

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

(Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper** † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 24/2021

Die 14 Heilfaktoren der *Integrativen Therapie* und ihre
Bedeutung im Urteil der Therapeuten *

Liesel Brumund, Michael Märtens (1998/2021)

* 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>.

Erschienen in: *Gestalt und Integration* 2 (1998) 448-466.

Zusammenfassung: Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten (1998/2021)

Ausgehend von einer Diskussion der kulturellen Unterschiede wie Heilungsprozesse gesehen werden, erfolgt eine Diskussion unterschiedlicher Konzepte von Heilfaktoren. Das 14 Heilfaktorenkonzept von *Petzold* wird empirisch anhand von Daten einer Stichprobe von 83 *integrativ* ausgebildeten Therapeuten untersucht. Die Bewertungen, wie wichtig jeder Faktor gesehen wird, werden unter unterschiedlichen Aspekten interpretiert. Spezielle Präferenzen, wie die Faktoren in eine Rangreihe gebracht wurden, werden zu Unterschieden in der therapeutischen Orientierung, der Ausbildung und personenspezifischen Merkmalen in Beziehung gesetzt.

[Die Arbeit von 1998 wird hier neu eingestellt, sie gibt einen wichtigen „ersten Eindruck“. Die 14 Faktoren wurden 1993 publiziert, sind seit 1994 in der Lehre präsent, viele der Befragten hatten sie seinerzeit noch nicht in der Weiterbildung. Heute sind sie Teil jedes Behandlungsjournals und damit ganz anders in der Praxis verankert. Das ist zu hoffen. Die Untersuchung ist wichtig, weil sie zeigt, wie stark berufliche Profile und persönliche Gewichtungen zu Buche schlagen, aber auch die Erfordernisse des Settings und der Patientengruppen. Jeder Patient mit seiner jeweiligen Lebenssituation kann andere Bündel von Faktoren bzw. Prozessen erforderlich machen. Eine strikte Hierarchisierung ist daher nie das Ziel gewesen, sondern differentielle Wichtigkeiten die sich aus prozessualen Synergieeffekten und aus Passungseffekten ergeben. Note of the editors 2021]

Schlüsselwörter: Heilungsprozesse, *Integrative Therapie*, 14 Heilfaktoren, empirische Untersuchung, therapeutische Orientierung

Summary: The 14 healing factors of integrative therapy and their significance in the therapists' judgement (1998/2021)

Starting from a discussion on cultural differences how healing processes are viewed different concepts of healing factor approaches are discussed. The 14 healing factor-concept from *Petzold* is examined through empirically data gathered from a sample of integrative trained therapists (N = 83). The valuation how important each factor is are interpreted under various aspects. Special preferences how the factors are ranked are found in relation to differences in therapeutic orientations, training and personal characteristics.

[The 1998 work is republished here, it gives an important "first impression". The 14 factors were published in 1993, have been present in teaching since 1994, many of the interviewees did not have them in their training at that time. Today, they are part of every treatment journal and are thus anchored in practice in a completely different way. That is to be hoped. The study is important because it shows how strongly professional profiles and personal weightings have an impact, but also the requirements of the setting and the patient groups. Each patient with his or her particular life situation may require different bundles of factors or processes. A strict hierarchisation has therefore never been the goal, but rather differential importance resulting from process-related synergy effects and from fitting effects. Note of the editors 2021]

Keywords: Healing processes, *integrative therapy*, 14 healing factors, empirical study, therapeutic orientation

IV. Forschung und Ausbildung

Die 14 Heilfaktoren in der „Integrativen Therapie“ und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten

Liesel Brumünd, Berlin; Michael Märtens, Düsseldorf/Dresden

Was unter „Heil“ und „Gesundheit“ verstanden wird, ist kultur- und zeitabhängig. Nach Meinung asiatischer Beobachter wird der Wert und Erfolg westlicher Psychotherapien am Ergebnis und daran, wieviel der Klient gearbeitet hat, gemessen. Eine bereichernde Begegnung zwischen Menschen reicht nach westlichen Maßstäben nicht aus. Einfach unter einem Baum in Ruhe zu sitzen und den Frühling zu genießen, gelte im Westen als moralisch schlecht (Frank 1992, 32), während Buddha, unter einem Bodhi-Baum sitzend, seine Erleuchtung fand. Die Vorstellungen über heilende und gesundheitsfördernde Vorgänge sind genauso vielfältig und kulturabhängig wie letztendlich schon die Vorstellungen vom Zustand der Gesundheit, der erreicht werden soll. Das Adjektiv „heil“ stammt aus dem Alt- und Mittelhochdeutschen und bedeutet „gesund, unversehrt, gerettet“. Im Englischen „whole“ sowie im Schwedischen „hel“ und in norddeutscher Umgangssprache verbirgt sich außerdem die Bedeutung „ganz“. Entsprechend ist das „Heil“ mit „Glück und Gesundheit“ zu übersetzen. „Glück“ ist vom Zufall oder vom Schicksal abhängig und ähnelt dem Begriff „Gelingen“ (*Duden-Herkunftsörterbuch* 1963), während „Faktoren“ - aus dem Lateinischen übersetzt - „Macher“ sind (*Fremdwörterduden* 1990). Der Begriff Heilfaktoren („healing factors“) wird in der Literatur oft mit „Wirkfaktoren“ synonym verwendet (vgl. Petzold 1993, 314). Während ersterer eher einer religiösen Sehnsucht Ausdruck verleiht, kommt letzterer Begriff einem naturwissenschaftlichen Verständnis entgegen und wirkt neutraler.

Für Heilungsprozesse spielte die Einsicht schon in der Antike eine Rolle. Ein wichtiges Heiligtum war die Orakelstätte *Delfhi*, wo *Apollons* Priesterin *Pythia* den Pilgern auf ihre Fragen allerdings meist zweideutig antwortete. Die *Interpretation* blieb ihnen selbst überlassen. „Erkenne Dich selbst“ sind berühmt gewordene Worte, die über dem Eingang zum Heiligtum geschrieben standen (*Spiegel der Zeiten* 1975) und den Weg der Erlösung und Heilung wiesen, wie er sich in ähnlicher Form auch in der psychoanalytischen Kur wiederfindet. Heilfaktoren wurden aber auch in physikalischen und chemischen Bereichen gesucht. Die Erforscher des Mesmerismus zum Beispiel fanden zwar kein neues Fluidum, sondern führten die Wirkungen wieder auf „Einbildung“ zurück, hatten ursprünglich aber andere Hoffnungen gehabt. Frank (1992, orig. 1961) beschreibt den Mesmerismus als eine Vorform der Hypnose; denn auch *Mesmer*, wie später *Freud* und *Breuer*, hat seine Patienten in einen Trancezustand versetzt. *Freud* sah in vergangenen, unverarbeiteten Konflikten die Ursachen für das Leiden der PatientInnen. Dann versuchte er diese Konflikte zu finden und im Therapieprozeß zu lösen. Als für eine psychoanalytische Behandlung spezifische Wirkfaktoren werden die Auseinandersetzung mit Übertragungs- und Gegenübertragungssphänomenen genannt, die Analyse des Widerstandes des Analysanden gegen den Analytiker und gegen die Behandlung sowie die Deutungstechniken des Analytikers (Huf 1992, 47).

Lerntheoretische bzw. verhaltenstherapeutische Ansätze werden zu therapeutischen Zwecken bei Menschen erst seit ca. 1950 gezielt und systematisch eingesetzt (Kriz 1985). Dabei sind neben

Lernprozessen vor allem Bewältigungserfahrungen in den Verhaltenstherapien von zentraler Bedeutung. Therapieerfolg läßt sich am Gewinn von Einsicht in die eigene Problematik, an der Modifikation von Lebensstil und Selbstwahrnehmung und am Zuwachs an Zutrauen in die eigene Kompetenz ablesen (Lohmann 1980, zitiert nach Huf 1992). Langfristig sollten Freiheit, Einsicht und Autonomie gewachsen sein, was sowohl mit den Zielen der Psychoanalyse (Lohmann, zitiert nach Huf 1992), aber auch mit denen der humanistischen Verfahren (Huf 1992, 83) übereinstimmt. Für Verres (1990, 139 ff) ist die explizite Zukunftsbezogenheit der wichtigste Wirkfaktor in den Verhaltenstherapien. Mehr als in anderen Therapien (aber ähnlich wie in systemischen Ansätzen) wird die Umwelt in die Betrachtung des Verhaltens und in die Therapie mit einbezogen. Motive, Ziele und Erwartungen des Patienten werden in der Therapie geklärt und genutzt. Der Patient soll aktiv und konstruktiv lernen, sein Leben zu gestalten. Hierdurch soll der Klient „Selbstwirksamkeit“ erleben, und sein Vertrauen in sich selbst sollte dadurch wachsen.

Humanistische Ansätze hingegen legen besonderen Wert auf die „Heilung durch Begegnungen“ mit dem sich authentisch zeigenden Therapeuten, der es dem Klienten ermöglicht, seinen eigenen Lebensstil zu finden und zu verwirklichen. Für die Grundhaltung eines Gesprächstherapeuten wurden von Carl Rogers drei Basisvariablen formuliert: positive Wertschätzung und emotionale Wärme, Echtheit und einführendes Verstehen, die immer noch allgemein als zentral angesehen werden (Kriz 1994; Schwab 1984, zitiert nach Huf 1992, 63). Diese Basisvariablen gelten als notwendige und hinreichende Voraussetzung für einen produktiven Therapieprozeß sowie für den Erfolg. Sie korrelieren hoch miteinander. Forschungsergebnisse von Baumann zeigen jedoch, daß diese Basisvariablen nicht ausreichen, um den Therapieerfolg zu bewirken, sondern neben ihnen sind noch andere Therapeutenmerkmale für den therapeutischen Prozeß bedeutsam; nämlich: Konfrontation, Selbsteinbringung, Unmittelbarkeit, Tiefe der Interpretation, Spezifität und Konkretheit, sprachliche Aktivität des Therapeuten, aktives Bemühen, innere Anteilnahme, Experiencing usw. Hinsichtlich der drei Basisvariablen wird ihnen eine *moderierende Wirkung* zugeschrieben. In der Gestalttherapie stehen die kreative Konfliktlösung, im Psychodrama die Erweiterung des möglichen Rollenrepertoires und in der Gesprächstherapie wiederum die Selbstaktualisierung und -annahme im Mittelpunkt (Kriz 1994; Frank 1992).

Bereits 1961 erschien „Persuasion and Healing“ von Frank, der von einer Vielzahl der Methoden auf dem amerikanischen Markt schrieb. In allen therapeutischen Methoden ginge es darum, „durch Akte des Überzeugens“ den Leidenden zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewegen, die die Besserung seines Zustandes erwarten lassen. Frank suchte nach Gemeinsamkeiten in den Heilkünsten primitiver Gesellschaften, bei Wunderheilern, religiösen Erweckungsbewegungen, kommunistischen Gedankenreformen, beschrieb den Placeboeffekt in ärztlicher Praxis und führte experimentelle Untersuchungen an, die das Gebiet der zwischenmenschlichen Einflußnahme erhellen. Er führte als Beweis für die Wirksamkeit von Psychotherapie auch paradoxerweise an, daß Psychotherapie auch Schaden anrichten kann (Frank 1992, 44). Der Autor unternahm den Versuch, Faktoren zu finden und zu benennen, die in allen Psychotherapieformen wirken (idem, 12), also *allgemeine Heilfaktoren* darstellen. Frank sieht die Wirksamkeit von Psychotherapie zum großen Teil in gemeinsamen Merkmalen aller Schulen. Die Hilfe durch Psychotherapie bestünde nicht nur in der Befreiung von Symptomen und gestörtem Verhalten, sondern besonders in der Wiederherstellung des Selbstbewußtseins des Patienten und seiner Fähigkeiten, seine Probleme erfolgreicher zu lösen. Daß Therapiemethoden und die Vorstellungen von Wirkmechanismen von den Gründerpersönlichkeiten abhängen, beschreibt Petzold (1980), in dem er den großen Schulengründern entsprechend bestimmter Persönlichkeitsmerkmale ihre Kreationen zuordnet. Freud hätte das Konzept der therapeutischen Absti-

nenz aufgrund seiner Kontaktphobie entwickelt, *Jung* bewältigte die Vielfalt der Einflüsse mit Hilfe seines inneren Gurus, und *Perls* (1980) hätte sich des direkten Kontaktes nicht enthalten wollen und wäre deshalb auf die Suche nach anderen Lehrmeistern gegangen! *Petzold* beschreibt seinen integrativen Ansatz als seine Art, mit der Vielfalt seiner Eindrücke zurechtzukommen. Er schreibt davon, wie die berühmt gewordenen Schulengründer ihre eigene Persönlichkeit in ihrer Arbeit zum Ausdruck brachten. Das Geniale an ihnen sei, daß sie den Nerv vieler ihrer Zeit trafen, die ihnen dann folgten und sich so Schulen gründen konnten, (*Petzold* 1980, 9). Therapeuten sind jeweils durch ihre eigene Ausbildung geprägt. *Frank* (1992, 239 ff) beschreibt sehr eindrucksvoll am Beispiel der Psychoanalyseausbildung, daß ein Ausbildungskandidat der Psychoanalyse gut daran tut, möglichst wenig Widerstände gegen seinen Lehranalytiker aufzubringen, denn der entscheidet, wann er als Mitglied in die Gemeinschaft der Psychoanalytiker aufgenommen werden kann. Nach *Frank* (1992, 294) nähern sich die Werthaltungen des Klienten im Laufe der Therapie immer mehr denen des Therapeuten an. Parallel zur Differenzierung der Methoden innerhalb der Schulen (*Kriz* 1985) und der Gründung neuer Schulen entstanden verschiedene Ansätze zur Integration.

Am Anfang der „Integrativen Therapie“ hat es eher eine Kombination der verschiedenen Methoden aus Gestalttherapie, der aktiven Psychoanalyse nach *Ferenczi*, dem Psychodrama, der Leibtherapie und behavioralen Methoden gegeben, deren einzelne Heilfaktoren nun zu einem Verfahren verbunden sind. In Anlehnung an das bekannte gestaltpsychologische Motto formuliert *Petzold*, die Gesamtheit der Perspektiven und Wirkungen sei etwas anderes als die Summe der Einzelwirkungen (*Petzold* 1988, 173f). Die Frage nach den therapeutischen Wirkfaktoren in den verschiedenen Bereichen der „Integrativen Therapie“ sollten PatientInnen, LehranalytandInnen, Gruppenmitglieder und TherapeutInnen beantworten. Hieraus ergaben sich vier Komplexe von Wirkfaktoren., die *Petzold* als „vier Wege der Heilung und Förderung“ beschrieb (*Petzold* 1996, 173ff.). Ende der 60er Jahre hatte *Petzold* (1969b) schon einmal solch eine Konzeption ausgearbeitet. Die neuere Version ist pragmatischer gestaltet, schließt neuere Erfahrungen der PraktikerInnen der Integrativen Therapie ein und will diese wiederum in ihrer Behandlungspraxis unterstützen (*Petzold* 1993, 314). Sie orientiert sich einerseits an den vier pathogenen Stimulierungskonstellationen, und zwar 1. an den Traumata, 2. den Defiziten, 3. den Störungen und 4. an den Konflikten, und richtet sich andererseits an einer „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ mit „protektiven Faktoren“, Risikofaktoren und Möglichkeitsräumen aus (*Petzold, Sieper* 1993) aus. Auf diesem Hintergrund wurden vier Wege der Heilung und Förderung als basale Prozeßstrategien herausgearbeitet (idem 1996, 173 ff.), die sich in praxi immer wieder auch vernetzen und in denen in „hoher nicht-linearer Konnektierung“ (idem 1994b) Faktoren und Faktorenkomplexe zum Tragen kommen, die als solche und in Synergien eine heilsame und förderliche Wirkung entfalten können. Vierzehn solcher Faktoren werden besonders herausgestellt.

Die „vier Wege der Heilung und Förderung“ in der Integrativen Therapie

Erster Weg: Einsicht

Zweiter Weg: Nachsozialisation

Dritter Weg: Erlebnisaktivierung zur Persönlichkeitsentfaltung

Vierter Weg: Heilung durch Solidaritätserfahrungen

Feiner differenziert beinhalten diese vier Wege als Prozeßstrategien die folgenden 14 Faktoren (siehe auch *Petzold* 1993, 314), die in unterschiedlichen Gewichtungen und Kombinationen prozeß-, kontext- und patienten-/klientenzentriert zum Tragen kommen können:

Die 14 Heilfaktoren in der Integrativen Therapie

1. einführendes Verstehen (EV);
2. emotionale Annahme und Stütze (ES);
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH);
4. Förderung emotionalen Ausdrucks (EA);
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE);
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK);
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB);
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM);
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG);
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ);
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW);
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI);
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN);
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE);

Der „Therapeuten-Fragebogen“ zur Erfassung der Heilfaktorenpräferenz

Auf dem Fragebogen waren die 14 Heilfaktoren in drei Fragebogenversionen dargeboten. Entweder entsprach die Reihenfolge der Darbietung der Abfolge in der Literatur, oder sie war entweder in umgekehrter oder in zufälliger Reihenfolge aufgeführt. Durch diese Variation sollte vermieden werden, daß Heilfaktoren, die auf dem Fragebogen eine vordere Position hatten, durch diese Position auch einen hohen Rangplatz von den Probanden zugewiesen bekommen. Ebenso sollten Faktoren mit einer Position in der Mitte oder weiter unten auf dem Fragebogen nicht automatisch einen mittleren oder unteren Rangplatz bekommen. Auch die Reihenfolge der Faktoren wurde variiert, damit nicht durch ihre Abfolge die Antworten der Befragten beeinflusst werden. Diese Positions- und Sequenzeffekte sollten durch die unterschiedliche Anordnung der Heilfaktoren auf den drei Fragebogenversionen ausgeglichen werden. Die befragten Therapeuten wurden gebeten, zunächst die drei Heilfaktoren aus den dargebotenen herauszusuchen, die ihnen in ihrer therapeutischen Arbeit am wichtigsten erscheinen. Sie sollten diese in eine Rangreihe bringen. Als zweites sollten sie die drei unwichtigsten Faktoren heraussuchen und zuletzt die übrigen acht Heilfaktoren im Mittelfeld in eine Rangreihe bringen. Erhoben wurden auch das Alter der TherapeutInnen, die therapeutische Ausbildungsrichtung (mit Angabe der Dauer in Jahren) und Auskünfte zu ihrer therapeutischen Praxis. Wenn nach der Bedeutung der Faktoren in ihrer Arbeit gefragt wird, könnte man erwarten, daß Ausgebildete in spezifischen Verfahren auch deren spezifische Wirkfaktoren eher in den Vordergrund stellen. Hiernach war zum Beispiel zu vermuten, daß psychoanalytisch ausgebildete TherapeutInnen die „Förderung von Einsicht und Evidenzerfahrung (EE)“ und die „Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI)“ hoch einschätzen. VerhaltenstherapeutInnen dürften der „Förderung von Lernprozessen und von Lernmöglichkeiten“ (LM) und der „Lebenshilfe“ (LH) besondere Bedeutung beimessen. Von GesprächstherapeutInnen könnte man erwarten, daß sie die „emotionale Annahme und Stütze“ (ES) und das „einführende Verstehen“ (EV) hoch einschätzen, von GestalttherapeutInnen, daß sie der Erlebnisaktivierung einen hohen Rangplatz geben. Systemische und FamilientherapeutInnen dürften die „sozialen Netzwerke (TN)“, KörpertherapeutInnen die „Leibbewußtheit (LB)“, und KreativtherapeutInnen die „Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)“ in ihrer Arbeit in den Vordergrund stellen. Diesen Fragen soll nachgegangen werden.

Durchführung und Stichprobe

Die Studie zur Erfassung der Heilfaktoren-Präferenz wurde zusammen mit einer Untersuchung zur „Tätigkeit Integrativer TherapeutInnen“ im Frühjahr 1995 vom „Fritz Perls Institut“ (FPI) bzw. von der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ durchgeführt. Zunächst erhielten die Mitglieder der „Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (DGIK e.V.) jeweils einen Fragebogen zu ihrer therapeutischen Tätigkeit je eine von den drei Heilfaktoren-Fragebogenversionen. Außerdem wurden über die GruppenleiterInnen von Ausbildungsgruppen des „Fritz Perls Instituts“ Fragebögen an die AusbildungskandidatInnen weitergegeben. Insgesamt wurden über 600 Fragebögen versandt. 83 Heilfaktorenfragebögen (12,9%) sind ausgefüllt zurückgesandt worden. Das Durchschnittsalter der Antwortenden betrug 43,33 Jahre. 57% waren Frauen und 43% Männer.

Beruf

Da nicht bei allen Befragten Informationen zum Beruf vorlagen, können nur Aussagen über 52 von 83 Befragten gemacht werden. Hatte eine Person mehr als einen Beruf angegeben, wurde sie der Berufsgruppe mit der höheren gesellschaftlichen Anerkennung zugeordnet.

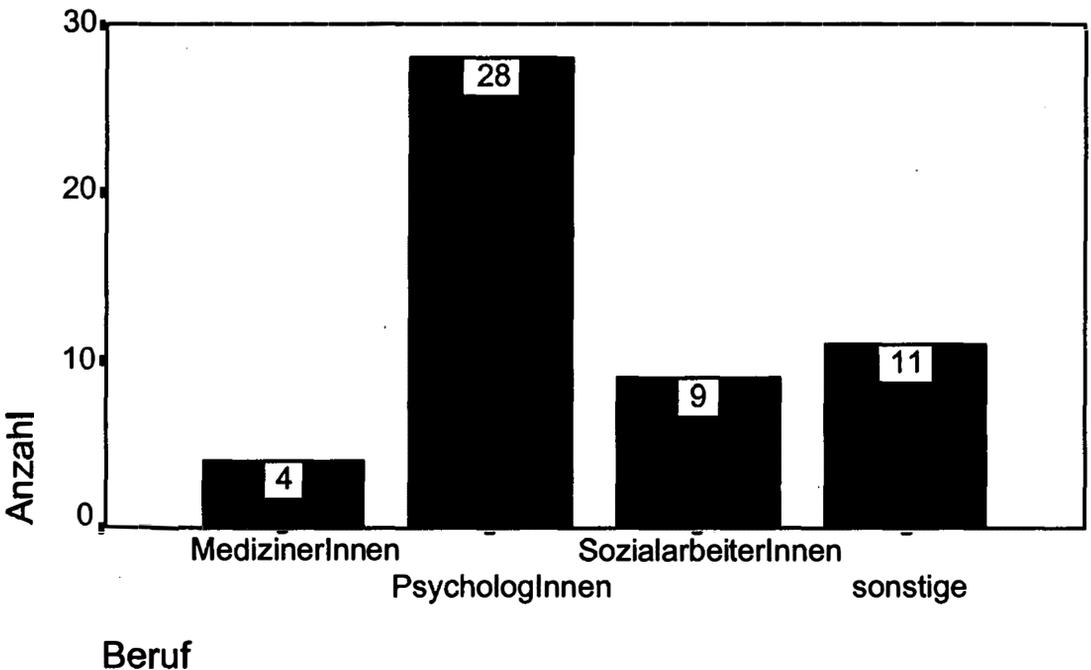


Abb. 1: Verteilung der Berufe

Die 83 Personen nannten 163 therapeutische Richtungen, in denen sie ausgebildet wurden. 61 Befragte gaben „Integrative Therapie“ (im Durchschnitt 7,8 Jahre) als Ausbildungsrichtung an und 8 „Gestalttherapie“ (im Schnitt 7 Jahre), 18 „Gesprächstherapie“ (4,9 J.), 12 „Verhaltenstherapie“ (7,42 J.), 11 „Familientherapie“ (4 J.) und 4 „Psychoanalyse“ oder „tiefenpsychologische Psychotherapie“

(5,63 J.); 3 TherapeutInnen waren in Biodynamischer Therapie oder Bioenergetik (im Schnitt 12,66 J.) ausgebildet, 4 in „Physio- oder Körpertherapie“ (4,5 J.), je 2 TherapeutInnen in „Systemischer“ (11 J.), „Transaktionsanalyse“ (11 J.), in „Themenzentrierter Interaktion“ (10,5 J.) oder im „Psychodrama“ (9 J.). Und je 1 Befragte/r war in „Hypnotherapie“ (6 J.), „NLP“ (6 J.), „Spieltherapie“ (5 J.), „HPG“ (4 J.), „Initiativer“ (4 J.), „Shiatsu“ (3 J.), „Eutonie/Feldenkrais“ (1 J.), oder „Atemtherapie“ (1,5 J.) ausgebildet. Außerdem wurden *Ausbildungszweige des Fritz Perls Institutes* genannt: 12 TherapeutInnen waren in „Soziotherapie“ (durchschnittlich 6,16 J.), 10 in „Bewegungs- und Tanztherapie“ (4,6 J.), 4 in „Musiktherapie“ (4,25 J.), 4 in „Kinder- und Jugendtherapie“ (4,5 J.) und 2 in Ausbildung zur „Ehe- und Paarberatung“ (3,13 J.) gewesen.

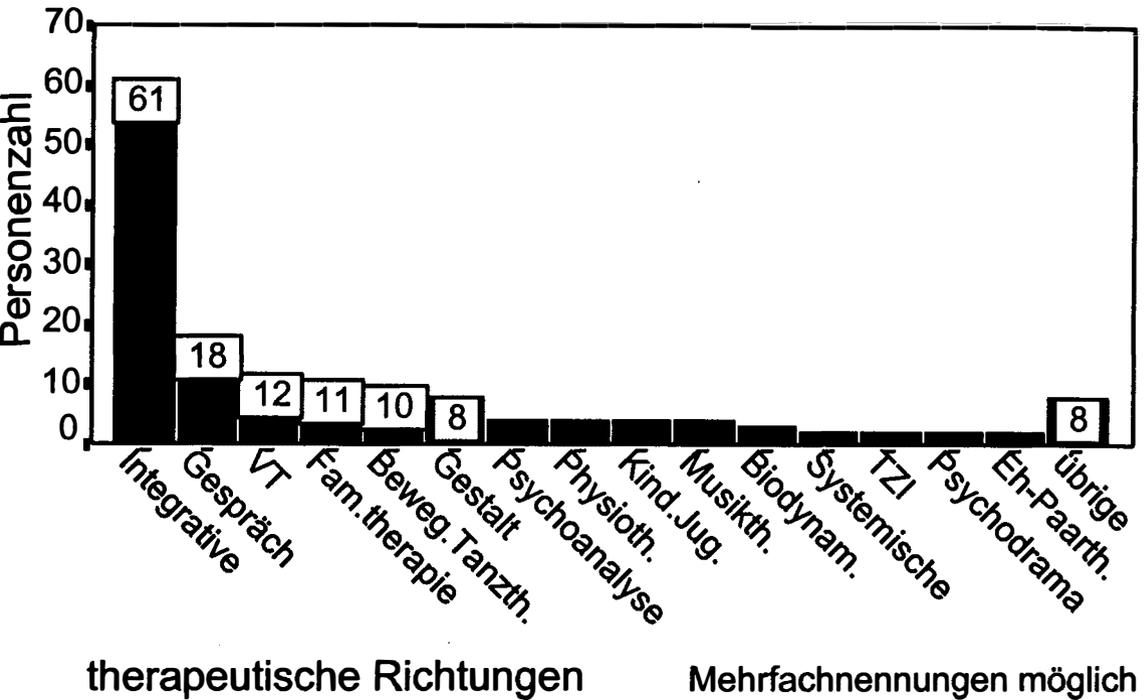


Abb. 2: Verteilung der therapeutischen Orientierungen

Ergebnisse zu den Heilfaktorenpräferenzen - der Einfluß der Fragebogenversion auf die Antworten

Die Fragebögen waren in 3 Versionen herausgegeben worden, die sich ausschließlich in der Reihenfolge der dargebotenen Heilfaktoren unterschieden (s.o.). Es zeigte sich erwartungsgemäß, daß im Fragebogen zuerst genannte Faktoren eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, auch als wichtiger eingeschätzt zu werden. Dies war bei 8 Faktoren der Fall. Bei 3 Heilfaktoren war die Tendenz gegenläufig; und bei nur 2 Heilfaktoren gab es keinen Zusammenhang. Von jeder Fragebogenversion sind etwa gleich viele zurückgehalten worden (26 von H1, 25 von H2 und 30 von H3), so daß sich die Positionseffekte durch die Variationen in den drei Fragebogenversionen aufgehoben haben. Die Gesamtauswertung über alle zurückgesandten Therapeutenbögen, ohne zunächst die drei unterschiedlichen Darbietungsformen (HF 1, HF 2, HF 3) zu berücksichtigen, ergab folgende Rangreihe der 14 „Healing Factors“:

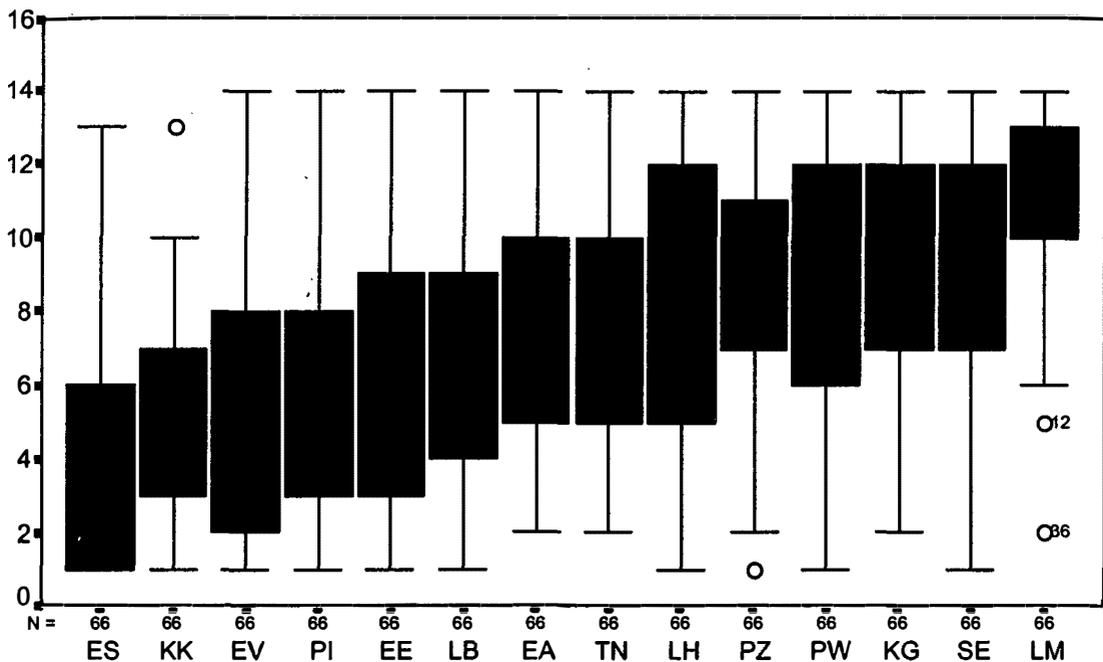


Abb. 3: Rangreihe der 14 Heilfaktoren

a) Die drei wichtigsten Heilfaktoren

1. „Emotionale Annahme und Stütze (ES)” (Mittelwert der für diesen Heilfaktor vergebenen Rangplätze = 3,95; Standardabweichung = 3,38)
2. „Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)” (Mittelwert (M) = 5,20; Standardabweichung (S) = 3,07)
3. „Einfühlerndes Verstehen (EV)” (M = 5,47 mit relativ großer Standardabweichung = 4,23). Es wurde also sehr unterschiedlich bewertet.

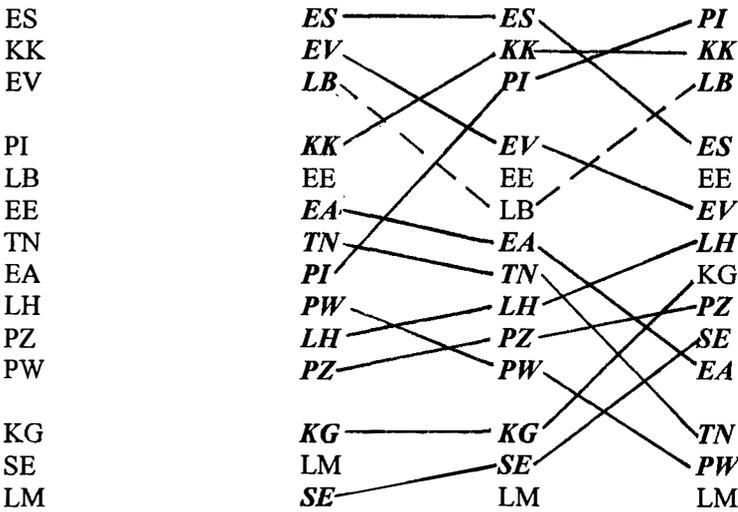
b) Die drei unwichtigsten Heilfaktoren

14. „Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)” (M = 11,04; S = 2,89)
13. „Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)” (M = 9,69; S = 3,38)
12. „Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)” (M = 9,39; S = 3,33)

Alter

Die TherapeutInnen, die einen Heilfaktorenfragebogen und darauf die Frage nach dem Alter ausgefüllt hatten, wurden in drei Gruppen eingeteilt. 20 TherapeutInnen waren unter 40, 44 zwischen 40 und 50 Jahre; und 12 TherapeutInnen waren über 50 Jahre alt.

über alle bis 39 J. 40-49 J. ab 50 Jahre



EV = Einführendes Verstehen

ES = Emotionale Annahme und Stütze

LH = Lebenshilfe

EA = Emotionaler Ausdruck

EE = Einsicht, Evidenzerleben

KK= Kommunikative Kompetenz

LB = Leibbewußtheit

LM = Lernmöglichkeiten

KG = kreative Gestaltungskräfte

PZ = positive Zukunftsperspektiven

PW = persönlicher Wertebezug

PI = prägnantes Identitätserleben

TN = tragfähige Netzwerke

SE = Solidaritätserfahrungen

Abb. 4: Faktorenpräferenzen nach Altergruppen

„**Emotionale Annahme und Stütze**“ wurde von den TherapeutInnen, die geringer als 50 Jahre alt waren, als wichtigster Heilfaktor genannt. Die Gruppe der mindestens 50jährigen gab dem Faktor den 4. Rangplatz. Auch die Faktoren „**einführendes Verstehen**“ (2., 4. und 6. Rangplatz), „**emotionaler Ausdruck**“ (6., 7. und 11. Rangplatz) „**tragfähige Netzwerke**“ (7., 8. und 12. Rangplatz) und „**Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs**“ (9.,11.,13. Rangplatz) wurden von der Gruppe der jüngeren Befragten höher bewertet.

Berufsbezogene Auswertung

Die Medizinerinnen: Sie unterscheiden sich in ihren Wahlen sehr von denen der Gesamtgruppe. Nur zwei Faktoren bekamen den *gleichen Rangplatz* wie von allen Befragten zusammen, nämlich „**kommunikative Kompetenz und Beziehungsfähigkeit**“ (2. RP) und „**Lebenshilfe**“ (9. RP). Am meisten Wert legten die MedizinerInnen auf das „**prägnante Identitätserleben (PI)**“ (1.RP), und am drittichtigsten war ihnen der Faktor „**Leibbewußtheit (LB)**“ (3. RP). „**emotionale Annahme und Stütze (ES)**“ und „**einführendes Verstehen (EV)**“ wurde von ihnen an 4. und 5. Stelle genannt und nicht wie von der Gesamtgruppe unter den ersten drei wichtigsten Faktoren. Den „**positiven, persönlichen Wertebezug (PW)**“ (6. RP) und die „**positiven Zukunftsperspektiven (PZ)**“

(7. RP) ordneten sie um 5 bzw. 3 Rangplätze höher ein als die Gesamtgruppe. Die „**Förderung kreativer Gestaltungskräfte**(10. RP)“ wurde von den MedizinerInnen um 2 Plätze und die „**Lernmöglichkeiten**“ (11. RP) um 3 Plätze wichtiger genommen als von der Gesamtgruppe. Dafür war ihnen aber die „**Einsicht und Evidenzerfahrung (EE)**“(8. RP) um 3 Plätze und der „**emotionale Ausdruck (EA)**“(13.RP) um 6 Plätze unwichtiger als der Gesamtgruppe. Als unwichtigste Faktoren haben sie nach den „**Solidaritätserfahrungen (SE)**“ (14.RP), den „**emotionalen Ausdruck (EA)**“ (13.RP) und „**tragfähigen, sozialen Netzwerke (TN)**“ (12. RP) herausgesucht. Der Faktor „**Solidaritätserfahrungen**“ (14. RP) wurde von ihnen als am unwichtigsten befunden. In dieser Entscheidung war sich diese Berufsgruppe so einig, wie bei keinem anderen Faktor und wie keine andere Berufsgruppe bei einem Faktor; sie hatte eine Standardabweichung von 1,83, obwohl eine Gruppe geringen Stichprobenumfanges tendenziell zu größeren Standardabweichungen neigt.

PsychologInnen: Sie stellen den größten Anteil an der Gesamtgruppe dar. Ihre Rangreihe der Heilfaktoren ist der über alle Berufsgruppen nahezu identisch. 7 Faktoren haben den gleichen Rangplatz, 6 sind um einen von der allgemeinen Rangreihe verschieden. Das „**Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)**“ wurde von den PsychologInnen (und auch von den „sonstigen“) auf den 11. und nicht wie von den MedizinerInnen auf den 14. oder wie von den SozialarbeiterInnen auf den 13. Rangplatz gestellt. Bei dem Faktor „**Lernmöglichkeiten (LM)**“ (14. RP) fand sich die geringste Standardabweichung, also eine Übereinstimmung in der Ablehnung des Faktors.

SozialarbeiterInnen: Die Faktoren „**kommunikative Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK)**“ (1.RP) und das „**prägnante Identitätserleben (PI)**“ (2.RP) waren für sie die wichtigsten. Hierin stimmten sie mit den MedizinerInnen überein, nur daß die diese Faktoren umgekehrt anordneten. Die „**Einsicht und Evidenzerfahrung**“ bekam von den SozialarbeiterInnen den 3. Rangplatz, womit sie diesem Faktor um 2 Plätze mehr Gewicht gaben, als es die Gesamtgruppe entschied. Die „**Förderung kreativer Gestaltungskräfte (KG)**“ (7. RP) wurde von ihnen um 5 Plätze höher als von der Gesamtgruppe eingeschätzt.

Kinder- und Jugendlichentherapeuten: Bei den 4 *Integrativen Kinder- und JugendtherapeutInnen* fand verglichen mit obigen ErwachsenentherapeutInnen eine recht *hohe Bewertung* der Faktoren „**kommunikative Kompetenz**“(1. RP), „**Leibbewußtheit**“(5. RP), „**kreative Gestaltungskräfte**“ (8.RP) (um 4-5 Plätze höher als bei den obigen TherapeutInnen), „**positive Zukunftsperspektiven**“ (9. RP) und „**Solidaritätserfahrungen**“ (10. RP) (um 2 bzw. 2-3 Rangplätze) statt. *Weniger wichtig* waren ihnen die Faktoren „**persönlicher Wertebezug**“ (11. RP) um 1 - 4 Plätze, „**tragfähige, soziale Netzwerke**“ (12. RP) um 2-5 und „**Lebenshilfe**“(13. RP) um 4 Plätze.

Tiefenpsychologische Orientierung: Die 4 auch in *tiefenpsychologisch fundierten Therapien* ausgebildeten TherapeutInnen nannten als wichtigsten Faktor das „**prägnante Identitätserleben**“ (Gesamtgruppe 4. Rang). Als dritt wichtigstes - und um zwei Plätze wichtiger als von der Gesamtgruppe eingeschätzt - hatten sie die „**Leibbewußtheit**“ genannt. Der Faktor „**Lernmöglichkeiten**“ bekam von ihnen den 10. und nicht wie von der Gesamtgruppe den 14. Rangplatz.

Ehe-, Paar-, Familien oder systemische TherapeutInnen: *FamilientherapeutInnen* hielten die „**tragfähigen, sozialen Netzwerke**“ für das wichtigste (1. RP; von der Gesamtgruppe an 7. Stelle eingeordnet). Aber die „**kommunikative Kompetenz**“ bekam nur den Platz 4 und wurde um 2 Plätze geringer als von der Gesamtgruppe der Befragten eingestuft. Von den *Ehe- und PaartherapeutInnen* bekamen die „**tragfähigen, sozialen Netzwerke**“, der Faktor „**kommunikative Kompetenz**“ den 8. und 9 Platz.

Der Arbeitskontext

ambulant/stationär: In der *stationären* Praxis rangierte „**Leibbewußtheit**“ auf dem 2. Platz (auf dem 5. bei den ambulant und auf dem 8. Platz bei den in freier Praxis Tätigen). „**Lebenshilfe**“ hat in der stationären Praxis mit dem 7. Platz einen recht hohen Rangplatz (10. und 11. bei den anderen). Ebenso wird den „**kreativen Gestaltungskräften**“ (10. RP) und den „**Solidaritätserfahrungen**“ (11. RP) mehr Wert beigemessen als von den beiden anderen Gruppen. Der „**Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs**“ (13. RP) war den im stationären Setting Tätigen unwichtiger als den nicht-stationär Tätigen, und zwar um 3 - 4 Rangplätze.

Teilt man die Gesamtgruppe nach ihren Therapiewochenstunden in zwei etwa gleichgroße Gruppen, dann erhält man 40 Personen, die weniger als 18 Stunden, und 40, die mehr als 18 Std./Woche insgesamt therapeutisch arbeiten.

Ausbildungszeit bis 10 Jahre	wöchentliche Therapiestundenzahl		
	mind. 10 Jahre	bis 18 Std.	ab 18 Std.
<i>ES</i>	<i>ES</i>	<i>ES</i>	<i>ES</i>
<i>EV</i>	<i>KK</i>	<i>EV</i>	<i>KK</i>
<i>KK</i>	<i>PI</i>	<i>KK</i>	<i>PI</i>
<i>PI</i>	EE	EE	<i>EV</i>
EE	LB	<i>PI</i>	LB
LB	<i>EV</i>	LB	EE
EA	TN	EA	EA
TN	LH	TN	TN
LH	EA	LH	LH
PZ	PZ	PW	PW
PW	PW	PZ	PZ
<i>SE</i>	<i>KG</i>	<i>KG</i>	<i>SE</i>
<i>KG</i>	<i>SE</i>	<i>SE</i>	<i>KG</i>
<i>LM</i>	<i>LM</i>	<i>LM</i>	<i>LM</i>

EV = Einführendes Verstehen
 ES = Emotionale Annahme und Stütze
 LH = Lebenshilfe
 EA = Emotionaler Ausdruck
 EE = Einsicht, Evidenzerleben
 KK = Kommunikative Kompetenz

LB = Leibbewußtheit

LM = Lernmöglichkeiten
 KG = kreative Gestaltungskräfte
 PZ = positive Zukunftsperspektiven
 PW = persönlicher Wertebezug
 PI = prägnantes Identitätserleben
 TN = tragfähige Netzwerke

SE = Solidaritätserfahrungen

Abb. 5: Präferenzen und Ausbildungsdauer

Als unwichtigsten Faktor hatten die Befragten die „**Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen**“ angegeben. Bei diesem Faktor entstand die kleinste Standardabweichung, d.h.

die größte Übereinstimmung in der Bewertung durch fast alle Befragten. In diesem Ergebnis könnte sich die Ablehnung (traditioneller) verhaltenstherapeutischer Techniken seitens der TherapeutInnen zeigen, die die Therapieausbildung am FPI gewählt haben. Oder sie sind durch ihre therapeutische Ausbildung sozialisiert worden, diese Geringschätzung zu entwickeln, die aufgrund positiver Forschungsbefunde zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden eine kritische Reflexion erforderlich macht. Es ist auch möglich, daß dieser Faktor als so generell und in anderen Faktoren eingeschlossen gesehen wird, daß es als unwichtig angesehen wird, ihn spezifisch auszuweisen.

Auf die Frage, ob sich die Befragten einig in ihren Wertungen sind und ob sich ein Faktoren-Modell für „Integrative Therapie“ entwickeln läßt, ist folgendes zu antworten: Wenn sich auch durchaus eine Rangreihe der Heilfaktoren für diese Befragten erstellen läßt, weisen die Standardabweichungen doch auf eine große Unterschiedlichkeit in den Meinungen hin. Die Standardabweichungen nehmen Werte zwischen 0 und 6,54 an. Insgesamt sind die Streuungen bei den meisten Heilfaktoren im mittleren Bereich. Um ein generelles Modell zu erstellen, wie „Integrative Therapie“ funktioniert, wäre mehr Übereinstimmung wünschenswert. Es ist aber mindestens ein relativ klares Meinungsbild darüber entstanden, welchen Faktoren Bedeutung beigemessen wurde und welche von den Befragten entschieden abgelehnt wurden.

Alter

Bei dieser Variable ist zu bemerken, daß ein hohes Alter nicht unbedingt viel therapeutische Erfahrung bedeutet, da der Ausbildungs- und Berufsbeginn nicht mit einem bestimmten Alter zusammenhängen muß. Umgekehrt ist ein höheres Alter Voraussetzung, um über langjährige Berufserfahrung, d. h. auch Erfahrung im Umgang mit Menschen, verfügen zu können. Dennoch haben ältere Personen mehr und andere Lebenserfahrungen als jüngere und gehören einer anderen Generation an, was sich in ihren Wertungen, was in der Therapie wichtig ist, niederschlagen könnte. Die unspezifischen therapeutischen Wirkfaktoren **„emotionale Annahme und Stütze“** und **„einführendes Verstehen“** wurden von den jüngeren TherapeutInnen höher geschätzt als von den älteren. Vermutlich wird im Laufe der therapeutischen Praxistätigkeit diesen Faktoren weniger Beachtung geschenkt, da es möglicherweise automatischer und selbstverständlicher wird, daß TherapeutInnen ihre KlientInnen annehmen, wie sie sind, und mit zunehmender Erfahrung besser verstehen. Weniger selbstverständlich für die jüngeren, werden diese Faktoren eher im Vordergrund genannt und wird ihnen mehr Bedeutung und Aufmerksamkeit beigemessen. Ebenso wurde den Faktoren **„emotionaler Ausdruck“**, den **„tragfähigen Netzwerken“** und dem **„positiven, persönlichen Wertebezug“** von den jüngeren TherapeutInnen mehr Wert beigemessen als von den älteren. Die **„Förderung kreativer Gestaltungskräfte“** wurde von den ältesten um 4 Rangplätze höher eingeschätzt als von den beiden jüngeren Altersgruppen. Dieser für die Integrative Therapie spezifische Faktor zählt wie die Arbeit an den Netzwerken zu den modernen Komponenten in der therapeutischen Arbeit. Er kommt in älteren und etablierteren Therapieschulen, außer im Psychodrama kaum vor. *Tendenziell scheinen ältere TherapeutInnen eher individuumzentriert zu arbeiten, während jüngere die Interaktion und soziale Netzwerke stärker gewichten.*

Berufsausbildung

Die 4 *Medizinerinnen* unterschieden sich sehr von den übrigen Befragten. Sie setzten den Faktor **„prägnantes Identitätserleben“** an die erste Stelle. Nach der **„kommunikativen Kompetenz“** an zweiter Stelle ordneten die *MedizinerInnen* den Faktor **„Leibbewußtheit“** auf den dritten Rangplatz. Dies Ergebnis ist für diese Berufsgruppe kaum erstaunlich, da die Befragten den

Beruf wählten, der sich mit der Gesundung des Körpers befaßt. Andererseits ist nicht klar, ob sie bei Angabe dieses Faktors medizinische Untersuchungen und Maßnahmen assoziierten oder ob sie integrativtherapeutische „Leibbewußtheit“ und körpertherapeutische Interventionen mit dem Faktor verbanden. Die Faktoren „persönlicher Wertebezug“ und „positive Zukunftsperspektiven“ wurden von dieser Berufsgruppe um 4 Plätze höher eingeschätzt als von der Gesamtgruppe. Die Faktoren „Einsicht und Evidenzerleben“ und „Emotionaler Ausdruck“ wurden um 3 bzw. 5 Plätze unwichtiger genommen als von der Gesamtgruppe. Die letztgenannten Faktoren sind vielleicht für sie in dem Faktor „prägnantes Identitätserleben“ enthalten. Die für die Integrative Therapie spezifischen Faktoren „**tragfähige Netzwerke**“ und „**Solidaritätserfahrungen**“ wurden von ihnen unter den drei unwichtigsten Faktoren angesiedelt. Beim letztgenannten Faktor war die Streuung der Werte sehr klein. Die *ÄrztInnen* scheinen sehr individuumszentriert zu arbeiten, wobei sie „**kommunikative Kompetenz**“ (2. Faktor) wie die Gesamtgruppe hoch bewerteten.

Die *PsychologInnen* stellen die große Berufsgruppe dar und haben somit den größten Einfluß auf die Wertung der Gesamtgruppe. Ihre Rangreihe ist der der Gesamtgruppe sehr ähnlich. Den Faktor „**Solidaritätserfahrungen**“ jedoch werteten sie um 2 Plätze höher als die Gesamtgruppe. Diese ist die größte Abweichung der PsychologInnen von der Gesamtgruppe, und von daher für diese Berufsgruppe scheinbar typisch. Die PsychologInnen hatten auch dem Faktor „**tragfähige Netzwerke**“ verglichen mit den anderen Berufsgruppen den höchsten Stellenwert gegeben. Scheinbar beachten sie das Umfeld ihrer Klienten. Beim Faktor „**Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen**“ zeigte sich verglichen mit den anderen Faktoren die kleinste Standardabweichung. Diese Berufsgruppe ist sich in ihrer Ablehnung dieses Faktors sehr einig. Da die meisten Universitäten die PsychologiestudentInnen besonders verhaltenstherapeutisches Gedankengut lehren, sind die Befragten in Strategien und Techniken dieser Therapieschule wahrscheinlich gut unterrichtet und wissen, wogegen sie sich entscheiden.

Bei den *SozialarbeiterInnen* fällt vor allem ihre Geringschätzung des Faktors „**emotionale Annahme und Stütze**“ auf. Er bekam von ihnen den 6. und von der Gesamtgruppe den 1. Rangplatz. Auch das „**einfühlende Verstehen**“ wurde von ihnen um 2 Plätze geringer eingeschätzt als von der Gesamtgruppe. Die Technikvariablen „**kommunikative Kompetenz**“, das „**prägnante Identitätserleben**“, „**Einsicht und Evidenzerfahrung**“ und die „**Leibbewußtheit**“ wurden von ihnen höher bewertet als die unspezifischen Wirkfaktoren. Die „**Lebenshilfe**“ wurde von ihnen auf den 11. Platz angeordnet, obwohl gerade dieser Berufsgruppe diese Tätigkeit oft zugeschrieben wird. Die Abwertung dieses Faktors erstaunt, da diese Tätigkeit am ehesten SozialarbeiterInnen zugeschrieben wird. Möglicherweise wollte sich diese Personengruppe von solch einer Erwartung an sie distanzieren, nachdem sie eine Ausbildung in IT wählten, in der besonders psychotherapeutische Techniken gelehrt werden. Der Einfluß der therapeutischen Ausbildungsrichtungen auf die Wirkfaktorengewichtung durch die Probanden war manchmal erkennbar, insgesamt aber nicht sehr prägnant.

Die auch *psychoanalytisch ausgebildeten TherapeutInnen* hielten wie erwartet die Faktoren „**prägnantes Identitätserleben**“ (1.RP) und „**Einsicht und Evidenzerfahrung**“ (2./4. RP) für sehr wichtige Faktoren. Sie bewerteten aber auch den Faktor „**Leibbewußtheit**“ um 2 Plätze wichtiger. Eine Aufwertung um 4 Rangplätze verglichen mit der Gesamtgruppe erfuhr der Faktor „**Lernmöglichkeiten**“, womit analytisch orientierte ihn höher bewerteten als eindeutig integrativ orientierte. Sehr viel unwichtiger nahmen diese Befragten die allgemeinen Faktoren. „**emotionale Annahme und Stütze**“ wurde von ihnen an 6. statt an 1. Stelle genannt, und das „**einfühlende Verstehen**“ wurde von der Gesamtgruppe an 3. Stelle angegeben.

Die auch *verhaltenstherapeutisch Ausgebildeten* gewichteten die spezifischen Wirkfaktoren ihrer Schule genauso wie die Gesamtgruppe, nämlich „**Lebenshilfe**“ an 9. und „**Lernmöglichkeiten**“ an 14. Stelle. Diese Befragten haben sich offenbar sehr von ihrer verhaltenstherapeutischen Ausbildung und deren Ausbildungspraxis entfernt und sich in integrativtherapeutische Richtung orientiert.

Von den auch *gesprächstherapeutisch Ausgebildeten* wurden deren Basisvariablen eher gering eingeschätzt. Die „**emotionale Annahme und Stütze**“ erhielt zwar wie von der Gesamtgruppe den 1. Platz, aber das „Einfühlende Verstehen“ wurde keineswegs, wie in den Hypothesen formuliert, besonders wichtig genommen, sondern wurde an 6. Stelle genannt. Die Gesamtgruppe hatte dem Faktor den 3. Platz eingeräumt. Eine mögliche Erklärung könnte eine Distanzierung von Rogers Basisvariablen und von seinem Verfahren sein und aus der Erfahrung resultieren, daß die Basisvariablen für den Therapieerfolg nicht ausreichen und z. T. in Ausbildungen sehr stereotypisiert vermittelt werden.

In den *Ausbildungsweigen* des „Fritz Perls Instituts“ wird der Schwerpunkt auf die kreativen, bewegungs- und soziotherapeutischen Elemente gelegt. Erstaunlich an dieser Stelle ist die Geringschätzung des Faktors „**kreative Gestaltungskräfte**“ durch die *Bewegungs-, Tanz- und MusiktherapeutInnen*. Er rangiert unter den letzten drei Faktoren, aber vielleicht wird auch das Vertrauteste, Selbstverständlichste nicht besonders hoch eingeschätzt. Die *MusiktherapeutInnen* legten das meiste Gewicht auf den für die Integrative Therapie spezifischen Faktor „**persönlicher Wertebezug**“. Die *SoziotherapeutInnen* maßen der „**kommunikativen Kompetenz**“ den größten Wert bei. Die „**tragfähigen, sozialen Netzwerke**“ wurden von ihnen nicht höher als von der Gesamtgruppe gewichtet. *Bewegungs- und TanztherapeutInnen* ordneten die „**Leibbewußtheit**“ um 2 Plätze höher an als die Gesamtgruppe. *FamilientherapeutInnen* siedelten den Faktor „**tragfähige, soziale Netzwerke**“ an 1. Stelle an. Und in *Körpertherapien* ausgebildete Befragte gaben der „**Leibbewußtheit**“ erwartungsgemäß den 1. Rangplatz.

Manche Befragte bezeichneten sich als *Gestalt-, andere als Integrative TherapeutInnen*. Dies kann auf ein unterschiedliches Selbstverständnis hinweisen, was sich in den Wertungen der Heilfaktoren niederschlagen könnte. Beim Vergleich der „*Integrative TherapeutInnen*“ mit den „*GestalttherapeutInnen*“ dürften gerade diejenigen Faktoren von der jeweiligen Gruppe höher eingeschätzt werden, die in ihrer genannten Therapie bedeutsam sind. Bei sieben Faktoren stimmten die Wertungen dieser TherapeutInnengruppen überein. Aber der „emotionale Ausdruck“ wurde von den GestalttherapeutInnen um 5 Rangplätze höher eingeschätzt als von den Integrativen TherapeutInnen. Auch der für die Integrative Therapie spezifische Faktor „Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke“, wurde von den Integrativen TherapeutInnen um 2 Plätze wichtiger eingeschätzt als von den GestalttherapeutInnen. Bei vielen erstaunte eher die geringe Bedeutung der Faktoren, die für ihr gelerntes Verfahren spezifisch wären. Hier spielen andere moderierende Variablen offenbar eine wichtige Rolle.

Therapeutische Praxis

Die Arbeitskontexte übten bei einigen Faktoren einen relativ großen Einfluß aus. Unter den drei wichtigsten Faktoren waren in allen drei Settings die unspezifischen Faktoren „emotionale Annahme und Stütze“ und „einfühlerisches Verstehen“ genannt. Aber in ambulanten Einrichtungen wurde die „Kommunikative Kompetenz“, in stationären die „Leibbewußtheit“ und in freier Praxis „das prägnante Identitätserleben“ unter den drei wichtigsten Faktoren angegeben. Es wurden also eindeutig verschiedene Schwerpunkte deutlich, die sich aus dem Kontext erklä-

ren lassen, da in Kliniken auf die körperliche Gesundheit geachtet wird, in Beratungsstellen die kommunikative Kompetenz zentral ist und in privaten Praxen oft längere Therapien angestrebt werden, in denen es u.a. um die Entwicklung der Identität geht.

Telefonische Nachbefragung

Nach einer ersten quantitativen Auswertung der Untersuchungsergebnisse sollten einige TherapeutInnen telefonisch befragt werden. Da die Heilfaktoren auf dem Fragebogen nicht näher erläutert waren und auch kein Verweis auf die entsprechende Literatur gegeben war, könnten die TherapeutInnen Unterschiedliches unter den einzelnen Faktoren verstanden haben. Dies sollte genauer untersucht werden. Für den geringen Rücklauf wurde nach Erklärungen gesucht, und zu einzelnen Fragen auf dem Heilfaktorenfragebogen sollte erfaßt werden, wie diese verstanden worden waren.

Fragestellung

1. Was genau wurde unter den Heilfaktoren verstanden, die von den Befragten als die drei wichtigsten oder als die drei unwichtigsten ausgewählt worden waren ?
2. Warum wurden gerade diese ausgewählt ?
3. Wie unterschiedlich oder ähnlich waren die Antworten?
4. Wie wurden die Untersuchungen angenommen und bewertet?
5. Erklärungen oder Vermutungen für den geringen Rücklauf ?
6. Wie wurden spezifische Fragen verstanden und beantwortet, z. B. nach der Ausbildungszeit in der therapeutischen Richtung, nach der wöchentlichen Therapiestundenzahl?

Methode

Ausgewertet wurden die telefonischen Interviews nach der Methode des zirkulären Dekonstruierens, das von *Jaeggi* und *Faas* (1991) vorgeschlagen wurde. Diese Methode lädt zum Vertrauen auf die eigene Intuition und dazu ein, sich aus unterschiedlichen Abständen mit dem entstandenen Interviewtext recht frei auseinanderzusetzen, was gerade für die telefonisch gewonnenen Daten genügend Interpretationsmöglichkeiten in der Auswertung versprach.

Durchführung und Stichprobe

Die Interviews wurden vom 18. Februar bis 18. März 1997 durchgeführt. Von den Personen, die sowohl den Heilfaktorenfragebogen als auch den zur Tätigkeit der Integrativen TherapeutInnen ausgefüllt, ihren Namen und Adresse angegeben, sowie beide Bögen zusammen zurückgeschickt hatten, wurden 17 ausgelost (10 wurden erreicht). Die ausgelosten Personen wurden telefonisch zu erreichen versucht und um ein kurzes telefonisches Interview gebeten, das ca. 15 Minuten dauern sollte.

Waren den Therapeuten die 14 Heilfaktoren vertraut?

Insgesamt schien den Interviewten das Konzept der 14 Heilfaktoren nicht sehr vertraut zu sein. Zwei TherapeutInnen äußerten „das mal gewußt“ oder „schon davon gehört“ zu haben. Aber auch eine Befragte, die ihre Dissertation über therapeutische Wirkfaktoren schreiben wollte, sprach über Wirkfaktoren eher im allgemeinen. Einige Befragte haben sich damals mit der entsprechenden Literatur beschäftigt. Überschneidungen mit den Heilfaktoren von *Yalom* oder mit den Konzepten von *Rogers* wurden gesehen. Zwei InterviewpartnerInnen sprachen über die

„Vier Wege der Heilung“. Dies Konzept schien unter den TherapeutInnen verbreiteter und vertrauter zu sein. Insgesamt verweisen die Antworten auf die von Forschern und Theoretikern immer wieder beklagte Kluft zwischen dem Stand der Forschung und Konzeptbildung sowie dem Rezeptionsstand der Praktiker. Sie werfen aber auch Fragen vermittlungstheoretischer und -praktischer Art auf, wie intensiv nämlich Ausbildungen und Ausbilder der Aufgabe relevanter Konzeptvermittlung nachkommen.

Die Aufgabe, eine Rangreihe für die Faktoren zu erstellen

Die meisten Interviewten äußerten sich positiv über die Aufgabe, obwohl viele diese schwierig und überfordernd fanden. Denn einige Heilfaktoren würden sich überschneiden und eine Rangreihe sei vom speziellen Klienten und vom speziellen Therapieprozeß abhängig. Ein Befragter äußerte spontan und lachend, es sei eigentlich Unfug, weil alle Faktoren zusammenhängen. Dennoch hatte auch er klare Antworten auf dem Fragebogen gegeben und begründet, warum er den jeweiligen Faktor an der jeweiligen Stelle angegeben hatte. Es wurde den Faktoren durchaus eine unterschiedliche Wertigkeit zugestanden. „Einführendes Verstehen“ z. B. sei grundlegend in jeder Therapie, andere Faktoren würden dem nachgeordnet. Von einigen Befragten wurde die Aufgabe als Herausforderung zur Auseinandersetzung mit den Faktoren und mit der eigenen therapeutischen Arbeit begrüßt.

Kritik und Verbesserungsvorschläge

Die Begriffe der Heilfaktoren wurden als „nicht gerade verwässert, aber doch fließend“ empfunden. Die Trennung sei schwierig und 14 Heilfaktoren zu viel. Die Zusammenfassung auf 10 Faktoren hatte ein Befragter überlegt. Der Fragebogen wurde von einer Therapeutin als zu karg empfunden. Sie schlug als Verbesserung einen konkreten „Fall“ zur Einstimmung vor. Die Befragten hatten nach ihren Angaben zwischen 5 und 45 Minuten zum Beantworten gebraucht.

Erklärungen zum Rücklauf

Ein Therapeut führte den geringen Rücklauf auf den seiner Meinung nach niedrigen Bekanntheitsgrad der Heilfaktoren zurück, ein anderer auf die Schwierigkeit, diese Faktoren trotz mangelnder Trennschärfe in eine Rangreihe zu bringen.

Der Einfluß der Arbeitskontexte

Die interviewten TherapeutInnen begründeten ihre Urteile über die Bedeutung der einzelnen Heilfaktoren oft mit ihrem spezifischen Arbeitskontext und ihrem Klientel. Unter den Befragten waren zwei Suchttherapeuten, die ambulant und stationär mit Alkoholikern arbeiteten, vier TherapeutInnen, die psychiatrische PatientInnen stationär, ambulant oder in freier Praxis behandelten, zwei, die stationär mit schwierigen Jugendlichen tätig (gewesen) waren, eine Therapeutin, die in einer Kurklinik beschäftigt war und ein Therapeut, der mit Straftätern arbeitete. Die Heilfaktorenuntersuchung wurde interessiert bis kritisch aufgenommen. Den Heilfaktoren wurde eine unterschiedliche Wertigkeit zugestanden, oder sie wurden als zusammenhängend gesehen und deshalb schwierig in eine Rangreihe zu bringen. Es wird hier von den Praktikern zutreffend herausgestellt, daß es sich um Einflußgrößen handelt, die „als spezifische Faktoren prozeßadäquat im therapeutischen Geschehen eingesetzt werden können“ (Petzold 1993, 315) und man - ähnlich wie bei den „protektiven Faktoren“ - von „Faktoren und Prozessen“ sprechen

sollte (Petzold, Sieper 1993, 246). Handelt man im Therapieprozeß in einem „Fluß von Ereignissen“ (flow of events), kann die nachträglich vorgenommene Ausgliederung von Faktoren als artifiziell erlebt werden. Es geht ja um größtenteils nonlinear organisierte Ereignisketten (ibid. 240 ff, Abb. 12). An spezifische Inhalte beider Fragebögen erinnerten sich die Befragten kaum mehr.

Warum die TherapeutInnen die von ihnen ausgewählten Faktoren an der jeweiligen Stelle angeordnet hatten, begründeten einige mit dem, was allgemein in der Therapie wichtig sei. Die unspezifischen Faktoren wurden häufig als grundlegend für therapeutische Arbeit erklärt, z. B. um eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Oft begründeten die TherapeutInnen ihre Entscheidung für die Wichtigkeit oder Unwichtigkeit einzelner Faktoren mit ihrem Klientel, ihrem Arbeitskontext oder mit den Bedürfnissen ihrer PatientInnen. Die Faktoren auf den letzten Rangplätzen hatten ihren Stellenwert aus unterschiedlichen Gründen erhalten. Eine extrem unterschiedliche Bewertung entstand bei dem Faktor „Leibbewußtheit“, der als wichtigster oder als unwichtigster Faktor angesehen worden war. Dieser Faktor war jedoch auch sehr unterschiedlich von den beiden Therapeutinnen interpretiert worden. Insgesamt waren Technikvariablen wie „Leibbewußtheit“ besser erklärt und begründet, wenn sie an erster Stelle standen. Manche Faktoren wurden auf die letzten Rangplätze geordnet, weil sie als in anderen enthalten, als Folge von anderen oder als Therapieziel gesehen wurden. Eine Therapeutin hatte erfahren, daß sich die Lernfähigkeit nach der Förderung auf anderen Faktoren, z. B. von „prägnantem Identitätserleben“, der „tragfähigen Netzwerke“, der „kommunikativen Kompetenz“, der „kreativen Gestaltungskräfte“ oder nach positiver Veränderung der Familiensituation verbessert hätte. Auf die Nähe der „Solidaritätserfahrungen“ zu den Faktoren „Kommunikative Kompetenz“ und „tragfähige Netzwerke“ wurde hingewiesen, und die „Solidaritätserfahrungen“ wurden als Folge anderer Faktoren gesehen. Das „prägnante Identitätserleben“ wurde von einer Befragten eher als Therapieziel, weniger als Wirkfaktor gesehen. Viele Befragten hielten keinen Faktor für unwichtig, sondern sagten, sie hätten ja einen nehmen müssen, oder sie würden diesen heute höher bewerten. Andere hatten einen Faktor auf einen der letzten Plätze gestellt, weil sie mit ihm nichts oder für sie nichts Bedeutendes assoziierten. Manche Faktoren erschienen den Therapeuten in ihrer Arbeit auch kontraindiziert oder unangebracht. Dann wurde die Entscheidung sehr bewußt gegen diese Faktoren getroffen. Insgesamt schien die Entscheidung für die ersten Faktoren sehr viel sicherer getroffen als für die letzten (grundsätzlich wird sicherlich von vielen Therapeuten berechtigte Kritik geäußert, die auf unterschiedliche Probleme der epistemologischen Konzeption verweisen (siehe auch Märten, Petzold 1997).

Schlußdiskussion

Aufgrund der geringen Stichprobengröße - insbesondere von Subgruppen - dürfen die Interpretationen wegen ihres explorativen Charakters nur als vorläufige Tendenzen gewertet werden. Trotzdem stellt sich die Frage, wie notwendig, sinnvoll und praktikabel die Differenzierung von therapeutischen Prozessen in der „Integrativen Therapie“ unter dem Raster von 14 Faktoren ist. Verglichen mit Grawes Modell der Allgemeinen Psychotherapie (1996) und den 4 Wirkfaktoren darin - es handelt sich aber auch hier eher um Faktorenkomplexe - sind 14 Heilfaktoren eine große Anzahl. Sponsel formulierte jedoch für die „Integrative Psychologische Psychotherapie“ ein seitenlanges Lexikon von Heilfaktoren (Sponsel 1995, 388ff). Es sei aber daran erinnert: Die 14 Faktoren sind Elemente der Feinstrukturierung in den „vier Wegen“ als basalen Prozeßstrategien. Mit der Anzahl der zu ordnenden Objekte steigt die Schwierigkeit, sie vergleichend zu beurteilen (Bortz, Döring 1995). Diesem Problem wurde mit der Strukturierung der Aufgabe zu begegnen versucht. Die Befragten sollten zunächst die drei wichtigsten, dann die drei

unwichtigsten Faktoren aus den 14 herausuchen und zuletzt die restlichen im Mittelfeld in eine Rangreihe bringen. Dennoch blieb den Befragten die Schwierigkeit, sie alle im Blick zu behalten. Theoretisch gibt es 87.178.291.200 Möglichkeiten, die 14 Faktoren zu ordnen. Vor diesem Hintergrund ist jedoch auch die Variabilität in den Antworten der TherapeutInnen verständlicher. Der Umfang des Behaltens ist auf gewöhnlich sieben - plus oder minus zwei - Einheiten begrenzt (Miller, 1956; Woodworth 1938; zitiert nach Wessells 1990, 88). Miller (1956, zitiert nach Wessells 1990, 111f) fand in einem Versuch, daß die Anzahl der Einheiten erhöht werden konnte, wenn die einzelnen Einheiten zu Gruppen höherer Ordnung organisiert wurden. Er nannte diese Gruppen „chunks“ (deutsch: Bündel) und postulierte, daß die Kapazität des unmittelbaren Gedächtnisses 7 ± 2 Items umfaßt. Insgesamt lassen sich die 14 Heilfaktoren in Gruppen aufteilen. Die erste sind die *der allgemeinen unspezifischen Faktoren* „einfühlerndes Verstehen“ und „emotionale Annahme und Stütze“. Eine wichtige Unterscheidung besteht darin, daß bei dem Faktor „emotionale Annahme und Stütze“ jegliche Konfrontation ausgeschlossen, beim Faktor „einfühlerndes Verstehen“ aber durchaus möglich ist. Diese Faktoren waren von der Gesamtgruppe unter den ersten drei angeordnet. Aus verschiedenen therapeutischen Richtungen stammt die zweite Gruppe, die der *spezifischen Technikvariablen*: Die Faktoren „Förderung eines prägnanten Identitätserlebens“ und die „Förderung von Einsicht und Evidenzerfahrung“ gehen u. a. auf psychoanalytisches Gedankengut zurück. Der „Förderung emotionalen Ausdrucks“ wird vor allem in der Gestalttherapie viel Aufmerksamkeit gewidmet. Die Faktoren „Lebenshilfe“ und „Lernmöglichkeiten“ sind Technikvariablen aus den Verhaltenstherapien, die dem Klienten helfen sollen, Strategien zur Bewältigung seines Lebens zu erlernen. *Kontextorientierende Variablen* umfaßt die dritte Gruppe, d. h. die „Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke“ und das „Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen“, denn beide beziehen sich auf den Kontext, in dem der Klient lebt. Hierbei kann der Faktor „Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit“ als Technikvariable gesehen werden, die diese Netzwerke zu schaffen und zu erhalten lehrt und Solidarität zu erleben hilft. Die Faktoren „tragfähige Netzwerke“ und „Solidaritätserleben“ betonen unterschiedliche Schwerpunkte, verwenden verschiedene Techniken und nehmen unterschiedliche Perspektiven ein. Dennoch geht es in allen 3 Faktoren um die Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt. Als vierte Gruppe können *die persönlichkeitsorientierten Variablen* gesehen werden, z. B. „emotionaler Ausdruck“, „Kreativitätsförderung“, „Identitätserleben“ usw. In kreativ-therapeutischer Arbeit kann ein Klient seine Emotionen und sein Erleben als Dimensionen zum Ausdruck bringen. So gesehen besteht eine Ähnlichkeit zwischen den Faktoren „emotionaler Ausdruck“ und „Förderung kreativer Gestaltungskräfte“, wenn auch erlebnisaktivierende Arbeit andere Strategien anwendet als die Arbeit mit kreativen Medien. Manche Faktoren interagieren miteinander oder ziehen die Förderung auf anderen Gebieten nach sich. Zwischen den Faktoren „prägnantes Identitätserleben“ und „Leibbewußtheit“ könnte eine Verbindung hergestellt werden. Da sich Identität nach integrativtherapeutischer Ansicht aus dem „Leibselbst“ entwickelt, sorgt auch die „Förderung der Leibbewußtheit“ für ein prägnanteres Identitätserleben. Außerdem spielt der Bezug zum eigenen Leib eine Rolle darin, wie sich ein Klient selbst erlebt und sich in seiner Umwelt verhält. Wieder sprechen Argumente für die Differenzierung zwischen den Faktoren, vor allem, da unterschiedliche Techniken mit den Faktoren verbunden sind. Auch der Faktor „Einsicht, Evidenz- und Sinnerleben“ könnte hier integriert werden. Der Begriff „Selbsterkenntnis“ unterstützt die mögliche Kongruenz vom „prägnanten Identitätserleben“ und dem Faktor „Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung“. Hierbei beschreibt „Einsicht und Evidenzerfahrung“ eher die Technik und das „prägnante Identitätserleben“ das anzustrebende Ziel. Möglicherweise kann durch das Erleben über die physischen Sinne das Gefühl für die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz erhöht werden. Die deutsche, die englische (sense) und die lateinische Sprache (sensus) verleiten zu dieser

Idee; denn sie alle verwenden den gleichen Begriff für die körperliche Empfindung und für den Sinnzusammenhang. Hier wäre eine Verbindung zwischen der „Leibbewußtheit“, die sich mittels der Sinne vollzieht, und dem „Sinnerleben“ möglich. Diese Gedanken führen zur Sinnfrage, wie sie in der Logotherapie und in der Integrativen Therapie unter dem Faktor „persönlicher Wertebezug“ gefaßt ist. Der Faktor „positive Zukunftsperspektiven“ läßt sich am ehesten im Bereich der Identitätsförderung einordnen. Aber er könnte auch für sich stehen, da der Fokus weder im „Hier und Jetzt“ noch auf die Vergangenheit, sondern auf der Zukunft liegt. Zusammenhänge bestehen auch zwischen den allgemeinen Faktoren „emotionale Annahme und Stütze“ und „einführendes Verstehen“ und dem „prägnanten Identitätserleben“. Als Voraussetzung für das Vertrauen des Patienten wurden die allgemeinen Faktoren häufig genannt, damit er sich und seine Identität in der Beziehung zum Therapeuten entwickeln kann.

Die Auseinandersetzung mit den Wirkfaktoren der Psychotherapie geschieht im Spannungsfeld zwischen *Integration und Differenzierung*. Je mehr Faktoren ein Konzept enthält, desto eher wird jemand, der das gesamte Konzept erfassen und die Faktoren überblicken will, ein System darin zu erkennen suchen. Nach den Untersuchungsergebnissen scheinen verschiedene PraktikerInnen der Integrativen Therapie oder der Gestalttherapie recht unterschiedlich zu handeln (Zumindest setzen sie unterschiedliche Schwerpunkte.). Tatsächlich legen diese Therapien relativ viel Wert auf Kreativität und Persönlichkeitsentwicklung, auch der TherapeutInnen. Möglicherweise drückt sich dies in den unterschiedlichen Antworten der TherapeutInnen derselben Orientierung aus, die offenbar sehr unterschiedliche Schwerpunkte in ihrer praktischen Tätigkeit setzen. Vielleicht wäre auch bei größerem Bekanntheitsgrad der Heilfaktoren und höherer Teilnahmebereitschaft der angeschriebenen Personen das Ergebnis der Untersuchung ähnlich gewesen, da die PraktikerInnen sehr individuell mit dem Modell der „Integrativen Therapie“, die sich ja auch als ein „Metamodell“ begreift, arbeiten und jeweils in ihrer spezifischen Tätigkeit, unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

Zusammenfassung

Ausgehend von einer Diskussion der kulturellen Unterschiede wie Heilungsprozesse gesehen werden, erfolgt eine Diskussion unterschiedlicher Konzepte von Heilfaktoren. Das 14 Heilfaktorenkonzept von Petzold wird empirisch anhand von Daten einer Stichprobe von 83 integrativ ausgebildeten Therapeuten untersucht. Die Bewertungen, wie wichtig jeder Faktor gesehen wird, werden unter unterschiedlichen Aspekten interpretiert. Spezielle Präferenzen, wie die Faktoren in eine Rangreihe gebracht wurden, werden zu Unterschieden in der therapeutischen Orientierung, der Ausbildung und personenspezifischen Merkmalen in Beziehung gesetzt.

Summary

Starting from a discussion on cultural differences how healing processes are viewed different concepts of healing factor approaches are discussed. The 14 healing factor-concept from Petzold is examined through empirically data gathered from a sample of integrative trained therapists (N=83). The valuation how important each factor is are interpreted under various aspects. Special preferences how the factors are ranked are found in relation to differences in therapeutic orientations, training and personal characteristics.

LITERATUR

- Bortz, J., Döring, N.*, Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1995.
- Brumund, L.*, Die Konzeption von Heilfaktoren in der Psychotherapie. Diplomarbeit, eingereicht an der Technischen Universität, Berlin 1997.
- Duden*, Das Herkunftswörterbuch, Dudenverlag, Mannheim, Wien, Zürich 1963.
- Duden*, Das Fremdwörterbuch, Dudenverlag, Mannheim, Wien, Zürich 1990.
- Frank, J. D.*, Die Heiler, Klett-Cotta, Stuttgart 1992. (original: Persuasion & healing, The John Hopkins University Press, Baltimore 1961)
- Grawe, K. et al.*, Allgemeine Psychotherapie: Konzept, Praxis, Ausbildung, Forschung, Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie. DGVT, Berlin 1996.
- Huf, A.*, Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Psychologische Verlags-Union Weinheim 1992.
- Jaeggi, E.; Faas, A.*, Denkverbote gibt es nicht! Vorschläge zur Auswertung kommunikativ gewonnener Daten/Texte. TU-Berlin-Skript Berlin 1991.
- Kriz, J.*, Grundkonzepte der Psychotherapie, Urban & Schwarzenberg, Baltimore, München, Wien 1985.
- Kriz, J.*, Grundkonzepte der Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994.
- Lohmann, J.*, Ziele und Strategien psychotherapeutischer Verfahren, in: *Wittling, W.* (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie, Band 2, Psychotherapeutische Interventionsmethoden, Hoffmann und Campe, Hamburg 1980
- Mänens, M., Pezold, H.*, Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie ? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt ? Integrative Therapie III/97- im Druck.
- Miller, G.A.*, The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63: 81-97, 1956.
- Perls, F.*: Gestalt, Wachstum, Integration., in: *Pezold, H.*, Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980.
- Pezold, H.G.*, 1969b. L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Paris, mimeogr.
- Pezold, H.G.*, Fritz Perls und die Gestalttherapie. in *Perls, F.*: Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980, 7-16.
- Pezold, H.G.*, 1988n. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Pezold, H.G.*, Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Pezold, H., Sieper, J.* (Hrsg.). Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993, 267-341.
- Pezold, H.G.*, 1994b. Mut zur Bescheidenheit in: *Standhardt, R., Löhmner, C.*, Zur Tat befreien. Gesellschaftspolitische Perspektiven der TZI-Gruppenarbeit, Matthias Grünewald, Mainz, 161-170.
- Pezold, H.G.*, Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Band 1, Junfermann, Paderborn 1996.
- Pezold, H.G. und Sieper, J.* (Hrsg.). Integration und Kreation, Junfermann, Paderborn 1993.
- Schwab, R.*, Gesprächspsychotherapie, in: *Schmidt, L. R.* (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie. 2.Auflage, Enke, Stuttgart 1984.
- „Spiegel der Zeiten“, Lehr- und Arbeitsbuch für den Geschichtsunterricht, Band 1, Diesterweg, Frankfurt 1975.
- Sponse, Rudolph*, Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie, IEC, Erlangen 1995.
- Verres, Rolf*, Wirkfaktoren in der Verhaltenstherapie, in: *Lang, H.*; Wirkfaktoren in der Psychotherapie, Springer, Heidelberg 1990, 139-149.
- Wessels, Michael G.*, Kognitive Psychologie, Ernst Reinhardt, München 1990.
- Woodworth, R.S.*, Experimental Psychology, Holt, Rinehart and Winston, New York 1938.

Anschrift der Autoren:

EAG - FPI

Wefelsen 5

D - 42499 Hückeswagen