

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform „Polyloge“

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,
Kreativitätstherapien [Musiktherapie], Kulturprojekte
(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für
„Deutsche Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur
und literarische Werkstätten“
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Musiktherapie

Intermethodische und Intermediale Arbeit – Kulturarbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen, Heilkraft der Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 07/2022

**Einsatzmöglichkeiten der Poesie- und Bibliothherapie im
Integrativen Verfahren im Rahmen psychiatrischer Pflegeaufgaben
in einer Psychiatrischen Institutsambulanz**

*Heike Heß, Lancken **

* 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>.

EAG-Weiterbildung ‘Poesie- und Bibliothherapie, Kreatives Schreiben und Biographiearbeit im Integrativen Verfahren’,
Betreuerin/Gutachter: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold*.

Einsatzmöglichkeiten der Poesie- und Bibliotherapie im Integrativen Verfahren im Rahmen psychiatrischer Pflegeaufgaben in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

1. Einleitung

2. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

2.1 Die Psychiatrische Institutsambulanz im Allgemeinen

2.2 Die Psychiatrische Institutsambulanz im Besonderen

3. Die Psychiatrische Pflege in der PIA

3.1 Die Aufgaben und das Grundverständnis Psychiatrischer Pflege

3.2 Pflge-therapeutische Gruppe

4. Die Integrative Therapie

4.1 Das Menschenbild in der Integrativen Therapie

4.2 Die Grundregel der Integrativen Therapie und die sich daraus ableitenden
Grundsätze für die Therapeutische Beziehung

4.3 Das Integrative Konzept von Sprache

4.4 Gesundheits- und Krankenlehre

5. Die Poesie und Bibliotherapie im Integrativen Verfahren

5.1 Modalitäten und Ablauf der IPBT

5.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung

5.3 Die „14 plus 3 Wirkfaktoren der Heilung und Förderung“

5.4 Das Tetradische System

5.5 Textauswahl

6. Poesie- und Bibliotherapeutische Angebote in der PIA

6.1 Die Schreibgruppe für chronisch depressiv erkrankte Menschen

6.1.1 Zielgruppe

6.1.2 Aufbau und Inhalt

6.1.3 Resüme

6.2 Die Arbeit im dyadischen Prozess

6.2.1 Zielgruppe

6.2.2 Aufbau und Inhalt

6.2.3 Resüme

6.2.4 Biographiearbeit in Begleitung zum psychotherapeutischen Prozess

7. Abschließende Betrachtungen

8. Zusammenfassung/ Summary

9. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

In dieser Arbeit sollen die Einsatzmöglichkeiten der Poesie- und Bibliothherapie in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) beleuchtet werden.

Die Autorin ist examinierte Krankenschwester mit einer Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Zusatzausbildung. Sie ist als Pflegekraft¹ in einer Psychiatrischen Institutsambulanz tätig. Sie absolvierte die Grund-, Aufbau- und Zertifikats- sowie die Therapeutische Qualifizierungsstufe der Poesie- und Bibliothherapie im Integrativen Verfahren an der EAG/FPI in Hückeswagen. Vor diesem beruflichen Hintergrund setzt sie wesentliche Elemente der Poesie- und Bibliothherapie im Therapiealltag einer PIA um und möchte ihre Erfahrungen mit diesem Verfahren darstellen und beleuchten.

Zunächst werden die Aufgaben einer Psychiatrischen Institutsambulanz, deren Behandlungsspektrum sowie das multiprofessionelle Therapeutenteam einer Psychiatrischen Institutsambulanz vorgestellt. Nachfolgend sollen die Aufgaben und das Selbstverständnis Psychiatrischer Pflege in diesem Setting dargestellt werden.

Auf diesem Grundverständnis aufbauend werden die Einsatzmöglichkeiten der Poesie- und Bibliothherapie im Integrativen Verfahren aufgezeigt.

Da sich diese Arbeit besonders auch an psychiatrische Pflegekräfte richtet, die vorher noch keine Erfahrungen mit dem Integrativen Therapieverfahren gesammelt haben, erfolgt eine kurze Einführung in die Integrative Therapie im Allgemeinen und in Poesie- und Bibliothherapie im Besonderen. Es werden einzelne Behandlungsbausteine vorgestellt und über die bisherigen Erfahrungen berichtet.

Im Schlusskapitel wird über die Erfahrungen bezüglich der Möglichkeiten des Einsatzes, der Wirksamkeit und der positiven Aspekte dieser Methode auf schwer und schwerst psychisch kranke Menschen im Setting einer PIA resümiert werden. Es wird berichtet, wie sich diese Therapiemethode im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Pflegealltag bewährt hat.

¹ Auf Geschlechtsdifferenzierung kann nicht verzichtet werden. Menschen sind nicht geschlechtslos und Genderbenachteiligungen sind eine Realität. Weil in der IT eine gendersensible Betrachtung für wichtig erachtet wird, aber auch die deutsche Sprache ein wichtiges Anliegen ist, wechseln wir in diesem Text immer wieder einmal das Geschlecht, um zu zeigen, dass uns Genderdifferenz und Gleichheitsgrundsatz ein Anliegen sind.

Abschließend zieht die Autorin ein kurzes persönliches Fazit und gibt einen Ausblick auf die geplante therapeutische Weiterentwicklung unter der Fragestellung was psychiatrische Pflegekräfte in ihrer Rolle als sogenannte Experten des Alltags mit Poesie- und Bibliothherapie in pflegetherapeutischen Gruppen bewirken können und wann eine therapeutische Weiterentwicklung sinnvoll und angezeigt ist.

2. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

2.1 Die Psychiatrische Institutsambulanz im Allgemeinen

Eine PIA ist eine Behandlungseinrichtung zur Behandlung von akut und chronisch schwer psychisch erkrankten Menschen und/oder Menschen mit komplexem Hilfebedarf. So werden in diesen ambulanten Behandlungseinrichtungen vorrangig folgende Krankheitsbilder behandelt:

- Schizophrene Psychosen
- Depressionen, Manien und bipolare Störungen
- Angst- und Zwangsstörungen
- Schweren Persönlichkeitsstörungen
- Suchterkrankungen mit weiteren psychischen Störungen
- Demenzielle Erkrankungen

Im Sinne einer Komplexbehandlung bieten PIA´s ein umfangreiches Spektrum psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie an. Ziel ist es, über die Komplexität und Kontinuität der Behandlung zu einer belastbaren Beziehung zwischen Patienten und Professionellen zu gelangen. Ein schneller Zugriff auf verschiedenste Behandlungsmöglichkeiten ermöglicht es beiden, Krisen rechtzeitig zu erkennen und stationäre Aufenthalte zu verhindern oder zu verkürzen.

Die Zuweisung der Patienten erfolgt durch Psychiatrische Kliniken, niedergelassene Fachärzte und Hausärzte. Die Abrechnungsmodalitäten sind individuell unterschiedlich geregelt und erfolgen entweder pauschal oder nach einem sogenannten „Bayrischen Modell“, alle Leistungen sind ausführlich zu dokumentieren. (Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen 2010)

2.2 Die Psychiatrische Institutsambulanz im Besonderen

Das multiprofessionelle Team einer PIA besteht in der Regel aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und/oder Neurologie und Psychiatrie, aus Assistenzärzten in fortgeschrittener Facharztausbildung, approbierten Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Pflegefachkräften und Medizinischen Fachangestellten. Das Behandlungsangebot umfasst die Klinische Diagnostik, Medikamentöse Behandlung einschl. des speziellen Monitorings, Ergotherapie, Psychologische Testungen und Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche. Spezielle Gruppenangebote richten sich auch nach der jeweiligen Profilierung der einzelnen Einrichtungen und beinhalten z.B. die Dialektisch-

behaviorale Therapie, Therapieangebote für Patienten mit chronischen Depressionen (z.B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), Gruppenangebote für suchtkranke Menschen, Soziales Kompetenztraining, Kognitives Training, Entspannungstraining, Bewegungstherapie, spezielle Gruppenangebote zur Alltagsbewältigung, Haushaltstraining, oder zur Psychoedukation zu verschiedensten Krankheitsbildern, Angehörigengruppen und vieles mehr. Die Sozialpsychiatrische Mitbehandlung ermöglicht die Vernetzung mit Ämtern und Behörden, die Beratung bei Wohnungsangelegenheiten oder finanziellen Schwierigkeiten und leistet Unterstützung bei Anträgen oder im Rahmen der Vorbereitung auf rehabilitative Maßnahmen.

Eine wichtige Rolle in der Begleitung akut und schwer psychisch erkrankter Menschen nimmt die Psychiatrische Pflege ein, die bestenfalls in Form einer Bezugspflege stattfindet.

3. Die Psychiatrische Pflege in der PIA

3.1 Die Aufgaben und das Grundverständnis Psychiatrischer Pflege

Dr. Martha Rogers geht in ihrem Pflegemodell davon aus, dass Pflege kreativ und einfallsreich sein muss. So hat die professionelle Pflege ihre Wurzeln in abstraktem Wissen, intellektueller Entscheidung und menschlichem Mitgefühl. Doch es gibt weder Rezepte, durch die das Handeln der Pflegenden bestimmt wird, noch gibt es Regeln, die auswendig gelernt und ungeprüft angewandt werden können.

(Alligood, M.R. 2014)

Die Darstellung des Grundverständnisses Psychiatrischer Pflege und deren Aufgaben kann im Folgenden nur groborientierend behandelt werden und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Ausführungen dienen lediglich dazu, einen Einblick in die Arbeit der Pflegefachkräfte in einer PIA zu geben und deren theoretische Hintergründe darzustellen.

Die Aufgaben Psychiatrischer Pflege unterteilen sich prinzipiell in

- Allgemeine Pflege
- Spezielle Pflege
- Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten.

Im Vordergrund stehen pflegerisch-psychiatrische Aufgaben. Das bedeutet, den Patienten bei allen für die Behandlung wesentlichen Aufgaben zu unterstützen, ihn in

erster Linie zu aktivieren und durch die Mobilisierung der sichtbaren und verschütteten Ressourcen zu fördern und zu fordern.

Die Krankenbeobachtung nimmt im Rahmen der Speziellen Pflege eine wichtige Rolle ein. Sie bildet eine wesentliche Grundlage und Zuarbeit für die Diagnosestellung und die Therapie und beinhaltet u.a. die Beurteilung von Ansprechbarkeit, Aufgeschlossenheit, Mimik, Gestik, Sprache, Mitschwingungsfähigkeit, Stimmung, Antrieb, Orientierung, Denken, Körperpflegezustand, Essverhalten und Schlaf-Wachrhythmus, die Beurteilung der Integrationsfähigkeit des Patienten in die Gemeinschaft, seiner sozialen Fähigkeiten sowie seines Umgangs mit der Erkrankung. (Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolf, S. 2011)

„Ohne Pflege: der Beziehungen, der Umwelt, der Wohnung, der Wäsche, des Körpers, der Zähne, der Seele kommt ein Mensch nicht aus. Da man vor allem die Pflege der Seele nicht gut lernt und immer eines auch Ausdruck des anderen ist, ist die Wahrnehmung der Pflege überall unerlässlich. Das können und das tun Angehörige anderer Berufsgruppen nicht.“

(Dörner, K., Plog, U., 1996, S.54)

Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt/Therapeuten stellen die Bezugspflegekräfte die personengebundene Behandlungskontinuität sicher. Sie sind verantwortlich für die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs, die Planung, Durchführung und Dokumentation pflegerischer Tätigkeiten sowie für die Durchführung ärztlicher Anordnungen. Sie gewährleisten die fortwährende Betreuung und Begleitung der Patienten sowie deren Betreuung in Krisensituationen. Pflegekräfte erarbeiten als Co-Therapeuten gemeinsam mit dem Patienten die Umsetzung des Therapieauftrages in deren Alltag. Sie beteiligen sich aktiv an Team- und Fallbesprechungen sowie an Supervisionen und Weiterbildungen.

(Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolf, S. 2011)

Die Theorie der interpersonellen Beziehung von Hildegard Peplau bildet die Grundlage des pflegerischen Tuns. Peplau geht davon aus, dass sich die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Patienten förderlich auf den Genesungsprozess des Patienten auswirkt.

Dabei stellt sie die vier Phasen der Pflege-/Patientenbeziehung (Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung) sowie die verschiedenen Rollen (der Fremden,

der Person als Ressource, als Lehrer, als Führungsperson, als Ersatzperson, als Berater), die der Pflegende während dieser Phasen einnimmt, in den Mittelpunkt. (Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. 2016, S. 9ff)

Um diese Aufgaben umsetzen zu können gilt es, eine vertrauensvolle, tragfähige, professionelle Beziehung zum Patienten aufzubauen.

Eine der wichtigsten Kriterien für die Bezugspflege ist - neben der Sach- und Fachkenntnis, der Team- und Konfliktfähigkeit, der Kongruenz und der Wahrung eines angemessenen Umgangs mit Nähe und Distanz - die Empathie.

Carl Rogers definiert Empathie als den Zustand der Einfühlung oder des Sich-Einfühlens in sein Gegenüber.

([http://arbeitsblätter.stangl-taller.at/Psychotherapie/Klientenzentrierte Therapie-Rogers.shgml](http://arbeitsblätter.stangl-taller.at/Psychotherapie/Klientenzentrierte%20Therapie-Rogers.shgml) 29.08.2012)

M. Holnburger formuliert den Empathie Begriff noch einmal konkreter:

„Empathie (einführendes Verstehen) ist eine Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellung und das Verhalten eines anderen Menschen intellektuell einzufühlen, ohne sich damit zu identifizieren.“

(Amberger; S., Roll, S.C. 2010, S.98)

Empathie im Integrativen Sinne ist „...das Zusammenwirken eines genetisch disponierenden Verhaltensprogramms mit aktueller, subliminaler und supraliminaler sozialer Wahrnehmung und ihrer mnestischen Resonanz aufgrund vorgängiger Erfahrungen und antizipierender Entwürfe, wodurch ein affektives Teilnehmen an dem, was ein anderer empfindet, möglich wird sowie identifikatorische und antizipierende Leistungen, die Voraussetzungen für mitmenschliches Engagement sind“ (Petzold 2003a, S. 872).

Wenn die soziale Situation des Patienten verstanden und deren Bedeutung und Struktur erfasst werden soll, dann ist es nötig diese Situation aus unterschiedlichen Blickwinkeln atmosphärisch und szenisch zu erfassen. Dadurch wird es möglich der Situation Sinn zu verleihen. Dieses ist zunächst ein intuitiver Vorgang. Menschen unterscheiden sich hinsichtlich ihres intuitiven Vermögens und so gibt es keine Eindeutigkeit in Bezug auf den Sinn einer Situation, sondern es gibt eine Vielfalt an Sinn. (Petzold, H.G., Orth, I., 2005b)

Im therapeutischen Prozess spielt Empathie eine wesentliche Rolle und erlangt dann eine größere „Eingriffstiefe“, um so bewusster und differenzierter die Therapeutin sich mit der Wirksamkeit dieser auseinandersetzt.

„Bei geschulter „professioneller Empathie“, wie man sie bei gut ausgebildeten PsychotherapeutInnen und SupervisorInnen annehmen sollte, muss man davon ausgehen, dass hier eine weitaus größere „Eingriffstiefe“ der empathischen Praxis in der Exploration und bei der interventiven Einflußnahme vorliegt als „by empathy as usual“. Bei einigen Psychotherapieverfahren wird überdies explizit Empathie als wichtiger Wirkfaktor in therapeutischen Prozessen angesehen, etwa in der wissenschaftlichen Gesprächstherapie nach Rogers oder in der Psychoanalyse der Tradition Kohuts, etwa bei den Intersubjektivisten wie Stolorow, Orange u. a., und natürlich in der Integrativen Therapie. Auch in der Verhaltenstherapie, die mit Grawe (1998, 2004), Egger (2015) u.a. mit den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung (Lambert 2013; Wampold et al. 2018) die therapeutische Beziehung als den wichtigsten Wirkfaktor der psychotherapeutischen Behandlung ansieht, ist damit die Bedeutung der Empathie inkludiert.“ (Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U. 2019a/2020, S. 11)

Ohne eine mitfühlende Sympathie ist nach Ferenczi (1988) keine Heilung möglich. Der Therapeut fühlt mit dem Klienten, nimmt Anteil an seinem Leben. Er folgt dabei den Leitsätzen und dem Stil der partiellen Teilnahme und der selektiven Offenheit (Petzold 1980g). Empathie ist intersubjektiv, nicht nur der Therapeut fühlt sich in den Patienten ein, sondern auch der Patient kann mit dieser Erfahrung sich in den Therapeuten einfühlen. (Renz, Petzold 2006). Dieser intersubjektive, wechselseitige Aspekt der Empathie, auch als Mutualität bezeichnet (Ferenczi 1988) ist in der Integrativen Therapie von großer Bedeutung.

Psychiatrisch Pflegende nehmen einerseits die Rolle der „Experten des Alltags“ ein in dem sie sich mit den Defiziten und Ressourcen des Patienten in der Alltagsbewältigung und in der Gestaltung von Beziehungen auseinandersetzen. Andererseits sind Pflegefachkräfte oft auch die Vermittler und/oder Übersetzer der medizinischen und psychotherapeutischen Anliegen und Betrachtungsweisen in die Umgangssprache des Patienten.

(Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A., 2016, S.3),

Psychiatrische Pflege findet einzelfallbezogen und auch in Gruppen statt.

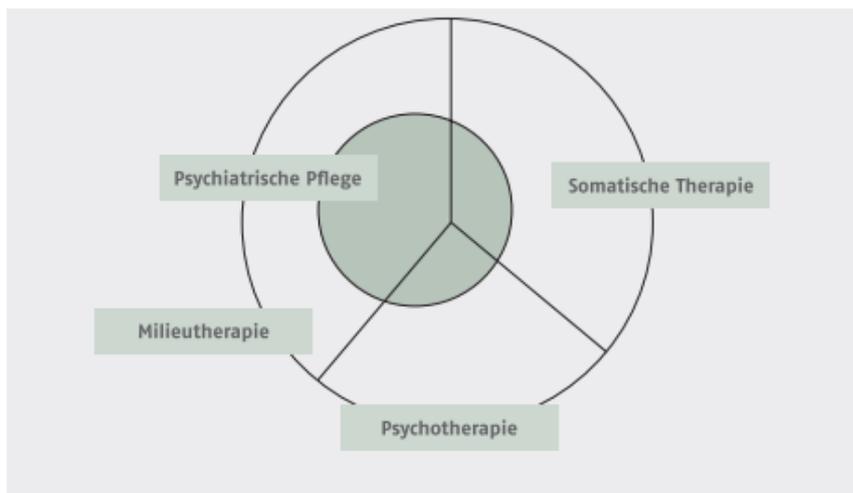
3.2 Pflegetherapeutische Gruppen

„Yalom schreibt: ‚Traditionell ist die Gruppentherapie eine Domäne des Pflegepersonals‘“

(Yalom, 2005, zitiert nach Pfennig, S.74)

Ein großer Teil der Gruppenarbeit wird in Psychiatrischen Institutsambulanzen von Pflegefachkräften selbständig durchgeführt oder Co-therapeutisch begleitet.

In einem reizarmen, strukturierten Milieu befassen sich pflegegeleitete Gruppen vorrangig mit dem Training alltagspraktischer Fähigkeiten, dem Sozialtraining und der Aktivierung der Patienten. Dabei nehmen die Pflegefachkräfte den ständigen Wechsel der Gruppenphasen wahr und moderieren diese. Sie koordinieren die Gruppen und zeigen sich dabei für deren Planung, Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, Evaluation und Reflexion verantwortlich.



◆ Abb. 1.1 Einbettung der Pflege in die Therapielandschaft

(Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. (2016), S.8)

„Sie (Pflegetherapeutische Gruppen) haben damit in erster Linie die Aufgabe, mit den Patienten Bewältigungsstrategien zu entwickeln und diese einzuüben – nicht zu deuten oder zu analysieren. Damit grenzt sich die pflegerische Arbeit von den verschiedenen Therapieformen anderer Bereiche innerhalb der psychiatrischen Institutionen ab.“ (Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A., 2016, S.3)

Gleichzeitig können versierte Pflegekräfte mit entsprechender Erfahrung, Weiterbildungsbereitschaft sowie fachlichen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten ihre (psycho-)therapeutische Kompetenz weiterentwickeln und einsetzen.

(vgl. Hopf, H. (2018), S. 100)

Ein multiprofessionelles Team bietet viele verschiedene Betrachtungs- und

Behandlungsmöglichkeiten bei der Auseinandersetzung mit der Problematik des Patienten. Gleichzeitig birgt es jedoch die Gefahr, den Betroffenen in Einzelteilen ähnlich eines Mosaiks, zu betrachten. In der stationären, teilstationären und ambulanten (PIA) Psychiatrie fällt oft den Pflegefachkräften die Aufgabe zu, für und mit dem Patienten eine Klammer zu bilden und ihn dabei zu unterstützen, das Erfahrene und Erfühlte in den eigenen Alltag zu übersetzen.

Die Autorin hat langjährige Erfahrung als Pflegefachkraft in der Psychiatrie und leitete sowohl im stationären als auch im teilstationären und im ambulanten Setting unterschiedlichste pflegetherapeutische Gruppen, vorwiegend Psychose-Edukationsgruppen, Alltagskompetenzgruppen und kreative Gruppen. So leitete sie zwei Theatergruppen im Rahmen des Therapieprogramms von Tagesklinikpatienten (Heß, H., Jurtzig, U. 2007)

Im Rahmen der „Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Zusatzqualifikation“ welche 1999 -2001 erstmals in Thüringen durchgeführt wurde, erwarb sie erste Kenntnisse und Erfahrungen mit Sozialtherapeutischen und Systemischen Ansätzen und lernte dabei die enge Verflechtung von psychischen Störungen mit der gesamten sozialen Umwelt des Patienten (Familie, Wohnsituation, sozialkulturelle Umwelt, ökonomische Situation...) kennen. Einen Ansatz, den sie während der Weiterbildung zur Poesie- und Bibliotheraeutin im Integrativen Verfahren in den „Fünf Säulen der Identität“ wiederentdecken und vertiefen konnte. (Petzold, H. G., 2003a)

Geprägt von diesen Ansätzen legte sie, in den von ihr geleiteten Gruppen ihr Hauptaugenmerk darauf, die Menschen in ihrer Ganzheit zu sehen, ihre Ressourcen zu fördern und durch das Schaffen von Spiel- und Erfahrungsräumen die Wahrnehmung des eigenen Fühlens und der eigenen gestalterischen Fähigkeiten zu unterstützen und zu fördern.

Vor diesem Hintergrund - mit grundsätzlicher Affinität zu Literatur und vielfältigen eigenen positiven Schreiberfahrungen - war die Zuwendung zur Integrativen Therapie in Form der Poesie- und Bibliothherapie für sie ein logischer Folgeschritt.

4. Die Integrative Therapie

Die Integrative Therapie versteht sich als ein Verfahren der klinischen Therapie, welches schulenübergreifend verschiedene Methoden integriert. Anfang der 1970iger Jahre wurde sie von Hilarion Petzold und Johanna Sieper begründet und entwickelt

sich ständig weiter.

„Die

„Integrative Therapie“ ist ein neurowissenschaftlich (Lurija, Damasio), entwicklungspsychobiologisch (Vygotskij, Rutter) und zugleich durch moderne phänomenologisch-hermeneutische bzw. wissenschaftsphilosophische Ansätze fundiertes biopsychosozialökologisches Verfahren „methodenübergreifender Humantherapie“, die Psychotherapie als Kernbestand hat. Sie versteht sich als „Strömung“ im Rahmen der klinischen Psychologie und in der forschungsgegründeten wissenschaftlichen Psychotherapie. Ihr Spezifikum sind ihre Orientierung an der „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ in einem Kontext-Kontinuum-System und ihre leib- u. bewegungstherapeutischen, kreativtherapeutischen und soziotherapeutischen Methoden, die einen ganzheitlichen und differentiellen therapeutischen Prozess der Heilung, Entwicklung und – wo angezeigt und gewollt – der „Lebensstilveränderung“ unterstützen.“ (Petzold, H.G. 2008g, S. 4)

Für die Integrative Therapie sind folgende „Grundorientierungen“ zu benennen:

1. Klinische Orientierung - mit der Aufgabe durch klinische und therapeutische Methoden und Interventionen Krankheit zu heilen bzw. Symptome zu reduzieren
2. Salutogenetische Orientierung – Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit
3. Persönlichkeitsentwickelnde Orientierung – der Mensch soll befähigt werden, seine Ressourcen und Potenziale zu nutzen und weiter auszubauen
4. Kulturalistische Orientierung – in dem sie für gesellschaftliche Dynamiken sensibilisiert und zur Verantwortungsübernahme ermutigt. Dabei fördert sie „ästhetische Erfahrungen“. (Petzold 1987d,1999p)

(Petzold, H.G., 2003e, S.91)

Die Integrative Poesie- und Bibliothherapie als wissenschaftlich fundierte kreativtherapeutische Methode hat die Grundhaltung und das Leitbild der Autorin noch einmal entscheidend erweitert und ergänzt

Die Konzepte der Integrativen Therapie können im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht dezidiert vorgestellt werden. Daher wird an dieser Stelle auf den Artikel von J. Groz „Verortung zentraler Konzepte der Integrativen Therapie in den „Tree of Science“ hingewiesen. (Groz, J., 2020)

Im Folgenden wird sich auf die – nach Meinung der Autorin - im thematischen Zusammenhang mit dem Arbeitsanliegen stehenden Konzepte beschränkt.

4.1 Das Menschenbild in der Integrativen Therapie

Das Menschen- und Weltbild der Integrativen Therapie setzt sich im Wesentlichen aus einem mundanologischen und einem anthropologischen Weltbild zusammen. So wird der Mensch in seiner Ganzheit, als Körper-/Seele-/Geistwesen, in seinem gesamten sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum gesehen. Als „Leibsubjekt“ ist er Teil der Lebenswelt, in der er auf dem Weg seines Lebens seine Persönlichkeit entfaltet und mit den für ihn wesentlichen Menschen seinen Lebenskontext gestaltet. Dabei stellt die Beziehungssetzung zur Ökologizität das Alleinstellungsmerkmal der Integrativen Therapie dar.

„Der Mensch [Mann oder Frau] ist ein Körper -Seele -Geist -Subjekt [= informierter Leib] in einem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum .

In der Ko-respondenz mit dem Anderen und in der Interaktion mit relevanten Umwelten hat er die Chance, in einem selbstreflexiven und diskursiven Entwicklungsprozess in der Lebensspanne und in den gegebenen und zu gestaltenden sozialen Netzwerken und Lebenslagen eine komplexe Persönlichkeit und damit seine Hominität zu entwickeln, d.h. ein kohärentes und zugleich pluriformes Selbst zu konstituieren, ausgestattet mit einem leistungsfähigen, transversal operierenden Ich und einer konsistenten, aber flexiblen Identität. Eine solche Persönlichkeit vermag sich in Wandlungen der Kultur und des Zeitgeistes zu regulieren und sich in wechselnden Lebenslagen und Veränderungen des sozialen Netzwerks, bei sich transformierenden Qualitäten des Lebens in Gesundheit und Krankheit, Glück und Leid zu entwickeln und zu einer persönlichen Souveränität und Lebenskunst zu finden. Dabei gelingt es ihr, in all diesem Sinn zu schöpfen, Sinnlosigkeit auszuhalten und im Meer der Weltkomplexität hinlänglich sicher zu navigieren, weil komplexe Persönlichkeiten fundamental in zwischenmenschlichen Beziehungen, in Dialogen, in intersubjektiver Ko-respondenz!, in kokreativen Polylogen" verwurzelt sind, welche selbst wiederum in Makro- und Mikroulturen gründen“

(Petzold, H.G. 2003e, S.83)

Ausgehend von den Grundantrieben des Menschen - der Mensch als soziales Wesen, explorative Neugier, poetische Gestaltungskraft, Mensch als multisensorisches, multiexpressives und multi-mnestisches Wesen - und dabei vor allem aus der explorativen Neugier und der poetischen Gestaltungskraft, ergibt sich eine wichtige Rolle der künstlerischen Therapieformen für die Psychotherapie.

Auch dabei kann von den fünf Dimensionen der Anthropologischen Grundformel ausgegangen werden:

1. Körper/Soma – Körpertherapie (sich seines Körpers bewusst werden, Haltung gewinnen etc.)
 2. Seele/ Psyche – Psychotherapie (Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Kreativität, emotionale Flexibilität, Differenziertheit etc.)
 3. Geist/ Nootherapie (meditative Wege, Besinnung, Fragen nach dem Lebenssinn, Zielen etc.)
 4. Kontext/ Soziotherapie, Familientherapie (tragfähige Soziale Netzwerke etc.)
 5. Kontinuum/ Ökotherapie (ökologischer Kontext, Projekte etc.)
- (Petzold, H.G., 2003e S. 79)

Die Kunsttherapieformen und somit auch die Poesie- und Bibliothherapie sind der Psychotherapie zuzuordnen. Sie können gleichermaßen als Begleitmedium im Rahmen des intermedialen Ansatzes andere Therapieformen begleiten und – entsprechend der Erfahrungen der Autorin - auch in der Psychiatrischen Pflege eingesetzt werden.

4.2. Die Grundregel der Integrativen Therapie und die sich daraus ableitenden Grundsätze für die Therapeutische Beziehung

Die Grundregel der IT wurde aus dem gesamten theoretischen Fundus der Integrativen Therapie formuliert. (Petzold, H.G., 2000a)

Nach Sigmund Freud ist Psychotherapie auch als Kulturarbeit zu verstehen.
(Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J., 2013, S. 2)

Ausgehend von den 10 Basiszielen „Integrativer Kulturarbeit“ (Würde und Integrität, Konvivialität, Förderung der Kernqualitäten des Menschen, „Hominität“, „wachsamer Ideologiekritik“, „Meliorismus“, „Altruismus“, Friedensarbeit, Entwicklung

„ökosophischer Lebensformen, kulturkritische Bewusstseinsarbeit)

(Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J., 2013, S.5-13)

werden u.a. nach dem Prinzip der Transversalen Vernunft², der Intersubjektivität³, der Ko-Kreativität, der Wertschätzung für die Andersheit des Anderen in einer konvivialen Atmosphäre in polylogischen Auseinandersetzungen, viele Fachgebiete integriert. (Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I., 2013)

Die Transversale Vernunft stellt dabei eine „Leitidee“ der Integrativen Therapie dar.

»Das Ziel transversaler Vernunft im integrativen Verständnis ist, komplexe Zusammenhänge aus Kultur, Wissenschaft, Politik, Technik und Wirtschaft, aber auch aus der persönlichen Lebensführung unter dem Fokus und Primat einer zukunftsgerichteten, lebenssichernd orientierten, konvivialen Ethik zu reflektieren – lebenssichernd für das Ökosystem dieses Planeten und damit für seine humanen und nicht-humanen Lebewesen.«...“ (Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. 2019c/2022, S. 13)

Für die Integrative Therapie ist ein phänomenologisch und hermeneutisch fundierter Theorie/Praxisansatz kennzeichnend, der auf der Arbeit mit den jeweiligen Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen, höhere Kognitionen) und Performanzen (Fertigkeiten, Handeln) basiert.

„Unsere Arbeit ist auf Kompetenzen (Fähigkeiten, Wissen, höhere Kognitionen) und Performanzen (Fertigkeiten, Handeln) zentriert und wurde neben den Sachbezügen der je spezifischen Aufgabe immer auch auf einer Metaebene als eine verkörperte und handlungsorientierte Praxis im Dienste konkreter melioristischer oder humanitärer Ziele gesehen (Leitner, Petzold 2005). Das erforderte einen „konnektivierenden“, zuweilen „collagierenden“ Stil komplexen zukunftsgerichteten Denkens (es geht ja um Ziele) vermittelt „höherer Kognitionen und Emotionen“ ...“ (Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. 2019c/2022, S. 6)

Im Ko-respondenzmodell wird die intersubjektive, ganzheitliche Auseinandersetzung zwischen Menschen (Gruppen, Systemen) über die wahrgenommene Wirklichkeit mit

² **Transversale Vernunft:** ist die Grundlage für persönliche Souveränität, querverlaufend, kleinster gemeinsamer Nenner (vgl. Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

³ **Intersubjektivität:** wechselseitiger Austausch auf gleicher Ebene, Anerkennung der Verschiedenheit, Doppelstruktur Selbstheit/Zugehörigkeit, aufeinander zugehen, miteinander antworten und bezogen sein (vgl. Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

dem Ziel der Integrität erklärt.

„Erlebte Erfahrungen werden dabei als Basis der Persönlichkeitsstruktur gespeichert (interiorisiert) und als Erwartungen und Motivationen in die Zukunft projiziert.“

(Groz, J., 2020, S.33)

Wichtige Prinzipien des Ko-respondenzmodells sind u.a.: Alles Sein ist Mit-sein, Alles fließt, die Lebensprozesse vollziehen sich im ständigen Wandel, die Wirklichkeit ist pluriform, die Anthropologische Grundformel, der Mensch ist auf Mitmenschen gerichtet und das Identitätskonzept.

Das Ko-respondenzmodell verläuft in 4 Phasen (Theorie-Praxis-Zyklus des Ko-respondenzmodells): 1. Differenzierung - Komplexität, 2. Strukturierung - Prägnanz, 3. Integration - Stabilität, 4. Kreation – Transgression), welche intersubjektiv und auch im inneren Dialog stattfinden. (Petzold, H.G., 1978c/1991e)

Die Grundregel der IT basiert auf zwei Qualitäten:

1. Konvivialität, d.h. der Therapeut bietet einen gastlichen Raum, in dem Affiliationen in Dialogen und Polylogen möglich sind
2. Partnerschaftlichkeit, d.h. die gemeinsame Aufgabe der Therapie soll unter den Bedingungen eines geregelten Miteinander angegangen werden

Der **Patient** muss die Bereitschaft mitbringen, sich mit sich selbst, seiner Lebenssituation, seiner Störung einzubringen und sich mit dem Therapeuten diesbezüglich auseinanderzusetzen.

Der **Therapeut** bringt seine fachliche Professionalität (dies umfasst auch die Bereitschaft zur Weiterbildung und Supervision) ein, erklärt sein Vorgehen und ist bereit, sich mit seiner intersubjektiven Grundhaltung partnerschaftlich (d.h. wechselseitiger Austausch auf gleicher Ebene) mit dem Patienten auseinanderzusetzen. Er ist bereit, den Patienten mit seiner Störung und vor allem mit seinen Ressourcen zu sehen. **Therapeut und Patient** arbeiten gemeinsam nach dem Prinzip der doppelten Expertenschaft. Sie respektieren die Andersheit des Anderen und dessen eigene Souveränität. Sie arbeiten ko-respondierend und lösungsorientiert.

Das **Setting** richtet sich nach gesetzlichen Bestimmungen und fachverbandlichen Regelungen. Das **Therapieverfahren** sollte flexibel wählbar und vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Theorien begründbar reflektiert werden.

Der Umgang miteinander muss an die Sprachebene, an die psychische Verfassung und die Verstehensebene des jeweiligen Gegenübers angeglichen werden und die persönlichen Erklärungsmodelle und Alltagstheorien des Patienten sollten einbezogen werden.

Aus der Grundregel der IT ergeben sich folgende Grundsätze für die Therapeutische Beziehung: Gastlichkeit (Liebevolle Annahme und Begleitung), Aushandeln des Umgangs mit Grenzen, Intersubjektives Geschehen, Prozesshaftigkeit, Informierende Übereinstimmung, Affiliationsverhältnis (Zugewandtheit, Vertrauen, Wechselseitige Empathie), Ko-respondenz, Ressourcenorientiertheit, Respekt vor dem Anderssein des Anderen, Würde und Integrität, positiver Blick, Regeln, Verträge, Konsens, Polylogisches Prinzip, Vorsicht bei Deutungen, Doppelte Expertenschaft. Dabei ist die Mitverantwortung des Patienten unabdingbar. Durch das gemeinsame Tun von Therapeut und Patient kann der Patient Empowerment erhalten und persönliche Souveränität entwickeln. (Petzold, H.G.,2000a)

4.3 Das Integrative Konzept von Sprache

Aus Integrativer Sicht liegt der Sprache zuerst die Ausstattung des Menschen mit verschiedenen Gedächtnissystemen (genomisches, immunologisches, neurocerebrales Gedächtnis) zu Grunde. Diese Gedächtnissysteme bilden sozusagen die „Hardware“, d.h. die technische Grundvoraussetzung für die Entwicklung der eigenen Sprache. Diese „Hardware“ wird ergänzt durch die Körperlichkeit, heißt: durch alle Prozesse der Psyche, der Sozialität und der persönlichen Ökologie. Der Mensch wird somit zum Leibsubjekt⁴, welches wechselwirksam in die Lebenswelt eingebettet ist (embodied and embedded). (Petzold, H. G., 2002j)

⁴ **Leibsubjekt** Besteht aus: 1) Körper: Gesamtheit aller physiologischen bzw. organismischen Prozesse (Motorik, Sensorik, etc.) 2) Psyche: Gesamtheit aller Prozesse des Empfindens, Fühlens und Wollens (Affekte, Emotionen, Stimmungen, Motivationen, Volitionen) 3) Geist: Gesamtheit aller kognitiven, reflexiven, mnestischen, imaginativen, wertenden und spirituellen Prozesse im Verein mit der 4) Sozialität: Gesamtheit aller kommunikativen und sozialen Prozesse vor dem Hintergrund 5) Der persönlichen Ökologie als der Gesamtheit aller persönlichen relevanten, ökologischen Bezüge, diese eingebettete in die regionalen und mundanen ökologischen Bezüge. (Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

„Wo Sprache ist, ist Leiblichkeit - der Mensch als sprechendes, lesendes, schreibendes Leib-Subjekt in Kontext und Kontinuum von Gemeinschaften. Wo Sprache und Leib sind, ist Gedächtnis, das Worte, Begriffe, Sätze, Metaphern, Bilder festhält, lebendigen "Kontext im Kontinuum" in den Archiven des Leibes aufzeichnet.“
(*Orth, I., 2009, S.3*)

Das Konzept Sprache im Integrativen Ansatz leitet sich davon ab, dass der Mensch sich in Polylogen - inneren und äußeren - entwickelt und entfaltet.

„Sprache ist Welterkenntnis in Kontext und Kontinuum, in Menschengemeinschaften, im Polylog konkreter Sprecher entstanden und weiter entstehend: durch kokreative Transformation von lebendiger, multisensorischer Welterfahrung auf eine symbolische Ebene. Sie ist daher universal und individuell zugleich. Um Sprechen und Sprache zu verstehen, ist deshalb ein multitheoretischer Zugang erforderlich (*Petzold, H. G. 2010f, 1971j, S. 41*)

Ein wesentlicher Aspekt Integrativer Poesie- und Bibliothherapie ist es, die Patienten dabei zu ermutigen und unterstützen ihre eigene Sprache zu finden.

„Die Basis der Sprache ist der wahrnehmungsfähige, mnestisch speicherfähige, handlungs- und kommunikationsfähige Leib im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum. Sprache gründet in den kokreativen Tätigkeiten von Menschen/Menschengemeinschaften in der Welt und in den dieses Tun begleitenden Mentalisierungsprozessen, durch die, aus der Evidenz multisensorischer Erfahrung, in unterschiedlichen Bewusstseinsgraden eine symbolisch erfassbare, beschreibbare und kommunizierbare „Humanwelt“ konstituiert wird, zu der Sprache unabdingbar gehört und für die sie ein Strukturmoment ist. Sprache aktualisiert sich in Sprechereignissen, im konkreten, lebendigen Gebrauch von und zwischen SprecherInnen, Einzelsubjekten und Gruppen in Kontext/Kontinuum – im Sprechen zur Informationsvermittlung, Handlungskoordination, Welterklärung, zur Selbst- und Weltgestaltung. Sie ist damit schöpferisch, gewinnt dabei beständig an Komplexität und trägt in diesem konfigurativen Wechselspiel von Struktur und Prozess zugleich zur Komplexität von Subjekten, von Gemeinschaften und Gesellschaft bei. Das führt zu komplexeren Sozialverhältnissen und damit wiederum zur Emergenz erweiterter und vertiefter sprachlicher Differenzierungen, ermöglicht Sprechen über Wahrnehmen und Wahrgenommenes, Sprechen über Vorstellungen, Sprechen über Sprechen, Denken über Denken, Diskurse über Diskurse, Selbstüberschreitungen

und Entwicklungen, die zu neuem Sprechen über Wesentliches führen, zu ästhetischem Sprechen und zu ethischem Sprechen, das Hominität entfalten und Humanität voranzubringen vermag (Petzold 1982c).“ (Petzold, H.G., 2010f, S.41)

Die Sprache, in Polyaden entstanden, braucht mehrere Personen. Ein Individuum versteht sich selbst, wenn es von Anderen verstanden wird und ein Gedanke braucht einen anderen Menschen, um verstanden zu werden. Alles basiert auf Sprache: denken, fühlen, kommunizieren, sich selbst und die Welt erfahren. Sprache drückt sich nicht nur in den Worten der jeweiligen Muttersprache aus, sondern auch im Denken, in Wahrnehmungen, Gefühlen und Leiblichkeit, und Sprache drückt genau dieses Denken, diese Wahrnehmungen, Gefühle und Leiblichkeit in Worten aus. Die Sprache „...umflutet ihn (den Menschen) mit ihren Worten wie Wasser, das einen bereiteten Grund tränkt.“(Petzold, H.G., Orth, I. 2015,S.67)

Die Sprache ist die Grundlage jeglicher menschlichen Kultur: Alle Erfahrungen in den ökologischen, sozialen und kulturellen Räumen der Welt, können nur durch Sprache beschrieben und mitgeteilt werden. Sie werden durch Worte, Bilder, Metaphern und Erzählungen hervorgebracht. Die komplexe Evidenzerfahrung⁵ findet in der Sprache ihren Niederschlag.

Nur durch Sprache ist es möglich, dass Menschen ihr Denken und Tun abstimmen, sich untereinander mitteilen können. Ohne Sprache ist keine Identitätsbildung möglich. (Petzold, H.G., 2012q)

Worte geben Sicherheit – im Leid durch Trost, in Angst durch Beruhigung, im Glück durch die geteilte Freude. Wir sind nicht allein, sondern leben in einer Gemeinschaft aus grundsätzlicher Verbundenheit. Worte können zum Lachen animieren. Genauso können Worte verunsichern, verletzen, ausgrenzen, wehtun.

Bezogen auf die Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist festzustellen, dass eine der grundsätzlichen Aufgaben von Psychiatrischer Bezugspflege das Finden einer gemeinsamen Sprache mit dem Patienten darstellt. So ist es für den Betroffenen nur dann möglich, psychotherapeutische Interventionen umzusetzen, wenn er sie in seine Sprache übersetzen kann. Erst wenn er die Sprache für sich versteht, ist es ihm

⁵ „Unter vitaler Evidenz verstehen wir das Zusammenwirken von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung, leibhaftigem Erleben und sozialer Bedeutsamkeit“ [1b,917].“
(Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

möglich, das Gehörte mit seinen Erfahrungen abzugleichen und in Beziehung zu setzen. Nur dann kann er entscheiden, was er umsetzen oder verändern möchte.

4.4 Gesundheits- und Krankheitslehre

Als Krankheit werden Störungen bezeichnet, die im Ablauf der Lebensvorgänge mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit einhergehen und meist mit wahrnehmbaren Veränderungen des Körpers verbunden sind.

Krankheit ist die: „Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen“.

(Pschyrembel online <https://www.pschyrembel.de/>)

Bei einer psychischen Erkrankung kommt ein weiterer Aspekt, nämlich der Aspekt der Beziehung dazu: „...dass ein Mensch der krank, abweichend, irre, verrückt ist, in Beziehungen zu anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz, zu seinen Gefühlen verfehlt handelt.“ (Dörner, K., Plog, U. 1996, S.35)

Wenn also der Aspekt der Beziehung einbezogen wird, ist es nicht mehr möglich nur von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen, sondern es ist nötig das gesamte Lebensgeflecht mitzusehen. Dadurch erhält der Begriff „krank“ eine breitere Bedeutung: „Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, eine Beziehung zu sich, zu anderen oder zur Umwelt aufzunehmen.“

(Dörner, K., Plog, U. 1996, S.35)

Psychische Erkrankungen und seelische Störungen lassen sich durch das Bio-Psycho-Soziale Entstehungsmodell (auch Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell) erklären. (Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., 2004)

Auf Grund auftretender Dissonanzen unterschiedlicher Ausprägung in den genannten Bereichen des Modells kann es zu einer erhöhten Vulnerabilität/Disposition für verschiedenste psychische Störungen/Erkrankungen kommen. Dabei spielen sowohl neurobiologische Faktoren (z.B. Neurotransmitterstörungen im Gehirn, genetische Veranlagungen, körperliche Erkrankungen) als auch Psycho-Soziale Faktoren (Umgebungsfaktoren, Prägungen) eine Rolle. Trifft auf eine erhöhte Vulnerabilität Stress (im weitesten Sinne), dann können unterschiedlichste

körperliche und psychische Symptome auftreten. Entscheidend für die Ausprägung, Art und Umgang mit der Symptomatik ist, welche Bewältigungsstrategien Regulationskompetenzen und -Performanzen⁶ - dem Betroffenen zur Verfügung stehen.

Die Integrative Therapie benennt 3 Ebenen, auf denen diese Anpassungsleistungen, **Passungen**⁷, erforderlich sind: „1. die genetischen Vorgaben, die das Grundpotential jeder Entwicklung bereitstellen (nature), 2. die Umwelteinflüsse, durch die dieses Potential entfaltet werden kann (nurture), 3. das Subjekt, das in Prozessen personaler Selbsterfahrung auf dem Boden der genetischen Potentiale (1.) Umweltchancen (2.) nutzt, um sich als Person zu verwirklichen (person).“ (Petzold, H.G.,2005,S.38)

Ausgehend von der Integrativen Persönlichkeitstheorie, welche die Elemente **Selbst, Ich** und **Identität** beleuchtet und die Entstehung von Identität als Korrespondenzprozess in ständiger Zwiesprache von Identifizierung (Fremdzuschreibung) und Identifikation (Selbst Attribution) definiert, wird deutlich, dass Identitätssicherheit, nur dort zustande kommen kann, wo Resonanz entsteht. Das heißt, nur dort, wo der Mensch sich wahrgenommen fühlt, als derjenige, der er ist, kann er sich stabil und selbstbewusst entwickeln. Im Integrativen Ansatz wird der **Bewertung** (der eigenen und der der anderen) eine zentrale Rolle im Identitätsprozess zugesprochen.

Der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung kann beeinträchtigt werden durch: Traumatisierungen (Überstimulierung), Defizite (Unterstimulierung), Störungen (distortive, inkonstante, uneindeutige Stimulierung), Konflikte (widerstreitende Stimulierung äußerer Konflikte, innerer Konflikte) (Höhmann-Kost, A., Siegele, F., 2004)

⁶ : Performanz: „Fertigkeiten, die zum Erreichen eines Zieles notwendig sind und die ein Mensch umsetzt, wobei entsprechende Fähigkeiten (Kompetenz) vorhanden sein müssen“ (Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

⁷ „Im Integrativen Ansatz werden die Prozesse **dynamischer Regulation** zwischen Systemen als **Passung** bezeichnet, die eine hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation ermöglichen und gewährleisten. Passung ist eine Grundbedingung von **Affiliation**“ (Petzold 2000h)

Infolge dieser Beeinträchtigungen können **Pathogene Konstellationen** entstehen. So kann es zu Störungen der **Relationalität**⁸ z.B. in der Beziehung zum Anderen, in der Beziehung zur eigenen Leiblichkeit (dadurch dass man den Leib zum Objekt macht) und der Beziehung zur eigenen Sprache kommen, die Relation zur eigenen Zeit kann verloren gehen, die Beziehung zur Welt kann gestört sein. (Petzold, H.G., Orth, I., 2015, S.65/66)

Zusammengefasst lässt sich also sagen: Bei einem pathogenen Geschehen kommt es zur Störung der Relationalität und diese führt zur Entfremdung vom Vertrauten, zur Abspaltung, zur Störung der Affektivität und des Antriebes, zu Fehlwahrnehmungen bis hin zum psychotischen Erleben, zu kognitiven Beeinträchtigungen und vielem mehr. Denken, Wahrnehmen, Fühlen und Handeln stehen nicht mehr in ihrem gewohnten geordneten Verhältnis zueinander, sondern geraten ins Ungleichgewicht. Es entsteht Chaos, welches zur Verunsicherung führt. Die Symptome psychischer Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen sind vielfältig und unterschiedlichster Ausprägung. Um psychische Störungen und Erkrankungen zu heilen, bzw. deren Symptome zu mildern und/oder, um den Betroffenen ein erfülltes und sinnbringendes Alltagsleben zu ermöglichen, steht die Beseitigung der Ursachen solcher Phänomene (persönliche und gesellschaftliche) im Mittelpunkt der Behandlung. Es geht dabei jedoch nicht nur um das Erkennen von Ursachen der Erkrankung, sondern vor allem auch darum, die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen zu erkennen, zu erweitern und einzusetzen. Die Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen erfordert zudem häufig den Einsatz von Medikamenten und bedarf multiprofessioneller Interventionen wie Psychoedukation, Soziotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Bewegung und nicht zuletzt kunsttherapeutischer Interventionen. Im Integrativen Sinne geht es also für den Betroffenen darum, Verbindendes (im Inneren wie im Äußeren) herzustellen und

⁸„Relationalität ist ein Oberbegriff, unter dem die höchst differentiellen Modalitäten zwischenmenschlichen Miteinanders bzw. Sich-Beziehens gefasst werden, die Menschen in dyadischen oder multidirektionalen, interaktiv-kommunikativen Situationen zu einem oder mehreren anderen Menschen aktualisieren können – also auch in Situationen der „Multirelationalität“, zu denen wir von Säuglingszeiten an fähig sind. Über diese Relationalitätsmodalitäten belehrt uns die Sprache – z. B. mit Begriffen wie Kontakt, Begegnung, Abhängigkeit, Hörigkeit – oder informiert uns die klinische Erfahrung – mit Übertragung/Gegenübertragung – oder die sozialpsychologische Forschung, etwa über Affiliation, Reaktanz, Bindungsverhalten usw.“ (Petzold 2000h)

darum, Vertrauen (zu sich selbst und zur Umwelt) aufzubauen. Relationalität zu erhalten, wiederzufinden und über das Gegebene hinaus zu entfalten.

5. Die Poesie und Bibliothherapie im Integrativen Verfahren

„Rezeptive Kunsttherapie zentriert in der „ästhetischen Erfahrung des Selbst mit sich selbst und seiner Lebenswelt“ in seiner Lebensspanne und in einem jeweils gegebenen Raum vollkommener Wechselseitigkeit der Wahrnehmung, Betrachtung, Erkenntnis, Sinnschöpfung. Sie erfolgt in einem ko-respondierenden, intersubjektiven Prozeß *z w i s c h e n* der Therapeutin, dem Patienten, dem Kunstwerk/Objekt und dem Kontext mit dem was er umschließt (zum mehrperspektivischen Beziehungskonzept (Beziehung zum Anderen, zu den Dingen, zur Welt, zu sich selbst) vgl. Petzold (1996a) 300ff, „Beziehung und Deutung“, S.285 ff) und zielt auf die schöpferische Gestaltung des eigenen Selbstes und der eignen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit in engagiertem Zusammenwirken.“

(Petzold, H.G. 1999q, S.2)

Therapie ist immer ein schöpferischer Prozess, der von „Integration und Kreation gekennzeichnet ist“ und sich oft ko-kreativ, im Konflux vollzieht (Petzold, H.G., Orth, I., 2015, S. 68)

Im deutschsprachigen Raum wurde die Poesie- und Bibliothherapie⁹ von Hilarion Petzold und Ilse Orth in den 1970er Jahren eingeführt und wird seither als Integratives Verfahren stetig weiterentwickelt.

Leib, Sprache und Gemeinschaft bestimmen die im „zwischenleiblichen“ Miteinander wurzelnde persönliche und kulturelle Identität des Menschen. Im „informierten Leib“ sind die körperlichen, emotionalen, geistigen, sozialen und ökologischen Dimensionen miteinander verschmolzen.

(Petzold, H. G.,2002j, Petzold, H.G., Orth, I., 2017a)

Die IPBT verwendet die Medien Text und Buch - also die Sprache -, um einerseits

⁹ Definition: „Integrative Poesie- und Bibliothherapie ist ein methodischer Ansatz im Rahmen der „Integrativen Therapie“ zur Behandlung seelischer und psychosomatischer Erkrankungen und zur Bewältigung von Lebenskrisen. Darüber hinaus ist er aber auch in der Selbsterfahrung zur Entwicklung der Persönlichkeit und zur Verbesserung von Lebensqualität einzusetzen durch das gemeinsame Erfahren von Literatur, im Lesen von Poesie und Prosa und im Gestalten eigener Texte als persönlichen Narrationen.“ (Petzold, H.G., Orth, I., 2015, S.58f)

Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung (Förderung von Gesundheit und Individualität) und andererseits Prozesse der Heilung (in reparativer Hinsicht zur Beseitigung von Störungen, Traumatisierungen, Konflikten und Defiziten zu unterstützen.

Ausgehend vom unter Punkt 4.3 beschriebenen Integrativen Konzept von Sprache basiert diese Methode auf der Überzeugung, dass sinn-voller Sprache eine immense Heilkraft zu eigen ist.

Sprache besteht nicht aus leblosen Vokabeln, sondern sie ist immer im Zusammenhang mit den Lebenskontexten des Sprechenden zu sehen.

Sprache geschieht auch und vor allem in schweigsamen Momenten. Sprache ist nicht nur verbal, sondern sie geschieht durch Mimik und Gestik, durch Lautstärke, durch Betonung, durch Rhythmus und Sprachmelodie. Worte sind leibhaftig artikuliert. Das Zusammenspiel von Leib-Kontext und Sprache beschreibt Ilse Orth als eingefleischte Gewohnheiten. Das, was „eingeleibt“ wurde, kann jederzeit aus dem Leibgedächtnis wieder hervorgeholt werden, nämlich durch „erlebnisaktivierende Sprache“ und „erlebnisaktivierende Gestik“.

(Orth, I. 2009, S.3)

Auf dieses Prinzip fungierender Kontextualisierung stützt sich eine der wichtigsten Strategien von erlebnisaktivierenden Therapieformen (also auch der IPBT):

„Durch szenische und atmosphärische Evokation werden Farben, Formen, Bilder, Geräusche, Gerüche, Empfindungen von Wärme oder Kälte, Leichtigkeit oder Schwere aufgerufen, so dass Gegenstände oder Einzelereignisse einen Kontext erhalten, ihren Ort in einer Narration, in der eigenen Lebenserzählung (Biosodie) bzw. in der Aufzeichnung dieser Erzählung als "Biographie".“ (Orth, I. 2009, S.8)

Es ist davon auszugehen, dass diese Kontextualisierungen auf realen Szenen beruhen, die der Mensch erlebt hat. Im Rahmen der IPBT ist es möglich, durch Fantasie Imaginäre Kontexte entstehen zu lassen. Diese können in bunten Farben ausgebaut werden, oder sich in Richtungen entwickeln, die in der Realität nicht möglich scheinen. Sie können dem kleinsten Detail eine überdimensionale Bedeutung geben. Sie können sichere Wege verdeutlichen, den Stolz auf gegangene Wegstrecken entfachen und Abenteuerlust wecken. So kann Kontextualisierung zu Rekontextualisierung führen.

„Zuweilen ist es aber wichtig, dass "kreative Dekontextualisierungen",

Dekonstruktionen stattfinden, um allzu Festgefügtes zu mobilisieren, alte Formen aufzubrechen, neue Perspektiven zu erschließen, Kontextüberschreitungen möglich zu machen, Anstöße zur Bewältigung und Entwicklung durch das Beschreiten ungewöhnlicher Wege zu geben, Motivationen für schöpferisches Tun und Fantasie anzuregen.“ (Orth, I. 2009, S. 10)

So kann Sprache die Freiheit schaffen zu experimentieren und neue, andere Wege zu gehen. Es sei noch einmal hervorgehoben, dass Kontextualisierung durch leibliches sprachliches Erleben beim psychisch gesunden Menschen vielfältige lebendige Kontextbezüge herstellen kann. Bei seelisch instabilen Menschen kann sie - durch Entfremdung und Abspaltung - zu einer Dekontextualisierung von Erlebtem kommen. Es ist u.a. ein Ziel der IPBT, dass die Patienten sich neue Erfahrungen einverleiben können und dadurch offener, mutiger für kreative Lösungsansätze werden, die sie bei ihrer emotionalen Nachreifung unterstützen können.

Die Sprache der Poesie versucht, erlebtes, mit allen Sinnen wahrgenommenes Leben in Worten zu gestalten. Durch gemeinsames Lesen, Erzählen und durch Rückmeldungen (Sharing und Feedback) entsteht Kommunikation in Interaktion. Wird, wie im Eingangszitat dieses Abschnittes bereits erwähnt, Therapie als eine kreative Auseinandersetzung des Begreifens und des Gestaltens verstanden, dann kann Therapie die lebendige Sprache auch dazu nutzen, sie als leiblich-konkreten Ausdruck für den Menschen selbst, in der Interaktion mit anderen Menschen und zwischen Mensch und Gesellschaft erfahrbar und fassbar zu machen.

5.1 Modalitäten und Ablauf der IPBT

In der IPBT werden Texte als Artikulationen des individuellen und kollektiven Lebens (des Leibes und der Lebenswelt) gesehen.

Im **rezeptiven Ansatz** werden literarische Texte als „Pharmakon“ eingesetzt. Dabei sollen Emotionen evoziert, eine Partizipation an Bewältigungs- und Verarbeitungsprozessen des Autors erreicht und ein Gewinn von Einsicht in die eigene Problemlage durch das, was der Text zu sagen hat, erreicht werden.

Beim **aktiv/produktiven Ansatz** schreiben die Klienten/Patienten selbst Texte. Durch kreatives Schreiben entstehen Narrationen der persönlichen Biografie und der kollektiven Geschichte als „gelebte Texte“.

Die IPBT kann in **Einzel- oder Gruppentherapie** erfolgen, sie kann sowohl als eigenständige Methode, als auch additiv oder supportiv eingesetzt werden. Das Vorgehen in der Therapie ist, dem Ansatz der IT entsprechend, multimodal. (Petzold, H.G., 2003e, S. 95)

Modalitäten:

1. Übungszentriert-funktionale Modalität: – Arbeit an literarischen Formen

Bei diesem Vorgehen geht es um das Kennenlernen verschiedenster literarischer Formen, sowie um deren Einübung und um den Umgang mit der eigenen Sprache. Also darum, Handwerkszeuge zu erwerben, um diese entsprechend einsetzen zu können. „In diesem Arbeitsstil wird das gesunde Funktionieren des Organismus gefördert – durch systematische Übung (Dürckheim 1961) und Training (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997)...“

2. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität

Es werden kreativitätsfördernde Methoden und Medien eingesetzt, um alternative Erfahrungen machen zu können.

Bei diesem Vorgehen ist die Aufmerksamkeit darauf gerichtet, den Klienten die Möglichkeit zu persönlichen Erlebnis- und Ausdrucksspielräumen zu eröffnen. Dieses geschieht nicht im Aufarbeiten der Biografie, sondern im Erschließen neuer oder alternativer Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten.

Bei ihren Interventionen verzichtet die Therapeutin dabei auf ein aufdeckendes und durcharbeitendes Vorgehen. Es ist vielmehr das Ziel, den Moment als solchen zu erleben. Ohne Zensur und Reglementierung kann der Patient sich selbst in neuen Rollen erleben. Trauer bleibt Trauer und Freude bleibt Freude. Die innere Beteiligung des Therapeuten an bspw. solcher Freude ist von zentraler Wichtigkeit, nach dem Prinzip, sich mitfreuen, aber am Anderen.

3. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität: – Arbeit im Prozess

Dabei geht es um prozessorientiertes Arbeiten. Es werden unbewusste Konflikte und psychodynamische Probleme aufgesucht, diese bewusst gemacht und durchgearbeitet.

Im Problemlöseprozess, welcher nicht linear verläuft, sondern von Kontinuität und Diskontinuität gekennzeichnet ist, kommt dem Moment des Durcharbeitens eine besondere Bedeutung zu.

Ein Text beinhaltet immer mehr an Sinn, als der Schreiber beabsichtigt hat und er selbst zu erkennen und erfassen vermag. Diese Modalität sollte im Zusammenhang mit pflegegeleiteten Gruppe nicht angewandt werden.

4. *Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität*

Dabei geht es um eine die Therapie begleitende beratende Arbeit mit dem Patienten z.B. zu besonderen Lebensumständen, Ereignissen oder Problemen. Auch Elemente der Psychoedukation können hier einfließen

5. *Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität*

Diese Modalität ist darauf gerichtet, dem Patienten seine Ressourcen und Fähigkeiten in seiner Lebenslage, in seinem sozialen Netzwerk aufzuzeigen.

6. *Medikamentengestützte, supportive Modalität:*

Manche Störungs- und Krankheitsbilder müssen mit Medikamenten behandelt werden. Psychoedukation ist hierbei ein adäquates Mittel, um die Patienten über ihr Krankheitsbild und die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme aufzuklären (Petzold, H.G., 2012h, S.30)

5.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung

„Die Arbeit mit den WEGEN und Faktoren ist immer in Beziehungs- und Behandlungsprozesse mit den PatientInnen (KlientInnen, LehranalytandInnen, vgl. Petzold, Leitner et al. 2008) eingebettet und muss in diesem Beziehungsgeschehen und seiner Dynamik vor dem jeweils gegebenen Kontext verstanden und reflektiert werden.“ (Petzold, H.G., 2012h S. 24)

Heilung und Förderung geschieht in heilsamen Prozessen, denen ein heraklitischer¹⁰ Weg durch die Zeit, unter permanenter Veränderung der Welt und damit zugleich eine kreativ-kokreative Gestaltung des Lebensweges zu Grunde liegt.

¹⁰ „**Heraklitisch:** Sich auf den (antiken Philosophen) Heraklit bzw. dessen Philosophie berufend, wie z.B. die IT (z.B. [1b,413ff]); z.B.: „alles fließt“; das „heraklitische Prinzip“ (immerwährender Wandel der Welt und des Menschen) ist das ultimative Metaprinzip der IT [1b,462].“ (Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

Dem Menschen gelingt es, Wege und Ziele zu planen, umzusetzen und zu bewerten. Er verfügt also über weitreichende Kompetenzen, die ihn zu Rückblick, Vorschau, Weitblick und Umsichtigkeit befähigen. Mit seinen, ihm eignen, spezifischen Performanzen kann er seine vitalen Antriebe und Motive steuern und regulieren (immer im Zusammenspiel mit seinen sozialen Kontexten).

Diese Kompetenzen und Performanzen können sowohl durch Defizite in der Sozialisation, als auch durch Belastungen und Traumatisierungen gestört sein.

Auf den persönlichen Lebenswegen finden ständig Interiorisierungen statt.

Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ wurden herausgearbeitet, um negativen Interiorisierungen entgegen zu wirken.

„Die „Vier Wege“ als transversale Wege des Erkenntnisgewinns, der Hilfeleistung und der Entwicklungsförderung sind Prozesse benigner, integrativer Interiorisierung im Therapiegeschehen und wirken immer wieder zusammen. Sie bewirken Vertiefung und Innovation und bedürfen zugleich vertiefender und innovativer Aktivitäten – ein rekursives Geschehen. In den kokreativen Prozessen der „Vier WEGE“ verbinden sich das PatientInnen- und das HelferInnensystem in einer transversalen Kulturarbeit (Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2012), die dazu beiträgt, persönliche und gesellschaftliche Gesundheit zu bewahren und zu entwickeln.“ (Petzold, H.G., 2012h)

1. Weg – Bewusstseinsarbeit

„Sich selbst verstehen, die Menschen, das Leben verstehen lernen.“

(Petzold, H.G. 2012h, S. 16)

Ziele: Förderung von Exzentrizität, Einsicht in die Biografie, Übersicht über den Lebenskontext, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen, Bewusstwerden der eigenen Selbstsorge, Kognitive Regulation

2. Weg - Nach- und Neusozialisation

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“

(Petzold, H.G. 2012h, S. 17)

Ziele: Nach- und Neusozialisation u. a. durch perzeptive, emotionale, volitionale Differenzierungsarbeit im Beziehungserleben, Grundvertrauen, Sich selbst zum Freund werden, Emotionale Regulation

3. Erlebnis- und Ressourcenaktivierung

„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“ (Petzold, H.G. 2012h, S. 18)

Ziele: Persönlichkeitsentfaltung/-gestaltung, Lebensstiländerung, durch multiple Stimulierung den Erlebens- und Ausdrucksspielraum des Patienten erweitern, Ressourcenpotential vergrößern, Ressourcenausnutzung verbessern, Alternative Erfahrungen ermöglichen, Explorative Neugier und poetisches Gestaltungsstreben fördern

4. Exzentrizitäts-/Solidaritätsförderung

„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen.“

Petzold, H.G. 2012h, S.18)

Ziele: Förderung von Metaperspektive, Förderung von Solidarität und von exzentrischer Überschau, Förderung persönlicher Souveränität

Gemäß der Grundregel der IT sollten die therapeutischen Methoden und Interventionen gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden und edukativ vermittelt werden.

5.3 Die „14 plus 3 Wirkfaktoren der Heilung und Förderung“

Die „14 plus 3 Wirkfaktoren der Heilung und Förderung“ sind Instrumente zur konzeptgeleiteten Therapie. Sie sollen in den Therapieprozessen differenziert und psychoedukativ eingesetzt werden, um dadurch mit dem Patienten konkreter und beispielhafter an seinen Problemen (in seinen entsprechenden Kontexten) arbeiten zu können. Dabei ist es wichtig, die entsprechenden Faktoren gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, auszuhandeln und zu nutzen. Dieses gemeinsame Tun in der Therapeutischen Beziehung soll die Patienten in ihren eigenen Erkenntnisprozessen sensibilisieren und sie erkennen lassen, „was ihnen im Leben fehlt, wonach sie suchen, was sie „pflegen“ und entwickeln müssen.“

(Petzold, H.G. 2012h, S. 13)

Dabei stehen Ressourcenorientierung und komplexe Achtsamkeit im Mittelpunkt. So soll der Blick des Patienten weniger defizitorientiert auf das gerichtet sein, was nicht so gut funktioniert, sondern vielmehr auf das, was in seinem derzeitigen Lebenskontext besonders hilfreich und unterstützend wirken kann.

Die „vierzehn Wirk- und Heilfaktoren“

1. Einführendes Verstehen, Empathie EV
 2. Emotionale Annahme und Stütze ES
 3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung LH
 4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft EA
 5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen EE
 6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit 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.
„persönlicher Souveränität“ PI
 13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke TN
 14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung SI (Petzold1993p)
(Petzold, H.G. 2012h S. 14)
- Drei zusätzliche Wirkfaktoren wurden in der Zwischenzeit herausgearbeitet und benannt:
15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs [protektiv, supportiv]
(NB, ÄE)
 16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv,] (ÄE)

17. Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ] (SM)
(Petzold, H.G. 2016n)

Es ist wichtig, die passende Kombination an Faktoren zu finden und diese transparent und nachvollziehbar für den Patienten einzusetzen.

5.4 Das Tetradische System

„Diese Struktur gibt Halt, auch wenn sie für die Patienten meist nur unterschwellig zu bemerken ist.“ (Leeser, B., 2018, S.380)

Strukturen, Wiederholungen und Rituale sollen Halt geben und dabei helfen, den s.g. roten Faden nicht zu verlieren. In der Therapie muss immer der Therapieauftrag, der gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet und ausgehandelt wurde, im Focus stehen.

Im Rahmen der IT wird der Therapieprozess in 4 Phasen untergliedert:

1. Initialphase
2. Aktionsphase
3. Integrationsphase
4. Neuorientierungsphase

Während es in der **Initialphase** um das Ankommen, um das Bereitmachen, um das Anwärmen (durch Bewegungsübungen, Imaginationen, einführende Texte, Bilder, Spiele u.v.m.) für die Inhalte der Therapiestunde geht, steht in der **Aktionsphase** das Tätigwerden, das Arbeiten am eigenen Text, das Zulassen der eigenen Kreativität sowie das leibliche Spüren im Vordergrund. In der **Integrationsphase** geht es um das Teilen der entstandenen Texte und des leiblich Erlebten. Über das Gehörte entstehen bei den anderen Gruppenmitgliedern oder dem Therapeuten Resonanzen und darüber, dass diese mitgeteilt werden, entstehen wiederum beim Vorlesenden Resonanzen. So kann Solidarität erfahren werden, Horizonte können sich erweitern und eingefahrene Sichtweisen können ins Wanken geraten, der Patient kann am Beispiel des Gegenübers lernen.

In der **Neuorientierungsphase** am Ende der Therapiestunde geht es um den Transfer des Erlebten und Gelernten in den Alltag. Dieses kann durch einen weiteren produktiv - kreativen Schritt (z.B. durch das Verdichten des Geschriebenen, oder durch die

Abwandlung in eine andere Zeitform oder Sichtweise/Perspektive) erfolgen. Manchmal ist es nötig, etwas zu konkretisieren, manchmal aber auch zu distanzieren, etwas einzupacken oder zu betauern, auch, sich zu verabschieden oder sich an sich selbst zu freuen. Am Ende einer jeden Stunde steht eine Rückmelderunde. Wie geht es jetzt? Was nehme ich mit? Was lasse ich hier?

Das Festlegen von Regeln ist sowohl für die Arbeit in der Gruppe als auch im Einzelsetting unabdingbar und erklärt sich von vornherein durch die Grundregel der IT (Pkt. 4.2). Diese Regeln des Miteinanders werden gemeinsam mit den Patienten besprochen und immer wieder abgewogen bzw. ergänzt oder erneuert. Ein wichtiger Grundsatz der IPBT ist es in diesem Zusammenhang, dass jeder Patient selbst entscheidet, ob er schreibt, teilt oder Rückmeldungen gibt. Bezüglich der Rückmeldungen untereinander sollten die Regeln des Sharing und Feedbacks bekannt sein und immer wieder erklärt werden.

5.5 Textauswahl

Der Begriff des ISO-Prinzips wurde von Orlando Omar Benenzon in der Musiktherapie geprägt.

„Um einen Kommunikationskanal zwischen dem Therapeuten und dem Patienten herstellen zu können, muss das mentale Tempo des Patienten mit den Klängen oder der Musik übereinstimmen, die vom Therapeuten ausgehen.“

(Benenzon, R.O. 1983, S.38)

Dieses Prinzip findet in ähnlicher Form in der IPBT Anwendung.

Um den Patienten mit diesem Medium zu erreichen, ist es wesentlich, bei der Auswahl der Texte Gleiches mit Gleichem oder Ähnlichem anzugehen. Was kann bei diesem Menschen, in dieser Situation, mit diesem Krankheitsbild, in seiner derzeitigen Stimmung gut ankommen, was könnte ihn anregen, ihn weiterführen? Das sind die Fragen, die vor Beginn der Therapiestunden zu stellen sind.

Manche Texte helfen, Emotionen zu vertiefen, manche, um von Emotionen abzulenken (Distraktor- Ablenker). Durch die Verstärkung von Hilflosigkeit zum Beispiel, kann es zu Krankheitsgewinn kommen. Krankheitsgewinn wiederum ist ein Hilferuf. Bleibt dieser Hilferuf ungehört, verstärkt sich die Hilflosigkeit.

Was passt also zum Patienten? (Alter des Patienten, Konzentrationsfähigkeit, Schreib-/Lesefähigkeit, Werte, Emotionen, Probleme, Hobbys etc.) Welche Lesepräferenzen hat er? Liest er gern Romane, Gedichte, Zeitung, zeitgenössische

oder klassische Literatur, ernste oder komische Literatur, Kurzgeschichten, Gereimtes, Reales oder Fantasie-volles? Danach richtet sich, ob Gedichte, Liedtexte, Kurzgeschichten, Märchen, Biografien etc. ausgewählt werden.

Imaginative Literatur z. B. beschreibt menschliches Verhalten und Fühlen.

Didaktische Literatur dagegen erklärt Verhalten und Gefühle und appelliert somit an die intellektuelle Bewusstheit. Auch andere Medien als Texte können eingesetzt werden z.B. Bilder, Musik, Bewegung und andere audiovisuelle Materialien.

Natürlich muss bei der Arbeit mit Patienten auch immer das individuelle Krankheitsbild berücksichtigt werden.

(Petzold, H.G., Leeser, B., Klempnauer, 2018)

6. Poesie- und Bibliothherapeutische Angebote in einer PIA

Im Rahmen der Arbeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz kann die IPBT als ein Behandlungsbaustein in verschiedenen Modalitäten und für unterschiedliche Störungsbilder sowohl aktiv/ produktiv als auch rezeptiv sowohl in Gruppen-, als auch in Einzelkontakten zur Anwendung kommen. Entsprechend dem multiprofessionellen Setting und dem Konzept einer PIA findet sie additiv und supportiv statt.

Die Zuweisung zur IPBT erfolgt entweder im Rahmen der Therapieplanung durch den behandelnden Psychiater oder im Rahmen von turnusmäßigen

Prozessbesprechungen aus dem multiprofessionellen Behandlungsteam heraus.

Der Aufbau der einzelnen Therapiestunden ist angelehnt an das Tetradische Modell (Pkt. 5.4). Der Autorin dient ebenso die von Brigitte Leeser im Artikel „Worte werden Bilder – Bilder werden Worte“ verschriftlichte Anregung für die praktische Umsetzung der IPBT in die Praxis, als Grundlage für die eigene Arbeit.

(Leeser, B. 2018, S.371-398)

Ein immer wiederkehrender Ablauf lässt sich den Prozess entwickeln und meandernd fließen, ohne dass das Therapieziel aus den Augen verloren wird.

Den Beginn jeder IPBT – unabhängig davon, ob sie im Einzel- oder Gruppensetting weitergeführt werden soll – bildet ein in der Regel 50minütiges Vorgespräch. Im Rahmen einer konvivialen Atmosphäre gilt es, dem Patienten das Therapieangebot vorzustellen, seine Erfahrungen und Vorlieben mit dem Medium Lesen und Schreiben zu erfragen, den Leistungsanspruch, den die überwiegende Anzahl der

Patienten mitbringt, zu mindern, sich einzufühlen in die Sprache des Patienten – seine Ausdrucksvielfalt, seinen Sprachrhythmus, seine Lautstärke, Mitschwingungsfähigkeit und vieles mehr - und damit erste Schritte hin zu einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu gehen.

Psychiatrische Pflegefachkräfte könnten hier möglicherweise ihre bereits im Vorfeld entwickelte gute Beziehung zu dem Patienten nutzen.

Bereits dieses erste Gespräch sollte nach dem Tetradischen Modell in Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase gegliedert sein. In Kenntnis der vier Wege der Heilung und Förderung und der 14 plus 3 Wirkfaktoren wird zusammen mit dem Patienten bereits über die möglichen Ziele der IPBT gesprochen. Das therapeutische Vorgehen jeder Behandlungseinheit sollte konkret geplant und mit Inhalt gefüllt werden. Dabei ist es wichtig Wahl- bzw. Auswahlmöglichkeiten bereitzuhalten um flexibel auf die aktuelle Befindlichkeit, Bedürftigkeit des Patienten einzugehen. Eine gute Dokumentation der Therapiestunden und deren Verläufe ist wichtig, um diese zu reflektieren und zu evaluieren, um damit die Grundlage für die folgenden zu schaffen und die immer wieder zu stellende Frage, welche Übung wozu dienen kann, zu beantworten.

6.1 Die Schreibgruppe für chronisch depressiv erkrankte Menschen

Bei der in diesem Abschnitt beschriebenen Schreibgruppe handelt sich um ein halboffenes Gruppenangebot, welches sich an Patienten mit chronischen Depressionen und Erschöpfungssyndromen richtet. Diese Patienten weisen meist eine lange Krankheitsgeschichte auf, haben im Rahmen meist vielfacher stationärer oder teilstationärer Aufenthalte unterschiedlichste Therapieerfahrungen gesammelt und gelten gelegentlich sogar als austerapiert.

Vor dem Hintergrund ihrer Therapieerfahrungen ringen die Patienten darum, ihren Alltag aktiver zu gestalten, achtsamer mit sich umzugehen und besser auf ihre Grenzen zu achten und doch fällt es ihnen oft weiterhin schwer, neu Erlerntes mit den Prägungen der Vergangenheit zu verbinden (zu integrieren), gleichsam Verbindungstüren zu den Fluren ihrer Leibarchive aus den verschiedenen Lebensabschnitten zu öffnen und diese Flure dadurch in alle Richtungen begehbar zu machen.

6.1.1 Zielgruppe

Die Depression ist eine ernste Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen beeinflusst und die mit Störungen von Körperfunktionen einhergehen kann. Die Depression gehört zu den Affektiven Störungen und zeigt sich in unterschiedlichen Erscheinungsbildern und Schweregraden (leichte, mittelschwere, schwere Episoden, mit und ohne psychotische Symptome, mit somatischen Symptomen, rezidivierende und chronische Verläufe, reaktive Depressionen, psychogene (endogene) Depression, depressive Nachschwankungen, larvierte Depressionen). Professor Klaus Dörner spricht in seinem Buch „Irren ist menschlich“ von der Depression als einer „sich selbst und andere niederschlagenden“ Erkrankung. (Dörner, K. 1996, S.190)

Eine Depression ist unter anderem von der Unfähigkeit zu trauern gekennzeichnet. Die Unwilligkeit und Unerträglichkeit diese Trauerunfähigkeit als Problem anzuerkennen führt dazu, dass über Änderungsmöglichkeiten gar nicht nachgedacht werden kann. Die Betroffenen sind also nicht in der Lage, Trauer, Enttäuschung und Abstriche vom eigenen Wunschbild und dem Wunschbild Anderer zur Veränderung zu nutzen, sondern sie trösten sich darüber hinweg. Defizite werden beschönigt, entschuldigt. Trauer wird sich nicht geleistet. Man will sich nicht hängen lassen, Angst wird unterdrückt, sie wird niedergeschlagen und dagegen angekämpft. Man reißt sich zusammen, bis es nicht mehr geht, bis Körper, Seele und Geist eine Grenze setzen und Krankheit entsteht. Noch einmal anders gesagt: Das ständige Übergehen der eigenen Grenzen, das Unterdrücken von Gefühlen wie Trauer und Ärger, das Aufstauen von Aggressionen und das Missachten der eigenen Bedürfnisse, schlägt den depressiven Menschen nieder. Das Umfeld versteht die Welt nicht mehr, auf einmal funktioniert nichts mehr wie gewohnt. Anfängliches Verständnis, Unterstützung und Aktivierungsversuche schlagen vielleicht irgendwann um in Ungeduld, Unverständnis bis hin zur Gleichgültigkeit. Es kommt zu einer Niedergeschlagenheit auf allen Ebenen - im wahrsten Sinne des Wortes.

„Ob wir nun aktuelle, schwierige Lebenslagen „durchsprechen“, belastende Erlebnisse der Vergangenheit „durcharbeiten“ (ob wir dabei helfen, dass Zukunftsperspektiven entwickelt werden können, ob kognitive Inhalte, emotionales Erleben oder leibliche Erfahrungen Themen der Therapie sind) -, immer geht es um

Differenzierung und Integrieren, um Ordnen, das Schaffen von Verbindungen, Sinnzusammenhängen, Ganzheiten.“ (Petzold, H.G. 10/2015, S.373)

Darum steht die Förderung der gesunden Anteile der Patienten im Vordergrund, denn durch das Schreiben, Lesen und Hören, durch das sich in unterschiedlicher Weise ganzheitliche Selbsterleben (vitale Effizienz), welches durch die intermedialen Quergänge (Einsatz verschiedener kreativer Medien) ermöglicht wird, erleben sich die Patienten als Gestaltende. Sie lernen sich selbst und den eigenen Gestaltungskräften zu trauen und sich selbst mehr zuzutrauen.

„Innovierendes Erlebarmachen“ von Neuem und hochfrequentes Üben der Funktionen, die gestärkt werden sollen, wirken unterstützend auf eine synaptische Reorganisation und Stabilisierung der biochemischen Prozesse, die im Rahmen einer depressiven Erkrankung beeinträchtigt sind.“ (Petzold, H.G., 2014i, S.6/7)

Die Autorin beschreibt im Folgenden eine Schreibgruppe, deren stabiler Kern aus 4 Frauen im Alter zwischen 55 und 80 Jahren bestand. Alle nahmen mindestens ein Antidepressivum ein und hatten im Rahmen der PIA-Komplexbehandlung neben regelmäßigen Facharztkontakten Pflegegespräche, ein Gruppen-Edukationsangebot zum Thema Depression durchlaufen sowie an dem CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) -Programm teilgenommen.

Eine anhaltende Niedergestimmtheit, latente Gereiztheit, wechselnder Antrieb, vielfältige Ängste vor schweren Rückfällen mit jeweiligen Auswirkungen auf die Patientinnen selbst oder ihre Umgebung und ein erhebliches Insuffizienzerleben prägten das klinische Bild der Patientinnen.

Das Therapieangebot fand zwischen September 2019 und Mai 2021 im Rahmen von wöchentlichen, eineinhalbstündigen Veranstaltungen statt, leider durch die Pandemie mehrwöchig unterbrochen. Der genutzte Gruppenraum war hell, konnte durch klappbare Tische und stapelbare Stühle wechselnd gestaltet werden, war ausreichend groß und auch für kleinere Bewegungseinheiten geeignet. Um eine konviviale Atmosphäre zu schaffen, wurde der Raum vor jeder Gruppenstunde entsprechend der anstehenden Thematik gestaltet und verschiedenste Schreibutensilien (Stifte, Blätter, Schreibbretter etc.) vorgehalten.

6.1.2 Der Aufbau und Inhalt

Gute Planung und Strukturierung erwiesen sich einerseits als wesentlich für den gelungenen Ablauf einer Gruppenstunde, andererseits war es stets wichtig und herausfordernd, den Gesamtprozess gut im Blick zu behalten und darauf eingestellt zu sein, vorgefasste Pläne zugunsten des Prozesses flexibel umgestalten zu können. So kann z. B. der Inhalt einer geplanten Stunde zu umfangreich sein. Dann ist es für die teilnehmenden Patienten wichtiger, intensiver und länger an einem Punkt zu verweilen, um eine größere innere Resonanz zu spüren. Der Grundsatz: „Innehalten, Zeit zum Erleben geben, lieber kleinschrittiges Vorgehen als große Sprünge, lieber etwas weglassen, als zu überfordern!“ hat sich für die Autorin dabei stets bewährt.

In der **Initialphase** ist es wichtig, dass die Patienten gut ankommen können, sie legen den „Alltagsrucksack“ ab und freunden sich mit dem Raum und der Situation an. Sie machen sich bereit dafür, im „Jetzt und Hier“ zu sein.

In einer ersten Befindlichkeitsrunde ist Gelegenheit zum Austausch: über das aktuelle Befinden, über die Erfolge/Probleme der vergangenen Woche, über die Neugier auf die bevorstehende Stunde.

In dieser Phase ist es gerade in einer Gruppe mit depressiv erkrankten Menschen wichtig, eine gute Balance zu finden zwischen einerseits dem Raumgeben für das persönliche Befinden des Einzelnen (und damit z.B. auch für das Klagen über Symptome u.Ä.) und andererseits vor allem dafür, den Blick zu öffnen für die Möglichkeiten der aktuellen Stunde. Zur Auflockerung/Auflösung bieten sich dazu kleine Bewegungs-, Achtsamkeits- und Entspannungsübungen an. Um körperlich aktiv werden zu können, haben sich in der Praxis der Autorin auch Anwärmspiele aus dem Improtheater bewährt. Derartige Übungen – zum Thema passend und gut dosiert eingesetzt – haben den Vorteil, dass sie über die spielerische Art und Weise der Anleitung und Begleitung gut zur Aktivierung des Einzelnen und zur Auflockerung der Gruppensituation führen. Transparenz ist notwendig, Humor kann für den Einen eine Bewältigungsstrategie sein, für den Anderen vielleicht aber auch als Verharmlosung seiner Symptomatik (im Sinne von nicht ernst genommen werden) gedeutet werden. So ist es sinnvoll, bereits in dieser frühen Phase einer Therapiestunde psychoedukative Informationen (z.B. über Gesetzmäßigkeiten von Gruppenprozessen) einfließen zu lassen. In der Initialphase einer Gruppe kann es sinnvoll sein, dass der Gruppenleiter sozusagen als Modell, als Vorbild (Pkt. 3.1) in

Übungen selbst aktiv wird, um die Patienten zur Mitarbeit zu motivieren. An diese Phase sollte sich das Vorstellen des Themas anschließen. Dies kann konkret inhaltlich (z.B. über die Vorstellung einer literarischen Form, Biografisches zum Autor), aber auch über das Hinführen zum Thema durch kleine Übungen (Wortspiele, Texte, Bilder, Karten, Musik u.v.m.) erfolgen.

In der **Aktionsphase** werden die Patienten aktiv, in dem sie sich dem Thema gestaltend annähern. Dies erfolgte in der vorgestellten Gruppe vorrangig über das Malen und Schreiben, aber auch durch das Hören von Musik oder das Anschauen von Bildern. Gute Erfahrungen hat die Autorin auch mit kurzen, selbsterstellten Filmen aus Bildern und Musik passend zum Thema (z.B. Herbst, Wege) gemacht. Verwendete Bilder sollten dabei immer verschiedene Perspektiven eröffnen und nicht zu intendiert wirken, die eingesetzte Musik sollte instrumental, eher dahingleitend und nicht aufwühlend sein und das verwendete Material sollte Spielräume für eigene Interpretationen lassen. Die Arbeit mit chronisch Depressiven erfordert schwerpunktmäßig die Bereitstellung von motivierenden, strukturierenden Hilfsmitteln, um die schon lange in ihren depressiven Denkmustern Verhafteten dabei zu unterstützen, vergrabene Erinnerungen und Emotionen in sich aufzuspüren. Es kann notwendig werden, immer wieder zu motivieren, zu entängstigen, ggf. das Thema wiederholt mit anderen Worten oder Bildern zu erläutern.

Als hilfreich hat sich in dieser Phase auch die Arbeit mit gut strukturierten, überschaubaren Arbeitsblättern erwiesen. Diese geben vor allem zu Beginn der Arbeit mit dem Medium einen Rahmen und damit Sicherheit.

Die genannten Punkte verändern sich im Gruppenprozess stetig. So ist in der Konsolidierungsphase oft noch viel Anregung und Strukturierung von außen nötig. Im Verlauf werden die Teilnehmer sicherer und es gelingt ihnen zunehmend besser, eigene Ideen zu entwickeln, diese spontaner umzusetzen und vor allem, sich mit diesen selbstbewusster zu zeigen.

Während die Patienten in dieser Phase individuell gestaltend aktiv werden, ist es die Aufgabe des Gruppenleiters, aufmerksam die Prozesse jedes Einzelnen zu beobachten und zu begleiten (Pkt. 3.1), von Beginn an Distanzierungsmöglichkeiten zu etablieren und Absprachen über den Umgang mit aufkommenden negativen Gefühlen etc. zu besprechen. Dabei sind die Informationen aus dem Erstgespräch

sowie der Aufbau einer tragfähigen Beziehung von Beginn an wichtige Voraussetzungen für den professionellen Umgang mit Krisen. Verschiedene „Hilfsmittel“ wie z. B. ein Blickkontakt mit dem Einen, das Hinterlegen eines „Ist alles Okay?“- Zettels bei einem Anderen oder die Absprache über ein Handzeichen dienen dazu, ein Problem frühzeitig zu erkennen und entsprechend intervenieren zu können. Die Aktionsphase wird mit einer kurzen Befindlichkeitsrunde, in der es nicht um den Inhalt der Aufgabe, sondern um das „wie fühle ich mich jetzt“ geht, beendet.

In der **Integrationsphase** soll dem in der Aktionsphase Erlebten und Gestalteten Raum gegeben werden. Der Austausch darüber sollte von den Regeln von Sharing und Feedback getragen und in der Moderation einfühlsam-strukturierend, frei von Belehrungen und Bewertungen, im Ganzen wohlwollend gestaltet sein. Nur das schafft eine Atmosphäre von Vertrauen, sich öffnen und mitteilen zu können.

Als Therapeut mit gutem Beispiel vorangehend Positives benennend, Ich-Botschaften gebend, mit Fehlern großzügig umgehend und bei den eigenen Emotionen bleibend setzt bei den Patienten meist Gleiches in Gang.

Die Freiheit leben zu können, etwas zu sagen, wenn man es möchte, sich also keinem „Gruppenzwang“ verpflichtet zu fühlen, ist bereits ein Schritt zu eigener Souveränität, den es entsprechend zu würdigen gilt. Jeder Vortragende hat zunächst den Raum und die Aufmerksamkeit der anderen Teilnehmer für sich und entscheidet dann, ob er Rückmeldungen dazu erhalten möchte oder nicht. Die Erfahrung der Autorin ist es, dass die Patienten beim Vorlesen ihrer Texte häufig innehalten und dann beginnen, das Geschriebene zu erklären, zu interpretieren oder zu verbessern. Deshalb bietet sie die Möglichkeit an, den Text ein zweites Mal vorzulesen - dann nur den geschriebenen Text, ohne ergänzende Erläuterungen. Häufig sind die Vortragenden beim zweiten Lesen ergriffener vom Gehörten als beim ersten Mal. Manche spüren in diesem Moment eine ungeahnte Stärke, manche Wut, manche werden traurig und andere ganz froh. Oft melden die Patienten einen gewissen Stolz auf das Geschriebene zurück und sind erstaunt darüber, was sie zu Wege gebracht haben. Diese Phase ist eine sehr entscheidende, spüren die Patienten doch in diesen Momenten die eigene Gestaltungskraft förmlich am eigenen Leibe. Sie können also körperlich und kognitiv erfahren, dass sie nicht nur Gefangene oder Opfer ihrer psychischen Erkrankung sind, sondern dass sie auch die Möglichkeit haben, ihr etwas entgegenzusetzen, selbstwirksam zu werden.

„Eine Sprache zu finden, um auszudrücken, was man in sich selbst immer wieder zu entdecken und zu erschaffen vermag, seine Sprache zu finden, gehört zu den kostbarsten Möglichkeiten des Menschen“ (Hilarion G. Petzold 1988t, S. 35)

Im Verlauf sollte jeder mit seiner Arbeit zu Wort kommen dürfen. Dem Gesamtgruppenprozess jedoch Rechnung tragend ist es für den Einzelnen oftmals nicht möglich, Erlebtes in diesem Rahmen zu vertiefen, gelegentlich muss es zunächst behutsam wieder zugedeckt werden.

Oft sind es kleine, klare, empathische Nuancen, die den Patienten Sicherheit und Autonomie zurückgeben können. Z.B. die Aufforderung, einmal tief durchzuatmen, oder eine andere Sitzposition einzunehmen, den Unterkiefer zu lockern oder die Frage „Mögen Sie sagen, was Sie gerade weinen lässt?“, „Woher kennen Sie das aus anderen Situationen?“, „Was hat Ihnen in diesen Situationen geholfen?“, „Was hätten Sie da gebraucht?“ lassen den Patienten spüren, dass man in Resonanz zu ihm ist. Der Patient erhält dadurch einen Möglichkeitsraum zum Spüren, er ist nicht allein, er wird gehalten. Therapeut und Gruppenmitglieder sind mit dem Patienten, es bietet sich ein Schutzraum zum Nachnähren. In dem Moment, in dem die traurigen Dinge ausgesprochen werden können, verlieren sie einen Teil ihres Schreckens. Es ist also allein schon hilfreich, sein Unglück aussprechen zu können.

Durch das Beispiel eines Einzelnen entsteht immer auch ein Lernprozess für die Gruppe. In der Integrationsphase setzte die Autorin auch psychoedukative Interventionen und Techniken ein (Theorie als Intervention, WF 8), vor allem, um Möglichkeiten der Distanzierung zu schaffen und den Patienten die Möglichkeit zu geben, die Kontrolle über die Situation zu behalten bzw. wieder zu erlangen.

In einer Schreibgruppe für chronisch Depressive geht es vorrangig um das Erleben, um das Nachspüren, um das Neu-/Wiederentdecken und Üben von Ressourcen. Und bei der geschilderten Patientengruppe auch um das Neu- und Umbewerten von eingelebten Erfahrungen.

Sind alle Patienten, die es wollten, zu Wort gekommen, wird zur letzten Gruppenphase übergeleitet.

Die **Neuorientierungsphase** dient dazu, die Erfahrungen, die gemacht wurden, noch einmal zu benennen, zu verdichten und günstigstenfalls Möglichkeiten für die Umsetzung dieser Erfahrungen in den Alltag zu finden. Dabei ist es wesentlich, dass der Patient diese Erfahrungen selbst für sich benennen kann. Es kommt auf die

Resonanz des Patienten an! Lösungen sollten nur vorsichtig angeboten und dem Patienten auf keinen Fall übergestülpt werden. In dem der Patient beim Schreiben vitale Evidenz¹¹ erleben kann, wird es ihm möglich, einmal gemachte Erfahrungen (Prägungen, Zuweisungen etc.) zu dekonstruieren und neu zu konstruieren. Darüber kann der Patient erleben, dass er im Jetzt und Hier diesen Erfahrungen nicht mehr hilflos ausgeliefert ist.

Um einen nachhaltigeren Transfer in den Alltag zu ermöglichen, sollten diese neuen Erfahrungen durch stetiges Üben verinnerlicht, interiorisiert¹² werden.

Am Ende einer jeden Gruppenstunde stehen ein Befindlichkeitsblitzlicht und die Vorausschau auf das Thema der nächsten Stunde.

Entsprechend dem Aufbau jeder einzelnen Gruppenstunde, die wiederkehrend jeweils nach den Phasen des Tetradschen Modells gegliedert wurde, gestaltete sich rückblickend auch der Gesamttherapieprozess nach dem Tetradschen Modell.

So waren die ersten 5 Sitzungen überwiegend geprägt von Themen der **Initialphase**. Es ging in abgewandelter Form, das Erstgespräch vielfach modulierend, immer wieder darum,

- den Einzelnen gut ankommen zu lassen,
- die Gruppenmitglieder kennenzulernen,

¹¹ „Unter *vitaler Evidenz* verstehen wir das Zusammenwirken von rationaler Einsicht, emotionaler Erfahrung, leibhaftigem Erleben und sozialer Bedeutsamkeit“ [[1b,917] (Kleines Lexikon der Integrativen Therapie)

¹² „Unter Interiorisieren verstehe ich im Integrativen Ansatz, dieses Konzept von Vygostkj nutzend und ausarbeitend, 1. die abspeichernde Aufnahme von kontextualisierten Außenstimuli als multipel perzipierten Eindrücken aus dem sozioökologischen Raum mit seinen kollektiven intermentalen Repräsentationen in den psychophysischen Binnenraum des Leibgedächtnisses, wo es Intramentales wird (z. B. soziale Handlungen in und mit ihrem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum, etwa Mutters strenge Kritik über die schlechten Schulnoten vor den Geschwistern); 2. und zugleich verstehe ich darunter die mnestisch-archivierende Aufnahme der eigenleiblichen Reaktionen auf diese Eindrücke (z. B. die eigene erlebte Scham über das öffentliche, strenge Kritisiertwerden); 3. die Aufnahme des interaktionalen Prozesses zwischen den Akteuren, temporalisiert als Sequenz von Ereignissen (kittelnde Mutter, beschämtes Kind, feixende Geschwister); 4. die Anwendung des von Anderen Erfahrenen anderen Menschen gegenüber, aber auch sich selbst, dem eigenen Selbst, gegenüber als wäre es ein Anderer. (Ich beginne, mir selbst gegenüber überstreng und abwertend zu sein und ggf. auch Anderen, Schwächeren gegenüber mit Abwertung zu reagieren).“ (Petzold 1982c, erweitert durch die kursiven Erläuterungen in Klammern (Petzold, H. G. 2013, S. 26)

„Negative Interiorisierungen müssen durch das Angebot von Möglichkeiten positiver Interiorisierungen verändert werden als komplexes Lernen „on the brain/subject and context/network level“. Es geht nicht darum, dysfunktionale Bahnungen „wegzumachen“, sondern darum, funktionale Bahnungen entstehen zu lassen (Grawe 2004), positive Neubahnungen, die stärker zur Wirksamkeit kommen als die alten Negativmuster durch korrigierende und/oder alternative kognitive, emotionale und volitionale Erfahrungen in zwischenmenschlichen/zwischenleiblichen Nahräumen.“ (Petzold, H. G. 2013, S. 50)

- die Therapieform vorzustellen
- die Gruppenregeln zu erarbeiten und im Verlauf zu konkretisieren und zu etablieren,
- Abläufe und Hintergründe zu erklären (z.B. die Grundsätze von Sharing und Feedback),
- Verschiedene Medien einzuführen,
- Literarische Formen kennenzulernen
- Leistungsdruck und Defiziterleben zu minimieren (jeder darf, keiner muss),
- Distanzierungsmöglichkeiten einzuüben,
- die eigene Kreativität zu entdecken, und sich mit dieser zu zeigen.

In fließendem Übergang traten in den weiteren 12 Sitzungen Themen der **Aktionsphase** in den Vordergrund.

Themen der ersten 17 Stunden waren unter anderem:

- Gebrauchsanweisung für mich selbst
- Ich – ein positives Selfie
- Jahreszeiten – Haiku´s
- „Elfchen“ und „Akrostichon“ zu verschiedenen Themen
- Mein Baum
- Steinzeit (ähnlich Scrabble)
- Schatzkiste
- Schnipsel-, Listen- und Zwischenzeilengedichte
-

Im weiteren Verlauf des Gruppenprozesses, in der **Intergrationsphase** gewannen (ebenfalls über ca. 12 Therapiestunden) zunehmend durch das eigene Tun und das sich selbst in einer Gruppe Erleben

- die Stärkung der Gruppenkohäsion (Solidaritätserleben, Lernen am Modell),
- das Wecken von Resonanzen,
- das Erleben von vitaler Evidenz (u.a. durch die Aktivierung positiver Erinnerungen),

- das Erleben persönlicher Souveränität (z.B. durch das Üben positiver Selbstattribution)

an Bedeutung.

Themen im Rahmen dieses Gruppenprozesses waren unter anderem:

- Auf dem Weg sein
- Loslassen
- Dem Ärger einmal Raum geben (Anhang)
- Depressionsspirale unterbrechen
- Trauer
- Das Haus, indem ich leben will
- Das Leben ist bunt
- Wohlfühlworte
- Sprichwörter
- Ich kann nicht...oder vielleicht doch

In der **Neuorientierungsphase**, den letzten 6 Sitzungen des Gesamtgruppenprozesses, standen dann das Vertiefen und Festigen der eigenen Gestaltungsmöglichkeiten und die Orientierung nach außen, also von der PIA als Behandlungseinrichtung weg, im Vordergrund. Im Sinne des Praxistransfers informierten sich die Teilnehmerinnen u.a. über andere Plattformen wie Schreibgruppenangebote über die Volkshochschule und Selbsthilfegruppen.

Diese Entwicklung wurde durch z.B. folgende Stundenthemen unterstützt:

- Gestern, Heute, Morgen
- Du kannst es nicht allen recht machen!
- Button (Silke Heimes Schreib dich gesund S. 43)
- Schreiben ist für mich...
-

6.1.3 Resümee

Folgende der 14+3 Wirk- und Heilfaktoren kamen bei der Arbeit in dieser Gruppe vorwiegend zum Tragen:

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung

Im Sinne von Unterstützung und Ressourcenförderung wurden die einzelnen Gruppenstunden immer wieder dem Prozess jeder Einzelnen und dem der Gruppe angepasst. Das Therapieangebot integrierte sich gut in die Komplexbehandlung der Patientinnen im Rahmen einer PIA.

Die Schreibgruppe wurde im Mai 2021 beendet. Nach eigenen Aussagen profitierten die Teilnehmerinnen vorwiegend von der Möglichkeit, sich regelmäßig zu treffen, kreative Anregungen zu erhalten und erlernt zu haben, ihre Befindlichkeiten in Worte fassen zu können. Sie fühlten sich gesehen und konnten von den Erfahrungen der anderen Teilnehmerinnen profitieren. Im Verlauf der Zeit wurden die Patientinnen untereinander offener und brachten immer häufiger Beispiele aus ihrem Alltag mit. Diese konnten gut genutzt werden, um edukative Interventionen mit Konkretem zu unterlegen.

Der Prozess der Autorin als Gruppenleiterin war davon geprägt, ein gutes Maß für Anregung und Motivierung der Patientinnen zu finden und sie dabei nicht zu überfordern. In ihrer Doppelrolle auch als Psychiatrische Pflegekraft war es eine

komplexe Aufgabe, die Symptome einer Depression bei jeder einzelnen Patientin zu beobachten, einzuordnen und entsprechend zu intervenieren und dabei das Gruppengeschehen so voranzubringen, dass alle Teilnehmerinnen davon profitieren konnten.

Einige Anregungen aus den Gruppensitzungen fanden Umsetzung in den Alltag der Frauen. So schreibt eine Teilnehmerin nun regelmäßig Tagebuch, eine andere hat ihre Vorliebe für Haikus entdeckt. Allen Teilnehmerinnen fiel der Abschied aus der Schreibgruppe schwer. Als Übergangsobjekt trug die Gruppe in den letzten Stunden die Texte zusammen, die in der Schreibgruppenzeit als Anregung zum Schreiben dienten. Die Gruppenleiterin stellte daraus ein Handout zusammen und händigte dieses den Teilnehmerinnen zum Abschied aus.

6.2 Die Arbeit im „dyadischen Kontakt“

Schreiben kann, genauso wie alle anderen kreativen Medien, als innerer Dialog oder als „Polylog mit sich selbst“ verstanden werden
(*Brigitte Leiser, 2018, S. 376*).

Die Teilnehmenden erleben sich als Gestaltende, die Angebote sind also als Ermutigung, den eigenen Gestaltungskräften zu trauen, zu verstehen.

Natürlich bietet die IBPT auch in der Einzeltherapie verschiedene Denk-, Wahrnehmungs- und Erlebnissfelder und das Schreiben unterstützt wechselwirksam Achtsamkeits- und Wahrnehmungsprozesse. Eine Einzeltherapiestunde dauert 60 Minuten. Die Frequenz wird individuell festgelegt. Auch in der Einzeltherapie erfolgt die Arbeit vorrangig stützend sowie erlebnis- und ressourcenorientiert, die Kraft der eigenen Bilder nutzend.

6.2.1 Zielgruppe

Die Einsatzmöglichkeiten der IPBT im Einzelsetting sind sehr vielfältig und daher für verschiedene psychiatrische Störungsbilder und Indikationen nutzbar.

So kann als alleiniges Zugangskriterium, abgesehen vom Störungsbild, zum Beispiel die Freude am Lesen und Schreiben sein. Dabei können durch die IPBT das Hobby und die eigene Achtsamkeit gefördert und das Selbstbewusstsein gestärkt werden. Häufig liegen bei psychischen Erkrankungen Störungen des Selbstwertgefühls zu

Gründe und oft sind die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen Leistungen eher defizitorientiert. Dann kann das Schreiben eine Möglichkeit sein, sich selbst zu erfahren und dieses Erfahrene zu integrieren und dadurch kann es gelingen, die eigene Souveränität wieder zu erlangen. Die psychische Erkrankung ist ein Anteil der Persönlichkeit des Betroffenen, die es ihm oftmals erschwert die anderen, durchaus vorhandenen, gesunden Anteile seiner Persönlichkeit zu erkennen und zu nutzen. Kreativität beispielsweise ist ein Merkmal von Gesundheit. Dazu bietet die IPBT den Patienten verschiedene Erfahrungs- und Erlebnisfelder.

Erfahrungen wurden im Einzelsetting bisher bei Patienten mit folgenden Störungsbildern gemacht:

- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angststörungen
- Suchterkrankungen
- Essstörungen
- Geriatrischen Erkrankungen

- Chronisch verlaufenden schweren psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie)

Es ist nach Erfahrung der Autorin sehr gut möglich, im Rahmen der IPBT auch mit chronisch schwer psychisch kranken Menschen zu arbeiten. Diese Arbeit ist durch sehr strukturiertes, kleinschrittiges Herangehen an übersichtliche Themen geprägt. Es geht dabei vor allem um das Spüren und Erleben von Gefühlen und um das Benennen dieser. Es geht darum, positive Erfahrungen zu sammeln, Ressourcen zu entdecken, zu entwickeln, das Selbstbewusstsein zu stärken. Diese Therapieform bietet in erster Linie einen Raum zum Ausprobieren und zum eigenen kreativen Gestalten, unterstützt bei der Vermittlung edukativer Elemente und dient der Stabilisierung des Alltagslebens. Dabei ist es wichtig, sich auf die Sprache des Patienten einzulassen. Auch durch modellhaftes Arbeiten z.B. in kleinen Rollenspielen, jedoch in allererster Linie durch das Sich selberleben beim Tun, durch das Spüren und Erfahren der eigenen Souveränität (Literatur „Innerer Ort der Souveränität“ I. Orth) und von Selbstkontrolle kann es gelingen, die gesunden Anteile schwer gestörter Patienten zu fördern. Durch das Wahrnehmbarmachen von

Resonanzen kann Veränderung erlebbar werden. Im eigenen Ausdruck gibt es kein richtig oder falsch.

6.2.2 Aufbau und Inhalt

Bezugnehmend auf die Grundregel der IT (Punkt 4.2 dieser Arbeit), steht die Partnerschaftlichkeit zwischen Patient und Therapeut im Focus. So ist es wesentlich, die Therapie, als gemeinsame Aufgabe zu sehen und die Planung und Umsetzung an den laufenden Prozess anzupassen sowie diesen Prozess offen und transparent zu gestalten.

Die Auswahl der Texte sollen die gesunden Anteile der Patienten fördern. (ISO-Prinzip Punkt 5.5 dieser Arbeit) So finden die äußeren Gegebenheiten des Patienten z.B. die persönliche Situation, der Behandlungskontext, die realen gesellschaftlichen Gegebenheiten, aber auch wiederkehrende Ereignisse wie Jahreszeiten, Feiertage etc. bei der Auswahl Beachtung. Um vornehmlich positive Erinnerungen zu aktivieren, ist es wichtig, sich auf den Neigungen der Patienten einzulassen, um darüber ggf. einen Zugang zu neuen (auch neuen literarischen) Erfahrungen zu öffnen.

Es finden kleine therapeutische Geschichten als Schreibinput genauso Anwendung wie Gedichte, Kurzgeschichten oder Auszüge aus Texten, wie das Schreiben in strukturierten vorgegebenen literarischen Formen (z. B. Elfchen, Haiku, Rondell). Diese Übungen dienen gleichzeitig der Förderung von kognitiven Prozessen und bieten die Möglichkeit einer gezielten Krankenbeobachtung (Auffassungsgabe, Orientiertheit, Antrieb u.v.m.) und sind vergleichbar mit den Inhalten anderer pflegetherapeutischer Gruppen wie Gedächtnistraining, Zeitungsschau, Alltagsgruppen u. ä..

In jeder Stunde gibt es einen Themenvorschlag, der oft durch einführende Bilder oder Texte untermalt wird. Es erfolgt eine Anleitung für thematisch passende Schreibaufgaben. Natürlich kann immer auch nach eigenen Vorstellungen geschrieben werden. Im Anschluss an die Schreibaufgabe, hat der Patient die Möglichkeit über seine Erfahrungen beim Schreiben zu sprechen.

Um ihm dabei die Selbstwirksamkeit, die Vergegenwärtigung innerer Kraftquellen, ermutigender Lebenserfahrungen oder Personen, Orte der Kraft, „safe place“

zu ermöglichen, ist es wichtig, dabei behutsam vorzugehen und dem Gegenüber keine schnellen Lösungen oder Ratschläge überzustülpen. Nach dem Motto „Weniger ist mehr“ ist es vielmehr wesentlich, dass der Patient seine Gedanken/Gefühle verinnerlichen kann.

(Petzold, H.G., Orth I., 1998/2014)

In dem von der Autorin erstellten Behandlungsjournal über den Poesie- und bibliothераpeutischen Prozess eines an Paranoide Schizophrenie erkrankten Mannes, kann Genaueres nachgelesen werden. (Heß, H. 2022)

6.2.3 Resümee

Im Rahmen dieses pflegegeleiteten dyadischen - Settings kommen vorrangig die Übungszentriert-funktionale Modalität und die Erlebniszentriert-stimulierende Modalität zur Anwendung. Den Gesamttherapieprozess des Patienten unterstützend werden teilweise auch die Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität und die Medikamentengestützte, supportive Modalität eingesetzt. (siehe Gliederungspunkt 5.1 dieser Arbeit). Es profitieren zurückhaltende Menschen von dieser Methode ebenso wie feindselig-aggressive oder unsichere und ambivalente Menschen. (Heimes, S. 2012)

Durch gezielte Krankenbeobachtung ist es möglich, Nebenwirkungen wie z.B. Stimmungsverschlechterungen oder auch die Zunahme körperlicher Beschwerden, auch die Gefahr der Chronifizierung bestimmter Inhalte frühzeitig zu bemerken, anzusprechen und darauf zu reagieren.

Die IPBT im dyadischen Setting wurde von den Betroffenen als hilfreich, vor allem im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Selbstmitteilung und zur Schilderung belastender Ereignisse erlebt. Dabei stand das Gesehen werden und das dabei nicht Bewertet werden an vorderster Stelle. Bei schwer kranken Patienten diente die Therapie auch der Kognitionsförderung und der Kommunikationsförderung. Auch psychoedukative Elemente wie die Förderung eigener Bewältigungsstrategien im Umgang mit der psychischen Erkrankung konnten im Rahmen der IPBT an praktischen, in der Therapie entstandenen Beispielen vermittelt werden.

Die Patienten profitierten davon sich in ihrer eigenen Kreativität zu entdecken und zu zeigen.

6.2.4 Biographiearbeit in Begleitung zum psychotherapeutischen Prozess

„Die Biographiearbeit im Integrativen Sinne ist ein komplexer Therapieansatz, der auf der Basis einer differentiellen Anthropologie (Petzold 2003a, 2012f), der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (Petzold 1992e; Sieper 2007), der integrativen Gedächtnistheorie (Petzold 2003a, 549ff, 670ff) und der Sprach- und Narrationstheorie (2010f) herausgearbeitet wurde.“ (Petzold, H.G., 2/2016f S.6)

Die aktuellen Konzeptionen der integrativen Praxeologie und Praxis gehen davon aus, dass die Biosodie und Biografie eines Menschen das Ergebnis umfassender Synergien von leibhaftigem Erleben (embodiment), von emotionaler Erfahrung und rationaler, kognitiver Einsicht und ökologischer Einbettung sind. (Petzold, H. G. 2018a)

Die Therapie sollte dabei folgende Fördermaßnahmen beinhalten:

„...„Biographiearbeit“ u.a. als Bearbeitung kritischer Lebensereignisse und ihrer Nachwirkungen in durcharbeitender, heilsamer, stützender Karrierebegleitung (curing, supporting, coping), weiterhin „Biosodie-/Biographiearbeit“ als Eröffnung von Perspektiven und als Entwicklung eines gesundheitsbewussten, sozial-partizipativen und ökologisch sensiblen Lebensstils (enlargement), „Biosodie-/Biographiegestaltung“ als Hilfe bei der Lebensplanung und als Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung auf dem Lebensweg (enlargement, enrichment) in den Prozessen gelingenden „Selbstlernens“, „Weltlernens“ und des Entwickelns einer beglückenden „Lebenskunst“ (Foucault 2008; Petzold 1999q; Schmid 2004).

Schließlich „Kontextsicherung“ als Sensibilisierung für die Gefährdung sozialer und ökologischer Lebenskontexte und mit der Ermutigung (empowerment), sich für ihre Sicherung in sozialen Initiativen zu engagieren, denn Gesundheit braucht gesunde Kontexte. Das alles geschieht durch die „WEGbegleitung“ in einer guten therapeutischen Beziehung mit der Qualität einer „friendly companionship“, für die wir evolutionsbiologisch ausgestattet sind (Petzold 1994j; Trevarthen 2001; Tomasello 2010), und in einem „Konvivialitätsraum“, einem gastlichen Raum (Petzold 2012c, 11; 2016f), der Schutz, Sicherheit, Anregung und Möglichkeiten des persönlichen und gemeinschaftlichen Wachstums bietet. Ein solcher Möglichkeitsraum ist „grün“ im metaphorischen Sinne dieses Adjektivs und bedarf gemeinschaftlicher Bemühungen zu seiner Sicherung in solidarischen Aktionen.“ (Petzold, H. G. 2018a, S. 353)

Ausgehend von dem Gedanken, dass die IPBT additiv eingesetzt eine zusätzliche, ergänzende Methode sein kann, die einen Baustein in einem Bündel von Maßnahmen in der Therapie eines Patienten darstellt, entstand die Idee im Einzelkontakt ein Biographiemodul, ergänzend zum Psychotherapeutischen Prozess, anzubieten. Dieses Modul bestand aus 8 Einzelstunden.

Ziel der Biographieerarbeitung ist es, dass der Patient seine Lebensgeschichte, die Entwicklung seiner Persönlichkeit vor dem Hintergrund der gegebenen Lebens- und Entwicklungsumstände einzuordnen, wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären weiß (Hermeneutische Spirale der IT¹³)

Über eine Annäherung, Akzeptanz und Verständnis der eigenen Biographie (der Begriff Biographie bezieht sich auf das bereits gelebte Leben) kann es besser gelingen in der Biosodie (die Biosodie bezeichnet das aktuelle Leben) wissender, selbstbewusster und gnädiger mit sich selbst umzugehen, um die Zukunft aktiver und positiver zu gestalten.

„Wir machen heute Biographiearbeit, damit morgen das Leben, das ohnehin weitergeht, besser, leichter, beglückter, sinnvoller, gesünder etc. weitergehen kann...“ (Petzold, H.G., 2/2016f, S. 11)

Bei der Lebensgeschichte, die ein Mensch erzählt, handelt es sich um den jeweils bestmöglichen Weg, den dieser Mensch zu gehen im Stande war, deshalb ist es wichtig diesem Weg Würde und Wertschätzung entgegenzubringen.

Bei der Erinnerungsarbeit schöpft der Mensch aus seinen Gedächtnisarchiven, aus den Archiven des „Informierten Leibes“. Diese Materialien nimmt man über die gesamte Lebensspanne mit, ob bewusst, mitbewusst oder unbewusst.

(Petzold H.G., Sieper J., 2012a)

Die Informationen werden in den Narrationen häufig nicht systematisch zusammengestellt, sondern collagiert.

In der Therapie kann es zu spontanen Verdichtungen mit hohem emotionalen Gehalt kommen. Darauf sollte man eingestellt sein und zu Beginn der Therapie Absprachen für den Umgang mit solchen Situationen treffen.

Der Patient kann dazu angehalten werden Themen auszulassen, zu ergänzen, zu

¹³ Von „therapeutische Hermeneutik“ spricht man also, wenn die Deutung therapeutischen Effekt hat und von „hermeneutischer Therapie“, wenn die Therapie die hermeneutische Methode anwendet. Die hermeneutische Spirale lautet: „Wahrnehmen ⇒ Erfassen ⇒ Verstehen ⇒ Erklären“ (Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie)

variieren etc. In der Rolle als Gesundheits- und Krankenpflegerin besteht die Aufgabe darin, den Patienten zu Erinnerungen anzuregen, ihn zu begleiten und im Rahmen seiner psychischen Störung zu ermutigen auf die eigenen Grenzen zu achten. Die Haltung der Mutualität ist wesentlich, um dem Patienten ein Gegenüber zu sein, welches ihn nicht nur in einen kognitiven Spiegel sehen lässt, sondern in einen leibhaftigen.

Da die Wirkkraft von Kunsttherapieformen mächtig ist, ist eine sorgfältige Vorauswahl der Texte wichtig. Im laufenden Prozess sollte immer wieder überprüft werden, in welchem Bereich der Patient ansprechbar ist, wo bei ihm Resonanzen entstehen. Biographiearbeit braucht: Beziehung, Wertschätzung, Kontinuität und Zeit!

Das Biographie-Modul, welches die Autorin im Rahmen einer PIA-Komplexbehandlung mit einer Patientin durchführte, war als Ergänzung zum psychotherapeutischen Einzelprozess gedacht.

Die Biographieerarbeitung, hier im dyadischen Setting, half der Patientin dabei, die eigene Biographie zu erinnern, das Erinnerte zu sortieren und zu entscheiden welche Stellen sie genauer im Rahmen der Therapie betrachten wollte.

„Biographieerarbeitung erfolgt im Zweiersetting und in Biographiegruppen und die persönliche Biographie zu erinnern, Erinnerungsarbeit zu leisten, den Gedächtnisspeicher zu aktivieren und das Erinnerte zu sichten. Dann gilt es auszuwählen, was nützlich wäre zu teilen und was im Privaten verbleiben soll. Jeder betrachtet sein Leben, seinen Lebens-Weg wie ein P a n o r a m a unter drei Perspektiven: 1. Gute und glückliche Erinnerungen, 2. schlimme und belastende Erinnerungen, 3. Erinnerungen an Defizite, fehlende Erfahrungsmöglichkeiten.“
(Petzold, H. G., 2022b, S. 3/4)

In den einzelnen Modulen (Aufbau nach Anregungen aus dem Seminar in Hückeswagen bei Elisabeth Klempnauer) ging es unter anderem um eine Annäherung an die Biographie zunächst über die Erfahrungen mit Literatur und eigenem Schreiben in verschiedenen Lebensetappen, um die Erarbeitung der eigenen Identität, ausgehend von den „Fünf Säulen der Identität“ (Petzold, H. G., 2003a) bis hin zur Erarbeitung eines Lebenspanoramas und letztendlich um das Erkennen eigener Bedürfnisse und Wünsche.

Die Patientin profitierte deutlich von diesem Prozess. Sie fühlte sich von der Therapeutin gesehen, wertgeschätzt und in ihrer volitiven Entscheidungsfähigkeit

bestärkt. Sie nahm zunehmend eigene Grenzen wahr und konnte durch das Wahrnehmen von Resonanzen erkennen, dass es sich beim Wahren dieser Grenzen, nicht um Schwäche, sondern Selbstverantwortung handelt. Insgesamt konnte sie friedvoller auf ihre Biographie zurückschauen und entwickelte in ihren Texten eine explorative Neugier auf sich selbst. Sie fühlte sich motiviert über Fragen wie „Was will ich wirklich?“ und „Wofür steht meine gesellschaftliche Anpassung?“ gemeinsam mit ihrer Psychotherapeutin nachzudenken.

Trotz des positiven Resümees der Patientin wurde ein solcher poesietherapeutischer Prozess als Begleitung zu einem laufenden Psychotherapieprozess nur einmal durchgeführt. Rückblickend erscheint die Therapeutendopplung für den Gesamtprozess eines Patienten unnötige Schwierigkeiten und viele Spaltungsmöglichkeiten zu liefern. Während des poesie- und bibliothераapeutischen Arbeitsprozesses zur Biographie der Patientin entwickelte sich eine besondere Beziehungsebene zwischen der Therapeutin und der Patientin, die sich wiederum im Rahmen der Arbeit mit der eigentlichen Psychotherapeutin nicht entfaltete. Andererseits wäre im poesietherapeutischen Prozess an vielen Stellen ein Weiterarbeiten in Form von Vertiefung entstandener Resonanzen möglich und nützlich gewesen, dies stand aber konträr zur Arbeitsaufgabe und wäre psychotherapeutischen Interventionen zuvorgekommen. Diese Erfahrung führte u.a. zu der Entscheidung der Autorin, an der Therapeutischen Qualifizierungsstufe teilzunehmen

7. Abschließende Betrachtungen

„Das Gedicht ändert sich unmerklich, wenn es sich mit dem Ich des Lesers füllt. Denn es ist ja nur die Essenz einer Erfahrung, immer neu und anders gegenwärtig gemacht. Dabei bekommt die eigene Erfahrung des Lesers etwas von der Farbe des Gedichts, wird stärker, bunter, anders als er es von sich erwartet und als er es, ohne diese Formulierung, vielleicht je erfahren hätte.“ (Domin, H. 2015, S. 11)

Indem man über die Gefühlswelt Anderer liest oder hört entstehen innere Bilder. Man geht in Resonanz. Man kann sich mit dem Gehörten identifizieren, es ablehnen, es überprüfen, es weiterdenken und darüber in innere und äußere Dialoge treten. Man kann es als Schatz in sich bewahren, als kleines Pflänzchen, das noch Schutz bedarf, dessen Namen man noch gar nicht kennt und das irgendwann, wenn die äußeren und inneren Verhältnisse es zulassen, wachsen und hervortreten kann. Wenn es dann

gelingt, die eigenen Gedanken und Gefühle zuzulassen und sich damit zu zeigen, dann kann man neue Erfahrungen sammeln. Neue Erfahrungen wie etwa: „Ich konnte mich zeigen.“ oder „Ich wurde gesehen.“ können dazu führen, dass man sich selbst vollständiger sehen kann. Damit diese positiven Erfahrungen verinnerlicht/ einverleibt werden können, gilt es alle Möglichkeiten der Therapie zu nutzen und immer wieder zu üben. Nur durch viel Üben können ein Transfer dieser neuen Erfahrungen und die eventuell daraus abgeleiteten neuen Handlungsstrategien in den Alltag des Patienten gelingen.

Genau darum geht es in pflegetherapeutischen Gruppen. Das heißt, es geht um alltags- und ressourcenorientiertes Arbeiten, es geht darum, mit den Patienten Bewältigungsstrategien zu entwickeln und diese immer wieder zu trainieren. Es geht dabei nicht darum Konflikte aufzudecken, oder diese zu deuten und zu analysieren. Pflegetherapeutische Gruppen sollten nach Meinung der Autorin einen geschützten Raum bieten, in dem die Patienten sich ausprobieren können. Wichtig ist es im Vorfeld der Stunden darüber nachzudenken, welcher Text, welche Schreibübung wozu dienen soll.

Die 4 Phasen der Pflege-Patienten-Beziehung, Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung (nach Peplau) und das Tetradsche System der IT (Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase) bilden dabei den Rahmen für die Planung, Durchführung und Auswertung des Therapieprozesses. Bezugnehmend auf die Pflegekonzepte der IT bleibt festzustellen, dass Pflege immer interaktional und intersubjektiv angelegt ist und „...stets gleichermaßen Pflegende und Gepflegte als Personen“ einbezieht. (*Petzold, H.G., Petzold, Ch.1993b, S. 636*)

Die IBPT unterstützt in diesem Fall somit die speziellen pflegerisch-psychiatrischen Aufgaben. So können während der Therapieeinheiten im Rahmen der Krankenbeobachtung Kriterien wie Mimik, Gestik, Sprache, Mitschwingungsfähigkeit, Stimmung, Kognition, soziale Fähigkeiten, die Integrationsfähigkeit in eine Gruppe u. v. m. gesammelt werden. Gleichzeitig ist es sehr gut möglich psychoedukative Elemente in die IPBT zu integrieren und diese mit den Beispielen der subjektiven Verstehens- und Erklärungsideen der einzelnen Patienten für diese anschaulicher zu machen. Die IBPT kann dabei helfen, verdeckte Ressourcen des Patienten wieder zu aktivieren, neue Ressourcen zu entdecken und zu mobilisieren. Die Möglichkeit, die Gesundheits- und Krankenpflegerin im Rahmen der IPBT auch in der Rolle als

Therapeutin, als Person mit Hobby's, Erfahrungen und speziellen Kenntnissen zu erleben, unterstützt beziehungsweise auf das Pflegemodell von Hildegard Peplau den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Die Behandlungsdauer im ambulanten Setting ermöglicht es gleichzeitig, diese Beziehung über einen längeren Zeitraum wachsen zu lassen. So kann die IBPT für die Patienten eine zusätzliche Struktur und Stütze in ihrem Alltag bilden.

Um therapeutisch intensiver mit den Patienten arbeiten zu können, ist eine tiefere fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Poesie- und Bibliothherapie im Rahmen einer Weiterbildung erforderlich.

Was für die Autorin mit dem Hereinschnuppern in die IBPT als eine für sie interessante und ihre Neigungen unterstützende Therapieform begann, setzte sich im Absolvieren der weiteren Stufen bis zur therapeutischen Qualifizierungsstufe fort. Die Grundlagen und Konzepte der IT unterstützen und bereichern sie in ihrem beruflichen Selbstverständnis als Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Am Ende dieser Arbeit sollen noch einmal zwei Zitate von Hilde Domin stehen:

„Das kaum Sagbare wird sagbar. Was der Leser sich sagen kann, kann er weiter sagen, ganz wie der Autor selbst es weitergesagt hat. Die Katharsis ist Monolog und Aufhebung des Monologs. Die Mittelbarkeit erlöst aus der Stummheit.

(Domin, H. 2015, S. 11)

Die emotionale Durcharbeitung seelischer Konflikte kann zur Befreiung oder zumindest zur Erleichterung dieser führen. Das Aussprechen, das Benennen dieser Erfahrung lässt den Patienten selbst zum Handelnden werden. Er tritt aus einer passiven in eine aktive Rolle. Diese Momenterfahrung geht ihm nicht verloren, denn dieses Erfahren vitaler Evidenz geht in sein Leibarchiv ein.

Sich einer solchen Erfahrung zu öffnen erfordert Mut.

„Schreiben - und demnach auch Lesen - ist ein Training in Wahrhaftigkeit. Hinhören auf die stimmlose Stimme des Herzens heißt sich selbst nicht belügen. Und den Mut zu haben, die Erfahrung wahrhaftig zu benennen, sie zu sagen und an die Anrufbarkeit des anderen zu glauben. Das ist der Mut, den der Autor braucht.“

(Domin, H. 2015, S. 12)

Handelt es sich bei dem Autor um einen Menschen mit psychischen Problemen, der im Rahmen einer Therapie mit dem Lesen und Schreiben in Berührung kommt, benötigt er noch zusätzlich den Mut sich auf die IPBT einzulassen und zu vertrauen. Vertrauen darauf, sich zeigen zu können und sich auf die Empathie und Fachlichkeit seines therapeutischen Gegenübers verlassen zu können.

8. Zusammenfassung/ Summary

Zusammenfassung: Einsatzmöglichkeiten der Poesie- und Bibliotherapie im „Integrativen Verfahren“ im Rahmen psychiatrischer Pflegeaufgaben in einer Psychiatrischen Institutsambulanz

Dargestellt werden die Möglichkeiten des Einsatzes der Poesie- und Bibliotherapie im „Integrativen Verfahren“ in pflegegeleiteten Gruppen und im Einzelsetting in einer Psychiatrischen Institutsambulanz. Ausgehend von den Inhalten und Aufgaben Psychiatrischer Pflege werden wesentliche Konzepte und Theorien der „Integrativen Therapie“ vorgestellt. Diese theoretischen Sichtweisen bilden die Grundlage für die Entwicklung der einzelnen Therapiebausteine, über deren Inhalt und Erfahrungen in der Implementation im therapeutischen Prozess berichtet wird.

Schlüsselwörter: „*Integrative Poesie und Bibliotherapie*“, Psychiatrische Institutsambulanz, Psychiatrische Pflege, Therapiebausteine im Rahmen pflegegeleiteter Gruppen

Summary: Fields of application for Poetry Therapy and Bibliotherapy as part of the Integrative Treatment in the context of psychiatric care in a Psychiatric Outpatient Clinic

This paper details the possible fields of application for Poetry Therapy and Bibliotherapy as part of the Integrative Treatment in group therapy and one-on-one sessions led by the nursing staff in a Psychiatric Outpatient Clinic. The main concepts and theories of the Integrative Therapy are presented based on the content and duties of psychiatric care. These theoretical perspectives provide a basis for the

development of the specific elements of therapy, which are presented focused on their content and experience with implementing them in the therapeutic process.

Keywords: „*Integrative Poetry Therapy and Bibliotherapy*“, Psychiatric Outpatient Clinic, Psychiatric Care, elements of therapy inn Context group treatments led by the nursing staff

9. Literaturverzeichnis

- *Alligood, M.R.* (2014): *Pflegetheorie: Nutzung & Anwendung*. St. Louis, MO: Elsevier.
- *Amberger, S., Roll, S.C.* (2010): *Psychiatriepflege und Psychotherapie*, Georg Thieme Verlag 2010, 1. Auflage
- *Bäumli, J., Pitschel-Walz, G.* (2004): *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*, Schattauer GmbH Stuttgart 2003, 1. Nachdruck 2004
- *Benenzon, R. O.* (1983): *Einführung in die Musiktherapie*. Kösel, München
- *Dörner, K., Plog, U.* (1996): *Irren ist menschlich Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*, Psychiatrie Verlag Bonn, 1. Auflage der Neuausgabe 1996,
- *Domin, H.* (2015): *Das Gedicht als Begegnung - in* Über
die Heilkraft der Sprache Hgg. Petzold, H.G./Orth, I., AISTHESIS VERLAG Bielefeld 2015
- *Ferenczi, S.* (1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt/M.: Fischer.
- *Groz, Jannechie* (2020): *Verortung zentraler Konzepte der Integrativen Therapie in den „Tree of Science“*, Polyloge 11/2020 Mit einer Vorbemerkung zu „Selbst- und Weltverstehen“ von Hilarion G. Petzold (2020f)
<https://www.fpi-publikation.de/download/19884/>
- *Heimes, S.* (2012): *Warum Schreiben hilft – Die Wirkungsnachweise zur Poesietherapie*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG Göttingen/vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A. 2012
- *Heimes, S.* (2017): *Schreib dich gesund Übungen für verschiedene Krankheitsbilder*, Vandenhoeck&Ruprecht GmbH&Co, Göttingen 2017
- *Heß, H.* (2022): *Ein Poesie- und Bibliotherapeutischer Therapieprozess auf der Basis der „Integrativen Therapie“ mit einem an Paranoider Schizophrenie erkrankten Patienten im Rahmen der Behandlung in einer Psychiatrischen*

Institutsambulanz – salutogenetische Biographiearbeit, komplexe Ko-inkarnation
Heike Heß mit einem Vorwort von Ilse Orth und Hilarion G. Petzold, Hückeswagen,
Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit 02/22

<https://www.fpi-publikation.de/download/22029/>

- *Heß, H., Jurtzig, U.*(2007): „Bühne frei...“ Theaterarbeit in einer unverbundenen Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, in Kompetenz zwischen Qualifikation und Verantwortung, Vorträge und Posterpräsentationen 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel, Hrsg.: M. Schulz, C. Abderhalden, I. Needham, S. Schoppmann, H. Stefan, IBICURA, Unterostendorf 2007
- *Hömann-Kost, A., Siegele, F.* (2004): Integrative Persönlichkeitstheorie Vortrag im Rahmen einer FPI-Weiterbildungsgruppe „Sozialtherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe“, POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Ausgabe 11/2004 Januar 2004 Integrative Persönlichkeitstheorie
- *Hopf, H.* (2018): Praxishandbuch Tageskliniken, Verlag Urban & Fischer (Elsevier) München, 1. Auflage 2018
- Kleines Wörterbuch der Integrativen Therapie [PETZOLD Lexikon \(eag-fpi.com\)](#) aufgerufen 03/2021 bis 05/2022
- *Leeser, B.* (2018): Poesietherapie in der klinischen Behandlung von Depressionen und Erschöpfungskrankheiten, In: Wenn Sprache heilt Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit und Kreatives Schreiben“, Aisthesis Verlag Bielefeld 2018,
Petzold, H.G., Leeser, B. , Klempnauer, E. (Hgg.),
- *Orth, I.* (2009): Leib - Sprache - Gedächtnis – Kontextualisierung, Polyloge Ausgabe 11/2009
[11/2009, Orth Ilse: Leib-Sprache-Gedächtnis-Kontextualisierung | FPI-Publikation](#)
- *Orth I.*(1993): Integration als Lebensaufgabe – in: Petzold, H.G. (1993o): Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens. In: Petzold, Sieper (1993a) https://www.fpipublikation.de/downloads/?doc=polyloge_orth-petzold-thema-integrationpersoenliche-lebensaufgabe-integrationsprozess-grenzen-10-2015.pdf
- *Petzold, H.G.*(1978c/1991e): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. Integrative Therapie 1, 21-58; revid. und erw. als 1991e in: (1991a) 19- 90/2003a, 93-140. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/07-2017-petzold-h-g-1978c-1991e-2017-das-ko-respondenzmodell-alsgrundlage-integrativer.htm>

- *Petzold, H.G.* (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, Erschienen in: Petzold, H.G., 1980f, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie, Paderborn: Junfermann, 223-290
[Europäische Akademie EAG/FPI FPI-Publikation](#)

- *Petzold, H.G.* (1987d/2017): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt *, Textarchiv H.G.Petzold et al.Jahrgang 1987
<https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1987d-2017-kunsttherapie-kreative-medien-gegen-multiple-entfremdung-verdinglichende-welt.pdf>

- *Petzold, H.G.* (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, Polyloge Ausgabe 25/2012
[HP.Integr.fokale .Kurzz.IFK.Header.Polyl.28.11.12.pdf \(fpi-publikation.de\)](#)

- *Petzold, H.G.* (1999p): Psychotherapie der Zukunft – Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie *, Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1999
[HP.Psycho.Zukunft.Gesamt.23.8.11.pdf \(fpi-publikation.de\)](#)

- *Petzold, H.G.* (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>

- *Petzold, H.G.* (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei [www.FPI Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. Updating 04/2005.

<http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2000-petzold2000a-grundregel>

- *Petzold, H.G.* (2000h):, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (2000h) (Chartacolloquium III), Polyloge Ausgabe 11/2019 Wissenschaftsbegriff
[11/2019, Petzold H.G. \(2000h\): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis \(Chartacolloquium III\) | FPI-Publikation FPI-Publikation](#)
- *Petzold, H. G.* (2002j): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf/Krems (Update von 2002j), Polyloge Ausgabe 10/2006
[10/2006, Petzold H.G.\(upd.v.2002j\): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als ... | FPI-Publikation FPI-Publikation](#)
- *Petzold, H. G.* (2003a): Integrative Therapie: Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. (2. Überarbeitete und erweiterte Auflage).Padeborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung. Band 1: Klinische Philosophie; Band 2: Klinische Theorie; Band 3: Klinische Praxeologie.
- *Petzold, H.G.* (2003e) Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ Menschenbild und Praxeologie, Polyloge 2003e, Updating 2006k, Neueinstellung 2011) <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/06-2003-petzold-h-g-2003e-menschenbild-und-praxeologie-30-jahre-theorie-und-praxis/>
- *Petzold, H.G.*(2005): Modalitäten der Relationalität [Modalities of Relationality] – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie
Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2005
<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold> © FPI-Publikationen
- *Petzold, H.G.* (2008g): Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapekollegInnen, POLYLOGE Ausgabe 03/2009 Zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie – für PsychotherapekollegInnen
www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold_pol-03-2009_2008g_wissenstruktur_druck.pdf

- *Petzold, H.G* (2010f): Materialien zu polylogischen Reflexionen, intertextuellen Collagierungen und melioristischer Kulturarbeit – Hermeneutica, Polyloge FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen. Ausgabe 07/2010 „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“ [Petzold, H.G. \(2010f\): „Sprache, Gemeinschaft, Leiblichkeit und Therapie“ | FPI-Publikation FPI-Publikation](#)

- *Petzold, H.G.* (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung* Erschienen in: Integrative Therapie 3/2012 und POLYLOGE 15/2012, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alleausgaben/15-2012-petzold-h-g-2012h-transversalitaet-innovation-vertiefungvier-wege.html>

- *Petzold, H.G.* (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeitdie-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eineentwicklungspsychologisch-und>

- *Petzold, H. G.* (2013): Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte – „integrative Interiorisierung“. Konzeptuelle Ordnungsversuche in Sprachverwirrungen der Psychotherapie – ein Arbeitspapier, Polyloge 16/2013 [petzold-2012e-internailisierung-sprachverwirr-Header.15.8.13c.pdf \(fpi-publikation.de\)](#)

- *Petzold, H.G.*(2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie * 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 (2014i) [Petzold H.G. \(2014i\): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage... | FPI-Publikation FPI-Publikation](#)

- *Petzold, H. G. (2016f): NARRATIVE BIOGRAPHIEARBEIT & BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“ Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeiten Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Internet-Archiv „Heilkraft der Sprache“ 2/2016 <https://www.fpipublikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeitbiographieerarbeitung-in-der/>*
- *Petzold, H. G. (2016n): „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 (unter Mitarbeit von I. Orth und J. Sieper 2014). <https://www.fpipublikation.de/polyloge/31-2016-petzold-h-g-orth-i-sieper-j2014d-2016n-14-plus-3-einflussfaktoren-und-heilprozesse-imentwicklungsgeschehen-belastungs-schutz-und-resilienzfaktoren/> auch in: Beratung Aktuell, 3/21, [http://beratung-aktuell.de/wpcontent/uploads/2021/10/BA-3-2021 .pdf](http://beratung-aktuell.de/wpcontent/uploads/2021/10/BA-3-2021.pdf) . Ersch. erweitert als Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I. POLYLOGE 2, 2021)*
- *Petzold, H. G. (2018a): Narrative Biographiearbeit & Biographieerarbeitung in der Integrativen Therapie, Integrativen Poesie- & Bibliothherapie und in Schreibwerkstätten mit „kreativem Schreiben“. Praxeologisches Material zur Vor- u. Nachbereitung biographischen Arbeitens. In: *Petzold, H. G., Ellerbrock, B., Hömberg, R. (2018a): Die neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. I. Bielefeld: Aisthesis. S.339 -370; erw. in: <https://www.fpipublikation.de/polyloge/12-2016-petzold-h-g-2016f-narrative-biographiearbeit-biographieerarbeitung-in-der/>**
- *Petzold, H. G. (2022b): Einführung in die Integrative Biographiearbeit, Handout und Vortrag. Lecture an der Online Akademie der EAG. Hückeswagen 11.1.2022. POLYLOGE 10/2022. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/08-2022-petzold-h-g-2022b-einfuehrung-in-die-integrative-biographiearbeit-hand-out-zum-vortrag-in-der-online-akademie-der-eag-10-01-22/>*
- *. Petzold, H.G., Petzold, Ch.(1993b): Integrative Arbeit mit alten Menschen und Sterbenden - gerontotherapeutische und nootherapeutische Perspektiven in der*

Weiterbildungspraxis an FPI/EAG. In: Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a/2019): Integration und Kreation. Der Integrative Ansatz in der Weiterbildung von Angehörigen helfender und psychosozialer Berufe. Festschrift 20 Jahre Bildungsarbeit an FPI und EAG, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996; 2019Als e-buch: <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=Petzold-Sieper-hrsg-1996-Integration-und-Kreation-Band-2-e-book.pdf>

- *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.*(2013):

Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013* Schlusskapitel des neuen Buches „Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit“, Petzold, Orth, Sieper, , Bielefeld: Aisthesis Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper, S. 2, S. 5-13, POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed) Ausgabe 24/2013

https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf

- *Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I.* (2013): TRANSVERSALE VERNUNFT Fritz Perls, Salomo Friedlaender, Max Stirner und die Gestalttherapie – einige therapiegeschichtliche Überlegungen zu Quellen, Bezügen, Legendenbildungen und integrativen Weiterführungen als Beitrag zu einer „allgemeinen Theorie der Psychotherapie *Hilarion G. Petzold1in Ko-respondenz mit Johanna Sieper und Ilse Orth, *Polyloge* Ausgabe 16/2013 [16/2013, Petzold H.G., Sieper J., Orth I.\(2013b\): TRANSVERSALE VERNUNFT. Fritz Perls, Salomo.. | FPI-Publikation FPI-Publikation](#)

- *Petzold, H. G., Sieper, J., Orth, I.* (2019c/2022): TRANSVERSALE VERNUNFT und ZUKUNFTSSICHERUNG Leitidee für eine moderne Psychotherapie und Supervision, Kernkonzept „Integrativer Humantherapie und prospektiver Kulturarbeit“. - Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. Vgl. dieselben 2013b, ersch. erg. *SUPERVISION* 6/2022, <https://www.fpi-publikation.de/supervision/06-2022-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-2019c-2022-transversale-vernunft-und-zukunftssicherung-leitidee-fuer-eine-moderne/>,

- *Petzold H.G., Sieper J.*(2012a): “Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie.

Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis, Textarchiv Hilarion G. Petzold et al.

https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-sieper-2012a-leiblichkeit-informierter-leib-embodied-embedded-konzepte-polyloge-21-2012.pdf

- *Petzold - H.G., Orth I.* (1998/2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie, SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung Ausgabe 06/2014
https://www.fpi-publikation.de/wp-content/uploads/supervision_petzold-orth-1998-2014-innerer-ort-persoenele-souveraenitaet-kollegialitaet-coaching-sup-06-2014.pdf
- *Petzold, H.G., Orth, I.* (2005b): Sinn, Sinnerfahrung, Sinnstiftung als Thema der Psychotherapie heute – einige kritische Reflexionen* Erschienen in: Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag, Bd. I, S. 23 – 56.
[HP.Orth.Sinn.Krit.Reflex.Header.Textar.2.5.12.pdf \(fpi-publikation.de\)](https://www.fpi-publikation.de/HP.Orth.Sinn.Krit.Reflex.Header.Textar.2.5.12.pdf)
- *Petzold, H.G., Orth, I.* (2015): Poesie und Bibliothherapie, Entwicklung, Konzepte und Theorie – Methodik und Praxis des Integrativen Ansatzes, in Poesie und Therapie Über die Heikraft der Sprache, Hgg. Hilarion G. Petzold, Ilse Orth, AISTHESIS VERLAG Bielefeld 2015, S.58f, 65, 66, 67,68
- *Petzold, H.G., Orth, I.* (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts – der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“, Polyloge Ausgabe 22/2018
https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder-body-charts-polyloge-22-2018.pdf
- *Petzold, H. G., Mathias-Wiedemann, U.* (2019a/2020): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutalität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. POLYLOGE 3/2019, <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-polyloge-03-2019.pdf>

- Pschyrembel online <https://www.pschyrembel.de/>)
- *Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. (2016):* Pflgeherapeutische Gruppen in der Psychiatrie, 3. Auflage, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2016
- *Renz, H., Petzold, H.G. (2006):* Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - Jg. 13/2006
- [http://arbeitsblätter.stangl-taller.at/Psychotherapie/Klientenzentrierte Therapie-Rogers.shgml](http://arbeitsblätter.stangl-taller.at/Psychotherapie/Klientenzentrierte_Therapie-Rogers.shgml) 29.08.2012)
- *Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolf, S (2011):* Lehrbuch Psychiatrische Pflege 2. Nachdruck 2018 der 3. vollständig überarbeiteten Auflage 2011 Bern: Hans Huber, Hopfele 2018
- *van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J. (1997):* Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. Textarchiv H.G. Petzold et al. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchivpetzold_mei-petzold-bosscher-1997-runningtherapie-integrative-leib-undbewegungsorientierte-psych
- Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen (2010) gemäß §118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Berlin vom 30.04.2010)
- *Yalom, I. (2005):* zitiert nach *Pfennig* in *Rakel-Haller, T., Lanzenberger, A. (2016):* Pflgeherapeutische Gruppen in der Psychiatrie, 3. Auflage, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2016