversee mittlerweile auch vernetzt, um

redundante Daten zu vermeiden. Der Entwicklungsprozeß von EAG/FPI stellt an die organisatorische Binnenstruktur hohe Anforderungen. Durch einen Kanon von Mindestregeln, der die diversen Strömungen und konkurrierenden Ziele zusammenbindet, werden Orientierungsmuster erstellt als Voraussetzung für organisatorisches Handeln und für kongruente Problemlösungen. Diese Regeln verlangen laufende Updates. Beispiel für konkurrierende Ziele, die integriert werden müssen, sind:

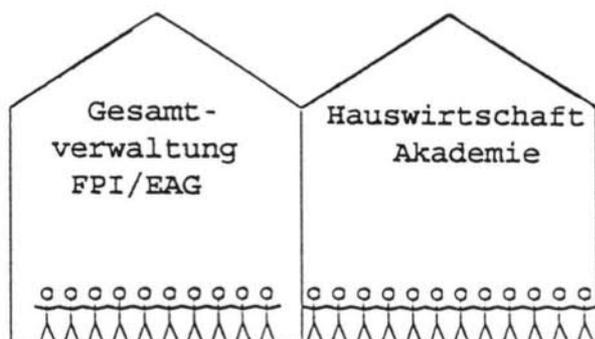
- im Planungsbereich: innovative Potenz muß auf Durchführbarkeit und Wirtschaftlichkeit abgestimmt werden;
- im alltäglichen Ausführungsbereich: Anträge auf Sonderregelungen der TeilnehmerInnen bzgl. Zulassungsvoraussetzungen widersprechen den berufspolitischen Interessen im Hinblick auf Anerkennung, Anträge auf Erlaß oder Austausch von Weiterbildungsmodulen widersprechen den Vorschriften der AFG-Förderung, An-, Ab-, Ummeldepraktiken sowie Zahlungsmoral stehen einer geregelten Seminarbelegung entgegen und konkurrieren last not least ökonomische Gesichtspunkte, die als Überlebensprämisse des Institutes unumgänglich sind.

Qualitative Leistung erfordert motivierte hauptamtliche MitarbeiterInnen, deren Kompetenz sich kongruent zum Wachstum des Institutes entwickelt. Die Entfaltung dieses Potentials wird unterstützt durch Einzel- und Teamsupervision, die das Institut im Zuge der MitarbeiterInnenpflege anbietet. Der dauernde Prozeß der Veränderung der Organisation durch Veränderung der Mitglieder in ihr hat somit einen Wandlungsprozeß in der Unternehmenskultur von EAG und FPI eingeleitet.

Organigramm FPI / EAG



Hauptamtliche MitarbeiterInnen EAG/FPI



Hückeswagen



Wackernheim

Düsseldorf

Hückeswagen



Leipzig



Dortmund

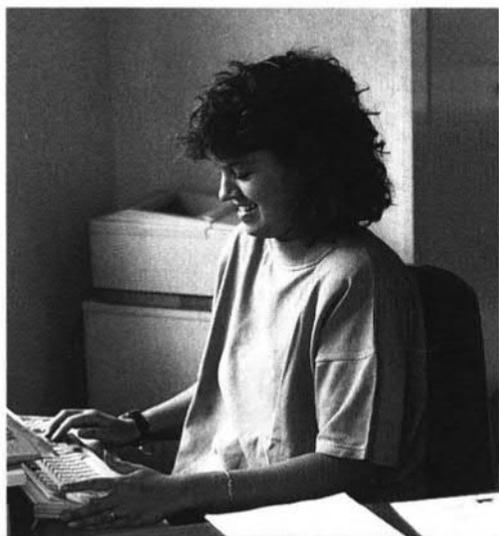


Österreich



Schweiz

Mitarbeiterinnen an FPI und EAG



Isabelle Schmiedel
Organisationssekretariat



Ingrid Daniel
Organisationssekretariat



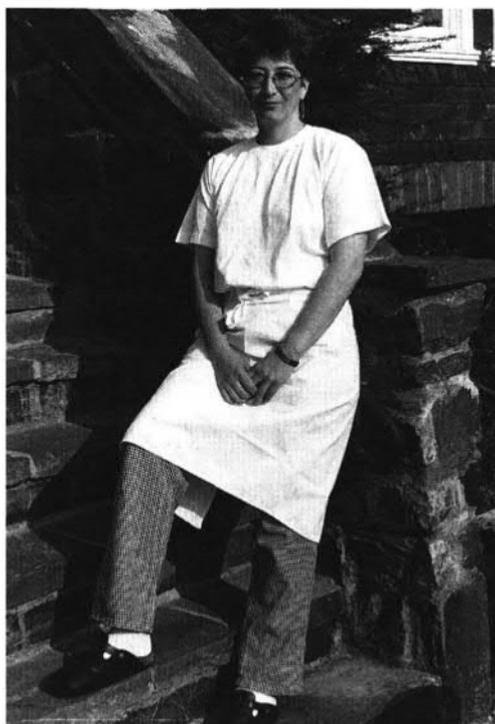
Doris Wolff
Verwaltungsleitung, Prokuristin



Ruth Frangenberg-Wolter
Wissenschaftliches Sekretariat, Redaktionssekretariat



Marga Schor
Hauspflege



Kornelia Röhrich
Leitung Küche



Mitarbeiterinnen der Verwaltung



Das Hausmeisterteam

Gestalttherapie/Integrative Therapie im klinischen Bereich Fritz-Perls-Klinikum an der Hardtwaldklinik I in Zwesten

Wolfgang Schroeder, Ulrich Wolf, Zwesten

GESCHICHTE – GEGENWART –
ZUKUNFT

GESCHICHTE

Anlässlich des 20jährigen Bestehens des FPIs soll hier die Entwicklung und die derzeitige Situation des Gestaltklinikums in Bad Zwesten aufgezeigt werden.

Zu den ersten Absolventen der damals neu in Deutschland etablierten Ausbildung in Gestalttherapie am FPI gehörte Dr. med. *Lotte-Hartmann-Kottek*, Diplom-Psychologin und Ärztin für innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, die am 1. Februar 1978 an die Hardtwaldklinik I berufen wurde, um die damals noch als Psychiatrie geführte Abteilung zu übernehmen und daraus eine Abteilung für Psychiatrie/Psychotherapie – klinische Gestalttherapie zu entwickeln. Die Hardtwaldkliniken I und II (eröffnet 1972 bzw. 1975) waren ursprünglich konzipiert als Rehabilitationskliniken für Neurologie und Psychiatrie und wurden in der Anfangszeit fast ausschließlich mit Patienten der BfA belegt. Die BfA plante jedoch zu dieser Zeit, auch den Patienten eine Psychotherapie zugänglich zu machen, die wegen ihres Wohnsitzes oder fehlender Therapeuten – besonders in entlegenen Gebieten – keine psychotherapeutische Hilfe erhalten konnten. Auf Anregung des damaligen Fachbereichsleiters für Psychiatrie und Rehabilitation der BfA Berlin, Herrn *Dr. Wehowsky*, richtete der Klinikträger, Herr *Werner Wicker*, eine Abteilung für Gestalttherapie mit entsprechenden Räumlichkeiten und Personal ein, nachdem kurz vorher bereits eine Abteilung für Psychodrama durch Dr. *Uwe Seeger* in der HWK II gegründet worden war.

Ein klinische Abteilung, in der eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie nach gestalttherapeutischem Konzept für die Patienten zur

Verfügung stand, war 1978 ein absolutes Novum: Neben Kliniken oder Abteilungen mit psychoanalytischem Behandlungskonzept oder verhaltensmedizinischer Ausrichtung hatte damit zum ersten Mal in Deutschland die Gestalttherapie Einzug in eine Klinik gehalten.

In enger Zusammenarbeit mit dem FPI, insbesondere mit *Hildegund Heintl* und *Hilarion Petzold*, konnte *Lotte Hartmann-Kottek* ein Konzept stationärer Gestalttherapie für Neurosen und Psychosen entwickeln, das – zumindest für den Bereich der Neurosetherapie – bis heute maßgeblich für unsere klinische Arbeit geblieben ist. Dies ist um so bemerkenswerter, weil es ihr gelang, den Transfer von der Ausbildung am FPI in die Realität der Klinikarbeit mit Patienten zu schaffen.

Einer von uns (W.S.) hat ab 1980 die Arbeit in dieser Abteilung miterlebt, zuerst aus der Perspektive einer analytischen Nachbarabteilung, seit 1983 als Oberarzt, und er war immer wieder aufs neue fasziniert von der Lebendigkeit und dem Geist des Teams, dem inneren Zusammenhalt der Abteilung, der Kreativität im Erproben neuer Möglichkeiten unter Einbeziehung von Musik-, Gestaltungs-, Bewegungs- und Tanztherapie. Neben dem Dienst in der Klinik gab es viele gemeinsame Freizeitaktivitäten, von Geburtstagsfeiern über Abteilungsausflüge bis hin zu gemeinsamen Kongreßbesuchen. Diese ersten Jahre waren geprägt von einem enormen Pioniergeist, die Idee der klinischen Gestalttherapie weiter auszubauen, auch gegen die deutlicher werdenden Widerstände in anderen Klinikabteilungen.

Da vom FPI nicht genügend Mediziner kamen, fanden auch Absolventen anderer Institute (IGW, Institut für Gestalttherapie, Würzburg, und dem Gestaltinstitut Frankfurt, GIF) als ärztliche oder psychologische Kollegen zu uns ins Team. Diese erste große Auf- und Ausbauphase (die Abteilung war von 60 auf 160

Betten angewachsen) brachte auch die Erweiterung des Kreises der Kostenträger. Neben Patienten der BfA wurden solche der LVA, der Krankenkassen einschließlich der Beihilfestellen zur Behandlung aufgenommen. Die Zahl der Stellen für Schwestern, Kreativtherapeuten, Ärzte, einschließlich der neugeschaffenen Oberarztstellen, konnten vermehrt und eine Planstelle eines leitenden Psychologen geschaffen werden. Für die ärztliche Weiterbildung durch die Landesärztekammer Hessen wurden für die Psychiatrie zwei Jahre und für die Psychotherapie die volle Weiterbildungszeit angerechnet.

Die Anerkennung der Gestalttherapie als „Zweitverfahren“ für den Zusatztitel Psychotherapie bei der Landesärztekammer Hessen war das Verdienst von *Lotte Hartmann-Kottek*, die damit die Etablierung dieses Verfahrens im klinischen Rahmen bewirkte. *Wolfgang Schroeder* konnte seine Weiterbildungsermächtigung für klinische Musiktherapie als „Zweitverfahren“ einbringen. Aus der Praxis wissen wir, daß seitdem auch andere Ärztekammern auf Antrag diese beiden Verfahren ebenfalls anerkennen. Für unsere psychologischen Kollegen und Kolleginnen besteht die Möglichkeit, über den Weiterbildungskreis Bad Zwesten ein „Analog-Zertifikat“ zu erwerben, das inhaltlich dem Zusatztitel entspricht und in der Praxis auch anerkannt wird. Einige unserer Kreativtherapeuten haben am FPI eine Ausbildung entsprechend ihrem Arbeitsschwerpunkt absolviert und inzwischen Ausbilderfunktionen am FPI übernommen.

Das Ausscheiden von *Lotte Hartmann-Kottek* im September 1987 brachte drei einschneidende Veränderungen: Die Abteilungen wurden getrennt. Die Psychiatrie/Psychotherapie mit 100 Betten in der Hardtwaldklinik I übernahm nach einer Vakanz von einem Jahr der Psychoanalytiker und Psychiater Dr. *Jürgen Schlosser*, der sich den humanistischen Verfahren gegenüber offen zeigte und sie noch in der Behandlung von Psychosen und Neurosen neben eigenen, psychoanalytischen Behandlungsmethoden weiterbestehen ließ.

GEGENWART

Die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik, die mit ihren 59 Betten das heutige „Gestalt-Klinikum“ bilden, befindet sich als Dependence in der Hardtwaldklinik II. Leitender Arzt ist seit Oktober 1983 Dr. med *Wolfgang Schroeder*, Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie, Professor für Musiktherapie, weiterbildungsermächtigt für Psychotherapie und Musiktherapie durch die Landesärztekammer Hessen. Das heutige Team besteht aus dem leitenden Arzt, dem Oberarzt, *Ulrich Wolf*, sechs Assistenzärzten und -ärztinnen und einer Psychologin. Die Gestaltungstherapeutin und ein Bewegungstherapeut haben je eine halbe Stelle. Die Musiktherapie betreut *Wolfgang Schroeder* zusätzlich zu seinen Leitungsfunktionen.

Bindeglied zwischen Therapeuten und Patienten ist unser Pflorgeteam, bestehend aus fünf Schwestern und einem Stationspfleger. Bei der Fluktuation der Therapeuten und Therapeutinnen, die im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung in der Regel meist nur etwa zwei Jahre bei uns sind, bildet das Pflorgeteam, dessen Mitglieder zum Teil schon über zehn Jahre dabei sind, die Gruppe mit der höchsten Kontinuität. Sie arbeiten in den Gruppen mit, leiten verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppen (z. B. Angstgruppe, Suchtgruppe) und sind häufig die ersten Ansprechpartner der Patienten und können auf Grund ihrer langjährigen Mitarbeit und Kompetenz (z. T. nach Ausbildung zur/zum Psychotherapieschwester/-pfleger) wichtige therapeutische Hilfe anbieten.

Der Schwerpunkt unserer therapeutischen Arbeit liegt in der Gruppentherapie nach gestalttherapeutischem Konzept (zwei Therapiesitzungen zu 100 Minuten, zwei Kreativgruppen zu 100 Minuten: wahlweise Musik-, Gestaltungs- oder Bewegungstherapie und 3 bis 4 kurzen Therapiegruppen zu 45 Minuten, zwei Stationsgruppen zu 60 Minuten mit etwa der halben Station, in denen der Chef oder der Oberarzt Fragen der Patienten zu den angebotenen Therapien beantwortet oder zu Themen der all-

gemeinen oder speziellen Psychotherapie im stationären Setting Informationen gibt. Wir machen immer wieder die Erfahrung, daß viele Patienten aus diesen eher lockeren, mehr informativen Veranstaltungen ganz entscheidende Anregungen mitnehmen, mit denen sie dann in den Gruppen arbeiten. Dieses Angebot wird ergänzt durch die Einzelgespräche in Form von therapeutischen Anamnesestunden, konfliktzentrierten Einzelsitzungen bei zunächst gruppenkompatiblen Themen, als Kriseninterventionen in Ergänzung zur Gruppentherapie oder auch als Einzeltherapien bei derzeit nicht gruppenfähigen Patienten. Dabei spielen klassische Techniken der Gestalttherapie wie leerer Stuhl, Rollentausch sowie Sharing und Feedback die zentrale Rolle.

Auf Grund äußerer Gegebenheiten nehmen wir die meisten der eingewiesenen Patienten auf (Ausnahmen: Patienten mit einer akuten Psychose, einer Suchterkrankung oder mit akuter Suizidalität). Dadurch haben die Mitarbeiter die Chance, nicht ausgewählte und „vorsortierte“ Patienten zu erleben, sondern das gesamte Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, funktioneller Störungen sowie Bilder aus dem Bereich der frühen Störungen kennenzulernen, die ihnen später in der Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten wiederbegegnet werden. Auch die unterschiedlichsten Motivationen der Patienten werden deutlich: vom wirklich hochmotivierten Neurotiker bis zum eher alexithymen Psychosomatiker, dem von seinen Angehörigen „Geschickten“ genauso wie dem Rentenantragsteller oder dem Kurpatienten, der „schon so viel eingezahlt hat“ und der jetzt seinen Behandlungsanspruch auf eine „Kur“ geltend machen möchte, finden sich auf unserer Abteilung. Aus den Anforderungen des stationären Alltags mit diesen Patienten haben wir auch unserer Therapiekonzepte abgeleitet. Der erste Aufenthalt in der Klinik, der für die meisten Patienten auch den ersten Kontakt mit der Psychotherapie überhaupt darstellt, verstehen wir als eine „Motivationsphase“. Wir geben den Patienten ausreichend Zeit, sich in den ersten Wochen auf unser Setting und unsere

Therapieangebote einzulassen und erste Ansätze einer Introspektion und Therapiemotivation zu entwickeln. Die Therapeuten stehen nicht so sehr unter dem Erfolgsdruck, immer und in jedem Fall „etwas bringen zu müssen“, um die z. T. großen Erwartungen der Patienten nach Rund-um-Versorgung zu erfüllen.

In der Regel bleiben die Patienten sechs bis acht Wochen bei uns, kürzere Therapiezeiten haben sich in der ersten Therapiephase nicht bewährt. Gute Erfahrungen haben wir mit einer Wiederaufnahme im Intervall von ein bis zwei Jahren gemacht. Hier kann in besonderer Weise der bisherige therapeutische Prozeß unter Einbeziehung ambulanter Therapie und den beruflichen und familiären Anforderungen berücksichtigt werden. Die Anforderungen, im Klinikalltag die verschiedenen Termine für Gruppen- und Einzeltherapie, Teamsitzungen, Besprechungen mit Kreativtherapeuten, Supervisionen und Schreibarbeiten zu koordinieren, dabei psychopathologische Befunde auf der einen, tiefenpsychologisch fundierte Anamnesen auf der anderen Seite zu erheben und daraus eine entsprechende Psychodynamik mit Therapieziel, Therapieplan und Prognose zu entwickeln und eine in das System der Diagnoseschlüssel ICD 9 oder DMS 3-R passende Diagnose zu stellen, bedeuten für die therapeutischen Mitarbeiter eine enorme Herausforderung. Am Ende der stationären Behandlung geben die meisten unserer Patienten an, daß sie wesentliche Themen ihres Lebens hier erkannt und z. T. schon bearbeitet haben. Die Patienten sprechen in der Abschlußrunde bei den Therapeuten und beim Chef von Veränderungen, die sie an sich gespürt hätten – wie z. B. körperliche oder psychische Symptome weniger geworden seien. Auch die Motivation, zu Hause in eine ambulante Psychotherapie zu gehen, wird fast immer angesprochen.

Wirkfaktoren und Ergebnisse der stationären Gestalttherapie

Wirkfaktoren für dieses positive Ergebnis sind neben den unspezifischen Heilfaktoren wie

Herauslösung aus der gewohnten Umgebung mit Abstand zum Ehepartner und den übrigen familiären und beruflichen Bezugspersonen, fehlende berufliche Belastung, Vollversorgung wie in einem Hotelbetrieb sowie dem Erholungseffekt in einer ländlichen, waldreichen Umgebung mit Sport- und Freizeitangeboten die speziellen Faktoren der gestalttherapeutischen Gruppen- und Einzeltherapie, die im folgenden beschrieben werden sollen:

Durch das oben näher beschriebene Setting entsteht ein Experimentierfeld, in dem Patienten neue Verhaltensweisen in einer weniger angstbesetzten Umgebung ausprobieren können. Durch die Anregungen in der Gestalttherapie und den Kreativverfahren (Musik-, Gestaltungs- und Bewegungstherapie) werden über eine Erlebnisaktivierung verborgene Fähigkeiten geweckt, an alte Hobbys angeknüpft und so eine positive Wahrnehmung der eigenen Identität gefördert. Diese therapeutischen Möglichkeiten entsprechen im wesentlichen dem dritten der vier Wege der Heilung nach *Hilarion Petzold*. Durch die vielfältigen Gruppenaktivitäten sowohl in den Therapien als auch außerhalb, durch den Austausch über gemeinsame Erfahrungen mit Krankheit und deren Bewältigung wächst bei den Patienten ein Solidaritätsgefühl untereinander, was sich in der Gründung bzw. dem Besuch von Selbsthilfegruppen (es gibt eine Reihe von „Zwesten-Gruppen“ in Deutschland) zeigt. Solche Solidaritätserfahrungen führen zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins und des Identitätsgefühls (entsprechend dem vierten Weg der Heilung nach *Petzold*). Die beiden anderen Wege der Heilung finden sich in der therapeutischen Arbeit im engeren Sinne, d. h. in der Arbeit mit den zuständigen Therapeuten, wo durch typische gestalttherapeutische Sequenzen an der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und Wünsche, aber auch der neurotischen Kontakthindernisse (Introjektion, Projektion, Konfluenz und Retrofektion nach *Perls*) ein Verstehen der biographischen Fixierung erarbeitet wird und dadurch eine Verminderung der Wiederholungszwänge und letztendlich eine Aussöhnung oder Versöhnung mit

der eigenen Lebensgeschichte erreicht wird. Nicht weniger wichtig ist in diesem Zusammenhang aber auch die Arbeit mit Projektionen auf den Therapeuten, mit Übertragung und Gegenübertragung und dem damit verbundenen Übertragungswiderstand.

Bei frühgestörten Patienten arbeiten wir nach einem besonderen Programm, in dem neben kurzen täglichen Kontakten mit klaren Strukturen das „Nachnähren“ in der Therapie im Vordergrund steht. Durch liebevoll-stützende Begleitung durch den Therapeuten können korrigierende Erfahrungen in bezug auf frühe Verlassenheitsängste gemacht werden. Für diese Patienten kommt eher eine längere Therapie von ca. zwölf Wochen in Betracht mit jährlichen Wiederholungen.

Viele niedergelassene Therapeuten nutzen die stationäre Therapie als intensiven Starter für die weitere ambulante Behandlung. Aus persönlichen Mitteilungen von Therapeuten wissen wir, daß acht Wochen einer stationären Therapie ungefähr ein halbes Jahr mühsames „Anwärmen“ im ambulanten Setting ersetzen können.

ZUKUNFT

Die psychotherapeutische Szene in Deutschland ist nach den Ankündigungen der Gebietsbezeichnung (Facharzt) „Arzt für psychotherapeutische Medizin“ wieder in Bewegung geraten. Für uns ist es wichtig, daß die Gestalttherapie als Psychotherapie für Patienten in den letzten fünfzehn Jahren einen ihr angemessenen Platz im Konzert der anderen therapeutischen Verfahren gefunden hat. In der psychotherapeutischen Weiterbildung für Ärzte ist Gestalttherapie in Hessen (und in den meisten Bundesländern) als „Zweitverfahren“ für den Zusatztitel „Psychotherapie“ anerkannt, nachdem sie sich sowohl im stationären Rahmen als auch bei den niedergelassenen Gestalttherapeuten als ein therapeutisch außerordentlich effizientes Verfahren erwiesen hat, mit dessen Hilfe Patienten aus dem gesamten Spektrum der Neurosen, Psychosomatosen, funktionellen und „frühen“ Störungen behandelt werden können. Für

die Gestaltabteilung der Hardtwaldklinik I werden wir, sobald die Ausführungsbestimmungen der Landesärztekammer Hessen vorliegen, zusammen mit dem „Weiterbildungskreis Bad Zwesten“ und dem Klinikträger die Weiterbildungsermächtigung für den „Arzt für psychotherapeutische Medizin“ beantragen, um so über unser derzeitiges Angebot hinaus eine

noch breiter gefächerte und zeitlich verlängerte Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Gestalttherapie im Rahmen der neuen Facharztausbildung anbieten zu können.

Aus dem Gestaltklinikum Bad Zwesten wünschen wir dem FPI anlässlich seines zwanzigjährigen Bestehens ein „ad multos annos“.



Professor Dr. med Schroeder und Mitarbeiter

Die Elisabeth-Klinik

Klinische Weiterbildungsstätte für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Walter Landsberg, Dortmund

GRUNDVORAUSETZUNGEN, SICHTWEISEN UND ZIELSETZUNG FÜR DIE STATIONÄRE, PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

Die Elisabeth-Klinik besteht als öffentlich gefördertes Sonder- und Akutkrankenhaus der Regelversorgung seit 1979 und ist als solches in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden. Verbunden damit erhielt der Chefarzt die Weiterbildungermächtigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Psychotherapie.

Seit 1985 ist die Elisabeth-Klinik klinische Weiterbildungsstätte für Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie des Fritz Perls Instituts. Es werden dafür neben der klinischen Weiterbildung in den verschiedenen Funktionsbereichen der Klinik in begrenzter Zahl Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt.

Die Elisabeth-Klinik ist eine Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die grundsätzlich nach dem Prinzip der sozialpsychiatrischen Regionalversorgung arbeitet. Die Lage, Größe und spezielle Aufgabenstellung der Klinik bedingen, daß das spezielle Behandlungsangebot die mittelfristig angelegte stationäre Psychotherapie ist.

Wir versuchen eine psychodynamisch-systemische und sozialwissenschaftliche Betrachtungsweise psychotherapeutisch umzusetzen. In der Klinik wird nach einem Konzept psychodynamisch orientierter und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie gearbeitet. Wir fühlen uns einem wachstumsorientierten Ansatz verpflichtet. Die angewandten Methoden schöpfen vor allem aus der Integrativen Therapie mit ihren verschiedenen Ansätzen und der Psychoanalyse.

In der Klinik werden in der Regel Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 18 Jahren behan-

delt. Die zur Behandlung anstehenden Krankheiten umfassen den ganzen Bereich der Störungen und Erkrankungen des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stationär werden vornehmlich, neben akut notwendig werdenden Kriseninterventionen (akuten Psychosen, psychischen Ausnahmezuständen und Zustände nach Selbstmordversuchen), sog. frühe Schädigungen (narzißtische Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Syndrome, Psychosomatosen), Depressionen und Neurosen sowie Hirnfunktionsstörungen mit entwicklungsbedingten oder milieureaktiven bzw. neurotischen Begleiterscheinungen behandelt.

Die wirtschaftlich selbständige Elisabeth-Klinik verfügt über 35 Betten in vier Gruppen und eine Tagesklinik mit 9 Plätzen. Da die Grundbedürfnisse der verschiedenen Altersgruppen in bezug auf Versorgung, Betreuung, Beschäftigung und Strukturierung unterschiedlich sind, haben wir altersgestaffelte Behandlungsgruppen.

Die Klinik bietet ein breit gefächertes psychotherapeutisches Angebot an. Wir sind unser therapeutisches Instrument. Es gibt keine technischen Hilfsmittel. Insgesamt sind mehr als 50 Mitarbeiter in der Klinik beschäftigt. Die einzelnen Behandlungsteams sind folglich multiprofessionell zusammengesetzt. Sie verstehen ihre Arbeit als ein Sich-den-Patienten-und-ihren-Angehörigen-Stellen. Sie betrachten ihre therapeutisch-erzieherische Aufgabe sowohl im nachsozialisierenden wie im konfliktorientierten Sinn. Die Mitarbeiter stehen unter team- und fallsupervisorischer Begleitung.

DIE BEHANDLUNG

Wir bieten jedem Patienten zwei Einzeltherapiestunden, eine Großgruppentherapie, eine

Kleingruppentherapie in der Woche und in ca. 14tägigem Rhythmus Familientherapie an. In den Gruppenalltag sind Erziehung, Förderung, Beschäftigung, Lern- und Arbeitsangebote integriert. Darüber hinaus geht jedes Kind in die Schule, wenn möglich sogar in seine Herkunftsschule. Das ist unser offizielles Behandlungsangebot. Sehr viel wesentlicher für uns ist, daß wir dem Patienten ein verbindliches Beziehungsangebot machen, mit ihm zusammen den Alltag gestalten.

Wir sehen unsere Aufgabe darin, Leid zu lindern, zu Gesundheit und Lebensfreude beizutragen. Wir suchen gesunde, entwicklungsfähige, nicht genutzte Persönlichkeitsanteile und arbeiten an gestörten. Ziel ist die Vermittlung von *Lebenshilfen*, nicht die Symptombeseitigung.

Konzeptionell geht es uns um die Gleichwertigkeit und Gleichzeitigkeit von *Erziehung, Förderung, Einzel- und Familienpsychotherapie*, um eine Orientierung, sowohl auf das Individuum wie auch auf die sozialen Gemeinschaften.

Die Kinder benötigen *Erziehung*, damit sie sich gesund und altersgemäß entwickeln können. Sie brauchen heilpädagogische *Förderung*, weil bei ihnen Erziehungsdefizite im Bereich des sozialen, menschlichen Verhaltens und in den einfachen Kulturtechniken (Essen, Begrüßung, Körperpflege) bestehen. Sie benötigen eine *Einzeltherapie*, weil sie krank sind. Sie benötigen eine *Familientherapie*, weil sich in ihren Familien die Auffälligkeiten entwickelten und das Kind von der Familie abhängig ist.

BEHANDLUNGSGRUPPE

Die Behandlungsgruppe dient als Halt und Orientierungsfeld. Sie ist der Boden, auf dem Therapie möglich wird. In unserer Arbeit orientieren wir uns an den Prozessen in der Gruppe, an den Bedürfnissen des einzelnen und der Gruppe. Der Gruppenalltag macht uns immer wieder deutlich, daß wir nicht mit einem starren Konzept arbeiten können. Dieses bildet nur einen klar umrissenen Struktur- und Orientierungsrahmen, der für alle verbindlich ist. Er gibt den strukturellen Halt, der notwendig ist,

um sich auf Regression einlassen zu können. Die Ausgestaltung ist ein kreativer Prozeß.

Wiederholt erlebten wir, daß sich z. B. die Jugendlichen nur chaotisierend in die Gruppenpsychotherapie einlassen konnten. Gleichzeitig kam es in der Juko(Patiententeam) zu konstruktiven Auseinandersetzungen, in die sie sich auch sehr persönlich einlassen konnten.

Die Patienten erfahren im Setting der Gruppe viel über Grenzen und den Umgang mit gesetzten Grenzen. Sie lernen, sich in soziale Kontakte einzulassen. Für ihre Symptome, wie z. B. Unruhe, Aggressivität und Depression, gilt es, andere Ausdrucksformen zu finden, z. B. das Hungergefühl nicht ausschließlich durch Essen zu stillen.

Ein uns im Gruppenalltag immer wieder faszinierendes Phänomen ist die Art, wie Kinder sich und ihre Familien in die Gruppe einbringen. Die Kinder übertragen die sie bedrohenden Eigenschaften ihrer Familiengehörigen auf Mitglieder der Gruppe oder binden abgespaltene, ängstigende Selbsteile an diese. Jemand in der Gruppe gerät in die Position der idealisierten, der andere in die Rolle der bösen Bezugsperson. Je schwerer die Patienten gestört sind, um so mehr sind sie darauf angewiesen, die verschiedenen Anteile ihrer Persönlichkeit an verschiedene Personen zu binden, um sich so vor der Verschmelzung mit der Umwelt zu schützen oder in einer Mehrpersonenbeziehung immer einen ausschließen zu können. Nur so können sie sich selbst aushalten. Später lernen sie, ihre destruktiven Phantasien in der Realität zu überprüfen. Die Patienten können sich darauf nur einlassen, wenn sie sich durch klar abgegrenzte, ritualisierte, immer verfügbare Beziehungsangebote sicher gehalten fühlen. Dieser Halt ist ihr Schutz. Er vermittelt ihnen aber auch, daß sie besondere, von anderen verschiedene Wesen sind, die sich auf andere beziehen können.

SCHULE

Uns steht eine Schule für Kranke zur Verfügung. Knapp die Hälfte der Kinder wird hier

von derzeit fünf Lehrern betreut, während die übrigen öffentliche Schulen besuchen. Unsere Patienten werden im Einzel- und Kleingruppenunterricht betreut. Unsere Schule stellt durch ihr geändertes Unterrichtsangebot zunächst eine Entlastung für die Kinder dar. Sie ist aber auch ein Ort, an dem von Lehrern, die auch Freunde und Erzieher sind, kindliche Neugier und Erkenntnislust unterstützt wird. Auf diese Weise dient die Schule der Persönlichkeitsentwicklung und Bildung. Sie stellt Forderungen und wird damit zu einer Herausforderung für die Kinder, auf die wir nicht verzichten wollen, weil sie so eine Bereicherung des therapeutischen Prozesses ist.

EINZELPSYCHOTHERAPIE

In der Behandlung versuchen wir, aufdeckendes und durcharbeitendes mit stützendem, förderndem und konfrontierendem Vorgehen zu verbinden. Methodisch kommen erlebnis-, konflikt- und körperorientierende Verfahren in Betracht, mit deren Hilfe archaische Gefühle, Atmosphären, Szenen und Stücke ins Erleben gebracht und nachvollziehbar werden sollen. Wichtig ist uns, daß die Ziele die Methode bestimmen, denn heilend wirkt die menschliche Begegnung und nicht das Therapiemittel.

Die mittlere Phase der Therapie eines 6jährigen Jungen ist von einem schwebenden Sorgerechtsverfahren überschattet. Er sucht vermehrt die haltgebende und führende Gegenwart seines Therapeuten. Er läßt ihn Kran oder Baum sein, den er kommandieren oder auf dem er sicheren Stand finden kann, um Überblick zu gewinnen. Dann folgen Abstürze und Unfälle. Sie dienen als Weg zu seinem Bedürfnis nach Schmusen, um sich mit Salben und Verbänden „heilen“ zu lassen.

Wir sprechen von Patienten mit frühen Schädigungen der Persönlichkeitsentwicklung, die im Verlauf der ersten Lebensjahre Störungen, seelische Traumata und Defizite vererbt haben (Ablehnung, mangelnde Objekt Konstanz, Trennung). All dies wird im Verlauf der Kindheit nicht ausgeglichen, sondern verfestigt. Wir erle-

ben immer wieder, daß an die Stelle der Aufarbeitung der Kontaktabbruch tritt. Denken sie an die Ehescheidungsreaktionen. Als Schutz des Selbst, des Ich und der Identität entwickeln die Kinder reaktiv eine psychische Erkrankung, in deren Wesen die große Sehnsucht nach Beziehung liegt, die ihnen immer wieder fehlte und vor der sie zugleich eine übergroße Angst haben. Es ist unser Bemühen als Therapeuten, Kontakt zu diesen schwer erreichbaren, individuellen Welten zu finden, ihnen durch ein „Beeltern oder Nachbeeltern“ zu helfen. Die Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstresonanz des Therapeuten ist das einzige Instrument, mit dem diese Arbeit des Durchtragens von Übertragung und Gegenübertragung möglich ist und durch die wir schließlich in Beziehung zum Patienten kommen. Auch wir können ihre Verletzungen, Verluste und Enttäuschungen nicht ungeschehen machen. Wir wissen, daß psychische Strukturen oft nicht verändert werden können, sondern bestehen bleiben. Aber wir können mit dem Patienten nach Bewältigungsmodellen suchen, die ihm helfen, seine Selbstheilungskräfte zu entwickeln. Wir fungieren als Entwicklungshelfer, die dem dazu bereiten Patienten ermöglichen, sich anzunehmen, damit er sein kann, wie er ist. Wir können „zwangsernähren“, aber nicht „zwangstherapieren“

GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

Die Gruppenpsychotherapie dient der strukturierten Durcharbeitung der Prozesse, die sich im Alltag abspielen. Es geht um die Arbeit an der Beziehung in der Gruppe unter den Gruppenmitgliedern. Vom Verfahren her bietet sich das **bimodale Modell** der Gruppenarbeit an. Die in erlebniszentrierten Sitzungen prägnant gewordenen Inhalte werden bearbeitet. Die Patienten stellen ihre innere und soziale Konflikthaftigkeit dar. Sie sollen in die Lage gebracht werden, altersgemäß ihre Anliegen und Probleme anzusprechen. Die Gruppentherapie hat dann eine zusammenhaltende, heilende Funktion, wenn unsere Patienten so wollen wie wir.

FAMILIENTHERAPIE

In der Familientherapie sollen sich die Familienmitglieder anders kennenlernen. Sie können Unbewußtes wiederentdecken, ihre Rollen kennenlernen, die sie in der Familie innehaben. Sie können deren Sinn und Zweckmäßigkeit hinterfragen. Ganz wichtig ist uns, die Eltern in ihrer Rolle als Eltern, die Kinder in ihrer Rolle als Kinder zu bestärken.

Die Bereitschaft der Eltern, sich auf einen Kontakt hier einzulassen, ist meist von erheblichen Widerständen und Ängsten begleitet oder von Mythen und Familiengeschichten überschattet. Es zeigt sich immer wieder, daß zahlreiche Nach-, Aus- und Spätwirkungen von psychischen Traumata zu tabuisierten Themen in Familien werden und deren Leben bestimmen. Die Folgen sind Einfühlungsverlust, Schuldgefühle, Generationenumkehr und diffuses Erinnern. Die Familien erhalten Gelegenheit, diese gemeinsam nachzubetrachten, um einen Weg aus der Sackgasse heraus zu finden, in die sie auf Grund oft mehrgenerationaler Verstrickungen gebracht wurden.

Eine Mutter stellt uns nach dem Unfalltod ihrer Schwester ihren Sohn vor, weil sie die Verlusttrauer nicht mehr aushält und fürchtet, ihren Sohn, der den Unfall mitansah, umzubringen.

Oft hat die Therapie mit den Eltern „nachreifenden“ Charakter. Sie sind oft selbst alleingelassene, zurückgesetzte Kinder, die an den Spätfolgen des Nationalsozialismus und des 2. Weltkrieges leiden. Sie projizieren nicht gestillte kindliche Wünsche auf ihre Kinder und machen diese so unbewußt zu ihren Eltern oder Partnern, von denen sie Bedürfnisbefriedigung erwarten. Sie lassen ihre Kinder nicht sein, was sie sind, *Kinder*.

Die sich ändernden Umweltbedingungen werden zu anderen Krankheitsbildern führen. Die ökologischen Veränderungen, die Technisierung und der Medieneinfluß sind äußere Zeichen dafür. Im speziellen denke ich an die Arbeitslosigkeit, inkomplette Familien, Sucht, Gewalt, Kindesmißhandlung, sexuellen Mißbrauch und Angst vor Aids. Die Gastarbeiter und Spätaussiedler konfrontieren uns zudem mit Identitätsfragen, Verlusttraumen, kulturellen und transkulturellen Fragen und mit unserer bisher nicht bewältigten Vergangenheit. Die Kinder müssen all dies verkraften. Aber auch wir werden uns darauf einstellen müssen, wenn wir die an uns gestellten Anforderungen erfüllen wollen. Ich sehe in der Behandlung dieser tabuisierten psychischen Krankheiten unserer Gesellschaft die Zukunft unserer Klinik. Wir verbinden damit den Wunsch und die Hoffnung, in ähnlichen Weise weiterarbeiten können.





Forschungsinstitut der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“

Das „Forschungsinstitut der EAG“ wurde aufgrund vielfältiger Forschungsaktivitäten an FPI und EAG im Jahre 1989 gegründet, um Auftragsforschung im Bereich der Psychotherapie und psychosozialer Arbeit aufzunehmen. 1982 – 1984 hat Prof. Dr. H. Petzold zusammen mit Prof. L. Pongratz ein vom BMJFG gefördertes Projekt zur vergleichenden Psychotherapie „Wege zum Menschen“ durchgeführt, in dem bedeutende Schulengründer (C. Rogers, V. Satir, A. Adler, Z. Moreno, V. Frankl, L. Perls, A. Lowen u. a.) in ihrer Arbeit gefilmt wurden und monographisch die Therapieansätze dargestellt wurden (Petzold 1984a). Vergleichende Psychotherapieforschung ist ein besonderes Interessengebiet des Instituts geblieben. Evaluations- und Prozeßforschung in der Psychotherapie sind derzeit Bereiche, die besondere Beachtung erhalten. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der Sozialgerontologie (Petzold 1979c, 1983f). Für die niederösterreichische Landesregierung wurden die Organisationsentwicklung und Personalschulung von Heimen als „Interventionsforschungsprojekt“ wissenschaftlich begleitet (dreijährig). Für die Arbeiterwohlfahrt wurde ein intramurales dreijähriges Interventionsforschungsprojekt in einem großen Altenheim durchgeführt (Organisationsentwicklung, Personalschulung, gerontopsychiatrische Weiterbildung, vgl. Petzold, Petzold, dieses Buch, S. 633 ff.). Für das österreichische Gesundheitsministerium wird die Evaluation einer Supervisorenausbildung mit Schwerpunkt Kranken-

haus, Heimwesen, Altenarbeit durchgeführt (dreijährig).

Nachdem schon im Bereich der Drogentherapie verschiedene kleinere Forschungsprojekte – u. a. mit longitudinaler Ausrichtung (Petzold 1980c, 1982u, v) – durchgeführt wurden, hat das Forschungsinstitut die Begleitforschung des Modellversuchs des Landes NRW zur „Niedrigschwelligen Drogenarbeit“ übernommen (dreijährig, vgl. Hentschel, Petzold, dieses Buch). Mit Unterstützung der Arbeitsbehörde wird ein Ost-West-Forschungsprojekt „zur Bewältigung von individuellen Problemlagen“ als Optionen in den neuen Bundesländern Beitrag zur Präventions- und Interventionsforschung im psychosozialen Bereich mit Forschungsbüros in Dortmund und Halle in Kooperation mit der Universität Halle (Leitung Prof. Dr. H. Petzold, Prof. Dr. Kabat vel Job) durchgeführt (Untersuchungspopulation N 1200), um die persönlichen Bewältigungsstrategien bestimmter Zielgruppen in den neuen Bundesländern zu untersuchen und Interventionsmöglichkeiten zu planen (Dickwach, Kabat vel Job, Linke, Weigel 1992; Knobel, Mankwald, Petzold, Sombrowsky 1992). In Zukunft wird ein Schwerpunkt bei der Therapieforschung gesetzt werden. Ein Projekt zur Evaluation von Behandlungen bei Patienten mit psychosomatischen Rückenbeschwerden (Leitung Dr. H. Heintl) läuft seit zwei Jahren. Weitere Evaluationsstudien für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind in Vorbereitung

LITERATUR

- Dickwach F., Kabat vel Job, K., Linke, S., Weigel, S., Ost/West-Forschungsprojekt zur Bewältigung von individuellen Problemlagen und Optionen in den Neuen Bundesländern. Beitrag zur Präventions- und Interventionsforschung im psychosozialen Bereich, *Integrative Therapie* 4 (1992) 402-429.
- Knobel, R., Mankwald, B., Petzold, H.G., Sombrowsky, C., Qualitative Forschung als Grundlage therapeutischer Intervention in den Neuen Bundesländern – ein interdisziplinärer Ansatz, *Integrative Therapie* 4 (1992) 429-455.

- Petzold, H.G.*, Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter – eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen“ alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2 (1979c) 51-78.
- Petzold, H.G.*, Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger, 1980c, in: *Petzold, Vormann* (1980) 208-228.
- Petzold, H.G.*, Integrative Intervention – a system approach to the planning and realization of drug therapy programs, Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.-26.3.1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982u, 260-276.
- Petzold, H.G.*, An integrated model of identity and its impact on the treatment of the Drug addicts, Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.-26.3.1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982v, 26-276.
- Petzold, H.G.*, Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfe-Gruppen, 1983f, in: *Petzold, Heintl* (1983) 409-449; repr. (1985a) 123-158.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1984a.
- Petzold, H.G., Heintl, H.*, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- Petzold, H.G., Vormann, G.*, (Hrsg.), Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision, Pfeiffer, München 1980.

Kairos-Kommunität

Die Fragen nach dem Lebenssinn, nach dem Wesen des Lebendigen, nach dem Religiösen, der Transzendenz, nach Gott, nach dem Tod Gottes, nach den Mysterien des Kosmos, nach Geburt und Sterben, haben Menschen stets beschäftigt. Therapeuten werden mit diesen Fragen durch ihre Patienten konfrontiert und durch ihre Auseinandersetzung mit sich selbst. Die Integrative Therapie vertritt die Position einer „säkularen Mystik“ und „innerweltlichen Transzendenz“ (vgl. Orth, dieses Buch, S. 371 f, Petzold 1983e) und ist prinzipiell offen für „ontologische Erfahrungen und Überschreitungen“ (idem 1992a, 515 ff.). Sie vertritt die Notwendigkeit einer *Noothérapie* und sieht die Wichtigkeit meditativer Erfahrung. Sie grenzt sich von der Kommerzialisierung „spiritueller“ Erfahrungen (z. B. durch kostspielige Seminare) durch die

New-Age-Szene und die Bewegung „transpersonaler Psychologie“ ab sowie von der Vermischung Therapie/spiritueller Praxis. In der Kairos-Kommunität – die von *Sebastian Elsaesser* und *Hilarion Petzold* angestoßen wurde – treffen sich Therapeuten als loser Kreis ohne Führungsstruktur und ohne Gurus, um über Fragen der Spiritualität, der Religion, der Meditation nachzusinnen, sich auszutauschen, Erfahrungen zu sammeln. Mehr ist nicht zu sagen.

Kontaktadresse:
Kairos – Kommunität
Sebastian Elsaesser
c/o Fritz Perls Institut
Kühlwetter Straße 49
40239 Düsseldorf

LITERATUR

- Petzold, H.G.* (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
Petzold, H.G., Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie, 1983e in: *Petzold* (1983d) 53-100.
Petzold, H.G., Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.

Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V. (DGIK), vormals DGGK

20 Jahre Berufspolitik und Öffentlichkeitsarbeit

Michael Coellen, Hamburg

Die Geschichte der DGGK begann unter dem Namen „Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ und zeitgleich und parallel mit der Gründung des „Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (FPI) in Düsseldorf. Die gesamte Entwicklung der beiden Einrichtungen bleibt bis heute eng miteinander verknüpft, was darin zum Ausdruck kommt, daß nunmehr nach mehr als 20 Jahren die Mitgliederversammlung der DGGK eine Namensänderung am 18.11.1993 beschlossen hat, die auch eine namentliche Angleichung aufgrund der erfolgten Entwicklungen vollzogen hat: aus DGGK wurde DGIK. Die Gründungsmitglieder des FPIs, nämlich *Hilarion Petzold*, *Hildegund Heintz*, *Johanna Sieper* hatten ursprünglich auch die DGGK organisiert, um die Verbreitung der Gestalttherapie in der BRD von vornherein auf zwei Füße zu stellen.

Das FPI sollte die methodische, theoretische Weiterentwicklung und wissenschaftliche Förderung der Gestalttherapie tragen, während die DGGK die berufspolitischen und gesellschaftlichen Aspekte voranzutreiben hatte. Dieses Konzept der engen Verbundenheit beider Einrichtungen auf dem Fundament einer dynamisch orientierten Weiterentwicklung inhaltlicher, professioneller und sozialer Aspekte bis hin zur späteren Fortentwicklung von der *Gestalttherapie* zur *Integrativen Therapie* durch *Hilarion Petzold* besteht bis heute und führt zu einem zielstrebigem und raschen Wachsen der Bewegung.

ORGANISATORISCHE WEITERENTWICKLUNG

Die Entwicklung der Mitgliederzahlen weist unterschiedliche Tendenzen auf, ist aber von

1972 an mit damals ca. 200 Mitgliedern kontinuierlich bis heute weiter angestiegen auf den Stand von 1993 mit über 600 Mitgliedern. Etwa bis 1976 war zunächst eine Stagnation des Anstiegs zu verzeichnen, wohl aus der Tatsache heraus, daß bei Gestaltausbildungskandidaten und beim Lehrkörper des FPIs zwei divergierende Meinungen herrschten über die Frage eines berufspolitischen Engagements. Die eine Richtung, die im wesentlichen die Idee der Gründungsmitglieder verfolgte, hatte die Prämisse, daß psycho- und sozialtherapeutische Arbeit immer auch darauf ausgerichtet sein mußte, die politischen und berufspolitischen Bedingungen zu schaffen, um Gestalttherapie zunächst einmal krankenkassenfähig, dann aber auch nach den Richtlinien der maßgeblichen Institutionen der Gesundheitsbehörden als klinisch anerkannte Methode zu institutionalisieren und zu etablieren. Gerade aber dieser letzte Aspekt, Gestalttherapie in die reguläre und offizielle Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik zu etablieren, war vielen Mitgliedern des FPIs ein Dorn im Auge. Vielmehr sollte bewußt darauf verzichtet werden, die Entwicklung der Gestalttherapie irgendwelchen bürokratischen Normen zu unterwerfen, um die freie, dynamische Entfaltung zu sichern, statt durch Verschulung das revolutionäre Moment zu entschärfen.

Um eine öffentlich-rechtliche Anerkennung vor allen Dingen durch das Bundesgesundheitsministerium zu erreichen, wäre es nämlich nötig gewesen, eine standardisierte und den psychoanalytischen Normen entsprechende Ausbildungsstruktur aufzubauen mit ca. 1 500 Ausbildungsstunden, dazu eine bestimmte Ausbildungsform, die in wesentlichen Teilen wiederholbar, prüfbar und kontrollierbar war. Dies galt vielen

als Ärgernis, da es der gefürchteten „Verschulung“ gleichkam. Diese hätte viel vom ursprünglichen Pioniergeist der Gestalttherapie weggenommen und damit dem Gestaltinstitut des FPIs auch viel von seinem familiären Charakter geraubt.

Dieser Pioniergeist der frühen Gestalttherapie implizierte zusätzlich eine fachübergreifende Arbeitsausrichtung. Damit ist vor allem gemeint, daß besonders *Hilarion Petzold* von Anfang an innerhalb der Gestalttherapie den Grundgedanken der *Integration* verwirklichen wollte, der ja nicht nur rein methodisch oder rein anthropologisch zu verstehen ist, sondern schließlich und letztendlich auch ein Zusammenwirken verschiedenster Kompetenzen zur Entwicklung eines Gesundheitswesens beinhaltete.

Auf der berufspolitischen Ebene hatte dies zur Folge, daß die DGGK, um diese Ziele des FPIs umsetzen zu können, von Anfang an die Anerkennung der Gestaltpsychotherapie für alle Sozialberufe forderte, d. h. es sollten alle Sozialberufe wie Sozialpädagogen, Lehrer, Theologen, Ärzte usw. berechtigt sein, die gesamte Gestaltausbildung zu absolvieren und nach der Graduierung den Titel „Gestalttherapeut“ zu führen und damit selbstständig zu arbeiten. Dies schloß natürlich auch das Recht ein, eine eigene Praxis zu führen bzw. als Psychotherapeut in entsprechenden Einrichtungen gegen entsprechende Bezahlung gleichberechtigt zu arbeiten.

Alle diese Bemühungen wurden etwa seit 1975 parallel zur Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete sehr stark intensiviert. Im Zuge der allgemeinen Psychiatrie-Reformbewegung und dem damit einhergehenden Enthusiasmus gelang es auch der DGGK, über ihre Grenzen hinaus wirksam zu werden. So wurde von der DGGK eine erste Plattform zum Zusammenschluß aller humanistischen Psychotherapieverbände ins Leben gerufen. Diese „Arbeitsgemeinschaft für Interaktionelle und Experimentelle Psychotherapie“ (AIEP) – heute AGPF – wurde dann auch folgerichtig zur ersten Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums für

einen Entwurf des Psychotherapiegesetzes nach Bonn eingeladen. Wie bekannt, scheiterte die Realisierung eines Psychotherapiegesetzes an den überwältigenden Einwänden und Widersprüchen, aber auch an den Streitigkeiten und Rivalitäten der Therapieverbände unter sich. Die Initiative der AIEP erlahmte besonders dadurch, daß eine Zusammenarbeit mit anderen übergeordneten Dachverbänden, im besonderen dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), von deren Seite nicht akzeptiert wurde. Sie fand aber neuen Schwung in der Zusammenarbeit, die *Hilarion Petzold* mit der GwG und den wichtigen anderen Therapieverbänden in der AGPF initiieren konnte, die derzeit auch eine berufspolitische Kooperation mit dem BDP entfachen konnte.

Durch all diese Aktivitäten war es notwendig geworden, die Organisation der DGGK übersichtlicher zu gestalten und zu straffen. Deshalb wurde auf Initiative des Autors um 1980 herum vom Vorstand ein offizielles Büro der DGGK eingerichtet, 2 Jahre später dann mit einer studentischen Hilfskraft besetzt und noch einmal 1 Jahr später mit einer ABM-Stelle erweitert. Diese Institutionalisierung brachte einen neuen Aufschwung: Durch bessere Organisation, mehr Informationsfluß an die Basis und eine wirksamere Öffentlichkeitsarbeit infolge der verbesserten Verwaltungssituation konnte eine beträchtliche und inzwischen kontinuierlich steigende Zahl von Mitgliedern gewonnen werden. Die Erstellung von Mitgliederlisten erleichterte nicht nur die Orientierung innerhalb der DGGK, sondern machte es auch möglich, an öffentlichen Institutionen, Kliniken und anderen sozialen Einrichtungen ein Verzeichnis gestalttherapeutischer Anlaufstellen anzubieten.

In diesem Trend lag es dann, auch als Unterorganisation – dann Schwesterverband – der DGGK einen „Verein ärztlicher Gestaltpsychotherapeuten“ ins Leben zu rufen. Dieser sollte, mehr als die DGGK, mit überwiegend nicht-ärztlichen Mitgliedern über die einschlägigen

Gremien Einfluß nehmen können, um die staatliche Anerkennung der Gestaltpsychotherapie besonders im medizinischen Bereich zu erlangen. Aufgrund von wiederholten Mitgliederbeschlüssen zeigte sich – wohl auch infolge der damaligen Arbeitsmöglichkeit besonders in den therapeutischen Teilbereichen – der deutlich ansteigende Trend unter den Mitgliedern, daß die Gestalttherapie auf jeden Fall um die kasernenrechtliche Anerkennung kämpfen sollte. Damit war zwar immer noch die Angst vor Verschulung nicht ganz ausgeschaltet, aber inzwischen war es deutlich geworden, daß es ohne Institutionen für die DGGK und ihr Anliegen keine Zukunft gibt. Um diesem Bemühen gerecht zu werden, hatte das FPI 1976 seine Standards denen der Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch orientierten Verfahren angeglichen und die Trennung der Aus- und Weiterbildung in Gestaltsoziotherapie und Gestaltpsychotherapie vollzogen.

Im Zuge der zu erwartenden Europäisierung wurde dann ein neuer Anlauf unternommen, die verschiedenen, gesetzlich bisher noch nicht anerkannten Psychotherapieverfahren wieder um einen runden Tisch zu versammeln und ein neues Dach für diese zu schaffen, damit sie mit einer Stimme sprechen könnten. Dies gelang unter Führung der DGGK zumindest insoweit, daß wenigstens einige der humanistischen Psychotherapieverfahren eine kontinuierliche politische Zusammenarbeit mit gemeinsamem Auftreten nach außen erreichten. Dies war notwendig geworden, da in der derzeitigen Legislaturperiode von 1990 bis 1994 endgültig ein „Psychotherapeuten-Gesetz“ verabschiedet werden soll. Auch dazu waren neue Anhörungen unter Beteiligung der AGPF erfolgt.

Die zwischenzeitlich stattgefundenene Regelung der Anerkennung von Diplom-Psychologen nach dem Heilpraktikergesetz und die damit automatisch gegebene rechtliche Grundlage, eine eigene Praxis führen zu dürfen, wurde in einem weiteren Anhörungsverfahren von der DGGK mitgesteuert. Daß dies keine Dauerlösung sein kann, ist allen Beteiligten klar.

Aufgrund der oben schon genannten organisatorischen Notwendigkeiten, besonders der geforderten Ausbildungsstandards und der inzwischen hinzugekommenen, theoretischen Prüfung zur abschließenden Graduierung nach der Weiterbildung in Gestalttherapie/Integrativer Therapie, hat die DGGK eine Wendung mitvollzogen, die zu kritischer Betrachtung durch andere Gestalttherapie-Institutionen führte. Im Lauf der Jahre waren besonders in der BRD eine doch beträchtliche Anzahl von Gestaltausbildungsinstituten entstanden. Das FPI und die neuen Ausbildungsinstitute rivalisierten natürlich in gewisser Weise miteinander, was auch auf die politische Entwicklung zurückschlug. Besonders in Fragen der Ausbildungsstandards waren die anderen Gestaltinstitute zunächst konträr zum FPI und zur DGGK fixiert auf eine wesentlich geringere Stundenzahl innerhalb der psychotherapeutischen Weiterbildung. Andererseits stand die DGGK vor der Zerreißprobe, für alle Gestalttherapeuten in der BRD eine Dachorganisation zu bilden und anerkannter Berufsverband zu werden oder aber lediglich berufspolitische Ziele für das FPI zu verfolgen. Die anderen Institute zogen schließlich die Konsequenz daraus und gründeten eigene Verbände für Gestalttherapeuten: die DVG und die GTA. Inzwischen ist es aber dank einer Initiative von *Hilarion Petzold*, *Bertram Müller* u. a. gelungen, einen übergreifenden Kooperationsverband der drei Vereine mit jährlich rotierender Geschäftsstelle zu gründen, die nunmehr im dritten Jahr gut funktioniert, die Ausbildungsstandards abgestimmt hat und berufspolitisch gemeinsam vorgeht, so daß es gelang, ein arbeitsfähiges Gremium für Gestalttherapie ins Leben zu rufen, das mit einer Stimme sprechen kann.

Auf Initiative von *Petzold* und mit der vollen Unterstützung der DGGK konnte 1985 dann die „Europäische Gesellschaft für Gestalttherapie“ gegründet werden, die 1992 ihren 4. Europäischen Kongreß (Paris) durchführen konnte

(1986 Mainz, BRD, 1989 Veldhofen, Niederlande). In ihr sind 11 Europäische Ländergesellschaften zusammengeschlossen und wird eine Zusammenarbeit auf internationaler Ebene gefördert.

Die Gestalttherapie und die Integrative Therapie mögen heute zwar immer noch – und glücklicherweise ist dies so – als pionierhafte und weniger etablierte Verfahren gelten, darüber hinaus genießen sie aber doch wissen-

schaftliche Anerkennung, vorgetragen auf zahlreichen nationalen und internationalen Kongressen. Gestalttherapie und Integrative Therapie sind heute an der Gesamtgesundheitsversorgung stark beteiligt. In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen und gesundheitspolitischen Erhebungen wird Gestaltpsychotherapie als eines der bedeutenden und regelhaft angewandten Heilverfahren genannt. Das läßt für die Zukunft hoffen.

Niederlassungen

**Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit und Kreativitätsförderung (EAG)**
Hückeswagen
Wefelsen 5
42499 Hückeswagen
Tel. 0 21 92/85 80

**Fritz Perls Institut für Integrative Therapie,
Gestalttherapie und Kreativitätsförderung
(FPI)**
Kühlwetterstraße 49
40239 Düsseldorf
Tel. 02 11/62 22 55

**Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit und Kreativitätsförderung –
Österreichisches Fritz Perls Institut (ÖFPI)**
Sekretariat: Eva Kamhuber
Gladiolenweg 21/5
A-1220 WIEN

**Stiftung Europäische Akademie für
psychosoziale Gesundheit und
Integrative Therapie (SEAG)**
Eschenweg 1
CH-9400 Roschach

Forschungsinstitut der EAG
Arndstr. 37
44135 Dortmund

Ethikkommission von FPI/EAG
Kontaktstelle:
c/o Ute Wirbel
Oppenheimer Str. 17
60549 Frankfurt

FPI-Regionalinstitute

FPI-Regionalinstitut Berlin e.V.

Kontaktadresse: Jürgen Mack
Stubenrauchstr. 69
12161 Berlin
Telefon: 0 30/8 52 25 33

FPI-Regionalinstitut Westfalen e.V.

Kontaktadresse: Christine Scharlau
Fleyer Str. 78
58097 Hagen
Telefon 0 23 31/8 48 80

FPI-Regionalinstitut Bremen/Oldenburg e.V.

Kontaktadresse: Karl-Heinz Schultz
Ulmenstr. 36
26135 Oldenburg
Telefon: 04 41/2 72 30

FPI-Regionalinstitut Düsseldorf e.V.

Kontaktadresse: Miriam Wied
Himmelgeister Str. 55
40225 Düsseldorf
Telefon: 02 11/33 09 12

FPI-Regionalinstitut Köln

Kontaktadresse: Sabine Wollenberg
Brehmstr. 17
50735 Köln
Telefon: 02 21/7 60 52 13

FPI-Regionalinstitut Frankfurt e.V.

Kontaktadresse: Dorothea Metz-Schneider
Debusweg 4
61462 Königstein
Telefon: 0 61 74/20 15 58
Di. 17.00 – 18.00 Uhr

FPI-Regionalinstitut Hamburg e.V.

Kontaktadresse: Barbara Schirmacher
Conzestr. 9
22587 Hamburg
Telefon: 0 40/82 74 68

FPI-Regionalinstitut Hannover e.V.

Kontaktadresse: Dietrich Grote
Asterstr. 33
30167 Hannover
Telefon: 05 11/71 41 31

FPI-Regionalinstitut München e.V.

Kontaktadresse: Peter Osten
Winthirstr. 21
80639 München
Telefon: 0 89/51 60 53 29
Beratungstelefon: 0 89/1 68 97 09 –
Christine Lippert-Lutz

FPI-Regionalinstitut Nürnberg

Kontaktadresse: Elisabeth Kitt
c/o Praxisgemeinschaft Rosenau
Rosenaustr. 5
90429 Nürnberg
Telefon: 09 11/26 90 50

FPI-Regionalinstitut Stuttgart e.V.

Kontaktadresse: Jutta Hommel-Schneck
Ziegelstr. 28/1
71063 Sindelfingen
Telefon: 0 70 31/8 85 89

FPI-Regionalinstitut Halle-Leipzig

Kontaktadresse: Dr. Michael C. Funke
Löbauer Str. 61
04347 Leipzig
Telefon: 03 41/2 32 47 42

Nationale Gesellschaften und Arbeitskreise

European Association for
Gestalt Therapy (EGGT)

Wefelsen 5
42499 Hückeswagen
Sekretariat:
Kühlwetterstr. 49
40239 Düsseldorf

Griechischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie

Kontaktadresse:
Tula Vlachoutsikos
Tim Vasson
GR-11521 Athen

Instituto Hilarion Petzold para

Terapia Integrativa
Hilarion Petzold
Apartado 235
E-38700 Santa Cruz de la La Palma

Kroatischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie

Kontaktadresse:
Jasenka Golub
Gortanova 29/I
Kroatien-41000 Zagreb

Nederlandse Vereniging for Integrative
Bewegings- Psychotherapie

Kontaktadresse:
Fr. Drs. Franka van der Voorst
Waalstraat 142 III
NL-1979 ED Amsterdam

Neuseeländischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie

Bernd Strüder
c/o Alcohol + Drug Centre
159, Queen Street
Palmerson North
New Zealand

Norsk Forening for Integrativ Terapi

Kontaktadresse:
Sivia Brauss Gröndahl
IT-Norge Koordinator
Vollgt. 19
N-2200 Kongsvinger

Österreichische Gesellschaft für
Integrative Therapie (ÖGIT)

Sekretariat:
Heidmarie Maronscheck
Hetzendorfer Straße 110 A/2
A-1120 Wien

Serbischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie

Kontaktadresse:
Zorica Josic
Milana Stanivokovica 1
Serbien-11030 Belgrad

Slowenischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie

Kontaktadresse:
Tilka Kren
I Internationale 12
Slowenien-62000 Maribor

Spanischer Arbeitskreis für
Integrative Therapie und Gestalt

Kontaktadresse:
Asociacion Espanola
de Terapia Gestalt
c/Valverde 6-4
E-28004 Madrid

Kooperierende Institutionen und Verbände

Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie,
Gestalttherapie und Kreativitätsförderung e.V.
– DGIK, Düsseldorf (vormals DGGK)

Kontaktadresse:

Cornelia Gräf-Trautmann

Kühlwetterstr. 49

40239 Düsseldorf

Freie Universität Amsterdam

Abt. Klinische Bewegungstherapie und

Psychomotorik

Universität Graz

Institut für Pastoraltheologie

Fernuniversität Hagen

Arbeitsbereich Psychologie,

Kurt Lewin Institut

Neumühle, Ökumenisches Zentrum für
Meditation und Begegnung, Mettlach

Europäische Gesellschaft für
Gestalttherapie e.V. – EGGT,
Hückeswagen

Deutsche Gesellschaft für
Integrative Bewegungstherapie e.V. – DGIB,
Hückeswagen

Deutsche Gesellschaft für künstlerische
Therapieformen und Therapie
mit kreativen Medien e.V. – DGKT, Köln

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V.
– Mannheim

Deutsche Gesellschaft für Poesie- und
Bibliotherapie e.V. – DGPB,
Erkrath

Deutsche Gesellschaft für Therapeutisches
Puppenspiel e.V. – DGTP,
Darmstadt

Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie e.V. –
DGT, Köln

Katholische Akademie für Krankenpflege
in Bayern, Regensburg

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein
e.V., Düsseldorf

Österreichischer Berufsverband für
Gestalttherapie und Integrative Therapie,
Salzburg

Österreichischer Arbeitskreis für Gruppen-
psychotherapie und Gruppendynamik,
Sektion Gestalttherapie

Pro Senectute Österreich, Wien

Katholisches Bildungswerk, Wien

Schweizerischer Verein für Gestalttherapie,
Zürich

Sektion Sozialtherapie im SGG,
Zürich

Schweizer Psychotherapeuten-Verband,
Basel

Diözesanes Bildungshaus Lichtenburg,
Nals, Südtirol

Donau-Universität Krems
Wissenschaftliche Landesakademie,
Niederösterreich

V

PUBLIKATIONEN UND
GRADUIERUNGSARBEITEN

Zeitschriften

Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, FPI-Publikationen, begründet 1975 von Hilarion Petzold und Charlotte Bühler

Gestalt und Integration, Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie, Gestalt-Bulletin, FPI-Publikationen, begründet 1979 von Hilarion Petzold und Bernd Heinermann

Integrative Bewegungstherapie, Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in Deutschland, Österreich und der Schweiz, DGIB, begründet 1991 von Martin Waibel und Apostolos Tsomplektis

Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, begründet von Jusuf Hariman 1981 ff., hrsg. von John Norcross, Nolan Salzman, Bernard Beitman, Richard P. Halgin, Scott Garfield, Marvin R. Goldfried, Hilarion Petzold u. a.

Journal of Psychotherapy Integration, hrsg. Hal Arkowitz, Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) 1990 ff.

Buchreihen

Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Junfermann Verlag, Paderborn, begründet und herausgegeben von Hilarion Petzold seit 1979, bisher 58 Bände

Vergleichende Psychotherapie, Junfermann Verlag, Paderborn, begründet von Hilarion Petzold und herausgegeben zusammen mit Prof. Dr. Eckard Wiesenhüter, Salzburg, und Prof. Dr. Klaus Grawe, Bern, seit 1979, bisher 11 Bände

Kunst · Therapie · Kreativität, begründet von Hilarion Petzold und herausgegeben zusammen mit Ilse Orth, Erkrath, Jan Boomsluiters, Nijmegen, Peter Petersen, Hannover, Peter Rech, Köln, Elisabeth Wellendorf, Hannover, seit 1984, bisher 11 Bände.

Graduierungsarbeiten an FPI und EAG

Die nachstehende Aufstellung umfaßt Graduierungsarbeiten, die in den verschiedenen Ausbildungszweigen an FPI und EAG geschrieben wurden (Psychotherapeutischer Zweig, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Integrative Bewegungstherapie, Gestaltpädagogik, Soziotherapie, Supervision, Integrative Kunsttherapie, Integrative Musiktherapie, Therapeutische Seelsorge u. a.)

Abou Eish, Elfriede
Supervision in der Lehrerfortbildung
Jahr: 1991, Seiten: 17

Abresch, Jürgen
Über die Risiken, die Stimme zu erheben
Verspannte Patienten – Verkrampfte
Stimmtherapie
Stimmstörung als Krisenvertonung
Jahr: 1988, Seiten: 62

Affeldt, Manfred
Jugendliche im Spannungsfeld von Autonomie
und Bindung – Entwicklungskonzepte und
Behandlung auf dem Hintergrund
Integrativer Therapie
Jahr: 1993, Seiten: 28

Agert, Michaela
Verwaiste Eltern – Eine qualitative Studie
zur Lebensbiographie von Eltern, denen
ein Kind verstorben ist
Jahr: 1991, Seiten: 231

Ahlmeyer, Johannes
Versuche gestaltischer Predigtarbeit
Jahr: 1977, Seiten: 20

Albertini, Ursina von
Die therapeutische Gemeinschaft Gatterweg.
Ein Kleinstgruppenmodell in der Drogen-Therapie.
Entstehung – Entwicklung – Erfahrungen
Jahr: 1981, Seiten: 185

Albrecht-Rusch, Heidi
Das Phänomen des sog. Schlüsselerlebnisses als
Erweiterung der Ich-Grenzen in der Gestalt-
Therapie bei einer ausgesuchten Klientel
Jahr: 1978, Seiten: 252

Allard, M. Ch.
Humanistische Psychologie unter besonderer
Berücksichtigung gestalttherapeutischer Ansätze
– eine Erörterung über die Verwendbarkeit in
sozialpädagog. Theorie und Praxis
Jahr: 1980, Seiten: 94

Althen, Ulla
Das Erstinterview in der Integrativen Therapie
Entwurf eines handlungsleitenden theo-
retischen Konzepts
Jahr: 1987, Seiten: 49

Andersen, Torbjorn H.
Et forsok pa revidering og utvikling av in-
troduksjonsfasen ved Riisby behandlingssenter,
Dokka, medutgangspunkt i integrativ terapi
Jahr: 1987, Seiten: 48

Andreas-Siller, Petra
Kinder und Alltagsdrogen – Suchtprävention in
Kindergarten und Grundschule
Jahr: 1990, Seiten: 158

Arndt, Christel
Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen
Eine Dokumentation wachsender Sinn-
erfassungskapazität im Verlauf eines
Ausbildungsprozesses
Jahr: 1991, Seiten: 68

Bach, Ingrid
Gestalttherapie mit Depressionen
Jahr: 1985, Seiten: 25

Bachmeier-Bischof, Ruth
Seniorentanz und Integrative Bewegungs-
therapie – ein Vergleich
Jahr: 1987, Seiten: 43

- Balazic, Stefan
Anwendungsmöglichkeit der gestalttherapeutischen Prinzipien in Ordensgemeinschaften.
Jahr: 1983, Seiten: 68
- Bambynek, Maria
Kreative Medien in der Arbeit mit Inzestbetroffenen. Die Wiederentdeckung verlorener Spuren in der Landschaft der Seele
Jahr: 1992, Seiten: 37
- Bär, Silvia
Integrative Supervision als Entlastung, Unterstützung und Kompetenzerweiterung im Arbeitsfeld Schule
Jahr: 1992, Seiten: 36
- Barkhau, Holger
Rechtsextremismus: Erklärungsmuster und Handlungsansätze aus integrativer Sicht
Jahr: 1993, Seiten: 36
- Bäumges, Ursula
Psychotherapie bei Glaukom. Integrative Gestalttherapie bei älteren Glaukompatienten als Ergänzung zur medizinischen Behandlung
Jahr: 1983, Seiten: 27
- Bechhold, Ingeborg
Möglichkeiten und Grenzen der sozialen Einzelhilfe bei Schizophrenen
Jahr: 1979, Seiten: 116
- Behrendt, Ines
Die neuen Körpertherapien, ein Methodenvergleich
Jahr: 1979, Seiten: 83+Anhang
- Behrendt, Silke
Gestalt- und Integrative Therapie bei der Behandlung von Stimmstörungen mit psychogenen Aspekten
Jahr: 1978, Seiten: 27
- Beilstein, Karl
Verwaiste Eltern – Eine qualitative Studie zur Lebensbiographie von Eltern, denen ein Kind verstorben ist
Jahr: 1991, Seiten: 231
- Belardi, Nando
Integrative Gruppentherapie für die soziale Arbeit
Jahr: 1989, Seiten: 89
- Berker-Horsch, Ulla
Ich begrüße den Abschied
Jahr: 1989, Seiten: 90
- Bettinaglio, Antonio
Bewegungstherapie in der Psychiatrie. Theorie und Praxis der Integrativen Bewegungstherapie
Jahr: 1992, Seiten: 339
- Bick, Rolf
Berater, Klient und die anderen: Hintergrund und Gestalt in der evangelischen Schwangerschaftskonfliktberatung
Jahr: 1981, Seiten: 30
- Bistry, Christa
Sexueller Mißbrauch – Definition und Hintergründe
Jahr: 1990, Seiten: 36
- Blettner, Gabriele Anna
Die soziale Beratung von Tumorpatienten
Jahr: 1984, Seiten: 12
- Bock, Waltraud
Bericht über den Versuch einer ambulanten Therapie mit einer Patientin, die nach zwei Schüben einer paranoiden Schizophrenie an einer schweren Antriebsstörung litt.
Jahr: 1981, Seiten: 46

Böckers-Lenfens, Elisabeth
Selbstverantwortung im Spannungsfeld
von Lebensgrund und Lebensaufgabe –
Eine Kritik der Gestalttherapie
Jahr: 1989, Seiten: 42

Bode-Köhn, Andrea
Ich packe meine Koffer
Eine Reise durch eine Arbeit über Kontakt,
Grenzen, Anfang und Ende und das
Unterwegssein. Station Kinderschule
Jahr: 1990, Seiten: 180

Bollag-Dondi, Mirijam
Zeitschrift „Gestalt“
Jahr: 1991, Seiten: Zeitschr.

Bosse, Susanne
Gestalt-Theorie als Grundlage von
Gestalt-Therapie?
Jahr: 1983, Seiten: 38

Brand, Martin
Das tetradische System der Integrativen
Therapie (FPI) in der stationären
Alkoholentwöhnungsbehandlung
Jahr: 1989, Seiten: 25

Brandau, Doris
Imagination im gestalttherapeutischen Prozeß
Jahr: 1984, Seiten: 24

Branger, Felix
Salomo Friedlaender
Eine geistesgeschichtliche Einordnung
und Darstellung einer Quelle der
Gestalt-Therapie
Jahr: 1981, Seiten: 66

Brinkmann, Eva-Maria
Mutter und Tochter
Jahr: 1985, Seiten: 17

Britting, Elisabeth
10 gestalttherapeutische Sitzungen –
Eine prozessuale Auswertung anhand von
Tonbandaufzeichnungen
Jahr: 1980, Seiten: 20

Brücker, Johanna
Phänomene der klinischen Bewegungstherapie
aus psychoanalytischer Sicht
Jahr: 1989, Seiten: 35

Brügel, Eberhard
Psychotherapie mit Kindern: Ein Vergleich der
Autoren Violet Oaklander, Anna Freud und
Jaques Berna
Jahr: 1986, Seiten: 100

Brühlmann, Toni
Zeitschrift „Gestalt“
Jahr: 1991, Seiten: Zeitschr.

Bruhn, Gabriele
Wirkungsfelder der Gestalttherapie im
erzieherischen und therapeutischen Bereich
Jahr: 1979, Seiten: 193

Buhl, Eberhard
Der Gestalttherapeut in seinem sozialen
Umfeld. Eine Untersuchung zu „sozialer
Kompetenz“ und „sozialem Engagement“.
Jahr: 1982, Seiten: 111

Bunkowsky, Christian
Die gestaltpsychologische Interpretation
geometrisch – optischer Täuschungen
Jahr: 1983, Seiten: 82

Bünthe-Ludwig, Christiane
Effekte von Selbsterfahrungsgruppen u. Selbst-
hilfeprojekten im Rahmen der therapeutischen
Förderung und Betreuung von Mediatoren
Jahr: 1980, Seiten: 344

- Büren-Lützenkirchen, Gerlinde
Identitätskrisen in der Adoleszenz im Licht der
Vorgeschichte mit Fallbeispielen aus drei
Praxisbereichen
Jahr: 1992, Seiten: 43
- Cöllen, Michael
Laß uns für die Liebe kämpfen –
Der neue Weg aus der Partnerkrise.
Gestalttherapie für Paare
Jahr: 1986, Seiten: 250
- Dahl, Karl-August
Der phänomenologische Ansatz
Maurice Merleau-Ponty und seine
Bedeutung für die Theorie der Gestalttherapie
Jahr: 1981, Seiten: 33
- Dalz, Martin
Soziotherapie mit schwer gestörten Alko-
holikern. Aus der Arbeit in einem
soziotherapeutischen Heim
Jahr: 1993, Seiten: 30
- Dauber, Heinrich
Werkstattbericht
Atem und Bewegung – eine Einführung in
die Gestaltpädagogik
Jahr: 1990, Seiten: 124
- Davis, Barbara
Ursprung und Bedeutung des Awareness-
Konzeptes in der Gestalttherapie
Jahr: 1985, Seiten: 45
- Dockter, Irma
Zeitphänomene in Beratungsprozessen,
unter bes. Berücksichtigung von Interaktionen
zwischen Berater/in und Klient/in in einer
Ehe-, Familien- und Lebensberatungsst.
Jahr: 1992, Seiten: 308
- Döldissen, Christian
Widerstand als psychotherapeutisches Konzept
und seine Anwendung in therapeutischen
Gemeinschaft für Drogenabhängige
Jahr: 1983, Seiten: 64
- Drefke, Helma
Die Integrative Bewegungstherapie und ihre
Bedeutung in der Ausbildung von Sportlehrern
und Bewegungswissenschaftlern
Jahr: 1990, Seiten: 19
- Dreifuss-Paucker, Marlise
Sprachspiel – Spiel und Sprache
Jahr: 1991, Seiten: 12
- Ebeling, Ingelore
Kino im Kopf
– Imaginationenübungen im Kunstunterricht –
Jahr: 1992, Seiten: 27
- Ebenhög, Thomas
Integrative Basiskonzepte für einen
Psychologen in der Heimerziehung
Jahr: 1992, Seiten: 35
- Eberz, Manfred
Integrative Bewegungs- und Leibtherapie
im Arbeitsfeld der neurologischen
Rehabilitation
Jahr: 1993, Seiten: 27
- Eck, Dietrich
Suicidale Krise, Psychodynamik und
Intervention
Jahr: 1986, Seiten: 27
- Ehrhardt, Jutta
Be-Achtung und Be-Deutung des gesellschaft-
lichen und staatlichen Einflusses auf die Identi-
tätsentwicklung von Patienten, die im dritten
Reich geboren wurden.
Jahr: 1987, Seiten: 280
- Eickstedt-Schmauch, v., Doris
Die frühkindliche Bewegungsentwicklung
und ihre mögliche Problematik
Jahr: 1983, Seiten: 49
- Eika, Tor
Integrativ Terapi anvendt i ekteparbehandling
et klinisk Eksempel
Jahr: 1992, Seiten: 26

- Eisenring, Karl
Medikamentenloser Drogenentzug und
Integrative Therapie
Jahr: 1984, Seiten: 28
- Eisler, Peter
Berühren und Berührtsein
Jahr: 1990, Seiten: 38
- Eisler-Stehrenberger, Karin
Kreative Prozesse und therapeutische Prozess –
eine Zusammenschau
Jahr: 1989, Seiten: 37
- Emmerich, Putz
Ehevorbereitung in der Pfarre,
Begründung und Versuch eines
integrativen Behelfs
Jahr: 1982, Seiten: 72
- Erbacher, Friedbert
Die Leere – Überlegungen aus gestalt-
therapeutischer Sicht und gemäß
gestalttherapeutischer Praxis
Jahr: 1981, Seiten: 46
- Everding, Ilse
Processual Diagnostics in Integrative Therapy –
training for sensitizing and applying „first inter-
view“ and „creative media“ in the therapist-
client relationship
Jahr: 1991, Seiten: 30
- Faber, Wilfried
Gestaltpädagogik in der Lehrerfortbildung
und im Unterricht. Ein erster Orientierungs-
versuch für Religionslehrer
Jahr: 1983, Seiten: 30
- Fallenstein, Anne
Wechseljahre als Chance – Frauen in
der Lebensmitte Ein Kursprogramm für
ganzheitliche Gesundheitspflege in den
Wechseljahren
Jahr: 1993, Seiten: 72
- Fehr-Suter, Verena
Frauen-Arbeit – Frauenarbeit:
eine Standortbestimmung. Auf der Suche
nach Einheit von Haus- und Berufsarbeit.
Aufgezeigt an einem Kurs auf dem
Hintergrund I T
Jahr: 1990, Seiten: 74
- Feindt, Hajo
Humanisierung und konzeptionelle Ansätze
der Arbeit mit geistig Behinderten
Jahr: 1981, Seiten: 20
- Feindt-Lange, Regina
Der Zugang zum sprachlosen Raum –
eine koexistentielle Erfahrung zwischen
Patient und Therapeut
Jahr: 1992, Seiten: 11
- Fink, Albert Matthias
Integrative Therapie in der Arbeit mit
hyperaktiven Kindern
Jahr: 1991, Seiten: 48
- Fischer, Maren
Interventionsmöglichkeiten Integrativer
Therapie mit alleinerziehenden Müttern
im Rahmen eines Beratungszentrums
Jahr: 1983, Seiten: 30
- Franck, Johannes
Gestalttherapie mit Kindern
Jahr: 1984, Seiten: 179
- Frassa, Marita
Analyse der Therapeut-Klient-Interaktion
bei gestalttherapeutischen Kontakten mit
dem Aspekt der Intersubjektivität
Jahr: 1978, Seiten: 188
- Freyberg, Wolfram
Übergänge zur Integrativen Therapie
Jahr: 1989, Seiten: 111

Froebe, Dieter
Grundzüge einer politischen Ethik im
Rahmen metatheoretischer Fundierung der
Integrativen Therapie
Jahr: 1993, Seiten: 133

Froese, Silvia
Ohne Wurzeln wachsen keine Flügel
Jahr: 1989, Seiten: 276

Frohne, Isabelle
Das rhythmische Prinzip; Rhythmisch – musik-
therapeutische Ansätze in der Musikerziehung
Jahr: 1979, Seiten: 205

Garbe, Elke
„Martha“ – Psychotherapie eines Mädchens
nach sexuellem Mißbrauch
Jahr: 1990, Seiten: 116

Gasparoli, Enriko
„Gestaltpädagogik“
Jahr: 1990, Seiten: 134

Gastgeber, Karl
Zur Erweiterung der personalen Kompetenz
des Seelsorgers
Jahr: 1978, Seiten: 35

Gausebeck, Hermann
Integrative Therapie in der Behandlung von
Alkoholikern
Jahr: 1976, Seiten: 27

Genthner, Jochen
Die Ansprechcharaktere von Musik-
instrumenten – kultureller Hintergrund und
therapeutische Wirkebenen
Jahr: 1992, Seiten: 13

Genton Keller, Ursula
Integrative Bewegungs- und Leibtherapie mit
HIV-infizierten Drogenabhängigen
Jahr: 1991, Seiten: 32

Gerdes, Dieter
Möglichkeiten und Grenzen des
Integrativen Ansatzes in der ambulanten
Beratung und Therapie mit Stoffmittel-
abhängigen Menschen.
Jahr: 1993, Seiten: 37

Glänzer, Heidrun
Organisationsberatung und Integrative
Gestalt supervision in Diakoniestationen
Jahr: 1991, Seiten: 63

Glettler, Manfred
Christusverkündigung als Gnadenmittel.
Zur Bedeutung des Mediums in Katechese und
Gestaltpädagogik
Jahr: 1981, Seiten: 96

Görling, Ulrike
Möglichkeiten und Grenzen des
Integrativen Ansatzes in der ambulanten
Beratung und Therapie mit Stoffmittel-
abhängigen Menschen.
Jahr: 1993, Seiten: 37

Grausgruber, Heinrich
Arbeit mit Konflikt und Aggression in der
Integrativen Religionspädagogik
Jahr: 1983, Seiten: 76

Greven, Claudia
Möglichkeiten und Grenzen Integrativer
Tanztherapie in der Psychiatrie
Jahr: 1989, Seiten: 118

Groß-Joschko, Cornelia
Das Tiefungsmodell vor dem Hintergrund
regressionstheoretischer Überlegungen
Jahr: 1991, Seiten: 51

Groskurth, Peter
Vom Psychologiekritiker zum Psycho-
therapeuten – ein Werdegang
Jahr: 1987, Seiten: 26

- Guderian, Heide
Verbindung von humanistischer Psychotherapie
und Meditation am Beispiel des Enlightenment
Intensives
Jahr: 1984, Seiten: 47
- Gutberlet-Kälin, Michael & Ursula
Integrative Therapie und klientenzentrierte
Psychotherapie Darstellung – Vergleich,
Überlegungen zu Integrationsmöglichkeiten
Jahr: 1985, Seiten: 123
- Haarkens, Dörte
Gestörte Kindheitsentwicklung und
Selbstwerdung. Darstellung und Auswertung
einer soziotherapeutischen Wohngemeinschaft
mit Adoleszenten
Jahr: 1989, Seiten: 78
- Haberer, Ulrike
Suchtverhalten als Spätfolge von sexueller
Gewalt im Kindesalter und die Möglichkeiten
der Behandlung am Beispiel abhängiger
Frauen.
Jahr: 1992, Seiten: 22
- Hanfland, Jutta
Bewegung in der Schule. Arbeit mit einer
Grundschulklasse und ihrem Lehrer mit den
Methoden der Integrativen Bewegungstherapie
Jahr: 1986, Seiten: 68
- Hannig-Schormann, Regina
Das äußere Erscheinungsbild von Frauen, als
ein Teil ihrer leiblichen Identität, dargestellt
und konkretisiert am Umgang mit Fotos von
sich selbst
Jahr: 1989, Seiten: 52
- Harries-Hedder, Karin
Aufzeigen von Diskrepanzen zwischen
Anspruch und Verwirklichung psychiatrischer
Teamarbeit und Vorschläge zur Veränderung
Jahr: 1979, Seiten: 146
- Hartleib-Schaffrath, Renate
Die Behandlung von Kindern mit leichten
Hirnfunktionsstörungen (MCD) nach
Konzepten der Integrativen Therapie
Jahr: 1992, Seiten: 29
- Hartmann-Kottek, Lotte
Schwerpunkt „Gestalttherapie“ im Grenzgebiet
der Psychiatrie
Jahr: 1980, Seiten: 41
- Hasler, Ueli
Überlegungen zu einer Integrativen
Anthropologie des Schmerzes
Jahr: 1992, Seiten: 61
- Haufer, Rainer
Gestalttherapie
Jahr: 1992, Seiten: 29
- Hausmann, Bettina
Integrative Kurztherapie mit Psychotikern
Jahr: 1983, Seiten: 69
- Hawellek, Christian
Gestalttherapie und Experiment – methodo-
logische und wissenschaftstheoretische
Überlegungen
Jahr: 1987, Seiten: 27
- Heek, van, Walter
Wenn die Schildkröten beginnen zu tanzen
Jahr: 1991, Seiten: 70
- Heerkerens, Hans Peter
Dimensionen therapeutischen Handelns –
Evaluation eines von Hilarion Petzold
vorgeschlagenen Modells
Jahr: 1981, Seiten: 37
- Heilig, Gerlinde
Der Therapeut und sein Patient
Jahr: 1988, Seiten: 50

- Heimannsberg, Barbara
Schuld und Schuldgefühle in theoretischen
Konzepten der klassischen Gestalttherapie von
Perls und in den Weiterentwicklungen der
Integrativen Therapie
Jahr: 1985, Seiten: 22
- Heinermann, Bernd
Texte und Poesie in der Psychotherapie mit
Jugendlichen
Jahr: 1985, Seiten: 80
- Heinzl, Wolfgang
Metatheoretische Grundlagen für ein
Verständnis der Leiblichkeit in der Psycho-
therapie – Anthropologische Perspektiven
zwischen Phänomenologie und Hermeneutik
Jahr: 1991, Seiten: 441
- Helg, Felix
Begegnung und Kontakt: der Einfluß Martin
Bubers auf Fritz Perls und die Gestalttherapie
Jahr: 1992, Seiten: 83
- Hendry, Helmut
Veränderung von Werten und Zielen bei
Psychotherapeuten im Verlauf einer
10-jährigen Berufspraxis. Untersucht am
Beispiel von 4 Gestaltpsychotherapeuten
Jahr: 1992, Seiten: 235
- Herunter, Hans
Der Beitrag der Integrativen Gestalttherapie
für erlebnisorientierte Gottesdienstgestaltung
Jahr: 1983, Seiten: 98
- Herweg, Anne
Methoden Integrativer Bewegungstherapie in
der Arbeit mit suchtkranken Frauen
Jahr: 1988, Seiten: 67
- Herzig-Graf, Ida
Integrative Bewegungstherapie FPI mit
sehbehinderten und blinden Kindern, unter
Einbezug der Fallschule des Aikido
Jahr: 1992, Seiten: 189
- Hesse, Carsten
Kreativitätstheorien in der Gestalttherapie
Jahr: 1982, Seiten: 56
- Heuzeroth, Günter
Erlebte Grenzen. Aus der therapeutischen
Arbeit mit drogenabhängigen Heroinsüchtigen
in einer therapeutischen Wohngruppe.
Jahr: 1981, Seiten: 59
- Hille, Jürgen
Die Tauglichkeit des Problemlöseansatzes zur
Erfassung des Psychotherapieprozesses
Jahr: 1982, Seiten: 180
- Höhmnn-Kost, Annette
Die funktionale und erlebnisorientierte
Integrative Bewegungstherapie, dargestellt an
einem Gruppenbeispiel aus der Psychiatrie.
Theorie – Erfahrungen – Übungen
Jahr: 1988, Seiten: 110
- Höller, Herman
Sterbebegleitung in der Krankenhauseelsorge
Jahr: 1983, Seiten: 90
- Hommerich, Ursula
Weichenstellung in der Entwicklung
weiblicher Identität in ihrer Beziehung zur
gesellschaftlichen Notwendigkeit
Jahr: 1986, Seiten: 34
- Hönniger, Susanne
Merkmale des Therapeuten- und Klienten-
Verhaltens bei gestalttherapeutischen
Kontakten
Jahr: 1978, Seiten: 210
- Horn, Juliane
Anwendungsmöglichkeiten Integrativer
Therapie in der ambulanten Arbeit mit
Alkoholkranken und Medikamenten-
abhängigen
Jahr: 1981, Seiten: 35

- Hoydal, Elisabeth
Integrative Therapy – Use of different methods
in Integrative therapy group-work
Jahr: 1992, Seiten: 25
- Huber, Barbara
Educating the whole Brain. A Paradigm-Shift
that challenges the educational system
Jahr: 1985, Seiten: 81
- Hübner, Monika
Gestaltpädagogische Lehrer-Gruppen zur
Suchtprävention
Jahr: 1977, Seiten: 78
- Huck, Karin
Gestaltpädagogik in der Fort- und Weiter-
bildung von Krankenpflegepersonal
Jahr: 1980, Seiten: 11
- Immler, Wilma
Integration und Neuorientierung in den
geistlichen Übungen des Ignatius von Loyola
und in der Integrativen Gestalttherapie
Jahr: 1983, Seiten: 91
- Isenegger, Urs
Mitwirkung in einer lokalen Schulbehörde:
Eine Erfahrung mit politischer Arbeit auf dem
Hintergrund der Integrativen Therapie
Jahr: 1988, Seiten: 45
- Janacs-Seel, Birgitta
Milieutherapeutische Arbeit mit früh-
geschädigten, dissozialen Jugendlichen
Jahr: 1993, Seiten: 32
- Jaquenoud, René
Intersubjektivität und Beziehungserfahrun-
gs-erfahrung als Grundlage der therapeutischen
Arbeit in der Gestalttherapie
Jahr: 1981, Seiten: 58
- Jaspersen, Gisela
Der Gestalttherapeut in seinem sozialen
Umfeld. Eine Untersuchung zu „sozialer
Kompetenz“ und „sozialem Engagement“.
Jahr: 1982, Seiten: 111
- Jordi, Annelies
Integrative Bewegungstherapie und
Physiotherapie
Jahr: 1993, Seiten: 38
- Kabus, Silvia
Erfahrungen mit theoriegeleiteter Diagnose
und Veränderung eines Gruppentherapie-
prozesses im Rahmen des Versuchs, mit
Aktionsforschungsansätzen in einer psych.
Institution
Jahr: 1978, Seiten: 390
- Kahnke, Bärbel
Erfahrungsbericht über die Arbeit mit
alleinerziehenden Müttern und ihren Kindern
unter Berücksichtigung von verschiedenen
therapeutischen Ansätzen
Jahr: 1982, Seiten: 45
- Kalmbach, Jürgen
Burnout und der Umgang mit Aggressionen
Jahr: 1992, Seiten: 11
- Kämpfen-Heer, Muriel
Integrative Therapie mit incest-traumatisierten
Frauen
Jahr: 1989, Seiten: 66
- Katz-Bernstein, Nitza
Phantasie, Symbolisierung und Imagination–
„komplexes katathymes Erleben“ als Methode
in der Integrativen Therapie mit Vorschul-
kindern
Jahr: 1990, Seiten: 49

- Kehrberg, Annelies
Gestalttherapie und Psychodrama in der Arbeit
mit depressiven und suizidgefährdeten Klienten
Jahr: 1980, Seiten: 114
- Kernbichler, Isabella
Todesbilder und Wachstumsschritte
Reflexion einer Sterbebegleitung
Jahr: 1992, Seiten: 19
- Kircher, Irene
Leitungsproblematik in einem
LehrerInnenteam
Jahr: 1992, Seiten: 35
- Kirchmann, Edith
Moderne Verfahren der Bewegungstherapie.
Konzentrierte Bewegungstherapie,
Integrative Bewegungstherapie, Rhythmische
Bewegungstherapie
Jahr: 1979, Seiten: 77
- Klein, Barbara
Mein Verhältnis zur Kunst und zu meinem
Kunstunterricht Jahr: 1991, Seiten: 48
- Klose-Baumann, Christa
Therapeutische Arbeit mit Müttern in einer
Beratungsstelle für Eltern, Kinder und
Jugendliche
Jahr: 1989, Seiten: 56
- Knauf, Werner
Ziele und Zeit bei individueller Therapie-
planung. Ein integrative Modell
Jahr: 1991, Seiten: 39
- Knoll, Andreas
Die Gestalt der Sozialarbeit
Jahr: 1990, Seiten: 181
- Koester, Volker H.
Bericht über die Behandlung einer jetzt
30 jährigen Patientin mit Borderline-
Persönlichkeitsstörung.
Jahr: 1987, Seiten: 17
- Kohaupt, Brunhilde
Integrative Therapie und Schwangerschafts-
konfliktberatung
Jahr: 1986, Seiten: 72
- Köhn, Ulrich
Glaube und Erfahrung – Zugänge zum
Religiösen in der Gestalttherapie
Jahr: 1982, Seiten: 184
- Köllermann, Heidi
Arbeit mit Ton in der Integrativen
Gestalttherapie
Jahr: 1980, Seiten: 51
- Kombächer, Jürgen
Integrative Bewegungstherapie in der
Behandlung von Alkoholkranken
Jahr: 1978, Seiten: 38
- König, Walter
Der Jäger und sein Wild. Der Mann und
seine Liebesrituale
Jahr: 1987, Seiten: 25
- Könnecke, Barbara
Das FOUR-STEPS-MODELL der
Integrativen Therapie in der Therapeutischen
Gemeinschaft Tauwetter – dargestellt am
Beispiel von Interviews und schriftlichen
Materialien
Jahr: 1990, Seiten: 60
- Koop, Ingrid Ingeborg
Psychotherapeutische Weiterbildung in
Integrativer Therapie in Nicaragua –
Erfahrungen und Überlegungen zum Problem
der kulturellen Übertragbarkeit
Jahr: 1992, Seiten: 26
- Köppel, Pius
Homosexualität und Gestalttherapie
Jahr: 1989, Seiten: 87

- Krach, Christa
Integrative Gestalttherapie mit Drogen-
abhängigen unter besonderer Berücksichtigung
der Motivationsarbeit
Jahr: 1985, Seiten: 38
- Krämer, Markus
Krankheit als Chance. Arbeitsmaterial für die
Erwachsenenbildung
Jahr: 1987, Seiten: 114
- Krämer, Gabriele
Erklärung und Behandlung der Anorexia-
nervosa. Darstellung verschiedener Ansätze
unter besonderer Berücksichtigung eines
Konzeptes der Ganzheitlichkeit
Jahr: 1989, Seiten: 139
- Kreis, Christel
Ein Stück wirkliches Leben
Schulberatung auf soziotherapeutischer
Grundlage
Jahr: 1992, Seiten: 44
- Kröll, L.
Die Bedeutung des Persönlichkeitsaspektes bei
sachorientierten Arbeitsgruppen aus gestalt-
therapeutischer und gruppendynamischer Sicht
Jahr: 1982, Seiten: 43
- Krüger, Annelie
Element der Gestalttherapie in der
Spieltherapie mit Schulkinder und der
Beratung von deren Eltern und Lehrern.
Jahr: 1980, Seiten: 64
- Kruse, Hans-Peter
Die Fähre. Ein Erfahrungsbericht
Jahr: 1984, Seiten: 31
- Kruse, Anette
Integration Jungscher Elemente in den gestalt-
therapeutischen und Integrativen Ansatz der
Traumarbeit in Theorie und Praxis
Jahr: 1983, Seiten: 22
- Kühn, Lorraine
Reifungskrisen und Identitätsfindung
Psychotherapie mit Studierenden unter einer
entwicklungspsychologischen Perspektive
Jahr: 1993, Seiten: 47
- Künschner, Barbara
Heilung durch Nachsozialisation – Stationäre
Therapie eines frühgeschädigten Kindes
Jahr: 1990, Seiten: 45
- Kuntzag, Lars
Wege aus der psychotischen Welt in die
„gemeinsame Realität“. Aufzeichnungen des
einzeltherapeutischen Verlaufs
Jahr: 1989, Seiten: 66
- Ladenhauf, Karl Heinz
Integrative Therapie und Gestalttherapie in der
Seelsorge. Grundfragen und Konzepte für
Fortbildung und Praxis
Jahr: 1988, Seiten: 220
- Ladenhauf, Karl Heinz
Integrative Gestalttherapie in der Ausbildung
von Seelsorgern und Religionspädagogen
Jahr: 1981, Seiten: 15
- Langemann, Heinz
Gestaltpädagogik – Die Aufgaben des Lehrers
Jahr: 1983, Seiten: 52
- Latka, Herman, Florian
Gestalt in der Eheberatung
Jahr: 1981, Seiten: 6
- Lauer, Hiltrud
Krankheit als Chance. Arbeitsmaterial für die
Erwachsenenbildung.
Jahr: 1987, Seiten: 114
- Leins, Brigitta
Wechseljahre als Chance – Frauen in der
Lebensmitte
Ein Kursprogramm für ganzheitliche Gesund-
heitspflege in den Wechseljahren
Jahr: 1993, Seiten: 72

- Leitner, Anton
Leibzentrierte Fokalintervention in der Klinik
Jahr: 1989, Seiten: 21
- Lenz, Marlies
Theorie und Praxis der Integrativen Therapie
und Agogik in der Schulpsychologie
Jahr: 1993, Seiten: 34
- Lessing-Kremer, Gudrun Maria
Gelebte Frauengruppen
Jahr: 1983, Seiten: 57
- Lieber, Veronika
„Es war, als hätt' der Himmel die Erde still
geküßt ...“
Eine Arbeit über die Sehnsucht, die Realität
und die Poesie
Jahr: 1989, Seiten: 46
- Liebert, Wilhelm
Der lange Weg – Spuren meiner Lebens-
geschichte im Geschichtsunterricht
Jahr: 1990, Seiten: 86
- Lippert-Lutz, Christine
Körper und Schule: Die Rolle der Integrativen
Bewegungstherapie in der Gestaltpädagogik
Jahr: 1987, Seiten: 91
- Lückel, Regina
Gestalttherapie und Integrative Arbeit mit
Märchen
Jahr: 1979, Seiten: 40
- Lüdde, Heinz
Versuch einer tiefenhermeneutischen Inter-
pretation des des Eingangskapitels aus Elias
Canettis autobiographischen Roman
Jahr: 1988, Seiten: 26
- Lüpertz, Renate
Rhythmische Elemente in der kinder-
therapeutischen Arbeit der Integrativen
Bewegungstherapie
Jahr: 1990, Seiten: 13
- Lütge, Michael
Therapie als Lerngeschichte der Therapeuten-
Urhorde
Jahr: 1993, Seiten: 57
- Lütolf-Schweizer, Johanna
„Simone“
Trauerarbeit um ein verlorenes Kind
Jahr: 1988, Seiten: 34
- Maas, Heinrich
Gestaltpädagogik und Gestaltberatung in der
Fortbildung von Erwachsenenbildnern
Jahr: 1990, Seiten: 35
- Maas-Berg, Wilma
Spezielle Aspekte kindlicher Entwicklung nach
Winnicott
Jahr: 1990, Seiten: 23
- Mack, Bernhard
Einige Möglichkeiten der Bearbeitung von
Blockierungen des Klangsausdrucks in der
Integrativen Therapie
Jahr: 1986, Seiten: 28
- Mangelsdorf, Almuth
Integrative Gestaltpsychotherapie, Paartherapie
mit Alkoholkranken aus gestalttherapeutischer
Sicht
Jahr: 1986, Seiten: 59
- Marx, Gabriele
Paartherapie mit Alkoholkranken aus gestalt-
therapeutischer Sicht
Jahr: 1986, Seiten: 29
- Mathias, Ulrike
Rollenentwicklung und Identität
Jahr: 1982, Seiten: 65

Matthies, Friedhelm
Das Beziehungs Panorama, Weiterentwicklung
und Erprobung d. Panoramatechnik i. d.
Arbeit mit Paaren und Familien vor d.
Hintergr. der theor. Konzepte d. Integr.
Gestalttherapie
Jahr: 1984, Seiten: 120

Mayntz, Otto
Therapie ohne Hoffnung? Integrative Sterbe-
begleitung einer 32-jährigen Krebspatientin.
Jahr: 1985, Seiten: 67

Mehl, Juliane
Einwirkungen von körper- und bewegungs-
zentrierten Interventionen auf das Körper-
schema, Körper- und Selbstbild von
Lernbehinderten
Jahr: 1987, Seiten: 135

Mehrrens, Ute
Gestalttherapie und Integrative Arbeit mit
Kindern und Familien
Jahr: 1981, Seiten: 102

Meier, Therese
Zur Praxis sozialer Prävention nach Konzepten
der Gestalttherapie
Jahr: 1986, Seiten: 33

Meier-Raeder, Dietmar
Arbeits- und Tätigkeitsfeld von Gestalt-
therapeuten in der Bundesrepublik
Deutschland
Jahr: 1988, Seiten: 38

Meier-Weber, Ursula
Integrative Kurztherapie mit Psychotikern
Jahr: 1983, Seiten: 69

Merten, Rolf
Das Identitätskonzept der Integrativen Gestalt-
therapie in seiner Bedeutung für unsere
pädagogische Arbeit im Inselhaus
Jahr: 1987, Seiten: 17

Meyer, Hans Alex
Zeitschrift „Gestalt“
Jahr: 1991, Seiten: Zeitschr.

Molling, Manfred
Ambulante Therapie mit Drogenabhängigen,
Möglichkeiten und Grenzen, aufgezeigt
anhand eines Praxisberichtes
Jahr: 1981, Seiten: 29

Moser, Josef
Der Gong in der Behandlung früher Störungen.
Jahr: 1989, Seiten: 28

Mulchen, Angelika
Der Einfluß von Drogen auf die
Graphomotorik
Jahr: 1971, Seiten: 131

Müller, Marlene
Ganzheitliche Gesundheitserziehung auf der
Grundlage der Integrativen Gestalttherapie
Jahr: 1987, Seiten: 100

Müller, Marianne
Zeitschrift „Gestalt“
Jahr: 1991, Seiten: Zeitschr.

Müller, Hanspeter
Zeitschrift „Gestalt“
Jahr: 1991, Seiten: Zeitschr.

Müller-Faessler, Eliane
Integrative Bewegungstherapie in Gruppen mit
alkoholabhängigen Menschen
Jahr: 1989, Seiten: 97

Naber, Wilhelm
Was ist Phänomenologie? Ein Versuch der
Annäherung an Merleau-Pontys Denken
Jahr: 1987, Seiten: 32

Namokel, Herbert
Die Moderation als Methode in der Integrativen
Teamsupervision
Jahr: 1993, Seiten: 90

- Nausner, Liselotte
Der Beitrag der Gestalttherapie zur Erweiterung
der personalen Kompetenz des Seelsorgers
Jahr: 1978, Seiten: 76
- Neumann, Ruth
Die Rolle des Beratungslehrers und die
Beratungsbeziehungen
Jahr: 1980, Seiten: 59
- Neuser, Friederun
Bewertungsangst in sozialen Situationen
Jahr: 1987, Seiten: 10
- Niggemeyer, Veronika
Inwieweit ist es möglich, in die Rekreations-
arbeit Integrative Bewegungstherapieansätze
einfließen zu lassen? Aufgezeigt anhand der
Volkshochschularbeit.
Jahr: 1986, Seiten: 30
- Nötzel, Siegrid
Zur Anwendung der alternativen Diagnostik
der Integrativen Therapie in der Sucht-
krankentherapie
Jahr: 1991, Seiten: 34
- Nowas-Rappard, Monika
Identitätskrisen in der Adoleszenz im Licht der
Vorgeschichte mit Fallbeispielen aus drei Praxis-
bereichen
Jahr: 1992, Seiten: 43
- Oberlehner, Franz
Der Begriff „Erleben“ in der klinischen
Psychologie
Jahr: 1984, Seiten: 231
- Oeltze, Achim
Intermediale Arbeit in der Integrativen
Musiktherapie
Jahr: 1993, Seiten: 15
- Orth, Ilse
Poesie und Therapie, Über die Heilkraft der
Sprache
Jahr: 1978, Seiten: 80
- Oswald, Andreas
Gestalttherapie, Spiritualität und Frieden
Jahr: 1986, Seiten: 47
- Otte, Hilka
Einführung in die Integrative Therapie
Jahr: 1993, Seiten: 554
- Pahl, Elisabeth
Gestalttherapie in der Psychiatrie
Jahr: 1979, Seiten: 40
- Palzer, Gerhard
Krisenintervention – Modelle der
Integrativen Therapie
Jahr: 1988, Seiten: 39
- Pape, Sigrid
Entwicklungspsychologie und Erziehungsalltag
Vorüberlegungen zu einer integrativen
Entwicklungstheorie
Jahr: 1989, Seiten: 67
- Pape, Traute
Integrative Poesie- und Bibliothherapie. Didaktik
und Methodik des Kompaktcurriculums
Jahr: 1993, Seiten: 60
- Peterburs, Heiner
Integrative Gestalttherapie mit Drogen-
abhängigen unter besonderer Berücksichtigung
der Motivationsarbeit
Jahr: 1985, Seiten: 38
- Petit, Marie
La Fonction Thérapeutique de l'enactment en
Gestalt Thérapie
Jahr: 1981, Seiten: 331
- Petzold, Christa
Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit
mit alten Menschen
Jahr: 1990, Seiten: 20

- Pfäffli, Ueli
Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in
einer Institution mit gesetzlichem Auftrag
Jahr: 1987, Seiten: 60
- Pfund, Walter, J.
Das Alter unter dem Aspekt der „Integrativen
Pädagogik“
Jahr: 1982, Seiten: 45
- Preisig, Maya
Integrative Gestalt-Gruppentherapie mit Kindern
Jahr: 1983, Seiten: 29
- Pregel, Annedore
Gestaltpädagogik – Therapie, Politik und
Selbsterkenntnis in der Schule
Jahr: 1983, Seiten: 277
- Prieger, Almut
Erfahrungen mit Ansätzen Integrativer
Pädagogik im Unterricht mit drogen-
abhängigen, inhaftierten Frauen
Jahr: 1980, Seiten: 17
- Prieler, Gerhard
Supervision in der pastoralen Arbeit am
Beispiel des Arbeitsfeldes kirchlicher
Jugendleiter
Jahr: 1990, Seiten: 22
- Prien, Christel
Ergänzungsfamilie – Ersatzfamilie. Konflikt-
analyse aus soziotherapeutischer Sicht unter
besonderer Berücksichtigung von Trauerarbeit
Jahr: 1992, Seiten: 57
- Putz, Emmerich
Ehevorbereitung in der Pfarre. Begründung
und Versuch eines integrativen Behelfs
Jahr: 1982, Seiten: 72
- Putz, Christa
Themenzentrierte Gruppenarbeit in der
Integrativen Therapie am Beispiel eines
Anti-Streß-Seminars
Jahr: 1992, Seiten: 71
- Quitmann, Helmut
Gestaltpädagogik in der Lehrerfortbildung.
Ergebnisse eines Forschungsprojektes
Jahr: 1986, Seiten: 12
- Rack, Barbara
Identitätskrisen in der Adoleszenz im Licht
der Vorgeschichte mit Fallbeispielen aus drei
Praxisbereichen
Jahr: 1992, Seiten: 43
- Radbruch-Gadermann, Monika
Supervision mit Teams, die mit Aids-Patienten
arbeiten
Jahr: 1992, Seiten: 16
- Radic, Niko
Briefberatung. Die Möglichkeiten des Briefes
im Integrativen Beratungsprozeß
Jahr: 1984, Seiten: 54
- Ramin, Gabriele
Schulen der Kindertherapie
Jahr: 1987, Seiten: Buch
- Randow, von, Angela
Ist Drogentherapie in geschlossenem Rahmen
sinnvoll?
Jahr: 1983, Seiten: 42
- Rau, Hartmut
Das diagnostische Elterngespräch beim
Hausbesuch als Teil einer familienorientierten
Diagnostik unter gestalttherapeutischen
Aspekten
Jahr: 1980, Seiten: 42
- Rauber, Alexander
Intersubjektivität und Beziehungserfahrung als
Grundlage der therapeutischen Arbeit in der
Gestalttherapie
Jahr: 1981, Seiten: 58
- Recht, Peter
Supervision in medizinischen Einrichtungen
Jahr: 1991, Seiten: 41

- Reichard, Lydia
Lachen, Witz und Humor in der Therapie
Jahr: 1989, Seiten: 35
- Reichel, Renè
Integrative Gestaltpervision im Heim
Jahr: 1989, Seiten: 135
- Reichel, Gusti
... mit Hand und Fuß ...
Gesammelte Erfahrungen mit der Integrativen
Bewegungs- und Leibtherapie: Bildungsarbeit –
Drogentherapie – Psychotherapie.
Jahr: 1991, Seiten: 23
- Reichhart, Lydia
Integrative Gestaltpervision im Heim
Jahr: 1989, Seiten: 36
- Reissmann, Gustav
Integrative Gestalttherapie mit Alkohol-
abhängigen. Ein Praxisbericht
Jahr: 1982, Seiten: 37
- Reith, Rosa Maria
Suchttherapie als Feld sozialpädagogi-
scher Arbeit – dargestellt an der Drogentherapie
Jahr: 1974, Seiten: 121
- Richter, Kurt-F.
Integrative Therapie, Gestaltarbeit und
Forumtheater. Ein Versuch Gestaltarbeit mit
den Methoden sozialkulturelle Großgruppen-
arbeit zu verbinden
Jahr: 1988, Seiten: 45
- Riedel, Peter
Prozessanalyse einer zur Praxisberatung in
kollegialer Selbsthilfe angeleiteten Lehrergemeinschaft
Jahr: 1982, Seiten: 296
- Ries, Gisela
Sandor Ferenczi und sein Einfluß auf die
Integrative Therapie
Jahr: 1988, Seiten: 54
- Rinast, Michael
Drogenabhängigkeit: Zu ihren Ursachen und
zu Möglichkeiten ihrer Behandlung durch
Integrative Bewegungstherapie
Jahr: 1979, Seiten: 10
- Röber, Hellmut
Zu den Grundlinien psychologischer Arbeit im
Bereich chronischer Hämodialyse und Nieren-
transplantation
Jahr: 1990, Seiten: 64
- Rocholl, Monika
Integrative Bewegungstherapie an der Schule
für Sprachbehinderte – Einige Aspekte des
Konzepts zur Behandlung eines mutistischen
Mädchens
Jahr: 1991, Seiten: 45
- Romeike, Gerd
Grenzen und Möglichkeiten geplanten
Wandels in einer komplexen Organisation.
Ein Beitrag zur Integrativen Erziehung
Jahr: 1982, Seiten: 190
- Roschger, Peter
Praxisbegleitung
Jahr: 1992, Seiten: 28
- Rosenkranz, Monika
Gestalttherapeutische Methoden in der Arbeit
mit Kindern und Erwachsenen
Jahr: 1978, Seiten: 114
- Rösner, Dieter
Die Moderation als Methode in der Integrativen
Teamsupervision
Jahr: 1993, Seiten: 90
- Roth, Susanna
Aikido – eine Auseinandersetzung auf dem
Hintergrund der Integrativen Therapie
Jahr: 1990, Seiten: 21

Rothe, Rainer
Integrative Therapie und Gestalttherapie mit
Kindern und Jugendlichen
Jahr: 1989, Seiten: 282

Rothe, Christiane
Was ist Integrative Therapie mit kreativen
Medien
Jahr: 1988, Seiten: 20

Ruch, Martin
Die Anwendung von Gestalttherapie in der
Sozialarbeit
Jahr: 1985, Seiten: 45

Ruch, Martin
Typische Problemkonstellationen von
therapeutischen Wohngemeinschaften
Drogenabhängiger aus der Sicht des Supervisors
Jahr: 1991, Seiten: 58

Ruch, Martin
Supervision stationärer Drogeneinrichtungen
Jahr: 1993, Seiten: 17

Ruhe-Hollenbach, Hannelore
Das intensive Leben – Schwangerschaft und
Geburt in einem Kurs mit gestalt-
therapeutischen Elementen
Jahr: 1983, Seiten: 83

Rütten, Peter
Supervision bei Laien in der Gemeinde-
psychologie am Beispiel der Telefonseelsorge
Jahr: 1985, Seiten: 26

Schaltenbrand, Jürgen
Familienorientierte Drogenarbeit
Berichte aus der Praxis
Jahr: 1992, Seiten: 146

Schay, Peter
Kreative Medien in der Arbeit mit Inzest-
betroffenen. Die Wiederentdeckung verlorener
Spuren in der Landschaft der Seele
Jahr: 1992, Seiten: 37

Scheidegger, Martin
Mein Weg von der dogmatischen zur
seelorglich-therapeutischen Predigt
Jahr: 1989, Seiten: 33

Schelling, Bettina
Die Betrachtung von Partnerschaft als Modell
eines dualen Entwicklungsgefüges
Jahr: 1982, Seiten: 200

Schewelling, Thorsten
Sitzungsprotokolle. Ebenen therapeutischer
Tiefung und ihre Praktikabilität im
Gestaltansatz
Jahr: 1980, Seiten: 106

Schmidlin, Anita
Alkoholismus ist nicht einfach eine Krankheit.
Der faszinierende Wandel meiner Beratungs-
tätigkeit.
Jahr: 1987, Seiten: 25

Schmidt-Lellek, Christoph
Verschweigen ist keine (Er)Lösung. Die
unbewältigte Nazivergangenheit im
psychotherapeutischen Geschehen der
Gegenwart
Jahr: 1991, Seiten: 32

Schmitz-Friedhoff, Karola
Themenzentrierte Gruppenarbeit in der
Integrativen Therapie am Beispiel eines
Anti-Streß-Seminars
Jahr: 1992, Seiten: 71

Schneewind, Udi-Jutta
Zu einem gestalttherapeutischen Ansatz von
Gruppenarbeit
Jahr: 1983, Seiten: 100

Schneider, Eva
Auf meiner Suche nach Heimat finde ich
Hauseingänge. Auf meiner Suche nach
Hauseingängen finde ich Heimat.
Jahr: 1991, Seiten: 99

- Schnyder, Ueli
Familiengestützte Krisenintervention
Jahr: 1989, Seiten: 52
- Schramm, Dagmar
Die Neugestaltung der Vaterbeziehung nach
Trennung/Scheidung der Eltern
Jahr: 1986, Seiten: 83
- Schreiber, Werner
Perspektiven der Grenze – ein therapeutisches
Konzept im Kontext gesellschaftlicher Wirk-
lichkeit
Jahr: 1991, Seiten: 69
- Schreyögg, Astrid
Methoden humanistischer Psychologie und
integrativer Pädagogik in der Ausbildung von
Erziehern
Jahr: 1977, Seiten: 11
- Schubert, Klaus
Überblick über den Anwendungsbereich und
die Indikation der Gestalttherapie
Jahr: 1983, Seiten: 8
- Schuch, Hans Waldemar
Formierung psychosozialer Prozesse.
Zur Problematik bürokratischer Hilfe
Jahr: 1982, Seiten: 423
- Schulthess, Peter
Die therapeutische Gemeinschaft Gatterweg.
Ein Kleinstgruppenmodell in der Drogen-
Therapie. Entstehung–Entwicklung –
Erfahrungen.
Jahr: 1981, Seiten: 185
- Schultz, Karl-Heinz
Praxis und ausgewählte Theorieaspekte der
Suchtkrankentherapie
Jahr: 1990, Seiten: 103
- Schulz, Birgit
Ich blicke über den Zaun und zeige mich –
Erfahrungen mit Büchern und Lesen in der
Schule
Jahr: 1989, Seiten: 220
- Schwarberg, Christine
Psychotherapeutische Falldarstellung unter
dem Aspekt der Phänomenologischen
Perspektiven von Hermann Schmitz: Von den
„Inseln“ zur Einheit des Leibes
Jahr: 1988, Seiten: 50
- Schwärzel, Wiltrud
Eine Pflanze als Symbol, ein Mythos als Medium
Jahr: 1990, Seiten: 45
- Schwinn, Erika
Gestalttherapie hinter Gittern. Erfahrungen
mit Integrativer Therapie in einem Projekt für
inhaftierte drogenabhängige Frauen
Jahr: 1988, Seiten: 70
- Seiter, Renate
Supervision in einem konfessionellen Kinder-
und Jugendheim in einer Zeit des Umbruchs
Jahr: 1993, Seiten: 33
- Sobota, Elisabeth
Beiträge zu einer Phänomenologie der religiösen
Erfahrung in der Gestaltarbeit.
Jahr: 1981, Seiten: 43
- Spengler, Georges
Anwendungsmöglichkeiten Integrativer Praxis-
beratung im sozialen Feld Schule
Jahr: 1981, Seiten: 59
- Spiegel-Rösing, Ina
Der thanatologische Kontext. Schwerpunkte,
Entwicklungen, Defizite
Jahr: 1981, Seiten: 262

Spitzcok von Brisinski, Gerd
Übertragung und Widerstand bei Drogen-
abhängigen in therapeutischen Gemeinschaften
Jahr: 1988, Seiten: 31

Standke, Ursula
Schizophrenie und Familie
Jahr: 1981, Seiten: 40

Stauffer, Heinz
„Integrative Therapie“ in meiner Arbeit als
klinischer Psychologe an der Orthopädischen
Universitätsklinik Balgrist, Zürich
Jahr: 1988, Seiten: 62

Stauffer, Monika
Lust auf das Leben Wecken. Zur Gestalttherapie
mit Jugendlichen
Jahr: 1988, Seiten: 105

Steinig, Barbara
Elemente der Integrativen Bewegungstherapie
und kreativer Medien zur Förderung der
Persönlichkeitsentwicklung des Vorschulkindes
im Kindergarten
Jahr: 1987, Seiten: 55

Stemme, G.
Die frühkindliche Bewegungsentwicklung und
ihre mögliche Problematik
Jahr: 1983, Seiten: 49

Stobbe, Alke
Meditative Ansätze in der Psychotherapie
C. G. Jungs.
Jahr: 1981, Seiten: 28

Stöckler, Magdalena
Einsamkeit macht krank
Überlegungen aus der Sicht der Integrativen
Therapie
Jahr: 1989, Seiten: 23

Stoffl-Höll, Kathleen
Was kann die Gestalttherapie zur Friedens-
bewegung beitragen? Ein Versuch, die
anarchistischen Wurzeln der Gestalt in dieser
Frage zu nutzen
Jahr: 1986, Seiten: 28

Studer-Etter, Marlies
Trennung, Scheidung und Identität. Eine
Überprüfung von Erfahrungen aus der Arbeit
mit Getrenntlebenden und Geschiedenen
anhand des Identitätskonzepts von H. Petzold
Jahr: 1984, Seiten: 172

Taebner, Ute
Die Empfängnis einer ungewollten Schwanger-
schaft als Krisenauslöser und als Chance in
dem Prozeß weiblicher Identitätsentwicklung
Jahr: 1992, Seiten: 132

Teigen, Randi
Regresjonsarbeide med sikte pa en „Ny Start“
hos pasient med alvorlig mangelpatologi
Jahr: 1993, Seiten: 27

Teloo, Barbara
Sprachlosigkeit und Musiktherapie
Jahr: 1993, Seiten: 38

Temme, Silvia
Ansätze für die Zusammenarbeit von
Integrativer Körpertherapie und bestehenden
Therapieformen an einer psychiatrischen
Tagesklinik
Jahr: 1986, Seiten: 114

Temme, Margarete
Tanz in der Integrativen Bewegungstherapie
Jahr: 1988, Seiten: 48

Terlinden, Wiltraud
Im innersten Ich ist Schöpfung
Jahr: 1987, Seiten: 41

- Thaden-Gückel, Ingrid
Tagungsbegleitende Gruppen mit Methoden der Gestalttherapie (Selbster-Forschung)
Jahr: 1991, Seiten: 12
- Thomas, Günther
Zur Frage der Alexithymie – ein metapsychologischer Entwurf
Jahr: 1983, Seiten: 117
- Thoms, Klaus
Verständnis und Behandlung von Stotternden aus der Sicht der Integrativen Therapie
Jahr: 1983, Seiten: 45
- Thumm, Klaus Eckart
Körperorientierte Therapie bei Geistig-behinderten – Gestalttherapie und andere Verfahren
Jahr: 1987, Seiten: 64
- Vlachoutsikos, Tula
Results of psychotherapeutic treatment of patients with psychosomatic symptoms
Jahr: 1987, Seiten: 15
- Vollmer, Susanne
Zur Situation der Mittelschichtfrauen in der Industriegesellschaft heute – Subjektive Erfahrungen, theoretische Erklärungen und pädagogische Folgerungen.
Jahr: 1980, Seiten: 177
- Voutta-Voß, Michael
Blickkontaktstörungen. Entwicklungstheorien und Behandlungsansätze in der Integrativen Therapie
Jahr: 1991, Seiten: 33
- Waibel, Martin
Das Kreuz mit dem Kreuz – Integrative leib- und bewegungstherapeutische Ansätze in der Therapie bei Beschwerde und Erkrankungen der Wirbelsäule
Jahr: 1992, Seiten: 30
- Webecke, Horst
"... so preiset Gott an eurem Leibe". Leib in der Bibel, in Theologie und Kirche
Jahr: 1982, Seiten: 64
- Weber, Annette
Zwischen den Stühlen. Auf der Suche nach meinem Platz
Jahr: 1989, Seiten: 119
- Weber-Valco, Madeleine
Erhebungen zur Suchthilfe in der Region Basel und Beobachtungen zu Teilproblemen der Suchthilfe
Jahr: 1989, Seiten: 69
- Wegener, Hans-Dieter
Norbert: Licht und Schatten des Beziehungsaufbaues in der Frühphase des therapeutischen Arbeitsbündnisses
Jahr: 1988, Seiten: 194
- Wehrmeyer, Christel
Am Anfang war der Fisch – gestaltpädagogische Abschlußarbeit –
Jahr: 1989, Seiten: 101
- Welk, Christiane
Wir machen unsere eigenen Bücher Eine Lese- und Schreibgeschichte
Jahr: 1989, Seiten: 50
- Wening, Gabriele
Das Unbewußte in der Dramatherapie
Jahr: 1993, Seiten: 25
- Werkmeister, Monika
Gestaltpädagogische Lehrergruppen zur Suchtprävention
Jahr: 1977, Seiten: 43
- Wermuth-Winiker, Josef
Freiheit und therapeutische Praxis. Ethische Überlegungen zum Menschenbild des Psychotherapeuten
Jahr: 1987, Seiten: 234

Widmer, Rosemarie
Bedeutung von Gestalttherapie für Menschen
in helfenden Berufen
Jahr: 1983, Seiten: 138

Wied, Miriam
Integrative Therapie mit dissozialen
Jugendlichen
Jahr: 1992, Seiten: 33

Windisch-Schoißwohl, Veronika
Erzähl mir von deinem Leben. Handreichung
zum Glaubensgespräch mit alten Menschen
Jahr: 1981, Seiten: 110

Wipf, Rosemarie
Wenn Blicke töten könnten ...
Zur Schuldfrage in der Psychomotorik
Jahr: 1987, Seiten: 40

Wirbel, Ute
Verletzungen in der Therapie
Jahr: 1986, Seiten: 26

Wlodarek-Küppers, Eva
Glücklichsein, eine empirische Studie auf der
Basis von persönlichen Gesprächen
Jahr: 1987, Seiten: 270

Wolff, Peter
Weltbilder alkoholkranker junger Männer als
Einstieg zur Integrativen Arbeit, Möglichkeiten
und Grenzen in der Werktherapie
Jahr: 1982, Seiten: 62

Zapp, Hildegard
Darstellung einer Familientherapie unter
Einbeziehung gestalttherapeutischer Methoden
und der Transaktionsanalyse
Jahr: 1982, Seiten: 163

Autorenverzeichnis

Behrend, Silke, Dipl.-Psych., Klin. Psych., Hamburg. Arbeitet in der Phoniatriischen Abteilung der Universitätsklinik. Ausbildung in Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie. Gestalttherapeutische Ausbildung am FPI. Erfahrung in Sozialpsychiatrie und Psychosomatik, Lehrbeauftragte an FPI und EAG.

Berger-Jopp, Angelika, Mering. Dipl. Sozialpäd. und Bewegungstherapeutin. Sie lehrte Bewegungstherapie an der Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf. Sie arbeitet mit psychiatrischen Patienten und in der Erwachsenenbildung. Ausbildung in Gestalt- und Integrativer Bewegungstherapie am FPI und bei M. Goldberg, V. Galser, G. Heller. Lehrbeauftragte für Integrative Bewegungstherapie an FPI und EAG.

Bürmann, Jörg, Dr. phil., Osnabrück. Professor an der Universität Mainz im Fach Hochschuldidaktik. Er arbeitet an gestaltpädagogischer Curriculumsentwicklung und als Gestalt-supervisor in Schulen und Beratungsinstituten. Ausbildung in Integrativer Gestalttherapie am FPI. Fachbereichsleiter für Gestaltpädagogik und Lehrtherapeut am FPI.

Coellen, Michael, Dipl.-Psych., Hamburg. Ausbildung in Gestalt (FPI), VT, Psychodrama, Sexualtherapie, Gesprächs- und Familientherapie; 15 Jahre Leitung der Kath. Eheberatung Hamburg. Lehraufträge an der Fachhochschule für Sozialarbeit und an der Universität Hamburg. Mentor in der Ausbildung von Eheberatern. Seit 1975 Entwicklung der Integrativen Paartherapie (Paarsynthese). Mitautor der Fernsehreihe „Ich und Du“ für Partnerprobleme. Lehrtherapeut für Integrative Therapie und Integrative Paar- und Sexualtherapie am FPI.

Frangenberg-Wolter, Ruth, Düsseldorf, Ausbildung als Altenpflegerin und Sekretärin. Seit 1991 wissenschaftliches Sekretariat an EAG/FPI bei Prof. Petzold. Redaktionsarbeit für „Gestalt und Integration“.

Frohne-Hagemann, Isabelle, Dr. phil., Berlin, Ausbildung in Integrativer Therapie, Musik- und Gestaltpsychotherapie (BKM, DGGK) Lehraufträge an Hochschulen, Fachbereichsleiterin und Lehrtherapeutin für Integrative Musiktherapie an FPI und EAG und Mitbegründerin dieser Methode.

Frühmann, Renate, Prof., Dr. phil., Salzburg. Sozialarbeiterin, Psychologin, Psychotherapeutin in freier Praxis. Lehrkanzel für Heilpädagogik am Orff Institut, Salzburg. Gruppendynamiktrainerin und Lehrtherapeutin im ÖAGG. Lehrtherapeutin an FPI/EAG.

Goßmann, Ite, M.A., Siegen. Studium der Philosophie, Sprach- und Literat. Wiss., Romanistik. Gestaltsoziotherapie-Ausbildung am FPI. Arbeit in freier Praxis und mit Gruppen in verschiedenen Institutionen. Lehrbeauftragte an der Universität Siegen. Lehrauftrag im Curriculum Poesie- und Bibliothherapie an FPI/EAG.

Heinermann, Bernd, Dipl.-Psych., Rösrath. Psychotherapeut und Supervisor in freier Praxis. Ausbildung in Gestalttherapie und Integrativer Therapie am FPI. Lehrtherapeut und Lehrsupervisor an FPI und EAG.

Heinl, Hildegund, Dr. med. Wackernheim. Ärztin für Orthopädie/Psychotherapie. Gestalttherapeutin in freier Praxis. Teilweiterbildung für Psychosomatik, Gruppen-, Familien- und Gestalttherapie im Klammerverfahren durch die LK Rheinland-Pfalz. Überregionale Weiterbildungstätigkeit an Psychotherapiekongressen (Lindau, Lübeck, Wildungen). Dozentin an der psychotherapeutischen Weiterbildungsstätte Marburg/Kassel. Mitbegründerin des Fritz Perls Instituts. Lehrtherapeutin und Ausbildungsleiterin, Mitherausgeberin INTEGRATIVE THERAPIE.

Hentschel, Ulrich, Dipl.-Soz., Wermelskirchen. Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Forschungsinstitut der EAG, Schwerpunkt „Suchtkrankentherapie“. Durchführung der Begleitforschung an der EAG im Modellversuch „Niedrigschwellige Drogenarbeit“ des Landes Nordrhein-Westfalen. Derzeit Promotion.

Kuhr, Isabelle, Dipl.-Psych., Köln. Langjährige Tätigkeit in einer Beratungsstelle für Eltern Kinder und Jugendliche. Ausbildung in Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie, Integrative Bewegungstherapie am FPI. Lehrbeauftragte für IBT an FPI/EAG.

Ladenhauf, Karlheinz, Dr. theol. Ass. Prof. für Pastoralpsychologie, Karl Franzens Universität, Graz. Studium der Psychologie und Theologie. Ausbildung in Gestalttherapie und Integrativer Therapie, Lehrtherapeut im ÖAGG und am FPI.

Landsberg, Walter, Dr. med., Facharztausbildung zum Kinderarzt und zum Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Psychotherapie. Weiterbildungsermächtigt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Ausbildung in Integrativer Therapie/Gestalttherapie am FPI, Leiter des Fritz Perls Klinikums für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Elisabeth Klinik Dortmund, Lehrtherapeut an FPI und EAG.

Lemke, Jürgen, Nürnberg. Pädagoge, Ausbildung in Gestalttherapie und Integrativer Therapie. Gestalttherapeutische Ausbildung am FPI. Arbeitete an einer Beratungsstelle für Jugendliche. Systemsupervisor und Lehrtherapeut an FPI und EAG.

Lückel, Kurt, Bielefeld, Klinikseelsorger in der Psychiatrie Bielefeld; Gestalttherapeutische Ausbildung am FPI; Ausbilder in Methoden klinischer Seelsorge am Seelsorgeinstitut der kirchlichen Hochschule Bethel; Ausbilder in Gestaltseelsorge und Integrativer Pastoralarbeit. Lehrtherapeut am FPI.

Metzmacher, Bruno, Dipl.-Päd., Düsseldorf. Langjährige klinische Arbeit in einer Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie sowie integrativtherapeutische und gestalttherapeutische Arbeit in freier Praxis. Ausbildung am FPI. Lehrtherapeut sowie Fachbereichsleiter für den Bereich Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an FPI und EAG.

Oeltze, Joachim, Musiker, Kunsttherapeut, Klinischer Musiktherapeut (BKM), Neuss, freie Praxis, zahlreiche Kompositionen im Bereich der Theatermusik, Lehrauftrag an FPI und EAG.

Orth, Ilse, Hochdahl. Studium der Germanistik, Philosophie und Psychologie, Staatsexamen. Arbeitete mehrere Jahre bei M. Hippius und Graf Dürckheim in Todtmoos-Rütte mit Meditation, Atem, Bewegung und kreativen Medien. Gestalttherapeutische Ausbildung bei R. Cohn und am FPI. Ausbildung in Körpertherapie bei Malcolm Brown. Lehrtherapeutin am FPI. Leiterin des Fachbereichs Kreative Therapien am FPI. Mitbegründerin der „Integrativen Kunsttherapie“.

Peter-Bolaender, Martina, Prof. Dr. phil, Frankfurt. Professorin, für Bewegung und Tanz der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Frankfurt. Promotion an der Universität Oldenburg, seit 1981 kontinuierliche Fortbildungen in Körper- und Tanztherapie (u. a. Tanztherapie bei der DGT, Jungsche Tanztherapie bei Joan Chodorow und Laura Sheleen). Ausbildung in Integrativer Bewegungstherapie an FPI und EAG. Zahlreiche Veröffentlichungen, Tanztherapeutin DGT, 1. Vorsitzende der DGT.

Petzold, Christa, Ergotherapeutin, Essen. Bewegungstherapieausbildung am FPI. Diplomstudium Supervision Freie Universität Amsterdam. Langjährige Tätigkeit und Fortbildung im psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich. Beratende Tätigkeit in psychosozialen Institutionen, Lehrbeauftragte an FPI/EAG.

Petzold, Hilarion G., Prof. Dr. Dr. Dr., Düsseldorf. Lehrt als ordentlicher Universitätsprofessor an der Freien Universität Amsterdam. Ausbildung in Psychoanalyse bei V.N. Iljine, Gestalttherapie bei F.S. Perls und Psychodrama bei J.L. Moreno. Er ist Director of Psychodrama des Moreno-Instituts, New York. Trainerausbildung bei National Training Laboratories, Bethel, Maine. Lehrsupervisor und Lehrtherapeut an der EAG. Mitbegründer von FPI und EAG. Herausgeber der Zeitschrift INTEGRATIVE THERAPIE. Er begründete und entwickelte die „Integrative Therapie“ als Verfahren und die Methode der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. Lehrbeauftragter und Gastprofessuren an zahlreichen europäischen Universitäten.

Reineke, Erika, Dipl.-Grafik-Designerin, Wuppertal. Studium der Visuellen Kommunikation an der Folkwang-Schule, Essen; Ausbildung in Integrativer Kunst- und Kreativitätstherapie an FPI und EAG.

Ries, Gisela, Dipl.-Psych., Klin. Psych. (BDP), Bonn. Seit 10 Jahren therapeutische Tätigkeit in psychiatrischer Klinik. Ausbildung in Verhaltenstherapie (DGVT), in Gestalttherapie und Integrativer Therapie. Lehrbeauftragte an FPI und EAG. 1. Vorsitzende der DGIK.

Rönner, Waldtraut, Dipl.-Psych., Hamburg. Sie arbeitet als klinische Psychologin (BDP) in freier Praxis. Integrativtherapeutische und gestalttherapeutische Ausbildung am FPI. Gesprächstherapeutin der GwG. Langjährige Erfahrung in der Erziehungs- und Familienberatung und Supervision. Lehrtherapeutin an FPI und EAG.

Schmiedel, Isabelle, Düsseldorf, Lehre als Bürokauffrau am FPI. Tätig im wissenschaftlichen Sekretariat von Prof. Petzold von 1985 bis 1993. Ausbilderin für Lehrlinge, derzeit Ausbildung zur Betriebswirtin.

Schreyögg, Astrid, Dr. phil., Dipl.-Psych., Hagen. Gestaltpsychotherapeutin in freier Praxis mit diversen Lehraufträgen an Universitäten und Hochschulen sowie Supervisions- und Organisationsentwicklungsaufgaben. Nach ihrer Tätigkeit im kindertherapeutischen Bereich leitete sie mehr als 10 Jahre eine Fachakademie für Sozialpädagogik. Gesprächspsychotherapeutische Grundausbildung, integrativ- und gestalttherapeutische Ausbildung am FPI. Fortbildung in Reichianischer Körpertherapie. Lehrtherapeutin an FPI und EAG. Leiterin des Fachbereichs Supervision an FPI und EAG.

Schroeder, Wolfgang, Dr. med., Zwesten. Lehrmusiktherapeut, Professor für Musiktherapie, Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie. Leit. der Abt. Psychotherapie/Psychosomatik der Hardtwaldklinik I (Klinikum des Fritz Perls Instituts). Weiterbildungsermächtigung für Psychotherapie und Musiktherapie durch die Landesärztekammer Hessen. Ausbildung in Gestalttherapie. Dozent bei Psychotherapie-Kongressen (Lindau/Gestalttherapie, Langeoog und Wildungen/Musiktherapie). Lehrtherapeut für Musiktherapie an FPI und EAG.

Sieper, Johanna, Dr. phil., Bad Neuenahr. Arbeitet seit 1966 mit H. Petzold in den Bereichen Therapeutisches Theater, Gestalttherapie, Kreative Therapie. Therapeutisches Theater, Aktive Psychoanalyse bei V.N. Iljine. Langjährige Direktorin der Volkshochschule Dormagen, Psychotherapeutin in freier Praxis. Lehrtherapeutin und Mitbegründerin des FPIs und der EAG. Mitbegründerin der „Integrativen Kunsttherapie“.

Wening, Gabriele, Hamburg. Pädagogin, Germanistik- und Kunststudium, Schuldienst, Hospitantz in verschiedenen Theaterprojekten. Ausbildung am FPI in Integrativer Bewegungstherapie. Arbeit in freier Praxis und als Theaterpädagogin und -therapeutin. Lehrauftrag an FPI und EAG. Leiterin der Ausbildung in „Integrativer Dramatherapie und Therapeutischem Theater“ an der EAG.

Willke, Elke, Dipl.-Psych., Dipl.-Sportl., Pulheim. Ausbildung in Tanz bei Maja Lex, u. a. in Tanztherapie bei J. Chodorow, Trudi Schoop und vielen anderen in den USA. Gestalttherapeutische Ausbildung am Gestalt Institut von San Francisco und Integrative Therapie am FPI. Mitbegründerin der „Deutschen Gesellschaft für Tanztherapie“ und langjährige Präsidentin der DGT. Lehrtherapeutin für Tanztherapie. Freie Praxis für Psycho- und Tanztherapie.

Wolf, Ulrich, Oberarzt am „Klinikum des Fritz Perls Instituts“ Zwesten. Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie, Ausbildung in Integrativer Therapie und Gestalttherapie am FPI. Lehrbeauftragter am FPI.

Wolff, Doris, Betriebswirtin, Remscheid. Langjährige berufliche Tätigkeit mit Leitungserfahrung in Administration und Organisation in verschiedenen Zweigen der mittelständigen Wirtschaft, Prokuristin an EAG/FPI. Zur Zeit Weiterbildung im Dipl.-Studiengang für Supervision an der FU Amsterdam. Am FPI seit 1987 zuständig für kaufmännische Leitung und Organisation.

Zundel, Rolf, Dr. phil. (†). Langjähriger Redakteur bei „Die Zeit“. Gab zusammen mit seiner Frau, Prof. Dr. Edith Zundel, das Buch „Leitfiguren der Psychotherapie“ nach der gleichnamigen Zeit-Serie heraus.

Gestalt und Integration

Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie
Gestalt-Bulletin
Sonderausgabe 2/92; 1/93 – 2/93; 1/94

Diese Zeitschrift erscheint zweimal jährlich. Der Bezugspreis wird durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Für Nichtmitglieder beträgt der Preis des Einzelheftes DM 15,—, des Doppelheftes DM 30,— zuzüglich Versandkosten.

Herausgeber:

DGIK – Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung
– Berufsverband der Gestalttherapie – e.V.
ÖBGA – Österreichischer Berufsverband für Gestalttherapie und ihre Anwendungsgebiete, Salzburg
ÖGIT – Österreichische Gesellschaft für Integrative Therapie

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Jörg Bürmann
Beethovenstraße 38
49086 Osnabrück

Prof. Dr. Heinrich Dauber
Hohe Straße 32
34376 Immenhausen

Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein
Frohaldenstraße 59
CH-8180 Bülach

Dr. Isabelle Kernbichler
Franz-Nabel-Weg 10
A-8010 Graz

Dr. Anton Leitner
Dr. Adolf-Schärf-Straße 2/7/36
A-3107 Pölsen

Ilse Orth
Haaner Straße 100
40699 Erkrath

Lic. psych. Alexander Rauber
Dählweg 29
CH-3095 Spiegel bei Bern

Prof. Dr. Wilfried Schley
Heilwigstraße 46
20249 Hamburg

Dr. med. Ueli Schnyder
Falkenriedweg 55
CH-3032 Hinterkappelen

Dipl.-Psych. Astrid Schreyögg
Breisgauer Str. 29
14129 Berlin

Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (DGIK)
– Berufsverband der Gestalttherapeuten e.V.

Sitz und Geschäftsstelle:
Kühlwetterstr. 49, 40239 Düsseldorf, Tel. 02 11/63 26 24
Bankverbindung:
Postgiroamt Hamburg, Kto.-Nr. 5638 18-203, BLZ 200 100 20