

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2014

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper,
Hückeswagen (2014d):

„14 plus 3“

Einflussfaktoren und Heilprozesse im
Entwicklungsgeschehen:

Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren
- Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen
der *Integrativen Therapie*
- A preliminary report 2014 - *

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

Textarchiv H. G. Petzold et al.

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

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc), Hückeswagen. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>.
Der Text wurde 2014 als Handout für die Studierenden und DozentInnen der EAG verfasst, (Sigle Petzold, Orth, Sieper 2014d), und 2016 um einige Literatur ergänzt mit der Sigle 2014d/2016n in *Polyloge* 31/2016 eingestellt. Es wird an ihm weiter gearbeitet und dann jeweils in erweiterter Form wieder publiziert – search and research goes on.

“Man kann es sich heute m. E. nicht mehr leisten zu glauben, dass mit einem Verfahren – ganz gleich ob mit der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie oder der Gestalttherapie – alle Störungen angegangen werden können. Die Forderung nach multimodalem Vorgehen und differenzierten Indikationen wird sich auf Dauer nicht mehr negieren lassen”

(Petzold 1974j, 305)

Inhalt:

1. Wege des Integrierens im Integrativen Ansatz

2. Integrative Entwicklungstherapie – eine Humantherapie in der Lebensspanne

2.1 Risikofaktoren

2.2. Potentiell protektive Faktoren

2.3 Resilienzfaktoren im Zusammenspiel mit Schutzfaktoren

3. Die „14 plus 3“ Heil- bzw. Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

3.1 Die „Fundierte Heuristik“ der 14 Faktoren und die Ergänzung um 3

3.2 Synergien der Multimodalität

3.3 Der ergänzende „ökologische“ Faktor 15 „Naturbezug“

3.4 Der ergänzende „ästhetische“ Faktor 16 „ästhetischer Erfahrung“

3.5 Der ergänzende 17. Faktor „synergetische Multimodalität“

Zusammenfassung/Summary

Literatur in Auswahl

1. Wege des Integrierens im Integrativen Ansatz

Integration von **konvergenten** und **differenten** theoretischen Konzepten und von praxeologisch-methodischem Handwerkszeug ist seit den Anfängen der **Integrativen Therapie** Mitte der 1960er Jahre für diesen Ansatz kennzeichnend gewesen. Er hat mit einem „**modèle biologique, psychologique, sociologique et écologique**“, **dit biopsychosocioécologique**“ (**Basismodell I**, Petzold 1965, 2) ein erstes „systematisches Integrationsprogramm“ relevanter **Integrationsbereiche** in der Psychotherapie vorgelegt als Vorbote des derzeit aktuellsten „biopsychosozialen Ansatzes“ (Egger 2005; 2015) und sogar noch weiter greifend als dieser, weil zusätzlich die **ökologische Dimension** einbezogen wurde, die wir schon immer als therapie- und heilungsrelevant betont hatten und die bei den gravierenden, menschenverursachten ökologischen Problemen größte Bedeutung hat (Petzold, Petzold-Heinz, Sieper 1972).

Durch die Komponente „**Bio**“ wurden für die Therapie Ansätze der **Körpertherapie** erforderlich, durch die Komponente „**Psycho**“ Ansätze der **Psychotherapie** und **Nootheorie** (Fragen des geistigen Lebens/Spiritualität). Komponente „**Sozio**“ verlangt **Soziotherapie** und das Element „**Öko**“ verlangt **Ökotherapie**/mikroökologische Interventionen, wie Garten-, Landschafts-, Waldtherapie (Petzold, Petzold-Heinz, Sieper 1972, Petzold 2011h) usw. Dieses Basismodell war am differentiellen und ganzheitlichen **Menschenbild** (Petzold 1965) des Integrativen Ansatzes (**Abb. 1**) orientiert.

Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen			
Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	<i>Integrierte Leiblichkeit</i> Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	<i>Integrierte Emotionalität</i> Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST- WESEN (= Leib – Subjekt) im	Nootheorie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	<i>Integrierte Existenz</i> Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	<i>Integrierte soziale Bezüge</i> Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds“, Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= Lebenswelt)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	<i>Integrierte ökologische Bezüge</i> Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Abb. 1: Menschenbild der Integrativen Therapie, aus Petzold (1974j/1988n, 188)

Ein solches weitausgreifendes Konzept erforderte beim damaligen [1965] wie immer noch beim jetzigen [2014] Stand der **Praxeologie** ein multimethodisches und

multimodales Vorgehen, für das wir als **Basismodell II** (Petzold 1971c, f, 1980q, 1993p) einen **Common and Divergent Concept and Factor Approach** entwickelt haben, bei dem wir nach den in den verschiedenen „Mainstreams der Psychotherapie“ vorhandenen *gemeinsamen/konvergenten* und *verschiedenen/divergierenden* Theoriekonzepten und den ihnen *gemeinsamen* oder *differierende* Wirkfaktoren Ausschau gehalten haben. Wir haben damit die großen Therapieschulen unter einer *systemischen* Perspektive „gescanned“, um herauszufinden, **wo** sie **was** als heilend wirkende Konzepte beschrieben haben, die sich auch in einem anderen Mainstream finden, so dass Gemeinsamkeiten auszumachen sind. In einem Schnittmengendiagramm (**Abb. 2**) haben wir das visualisiert (Petzold 1980q).

Legende zur nachstehenden Abbildung 2:

I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (Freud, Jung, Adler, Lacan)

II Humanistische Psychotherapie (Moreno, Perls, Rogers)

III Verhaltenstherapie (Eysenck, Kanfer, Meichenbaum)

a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)

b Similäres (hellgraue Felder)

c Divergentes und Differentes (weiße Felder)

d Synergetisches (mittelgraue Felder)

1 Verfahren, die zu Psychoanalyse/Tiefenpsychologie *und* Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten haben

2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben

3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben.

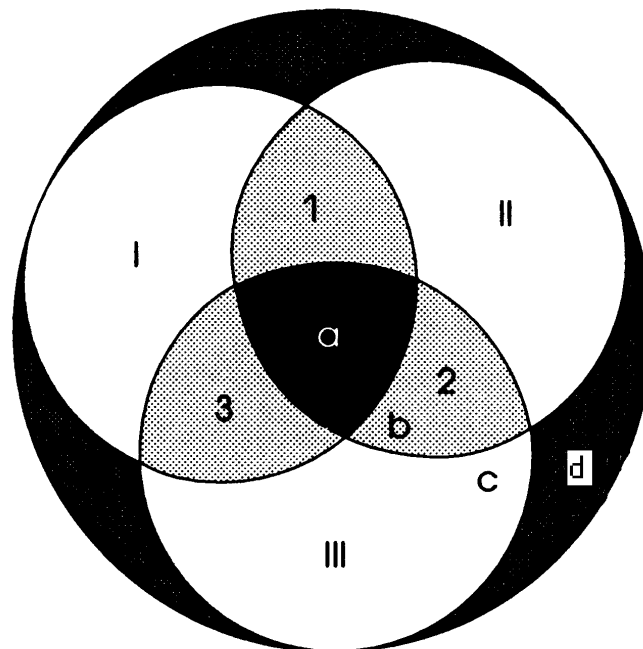


Abb. 2: Homologien und Differenzen – „common and divergent concepts“ in den Orientierungen der Psychotherapie (Schnittmengendiagramm nach Petzold 1971f – hier auf Therapieschulen übertragen aus Petzold 1980q)

Die bei einem solchen Vorgehen aufgefundenen Materialien müssen zueinander in Beziehung gesetzt werden, um zu erproben und dann zu sehen, was wie miteinander verbunden werden kann. Aufgrund dieser Erfahrungen müssen dann Studien durchgeführt werden, um eine evidenzbasierte Basis zu finden. Daran mangelt es noch immer.

In einer weiteren Ausfaltung haben wir dieses Modell durch das **Synopse-** und **Synergieprinzip** als **Basismodell III** (Petzold 1974j, 301ff., Diagramm III, 1988n, 1993a) wie folgt präzisiert:

Das Gesamt/Ensemble der Sichtweisen (*synopsis*) und der Interventionswirkungen (*synergeia*) ist [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teilperspektiven und Teilwirkungen.

Diese Sicht geht auf *Aristoteles* zurück und findet sich immer wieder in der Ideengeschichte – in neuerer Zeit in Gestaltpsychologie und Gestalttheorie (*Koffka* 1935/2007). Durch Differenzierung von konnektivierenden bzw. collagierenden *schwachen Integrationen*, die Wissensstände und Praxen vernetzen, weiterhin *starken Integrationen*, welche durch systematische Durchdringung von Theorien und Praxeologien erarbeitet werden und schließlich von *emergenten Integrationen*, die durch dichte informationale Vernetzung auftauchen, wurde die Praxis des Integrierens noch klarer strukturiert (Petzold 2002a/2003a, 25ff.; Sieper 2006). Im Hintergrund steht dabei eine Sicht grundsätzlicher **Interdisziplinarität** und die Möglichkeit zu einer – das „inter“ mit neuen emergierenden Qualitäten übersteigenden – **TRANSDISZIPLINARITÄT** (Petzold 1998a, 22ff/ 2007a). Jede Wissensdisziplin trägt zum Verständnis komplexer Zusammenhänge bei. Hinter jedem psychotherapeutischen Mainstream stehen Grundlagenwissenschaften bzw. therapierelevante Referenzwissenschaften, die beigezogen werden müssten, aber oft nur marginal oder auch gar nicht berücksichtigt werden. Da aber Wissenschaften beständig neues Wissen schaffen, stehen Therapieverfahren beständig vor der Aufgabe eines Updatings. Für die Integrative Therapie haben wir schon früh diese Aufgabe umrissen (Petzold 1974j, 304f.):

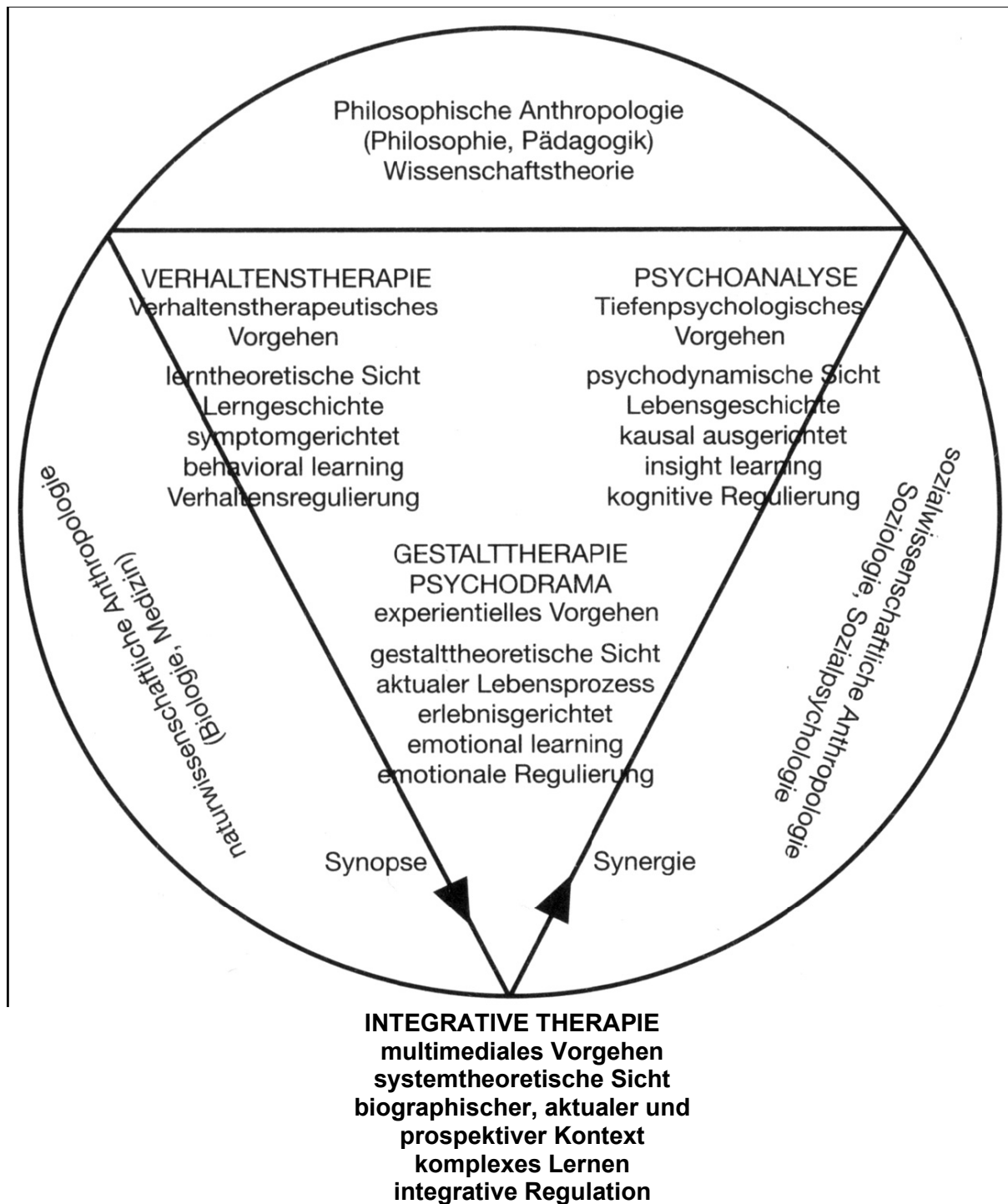


Abb. 3: Systemverbund durch Synopse und Synergie (Petzold 1974j, 304, Diagr. III; 1988n).

Um Verbindungen zu erleichtern, haben wir die Erarbeitung spezifischer „**Integratoren**“ vorangetrieben: auf der Ebene der **Metatheorie** (z. B. Leiblichkeit, Naturbezug, Sinn, Ethik etc.), der **klinischen Theorie** (z. B. Kontext/Kontinuum, Entwicklung, Lernen etc.) und der Ebene der **Praxeologie** und **Praxis** (Lebenslage, Relationalität, Wirkfaktoren etc.) mit ihrer Gewichtung und Reichweite (1994a, 2003a, 66ff., 2006p)

Im **Basismodell III** (2002a, 2003e, 2007q; Orth, Petzold 2000; Sieper 2006) werden neu hinzukommende Theoriebausteine oder eine Interventionsmethodik auf die jeweilige „Integrationsfähigkeit“ geprüft. So steigt die Möglichkeit des Integrierens mit Anzahl und Gewichtung der **Integratoren**, ihrer „Integrationsdichte“ (Sieper 2006, 129f.). Diese Modelle gehen damit über ein „triviales“ Differenzieren und Integrieren, wie es *jedes menschliche Lernen* von Einzelpersonen und Gruppen kennzeichnet (Sieper, Petzold 2002/2011) deutlich hinaus. Sie unterscheiden sich damit von dem „Integrieren“, das Gerhard Hintenberger (2016) allen Therapieschulen zuschreibt. Natürlich integrieren sie in trivialer Weise, was sonst? – Eine Banalität. Damit ist aber noch keine explizite „Theorie des Differenzierens und Integrierens“ in der und für die Psychotherapie vorgelegt, und eine solche findet sich in den *trivial* integrierenden Therapieschulen bis heute nicht oder nur rudimentär. Hintenberger verkennt damit die originelle Leistung, der von uns inaugurierten „Integrativen Therapie“, für die wir eine solche differentielle Integrationstheorie über die gesamte Zeit ihrer Entwicklung erarbeitet haben (Petzold 1965, 1974j, 1993a) bis zu ihren Innovationen in der „Dritten Welle“ (Petzold 2000e, 2002a, 2015k; Petzold, Orth, Sieper 2014; grundlegend Petzold 2003a, 66ff., 2007q; Sieper 2000, 2006). Hintenberger (2016) hat durchaus instruktiv, wenngleich mit wesentlichen Lücken, unser Integrationsmodell mit *seinem* Integrationsprozess und wichtigen Konzepten in dem Lehrfilm des „Departments für Biopsychosoziale Gesundheit und Psychotherapie“ an der Donau-Universität Krems vorgestellt: „**Integration in der Integrativen Therapie**“, ohne uns als die Urheber dieses Integrationsmodells auch nur erwähnt zu haben¹ oder, wie sonst in der Wissenschaft üblich, im eigenen Paradigma zumal, uns zu konsultieren!² Wir hätten ihm abgeraten, die „Expositionstherapie“ bei Angst- und Traumabehandlungen als Beispiel zu nehmen, besonders ohne die möglichen „Risiken und Nebenwirkungen“ zu thematisieren und auf die Pflicht zu verweisen, darüber aufzuklären (vgl. Märtens, Petzold 2002 und die RISK-Studie der DUK 2012³). Wir hätten moniert, die noch strittig diskutierten neurobiologischen Wirkungsmechanismen von Expositionen als Fakten darzustellen, statt sie zu problematisieren und die Wege *sanfterer* Interventionen stärker herauszustellen (Petzold 2004l; Spangenberg 2015). Die so bedeutende Rolle der **Forschung** (Steffan, Petzold 2001) wird von Hintenberger in dem Feature ohnehin nur marginal behandelt und die Bedeutung der **Ethik** – obwohl er doch Theologe ist – gänzlich negiert (vgl. aber Moser, Petzold 2000; Petzold 1990n, 2000, 2009k; Petzold, Orth, Sieper 2010). Er stellt prioritär auf das, in der Tat wichtige, „Menschenbild“ ab (Petzold 2003e, 2012f), ohne es wirklich zu explizieren. Mit Emmanuel Levinas (1961, 1983) „*Totalité et Infini: essai sur l'extériorité*“ sehen wir im **Integrativen Ansatz** aber „*Ethik als die erste Philosophie*“⁴ (Levinas 1998; Petzold 1996k) und mit Henry Dunant (1865, 1887) sehen wir altruistische „*Hilfeleistung und Verantwortung als erste Praxeologie*“⁵, wenn es um Menschen in Not, Elend und Gefahr geht (Orth, Petzold 2013; Petzold, Sieper 2011; Leitner, Petzold 2005/2010).

¹ Das wurde inzwischen aufgrund unseres Plagiatsvorwurfs von der neuen verantwortlichen Leitung des Departments Prof. Pieh korrigiert: <https://www.youtube.com/watch?v=rrSvEDoccP4>, Abspann.

² Die fiktionale Protagonistin „Julia“ mit „Nonnenschleier“ – so ein erster Eindruck – darzustellen, hätte wohl nicht unsere Zustimmung gefunden.

³ Leitner, T. et al. (2012): Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie Endbericht Juli 2012. http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf; (Märtens, Petzold 2002)

⁴ Levinas, E. (1998): *L'éthique comme philosophie première*, Paris: Payot.

⁵ Dunant, J. Henry (1865): *La charité sur les Champs de bataille. Le Traite de Genève et Un Souvenir de Solferino. Associations permanentes et universelles de secours aux militaires blessés*, Paris: Hachette.

Beides hat die Gewährleistung der **Würde** und **Integrität** des Anderen als erstes Ziel (*Sieper, Orth, Petzold* 2010; *Petzold, Sieper* 2011) und dann effektive „**Wege der Heilung und Förderung**“ als zweites Ziel (*Petzold* 1988d, 2012h).

Dieses Modell wurde explizit von uns nicht nur für die Integrative Therapie geschaffen, sondern im Sinne unseres „**Therapietheoretischen Imperativs**“ für das gesamte Feld der Psychotherapie und verwandter Therapiemethoden:

„Erarbeite therapeutische Konzepte und Methoden so, dass sie an die Grundlagenwissenschaften (z. B. Psychologie, Neurobiologie, Medizin) und die Forschungsergebnisse der Psychotherapieforschung anschlussfähig sind und durch neue Forschung überprüft werden können. Entwickle Beiträge so, dass sie nicht nur der eigenen Richtung dienen, sondern für das gesamte Feld der Psychotherapie und vor allem für PatientInnen von Nutzen sind. Was wirklich grundlegend wichtig ist, muss für alle Richtungen und für PatientInnen Bedeutung haben und mit ihnen partnerschaftlich umzusetzen sein“ (*Petzold* 2000e, 2009c, 31).

Unser Modell wird seit langem als bedeutsam angesehen (*Zundel* 1987; *Geuter* 2008): „Denn zurzeit stellt die von H.G. Petzold u.a. entwickelte ‘Integrative Therapie’ und ihr Metamodell, der ‘Tree of Science’ als mehrperspektivische Folie und ihr Integrationsprozessmodell, eines der komplexesten Denkmodelle zur Emanzipation des Individuums und der Gesellschaft nicht zuletzt auch im Dienste der Humanität und der Ökologie dar“ (*Schlöhmer-Bracht* 2016, 4). Es ist ein „strukturell unfertiges Modell“, denn man ist „immer auf dem Wege“ (*Petzold, Orth* 2004b): Der Mensch durchs Leben, ein Therapieverfahren durch die klinischen Erfahrungen und Forschungsprozesse Open ended!

Wer wirklich „auf dem Wege“ ist oder in den „Fluss des *Heraklit*“ (DK B 12) steigt, dem fließt immer neue Erkenntnis zu und immer neues Wissen, Weisheit zuweilen. Vieles ist ungeordnet, manches formt sich wie von selbst, wird prägnant, anderes erfordert mühevollen Integrationsarbeit (*Sieper* 2000). Das meiste aber treibt weiter, um dann und wann *w i c h t i g* zu werden, für mich, für dich, für irgendwen ... Das ist im integrativen Verständnis das Wesen wissenschaftlicher Forschungs- und Entwicklungsarbeit.

2. Integrative Entwicklungstherapie – eine Humantherapie in der Lebensspanne

Wir (*Hilarion Petzold* und *Johanna Sieper*) hatten 1965 im gerontotherapeutischen Kontext und zeitgleich auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unseren **Integrationsansatz** erarbeitet und diese Erfahrungen, am Anfang und Ende des Lebens therapeutisch und agogisch zu arbeiten, waren wesentlich, diesen unseren Ansatz als eine „**Integrative Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“, eine „**integrative lifespan developmental therapy**“ (*Petzold* 1992e, *Sieper* 2007b) zu erarbeiten, die reine Psychotherapie überschreitet hin zu einer „Humantherapie“ (*thérapie humaine*, *Petzold* 1965, 2):

- Dieser Ansatz zentriert zum einen auf die lebenslange, persönliche Integrationsarbeit jedes Menschen als „Leibsubjekt in der Lebensspanne“ an, als „*l'intégration de la vie*“ (*Petzold* 1965, 17) – in der Therapie unterstützt durch Methoden der Lebensbilanzierung („*bilan de vie*“, *ibid*), die nicht nur am Lebensende, sondern immer wieder auch in Zwischenbilanzen stattfindet, um besonnene/sinnetragende und ko-kreative Lebensgestaltung zu ermöglichen (*Iljine, Petzold, Sieper* 1967; *Petzold* 2001k), eine „*Poiesis in der Lebensspanne*“, bei der

„das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich“ wird (Petzold 1999q) und „persönliche Souveränität“ gewinnt (Petzold, Orth 2014). Der „Leibbegriff“ von Merleau-Ponty, von uns differentiell ausformuliert mit den fünf Dimensionen „Körper-Seele-Geist-Soziales-Ökologisches“ (Petzold 1965, 18) durch Einbezug seines „Lebenswelt-Konzeptes“ (ibid. 20), das Husserl überschreitet, waren hier fundierender Hintergrund. „Der Mensch ist ein Körper-, Seele-, Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Lebensraum (Lebenswelt). Deshalb müssen wir ihm in dieser Welt und in diesen Dimensionen begegnen“ (ibid. 20⁶) – so die „anthropologische Grundformel“ der IT bis heute (Petzold 2003e, Petzold, Orth, Sieper 2014).

- Zum anderen hatten wir, weil uns in der Psychotherapie insgesamt und in der Gerontotherapie im Besonderen eine integrierende, differentielle und ganzheitliche Integrationstheorie fehlte („*qu'il n'existe aucune approche intégrative, différentielle et holistique*“, Petzold 1965, 19), die Entwicklung einer „Integrativen Therapie und einer integrativen Sozial- und Bildungsarbeit in Angriff genommen“ (ibid. 19) und zwar als eine umfassende „**Humantherapie**“ („*thérapie humain*“, ibid. 2), die Psychotherapie unter Einbezug von Sozialarbeit und Soziotherapie („*travail social et sociothérapie*“, ibid. 2) mit all ihren methodischen Möglichkeiten umfasst. – Heute, in der „Dritten Welle“ der IT, sprechen wir von „Bündeln von Maßnahmen“ (Petzold 2000e, 2014i; Sieper 2000, exemplifiziert schon Petzold 1965, 1974j usw.). Die integrierende, multimodale Arbeit von Pierre Janet, seine Idee der „*médications psychologiques*“ (Janet 1919), war uns hier Anregung bei der Aufgabe, die sich uns stellte, nämlich das „*Menschenwesen in seiner körperlichen Realität ernst zu nehmen durch Somatotherapie für medizinische und paramedizinische Aufgabestellungen, für die emotionale Realität der Persönlichkeit, die gleichfalls berücksichtigt werden muss, Psychotherapie bereitzustellen und für seine geistige Realität eine Nootherapie*“ (ibid. 20)⁷.

Das wird notwendig, „wenn man den Menschen als ein Gesamt (*ensemble*) von Körper, Seele und Geist (also *Leib*) betrachtet“ (ibid. 18)⁸ und „erfordert interdisziplinär Ansätze“, die die Vielfalt des menschlichen Lebens in Betracht ziehen (ibid. 2)⁹. Der Begriff „*ensemble*“, „Gesamt“, wurde dabei für uns wichtig (Sieper 2006), denn er ist weniger geschlossen und keinem Totalitätsdenken (wie zum Beispiel bei Hegel) verhaftet, das Levinas (1961) an der abendländischen Philosophie kritisiert, und das auch in den Begriffen „Ganzheit/Ganzheitlichkeit“, „Gestalt“, zum Tragen kommt, die Ungreifbares, Atmosphärisches, Rhizomatisches, Plurales, die unendliche Weltkomplexität nicht erfassen (Petzold 1989a). Wir haben deshalb schon früh auf die „Probleme des Anspruchs auf ‘Ganzheitlichkeit’“ (idem 1988n, 179f.) und ihm die herakliteische Dialektik von Einheit und Vielfalt entgegen

⁶ „L'homme est un être corporel, psychique et noétique dans un espace de vie social et écologique donné (Lebenswelt). C'est pourquoi il nous faut aller à la rencontre de l'homme dans ce monde et dans ces dimensions“ (1965, 20).

⁷ „La situation est tout d'autant plus difficile à surmonter qu'il n'existe aucune approche intégrative, différentielle et holistique portant sur le travail auprès des personnes âgées. Il est impératif de mettre en place une thérapie intégrative, un travail social et éducatif à forme intégrative qui prenne l'être humain dans sa réalité corporelle au sérieux, et qui par le biais de la somatothérapie apporte une solution médicale et paramédicale. La réalité émotionnelle ainsi que l'encadrement psychologique de la personne doivent également être pris au sérieux et assurés par une psychothérapie; tout comme sa réalité spirituelle au moyen de la nootherapie“ (1965, 19f).

⁸ „Si l'on considère l'être humain comme un ensemble composé de corps, d'âme et d'esprit (Leib en allemand)“ (1965, 18).

⁹ „Ainsi cela exigera des approches interdisciplinaires car avec l'âge il est nécessaire de prendre en compte tout l'éventail de la multiplicité de la vie humaine“ (1965, 2).

gestellt (*Petzold, Sieper* 1988b)¹⁰. Diese Konzepte stellen bis heute die Basis unseres elaborierten Integrationsmodells dar (*Petzold* 2002a, *Sieper* 2006). Die **Integrative Therapie** als „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“ (*Petzold* 1992e; *Sieper* 2007b) sieht „Menschen – genderbewusst Frauen und Männer – als Körper-Seele-Geistwesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (vgl. *Petzold* 1965, 2003e), als „informierte Leibsubjekte in der Lebenswelt“ (idem 2009c), so das Menschenbild der IT. In diesem lebenslangen Entwicklungsgeschehen werden **Defizite**, **Risiko-** und **Belastungsfaktoren** genauso wirksam, wie Ressourcen und Potentiale, **Schutz-** und **Unterstützungsfaktoren**. Diese Einflussfaktoren kommen in komplexen Enkulturations-, Sozialisations-, Ökologisations- und Entwicklungsprozessen zum Tragen (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; *Petzold, Müller* 2004b; *Petzold* 2006p, 2012q, 2016e), die von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen untersucht werden – heute auch aus evolutionspsychologischer, psychobiologischer und neurobiologischer Sicht. Das führt zu immer neuen Erkenntnissen und Wissensständen und macht beständig Differenzierungs- und Integrationsleistungen erforderlich. Seit Beginn unserer psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit haben wir uns mit Fragen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen und alten Menschen befasst. *Petzold* konnte aus diesem Wissensfundus Ende der 1980er Jahre als erster die Konzepte der **Schutz-** und **Resilienzfaktoren** aus der klinischen Entwicklungspsychologie in den Bereich der Psychotherapie übertragen, weil sich die Integrative Therapie – es sei nochmals betont – immer als „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“ und in vielfältigen „**Lebenskontexten**“ verstanden hatte (*Petzold* 1992b, 1992e, *Sieper* 2007b). Dabei haben wir wie andere Menschen und Menschengruppen, PsychotherapeutInnen und Psychotherapieschulen auch beständig Integrationsarbeit geleistet, also Neues auf unseren *WEGEN* durch Raum und Zeit aufgenommen, verarbeitet, dabei eigene Innovationen geschaffen und praxeologisch umgesetzt. Das geschah einerseits mehr oder weniger *unspezifisch* im Sinne des *fungierenden* oder inzidentiellen Lernens. Aber das reichte nicht für professionelle Entwicklungsprozesse aus, die immer auch ein *intentionales* Lernen notwendig machen, die Systematisierung von klinischen Erfahrungen und den Einbezug und die praxeologische Umsetzung von Forschungsergebnissen (*Steffan, Petzold* 2001; *Petzold, Orth-Petzold* 2013). In der Integrativen Therapie haben wir deshalb über triviales integrierendes Lernen hinausgehend eine **spezifische Integrationstheorie** erarbeitet (*Petzold* 1994a, 2002a/2003a, 66f.; *Sieper* 2006).

In unserem Verständnis (*Petzold* 2002j) wird davon ausgegangen, dass Emotionen, Kognitionen, Volitionen, Motivationen eine neurobiologische und ökologische Grundlage haben. Sie sind indes nicht mit dieser Basis gleichzusetzen (idem 2009c; *Petzold, Sieper* 2012a), sondern sie sind an neurophysiologische Prozesse gebundene, emergente „transmaterielle“ Phänomene (so unsere Position zum body-mind-problem bzw. Körper-Seele-Geist-Welt-Problem, vgl. *Petzold, Sieper* 2012a), Fähigkeiten/Kompetenzen und Fertigkeiten/Performanzen, die das organismische System in komplexen, evolutionären **Prozessen phylogenetischen Lernens** und in den persönlichen *ontogenetischen* Lernprozessen ausgebildet hat (*Petzold* 2016e; *Sieper, Petzold* 1993/2011; 2002/2011; *Lukesch. Petzold* 2011). Dieses Lernen ermöglicht Menschen aufgrund der Nutzung spezifischer Genexpressionen in sich

¹⁰ Die Probleme, in die uns das Totalitätsdenken des Holismus im „Dritten Reich“ (geführt hat

etablierenden ontogenetischen Mustern der Genregulation und durch den Rückgriff auf Leistungs- und Lernmöglichkeiten neuronaler Netzwerke und ihrer „Neuroplastizität“ sich beständig weiter zu entwickeln – longitudinal betrachtet vom Föten über die Baby-, Kleinkind-, Adoleszenz- und Erwachsenenzeiten (Petzold 1992d, 1993c, 1994; 2007dj, Sieper 2007b) bis ins Alter und ins hohe Senium (Petzold 1965, 1985a, 2005a, Petzold, Horn, Müller 2010; Müller 2008). Und so haben wir in der IT mit Babies gearbeitet (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) und mit alten Menschen (2004a), neuerlich wieder in unserem Longino-/Longina-Projekt (Petzold 2015o; Hartz 2016) mit Hochaltrigen.

Die longitudinale Entwicklungspsychologie hat sich besonders auf Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren gerichtet, zunächst in der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen (Petzold, Goffin, Oudhof 1993), dann aber auch bei ausgewählten Populationen von Erwachsenen und von alten Menschen (Müller, Petzold 2001). Für den Kinderbereich, wo die Forschungen besonders breit greifen, seien Beispiele gegeben, die sich leicht auch auf andere Alterspopulationen übertragen lassen. Dabei wird deutlich, dass viele dieser Faktoren mit den sogenannten „**unspezifischen Wirk- oder Heilfaktoren**“ der Psychotherapieforschung übereinstimmen:

2.1 Risikofaktoren

Die Berücksichtigung von **Risikofaktoren** ist für die Kindertherapie – und nicht nur für diese – von kardinaler Bedeutung, denn man muss ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von *protektiven Faktoren* und von *Ressourcen* und *Potentialen* begegnen oder zur Ausbildung von *Resilienzen* beitragen (Petzold 1995a,b). Folgende Risikofaktoren seien für den Kinderbereich genannt:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),
2. die Mutter hat 6 oder mehrere Punkte auf *Rutters* (1979) Belastungs-Malaise-Fragebogen,
3. im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr „stressfull life events“,
4. die Mutter hat keinen Hauptschulabschluß,
5. der Ernährer der Familie ist arbeitslos,
6. es ist kein Vater in der Familie anwesend,
7. die Familie hat vier oder mehr Kinder,
8. die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an,
9. die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen,
10. es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,
11. das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile (Leff, Vaughn 1985; Petzold 1992b),
12. das Kind hat *keinen* protektiven „*significant caring adult*“ (Petzold et al. 1993),
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (Tolsdorf 1976),
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung.

2.2. Potentiell protektive Faktoren

„**Protektive Faktoren/-prozesse** sind externe Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen, Potentialräume) und interne Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im - *Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse ab (z.B. Hyperstress) bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (**coping**) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (**creating**), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionale „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit (robustness)* oder effektive *Bewältigungsmuster (coping ability)* bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als 'Resilienz' bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.“ *Petzold 2000h*).

Protektive Faktoren sind also als entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z.B. in "sensiblen Phasen" (z.B. der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) und die dafür sorgen, dass die "Genregulation" in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft (*Müller, Petzold 2004*.)

Diese Erträge der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter et al. 1999*) werden in der Integrativen Kindertherapie – und entsprechend in der Erwachsenentherapie im Unterschied zu den meisten anderen Ansätzen der Kinderbehandlung – systematisch berücksichtigt, ja wurden von unserem Verfahren in das Feld der Kinderpsychotherapie eingeführt (*Petzold, Goffin, Oudhoff 1993*; idem 1995a). Folgende Schutzfaktoren können fokussiert werden.

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und außerhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“ innerhalb und/oder außerhalb der Familie,
3. „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,

8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „sense of coherence“ (Antonovsky 1987) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so dass Handlungskompetenzen (effectivities) gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen, Resilienzen (Müller, Petzold 2003) und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative (Iljine et al. 1990) sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Kommen diese Schutzfaktoren in einer Weise zum Tragen, dass keine Überlastungen und Schädigungen entstehen, bleiben also die Belastungen submaximal, können im Sinne einer Immunisierung Widerstandskräfte entstehen oder es kann vorhandene, genetisch disponierte Widerstandsfähigkeit bekräftigt werden. Man spricht hier von Resilienzen. Die Resilienzfaktoren müssen zusammen mit einer differentiellen Sicht von Schutzfaktoren in jeder therapeutischen Arbeit eingesetzt werden.

2.3 Resilienzfaktoren im Zusammenspiel mit Schutzfaktoren

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische Widerstandsfähigkeit, die Menschen befähigt, Belastungen unbeschädigt zu meistern. Es interessieren dabei die Bedingungen, unter denen sich Resilienz ausbildet und die Faktoren, die dazu beitragen, dass Resilienz zum Tragen kommt. (Müller, Petzold 2004)

Als Resilienzfaktoren haben wir in der Integrativen Kindertherapie folgende herausgearbeitet:

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Streß und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,

6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Das Zusammenspiel von Protektiv- und Resilienzfaktoren ist von grundsätzlicher Bedeutung.

„**Protektive Faktoren** sind – wie schon ausgeführt wurde – *Einflüsse im Entwicklungsgeschehen*, die ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke gewährleisten und dadurch neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse abpuffern ... Ein solches komplexes Ergebnis kann aus neurobiologischer Sicht als '**Resilienz**' bezeichnet werden, die dann als ein *interner* 'protektiver Faktor' zur Wirkung kommen kann und die Effekte externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt“ (Petzold 2002b, vgl. 2000h).

Auf diese Weise entstehen zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen. Darauf basiert das „**Integrative Modell** eines **protective factor** → **resilience cycle**“:

"Belastung/Überlastung → externe protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/interner Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externe protektive Faktoren usw.

Für mich resultieren *Resilienzen aus Bewältigungs- und Adaptionsprozessen*, die differentiell auf den erwähnten Ebenen durch Erfahrungen von praktischen Hilfen und einer unterstützenden Ressourcenlage herausgebildet werden konnten. Sie regulieren vorhandene, genetisch disponierte und lebensgeschichtlich erworbene oder verstärkte Vulnerabilitäten herab (-) und fördern eine Stressantwort, die bei Belastungen nicht entgleist und keine dysfunktionalen Hyperarousals auslöst. Sie bestärken Vitalität (+) und Kreativität (+), so dass es zu erfolgreichen Bewältigungsleistungen kommt, die wiederum *Resilienzen* bekräftigen. So entsteht ein **zirkuläres Protektions-Resilienz-Modell**:

Protektive Faktoren bewirken, indem sie Belastungen und Vulnerabilität puffern, die Ausbildung von *Resilienzen*, die dann bei erneuten Belastungen dem Subjekt als "*interne protektive Faktoren*" zur Verfügung stehen und bei weiteren erfolgreichen Bewältigungsleistungen bekräftigt werden, was eine effektivere Nutzung externaler Schutzfaktoren wahrscheinlich macht.

"Resilienzen sind Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, **bewältigbarer** Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die **Bewältigungskompetenz** des Subjekts bei Risiken und bei 'stressful life events'." (Petzold et al. 1993a). Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der **neurobiologischen Ebene** werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der psychologischen bzw. mentalen Ebene und wirken auch in kognitiven, emotionalen, motivationalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003). Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System – zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen – und wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala* sind wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003) und die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren. Das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im leib-seelischen Geschehen: angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus), was effektive Selbstregulationskompetenz und -performanz, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit bzw. Souveränität zur Folge hat. Diese im Anschluss an die Forschungen der *developmental psychopathology* und klinischen Entwicklungspsychologie (Oerter et al. 1999) und dem *social support research* erarbeiteten Konzepte zu Schutz- und Resilienz Faktoren (Petzold et al. 1993) werden als therapiewirksame Komponenten gezielt in der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie, aber auch mit entsprechenden Zupassungen in der Erwachsenen- und Gerontotherapie eingesetzt und in der Gestaltung von Therapieprozessen berücksichtigt (Müller, Petzold 2001 2003). Eine Zusammenstellung der „protektiven Faktoren“ für die Arbeit mit alten Menschen wurde unlängst in einer umfänglichen Auswertung der Forschungsliteratur von Müller, Petzold (2003) erarbeitet. In weiten Bereichen stimmen sie mit der obigen Auflistung überein. Eine empirische Beforschung von Wirkfaktorenkombinationen, wie sie für die Psychotherapie von Erwachsenen derzeit begonnen wird (Brumund, Märtens 1998; Smith, Grawe 1999) bleibt zu leisten, wobei die Wirkfaktorenkonzepte natürlich immer kritisch auf das hin reflektiert werden müssen, was sie im Wesentlichen ausmacht: die Herstellung „salutogener Lebensverhältnisse“ (Märtens, Petzold 1998b) bzw. einer „guten Alltäglichkeit“ (Petzold, Orth 1998). In der Kindertherapie gewinnt diese Position besondere Bedeutung und verlangt Eltern-, Familien- und Netzwerkarbeit (Petzold, Mathias 1978; Hass, Petzold 1999; Petzold 1973f, 1995i), sozioökologische Interventionen (idem 1995a, b), die dazu beitragen, dass die Lebenssituation des Kindes (nicht nur die Therapiesituation) zu einem „safe place“ (Katz-Bernstein 1996, Petzold, Goffin, Oudhof 1993) wird, an dem die Entwicklung von *Willenskräften* (Entscheidungs- und Durchhaltefähigkeit) und eines *Metawillens* (generalisierte Selbststeuerung möglich wird (Petzold, Sieper 2008a). Diese Willenskräfte sind nämlich notwendig für die Realisierung von wesentlicher Globalziele:

- die Verwirklichung einer *persönlichen* „Sorge um sich“ (*soucis de soi*, Foucault 1985; 1986), die mit einer „Meisterschaft seiner Selbst“ (*maîtrise de soi*) im Sinne Montaignes (1580; Jung 2007) verbunden werden kann, in der das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich werden kann (Petzold 1999q);
- einer *altruistischen* „Sorge um Andere“ (Petzold 2009k/2011; Petzold, Orth 2013a), wie sie Henry Dunant – Referenzautor der IT (Petzold, Sieper 2011a) – praktizierte;

- einer *melioristischen* „Sorge um das Gemeinwesen“ (Petzold Orth, Sieper 2013a) und einer
- *ökosophischen* „Sorge um die Bewahrung der Natur“ (*eco care, green care*, Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013; Petzold 2016i)

Wollen und Wille sind auch nötig, um Petzolds „**vier Leitprinzipien integrativer Selbst- und Lebensgestaltung**“ zu realisieren:

1. **Mache Dich selbst zum Projekt!**
2. **Nutze jede Situation als Chance!**
3. **Frage um Hilfe, wenn Du sie brauchst (und gebe sie, wenn Du darum gefragt wirst)!**
4. **Vertraue Deinem Gehirn und Deinem Denkvermögen/Deiner Vernunft!**

Der Patient/die Klientin tritt aktiv und bewusst in die Prozesse der **Selbstgestaltung** ein, lernt mitzuteilen, was er/sie braucht, um sein/ihr *Selbst*, seine/ihre *Identität*, ihre *Lebenslage* zu „modellieren“ mit Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. Er lernt auch zunehmend auf sein **Gehirn und seine Vernunft** zu vertrauen, entwickelt Selbstwirksamkeit und Souveränität (Petzold, Orth 2014). Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt das und macht sich dabei immer wieder mit partieller Offenheit transparent (*self disclosure*, Petzold 1980g).

Solche Ziele müssen in **Sozialisation, Enkulturation und Ökologisation** (Petzold 2006p, 2016e, 2016i) von Kindheit auf und über die gesamte Lebensspanne hin vermittelt und aufgenommen werden in einem differentiellen „*life long learning*“, einer „*éducation permanente*“, wie es die „komplexe Integrative Lerntheorie“ vertritt. (Sieper, Petzold 1993/2011; 2002/2011). Dabei wird optimales Lernen immer in einem optimalen demokratisch-zivilgesellschaftlichen Kontext/Kontinuum stattfinden müssen mit gut geregelten Sozialstrukturen und gut funktionierenden Rechts-, Gesundheits- und Bildungssystemen. Sie ermöglichen Erfahrungs- und Lernräume, die von angemessenen Freiräumen und ebenso angemessenen und notwendigen normativen Grenzen bestimmt sind, wie dies funktionierende Demokratien und ihre „partizipative Verwaltung von Macht“ (Habermas 1992; Petzold 2009d) kennzeichnet. Breite Mitbeteiligung ist ein Postulat deliberativer oder inklusiver Demokratie, die in allen Lebensbereichen Transparenz und Öffentlichkeitsbeteiligung will und braucht (Fotopoulos 2003, 2007; Habermas 1992; Lösch 2005). **Demokratie** muss das Alltagsleben ihrer Bürgerinnen und Bürger vom übergeordneten – hoffentlich zukünftig einmal – weltbürgerlichen Rahmen (sensu Kant), von einem europäischen Rahmen – mit und trotz Brexit –, über die nationalen Verfassungen bis in die private Sphäre imprägnieren: durch Fördern und Fordern von zivilgesellschaftlicher Kooperation, durch die Bereitstellung von Bildung, sozialer Unterstützung und zugleich durch das Einfordern von Mitbeteiligung an Prozessen des gesellschaftlichen Lebens. In ihnen geht es um das „**Aushandeln von Positionen und Grenzen**“ in Beziehungen zwischen den BürgerInnen: z. B. in Paarbeziehungen, Eltern-Kind-Beziehungen, Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen, aber auch zwischen sozialen Gruppen, Interessengemeinschaften, Parteien usw. auf der Basis von „**Angrenzungen**“ statt von „**Abgrenzungen**“ oder gar „**Ausgrenzungen**“. Solches Aushandeln bedarf eines richtigen *Orts*, der rechten *Zeit* und eines jeweils stimmigen *Maßes*. Psychotherapieverfahren müssen sich – und das ist bislang weitgehend defizient – ihrer demokratietheoretischen Grundlagen bis in die Strukturen ihrer Praxis hin versichern und sie auch konkret in Behandlung und

Ausbildung umsetzen“ (Petzold 1994c/2011; Petzold, Orth, Sieper 2013a; Sieper 1985/2015).

Alle Maßnahmen der Förderung eines adäquaten Umgangs mit Grenzen ermöglichen die Entwicklung von **persönlicher Souveränität** und **persönlicher Freiheit** sowie von **Engagement** für das **Wohlergehen**, die **Souveränität** und den **Freiraum** Anderer (Petzold, Orth 2014). Sie bekräftigen die Ausbildung einer Wertestruktur, die die negativen Qualitäten eines „überstrengen oder moralisierenden Über-Ich“ vermeidet und damit in konstruktiver Weise für das eigene Leben, die eigene „persönliche Kultur“ und das Leben der Gemeinschaft und ihrer „politischen Kultur“ (Arendt 1993; Bourdieu 1998; Shklar 1997) tragend werden kann. Denn Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Netzwerk, ihrem „Konvoi“ durch die Vorbildfunktion von Erwachsenen in einer guten Nähe Lernerfahrungen in einer „Zone optimaler Proximität“ (L.S. Vygotsky) machen konnten und deshalb lernen konnten, was „Freude am Lebendigen“ (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013) und „Ehrfurcht vor dem Leben“ (A. Schweitzer) ist, was der Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (E. Levinas) und ein praktizierter, kritisch reflektierter und „kultivierter Altruismus“ (Petzold, Orth 2013a, Petzold, Sieper 2011a) bedeutet, können in ihrem Leben und mit ihrem Engagement zu einer freiheitlichen und humanen Lebensqualität ihrer Gesellschaft *als Lebens- und Wertegemeinschaft* (Arendt 1986, 1993; Derrida 1997, 2000) beitragen, zu „warmen“ gesellschaftlichen Lebensformen. Die **humane Qualität gesellschaftlichen Lebens** ist als ein **protektiver Metafaktor** zu sehen, durch den alle anderen Risiko- und Belastungsfaktoren gemindert werden und Schutzfaktoren in *Alltagsbeziehungen* und *therapeutischen Beziehungen* optimal zum Tragen kommen können und ihren Sinn und ihre Wirksamkeit erhalten.

3. Die „14 plus 3“ Heil- bzw. Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

Die **Praxis** von Würde und Integrität im zwischenmenschlichen Umgang (Petzold, Orth 2011) muss beständig im Hintergrund aller metatheoretischer Überlegungen präsent sein, die **Metatheorie** ihrerseits kommt immer auch bis in die Mikrointerventionen zum Tragen. (Um ein Beispiel zu geben: Mit einer intersubjektivistischen und integritätstheoretischen Position in Anthropologie und Ethik kann zum Beispiel keine dermoelektrische Aversionsbehandlung von Homosexuellen durchgeführt werden, wie dies in der Verhaltenstherapie praktiziert wurde, vgl. Kraiker 1974, 340ff, 436ff.). Diese Hintergründe (plur.) einbeziehend sind einige grundsätzliche Aspekte beim Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren/Wirkprozesse (Petzold 1993p/2003a/2012) in der Integrativen Therapie zu beachten:

1. Therapeutische Wirkfaktoren bzw. Wirkprozesse kommen immer im Rahmen therapeutischer Beziehungen als intersubjektiven Ko-respondenzen zum Tragen (Petzold 1980g, 2000a, 2012), werden von ihrer Qualität bestimmt, tragen aber gleichzeitig zu dieser Qualität bei. Diese Wechselwirkung muss sowohl theoretisch (z.B. kulturtheoretisch, anthropologisch, ethnien- und gendertheoretisch, therapietheoretisch usw. untersucht (vgl. idem 1998h; Doyle 1998), als auch klinisch erforscht werden (z.B. diagnostisch, störungsbildspezifisch usw. Osten 2000).

2. Aussagen über veränderungswirksame Prozesse und die in ihnen zum Tragen kommenden positiven wie auch negativen Wirkfaktoren (Petzold 1998b) müssen prinzipiell empiriegestützt sein (Crits-Cristoph 1998; Dobson, Craig 1998), ansonsten

handelt es sich nur um Spekulationen und Hypothesen (*Beutler, Baker 1998*). Leider wird die Wirkfaktorendebatte in weiten Bereichen der Psychotherapie, sofern sie nicht im Feld der klinisch-empirischen Psychologie verortet sind, zumeist auf dieser Ebene geführt. Aussagen über „potentielle“ Wirkfaktoren können daher nur mit dem Vorbehalt der Bestätigung durch empirische Forschung (*Petzold, Märten 1999*) gemacht werden.

Die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorenkombinationen muss theoriegeleitet sein, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie z.B. in einer Interventionsstrategie konfrontativ und/oder supportiv oder in einer protektiven Art und Weise (*Petzold 1980g, 278-284*) eingesetzt werden können, denn das ist bei vielen Faktoren möglich (wie in Abbildung 3 exemplarisch aufgezeigt). Die Orientierung an einer prozessualen Diagnostik (*Osten 2000; Petzold, Osten 1998; Petzold, Wolf et al. 2000*), die auf Pathogenese und Salutogenese (*Lorenz 2004*) gerichtet ist, die Stärken und Schwächen, Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP) (*idem 1997p*) und gegebenenfalls Defizite erfasst, wird hier unabdingbar.

3. Therapeutische Wirkfaktoren als Konstituenten von – potentiell positiv und/oder negativ wirksamen – biopsychosozialen Therapieprozessen werden in der Integrativen Therapie derzeit als „Elemente von Heuristiken“ gesehen (*Märten, Petzold 1998; Petzold 1993p; Petzold 1992g; Petzold, Steffan 2000a*), die kontextbezogen zum Tragen kommen können, aber keine Heils- und Heilungsversprechen beinhalten, denn die Grenzen des Konzeptes sind deutlich: einzelne Faktoren oder Faktorengruppen machen natürlich noch keinen Therapieprozeß. Ein solcher hat eine auf mehrere Ebenen (die biologisch-leibliche, die psychologisch-seelische, die kognitiv-mentale und die kommunikativ-soziale Ebene) gerichtete differentielle und ganzheitliche Qualität. Diese ist durch die Therapeutenvariable (1) und die Patientenvariable (2) nachhaltig geprägt, denn damit wird die Beziehungsvariable (3) bestimmt. Kontext- bzw. Settingvariablen (4) sind in der Regel nachgeordnet (allerdings z.B. in der Forensik nicht!).

In dyadischen Therapien sind es die beiden Personen und die Beziehung, die sie aufbauen und realisieren können, die für die Gesundung und die Entwicklung eines Menschen, für Linderung oder Beseitigung von Krankheit maßgeblich sind. Psychotherapie ist strukturell und aufgrund der aufgezeigten metatheoretischen und theoretischen Positionen grundsätzlich ein interpersonales Geschehen. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass sogenannte „spezifische und unspezifische“ therapeutische Wirkfaktoren (*Huf 1992*) auf konkrete Personen wirken, und das nach beiden Seiten, in Richtung des Patienten wie in Richtung des Therapeuten, wenngleich nicht immer in derselben Weise. Das wurde bislang in der gesamten Wirkfaktorendebatte nicht berücksichtigt (!) und verweist auf das Implikat und die Gefahr, dass Wirkfaktoren als Manipulationsinstrumente gebraucht werden könnten, um etwas mit Patienten zu „machen“. Darum vertreten wir dezidiert, dass in intersubjektiver Ko-respondenz (*Petzold 1991e*) zwischen Therapeut und Patient erarbeitet, ausgehandelt und dann gemeinsam evaluiert wird, was, wie, wann wirksam und hilfreich ist. Dabei macht sich die der Patient „selbst zum Projekt“ und lernt mitzuteilen, was er braucht, um sein Selbst, seine Identität, seine Lebenslage zu „modellieren“. Und der Therapeut macht transparent, was er anzubieten gedenkt, zur Verfügung hat und warum das seiner Meinung nach förderlich ist. Damit praktiziert er den erforderlichen „informed consent“ und wird der therapieethischen Forderung nach „client dignity“ gerecht (*Müller, Petzold 2002; Petzold, Orth 2011*).

Die spezifischen Wirkfaktoren werden deshalb in der Integrativen Therapie in jedem Therapieprozess in Form einer intersubjektiven "prozessualen Diagnostik" und eines "Lebenslage-Assessments" – wir sprechen auch von „Theragnostik“ (Petzold 1993p, Petzold, Osten 1998; Petzold, Wolf et al. 2000; Müller, Petzold 1998) – immer wieder neu verhandelt und bestimmt.

3.1 Die „Fundierte Heuristik“ der 14 Faktoren und die Ergänzung um 3

Eine Heuristik allerdings kann nur fundiert handlungsleitend sein, wenn sie entsprechend konzeptuell, theoretisch, klinisch und empirisch abgesichert ist. Für die Integrative Therapie geschah und geschieht das etwa durch Theoriearbeit zum Wirkfaktorenkonzept (Petzold 2000h, Märten, Petzold 1998), weiterhin durch klinische Beobachtungen und Forschungen (Heinl 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold, Wolf et al. 2000; Petzold, Hass, Märten, Stefan 2000). Weiterhin haben wir die longitudinale Entwicklungsforschung (Rutter 1994; Schroots 1993; Oerter et al. 1999) über Jahre hin ausgewertet (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Goffin, Oudhof 1993), und es erfolgte eine konzeptanalytische Auswertung von 240 Behandlungsberichten und Graduierungsarbeiten aus der Ausbildungsstätte von TherapeutInnen, an der wir arbeiten, mit Blick auf therapie- bzw. veränderungswirksame Faktoren. Hinzu kam eine Analyse Fachpublikationen zum Wirkfaktorenkonzept (Petzold 1992g) sowie zahlreicher empirischer Studien der Psychotherapieforschung (Petzold, Schobert 1987) und des Social Support Research (Hass, Petzold 1999). Auf dieser Basis wurde das Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ in der Integrativen Therapie (Petzold 1988n) überarbeitet, Wege, die Therapeut und Klient gemeinsam gehen, in „intersubjektiver Ko-respondenz und Kooperation“, wenn auch in unterschiedlichen Rollen und mit verschiedenen Funktionen (idem 1980g). Es wurden die Mikroheuristiken der „Behandlungsmodalitäten“ mit ihren Methoden, Techniken und Medien (idem 1993h) für einen „multimodalen“ Therapieansatz (idem 1974j, 302) konzeptualisiert und „14 Heilfaktoren“ (Petzold 1993p) erarbeitet und in der therapeutischen Praxis erprobt. Erste Evaluationen sind erfolgt (Brumund, Märten 1998) und werden fortgeführt. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirk- oder Heilfaktoren“, weisen eine gewisse Nähe zu den therapeutischen „Heuristiken von Grawe (et al. 1994; Grawe 1998), die von ihm z. T. als „Wirkfaktoren“ bezeichnet werden. Der integrative Begriff von Wirkfaktoren ist feinkörniger als der von Grawe, dessen Faktor „Problemaktualisierung“, welcher neue „Coping-Möglichkeiten“ und Lösungswege erschließt, z. B. weitgehend dem integrativen „zweiten Weg der Heilung und Förderung“ entspricht - weitgehend, weil im Integrativen Ansatz nicht nur Probleme aktualisiert werden, Schwierigkeiten und Belastungen der Vergangenheit, sondern auch positive Erfahrungen, die ein Potential geschaffen haben, so dass auch „Potentialaktualisierungen“ erfolgen, die neue „Creating-Möglichkeiten“ (vgl. 5.3.) bieten (Petzold 2002b). Das Wiederdurchleben positiver Vergangenheitserfahrungen, die mit all ihren positiven Gefühlen und Leibempfindungen aktualisiert, wachgerufen werden, haben ein hohes heilendes Potential. Salutogenetische Erfahrungen können genauso aktualisiert werden wie pathogene, Erfahrungen des Gelingens, „Überwindungserfahrungen“ (idem 2001m) genauso wie die des Scheiterns. Hier ist der Integrative Ansatz gesundheitspsychologischer ausgerichtet als Grawe, bei dem dieser Gedanke eher blass ist und in seiner Heuristik bzw. seinem Faktor „Ressourcenaktivierung“, auftaucht (vgl. zur Integrativen Ressourcentheorie Petzold 1997p). Grawes Ressourcenaktivierung zeigt wiederum Übereinstimmungen mit dem

„dritten Weg“ der IT usw. und ihrem Konzept der Heilung und Förderung durch „alternative Erfahrungen“ (Petzold 1993a/2003a, 675ff).

Beide Ansätze, der der „Psychologischen Therapie“ Grawes und der der „Integrativen Therapie“ Petzolds weisen ohnehin viele Gemeinsamkeiten auf. Petzold lehrte von 1980-1989 als Gastprofessor am Institut von Grawe erlebnisaktivierende Therapieverfahren und arbeitete als Supervisor mit den Mitarbeitern der psychologischen Praxisstelle dieser Abteilung. Beide Ansätze haben eine methodenintegrative Ausrichtung.

In den „Vier Wegen“ wie in den „Modalitäten“ können die für die IT herausgearbeiteten **14 Wirkfaktoren** (Petzold 1993p, 1994g) und dann die 2014 destillierten „**14 plus 3 Heil- und Wirkfaktoren**“ als in Meso- und Mikroheuristiken therapeutisch wirksame Momente zum Tragen kommen:

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (EV)
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (ES)
3. Hilfe bei realitätsgerechter [supportiv, konfrontativ], praktischer Lebensbewältigung (LH)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ] (EA)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (KK)
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (LB)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (PZ)
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ (PI)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (SE)

Inzwischen haben wir durch zwei bald Jahrzehnte therapeutischer Beobachtung (Petzold, Petzold-Heinz, Sieper 1972; Petzold, Orth 1998b; ders. 2011g, h) noch drei zusätzliche Wirkfaktoren herausgearbeitet:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs [protektiv, supportiv] (NB)16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv] (ÄE)17. Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ] (SM) |
|---|

3.2 Synergien der Multimodalität

Die **Synergieeffekte der Multimodalität** – das Zusammenwirken von „**Bündeln von Maßnahmen**“ – findet man in „multimodalen Verfahren“ und „multimethodischen Ansätzen“ wie in den modernen Verfahren in der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, etwa in *M. Linehams* DBT, *J. Youngs* Schema-Therapie, *J. McCulloughs* CBASPI und natürlich in Vorreiterposition in der **Integrativen Therapie** (*Petzold, Sieper, Orth*), die als erstes Verfahren mit einem methodenübergreifenden und systematisch differenziell und integrierend operierenden Prozessmodell arbeitete: Den „**Vierzehn Heil- und Wirkfaktoren**“ in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1993p, 1036), die 2014 auf **17** aufgestockt wurden: „**14 + 3**“.

Die **14** Faktoren sind instrumentell für eine konzeptgeleitete Therapie. Das gilt auch für die Kindertherapie (*Erpelding* 2012) und kommt auch in der Integrativen Supervision zum Tragen (*Galasch* 2014) sowie in der Tiergestützten Therapie (*Stubbe* 2012) und insgesamt in den „Neuen Naturtherapien“.

Resilienzfaktoren kommt z.B. für die Arbeit mit **Traumaopfern**/-überlebenden besondere Bedeutung zu. In der Behandlung dieser Population werden die Faktoren 1-3, 6, 13 und 14 speziell in der Anfangsphase der Behandlung fokussiert. Die Faktoren 5, 10, 11, 12 spielen im weiteren Behandlungsverlauf eine größere Rolle. Leider wird zu wenig gesehen, dass die therapeutischen Wirkfaktoren, wie sie die Psychotherapieforschung erarbeitet hat, weitgehend mit den Schutz- und Resilienzfaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Müller, Petzold* 2000; *Müller, Petzold* 2002) übereinstimmen, die die klinische Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung herausgearbeitet hat (*Oerter* et al. 1999), und dass diese Faktoren auch mit denen übereinstimmen, die Selbsthilfegruppen und Laientherapien wirksam sein lassen, dass es sich also letztlich um Bedingungen „guten zwischenmenschlichen Miteinanders“ handelt (*Märtens, Petzold* 1998), die durch Therapie wieder hergestellt werden und die heilend zur Wirkung kommen.

Die „**14 plus 3**“ **Heilfaktoren** bzw. -**prozesse** – die Faktoren kommen ja immer **prozessual** zum Tragen in der Integrativen Therapie – sind nicht nur für **heilungsorientiertes** Therapiegeschehen wichtig, sie sind auch konstruktive, **salutogene** Verhaltenselemente positiven Alltagslebens, die den PatientInnen in psychoedukativer Information verdeutlicht werden, damit sie diese Faktoren auch in ihrem Lebenszusammenhang einsetzen und sich um ihr Vorhandensein bemühen, sie pflegen, entwickeln. Es sind gleichsam gesundheitsfördernde, ergänzende Nährstoffe.

In gleicher Weise kommen diese **14 plus 3** Faktoren in der Psychotherapieausbildung zum Tragen und können von den KandidatInnen für ihren Lebensalltag fruchtbar gemacht werden, wenn sie sie bewusst in ihre Sozialbezüge integrieren und sie zur Pflege, Vertiefung, Erweiterung und Entwicklung dieser Bezüge nutzen.

Das „therapeutische“ an diesem heilenden Beziehungsgeschehen ist die systematische klinische Reflexion aufgrund der Diagnostik und die gezielte Akzentuierung bestimmter Wirkfaktorenkombinationen im Behandlungsprozess, der beständig evaluiert wird (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Smith, Grawe* 1999): im Gespräch mit PatientInnen und Angehörigen, Freunden und KollegInnen,

weiterhin durch das Instrument der Stundenbögen, ggf. die Auswertung von Therapietagebüchern- Behandlungs- und Supervisionsjournalen, durch gemeinsame Auswertung von Band- oder Videoaufzeichnungen etc. wie wir es in der Integrativen Therapie mit guten Resultaten handhaben (Böcker 2000, Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Und natürlich kommen hier auch die Grenzen ins Spiel, die genetischen Determinierungen, die schweren Traumatisierungen (Petzold 1999i), die Schwierigkeiten „**prekärer Lebenslagen**“ (idem 2000h, 2006p), die Mängel der gegenwärtigen Psychotherapie, die in Zukunft behoben werden müssen (Petzold 1999p), die Grenzen des Integrierens und des „Machbaren“ (Petzold 1993o), die Grenzen, die ein jeder der Beteiligten – Patientin und Therapeutin – in den Prozeß der Behandlung und in die therapeutische Beziehung einbringt. Wirksam wird das Gesamt (*ensemble*) koordinierter Strategien wie das Ermöglichen *korrektiver* bzw. *alternativer* (diese unterscheiden wir) interpersonaler Erfahrungen, Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs-, Bewältigungs-, Überwindungserfahrungen (idem 2001m), prozessuale Aktivierung, Förderung von Coping- und Creating-Fähigkeiten, Resilienzbildung, Ressourcenvorrat und -beschaffung (Ressourcing-Kompetenz und Ressourcen-Performanz, vgl. (idem 1997p) sowie Entwicklung von Potentialen. Natürlich sind hier auch Differenzierungen im Hinblick auf das methodische Vorgehen zu beachten: arbeitet man in einem modernen, psychophysiologisch begründeten körper- und bewegungstherapeutischen Ansatz (idem 2001c) wie in der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“, so treten andere Wirkfaktoren und -prozesse gehäuft im Therapiegeschehen auf – etwa die Faktoren 2, 4, 7, 9 – als wenn man in einem mehr verbal ausgerichteten, aber durchaus nonverbale Elemente einbeziehenden Ansatz wie in der „Integrativen Therapie“ vorgeht, wo die Faktoren 3, 5, 6, 8, 11 imponieren. Natürlich kommen Faktoren wie 1, 2, 5, 6, 11, 12, 14 in beiden Orientierungen zum Tragen. Ganz wesentlich sind für Faktorenkombinationen die Zielgruppe, d.h. Altersgruppen (Petzold 1985a; Müller, Petzold 2002), Gendergruppen (Frühmann 1985; Petzold 1998h), Störungsbilder (Petzold, Wolf et al. 2000).

3.3 Der ergänzende „ökologische“ Faktor 15 „Naturbezug“

Mit der Erweiterung um drei weitere Faktoren **15 -17** sind unsere Erfahrungen in der klinische Praxis seit den Anfängen unserer therapeutischen Arbeit verdichtet worden. Wir haben immer wieder die **Natur als ökologische Realität**, in die wir eingebettet (embedded, Petzold 2002j, 2006p) sind in das therapeutische Geschehen einbezogen, seit den waldtherapeutischen Meditationen und Laufprogrammen von Petzold mit drogenabhängigen Jugendlichen 1967/68, oder seit der intergenerationalen Projektarbeit von Petzold, Petzold-Heinz und Sieper 1971/72 in den von Petzold und Sieper geleiteten Volkshochschulen in Meerbusch und Dormagen. Mit dem Projekt „*Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis*“ (dieselben 1972) wurden die Grundlagen geschaffen, die zu dem **Faktor 15** führten: „**Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs**“. Da Menschen in die Natur, wie auch in die Sozialität eingebettet sind, kommt es immer zu generativem Austausch mit der Umwelt, zu **ko-kreativen Interaktionen mit Mikroökologien**, die es zu nutzen gilt:

„**Ökologische Ko-kreativität** ist das schöpferische Geschehen, dass sich aus dem Zusammentreffen menschlicher Phantasie, Erfindungsgabe und Gestaltungskraft mit den Möglichkeiten der lebendigen Natur entwickelt: dem ‘Aufforderungscharakter’ von Bäumen,

Sträuchern, Pflanzen, Blumen, den Gegebenheit von Arealen, Höhen und Senken, von Steinen und Erden, Mauern, Hecken, Gewässern, einer Fülle von Materialien und Flächen, die sich als **Ensembles** darbieten, aber auch als **Ensembles** arrangiert werden können. Als solche wirken sie auf den bzw. die Gestalter zurück: mit ihren Farben, Formen, mit Licht und Schatten, Ruhe und Bewegtheit, durch Wind und Wetter, durch Menschen und Tiere usw. Das alles lässt *Synergieeffekte* aufkommen, die sich nicht vollends bestimmen lassen. **Natur gestaltet mit.** Die ökologischen Gegebenheiten wirken formend auf den Menschen, der Mensch wirkt gestaltend in der und auf die Umwelt – zuweilen auch zu Lasten der Umwelt und Natur bis hin zur katastrophalen Destruktion, wenn ökologische Sensibilität und ökosophische Um- und Weitsicht fehlen (vgl. exemplarisch die Zerstörung des Aralsees seit 1960¹¹). Wo Ökosophie und Ökophilie, wissende Naturliebe, aber *synergetisch* wirksam sind, entstehen immer **neue Ko-kreationen**, in denen Natur und Mensch, Mensch und Natur, *der Mensch als Natur*, die Natur durch ihre Geschöpfe, spezifisch durch den Menschen, in konstruktiver Weise ökologisch schöpferisch werden. So entstehen Gärten, Parks, Landschaften und so werden auch Menschen gestaltet, Menschen, aus denen Schönheit und Sinnfülle hervorstrahlen“ (Petzold, Orth 1998b).

Es wird hier deutlich: Natürlich gibt es, wie in vielen Bereichen (z. B. der Empathie, der Affiliation, der Phantasie) nicht nur konstruktive, „helle“ Entwicklungen. Es gibt auch eine „**dunkle Kreativität**“ („dunkle Empathie“ o. ä.), die äußerst effektive Prozesse der Destruktion in Gang setzen kann. In Kriegszeiten wird das immer wieder auf Makro- und Mikroebenen ersichtlich – Zerstörung von Gebäuden, Städten, von Landschaften, Wäldern (Agent Orange), von Feldern, Gärten, die dem Feind gehören, ihn ernähren, weshalb man ihm die Lebensgrundlage entzieht – **verbrannte Erde, terre brûlée!** Ingeniöse Destruktionsdynamiken finden wir aber auch im Mikrobereich, in interpersonellen „Rosenkriegen“, ruinösen Konkurrenzschlachten, Rivalitäten in Familien, in Teams und anderen sozialen Gruppen. Der menschliche Erfindungsgeist ist, wenn es darum geht, anderen zu schaden, **enorm**. Deshalb ist es wesentlich, **destruktive, devolutionäre „dunkle Kreativität“** rechtzeitig zu erkennen, um ihr gegenzusteuern. Auf politischen Makroebenen ist das ein immer wieder neu anzugehendes Problem.

3.4 Der ergänzende „ästhetische“ Faktor 16 „ästhetischer Erfahrung“

Ein Weg in Mikrobereichen konstruktive Kreativität, einen „synergetischen **Conflux**“ zu fördern, ein Zusammenfließen **ko-kreativer** Impulse, ist die Arbeit mit **kreativen Medien (Faktor 9)**. Dieses Konzept wurde von Petzold und Sieper begründet und seit ihren kreativtherapeutischen Ansätzen in der Gerontotherapie (Petzold 1965) und Projekten zum Kreativitätstraining in der psychosozialen Lebenshilfe und in der Erwachsenenbildung (Sieper 1971), sowie auch durch Kreativitätsförderung in der Kindertherapie und Vorschulpädagogik (Petzold, Geibel 1972) mit theoriegeleiteter **Intermedialität** und mit naturtherapeutischen Projekten (Petzold, Petzold-Heinz, Sieper 1972) umgesetzt. Die *salutogenetische* und *kreativierende* Praxis zielt dabei nicht nur auf die Ermöglichung von *multisensorischen, multimnestischen* und *multiexpressiven* Erfahrungen, von Sinnesfreude, Erinnerungsglück, Ausdrucksbegeisterung (**Faktor 9**), sondern darüber hinaus auch auf die „**Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen**“ (**Faktor 16**). Dostojewski (Der Idiot) schrieb: „Красота спасет мир, Schönheit wird die Welt retten“ und er meinte

¹¹ Eine der größten menschengemachten Umweltkatastrophen, bis Anfang der 1960er Jahre der viertgrößte Binnensee der Welt jetzt eine pestizidverseuchte Salzwüste durch Flußumleitungen und Wasserraubbau für den Baumwollanbau. Kasperson, J. et al. (1995): The Aral Sea Basin: A Man-Made Environmental Catastrophe. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; Micklin, P. (2007): "The Aral Sea Disaster". *Annual Review of Earth and Planetary Sciences*. 4, 47–72.

damit auch eine ethische und ästhetische Schönheit.¹² „**Das Erleben von Schönheit in all ihren mannigfaltigen Formen heilt**“, so unsere Position (Petzold 1992m). Solche Erfahrungen von Schönheit emergieren in „Möglichkeitsräumen“ (Winnicott), in denen sich die wichtigen menschlichen Grundantriebe der **explorativen Neugier**, des **poietischen Gestaltens**, des **affiliativen** Miteinanders (Petzold 2003e) in ihren *positiven Ausfaltungen* realisieren können – es gibt da auch durchaus dunkle Seiten (In-Group-Denken, We-First). Intermediale Arbeit im ko-kreativen, gemeinschaftlichen Gestalten erschließt und fördert solche Erfahrungen. Weil in unseren Projekten von KlientInnen und PatientInnen diese Effekte heilsamen ästhetischen Erlebens von Werken der Kunst, von großen Landschaften, von Schönheiten der Natur, schönen Menschen und Tieren, von begeisternden gemeinschaftlichen Unternehmungen immer wieder eine so hohe Bedeutung zugeschrieben wurde und wird, haben wir diesen **Faktor 16** eigens herausgestellt und ergänzen damit den **Faktor 9** um das Moment des Ästhetischen. Aus den Arbeiten der internationalen kunsttherapeutischen Praxis und Forschung findet das Bestätigung.

„**Ästhetische Erfahrungen** als komplexes, leibhaftig-wahrnehmendes Erleben von *multisensorisch* (exterozeptiv und interozeptiv) aufgenommenen Sinnes-Informationen aus der Lebenswelt – zusammen mit den dabei aufkommenden *multimnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisspeichern des Leibsubjekts – sind in höchsten Maße ‘sinn-stiftend’, berühren zugleich Menschen im ‘tiefsten Inneren’ und vermögen schöpferische Synergien freizusetzen: **Schöpferische Aisthesis**. Sie ergreift, erfüllt, erschüttert zuweilen und regt auch immer wieder an, inspiriert. **Ästhetische Erfahrungen** weiten Engungen, öffnen Grenzen, erweitern Horizonte (*enlargement*), erfreuen und beglücken (*enrichment*), bestärken und ermutigen (*empowerment*), weisen ‘neue *WEGE*’ und erschließen bisher verborgene, unbekannte Potentiale des eigenen Selbst. Sie machen immer wieder möglich, dass aus dem eigenen *embodied self* und seiner lebensweltlichen *Einbettung* (*embeddedness*) in „das Fleisch der Welt“ (Merleau-Ponty 1964) **NEUES** geschaffen wird aus der ‘Fülle der Welt’ und aus dem ‘Reichtum der Natur’, der das Leib-Selbst selbst angehört. In der **Aisthesis** werden Leib und Welt **ko-kreativ** verbunden. Das Erleben, wie ‘persönliche Schöpfungen’ (Bilder, Gedichte, Projektideen usw.) aus dem ‘eigenen Selbst’, der ‘eigenen Natur’, der Mitwelt emergieren und immer wieder auch aus dem gemeinschaftlichen, ästhetischen Erleben und einem ko-kreativen Enthusiasmus hervorgehen und sich im Gestalten gemeinsamer Projekte und Werke konkretisieren, ist befreiend, beglückend, bereichernd, erhebend. Und damit werden persönliche und gemeinschaftliche ‘ästhetische Erfahrungen’ *sinn-stiftend, potentialfördernd, heilsam*. Sie klären Ambiguität, reduzieren Stress und bewirken zugleich eine ‘*lebensvolle Angeregtheit* und *Vitalität*’ (u.a. Dopamineffekte). Ästhetische Erfahrungen ermöglichen eine ‘ansteckende Faszination’ und wecken dabei Wertschätzung und Liebe zum Erfahrenen (der Landschaft, den anderen Menschen und Lebewesen, dem Tier, der Blume, dem Kunstwerk, dem Bauwerk, dem Projekt usw.). Sie bewirken, dass das *Hervorgebrachte, Gestaltete* ‘begeistert’. Gemeinsame Initiativen der Kreation, der Hilfeleistung, Aktionen der Kunst, der Kulturarbeit usw. werden dabei zu einer ‘Herzensangelegenheit’.

¹² In "Die Brüder Karamasow" geht Dostojewski diesem Thema noch einmal nach. "Wie könnte Schönheit die Welt retten?" fragt der Atheist Ippolit den Prinzen Mischkin, der statt einer Antwort zu einem jungen Mann geht und ihm im Leiden und Sterben beisteht. Mitgefühl und Liebe ist eine Schönheit, die – wenn sie zwischen den Menschen realisiert würde – die Welt retten könnte. So Dostojewskis Antwort. Und das ist als ein *säkularer* Gedanke zu denken, **von jedem**, denn jeder kann in große Gefahr und in bittere Not geraten, aus der er dringlich wünscht, gerettet zu werden. Wir müssen heute in einer Zeit globaler Naturzerstörung, einer Zeit der wesentlich von Menschen mitverursachten „Sixth Extinction“ (Kolbert 2014), diese Idee von der „Schönheit liebender Fürsorge“ auf die Natur ausdehnen, auf all die Arten, die von uns für immer zum Verschwinden gebracht werden, wenn wir unser globales Verhalten nicht ändern.

So entstehen Werke persönlicher und gemeinschaftlicher **Lebenskunst**. Die dabei aufkommenden 'sanften Gefühle' der Verbundenheit, Zugehörigkeit, der Zufriedenheit, der Freude, der Liebe, des Glücks (mit ihren endorphinergen und oxytocinergen Anflutungen) sind kennzeichnend für aufbauende, erfüllende, **heilsame und schöpferische Aisthesis**."

Dieser **16. Faktor** eröffnet Wege in ein erfülltes, „gutes Leben“, wie so manche andere der aufgeführten Wirk- und Heilfaktoren, denn auch das ist eine Aufgabe von Therapie: nicht nur zu Heilen, sondern auch Entwicklungen zu fördern und zu einer Kreativierung und Ästhetisierung des Lebens beizutragen (Orth, Petzold 2000). Persönliche und gemeinschaftliche „Kulturarbeit“ und „Lebenskunst“ (Petzold 1999q, Petzold, Orth, Sieper 2013a) waren immer zentrale Anliegen des **Integrativen Ansatzes der Therapie, Agogik und Kulturarbeit**. Er hatte immer auch eine über die so wichtige **klinisch-kurative Arbeit** hinausgehende transversale Ausrichtung, die humanitäre, ökologische, politische Anliegen fokussiert.

3.5 Der ergänzende 17. Faktor „synergetische Multimodalität“

Als **Faktor 17** benennen wir die „**synergetische Multimodalität**“ – das Zusammenwirken von „**Bündeln therapeutischer Maßnahmen**“ (Petzold 2013g, 2014i) in „**multimodalen Verfahren**“ und „**multimethodischen Ansätzen**“, wie man sie in den modernen Verfahren in der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie findet, etwa in M. Linehams DBT, J. Youngs Schema-Therapie, J. McCulloughs CBASPI und natürlich und vornehmlich in der **Integrativen Therapie**, die als erstes Verfahren auf dem Boden einer eigenständigen **Integrationstheorie** (Petzold 1974j, 200-310, 2002a; Sieper 2006) mit einem methodenübergreifenden und systematisch differentiell und integrierend operierenden „tetradischen Prozessmodell“ (1974j, 311f; Petzold, Schulwitz 1972) arbeitet:

„Wenn unterschiedliche Arbeitskonzepte abgestimmt und theoretisch-konzeptuell begründet **zusammenwirken** und sich **multimodale** Heilwirkungen (z. B. Anregung von Lernprozessen und Einüben von neuem Verhalten, persönliche Wertschätzung, aufdeckende Förderung von Bewusstsein und Einsicht, Konfliktlösungen, Lebenshilfe) verbinden, sich wechselseitig durch Synergieeffekte verstärken und spezifische Interventionen (z. B. Hypnotherapie, Entspannungsmethoden) zusätzliche, erforderliche Seitenwirkungen ergänzend ermöglichen können, werden die konvergierenden Hauptwirkungen (siehe oben) gekräftigt. Sie werden in ihren Aus- und Nachwirkungen umfassender. **Multifaktoriell** verursachte Störungen brauchen **multimodale** und **multimethodische** Korrektive. Sie benötigen Interventionen mit multiplen Ansatzpunkten“ (Petzold 1971f).

Es kann also in der IT mit unterschiedlichen Ansätzen indikationsspezifisch gearbeitet werden etwa an (zwanghaftem) *Verhalten*, „mit übenden verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ... und gleichzeitig kann an der (zwanghaften) *Haltung* mit konfliktorientierten, aufdeckenden Verfahren ... gearbeitet werden. Das Zusammenwirken (*synergia*) der beiden Ansätze, des übenden und des konfliktorientierten, stellt in seiner *Gesamtauswirkung* 'mehr und etwas anderes' dar, als das singuläre Vorgehen. Ein oder mehrere Elemente fügen sich als Gestalt zusammen, wobei die Qualität der Synergie, d.h. die Auswahl, Dosierung und Kombination der einzelnen Elemente, über die Prägnanz des Gesamtgeschehens entscheidet.“ (Petzold 1974j, 305)

Hier findet sich unsere frühe Integrationstheorie der „**Common and divergent concepts and effects**“, eines der ersten konsistenten Integrationsmodelle für die Psychotherapie, auf dessen Basis wir 1975 unser „Tree of Science Modell“

herausgearbeitet haben, dass über die Jahre immer elaborierter wurde (ders. 1988n, 175; 1992a, 457ff.; 2003a, 65f.) und als Grundlage unseres ministeriell geförderten Modells „vergleichender Psychotherapieforschung“ „Wege zum Menschen“ (Petzold 1984a) diene. Bei diesem Projekt des Therapiemethodenvergleichs haben wir die großen Therapieschulen nach diesem theoretischen Strukturraster von Protagonisten des jeweiligen Verfahrens in zwei voluminösen Bänden darstellen lassen und haben darüber hinaus durch Originalvideoaufzeichnungen der Begründer dieser Verfahren bzw. deren Leitfiguren in Life-Interviews dokumentiert und das durch Filmaufzeichnungen bei ihrer therapeutischen Arbeit ergänzt (Alexandra Adler, Individualpsychologie; Frederik Kanfer, Verhaltenstherapie; Alexander Lowen, Bioenergetik; Zerka Moreno, Psychodrama; Lore Perls, Gestalttherapie; Carl Rogers, Gesprächstherapie u. a. m.).

Es ist dieser Hintergrund eines theorie- und methodenvergleichenden Zugangs zur Psychotherapie, der uns zu unserem *konzeptpluralen* und *multifaktoriellen* Vorgehen geführt hat, und uns je nach Störungsbild, Intensität der Symptomatik, Chronifizierungsgrad, Netzwerksituation und Lebenslage immer wieder neue Interventionserfordernisse erkennen und Interventionsmöglichkeiten erproben ließen, bis wir zu den „**Vierzehn** Heil- und Wirkfaktoren“ in der Integrativen Therapie fanden (Petzold 1993p). Jetzt wurden sie auf **17** Faktoren aufgestockt: „**14 + 3**“.

Faktor 17 folgt der schon zu Eingang dieses Beitrags pointierten aristotelischen bzw. gestalttheoretischen Übersummativitätsannahme:

Die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von wirksam werdenden Wahrnehmungen/Eindrücken ist als **Synopse** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teileindrücke, und die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von Interventionen/Wirkungen ist als **Synergie** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teilwirkungen. (Vgl. Petzold 1974j/1981, 305)

Heute spricht man von **Emergenz** (Krohn, Küppers 1992; Dedié 2014, Bunge, Mahner 2004), wenn ein System aufgrund der Synergie seiner Teile neue Eigenschaften oder Strukturen ausbildet, die sich nicht auf Eigenschaften dieser einzelnen Elemente zurückführen lassen. Immer wenn sich z. B. im Bereich der Psychotherapie Cluster von Wirkfaktoren bilden, kann es durch Akkumulations- und Synergieeffekte zu **Emergenzen** komplexerer und umfassenderer Wirkungen kommen – es kann, es muss nicht so eintreten. Es wird wohl auf die „richtige“ Zusammenstellung ankommen, nicht auf ein polypragmatisches „Viel gleich gut!“. Hier „richtige Mischungen“ zu finden, wird Aufgabe feinsinniger und ggf. feinfühligere klinischer Experimentation zwischen TherapeutInnen und PatientInnen werden und es wird sorgfältiger Prozessdokumentationen bedürfen und darauf aufbauend empirischer Forschung, wobei wir Klaus Grawe voll und ganz zustimmen: Es geht um „empirisch validierte Wirkfaktoren [bzw. Wirkprozesse, sc.] statt um Therapiemethoden“ (ders. 2005a) und damit geht es um die Frage, wie „Psychotherapie durch *empirische* Validierung wirksamer werden“ kann (ders. 2005b).

Man kann davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Psychotherapieverfahren wirkt (Luborsky, Luborsky 1975; Wampold, Imel 2001). Man kann weiterhin davon ausgehen, dass es dabei in allen Verfahren „*common factors and processes*“ gibt, aber auch „*specific factors and processes*“ (Imel, Wampold 2008). Natürlich gibt es auch Einzelwirkungen spezifischer Faktoren und auch positiver Kombinationswirkungen, wahrscheinlich auch Wirkungen, die einander aufheben.

Die Forschungen und Diskussionen über „common factors“ sind vielfältig und mittlerweile nur noch schwer überschaubar und man ist derzeit immer noch weit entfernt davon, eine verlässliche Übereinstimmung zu finden. Die vielen Listen von Common Factors, weisen zwar Richtungen auf, sind aber, was ihre Evidenzbasierung anbetrifft keineswegs eindeutig. Eine breite Auswertung der Forschung von *Laska et al. (2014)* zeichnet folgendes Bild:

Factor	% of Variability in Outcome
<i>COMMON FACTORS</i>	
Goal consensus / collaboration	11.5%
Empathy	9.0%
Alliance	7.5%
Positive regard / affirmation	7.3%
Congruence / genuineness	5.7%
Therapist differences	5.0%
<i>SPECIFIC INGREDIENTS</i>	
Treatment differences	< 1.0%

Der Therapiemethode kommt hier **< 1.0%** bei der Differenz des Outcomes zu. In anderen Untersuchungen liegen die Gewichtungen anders, aber auch bei ihnen kommt der Therapiemethode eine nachgeordnete Bedeutung zu. Von *Asay und Lambert (1999)* etwa werden **1 - 15%** der Wirksamkeit in der Behandlung der **Therapiemethode** zugeschrieben. Es gibt also gute und weniger gute Methoden. **1 - 15%** sind Placeboeffekte, sie wirken in unterschiedlichen Intensitäten. **1-30%** der Wirksamkeit liegt bei der „**therapeutischen Beziehung**“ (für Wen und Welcher? Der abstinenten, der warmherzigen, oder der nondirektiven, direktiven, der konfrontierenden? Hier gibt es viele offene Fragen, denn es gibt gute und weniger gute und offenbar auch schlecht wirkende Beziehungen und damit auch gute und schlechte TherapeutInnen). Schließlich liegen **1- 40%** der Wirkung bei *extratherapeutischen* Größen bzw. Einflüssen (PatientInneneigenschaften – es gibt zugängliche und unzugängliche PatientInnen – es wirken Lebensereignisse, Lebenslagen, Lebensführung etc.).

Das Faktum der Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten, der *common and divergent concepts and factors* zwischen den großen Mainstreams und insgesamt den verschiedenen Verfahren in der Psychotherapie macht evident: Es gibt wirkenden Faktoren/Prozesse und es gibt probate Konzepte, und die gilt es zu erfassen und zu nutzen. Feinanalysen und Konzeptvergleichen von Leitideen und Kernkonzepten kann man erarbeiten. Man kann feststellen, wo es Übereinstimmungen, wo es gemeinsame Gewichtungen gibt und wo Ideen und Praxen differieren, ja Unverträglichkeiten provozieren. Der sorgfältigen klinischen Beobachtung und Dokumentation von PatientInnen-, TherapeutInnen-, Beziehungsvariablen, von Settingsspezifitäten (Klinik, Praxis, Dyade, Gruppe) kommt

hier große Bedeutung zu. Wir haben dazu differenzierte Dokumentationssysteme, die **„Behandlungsjournale“** entwickelt (vgl. <https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/>, Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010; Salahshour et al. 2013), um einen soliden **„body of knowledge“**, fundierte **„klinische Erfahrung/clinical wisdom“** zu entwickeln, die dann durch **empirische Forschung** quantitativ und qualitativ und in kombinierten **„sophisticated designs“** beforscht, evaluiert wird und sich dadurch **„evidenzbasiert“** weiterentwickeln kann (Steffan, Petzold 2001). In solche empirische, evaluierende Forschung wird in Zukunft noch viel investiert werden müssen. Dennoch ist über die Jahrzehnte im klinisch-psychotherapeutischen Feld immer klarer geworden, dass die traditionellen Mainstreams in ihren orthodoxen Formen keine zukunftsfähigen Wege sind, auch wenn sie in Deutschland mit ihren hegemonialen Machtstrukturen ein **„Kartell“** (Richtlinienverfahren) aufgerichtet haben, das sich von der Forschung und Theorienbildung her so nicht seriös begründen läßt. International sieht die Situation anders aus, als die durch die geschickte Machtpolitik der Verbandsfunktionäre hierzulande zementiert wurde. Die Richtlinienverfahren müssen auf jeden Fall integrativer werden und in Richtungen gehen, in die die **„neuen Integrationstherapien“** (Petzold 1992g) und damit die Integrative Therapie seit ihren Anfängen 1965 gegangen ist: **theoriegeleitete Offenheit für Vielfalt**.

„Der berechtigten Sorge über die ‚Methodeninflation‘ in der Psychotherapie und insbesondere der humanistischen Psychologie läßt sich nur begegnen, wenn Gemeinsamkeiten im theoretischen Ansatz und in der praktischen Handhabung gesehen und zusammengefaßt werden. Dies setzt eine Relativierung ‚dogmatischer Positionen‘; bei den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen voraus, damit die oft unter unterschiedlicher Terminologie verborgenen synonymen Inhalte gefunden werden können. Unterschiede in der Technik sind von geringer Bedeutung, wenn Gemeinsamkeiten im Menschenbild, in der therapeutischen Haltung, im Gesundheits-/Krankheitsbegriff und in den Therapiezielen gefunden werden können; und dort wo Divergenzen stehen bleiben, müssen sie sich durchaus nicht destruktiv auswirken, sondern können zu anregender Auseinandersetzung führen“ (Petzold 1975a, 177).

Überdies hat sich heute [2014] für uns, wieder einmal bestätigt, was wir schon vor 50 Jahren erkannt und vertreten hatten, dass man über den Rahmen des „Psycho“ der Psychotherapie hinausgehen und *integrative*, d. h. *differentielle* und *ganzheitliche* Behandlungsansätze entwickeln muss („*approche intégrative, différentielle et holistique*“, Petzold 1965, 18), also eine **„integrative Humantherapie“** (*thérapie humaine*, ebenda S. 2) als Entwicklungstherapie „in der Lebensspanne“ mit personalisierten „Bündeln stimmiger Maßnahmen“.

„Behandlung kann heute [1975] nicht mehr in Psycho- und Somato-therapie polarisiert werden, sondern muss auf den ganzen Menschen, seinen Leib, seinen seelisch-emotionalen Bereich und seine geistigen Strebungen abzielen, sie muß Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie zugleich sein. Dabei darf nicht vergessen werden, daß der Mensch nicht ohne seinen ‚Hintergrund‘, sein sozio-physikalisches Umfeld verstanden werden kann. Da die Therapie pathologischer Zustände auch immer eine Therapie des pathogenen Umfeldes erfordert, können soziotherapeutische Aspekte und politische Fragestellungen nicht ausgeklammert werden. Die herkömmlichen Behandlungsverfahren sind, für sich genommen, für eine derart komplexe Aufgabe, wie sie sich aus der Forderung nach einem integrativen Ansatz ergibt, nicht ausgerüstet. Die Chance liegt in übergreifender Kooperation. (Petzold 1975a, 1f.)

Zusammenfassung: „14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der „Integrativen Therapie“ – A preliminary report

Der vorliegende Artikel greift einen Kerngedanken der Integrativen Therapie von *Petzold, Orth* und *Sieper* auf, der schon vor 50 Jahren entwickelt wurde (*Petzold* 1965), methodenübergreifende, differentielle und ganzheitliche Behandlungswege zu erarbeiten auf der Basis von Methodenvergleichen. In ihnen wurde nach *geinsamen (common)* und *unterschiedlichen (divergent)* Konzepten und Faktoren/Prozessen in den großen Therapieverfahren und in probaten therapeutischen Praxeologien gesucht. Über die Jahre wurden zunächst **14** (ders. 1993p) Faktoren herausgearbeitet. Sie wurden durch weitere Erfahrungen und Forschungen in vorliegender Arbeit um **3** weitere auf jetzt **17** ergänzt. Unsere Überlegungen und Erfahrungen werden in unseren Rahmen eines Integrativen Modells von Psychotherapie (Beratung, Soziotherapie usw.) gestellt, so dass sie auch über unseren spezifischen Ansatz hinausgehend für das Gesamtfeld helfenden und heilenden Handelns Gewinn und Nutzen bringen. Es ist klar, dass an diesem Modell weiter gearbeitet wird, deshalb sprechen wir auch dezidiert von einem “preliminary report”.

Schlüsselworte: 14/17 Therapeutische Wirk- und Heilfaktoren, schulenübergreifende Therapiemodelle, vergleichende Psychotherapie, Entwicklungstherapie in the lifespan, Integrative Therapie /Humantherapie

Summary: “14 plus 3” influencing factors and healing processes in human development: Stress, protective and resilience factors - The 17 effective and healing factors in the processes of “Integrative Therapy” - A preliminary report

The present article takes up a core idea of Integrative Therapy by *Petzold, Orth* and *Sieper*, which was developed 50 years ago (*Petzold* 1965), to elaborate cross-method differential and holistic treatment approaches on the basis of method comparisons. They looked for common (*common*) and different (*divergent*) concepts and factors / processes in the major therapeutic approaches and in proven therapeutic praxeologies. Over the years, initially **14** (idem 1993p) factors were worked out. Through further experience and research in this work, they were supplemented by **3** more to **17** now. Our considerations and experiences are placed within our framework of an integrative model of psychotherapy (counseling, sociotherapy, etc.), so that they also bring benefits and are of use beyond our specific approach for the overall field of helping and healing action. It is clear that our work will continue on this model, which is why we speak of a “preliminary report”.

Keywords: 14/17 Therapeutic effective and healing factors, cross-school therapy models, comparative psychotherapy, developmental therapy in the lifespan, integrative therapy / humane therapy

Literaturauswahl, weitere Literatur bei den Verfassern und in **POLYLOGE** <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/>

- Asay, T.P., Lambert, M.(1999): The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In: Hubble, M.A., Duncan, B.A., Miller, S.D. (1999): The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy? Washington, DC: American Psychological Association.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E (2008): "The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy". In: Brown, S. D., Lent, R. W. (Hrsg.): Handbook of counseling psychology, 4. Aufl.. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. S. 249–262.
- Lambert, M. J. (1992): "Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists". In: Norcross, John C; Goldfried, Marvin R (eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books. S. 94–129.
- Laska, K. M; Gurman, A. S., Wampold, B. E (2014): "Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 4, 467–481.
- Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-education-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtisch. (1972i): <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.
- Petzold, H.G.(1974j): Psychotherapie und Körperdynamik, 2. Aufl. 1977; 7. Aufl. 1994. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.(1975l): Editorial: Integrative Therapie, *Integrative Therapie* 4 (1975) 177. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-1975k-1975l-editorials-zur-gruendung-und-nach-abschluss-des-ersten.html>
- Petzold, H.G. (1988n/1996a/2020): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a. Als e-book (2020): <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie/>
- Petzold, H.G. (1993p/2003a/2012h): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. In: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>
- Petzold, H.G. (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm): POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 11/2002, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2002-petzold-h-g-2002a-integrative-therapie-in-kontext-und-kontinuum-beginn-einer.html>; als „Einführung“ in: Petzold 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-85.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H. G., Petzold-Heinz, I., Sieper, J. (1972/2019): Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis. Projektkonzept. Büttgen: Volkshochschule Büttgen. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene->

[texte/05-2019-petzold-h-g-petzold-heinz-i-sieper-j-1972-naturverbundenheit-schaffen-gruen.html](#)

Sieper, J. (2000): Ein neuer „POLYLOG“ und eine „Dritte Welle“ im „heraklitischen Fluß“ der INTEGRATIVEN THERAPIE - Transgressionen III. Polyloge 03/2000. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2000-sieper-j-ein-neuer-polylog-und-eine-dritte-welle-im-heraklitischen-fluss.html>

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. Integrative Therapie, 3-4, 393-467 und erg. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 64 – 151. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sieper-orth-schuch-hrsg-2007-neue-wege-integrativer-therapie-klinische-wissenschaft-humantherapie-kulturarbeit-e-book-gesamt-pdf.pdf>. - In: POLYLOGE 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html>

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007/2019) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. 2019 als e-book: <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sieper-orth-schuch-hrsg-2007-neue-wege-integrativer-therapie-klinische-wissenschaft-humantherapie-kulturarbeit-e-book-gesamt-pdf.pdf>