

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

### In Verbindung mit:

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

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

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

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

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

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

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

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 03/2016

Les positions épistémologiques, neurologiques et agogiques  
de la "thérapie intégrative" en tant que "thérapie du  
développement" Fondements pour l'expérience personnelle  
en formation thérapeutique, en supervision et en thérapie -  
Théorie, Méthodologie, Recherche\*

*Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Ilse Orth (2005)*

Übersetzung: *Anja Kniffka*, CH-1040 Echallens

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

**"Qu'il puisse exister une psychothérapie autre que la psychanalyse et la thérapie comportementale des années 1960, qui soit néanmoins orientée selon des critères scientifiques, ceci est difficilement reconnaissable pour des scientifiques d'autres domaines, au vu du fatras versé dans les rayons libraires chaque année sous l'étiquette de la psychothérapie..."**

**(Klaus Grawe 2004, 24)<sup>1</sup>**

## **Remarques préliminaires sur les positions, les développements et les expériences**

Dans le dernier chapitre de cette œuvre volumineuse sera résumé l'essentiel de la théorie et de la praxéologie<sup>2</sup> de la thérapie intégrative, à l'état actuel de notre pensée et de notre pratique thérapeutique, et en nous basant sur quelques thématiques centrales. En outre, la discussion portera également sur les principaux développements et discours issus du contexte actuel du champ psychothérapeutique (voir *Petzold* 2005r). Ceci nous donnera l'occasion de faire des comparaisons avec les mouvements de développement théorique des autres approches les plus courantes (approches-mainstream) – la psychologie des profondeurs (ou approche psychodynamique), la thérapie systémique et la thérapie comportementale. Au terme de cette discussion, ce sera clair – du moins nous l'espérons – que dans le cadre de la psychothérapie, le **paradigme intégratif**, qui peut se comprendre comme une **"thérapie orientée vers l'être humain"** (ibid.), a développé une position très indépendante, centrée sur trois principes directeurs:

**1. Théorie** – elle est fondée sur la psychologie scientifique et les sciences sociales, biologiques et neurologiques pertinentes d'un point de vue clinique, **2. Praxéologie** – elle s'appuie ici sur un large fonds d'expérience clinique auprès d'une population de patients variée provenant de divers settings institutionnels et **3. Expérience personnelle** – ici elle s'oriente selon le concept intégratif „d'expérience personnelle complexe" touchant aux domaines de *théories expérimentales et phénoménologiques* ainsi que de *théories événementielles et herméneutiques*, car "le facteur subjectif" ne doit être exclu ni du côté des patients ni du côté des thérapeutes, comme c'est souvent le cas dans une conception thérapeutique positiviste et réductionniste. Avec ces trois principes directeurs et son élaboration théorico-conceptuelle et méthodico-pratique, l'**approche intégrative** apporte une contribution importante aux champs de *psychothérapie* et de *thérapie sociale* – d'autant plus qu'elle combine et intègre ces deux méthodologies pour en faire un **modèle bio-psycho-socio-écologique**. Une telle intégration est indispensable pour la thérapie moderne des addictions<sup>3</sup> et n'est aujourd'hui guère réalisée par d'autres approches de façon aussi élaborée et comportant une telle ampleur d'expériences dans les divers domaines de la pratique. Il s'agit du résultat de bientôt 40 ans de pratique clinique et thérapeutique, de recherche, d'enseignement et d'expérience personnelle et professionnelle des auteurs ainsi que de leurs collègues pratiquant l'approche intégrative dans de nombreux pays.

Le texte cherche à donner un aperçu sous forme compacte, qui puisse permettre, au vu des travaux de ces deux volumes, de rendre manifestes des développements et d'indiquer des directions d'approfondissement possibles. De plus, il cherche encore une fois à réunir des concepts centraux dans des définitions et des présentations condensées et à présenter ainsi un "réseau conceptuel" s'appliquant à toutes les contributions de ces deux volumes et permettant de les mettre en lien.

La **"thérapie intégrative"** est la première approche présentant une **intégration systématique de méthodes** et – au-delà – un **développement de concepts englobant diverses écoles** psychothérapeutiques (cf. *Petzold* 1974k, 394f, 1982, 1991a, 1992g, 2003a; cf. *Norcross, Goldfried* 1992, *Grawe* 1998, 2004). Dès ses débuts, elle s'était comprise comme une **"thérapie centrée sur le développement"**, ayant travaillé avec des personnes de tout âge, dans la lignée d'une **"psychologie clinique et du développement dans le lifespan"** (*Petzold* 1994j). Il s'agit d'une approche qui favorise le développement de l'être humain et qui se considère elle-même en développement permanent (*Petzold* 2005r). En outre, il faut rajouter la perspective d'une **"psychosociologie clinique"** (*Petzold, Müller* 2005) car les êtres humains ne vivent pas seuls. Au contraire, ils grandissent plutôt dans des réseaux

---

<sup>1</sup> *Klaus Grawe*, protagoniste important de la psychothérapie intégrative, englobant diverses écoles, décéda de manière inattendue le 10 juillet 2005. Sur son invitation j'enseignais entre 1980 et 1989 à son institut en tant que professeur invité. J'ai appris à apprécier son ouverture et sa clarté dans le domaine de la critique de la psychothérapie. Nous partagions de nombreux points de vue et étions également en désaccord sur beaucoup. Cette contribution lui est dédiée.

<sup>2</sup> La praxéologie peut être définie comme étant la description théorique de la pratique clinique en thérapie intégrative.

<sup>3</sup> L'accent mis sur la thérapie des addictions s'explique par le fait qu'il s'agit ici d'un extrait tiré du livre de *Petzold, H.G., Schay P. et Scheiblich, W.* (2005) sur la thérapie des addictions: Integrative Suchttherapie.

sociaux et des groupements („convois“<sup>4</sup>), et ils peuvent grandir sainement avec de bonnes affiliations sociales ou alors ils peuvent être abîmés et tomber malades lors de mauvaises relations sociales. La thérapie intégrative est une "VOIE d'anthropologie appliquée", qui encourage à toujours se donner de nouveaux points de départ.

Son nouveau **point de départ**: moins de focalisation sur les dysfonctionnements et maladies et plus sur la santé, le bien-être et la participation sociale; et puis encourager le **travail continu**: partir des objectifs déjà atteints dans le "travail sur soi" et dans le "travail dans et sur la société" pour aller vers de nouvelles possibilités de réalisation de ses propres potentiels personnels et sociaux. Ici nous allons clairement au-delà du concept de "nouveau départ"<sup>5</sup> de *Balint*.

De tels *nouveaux points de départ combinés avec un travail continu* sont nécessaires, d'une part en raison des changements des conditions sociétales provoquant le besoin de saisir de nouvelles tâches créatrices, et d'autre part en raison du fait que de tels changements à grande échelle aboutissent à des dynamiques de changement profond des modèles de personnalité et d'identité. Les anciens modèles sont dès lors remis en question et au risque de devenir obsolètes (*Eickelpasch, Rademacher 2004; Keupp 1999; Petzold 2001p; Ricoeur 1996; Turkle 1998*). Ceci implique que les conceptions traditionnelles de la personnalité, par exemple celles des psychothérapies humanistes ou de la psychologie des profondeurs et de la psychanalyse, deviennent problématiques et obsolètes dans la mesure où elles restent figées.

L'"approche intégrative" découle du paradigme des "**discours multithéoriques**" (*Lyotard, Petzold, Ricoeur, Welsch*), une orientation multi- et interdisciplinaire de la compréhension et de l'organisation de la réalité. *Luhmann* (1992, 19) la considère comme étant adaptée aux circonstances complexes de notre "vie moderne": "C'est justement à travers la possibilité de décrire des faits incontestés, de manières différentes, et par des concepts théoriques variés... que cette méthode pourrait être la plus prometteuse pour notre sujet [l'observation de la vie moderne], tout en présupposant des connaissances théoriques et techniques considérables" (*ibid.*). Il s'agit là d'un procédé ayant caractérisé l'approche intégrative dès ses débuts. Il part du principe qu'une conception de notre réalité ultracomplexe et mondialisée d'aujourd'hui, ainsi qu'une compréhension suffisante et cohérente des êtres humains dans leurs situations de vie complexes et dans un contexte de changements accélérés dans leurs parcours et conditions de vie, font appel à des approches **excentriques**<sup>6</sup> et impliquant **de multiples points de vue**.

Il s'agit de procéder à des examens, des réflexions et des analyses multithéoriques afin de pouvoir saisir la réalité complexe de façon appropriée. De plus, de nouvelles voies multipraxéologiques telles que la sociothérapie, la psychothérapie, le travail social et -éducatif deviennent nécessaires afin de pouvoir influencer sur les circonstances de vie des clients et des patients. Des manières de travailler multiméthodiques deviennent également nécessaires: la manière expérimentale, psychodynamique, cognitivo-comportementale et celle centrée sur le corps. Bref il nous faut un „procédé intégratif“ (*Petzold 1992a; Grawe 2004*). Partant de ce point de vue, l'essence de la praxéologie est de produire une meilleure pratique et l'essence de la science est de générer des nouvelles connaissances ainsi que de falsifier, réviser et parfois confirmer les anciennes connaissances, mais principalement de créer du nouveau. Dans ce sens, la „spirale herméneutique intégrative“ (*Petzold 1991a*) devient le principe innovateur de la théorie et de la pratique: „**Percevoir, Appréhender, Comprendre, Expliquer**“ et „**Constater** (ce qui est), **Différencier** (repérer les différences selon des perspectives multiples), **Intégrer** (synthétiser différents aspects à partir d'une position excentrique), **Créer** (créer du nouveau à partir d'une hyper-excentricité (voir notes de bas de page 3) et de façon ciblée ou ouvrir de nouveaux espaces pour des phénomènes d'émergence et des créations spontanées). Nous retrouvons ce principe dans l'essence de la „**thérapie héraclitienne**“<sup>7</sup>, car „ tout passe et rien ne demeure tel qu'il était“ - ceci est une pensée attribuée à Héraclite d'Éphèse: „Toute existence est sujette à la

---

<sup>4</sup> Petzold définit des convois comme étant des réseaux sociaux, étendus sur un continuum, c'est-à-dire tout au long de la vie d'une personne.

<sup>5</sup> Le psychanalyste Balint parlait de la possibilité d'un 'nouveau départ' face à la maladie et les compulsions de répétition. Ce nouveau départ aurait été atteint au moyen de la régression thérapeutique à un stade de développement antérieur où le traumatisme aurait eu lieu.

<sup>6</sup> Par excentricité on entend, en thérapie intégrative, la capacité spécifiquement humaine de prendre de la distance par rapport à soi-même et de dépasser la centration du sujet sur sa corporéité et son milieu environnant. Ceci permet de pouvoir s'observer de l'extérieur en prenant de la distance, ainsi que de pouvoir observer le monde extérieur, sans toutefois quitter entièrement sa perspective centrale. L'excentricité et la multiplicité de dimensions, tentant de relier différents points de vue théoriques, conduisent à une hyper-excentricité, qui, à son tour, ouvre à un niveau-méta, permettant ainsi d'obtenir une vision d'ensemble.

<sup>7</sup> La thérapie héraclitienne s'inspire de Héraclite, un philosophe grec, né à Éphèse vers 576 av. J.-C., mort vers 480 av. J.-C.. Celui-ci a développé une dialectique très spécifique, qui se prête tout particulièrement à la psychothérapie, au travail de prise de conscience du sujet au niveau de la médiation entre l'être humain et le monde, la vie et la mort, la santé et la maladie. Il s'agit d'une pensée typique marquée par des oppositions, ces dernières étant reliées par une harmonie impénétrable, qui les dissout à un niveau plus profond.

transformation continue: toutes les choses naissent, changent et passent: de la même manière, tout se transforme de manière continue dans le domaine expérientiel de la vie humaine individuelle“ (*Mansfeld* 1987, 233). Suivant cette pensée, nous allons, dans le texte final de cette œuvre en deux volumes, à nouveau présenter les concepts centraux et ceci dans leur ouverture à la nouveauté que le courant d'Héraclite va nous apporter. „*Pour ceux qui entrent dans les mêmes fleuves, autres et toujours autres sont les eaux qui s'écoulent,*“ (Herakleitos, 12). Toute connaissance est impliquée dans ces processus de transformation, qui sont tous liés entre eux et qui doivent être considérés comme façonnant un tel réseau, puisqu'il s'agit de la part différente et du tout, des aspects rationnels et émotionnels. Des concepts tels que „intelligence émotionnelle“ et „réflexivité sensuelle“ (*Heurig, Petzold* 2004) sont fondés sur ces dynamiques de changement et d'interconnexion.

Une méta-herméneutiques perceptivo-réflexive, basée sur une anthropologie complexe, est caractéristique de la „pensée héraclitienne“ (*Petzold, Sieper* 1988d; *Schwennen*, ce volume 2 II, 101). La réflexion systématique d'Héraclite ou - pour utiliser une formulation plus moderne - sa „réflexion multithéorique“, sous forme de „connexions“ et de „transitions“ (22B 10, *Diels, Kranz*, 1964) est devenue le concept directeur de l'„approche intégrative“. Il s'agit de son idée d'un „**Tout** en tant que „connectivité transversale“, qui ne se comprend pas comme une synthèse imposante, mais plutôt comme une „**pratique des rapprochements**“, comme „un Tout différentiel et ouvert dans une métamorphose créative“, nécessitant tant de connaissances spontanées que d'élaborations continues et laborieuses.

„Connexions: Joignez ce qui est complet et ce qui ne l'est pas, ce qui concorde et ce qui discord, ce qui est en harmonie et en désaccord ; de toutes choses une et d'une, toutes choses“ (*Héraclite*, 22B 10, *ibid.*, cf. *Petzold, Sieper* 1988d).

Nous trouvons chez Héraclite „malgré ou grâce à ses révélations foudroyantes tout autant de sagesse que de science, tout autant de poésie que de vérité. Il a créé un ensemble entre la physique, l'épistémologie, la psychologie et l'éthique relevant non seulement du domaine rationnel, mais aussi du domaine émotionnel“ (*Mansfeld* 1987, 241), ainsi que - nous rajoutons ceci - du domaine de la volonté (*Petzold, Sieper* 2003). Dans l'approche intégrative nous *voulons* un travail multithéorique, nous avons opté pour ce paradigme - car celui-ci permet de nous faire une idée de „visions du monde“ les plus diverses (pouvant aussi être désignées par „social world“, *Petzold* 2003a; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004). Nous pouvons ainsi nous mouvoir à travers une grande diversité de „variantes de discours et niveaux de discours différentiels“ (*Ricœur* 1998), utiliser de nombreux „jeux linguistiques“ (c'est-à-dire l'utilisation de signes linguistiques dans le cadre d'un contexte comportemental, *Wittgenstein* 1969) et des cadres de référence théoriques dans leur spécificité.

Nous pouvons ainsi observer une situation concrète à travers des **cadres de référence** différents (*Petzold* 1998a, 88, en théorie *synergétique*<sup>8</sup> on parle de „paramètres d'ordre (order parameters)“, *Haken* 2003, 81). Avec un seul **cadre de référence** nous ne pouvons pas saisir des réalités complexes de manière suffisante. Une telle vision **multiréférentielle et multidimensionnelle** conduit à des convergences et/ou à des divergences. Afin de pouvoir les „intégrer“, il s'agit de faire des rapprochements („*faibles intégrations*“<sup>9</sup> par des rapprochements, cf. *Petzold* 2002b). Pour cela il faut connaître „l'efficacité“ de chacune des théories isolées: leur origine, leurs focus d'explication, leur droit d'autorité, leur portée, leur fondement empirique, leur connectivité etc. (*idem* 1998a, 105ff). C'est à partir de telles **connexions**, qui rassemblent une foule d'informations, que peuvent *émerger* ou être *construites* des qualités supérieures et transversales („trans-qualités“ *ibid.* 237ff) à travers des „intégrations fortes“ (*idem* 2002b). Plus les rapprochements au sein d'un système ou entre les systèmes d'un suprasystème sont denses et variés, plus les chances sont fortes que de nouvelles solutions émergent dans des processus auto-organisés (*Krohn, Küppers* 1992) et que de nouveaux développements deviennent possibles à travers le „potentiel émergent“ (*idem* 1998a) et la capacité d'innovation de tels systèmes - dont pourraient bénéficier les patients et patientes et les collaboratrices et collaborateurs dans les institutions.

Sur ce point un travail **méta-herméneutique** apporte des contributions d'importance majeure. Il s'agit là d'une *observation* et d'une *interprétation* de son propre travail d'observation et d'interprétation à travers les différents cadres de référence, modèles et perspectives, à travers des „*observateurs et interpréteurs* de second et troisième ordre“ (*Petzold* 2002b - ici nous dépassons le concept de *Luhmann* de l'„observation de second ordre“).

Considéré sous un angle métaperspectif, ces cadres théoriques et praxéologiques peuvent être perçus comme étant des „structures d'ordre“, qui mènent à une réflexion, cette réflexion étant elle-même examinée en vue de structures d'ordre supérieures [supra-classeurs]:

- des influences des courants intellectuels, globaux et régionaux ainsi que des conditions historico-

<sup>8</sup> La théorie synergétique est une discipline scientifique cherchant à créer une attitude de transdisciplinarité entre de nombreux domaines (mathématiques, physique, chimie, biologie, écologie, linguistique...).

<sup>9</sup> *Petzold* désigne l'association d'éléments ou de concepts différents comme étant des "faibles intégrations". Dans les "intégrations fortes", ce rassemblement peut conduire à des modèles supérieurs.

- culturelles (Métaperspective I)
- des forces socio-économiques (Métaperspective II) et
- de la réflexion sur les fondements neurobiologiques (Métaperspective III) des processus de réflexion se basant eux-mêmes sur l'état de la recherche en *neurosciences*.

Nous pouvons nous attaquer au développement d'une méthodologie d'intervention pluriforme dans le cadre d'une „praxéologie intégrative“ cohérente fondée sur une conceptualisation *multiréférentielle* et une méthodologie méta-herméneutique ainsi qu'un recours constant aux résultats pertinents de la recherche empirique (entre autres de la psychologie, de la neurobiologie et des sciences psychothérapeutiques) (*Orth, Petzold 2004, Band I*). Cela met en route un méta-processus, qui continue à s'écouler en tant que tel de manière permanente et „héraclitienne“, libérant sans cesse des „effets de synergie“ à travers le rapprochement systématique des différentes façons de voir théoriques ainsi qu'à travers la réunion des différentes approches praxéologiques ou méthodiques sous un même fondement théorique. „L'effet total de ces effets de synergie est autre chose que la somme de leurs effets isolés“ (*Petzold, 1974j*). Ce processus nécessite une *navigation* instruite et courageuse, ainsi que de garder la conscience du fait que l'on ne se dirige pas vers un résultat final. Celui qui passe outre ou ne voit pas la qualité héraclitienne de „l'approche intégrative“, va difficilement trouver un accès adéquat à celle-ci. Une telle compréhension nécessite impérativement l'élaboration d'une position anthropologique complexe, qui nous a pris de nombreuses années (*Petzold 2003e*). Celle-ci a bien évidemment des fondements philosophiques, anthropologiques et neurobiologiques: elle se base sur le „concept du corps propre“ de *Merleau-Ponty*, sur l'idée psychophysique d'une „neuropsychologie“ telle qu'elle a été fondée par *Luria* (aujourd'hui on peut y rattacher les modèles de *Damasio* et d'*Edelman*). En outre, elle se base sur une éthique fondée sur l'épistémologie et la philosophie de l'histoire, telle qu'elle a été élaborée par *Ricœur*. Tous les penseurs mentionnés ci-dessus font partie de nos théoriciens de référence depuis les années 1965 (*Petzold 2002h*). À cela se sont rajoutées les idées de la théorie des systèmes de *Luhmann* (1968) que nous avons reprises (*Petzold 1974k*), ainsi que des penchants tirés de la pensée issue de la théorie de l'information (*Solso 1975, Shiffrin, Schneider 1977; Oyama 1085; Perrig et al. 1993*), qui se trouvaient également dans l'approche écologique de *Gibson* (1979). La vision de la théorie de l'information - que „tout événement passe par des informations“ - peut bien être mise en lien avec notre approche de la théorie de la stimulation - que „tout développement passe par des stimulations multiples ou par des informations diverses!“. À partir de la convergence entre ces deux paradigmes s'est construit le concept central de la thérapie intégrative en tant que „synthèse globale“ (*Ricœur*): le „corps informé“ avec ses capacités de „régulation dynamique“ (*Petzold, van Beek, van der Hoek 1994*). Nous avons pu élaborer une position que nous allons placer, à l'état de son niveau d'élaboration actuelle et avec une présentation compacte du concept du „corps informé“ et de ses implications, en tête de ce texte:

Le **corps/organisme** (σῶμα) humain étant capable de perception, d'action et de mémorisation et étant inséré dans un „monde vécu“ ou „Lebenswelt“ (*Ricœur*)<sup>10</sup>, devient un „corps subjectif“ à travers ses capacités d'„**incarnation**“, d'„**incorporation**“ et de „**conception créative**“ prenant place dans des processus d'enculturation et de socialisation. Il devient un „corps-sujet **dynamique**“, qui interagit avec ses co-sujets de manière *co-créative* dans un contexte et/ou continuum donné (*interacting subject embodied and embedded*). Cette construction anthropologique du „corps-sujet“ est définie comme étant la „totalité de tous les *schémas* ou *styles* sensoriels, moteurs, émotionnels, volitifs, cognitifs et socio-communicatifs“ fondée sur sa base somatique et son histoire, et dans sa prestation actuelle. Nous pouvons entendre par là l'interaction fonctionnelle et intentionnelle avec l'environnement, les mises en scène vécues de manière consciente et inconsciente et les **processus de régulation dynamiques** du corps-sujet se déroulant simultanément. Ces derniers sont archivés dans la „mémoire du corps“ en tant que processus d'„apprentissage complexe“ avec les résultats issus de celui-ci. L'intégration de l'*information différentielle* se fait à travers l'interaction entre l'expérience de l'espace somatique intérieur et celle du contexte. Cette dernière se construit à partir de l'„expérience personnelle“ (c'est-à-dire l'expérience de stimulation multiple retenue dans la „mémoire du corps“), qui est le fondement du „corps informé“. C'est en partant de ce „Corps informé“ que peut émerger un „Soi-corps **incarné** qui peut développer un **Moi** réflexif/métaréflexif et à travers celui-ci une **identité** suffisamment consistante et capable de mémorisation. La construction anthropologique du corps-sujet est ainsi élargie à un concept théorique de la personnalité. La „**personne incarnée**“ en tant que **Soi-Moi-Identité** se constitue à travers les schémas/styles dont elle se souvient, qu'elle expérimente dans un *contexte-continuum* particulier et qu'elle met en scène avec les autres. Cette constitution se fait selon sa performance (potentiel d'action) du moment. La „**personne incarnée**“ peut se contrôler et se développer de manière

<sup>10</sup> *Ricœur* a repris la notion de *Lebenswelt* de *Husserl*, terme traduit par 'monde vécu', 'monde de la vie' ou 'milieu de vie'. Il a proposé une herméneutique du 'milieu de vie' en partant du modèle d'une archi-texture: Le milieu de vie, ce serait, au plan de la préfiguration, notre manière corporelle d'être au monde. Au plan de la configuration, ce serait l'espace habitable parce que inscrit (*géo-graphique* signifie inscription dans un territoire) et construit. Enfin, au plan de la refiguration, ce serait l'espace habité, 'ré-habilité', redistribué et remodelé.

fonctionnelle-régulatrice et réfléchissante-actrice dans ses interactions avec les autres dans le monde (Petzold 2000h, précision de 1996a, 283).

De telles définitions directrices ne viennent pas du néant. Elles ont évolué à travers l'histoire. Ce processus d'une élaboration systématique, ayant commencé dès les débuts de l'approche intégrative, devrait en principe être revu, en ce qui concerne le développement théorique et les inspirations praxéologiques en vue du développement conceptuel ainsi que leur application dans la pratique: un cycle entre théorie et pratique (Petzold 1988n) déterminant la praxéologie, c'est-à-dire la théorie de la pratique de la thérapie intégrative (Orth, Petzold 2004). Nous ne pouvons bien évidemment pas faire une telle reconstruction ici (cf. Petzold 2003e, 2005r), mais le principe est illustré par l'exemple de la salutogenèse et de la pathogenèse : Depuis les débuts de notre travail, dans le milieu des années 1960, notre impression que la *pathogenèse* et la *salutogenèse* ont des racines sociales a été confirmée dans notre pratique encore et toujours sous forme d'expériences d'une évidence bouleversante.

„Ou que nous regardions: Les stress traumatiques, les perturbations inquiétantes, les conflits tendus et les situations de manque et de grandes privations entraînent des conséquences psychiques, somatiques et sociales, alors que la protection, l'affection positive et constructive, les stimulations et l'encouragement ciblés ont des effets curatifs et favorisent le développement“ (Petzold 1969c).

Nous avons ainsi trouvé et nommé l'essentiel de la théorie intégrative de la pathogenèse et de la salutogenèse, en raison de nos observations multiperspectives, phénoménologiques et cliniques ainsi que de la réflexion à leur sujet (Petzold, Schuch 1991). Nous devons ensuite trouver pour cela un cadre théorique, que nous considérons comme étant suffisamment cohérent, au vu de la situation de la recherche de l'époque et avec une argumentation basée sur une théorie de la stimulation relativement peu spécifique.

„La sur-stimulation par les **traumatismes**, la sous-stimulation par les **déficits**, la stimulation instable par des **perturbations** et la stimulation contradictoire par des **conflits** peuvent provoquer la maladie; l'influence des stimulations négatives est mise en opposition avec la **protection**, l'**affection**, l'**excitation** et l'**encouragement** en tant que stimulations positives“ (Petzold 1970c, 22).

Tout d'abord la **stimulation** était fondamentalement considérée comme étant „un stimuli environnemental sur l'organisme/le cerveau de l'homme qui déclenche une réaction“ (ibid.), au sens du „réflexe-qu'est-ce que c'est?“ de Pavlov<sup>11</sup> ou bien du „réflexe d'orientation“ de Sokolow<sup>12</sup>, à l'aide duquel Lurija<sup>13</sup> et Chomskja ont effectué leurs expériences révolutionnaires, en étant bien conscients du caractère réductionniste de ce concept, la recherche cérébrale n'ayant pas été très avancée à l'époque. Il était évident qu'il devait s'agir de „stimulation multiple“ (Petzold 1975e, 1988f) et que „tout l'organe sensoriel du corps“ (sensu Merleau-Ponty) devait être adressé dans „tous ses sens“. Notre *pratique multisensorielle* avec des „médiats créatifs“, telle qu'elle s'est produite de manière naturelle dans notre travail avec des patients âgés et des enfants (idem 1965, 1969b), ainsi que notre vision de l'„anthropologie de l'homme créatif“ (idem 1988n, Orth, Petzold 1993, Petzold, Orth 1990a), était complètement dirigée dans ce sens. C'est pour cette raison que nous avons poursuivi de manière conséquente le **modèle de la stimulation** dans le sens de configurations de stimuli complexes (caractère d'attrait, valence, Lewin) jusqu'à ce que nous trouvions une bonne théorie de référence dans le „modèle d'affordance“ de Gibson (Gibson 1979; Heft 2002). Cette théorie de référence a pu être mise en lien avec les recherches de Bernstein sur la capacité de mouvement dans l'espace. En outre, elle peut évoluer dans la direction de modèles non-linéaires de la théorie des systèmes allant vers la *création de modèles* (Petzold, van Bek, van der Hoek 1994) et elle permet une bonne application pratique dans le travail thérapeutique (Petzold 1995a,b, Orth, Petzold 1998a).

„La **stimulation** est conçue comme étant une configuration de stimuli complexe, excitante, extéroceptive ou exogène et proprioceptive ou endogène, avec une **valeur informative** spécifique - à titre d'exemple celle-ci peut être évaluée par l'amygdale comme étant 'dangereuse' ou 'pas dangereuse' [valuation émotionnelle] et par l'hippocampe et le cortex préfrontal en vertu de l'expérience archivée [appraisal cognitif]. Les **processus de**

<sup>11</sup> I. Pavlov (1849-1936) était un médecin et physiologiste russe. Il est célèbre pour ses études sur le réflexe conditionnel qui porte son nom, le fameux réflexe de Pavlov.

<sup>12</sup> La réaction d'orientation est la mobilisation de l'attention consécutive à un changement dans l'environnement d'un organisme. Elle a été décrite et étudiée par la psychologie russe puis soviétique (Pavlov, Sokolov, Pearce, Hall...).

<sup>13</sup> Lurija et Chomskja étaient des psychologues (et neurologues) russes, vivant au 20e siècle.

**régulation** sont influencés par les résonances mnésiques qui sont déclenchées par les stimulations dans la 'mémoire du 'corps informé' et dans la 'mémoire du corps' d'une part. D'autre part, ils sont influencés par la qualité du flux continu d'information stimulante reçue. En outre, l'état d'excitation psychophysologique de l'homme (l'organisme et le corps-sujet en même temps!) peut être intensifié, excité de manière supplémentaire (up regulation, kindling, hyperarousal, p.ex. par des facteurs aversifs) ou atténué, calmé, inhibé (down regulation, quenching, relaxation, p.ex. par des facteurs protecteurs). Ceci est relié aux événements neurohumoraux correspondants et peut renforcer ou atténuer des frayages neuronaux. En outre, ceci est d'une importance considérable pour la conception de l'intervention pratique concrète, car le thérapeute et le setting thérapeutique doivent être en mesure de fournir des configurations de stimuli correspondantes afin de pouvoir influencer sur les processus de **régulation dynamique** de manière adéquate" (Petzold 2000h).

L'approche de la stimulation était renforcée par les recherches longitudinales sur les „événements de vie critiques“ devenant importantes depuis la fin des années 1970 (Brown, Harris 1978; Filipp 1990), et que nous avons assimilées (Petzold 1979k). En outre, cette approche était entièrement soutenue par des recherches psychodéveloppementales simultanées dans le domaine de la „psychopathologie développementale“ (Rutter 1979; Garmezy 1985; Rutter, Hay 1994), entre autres par des recherches sur les „facteurs protecteurs“ et sur la „résilience“ (Petzold, Müller 2004). Nous étions les premiers à introduire ces concepts dans la psychothérapie et à les avoir intégrés dans la recherche et dans la méthodologie du traitement – auprès d'enfants, de personnes souffrant d'addictions et de patients âgés (Petzold, Goffin, Oudhof 1991; Müller, Petzold 2003). Tout cela nous conforta également dans notre évaluation des variables du contexte et des 'circonstances de vie', dans lesquelles sont suscités des événements aversifs et des événements de vie critiques mais aussi des facteurs protecteurs, tels que nous les avons considérés dès les débuts de notre travail, sans préalablement avoir eu ces termes à disposition. En 1970 nous parlions de stimulations „néfastes et positives-constructives“ et étions à l'époque déjà très conscients du fait que celles-ci étaient déterminées par des évaluations personnelles (plus tard nous parlions de *appraisals* néocorticaux, cognitifs et de *valuations*<sup>14</sup> limbiques, émotionnelles), que nous considérions selon la théorie des attributions (cf. Petzold 1998a; Eichert, Petzold 2003c). Tant que de tels systèmes d'évaluation ne sont pas éclairés par la recherche, ce qui ne sera probablement jamais entièrement le cas au vu de la diversité d'influences ethniques et de celles liées à la couche sociale, à l'âge et au genre, il est évident qu'ils doivent être élaborés avec les patients à travers des explorations de „théories subjectives“ en tenant compte de la dimension *biographique, actuelle, prospective*, cognitive et émotionnelle. Nous avons développé pour cela, dès les débuts de notre travail, un large répertoire d'approches créatives-médiales<sup>15</sup>, diagnostiques et thérapeutiques (p.ex. 1971a, g; Petzold, Orth 1992; Müller, Petzold 1998) ainsi que la méthode de la „pratique narrative“ fondée sur la théorie narrative (Petzold, Orth 1985; Petzold 2001b, 2003g).

Nous espérons qu'il apparaît clairement dans cet aperçu esquissé et reconstruit du développement théorique et pratique, à quel point le travail théorique et les expériences cliniques sont indispensables pour l'élaboration et le développement d'une approche. Il en est de même pour l'état de la recherche dans les sciences de référence existantes dans les disciplines transversales et les nouveaux développements dans le cadre de ces recherches. Nous espérons également qu'il apparaît ainsi clairement, pourquoi nous ne pouvons jamais atteindre un état de connaissances et une actualité clinique de „best practice“ au sein de discours internes, provenant uniquement des écoles. Néanmoins, nos partenaires dans les processus de traitement ainsi que les patient(e)s et client(e)s ont le droit à une telle pratique „de meilleure qualité“ et ceci pour des raisons éthiques et juridiques. En ce qui concerne le développement de notre approche, il nous était donc clair qu'elle devait être „intégrative“, „interdisciplinaire“ et „trans-scolaire“. Pour ce qui est du développement de la „praxéologie intégrative“ (Petzold 1993a; Orth, Petzold 2004) il nous était évident: sans la socio-thérapie, abordant les problèmes et risques sociaux et cherchant à les résoudre, et sans la thérapie du corps, abordant la dimension corporelle des angoisses (tension excessive) ou des dépressions (absence de tension), la psychothérapie (utilisée uniquement en tant qu'intervention) n'a aucune chance de parvenir à des effets optimaux auprès de personnes et réseaux traumatisés ou affectés de manières multiples. Si nous voulons aborder des situations critiques complexes, nous avons besoin d'une démarche multidimensionnelle, telle qu'elle était déjà pratiquée par *Vygotsky* dans ses interventions précoces sur le terrain avec des enfants et des adolescents qui étaient victimes des agitations révolutionnaires. Nous soutenons cette posture encore aujourd'hui. La *psychologie*, la *physiologie* et les *sciences sociales* doivent fournir les fondements théoriques pour cela. Ceci constituait déjà le programme du groupe autour de *Vygotsky*, *Lurija* et *Leont'ev*, la

<sup>14</sup> Nous utilisons ici les termes anglais *appraisal* et *valuation* plutôt qu'évaluation en raison de leur plus grande précision en comparaison au terme d'«évaluation», *appraisal* faisant référence à l'évaluation cognitive, *valuation* faisant référence à l'évaluation émotionnelle d'un contexte donné.

<sup>15</sup> En psychothérapie, les approches créatives-médiales utilisent des médias créatifs, par exemple les couleurs, les collages, les textes etc. Le but de ces approches est de permettre une assimilation synergétique, une réception holographique et une production cocréative de la matière d'apprentissage, et ceci dans un *rapprochement théorico-pratique*.

„Troika“: il faudrait d'abord diriger la recherche „top-down vers la neurophysiologie“, et ensuite vers „la saisie exacte des processus psychiques résultant de l'interaction entre le cerveau de l'homme et son environnement social“ (*Lurija* 1993, 167). Et il faudrait, finalement, examiner les influences de l'environnement sur le cerveau et sur les réactions et processus psychiques de l'homme. Cela nécessite une approche *bio-psycho-sociale* ou *bio-psycho-socio-écologique*, et cela dans la recherche, dans la science du diagnostic et dans la thérapie (*Petzold*, 1965, 1974k, 1988n, 2001a, 2003a). L'approche intégrative a toujours soutenu cette position.

Dans l'ensemble, la thérapie intégrative se focalise dans son travail sur plusieurs perspectives centrales, dans le sens de son „**approche** fondamentalement **multidimensionnelle**“ (*Petzold* 1974j, 301ff, 316; 1988n, 85, 181, 1991a, 1998a, 2003a, 947ff; *Jakob-Krieger, Petzold et al.* 2004; *Gebhardt, Petzold* 2005). Les perspectives les plus importantes et pouvant être utilisées de manière *multiréférentielle* sont citées ci-après:

1. **La perspective du corps.** Elle est primordiale car tous les processus de la perception et de l'expérience, toute „*expérience personnelle*“ et tous les „*processus de régulation dynamiques*“ (= processus d'auto-organisation) des sujets humains se fondent sur la **corporéité**<sup>16</sup> de l'homme (*Petzold* 1985g, 2003a). La perspective du corps est traitée de manière focalisée, p.ex. par la psychothérapie d'orientation corporelle, par la thérapie du mouvement et du sport ou par la psycho- ou neuromotricité (*Petzold* 1974j, 1988n; 2002j, 2004h; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997).
2. **La perspective relationnelle** (co-respondance interpersonnelle ou intersubjective idem 1978c; 1988n, 285ff, 504f; *Petzold, Müller* 2005).
3. **La perspective du développement dans le lifespan** (*Petzold, Bubolz* 1976, 1979; idem 1982f, 1988n, 199; 1992b/2003a, 515-606, 1999b).
4. **La perspective du contexte**, (c'est-à-dire réseau, social world, conditions de vie 1985a; 1988n, 185, 205; 2000h; *Hass, Petzold* 1999; *Brühlmann-Jecklin* 2004).
5. **La perspective de la motivation** (1974b, 1988n, 505f; 526ff; 1997p, *Jäckel* 2001).
6. **La perspective du trouble** (1974j, 346-398; 1974b; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997, 2003a).
7. **La perspective des ressources** (1988n, 55f; 1993p; 1997p).
8. **La perspective du sens** (1978c; 1983d; *Petzold, Orth* 2005a, 2004b).

*Grawe* (2005) propose depuis peu une liste (sans 1, 4, 8) semblable, tout en soulignant à juste titre l'importance de la validation empirique de chaque perspective.

L'„approche intégrative“ en thérapie, en supervision, en travail psychosocial et agogique, suit le **principe 3** du développement continu d'une manière spécifique et ouverte aux nouvelles approches.

Dans le texte final de cette œuvre nous allons encore présenter d'autres concepts centraux et ceci dans leur ouverture à la nouveauté que le courant d'Héraclite va nous apporter. „*Pour ceux qui entrent dans les mêmes fleuves, autres et toujours autres sont les eaux qui s'écoulent*„ (Herakleitos, 12). Dans l'intention de rapprocher une diversité de concepts et de méthodes de façon intégrative et ouverte, nous avons choisi un concept central supplémentaire de l'approche intégrative: celui de l'„**expérience de Soi différentielle et complexe**“. Selon la conception intégrative, il s'agit du moment central du processus de changement - tant en psychothérapie qu'en supervision et en formation professionnelle pour des métiers dans le domaine du psychosocial, ainsi que pour les différentes approches de la „thérapie intégrative“ et pour le „travail de formation intégratif“. Nous allons présenter notre vision d'„**expérience de Soi**“, qui est complexe et qui se rattache aux concepts anthropologiques et neurobiologiques ainsi qu'aux concepts basés sur les théories du développement et de la personnalité. Il s'agit d'une vision, qui comporte fondamentalement une „ouverture pour toute nouveauté“, car le „*Soi s'expérimentant*“ se retrouve lui-même dans ce processus d'expérience comme étant *créatif*, il est „*artiste et œuvre d'art*“ en même temps (*Petzold* 1999q).

„L'influence la plus importante et la plus durable pour l'homme ainsi que pour l'utilisation des réseaux de connexion neuronale dans son cerveau [ ... ] , se décrit au mieux par la notion d'*expérience*. Ceci se réfère à des connaissances ancrées dans la mémoire d'un individu concernant les stratégies de la pensée et d'action, qu'il a appliqué dans sa vie jusqu'à présent soit avec du succès soit sans succès. De cette manière, ces stratégies ont donc soit été confirmées encore et encore et ont ainsi été évaluées comme étant particulièrement adaptées aux résolutions de problèmes futurs, soit elles ont été évaluées comme étant inadaptées. De telles expériences sont toujours le résultat de l'évaluation subjective de ses propres réactions face à des changements du monde extérieur perçus et évalués comme étant importants“ (*Hüther* 2001, 11).

Cela peut paraître évident, voire facile. L'expérience, c'est ce que l'on a vécu tout au long de son parcours de vie. Mais qui expérimente et évalue de manière „subjective“? Il ne s'agit certainement pas du „cerveau“ - à l'intérieur de celui-ci s'opèrent les processus neurophysiologiques, qui fournissent toutefois une base indispensable aux

---

<sup>16</sup> La corporéité est définie en tant que relation du corps-sujet à son propre corps, dans le sens de *Leib* allemand, entendu comme corps vécu, incarné ou subjectif.

évaluations de l'évaluateur ou **sujet**, tel que l'a indiqué le dialogue entre le philosophe *Paul Ricœur* et le neurologue *Pierre Changeux*, les deux spécialistes dans leur domaine (*Ricœur, Changeux 1998*). Si nous regardons de manière plus détaillée l'exposé cité du neurologue *Gerald Hüther*, alors on peut voir l'homme en tant que sujet faisant l'expérience de Soi et étant conscient de Soi, qui fait l'expérience du „monde extérieur“ à travers le développement et la socialisation tout au long de sa vie. Et nous rajoutons à cela l'expérience du „monde intérieur“, c'est-à-dire de son Soi et de son identité en tant que dimensions de sa personnalité complexe. Il développe son Soi sur la base de processus neurobiologiques et complexes d'apprentissage cognitif, émotionnel, volitif et sensorimoteur, et en contact avec l'environnement actuel - ici aussi nous faisons une distinction plus accentuée que celle que fait *Hüther* dans son texte adressé à un public plus large. Un tel concept d'**expérience de Soi** est loin des simples idéologies du développement personnel, qui étaient dominantes pendant les années 1960 et 1970 dans les groupes de rencontre (*Encounter* en anglais) humanistes et les groupes de développement personnel des courants psychodynamiques. Certains concepts directeurs de ces mouvements se font sentir jusqu'à aujourd'hui ou sont encore poursuivis dans la pratique. Dans de tels programmes de groupe du développement personnel, nous pouvons également observer les mécanismes d'apprentissage complexes qui y sont à l'œuvre et qui ont déterminé les processus d'apprentissage et de développement des hominidés à travers l'évolution et en tant qu'êtres sociaux (*Buss 1999; Mysterud 2003; Petzold, Orth 2004b*). Aujourd'hui nous pouvons mieux déterminer les processus mis à l'œuvre au sein de ces processus d'apprentissage et de développement – en remontant jusqu'à leurs fondements neurobiologiques.

Il y a des croisements importants entre les processus à l'œuvre en thérapie, et les processus à l'œuvre pendant la supervision et la formation des psychothérapeutes. Ces croisements se manifestent au niveau de l'assimilation théorique et expérientielle des compétences et des performances<sup>17</sup> empathiques et intuitives, et ceci sous forme d'un „processus développemental“. C'est pour cela que cet exposé se laisse entendre dans de nombreux domaines en tant que présentation d'une conception visant des processus de changement chez les êtres humains. Cette conception relève de la didactique thérapeutique et formatrice, mais aussi de la supervision. En outre, nous allons par là faire référence aux contributions théoriques en thérapie et en praxéologie de ces deux volumes ainsi que des textes de notre curriculum de formation et de l'évaluation de notre formation. Nous allons finalement rediscuter le modèle de base de l'heuristique thérapeutique de la thérapie intégrative, qui comprend „**les 4 Voies de guérison et d'encouragement**“. Ce dernier sera discuté dans le contexte des développements dans le champ de la recherche actuelle en psychothérapie et des influences les plus récentes de la neurobiologie. Nous espérons ainsi être en mesure de présenter, dans cet exposé, une vision conclusive et intégrative concernant les préoccupations principales de l'„approche intégrative“ et ses développements.

Dès ses débuts, la „thérapie intégrative“ s'est alignée sur la psychologie empirique du développement (*Janet, Wallon, Piaget, Vygotsky, Luria*), et particulièrement sur l'orientation clinique et longitudinale, la „life-span developmental approach“ (*Baltes, Lehr, Havighurst, Petzold, Rutter, Thomae*). C'est notamment dans ce fonds de données qu'elle a trouvé les idées théoriques essentielles pour l'élaboration de sa théorie de la personnalité ainsi que les idées concrètes pour sa pratique clinique et pour sa méthodologie de traitement dans le travail avec les patients. C'est pour cette raison que son identification en tant que psychothérapie „fondée sur le développement“ ou **thérapie orientée vers l'être humain** est fondamentalement reliée à l'approche citée ci-dessus (*Petzold 1982f, 1994j, 1999b, 2001a, 2005a*). Il s'agit d'une „life-span developmental therapy“, dont les conceptualisations s'étendent de l'enfance jusqu'à l'âge avancé et dont la praxéologie a apporté des contributions importantes au travail thérapeutique pour toutes les étapes de la vie d'une personne, du travail thérapeutique avec les enfants jusqu'à l'accompagnement des personnes âgées.

En outre, l'„approche intégrative“ a toujours eu de l'intérêt pour l'épistémologie des sciences dans les domaines de la thérapie, de la supervision et de l'agogie. Nos porte-flambeaux étaient les historiens des sciences avec lesquels nous étions en contact pendant nos études à Paris: *Maurice Merleau-Ponty, Georges Canguilhem, Paul Ricœur, Michel Foucault*. Ils nous ont montré que les courants scientifiques, dont la psychothérapie, ont une histoire d'influences multiples, et que celle-ci est une histoire de développements, d'effets primaires et secondaires et de répercussions ultérieures. Nous avons donc toujours eu à l'esprit cette conscience historique, en poursuivant le développement de la thérapie intégrative dans le contexte du développement de la psychothérapie. Nous cherchons à sensibiliser les futur(e)s psychothérapeutes à l'histoire de leur discipline, puisque celle-ci se fonde également sur des mythes et des traditions cachées<sup>18</sup> (*Dauk 1989; Petzold, Orth 1999*). Néanmoins, elle recèle

---

<sup>17</sup> En thérapie intégrative, on entend par compétences toutes les capacités et connaissances qui sont nécessaires pour atteindre un certain objectif et par performances toutes les capacités en vue de la mise en pratique de ces potentiels.

<sup>18</sup> En psychothérapie - à travers toutes les écoles et approches - s'appliquent des idéologies ouvertes et d'autres qui le sont moins, qui se pratiquent au détriment des patient(e)s. Par exemple, des affirmations à propos des "régressions", des "pulsions" ou des "troubles précoces" s'avèrent fréquemment comme étant fausses à la lumière de la recherche moderne. Elles servent souvent à assurer le pouvoir d'expertise des thérapeutes et empêchent la pensée libre et la guérison. Petzold aborde de manière très critique entre autres le problème du pouvoir, la formation de dogmes et la fixation sur les écoles.

également de nombreux trésors et a un fort potentiel de développement, dont il faut tenir compte, au cœur duquel il faudrait rester, et auquel on peut contribuer - et nous y avons bien contribué. Dans l'une de ces contributions, par exemple, il s'agissait d'une *comparaison différentielle* des concepts directeurs des grandes approches thérapeutiques : „la psychanalyse, la thérapie comportementale et la thérapie humaniste“ (le psychodrame, la Gestalt-thérapie, la thérapie corporelle) en tant que „voies conduisant à l'être humain“ - tel a été le grand projet documentaire basé sur l'histoire de la psychothérapie de *Petzold et Pongratz* (*Petzold* 1984a). Ce projet se fondait sur le dispositif de la théorie des systèmes de *Luhmann* (1968, 1992; *Petzold*, 1974j, 295ff, *Jüster, Petzold* 2004) et sur l'approche des écrits herméneutique de *Ricœur* (1965, 1998), dont les travaux sont si essentiels pour les sciences humaines. C'est avec cette analyse des „concepts convergents et divergents“<sup>19</sup> de *Petzold* que fût élaborée la première tentative d'une intégration théorique pour une psychothérapie englobant diverses écoles, une **théorie de la thérapie intégrative**. À cela se rajouta l'évaluation des pratiques correspondantes au niveau des „méthodologies convergentes et divergentes“ et la combinaison de ces dernières dans le travail thérapeutique concret, à travers duquel nous avons présenté la première **praxéologie** en psychothérapie. Celle-ci fût **basée sur une méthodologie intégrative** et en même temps **multiméthodique** (cf. la première œuvre sur l'intégration des méthodes et englobant diverses écoles, *Petzold* 1982). La „**thérapie intégrative**“ est constituée à partir de ces deux voies en tant que „work in progress“. L'élaboration d'une théorie, d'une praxéologie et d'une „supervision intégrative“ pratique était étroitement liée à ces travaux (*Petzold* 1998a), car la supervision doit bien évidemment avoir recours aux mêmes paradigmes que ceux utilisés par l'approche qu'elle supervise, c'est d'autant plus le cas si elle se fait dans les domaines psychothérapeutiques et sociothérapeutiques. Une application de ce **paradigme du développement** pouvait donc aisément être conçue non seulement au niveau de l'accompagnement du développement thérapeutique, mais également au niveau de la formation des psychothérapeutes et au niveau de la supervision, centrée ici sur leur personnalité et leur professionnalisme. Cela s'est effectivement passé ainsi dès les premiers groupes de formation, que nous avons commencé à effectuer depuis 1972. Sur ce point, le terme de „**thérapie du développement**“ (*Petzold, Sieper* 1972b) est tout à fait correspondant. Ce terme est néanmoins pertinent dans un sens encore plus large: l'approche intégrative est relativement jeune et ses débuts remontent aux années 1960 à Paris, une période fructueuse pour des nouveaux développements et généralement pour du renouveau. Dès lors, il s'agit d'un „**processus en développement**“ qui - comme ça a déjà été dit - s'inscrit en toute conscience dans ce mouvement développemental et qui se définit comme une „approche héraclitienne“ (*Petzold, Sieper* 1988b). Celle-ci met toujours en avant l'idée de la VOIE (*Petzold, Orth* 2004b), transmettant cette idée de manière ciblée „sur la VOIE“ de ses patient(e)s et de ses candidat(e)s à la formation: „**Faire de soi-même un projet, créer sa vie, ensemble, les uns pour les autres**“ (*Petzold*, 1988t), car „la vie de l'être humain, ne pourrait-elle pas être une œuvre d'art?“ (*Foucault* 1984). La formule „ensemble, les uns pour les autres“ montre que cela n'équivaut pas à un hédonisme individuel. Cette formule pousse à suivre l'impetus socio-critique et socio-analytique de *Bourdieu* (1973, 1980, 1997, 1998; *Leitner, Petzold* 2004), de *Foucault* (1996), de *Derrida* (2000) et de nombreux autres penseurs de référence de l'approche intégrative et elle a mené au développement de la „4eme voie de guérison et d'encouragement“ (cf. 7.3, *Brühlmann-Jecklin* 1996; *Petzold* 1994c).

Voulant soutenir les futur(e)s psychothérapeutes dans leur parcours, nous nous sommes particulièrement consacrés à des questions concernant la formation de thérapeutes, et ceci à différents niveaux - celui de la conceptualisation théorique, celui de la praxéologie méthodique-didactique et celui de la recherche. La thérapie intégrative peut à bon droit être considérée comme étant l'approche thérapeutique ayant - au niveau international - effectué les travaux et évaluations les plus vastes dans ce domaine - de la formation de psychothérapeutes jusqu'à celle de socio-thérapeutes et de superviseurs (p.ex. en **psychothérapie** : *Petzold, Hass* et al. 1995, *Petzold, Steffan* 1999a, b ; *Orth, Petzold, Zunker* 2005 ; en **socio-thérapie** : *Petzold, Rainalds* et al. 2005 ; en **supervision** : *Petzold, Schigl* 1996, *Schigl, Petzold* 1997 ; *Oeltze, Ebert, Petzold* 2003). Ceci a permis de confirmer une bonne et très bonne qualité de formation à l'aide de cette approche. En outre, dans le cadre d'une première *étude comparative des différentes méthodes* de formation provenant de différentes approches thérapeutiques, l'„approche intégrative“ tenait une place prépondérante avec son concept de formation et sa pratique de formation évaluée (*Leitner, Märten, Petzold, Telsemeyer* 2004). Dans ce qui suit, nous allons à nouveau présenter cette **approche orientée sur le développement**, dans la recherche d'un fondement théorique et méthodique des formations psychothérapeutiques, sociothérapeutiques et corporo-thérapeutiques au sein de l'approche intégrative et de ses programmes de formation (*Petzold, Sieper* 1972a, 1977, *Petzold, Orth, Sieper* 1995). Nous espérons que ceci se produira d'une telle manière à ce que les développements de contenu et de concepts de notre „thérapie du développement“ différentielle et intégrative deviennent évidents. Il en sera de même concernant le travail de supervision et d'agogie en tant qu'éléments centraux de l'„**agogie et de la supervision encourageant le développement**“. Bref, tout se base sur l'idée directrice du „**développement tout au long de la vie (lifespan)**“. Elle nous montre encore et toujours les traces de nos propres développements et nous ouvre de nouveaux horizons. Elle nous montre des nouvelles VOIES, qui vaudraient la peine d'être poursuivies.. *semper in via sumus*.

<sup>19</sup> Petzold oppose la pensée divergente et la pensée convergente, la première aboutissant à une diversité d'opinions ou de solutions différentes, la deuxième aboutissant à une seule solution juste.

## 1. La philosophie de la formation intégrative : développement épistémologique et cocréatif et discours multidisciplinaires

Une „philosophy“ explicite ou (la plupart du temps) implicite, une conception de fond ou un cadre conceptuel se trouve à la base de toute formation. C'est ce que signifie le terme américain, qui est moins ambitieux que le terme allemand „Philosophie“, raison pour laquelle nous l'utilisons ici. Car dans l'état actuel de la thérapie, de la recherche et de la méthodologie dans le domaine de l'enseignement et de la formation professionnelle, qu'il s'agisse de la psychothérapie, de la supervision ou de la socio-thérapie, le „work in progress“ peut seulement être présenté avec modestie. Et nous disons cela malgré le fait que nous nous exerçons depuis plus de 30 ans dans le domaine de la formation de thérapeutes et de superviseurs/superviseuses, qu'il s'agisse de l'enseignement, de la pratique clinique, de la formation théorique, de la recherche, de l'assurance de qualité ou du développement de la qualité (Petzold, Sieper 1970, 1993, Petzold, Orth, Sieper 1995)<sup>20</sup>. Tout procédé doit clarifier et rendre explicites ses positions et la „philosophy“ qu'il représente, afin de pouvoir jeter un regard épistémocritique sur celle-ci. Ci-dessous une de nos positions directrices :

**L'approche intégrative** traite de l'„innovation au travers de la différenciation, de l'intégration et de la création permanente“, ainsi que du „progrès à travers d'un travail de développement co-réflexif et co-créatif“ sur la base de „discours multidisciplinaires et métaréflexifs“ en tant que mouvements d'une transversalité, étant au service des hommes et du milieu de vie partagé: ceci est la „philosophy“ des VOIES d'une „**thérapie intégrative orientée vers l'être humain**“ (thérapie corporelle, psychothérapie et sociothérapie), d'une **agogie** et d'une **supervision intégrative** ainsi que d'un **travail culturel** (Petzold 1988t).

Ces formulations soulignent un procédé qui différencie, intègre et réfléchit consciencieusement, ainsi que des „métaréflexions épistémocritiques“ en tant que fondements d'un travail de développement créatif sans qu'une pression exagérée soit exercée relativement à l'innovation. Elles mettent l'accent sur le moment co-respondant<sup>21</sup> et coopératif basé sur la conviction que des *développements continus* ainsi que des *qualités transversales* au service d'une „bonne vie“ des êtres humains et d'un milieu de vie visant une protection durable, deviennent seulement possibles à l'aide des efforts communs et d'une collaboration créatrice.

« La psychothérapie [et sociothérapie] moderne s'entend comme une thérapie ancrée dans une modernité transversale, étant continuellement en train de se dépasser, et connaissant la nécessité de „processus de modernisation permanents“. C'est une thérapie qui sait que les connaissances multidisciplinaires et multidiscursives sur l'être humain provenant de différents „systèmes de connaissances“ (Petzold, Orth 2004b) et les connaissances sur sa réalité biologique, psychique et sociale, sont sujettes à des processus de développement et de transformation continus. *Héraclite* nous a déjà enseigné cela. Les thérapeutes doivent donc rester „au cœur“ de la recherche et des innovations cliniques, ils doivent les retenir et y contribuer, non pas dans le but d'adopter les idées appartenant à chaque courant moderne, mais pour le bien-être de leurs patients et pour leur propre intégrité, dans l'effort d'aider de la manière la plus efficace et la plus sérieuse que possible. Il s'agit d'examiner ce qui a fait ses preuves, de remettre en question les certitudes et de trouver la force de réviser ce qui doit être révisé, même lorsque l'exactitude de ces idées nous a convaincu. Ceci demande une ouverture de principe aux nouvelles perspectives et développements. Un regard sur l'histoire de la psychothérapie montre qu'il y avait beaucoup d'erreurs et de modes éphémères et aussi de nombreuses données scientifiquement fondées. Nous pouvons retenir avec joie des données ayant pu être confirmées comme étant correctes ou justes. Le lendemain pourtant ces dernières doivent peut-être déjà être modifiées. C'est dans cet esprit que la *thérapie intégrative* défend une position théorique fondée comme étant un „inachèvement systématique de principe“, comme toute science, comme la vie elle-même. Il s'agit d'une approche en *développement permanent*. „*Hesterni quippi sumus. Nos sommes d'hier*“ (Hiob 8,9), parce que chaque lendemain amène du nouveau, que nous comparons avec ce qui a été hier, et qui nous mène à de nouveaux devoirs - encore et encore. Cela nécessite des efforts, mais ça peut aussi être fascinant et se faire dans la joie et la curiosité de la découverte. „*Tout passe, tout change, tout meurt à chaque moment*“ disaient déjà les fragments de rivière de *Héraclite*. Les êtres humains doivent apprendre cela, les patients

<sup>20</sup> Note de la rédaction: La croix fédérale du mérite a été conférée à ces trois auteurs, pour leurs mérites dans le domaine de la psychothérapie et de la formation en psychothérapie.

<sup>21</sup> Le terme co-respondance se réfère à la co-respondance entre des sujets, des groupes ou des systèmes, placés au même niveau, impliquant une interrelation, une coopération et permettant une co-création. Petzold a opté pour l'écriture spécifique de "co-respondance", afin de souligner l'échange réciproque de revendications ainsi qu'en raison de ses références conceptuelles aux termes de co-existence, contexte ou consensus qu'il préférerait aux termes de "dialogue" ou de "discours", renvoyant au verbe latin *respondere*, traduit en français par 'répondre', et donc à une mutualité de réponses entre les partenaires du dialogue.

doivent apprendre cela, les thérapeutes doivent apprendre cela ... et ils ont souvent du mal avec cela » (Petzold 1988t).

La „**philosophy**“ de la *formation intégrative* est de nous *préparer pour le devoir du changement perpétuel*, cette formation ne se lassant jamais de „recommencer“ encore et encore.

Il sera par conséquent nécessaire d'identifier quelques positions épistémologiques présentes derrière cette approche, dans le „**travail de développement cocreatif**“ d'expériences d'apprentissage continues, ainsi que d'esquisser le procédé lui-même dans le contexte de ce devoir (car la définition d'une approche complexe est toujours également déterminée par le contexte respectif).

La **THERAPIE INTÉGRATIVE en tant que telle** est une „**expérience d'apprentissage complexe**“ fondée sur des *discours* multidisciplinaires: avec son large éventail praxéologique de méthodes, techniques et médias ainsi qu'avec la variété d'idées *ancrées dans l'expérience de vie* et de concepts, mais avant tout à travers la présence expérientielle intersubjective et relationnelle de ceux, qui la pratiquent et la représentent – les thérapeutes qui se présentent en tant qu'êtres humains, s'ils pratiquent cette approche de manière crédible, avec du professionnalisme et à travers une assistance engagée.

L'approche *intégrative* et *différentielle* relie, dans sa position anthropologique complexe, les connaissances sur l'homme provenant des sciences naturelles (par exemple de la biologie, des neurosciences et de la psychologie empirique) et les connaissances des sciences humaines (par exemple de la philosophie, des sciences sociales et -historiques et de la psychologie compréhensive), afin de pouvoir comprendre la nature humaine de manière suffisante. Ceci est en raison du fait que la thérapie intégrative veut atteindre les êtres humains dans leur totalité. Elle veut favoriser et influencer leur *potentiel de régulation* et de *développement* à différents niveaux des „systèmes personnels et interpersonnels“ : à travers des efforts coopératifs entre le thérapeute et le patient, dans lesquels *les deux* parties sont apprenantes. Dans ce but, *l'approche* doit, avec toutes ses connaissances, montrer en fin de compte son efficacité à travers la dynamique intersubjective et „**l'expérience de Soi à travers l'expérience de l'autre**“. La „relation thérapeutique“ (1), le „réseau social“ coopérant de manière constructive (2), la „situation de vie suffisamment stable“ (3) et „l'expérience de Soi complexe“ (4) sont par conséquent considérés comme étant les 4 **méta-facteurs** faisant partie des processus d'intégration, de guérison et du développement. Dans tous ces processus se trouve un **méga-facteur** qui est omniprésent: c'est celui des relations mutuellement empathiques et convenables (les êtres humains disposant, du point de vue de la biologie évolutionniste, d'une fonction de base empathique et d'une tendance à l'affiliation). Il s'agit d'utiliser mieux et de manière plus ciblée le large éventail et la profondeur interventionnelle d'une telle „expérience de Soi dans la relation avec l'autre“, dans laquelle chacun devient un facteur d'influence pour l'autre, pouvant par là influencer sur des modifications, allant jusqu'aux changements des structures neurobiologiques fines, mais influant également sur les modifications des schémas de pensée, d'émotion et de volonté complexes. Cela signifie aussi que les personnes soignantes se connaissent et se comprennent elles-mêmes dans leur qualité de „médiateurs ou médiatrices personnel(le)s“, en tant que moyens du traitement et qu'elles soient en mesure d'œuvrer et de s'appliquer de cette manière.

Cela se fait en valorisant l'autre, en montrant sa compréhension, en encourageant à la prise de conscience, en offrant de la protection et de la consolation, en cherchant du soutien ancré dans des situations de vie concrètes, en donnant de l'espoir et en étant à disposition en tant que partenaire pour la réflexion, la résolution de problèmes et l'élaboration de perspectives futures. Il n'existe pas de meilleure VOIE vers une amélioration de la santé et de la qualité de vie que celle d'une „expérience de Soi“ et d'un „développement de Soi“ sains dans le cadre de „relations interpersonnelles“ accueillantes et d'affiliations salutogènes.

Les thérapeutes constructifs, offrant de la sécurité et un espace libre, encourageant „**l'estime de soi**“ et la „**souveraineté personnelle**“, „**l'intersubjectivité**“ et la „**convivialité**“, sont *salutogènes*, s'ils sont vécus et „internalisés“ comme étant des personnes salutaires. C'est pour cette raison qu'une thérapie ne peut pas réussir sans une expérience de Soi en tant qu'„expérience de Soi dans la relation avec l'autre“ qui soit positive et réciproque, puisque les qualités thérapeutiques favorisant le développement se retrouvent dans celle-ci - ceci est la position de la **THERAPIE INTÉGRATIVE**.

Quand on représente un tel concept avec les positions implicites qu'il comporte, il faut constamment chercher des *intersections*, des connexions („*links*“ en anglais), afin de faire rapprocher différents *discours* et *systèmes de sens*, comme par exemple celui des sciences naturelles ou scientifiques et celui des sciences humaines ou épistémiques, et ceci à travers des processus correspondants de consensus et de divergences (Petzold, Orth, 2004a). Si cela réussit dans une attitude de respect et de soif de savoir ou de curiosité, et sur la base d'une culture de discours ouverte aux divergences, nous pouvons parvenir à résoudre un grand nombre de controverses dysfonctionnelles et infertiles, qui escaladent souvent en „crises“ : la controverse entre le paradigme empirique et l'approche compréhensive, entre „l'école explicative, physiologique et l'école descriptive, phénoménologique“ (Lurja 1993, 178) dans les *sciences humaines* - comme la médecine, la biologie, la psychologie, la sociologie - et dans les praxéologies s'inspirant des *thérapies humaines* - comme la pratique médicale en tant que médecine humaine, la

psychothérapie, la sociothérapie, que nous entendons, dans notre vision intégrative, comme étant une „thérapie humaine“. „L'un des facteurs les plus importants m'ayant attiré vers Vygotsky, était son insistance sur la nécessité de mettre un terme à cette crise“, écrit *Alexander Romanowitsch Lurija* (ibid. 1978). Nous avons besoin de ces deux sources de connaissances dans les approches intégratives, en ce qui concerne le travail avec les êtres humains, avec nous-mêmes et avec les autres. Par conséquent, nous attachions toujours une grande importance au fait de rapprocher la „science classique, fragmentante et obligée à une empirie réductionniste“, à la „science romantique, artistique et holistique“, telle que décrite dans le programme formulé par *Lurija* dans son petit écrit génial „la science romantique“ (ibid. 177). Cela se produit par exemple lorsque nous cherchons, dans des discussions argumentatives se référant à des *théories multiples*, à établir des „rapprochements“ *multidisciplinaires* et *interdisciplinaires* entre des „systèmes de sens“ différents, et ceci afin d'obtenir régulièrement des connaissances *transdisciplinaires* (*Petzold* 1998a, 27f). Dans notre contexte ici il s'agit par exemple du *rapprochement* entre les discours suivants :

- **Discours 1** - sur l'état des nouvelles connaissances des sciences neurologiques et des sciences du vivant (*Gabbard* 2000) et
- **Discours 2** - sur l'état des connaissances de la pratique clinique issues de l'expérience clinique et
- **Discours 3** - sur les connaissances issues de la réflexion philosophique et systématique sur la vie humaine ou aussi
- **Discours 4** - sur les compréhensions issues de l'étude culturelle et créative-esthétique des conditions de vie humaines et sociétales (*Petzold, Orth* 2004b).

De tels *rapprochements* ainsi que la recherche ou l'établissement de liens „aux frontières“ des domaines de connaissance ne sont pas des „assimilations“ ou des „synthèses“ dans le sens d'une „forte intégration“ (idem 2002b), mais plutôt des „rapprochements“ prudents – davantage que cela n'est ni possible ni désirable et ceci en raison de considérations de principe, si nous voulons éviter des *contaminations de discours* et des *erreurs catégoriques* (*Freeman* 1996 ; *Petzold* 1998a, 106ff). Dans le rapprochement de tels domaines différents, *Foucault* (1998) parle de „hétérotopies“<sup>22</sup>, il peut arriver que des „éclaircs du devenir“ se mettent à flamboyer à leurs frontières (cf. ibid. 25).

Des réalités complexes nécessitent de tels „rapprochements multidiscursifs“, afin qu'elles ne restent pas ignorées par un *réductionnisme* dysfonctionnel (*Lurija* 1993 ; *Vygotsky* 1985). Nous avons cherché à mettre cette approche en pratique pour des réalités complexes, comme par exemple la conscience (*Petzold* 1991a/2003a, 181-298), la volonté (*Petzold, Sieper* 2003), la santé/la pathologie (*Petzold, Schuch* 1992) et bien évidemment l'anthropologie (*Petzold* 2003e) et le concept du „corps informé“ (*Petzold* 2002j/2003a, 1051-1092).

En cette matière, les théoriciens de référence importants pour la thérapie intégrative ont réalisé des travaux préparatoires indispensables pour la méthodologie de la formation conceptuelle dans des „discours se référant à des *théories multiples*“ : *Janet, Lurija, Vygotsky* et *Merleau-Ponty* (ces derniers ont étudié *Janet*, que *Piaget* appelait aussi „son maître“) attachaient tous une importance au rapprochement entre les approches des sciences humaines et celles des sciences naturelles, et *Ricœur* représentait également la nécessité d'un dialogue entre la philosophie et les sciences naturelles durant sa période d'activité ultérieure. Pour le fondement de VOIES intégratives en psychothérapie, sociothérapie et thérapie corporelle, nous avons besoin de différentes formes d'une „**science humaine**“ qui soit substantiellement, empiriquement et philosophiquement fondée et qui soit plurielle (*Petzold, Sieper* 2001d, e; *Petzold* 2001o). C'est seulement à partir de ce moment-là que nous pouvons nous approcher de l'idéal d'une „**thérapie orientée vers l'être humain**“ qui soit basée sur des théories multiples - c'est ce que nous visons. Et c'est seulement à ce moment-là que nous pouvons relier cette dernière à l'**idée d'une culture plurielle, co-respondante et (psycho)thérapeutique**, dans laquelle nous pouvons apprendre l'un de l'autre et dans laquelle le „développement cocréatif“ entre les différentes approches thérapeutiques deviendrait possible. Nous représentons cette vision et cette position de base depuis la fin des années 1960, car notre avis est le suivant:

*„La psychothérapie doit être conçue comme étant **une** discipline, qui se caractérise néanmoins par une **'pluralité fondée'**, comme une profession, qui rend possible un travail thérapeutique avec des êtres humains souffrant de troubles, et ceci dans le cadre d'une **pluralité** de positions théoriques et d'approches praxéologiques, garantissant des conditions professionnelles **homogènes** et un haut standard éthique. Ce faisant, elle doit garantir pour toutes ses orientations, pouvant être fondées sur des paradigmes différents, leur scientificité et leur **qualité** empiriquement assurées, et ceci à travers la documentation de leur **efficacité**, leur **innocuité** (concernant les risques et les effets secondaires) et aussi leur **rentabilité**. Cette démonstration nomothétique<sup>23</sup> est la base et la*

<sup>22</sup> Le terme *hétérotopie* de Foucault, vient du grec *topos*, "lieu", et *hétéro*, "autre": "lieu autre" et désigne des espaces réels qui sont des foyers hébergeant l'imaginaire. Ces derniers obéissent à d'autres règles que les lieux institutionnellement inscrits dans la société.

<sup>23</sup> *La nomothétique*, du grec ancien „proportion des normes“, est une discipline visant à tirer des lois générales à partir

légitimation pour un travail engagé, thérapeutique, encourageant et idiographique des thérapeutes, qui pratiquent leurs différentes approches avec une pluralité d'êtres humains uniques“ (cf. Petzold, Sieper 2001e ; Märten, Petzold 2002).

Une telle approche de la psychothérapie se fonde sur deux orientations. Premièrement, la position des *sciences naturelles*, qui veut garantir une qualité fondée de manière nomothétique, en cherchant à examiner et à expliquer des faits de manière objective, tel que par exemple le *corps en tant qu'objet*, en tant qu'organisme biologique avec ses fonctions vitales, dont la capacité de fonctionnement doit être rétablie. Deuxièmement, la position des *sciences humaines et philosophiques*, qui cherche à assurer l'action normative sur une base anthropologique et éthico-théorique, concevant le corps comme un *corps-sujet* incarné. Ces fondements conceptuels sont bien évidemment aussi entièrement valables pour la supervision.

Ces conceptions différentes ont ici intentionnellement été rapprochées de l'exemple des deux conceptions différentes du corps, celui du **corps en tant qu'objet** et celui du **corps en tant que sujet**, puisque cet exemple illustre de façon instructive la problématique du rapprochement des discours et de la recherche de *jointures* ou *charnières* (Merleau-Ponty).

„Il y a effectivement du chemin entre son propre corps [corps incarné ou *Leib* en allemand] et le corps-objet. Il faut faire le détour par l'idée d'une nature commune et passer pour cela par l'idée de l'intersubjectivité, qui fonde un savoir commun. Ceci se fait dans le but de déboucher sur l'attribution d'états d'esprit comparables et convergents à l'intérieur d'une pluralité de sujets incarnés. Finalement, c'est justement cette pluralité seule, en tant que l'un de tous les cerveaux individuels, un de plus parmi tous les autres, qui se trouve habilitée à se désigner comme 'mon cerveau'. Et suite à cela je peux dire que l'autre a un cerveau tout comme moi. À la fin de ce long circuit, 'le' cerveau se place en tant qu'objet des neurosciences [...] Le sujet est difficile dans la mesure qu'à première vue, aucun passage d'un niveau de discours jusqu'à un autre n'est reconnaissable: soit je parle des neurones etc. et je me tiens alors à un langage déterminé, soit je parle des pensées, actions et émotions et les relie à mon corps, par rapport auquel je me place dans un rapport de possession ou d'appartenance“ (Ricœur, 2004, 642 et suivants).

Chacun de ces *discours*, ainsi que chaque *niveau de discours* a une signification déterminable pour la *compréhension de la vie* et de *nous-mêmes* et mérite par conséquent du respect et de la considération. Un *discours* ne peut par conséquent pas être dissout dans un autre ou bien être soumis à un rapport hégémonique. Il s'agit de comprendre ceci, car c'est indispensable pour une „thérapie intégrative orientée vers l'être humain“. À ce propos, le discours entre le philosophe herméneutique et phénoménologique *Paul Ricœur* et le neurologue *Pierre Changeux* (Ricœur, Changeux 1998) est exemplaire.

„La conscience, la mémoire, l'intention, la volonté et la créativité, l'essence de l'homme créatif *polyadique* et s'orientant sur des relations multiples, ainsi que la nature *multisensorielle, multiexpressive* et *créative* du 'homo interactor' (Orth, Petzold 1993c ; Petzold et al. 1994, 491ff), ce sont des sujets qui nécessitent un discours *hétérotrophe*, c'est-à-dire un *discours* argumentant à partir de postures diverses issues d'une pluralité de sciences. Seule une telle diversité nous donne la chance de pouvoir nous comprendre à travers des rapprochements en tant qu'êtres humains dans toute leur diversité. Ceci est, en thérapie intégrative, la position d'une **méta-herméneutique rapprochant** des discours, des positions et des cadres conceptuels des sciences naturelles à ceux des sciences humaines“. (Petzold 2000h)

„Les neurosciences visant la mémoire peuvent donner des consignes d'action en vue de la conduite de la vie, et ceci pour la première fois au niveau du savoir réfléchi, dont une herméneutique de la vie. Au-delà de l'utilité directe, subsiste une curiosité pour les choses de la nature, dont le produit le plus merveilleux est sans doute le cerveau. Dans l'ensemble, cette curiosité est pourtant la même que celle qui stimule l'épistémologie de l'histoire – il s'agit de l'une des prédispositions qui maintiennent en mouvement notre rapport au monde (Ricœur 2004, 647) – et à nous-mêmes, nous voudrions rajouter.

Les *formations en thérapie et en supervision* transmettent des connaissances traditionnelles: des données explicites et aussi largement dissimulées, des **discours** invisibles (Foucault), des positions idéologiques, des mythes (Petzold, Orth 1999; Dauk 1989), dont ceux en formation et les formateurs n'ont pas conscience ni connaissance de manière générale (par exemple des positions épistémologiques, voire même de leurs propres conceptions de l'être humain, qui sont souvent ignorées et floues pour les adeptes des écoles!). Il s'agit là de connaissances élaborées dans le passé, s'étant cristallisées en *traditions*, „écoles“ - et les *traditions* ne sont certainement pas toujours fiables, comme *Johannes Fried* (2004) l'a récemment montré sur la base d'une

---

de faits constatés.

„recherche neuroscientifique sur la mémoire“ et d'une „mémoire historique“ avec des exemples fascinants. *Les formations thérapeutiques* devraient par conséquent viser la divulgation des positions „idéologiques“ implicites de leur propre approche et enseigner comment réévaluer des vieilles connaissances, comment conquérir des nouvelles et comment évaluer les deux, en encourageant les thérapeutes à appliquer à eux-mêmes ce qu'ils attendent tous les jours de la part de leurs patients : le bilan général, la problématisation, l'évaluation et une orientation nouvelle (Foucault 1996).

La formation en thérapie doit nous équiper afin que nous puissions, avec ouverture et soif de savoir ou curiosité, entrer dans le flux de l'expérience humaine et des connaissances scientifiques, et vérifier des concepts obsolètes et des nouveaux concepts de manière réfléchie, critique envers soi-même ainsi qu'envers les idéologies qu'ils représentent. Elle doit aussi nous équiper afin que nous puissions garder de la *modestie* envers nos propres exigences et éviter les pièges de nos propres aspirations au salut. Dès lors les thérapeutes formé(e)s ainsi peuvent, dans des „mouvements de recherche systématiques“ et conjointement avec leurs partenaires, les **patient(e)s** (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), ouvrir de meilleures „VOIES de guérison et d'encouragement“ - il s'agit de „VOIES de développement“ (Petzold, Orth 2004b). En faisant cela – nous espérons de mieux en mieux dans le futur – ils sont soutenus par les „communautés“ de leurs **collègues** thérapeutes et des **chercheurs** et **chercheuses**. Basé sur cette „triple expertise“ des patient(e)s, des collègues thérapeutes et des chercheurs et chercheuses, dont chaque partie a son propre poids et sa propre signification et mérite du „respect“ (Sennet 2002), on pourra, à travers des **discours multithéoriques** et un **travail de développement cocréatif**, établir un bon fondement pour une pratique moderne et équitable en psychothérapie, en sociothérapie et en développement personnel – encore et toujours en „progression permanente“. Ceci est notre „philosophy“.

## 2. Le cadre institutionnel de la formation continue intégrative : „socialisation professionnelle“ curriculaire

La formation professionnelle et la formation continue font référence à un processus *institutionnalisé* de *socialisation d'adultes* (Hurrelmann, Ulich 1991). Prenons comme exemple la formation continue en „sociothérapie des addictions“. Elle est proposée et effectuée par „l'Académie européenne pour la santé psychosociale et la promotion de la créativité“ (**Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung** ou **EAG**) à Hückeswagen, „une institution de formation professionnelle reconnue par l'État“ depuis le 6 décembre 1983, ainsi que par „l'institut de Fritz Perls pour la thérapie intégrative, la Gestalt-thérapie et la promotion de la créativité“ (**Fritz Perls Institut für Integrierte Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung** ou **FPI**), une société à responsabilité limitée d'utilité publique à Düsseldorf. Cette formation est effectuée dans le cadre du statut académique de l'EAG reconnu par l'État à travers le président du gouvernement de Düsseldorf. Cette formation représente donc une mesure de professionnalisation institutionnelle (Sieper 1985). En plus des auteurs, les chargés de cours du „domaine de la thérapie des addictions“ Günther Thomas, Peter Schay, Frank Siegele, les enseignants et professeur(e)s d'université ainsi que les représentants des candidats en formation ont tous apporté leur contribution à sa conception actuelle au fil des années (Petzold, Schay, Sieper 2005). Son développement se trouvait et se trouve ancré dans un champ social, celui de la „thérapie des addictions“, dans lequel on doit former des thérapeutes, et plus particulièrement des spécialistes en addictions, dans le cadre de leur „professionnalisation“. Le „développement d'un champ“ a et eût lieu (au sujet de cette notion, cf. Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001), dans lequel fût développé le précurseur du curriculum actuel „sociothérapie des addictions“. Il s'agissait du premier curriculum de formation dans ce domaine, développé par Hilarion Petzold en 1972 dans le cadre de „l'association fédérale d'aide aux personnes souffrant d'addictions“ (Petzold 1972g). Ce dernier a été utilisé par lui en coopération avec le „Fritz Perls Institut“, à Düsseldorf, pendant de nombreuses années sous le titre du curriculum „sociothérapie“ (Petzold, Sieper 1972b). Il a régulièrement pu être évalué et amélioré. C'est avec cette première formation de trois ans, débutant en 1972, que la notion de „sociothérapie/thérapie sociale“ et sa pratique clinique systématique furent introduites dans le milieu germanophone et que fût fondé ce profil d'activité (Petzold, Petzold 1993 ; Petzold 1997c). Suite à un examen approfondi en 1994 par l'association „**Verband deutscher Rentenversicherungsträger**“ (VDR), le curriculum actuel fût enfin reconnu. L'institutionnalisation de ce procédé de reconnaissance avait mis en route une autre „vague de professionnalisation“ dans le développement sur le terrain. Dans ce curriculum se traduit donc d'une part la dynamique du terrain de la thérapie des addictions et, d'autre part, plus de 30 ans d'expérience dans le développement de curriculum ainsi que dans la pratique d'enseignement et de formation professionnelle fondée scientifiquement et orientée sur la créativité (Petzold 1973c ; Petzold, Sieper 1970 ; 1993a ; Sieper, Orth, Schuch 2005).

Dans la conception de la formation continue nous avons consacré une attention particulière aux questions de la didactique et de l'assurance de la qualité (Petzold, Orth, Sieper 1995a, b). Le curriculum ici en question (Petzold, Schay, Sieper 2005) fût entre-temps évalué à plusieurs reprises dans le cadre des évaluations générales de

l'Académie Européenne (Petzold, Steffan, Zdunek 2000b ; Orth, Petzold, Zunker 2005) puis analysé et évalué de manière différenciée dans le cadre d'un projet d'évaluation spécifique (Petzold, Rainals, Leitner, Sieper 2005) – à chaque fois avec de bons et très bons résultats.

La plupart des formations psychothérapeutiques et sociothérapeutiques ont des „directives de formation“ formulées de façon plus ou moins succincte, représentant l'orientation des contenus, pour ce qui est de la théorie et de la méthodologie, de manière peu détaillée et ne pouvant par conséquent pas être considérées en tant que „curriculum“. Cela rend des évaluations de curriculum difficiles d'une part et d'autre part, l'orientation conceptuelle reste peu prégnante. Une institution de formation a néanmoins l'obligation non seulement de demeurer uniquement avec des „directives“, mais de présenter, en ce qui concerne la formation théorique et la recherche, des contenus et des références clairs. Si nous considérons le curriculum cité de la „thérapie des addictions“, nous constatons qu'il est structuré de manière fine. Cette structure peut spécifier l'offre du contenu et l'offre méthodique-didactique sous forme de „plans de la matière d'enseignement“, détaillés jusqu'à la répartition des heures de cette matière (il existe également des plans de matière d'enseignement pour le curriculum cité ici). Les formulations curriculaires cherchent à expliciter des *méta-objectifs* et des *objectifs*, des *contenus* et des *méthodes*, des *techniques* et des *médias* faisant partie d'une offre d'enseignement et de formation professionnelle ainsi que la mise en œuvre de cette offre dans une institution. Cette offre montre par là son orientation du point de vue de la théorie de la formation (pour la position intégrative, cf. Bubolz 1983 ; Holzapfel 2002, 2005) et sa „philosophy“. Dans le cadre du curriculum intégratif „sociothérapie des addictions“ par exemple, un espace personnel et une possibilité de choix sont importants et maintenus (par exemple au niveau des cours à choix, de la structuration du temps, en expérience personnelle et en supervision au niveau du choix des thérapeutes et des superviseurs/superviseuses). Les besoins et les intérêts des participants sont importants au niveau de la conception des unités de séminaires. Ici on peut établir des parallèles avec les „**curriculums thérapeutiques ouverts**“ (Petzold 1988n, 210f ; 2003a, 828f) dans le travail avec des patient(e)s en thérapie intégrative. Ces curriculums peuvent être considérés comme „une heuristique élaborée de manière conjointe, 'une stratégie de planification coopérative et didactique'..., qui donne au patient la marge de manœuvre et de décision la plus large possible pour le 'choix individuel didactique'..., justement par le fait que le thérapeute et le patient discutent de manière conjointe des **objectifs**, des **contenus** et des **méthodes**“ (ibid. 1988N, 210). La didactique de formation et la „didactique thérapeutique“ ont par conséquent de nombreuses similitudes et homologies structurelles. „Ici se rencontrent le caractère émancipateur de la thérapie et le concept émancipateur de la **formation d'adultes** moderne, orientée vers les participants. Ainsi la thérapie comprend un processus formateur“ (ibid.), une éducation de l'être humain, une „anthropoplastique“ (Bubolz 1983), une éducation en vue d'un style de vie sain ainsi qu'une „rééducation“ de **styles de vie**<sup>1</sup> dysfonctionnels. Une grande partie de la thérapie signifie une **transformation du style de vie**. Sans celle-ci un succès n'est pas possible. Dans le domaine des addictions c'est absolument évident : L'objectif central du travail est la transformation des „**lifestyles**“<sup>iii</sup> addictifs.

Dans le cadre et à travers la formation, de nombreux candidats et de nombreuses candidates sont également motivés à entamer des „modifications de styles de vie“. Ils développent par exemple la „conscience“ par rapport à la corporalité, mettent en place un „style de vie comprenant plus d'activité physique“ (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997 ; Schay et al. 2005), commencent à entretenir leurs réseaux sociaux de manière plus consciente ou bien à planifier du temps dans leur vie pour des „expériences esthétiques“ etc. (Petzold 1999q ; Petzold, Orth 1990a). Les objectifs de l'expérience de Soi thérapeutique et de l'expérience de Soi agogique, cette dernière ayant lieu dans le cadre de la formation en tant que „socialisation professionnelle“ (Hurrelmann, Ulich 1992), ont de nombreux points communs (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Les formations continues et professionnelles sont des mesures de „socialisation professionnelle“, pouvant en tant que telles influencer et façonner les êtres humains. Ceci est tout particulièrement valable pour des formations thérapeutiques, dans lesquelles „**la méthode est en grande partie enseignée et apprise à travers la méthode dans le cadre d'une combinaison spécifique de la théorie et de la pratique**“, à savoir à travers l'expérience de **Soi thérapeutique**, la modification de Soi, la thérapie individuelle et la supervision. Pour cela le cadre institutionnel doit être approprié, avec son infrastructure, offrant du professionnalisme et de la sécurité. En outre, un large corps enseignant de professeurs et de thérapeutes formé de manière permanente et comprenant des hommes et des femmes, doit être en mesure de fournir des modèles, dont les candidat(e)s peuvent apprendre.

Pourtant nous ne pouvons pas forcément nous baser sur de telles conditions institutionnelles de départ. Si des thérapies sont efficaces, et elles le sont (Grawe, Donati, Bernauer 1994) - parfois aussi avec des „risques et des effets secondaires“, comme l'a montré notre œuvre trans-scolaire à propos des „dommages provoqués par des thérapies“ (Märtens, Petzold 2002) - alors nous devons également nous baser sur l'efficacité des formations thérapeutiques. Ces effets sont démontrés (Laireiter 2000 ; Laireiter, Elke 1994 ; pour l'approche intégrative Petzold, Steffan 1999a, b, Petzold, Schigl 1996) et non seulement des effets positifs, car *tout ce qui peut avoir un effet, peut aussi avoir des effets secondaires* ! Dans un aperçu de la littérature de recherche, Laireiter (2002)

parvient à des conclusions sceptiques et en partie négatives en ce qui concerne des parts d'expérience de Soi dans le cadre de formations thérapeutiques. Certaines formations ont manifesté des défauts de qualité (20-25%) et transmis des expériences traumatiques (10-15%), voire des résultats négatifs (5-7%) similaires aux observations faites dans le cadre des psychothérapies (ibid. 407). Il en tire la conclusion que de telles expériences de qualité inférieure et de stress dans le cadre de l'expérience personnelle (10-15%) peuvent avoir des répercussions sur le travail en tant que thérapeute. Il exige des formateurs responsables, voire de „toute la profession“, de „prendre au sérieux ce problème négligé et de prendre des mesures effectives afin de le contrôler et de l'empêcher“ (ibid. 408). Des *socialisations négatives* à travers la thérapie et à travers la formation thérapeutique peuvent seulement être évitées par l'exploration de leurs effets et effets secondaires, par des mesures de qualité ainsi que par des structures de sécurité institutionnelles (règlement éthique, commission éthique, cf. pour EAG/FPI les conventions et documents dans *Petzold, Sieper 1993, 687-639 ; Petzold 1993*). En outre, elles peuvent être évitées par des possibilités de participation des candidat(e)s de formation au niveau de toutes les structures institutionnelles et structurelles importantes. Ceci ne va pas du tout de soi étant donné les „tendances à la parentification“ en psychothérapie et dans des instituts de formation psychothérapeutique et sociothérapeutique (pour l'EAG (Europäische Akademie für Gestalttherapie) et le FPI (Fritz-Perls-Institut), cela est défini par les statuts officiels du pays 'Nordrheinwestfalen', voir le statut de l'Académie dans *Petzold 1998h, 538-549*).

Il a pu être démontré que la formation dans „l'approche intégrative“ en psychothérapie, en sociothérapie et en supervision a des effets – et même positifs. Ceci a été démontré dans le cadre de projets d'évaluation étendus, qui ont été effectués par le secteur de la recherche de l'Académie, et ce avec la participation d'évaluateurs externes (*Petzold, Hass et al. 1995 ; Petzold, Steffan, Zdunek 2000b, Orth, Petzold, Zunker 2005*). Pour la formation en supervision cela fût démontré, dans le cadre d'une commission ministérielle, à travers une grande étude avec des groupes de contrôle. Cette dernière saisissait également des données personnelles et pouvait observer des changements positifs pendant la formation de trois ans qui se servait des méthodes intégratives d'expérience personnelle - et ceci aussi en contraste avec le groupe de contrôle non formé (*Schigl, Petzold 1997*). Pour la formation continue „sociothérapie des addictions“ et son curriculum, des évaluations ont été et sont encore effectuées sur le plan de l'assurance de la qualité, ces dernières documentant ainsi largement l'excellence de la formation (*Petzold, Rainalds, Sieper, Leitner 2005*).

### 3. Le concept „agogique“ de la formation : un apprentissage co-respondant tout au long de la vie

Chaque formation professionnelle et continue devrait se fonder sur une conception de base *agogique* explicite, qui représente une vision du développement *tenant compte des différentes tranches d'âge (life-span approach)*, puisqu'il s'agit d'un „**apprentissage** tout au long de la vie“, d'un „*life long learning*“. „**Une agogie tout au long de la vie**“ différencie entre la *pédagogie*, l'*andragogie* et la *géragogie* (*Petzold, Sieper 1977, 33*). Ses positions sont les suivantes :

„L'**agogie intégrative** considère le parcours de vie comme *s'étendant sur la vie entière* [ ... ]. L'intégration du passé permet la création consciente et active du présent et du futur. Trouver sa place respective dans son contexte de vie, afin de pouvoir se tourner vers son futur à partir de là et prendre ce futur 'en main', tout cela fait partie des tâches intégratives les plus importantes de l'être humain“ (ibid.). „Dans les processus agogiques il s'agit d'adaptation et/ou de changement“ [ ... ], „creative adjustment“ (Perls) et „creative change“ (Petzold). „Le changement créatif d'individus, de groupes et de sociétés est une nécessité vitale à notre époque [ ... ]. L'agogie intégrative doit par conséquent tourner son regard vers la promotion des potentiels créatifs de l'être humain“ (*Petzold, Sieper 1977, 32f*). „La thérapie et l'agogie intégrative intriquent les compétences et les capacités, la théorie et la pratique dans des processus d'expérience différentielle et intégrative. Elles cherchent à nous conduire à une autorégulation et à une réalisation de Soi, situées dans le contexte et le continuum de la vie de chacun. En plus, elles effectuent ceci dans le cadre de relations **co-respondantes** et d'un apprentissage avec les autres tout au long de la vie à des niveaux cognitifs, volitifs, émotionnels, sociaux ainsi que pratiques et relatifs à l'action. En outre, elles cherchent à nous conduire à une connaissance sur notre propre manière d'apprendre, par rapport au travail sur la mémoire ainsi que par rapport à la conception et à la réalisation pratique tout au long de la vie, ce qui est un 'méta-apprentissage'. Cela fonde une „maîtrise de soi“ en tant qu'art de vivre joyeux (*Seneca*) avec les qualités de *sérénité* et de *souveraineté* personnelles, un *enthousiasme pour la beauté* et une *joie pour le vivant*, desquelles émane un engagement aimant et cocréatif pour l'intégrité des êtres humains, des groupes et des espaces de vie“ (*Petzold 1975h, 23*).

Une telle conception et qualité d'apprentissage „constitue le contraste le plus important“, comme le relève *Ricœur* (2004, 99), par rapport aux formes d'apprentissage relevant de la manipulation, de la détermination extérieure et

du conditionnement. Il s'agit plutôt du „fruit d'une discipline ..., d'une ascèse - *askêsis* signifiant 'exercice' chez les Socratiens - dont le maître est l'apprenant lui-même“ (ibid.).

De cette „*position*“ (Derrida), qui intrique les compétences et les capacités et qui met l'être humain au centre en tant qu'apprenant, il résulte : „La co-respondance entre les sous-disciplines agogiques et la dissolution des frontières fragmentant les différents champs pédagogiques ainsi que la conscience de la globalité de la vie et du processus agogique en résultant, figurent parmi les préoccupations les plus importantes de l'agogie et de la thérapie intégrative“ (Petzold, Sieper 1977, 33). Le „**rapprochement théorie-pratique**“, tel qu'il a été développé par notre modèle du „cycle entre théorie et pratique“ (Petzold 1975h, 2003a, 499), est un véritable *signe distinctif d'une didactique intégrative* : dans le cadre d'un accompagnement explicatif d'un travail, même émotionnel, lorsque le thérapeute utilise la „théorie en tant qu'intervention“ (Petzold, Orth 1994) ou lorsqu'il explique le déroulement pratique d'un processus vécu achevé („processing“, idem 2003a, 494).

Une telle vision est indispensable, particulièrement dans le travail dans le domaine des addictions, qui comporte aussi toujours des éléments psychoéducatifs, et dont les champs d'activités vont du travail préventif avec les enfants (Andreas-Siller 1990) au travail thérapeutique et agogique avec les adolescents et adultes, jusqu'au traitement et aux consultations de personnes âgées souffrant de toxicodépendances et d'alcoolisme.

La „*philosophy*“ de la formation professionnelle et de la formation continue, les concepts épistémologiques et anthropologiques (Petzold 1991, 1992a, 2003e; Petzold, Marcel 1976), les positions de la théorie d'apprentissage, didactiques et praxéologiques (Bürmann 1992 ; Petzold 1973c, 1993h, Petzold, Brown 1977 ; Sieper, Petzold 2003) et les orientations de la théorie de la formation et de la politique de la formation (Sieper 1985 ; Bubolz 1983 ; Holzapfel 2002, 2005) ont tous été élaborés et présentés de manière claire (cf. Holzapfel 2005), pour les formations professionnelles et continues à la EAG/FPI, dans une riche littérature portant sur une „culture transversale d'enseignement et d'apprentissage“ (Sieper 1985 ; Petzold, Orth 1995 ; Petzold, Orth, Sieper, Petzold, Sieper 1970, 1972b, 1977, 1993a). Par conséquent, nous allons seulement présenter un bref aperçu des positions agogiques ci-dessous.

« L'**agogie intégrative** (c'est-à-dire la pédagogie, l'andragogie et la géragogie intégrative) est une approche holistique, différentielle et orientée vers la tranche d'âge spécifique, et ceci à titre d'une „*éducation permanente*“. Elle cherche à relier des processus et des objectifs d'apprentissage au niveau cognitif, volitif, somatique, moteur et social, et ceci dans un « contexte et/ou continuum » du monde réel et vécu. Elle intègre donc la perception multisensorielle, la compréhension rationnelle, la sensibilité émotionnelle et l'aspiration volitive, c'est-à-dire l'expérience corporelle concrète dans un contexte d'*interrelation socio-communicative*, en un „apprentissage personnellement signifiant“, en tant qu'expérience d'„*évidence vitale*“.

Tous ceux participant au processus d'enseignement et d'apprentissage élaborent de manière conjointe et dans une „co-respondance intersubjective“, des *objectifs* et des *contenus*, pour lesquels des méthodes d'„activation d'expérience“ (imagination, jeux de rôle etc.) et des „*médias créatifs*“ (couleurs, collages, textes etc.) jouent un rôle essentiel pour l'être humain en tant qu'être multisensoriel et multiexpressif. Le but de ces méthodes et médias est de permettre une assimilation synergétique, une réception holographique et une production cocreative de la matière d'apprentissage, et ceci dans un *rapprochement théorico-pratique*.

L'agogie intégrative vise à relier l'apprentissage factuel et l'apprentissage affectif ainsi qu'à encourager et à développer les *compétences* et *capacités* des êtres humains face à la rencontre, au conflit et à la „*négociation des limites*“, et ceci au niveau personnel, social, pratique et spécifique à un domaine. Au-delà des objectifs principaux spécifiques et factuels peuvent ainsi être développés des objectifs plus généraux sous forme d'une identité personnelle pertinente, d'un réseau social fonctionnel et riche en ressources, d'un engagement pour l'intégrité de contextes écologiques et sociaux ainsi que de perspectives futures positives. Dans le but d'une éducation personnelle et sociale, le travail d'agogie intégrative englobe des *méthodes d'expérience personnelle* en tant que variantes pédagogiques des approches thérapeutiques » (Petzold 1975h, cf. Sieper, Petzold 1993a, 359).

Il s'agit ici donc d'un **concept éducatif „intégratif“** spécifique (Holzapfel 2005) qui servira de base pour une „**formation professionnelle d'adultes**“, ayant de nombreux points communs avec le **concept thérapeutique „intégratif“** (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) et bien évidemment avec le concept de la supervision intégrative (Petzold 2005a).

#### **4. Le concept „psychologique“ de la formation intégrative: „l'orientation vers le développement“**

La formation continue des thérapeutes dans l'**approche** de la „*thérapie intégrative*“, ici celle des sociothérapeutes dans le domaine du „travail avec les personnes souffrant d'addictions“, est axée sur la *psychologie scientifique* moderne, les sciences biologiques, neurologiques et sociales d'importance clinique et ici particulièrement sur „son

orientation développementale“ (Petzold 1993c, 1994j, 2004a, 2005a, Petzold, Müller 2004c ; Osten 2000, 2005). Hilarion Petzold a enseigné la psychologie du développement dès ses premiers mandats d'enseignement [1970] jusqu'à aujourd'hui. Dans le cadre du cursus de master „Psychologie psychothérapeutique“ (Donau-Universität Krems/Charte suisse pour la psychothérapie Zürich) il enseigne aujourd'hui la matière de la „psychologie du développement clinique dans le lifespan“.

Dans la „thérapie intégrative“ et sa fondation sur la théorie du développement, „la vie est considérée comme une évolution“ et les formations continues et professionnelles sont considérées comme faisant part intégrante de l'éducation permanente tout au long de la vie (*life long learning*). Cette éducation permanente est mise en évidence en psychologie du développement et en sciences sociales par „l'approche développementale du life-span“ (*life-span developmental approach*) (Baltes et al. 1980 ; Baltes 1987 ; Kohli 1986 ; Petzold 1981f ; 1999c Rutter 1988 ; Rutter, Hay 1994), un concept, qui fût introduit par H. Petzold dans le champ de la psychothérapie à l'aide de la „thérapie intégrative“ en tant que „thérapie développementale du life-span“ et en tant que „psychothérapie et agogie dans le life-span“ (Petzold 1971, 1999b ; 1993c, 1994j ; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Si nous considérons la „compréhension de la vie dans sa globalité“ et celle de la „communication au cours de la vie“ (Petzold 1981f, g) comme étant essentielles pour la compréhension de chaque travail thérapeutique, alors nous ne pouvons pas seulement travailler sur le passé de manière *rétrospective* (Freud) et sur le présent (Perls) de manière *aspective*, mais on doit aussi travailler sur le futur de manière *prospective* (objectifs, planification, réflexion), sur les espoirs et les appréhensions, le vieillissement, la mort et les visions du futur, (Petzold 1971j). Il s'agit de se tourner vers la „Gestalt tout au long de la vie“ en tant que „Gestalt du temps“ (V. v. Weizäcker 1946). C'étaient de toutes nouvelles perspectives en psychothérapie, qui ont seulement été introduites dans cette discipline très récemment (Oerter et al. 1999 ; Herpertz-Dahlmann 3t al. 2004 ; Mattejat 2004). La thérapie intégrative fût l'une des premières approches thérapeutiques intégrant différentes méthodes dans le cadre du „nouveau paradigme intégratif“ (Petzold 1992a, 227ff Norcross, Goldfried 1992). Elle fût également la première „psychothérapie orientée sur le développement“ (**EOP – Entwicklungs-Orientierte-Psychotherapie**, au sens de la disposition de Mattejat 2004, 265), orientée sur la recherche longitudinale du développement, la psychopathologie du développement et la psychologie du développement clinique (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993). En outre, l'une des caractéristiques de la psychothérapie orientée sur le développement est d'être un „développement ouvert et inachevé“ (Mattejat 2004, 265). Comme ça a déjà été montré dans l'introduction de ce texte sur notre „philosophy“, en thérapie intégrative nous parlons d'une „évolution héraclitienne“ permanente et nous „représentons avec une conséquence méthodique un *inachèvement de principe*“ (Petzold 1993a, 1400).

Ainsi l'objectif de la formation en thérapie intégrative est de mettre les êtres humains en contact avec leurs processus développementaux et de les stimuler et encourager d'aller vers un développement personnel et professionnel permanent. Cette orientation est liée à une approche trans-méthodique d'une psychothérapie, d'une sociothérapie et d'une agogie créatives et critiques prenant en compte la culture, créée par les auteur(e)s (Petzold 1999p, 2002b, 2003a ; Petzold, Sieper 1993 ; Petzold, Orth, Sieper 1995 ; Petzold, Orth 1990, 1999, 2004a,b ; Sieper 1971, 1985). Cette orientation sur le développement s'est répercutée sur la conception thérapeutique et la conception formatrice, et le **curriculum** actuel est lui-même le résultat d'une progression de plus de 30 ans. Seule cette période d'un quart de siècle laisse percevoir un „*lifspan developmental approach*“ (Baltes et al. 1980) d'une communication commune et d'une action commune cocréative (Petzold 1981f) pour les auteur(e)s ayant contribué à ce projet dès les débuts de ce travail en tant que thérapeutes, assistant(e)s et scientifiques. Ils comprennent ce concept d'une „psychologie et psychothérapie du *développement au cours de la vie entière*“ (Petzold 1969c, 1), cette fondation de la thérapie intégrative, en vue de leur propre développement et celui de leur œuvre, comme étant confirmé.

Une „psychologie du développement dans le lifespan“ requiert impérativement une „thérapie intégrative du <i>lifspan</i> “ (Petzold 1992e, 1999b)
--

La „recherche empirique sur les petits enfants et les nouveaux-nés et le changement de paradigme d'une mythologie du développement psychanalytique ainsi que d'une insouciance psychologique et humaniste vers une *psychologie du développement clinique et multidimensionnelle*“ (Petzold 1992d) – tel était le titre d'un texte sur le mouvement ayant été initié par la recherche sur les petits enfants dans le champ de la psychothérapie traditionnelle. Ce mouvement commença par débattre sur les perspectives et sur les connaissances, qui furent évidentes pour chaque praticien dans le traitement des addictions depuis la fin des années 1960, à savoir la fréquence „des dommages précoces et des conséquences ultérieures“ (idem 1993c) dans ce domaine : la dépendance aux drogues, la déviance et la violence des adolescents (idem 1971c, 1994f) comme résultats de parcours de vie malheureux et de situations de „broken home“ (idem 1969c, 1974b), ce qui entraînait assez souvent des parcours de dépendances chroniques jusqu'à l'âge adulte. Depuis la fin des années 1960, la maxime thérapeutique pour nos conceptualisations théoriques était celle de la *post-maturation*, la *nouvelle socialisation* et la compensation des dommages développementaux par l'établissement de climats familiaux dans le cadre de

logements communautaires thérapeutiques et des „stratégies de parenting/rep parenting“ dans les traitements. Il en allait de même pour le travail pratique avec les patient(e)s dans ce secteur et bien évidemment aussi pour l'élaboration de la formation en vue de la qualification des premier(e)s „thérapeutes spécialisé(e)s dans le domaine des addictions“ (Petzold 1972g, 1974b). Il avait passé beaucoup de temps jusqu'à ce qu'il commença à devenir aussi évident dans d'autres domaines de la psychothérapie que „la psychothérapie orientée sur le développement était un nouveau paradigme“ (tel le chapitre d'introduction de „psychothérapie et recherche sur les nouveaux-nés“, volume II, Petzold 1994q) : une thérapie du développement orientée sur une „psychologie du développement clinique dans le lifespan“ empirique et longitudinale (idem 1993c, 9) ou respectivement sur une „psychopathologie du développement“ (Rutter 1988 ; Petzold, Goffin, Oudhoff 1991), et ceci au-delà des idéologèmes des écoles et des faux modèles de base psychanalytiques. Ce n'est que depuis peu qu'on parle de „developmentally based integrative therapy“ et ses „emerging models“ (Russ 1998) ou qu'on essaie de concevoir une „psychothérapie orientée sur le développement“ dans le domaine de la thérapie comportementale (Mattejat 2004). À présent, K. Grawe (2004, 351-362) fait également référence au paradigme du développement (orienté de façon unilatérale sur des courants discutables de la recherche sur l'attachement), car celui-ci faisait encore défaut dans son *magnum opus* „Psychothérapie psychologique“ (idem 1988).

Selon l'opinion intégrative, le *paradigme du développement* doit être relié au *paradigme de la socialisation*, puisque les êtres humains, leur personnalité et leur identité évoluent dans des espaces sociaux (Hurrelmann 1995, Petzold 2001p). En outre, le modèle de développement ne doit pas seulement être considéré dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence. Le développement dans l'âge adulte jusqu'à l'âge très avancé est également important et le deviendra de plus en plus dans les „sociétés vieillissantes“ (Faltermayer et al. 1992 ; Petzold 2004a, 2005a ; Petzold, Müller 2004b).

„La formation de psychothérapeutes, sociothérapeutes et superviseurs/superviseuses en tant que mesures d'une 'socialisation d'adultes' et d'un 'développement dans l'âge adulte' personnels et professionnels, est un processus de développement et de socialisation accompagné et façonné activement à travers des influences réciproques dans le cadre de processus interpersonnels et sensibles au genre.“

Le *paradigme de la socialisation* moderne affirme la réciprocité des influences de la socialisation - ce sont non seulement les thérapeutes qui ont une influence sur les patient(e)s, mais les patient(e)s influent également sur les thérapeutes (jusqu'aux phénomènes de „déformation professionnelle“). En outre, ce paradigme souligne la problématique du genre : Les deux genres, femmes et hommes, évoluent différemment et vivent dans des conditions de socialisation différentes. Ils sont encouragés, désavantagés, défavorisés ou protégés de manières différentes – et les désavantages ne se trouvent pas seulement du côté des filles et des femmes (Baron-Cohen 2003 ; Bischof-Köhler 2002 ; Hurrelmann, Kolip 2002 ; Hurrelmann, Ulich 1992). Il s'agit d'influences qui entrent également en vigueur dans le cadre de la formation et de la thérapie - et elles doivent entrer en vigueur. Nous devons en tenir compte et nous devons les traiter – telle est la position intégrative (Frühmann 1985 ; Petzold, Sieper 1998 ; Petzold 1998h ; Orth 2002 ; Spilles, Weidig 2005 ; Vogel 2004). Un diagnostic et des formats thérapeutiques spécifiques au genre restent toujours un desiderata en psychothérapie, mais les différences sont plus qu'évidentes surtout dans le domaine des addictions, sans que cela ait des conséquences pratiques suffisantes jusqu'à présent. De même, le „regard“ des psychothérapeutes qui est „souvent fixé“ sur le *développement individuel*, doit être élargi en raison du lien entre la perspective du développement et celle de la socialisation. Car les êtres humains vivent dans des „représentations mentales du monde social“ spécifiques (Moscovici 2001) et dans des „réseaux sociaux“ - familiaux, amicaux et collégiaux - des „convois“, dans lesquels ils parcourent leurs vies (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004 ; Kahn, Antonucci 1980 ; Hass, Petzold 1999) et qui peuvent être bénéfiques ou également problématiques, selon la manière dont ils évoluent. Des développements familiaux et de réseaux sont abordés dans le cadre d'une thérapie de réseau/convoi et sont, en thérapie des addictions, indispensables en tant qu'„accompagnements de parcours“ dans des contextes concrets (Petzold 1995a, b ; Petzold, Hentschel 1991 ; Petzold, Josic, Erhard 2005), car ils contribuent largement à des résultats positifs. D'une façon similaire, les formations pluriannuelles de psychothérapie ou de supervision sont des „processus évolutifs dans le cadre du convoi“ d'un groupe de formation en psychothérapie ou en supervision ou bien d'un institut de formation, des milieux de socialisation de valence supérieure. Si de telles expériences de groupe réussissent, les groupes de formation offrent des „*learning communities*“ en bonne co-résonance et dans un climat *convivial*, dans lesquelles ont lieu des processus d'„exchange learning/exchange helping“ et dans lesquelles les groupes génèrent des qualités de groupes d'entraide (Petzold, Schobert, Schulz 1991). Tout le monde doit y contribuer et assumer cette responsabilité – alors ces expériences présentent un potentiel d'évolution élevé pour chaque participant(e) et offrent un modèle important pour sa propre pratique en thérapie de groupe (Petzold, Schneewind 1986). Si de tels groupes échouent, alors ça se passe comme dans des groupes thérapeutiques : ils ont un potentiel pathogène et nuisible élevé, voire ils peuvent devenir des expériences traumatiques pour certain(e)s participant(e)s, empêchant un développement ou les faisant régresser, pouvant même aller jusqu'à causer des

maladies (Petzold 1996f). Dans le domaine des addictions, nous renvoyons souvent à la pratique de groupe précaire en thérapie comme étant un facteur néfaste (Schneider, Funke 2002). *Il est inquiétant de voir à quel point ces questions sont peu abordées dans des contextes de formation et dans la littérature des écoles thérapeutiques - dont aussi les approches directives (Richtlinienverfahren) (Laireiter 2002 ; Märten, Petzold 2002).* Depuis de nombreuses années, l'approche intégrative a joué ici un rôle précurseur et s'est engagée pour la dignité des clients (*client dignity*) (Heimansberg 1988 ; Otte 2002 ; Petzold 1987g, 1999h, 2000d ; Wirbel 1987). En outre, la qualité est assurée de manière très pratique à l'aide d'un instrument différencié d'„analyse de processus de groupe“ (Orth, Petzold 1995), à travers des questionnaires d'évaluation anonymes après les séminaires, qui sont examinés et évalués de manière empirique par la direction pédagogique (Petzold, Rainals et al. 2005). De plus, l'organisation de l'Académie veille par la mise en place d'un(e) „chef(fe) de groupe“, par une forte „représentation de chef(fe) de groupe“ ainsi que par une commission éthique „à bas seuil“, dont les participant(e)s peuvent être consulté(e)s en tant que „thérapeutes de confiance“, à ce qu'il n'y ait pas des processus de groupe néfastes, mais à ce qu'il s'y installe plutôt un climat *encourageant le développement*. Le style intégratif du „respect de la différence de l'autre“ (Levinas 1983 ; Petzold 1996k) et la maxime de groupe „chacun est responsable de l'intégrité de l'autre et cherche à contribuer à son développement“ (Petzold 1969c) montrent une direction. Dans ce sens, il s'agit du côté des formateurs d'un effort en vue d'un rapport au pouvoir transparent et d'un évitement de structures dépendantes, de parentifications et de stratégies mythologisantes (voir notes de bas de page 9) (Petzold, Orth 1999) - et nous espérons que cela ait suffisamment de succès. Les nombreuses évaluations sont positives (Petzold, Rainals et al. 2005) et pourtant il peut y avoir des cas individuels dont un seul est de trop. Une attitude prudente est donc de mise ! En effet, la recherche dans le domaine des formations démontre les effets positifs des formations sur les changements de la personnalité et des styles de vie (Laireiter 2000 ; Schigl, Petzold 1997). Il s'agit ici particulièrement de l'élément de l'„expérience personnelle“ auquel nous pouvons principalement attribuer ces effets (Laireiter, Elke 1996 ; Laireiter 2000 ; Petzold, Steffan 1999a).

## 5. Le concept „thérapeutique“ de la formation continue intégrative : „l'apprentissage holographique<sup>24</sup>“ en interrelation et à travers une „expérience de Soi complexe“

„L'expérience montre de plus en plus que les praticiens gagnent en professionnalisme au profit de leurs patients, s'ils connaissent les concepts de traitement de nombreux maîtres enseignants. Le problème réside dans le fait de savoir comment le/la futur(e) psychothérapeute peut au mieux apprendre d'un grand nombre de maîtres enseignants, c'est-à-dire comment il peut se familiariser avec l'utilisation de nombreuses stratégies de traitement, sans perdre de vue le sens pour la cohérence cognitive et les pratiques de traitement. Je propose une perspective pour résoudre ce dilemme, qui se fonde plutôt sur la recherche empirique en psychothérapie que sur la pratique clinique“ (Orlinsky 1999, 32). Nous partageons cette vision de David Orlinsky dans son fameux article „Learning from many masters“ (dans Petzold, Märten 1999, 32-43) seulement en partie et, plus précisément, nous y retrouvons une des trois composantes suivantes. Oui, le **rapport à la recherche (I)** est indispensable (cf. 7), le „clinical learning by doing“ par une **pratique clinique (II)** avec des patient(e)s et accompagnée par une supervision compétente est indispensable, ainsi que l'**expérience de Soi (III)** basée „sur la corporéité“ („am eigenen Leibe“ en allemand) dans les méthodes et techniques. Pour être précis, toutes ces 3 composantes sont reliées à „l'expérience de Soi“ - et l'analyse de la théorie et des résultats de recherche constitue un domaine expérimental en partie très intense. C'est pour cette raison que nous considérons „l'expérience de Soi“ comme étant l'un des quatre „méta-facteurs“ en thérapie intégrative (à côté d'une relation thérapeutique réussie, une coopération de réseau constructive et une situation de vie stable). Partant des groupes d'études théoriques à la EAG/FPI, qui s'étendent en partie sur plusieurs années, nos examens documentent pour de nombreux(ses) participant(e)s l'ouverture à un „rapport complètement nouveau à la théorie“, „une envie de théorie“ ainsi que la „découverte de nouvelles qualités de leur propre pensée“ (Orth, Petzold, Zunker 2005). Toutefois, cette partie de notre compréhension de l'expérience de Soi a bien évidemment moins de poids que la partie de la pratique et l'expérience de Soi vécues. Cette dernière partie est néanmoins „imprégnée de théorie“ dans la conception didactique intégrative centrale du „**rapprochement entre la théorie et la pratique**“.

„L'expérience personnelle“ joue un rôle important, comme dans de nombreuses autres conceptions de formation théoriques des différentes „écoles“ (cf. Frühmann, Petzold 1992) - un „méta-facteur“, comme cela a déjà été dit. Malheureusement le concept de „l'expérience de Soi“ n'est généralement guère spécifié de manière plus détaillée

<sup>24</sup> L'holographie est un procédé d'enregistrement et de restitution d'images en trois dimensions. Pour Petzold, la mémoire par exemple relie de façon multidimensionnelle des informations, qui sont enregistrées de manière holistique en tant qu'hologrammes (comportant des éléments de type acoustiques, optiques, tactiles etc.). Le mot "holographie" vient du grec "holos" ("en entier") et "graphein" ("écrire"). Holo graphie signifie donc "tout représenter".

et reste flou. Il en est autrement pour l'approche intégrative. Ici nous entendons par „l'expérience de Soi complexe“ dans les domaines personnels, professionnels ou méthodiques, la totalité des processus de développement et de socialisation d'un „traitement de la réalité productif“ (Hurrelmann 1995). Elle est reliée à la théorie de la personnalité élaborée par l'approche intégrative, cette dernière ayant été conceptualisée dans le courant de la théorie de la personnalité moderne et orientée sur le développement, avec sa **notion du Soi, du Moi et de l'identité** (Petzold 1992a, 526ff./ 2003a, 430ff.). Dans ce sens, l'expérience de Soi est reliée au concept d'une **personnalité** qui se développe elle-même. Elle développe *son Soi* - qui est en même temps création et créateur - dans le cadre des expériences relationnelles intersubjectives et polylogiques (Epstein, Morling 1995). Cela s'inscrit dans un „contexte pertinent durant le cycle de la vie“, c'est-à-dire dans une période ou un „continuum pertinent“. Au sein du développement de la personnalité et de l'expérience de socialisation, chaque être humain apprend à „comprendre les autres, le monde et soi-même“ et développe une **identité émancipée** claire - qui n'est pas sans danger (idem 1981g, 1996j, 2001p). Nous retrouvons de tels objectifs également en thérapie, avec les mêmes conceptions de base théoriques et les mêmes voies praxéologiques et méthodiques :

Une expérience de Soi réussie est marquée par des „processus évolutifs en interrelation“ thérapeutiques, tels qu'ils sont caractéristiques pour des thérapies réussies. C'est pour cette raison que nous parlons également du „*concept thérapeutique*“ de la formation dans cette partie portant sur l'expérience de Soi intégrative dans le cadre du processus de formation. Dans l'expérience de Soi entrent en vigueur des „processus d'apprentissage interpersonnels complexes“ - et cela vaut de la même manière pour la thérapie que pour le travail de formation. Cela a requis l'élaboration d'une „théorie d'apprentissage intégrative“, une entreprise, qui a été développée sur la base de la recherche moderne en psychologie de l'apprentissage (en tenant compte de l'école russe *Vygotskij, Lurija, Leont'ev*) et la base neuroscientifique de cette dernière (Kandel, Hawkins 1992 ; Spitzer 2002). Cette „théorie d'apprentissage complexe“ (Sieper, Petzold 2002) est le fondement tant du travail thérapeutique que du travail agogique dans l'approche intégrative.

„La vie est un apprentissage et un composé de comportements dans des situations de vie particulières (contextes) et à une période de vie donnée (continuum). Un comportement est une manifestation de la vie, un processus d'apprentissage et de création en interrelation.“ - „L'apprentissage se fait en raison de, à travers, auprès de, avec, pour..., il s'agit d'un 'comportement d'apprentissage', qui modifie le comportement de manière durable“ - „L'apprentissage, c'est la différenciation, le rapprochement et l'intégration des perceptions, des expériences, des connaissances et des méta-connaissances ;... il devient un méta-apprentissage à travers l'appréhension, l'élaboration et l'usage créatif de la complexité de ces mêmes processus. L'apprentissage se sert de l'état corporel multisensoriel et multiexpressif de l'être humain.“ - „Dans la vie humaine il s'agit d'apprentissages et de comportements ainsi que de comportements et d'apprentissages.“ (Petzold 1969c ; Sieper, Petzold 2002, 1). Cette conception fût formulée en 1968 dans le cadre de la thérapie des addictions. Dans la thérapie il s'agit de processus d'apprentissage échoués et réussis. Il en va de même pour la formation en psychothérapie et en supervision.

La **notion d'apprentissage complexe**, qui est ici considérée „par la différenciation et la connexion d'états de connaissances“, culmine dans la compréhension d'un „apprentissage par l'appréhension **holographique** de la complexité et par la compréhension de cette appréhension elle-même en tant qu'un méta-apprentissage“. Dans la pratique un tel apprentissage se fait par la confluence (Petzold, Brown 1977), par le rapprochement entre différentes possibilités d'apprentissage, dans des processus holistiques et différentiels d'absorption de „scènes entières avec leurs atmosphères“: *l'appréhension atmosphérique et la compréhension scénique*. À l'époque, cette approche fût formulée par nous dans le cadre d'une „**théorie de l'apprentissage holographique**“ (Petzold 19821). Après l'étude des théories d'apprentissage (Petzold 1974j, 307ff), nous avons favorisé un *modèle d'apprentissage à niveaux multiples* (ibid. 308), comprenant des processus d'apprentissage avec différents styles d'apprentissage - allant de l'apprentissage S-R simple jusqu'à la résolution de problèmes complexes. „En thérapie intégrative nous considérons les changements thérapeutiques comme étant des *processus d'apprentissage*, eux-mêmes étant reliés par le principe de la synergie. Nous considérons ici l'apprentissage comme étant un processus multidimensionnel, provoquant des changements à différents niveaux, à savoir une modification de la structure *physique, psychique, socio-interactive* et *cognitive*“ (idem 1974j, 307/repr. 1996A, 77). „Nous pouvons supposer des processus d'apprentissage spécifiques pour chaque niveau, qui ne s'excluent pas, mais qui se complètent mutuellement“. „D'après le *principe de la synergie* il faut supposer une coopération entre les styles d'apprentissage individuels au sein d'un processus holotrope complexe, de manière à ce que 'la somme des processus d'apprentissage soit [plus et] autre chose que la somme des processus isolés'. Tous les styles d'apprentissage sont ainsi plus ou moins impliqués dans chaque processus d'apprentissage complexe. Les styles d'apprentissage peuvent ici être considérés comme étant des systèmes ou des blocs de systèmes reliés entre eux dans un système supérieur d'apprentissage'. Outre les styles d'apprentissage et en vue du processus psychothérapeutique, nous devons également aborder les *niveaux d'apprentissage* ou domaines d'apprentissage : le niveau comportemental, dans lequel se fait *l'apprentissage du comportement* (*behavioural learning* → , 'styles de comportement'), le niveau émotionnel, dans lequel nous apprenons par l'expérience émotionnelle (*emotional learning* → , 'styles émotionnels'), et le niveau cognitif, dans lequel nous apprenons par l'introspection ou la réflexion (*insight learning* → , 'styles cognitifs'). C'est aussi pour cette raison que l'approche présentée ici veut être considérée comme étant 'intégrative', puisqu'elle

tient compte, dans son concept, des styles et des niveaux d'apprentissage individuels (*principe de la synopse*) et puisqu'elle les met en pratique de manière conjointe dans le processus thérapeutique (*principe de la synergie*)“ (idem 1974j, 308f/repr. 1996a, 78f). Dans l'expérience de „scènes“ comme étant des situations d'expérience de Soi vécues corporellement et en relation avec les autres, „nous n'apprenons pas des détails dans le sens d'une fragmentation analytique, mais nous pouvons absorber de manière *holistique* des atmosphères, des ambiances, des qualités, des scènes et des narrations, dont le flair s'attache encore au détail. C'est une caractéristique de l'hologramme que l'atmosphère de l'ensemble se laisse même encore évoquer dans le détail“ (Petzold 1982l/1988n, 591). Derrière cette idée d'un enregistrement holographique d'expériences et de séquences d'expériences en tant que „séquences d'un hologramme“ (ibid.), se trouvait le concept de Pribram (1979) sur les „hologrammes dans le cerveau“. À l'époque nous voulions, avec ce concept, donner une représentation-modèle neurocérébrale comme base à la théorie du „social learning“ de Bandura, à l'*apprentissage par imitation* et à notre concept sur les *internalisations scéniques-atmosphériques* (aujourd'hui par le recours à la conception des neurones-miroirs, Rizzolatti et al. 1996 ; Stamenov, Gallese 2002). Notre idée était et reste la suivante :

*Lors de l'apprentissage scénique-atmosphérique, les scènes et atmosphères extérieures sont toujours archivées dans la mémoire et conjointement avec leurs résonances intérieures et corporelles, afin que „l'intérieur et l'extérieur“ soient étroitement liés. Dans ces processus, la „capacité de percevoir, d'appréhender, de traiter et de créer du sens“ du corps-sujet grandit continuellement en interrelation avec le monde vécu et ses semblables.*

Ces scènes et atmosphères sont absorbées dans l'**expérience de Soi**, dans l'expérience interactive d'enseignants et de superviseurs/superviseuses exemplaires et leur travail „sur leur corps“, respectivement leur travail „vécu dans une inter-corporalité“. Ceci implique aussi „la théorie implicite“ dans les interventions, qui est éventuellement notée de manière contextualisée à l'aide des explications supplémentaires, si la „théorie est utilisée en tant qu'intervention“ (Orth, Petzold 2004), ou bien qui est reprise ultérieurement dans le cadre d'un „processing“ théorique de l'événement. Dans des situations ultérieures, dans lesquelles le/la candidat/e à la formation sera lui-même ou elle-même actif/ve en tant que thérapeute, seront de cette façon activés des mécanismes complexes, et ceci à travers une *stimulation multiple* de l'événement. Ainsi, une appréhension atmosphérique et une compréhension scénique deviendront pertinentes, permettant la mise en place d'interventions différenciées et adaptées. Le processus d'internalisation des atmosphères, des scènes et des séquences de scènes ainsi que des hologrammes et des séquences d'hologrammes est le processus d'apprentissage proprement dit“ (idem 1988n, 591), tel qu'il caractérise la thérapie et l'expérience de Soi pour les êtres humains conçus de manière *multisensorielle et multiexpressive*.

Une telle conception a bien évidemment des fondements neurobiologiques, qui seront brièvement abordés plus loin (cf. Sieper, Petzold 2002, Spitzer 2002), car chaque conception de la thérapie et de la formation devrait présenter ses fondements basés sur la théorie de l'apprentissage.

Dans ce contexte, nous allons à présent définir le concept intégratif de l'**expérience de Soi**, ce „méta-facteur“ du travail thérapeutique, et ceci comme étant une „expérience de Soi différentielle“ dans trois dimensions :

### **L'expérience de Soi différentielle et complexe - un „méta-facteur“ de l'approche intégrative**

«**I. L'expérience de Soi individuelle** est considérée comme étant le processus d'un **corps-sujet** se percevant dans un contexte et/ou un continuum donné et dans le cadre de réseaux/convois sociaux pertinents. Ce corps-sujet s'expérimente dans des polylogues<sup>iii</sup>, c'est-à-dire dans des rencontres et des confrontations multiples et correspondantes avec ses semblables ainsi que dans ses propres conceptions, planifications et actions. Il y expérimente et y crée son SOI de manière créative. Ses processus d'absorption et d'élaboration de l'information sont conscients, mais en grande partie aussi inconscients. Par conséquent, il se contrôle ou se régule en partie de façon fonctionnelle et en partie de façon intentionnelle et développe une **personnalité** (Soi, Moi, identité) différenciée dans le cadre de ces moments d'apprentissage et d'évolution. Ces processus d'expérience de Soi se font dans tous les domaines et dans toutes les dimensions de la vie et peuvent globalement être considérés comme étant l'**expérience de vie du corps-sujet** dans les domaines somato-sensori-moteur, perceptif, affectif, cognitivo-réflexif, discurso-communicatif et en partie métaréflexif. Les processus d'expérience de Soi ont lieu d'une part au sein du monde quotidien et ordinaire. D'autre part ils ont lieu au sein de „**mondes sociaux**“ spécifiques (par exemple dans des contextes cliniques ou dans des situations de travail et de formation). Nous pouvons les considérer comme étant les voies d'une „acquisition de connaissances phénoménologiques-herméneutiques“, d'une „élaboration de la réalité productive“, d'un „contrôle de Soi différentiel“ et d'une „création de Soi cocreative“ au sein d'un développement et d'une socialisation tout au long de la vie. C'est à travers ces voies que l'être humain construit et développe continuellement ses **potentiels de régulation**, ses **métacognitions à propos de soi-même**, son **identité**, une „théorie de l'esprit (theory of mind)<sup>iv</sup>“, une **compétence empathique** et ses **qualités**

*humaines et relationnelles* (sérénité, générosité, engagement, altruisme et d'autres), s'il réussit bien sa vie.

**2. L'expérience de Soi professionnelle** est entendue en tant que processus d'une professionnalisation personnelle et commune dans le cadre d'une „socialisation professionnelle“ pour les domaines de la thérapie, du conseil, de la supervision ou d'autres formes de „travail avec l'être humain“. Elle se focalise tout particulièrement sur un „ressenti corporel“ intensifié et une perception de Soi et des autres tenant compte de l'âge, du genre et de l'ethnie, cette perception étant soumise à une réflexion et à une métaréflexion. Elle vise une conscience complexe des processus biographiques de développement propres à l'individu et des **potentiels de régulation** acquis au sein de ces processus – incluant les facteurs vécus comme protecteurs et salutogènes, mais aussi les facteurs de risque et problématiques, vécus comme pathogènes (déficits, traumatismes, troubles, conflits) et leurs éventuelles répercussions ultérieures en tant que vulnérabilités personnelles ou en tant que résiliences. Au sens de **l'orientation développementale** de la thérapie intégrative, l'expérience de Soi professionnelle est donc axée sur la découverte, la réalisation et le développement de sa propre personnalité, de ses **problèmes conscients et inconscients**, de ses **ressources et potentiels (PRP)**, de sa capacité d'action et de résilience (coping capacity) et de sa capacité d'innovation et de création (creating capacity). En outre, elle vise la connaissance de ses propres forces et faiblesses, de ses compétences et performances empathiques, de son propre comportement de transfert/contre-transfert ainsi que de ses potentiels d'affiliation et de réaction personnels. Une „expertise de sa propre vie“ est transmise par une sensibilisation à un travail sur l'identité spécifique de chacun et à une construction anticipatrice des objectifs de vie ainsi que par une sensibilisation au soin de son propre réseau/convoi, au développement de ses propres potentiels créatifs, à un **art de vie** et à une **parrhésie** (le courage à une expression libre de ses opinions) personnels – des qualités étant toutes essentielles dans le travail avec des patient(e)s et pouvant toutes être transmises.

**3. L'expérience de Soi méthodique** se focalise sur des compétences relevant de méthodes et de techniques du traitement et sur leurs fonds théorico-conceptuel et basé sur la recherche au sein du processus de professionnalisation. Elle enseigne aux futurs „experts dans le travail avec l'être humain“, entre autres la perception et la gestion différentielle de leurs **potentiels de régulation** au sein des POLYLOGUES ayant lieu dans les relations interpersonnelles, et ceci aux niveaux somato-sensori-moteur, émotionnel, volitif, cognitif et communicatif, afin d'apprendre à mieux connaître leurs réactions face à des thématiques spécifiques (maladie, souffrance, mort, peur, agression, sexualité, désir, pouvoir etc.). Cet enseignement vise en outre l'apprentissage d'une meilleure connaissance de ses propres résonances avec des personnes (hommes et femmes, jeunes et/ou âgés) présentant des troubles spécifiques (troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles de la personnalité borderline etc.) afin que les futurs experts puissent, en se référant également et indispensablement à la théorie et à la recherche, développer une gestion personnelle et clinique adéquate face à ces réactions/résonances. La gestion attentive de la **thérapie intégrative** leur est transmise, sous la forme d'une responsabilité partagée entre le/la thérapeute et le/la client(e) (shared locus of control) dans le cadre d'une expérience de Soi et de la „corporéité“ par les méthodes et techniques thérapeutiques intégratives et à travers l'utilisation de tels instruments basée sur la théorie et la recherche. Ceci se fait à l'aide d'une supervision compétente et d'un bon accompagnement thérapeutique. Ces futurs experts expérimentent et appliquent la pratique de l'approche intégrative basée sur le partenariat, la valorisation et la construction de l'„estime de soi“ et de la „souveraineté“. Ils expérimentent et pratiquent aussi la qualité d'engagement pour l'être humain et la qualité de convivialité de l'approche intégrative, pour laquelle il s'agit de garantir le „patient well-being“, la „patient security“ et la „patient dignity“, au sens de la „**règle intégrative de base**“ et son orientation éthique (Petzold, 2000a, cf. Petzold, Steffan 1999a,b).

Comme il a été évoqué ci-dessus, le terme de „Soi“ s'applique dans une dialectique à l'„autre“, comme il a été élaboré par James, Baldwin, Janet, Cooley, Mead et d'autres dans leurs „Self-and-Other-Theories“. Dans l'approche intégrative nous utilisons en principe la formulation pluraliste : „vers les autres“. Nous dépassons par là le paradigme d'une pensée dialogique<sup>v</sup> réduite „en dyades“, puisque les êtres humains vivent dans des milieux multipersonnels et apprennent à communiquer dans des POLYLOGUES<sup>vi</sup> (et donc non pas dans une séquence dyadique-triadique, comme le présume la théorie psychanalytique de façon erronée avec les étapes de développement de la dyade mère-enfant à la triangulation, bien que les nourrissons soient tout à fait capables de s'orienter vers plusieurs personnes de façon polyadique). Les „autres“ vont inévitablement s'intégrer dans mon Soi en tant que „generalized other“ (Mead), en tant qu'„amis ou ennemis de l'intérieur“ (Petzold 1965/2004a, 81) jusqu'au moment où je peux par là devenir „moi-même un autre“ (Ricoeur 1990). **L'expérience de Soi est un „apprentissage en interrelation“**, qui permet sans cesse un dépassement de Soi créatif en tant que création de Soi. Elle est indissolublement reliée à des expériences d'apprentissage intersubjectives/interpersonnelles, à **l'expérience des autres** dans des processus d'affiliation, à des interactions et des communications ainsi qu'à une empathie mutuelle. Nous allons donc brièvement aborder cet aspect de l'apprentissage dans et par l'expérience de

Soi, car il présuppose et développe en même temps la „**fonction de base empathique**“, la compétence/performance empathique, telle qu'elle se présente dans l'**empathie mutuelle** - *Ferenczi* parlait de „**mutualité**“. La „**mutualité co-respondante**“ (*Petzold* 2000h) génère des forces *adhésives* (entre des personnes peu ou secondairement reliées entre elles) et des forces *cohésives* (entre des personnes bien ou principalement reliées entre elles), qui renforcent la connexion et la cohésion des processus interpersonnels dans les groupes les plus divers (familiaux et professionnels).

### La „**fonction de base empathique d'une mutualité co-respondante**“ en thérapie intégrative

«Selon l'approche intégrative, l'empathie est basée sur les capacités cérébrales de l'être humain à des performances intuitives et à des impulsions empathiques, ces capacités ayant une disposition génétique et étant soutenues par la fonction des neurones miroirs. Ces capacités cérébrales nécessitent pour leur déroulement une *perception* large et complexe, supraliminale et subliminale „avec tous les sens“, en étant reliées aux *résonances mnésiques* conscientes et inconscientes tout autant complexes des archives de la mémoire. Ces résonances permettent aussi une „empathie mutuelle“ (*mutualité*) en tant que **réciprocité empathique dans des relations pluridirectionnelles**, au sens de l'appréhension d'autres „esprits“ et dans le contexte d'une conscience de son propre „esprit“. Cela permet d'avoir, en „synergie“, une vision et une appréhension hautement différenciée et globale d'un autre être humain (*empathie orientée vers la personne*) ou de groupes de personnes *partageant un lien affiliatif à travers la performance* avec leur situation sociale (*empathie sociale*), outre leurs représentations subjectives et leurs représentations collectives sociales» (*Petzold* 2002b).

Cette „**fonction de base empathique d'une mutualité co-respondante** de groupes de personnes *partageant un lien affiliatif à travers la performance*“ peut être considérée - de façon trans-scolaire - comme étant le „**méga-facteur thérapeutique**“ pour chaque forme de pratique clinique. Il en est ainsi car les évaluations de situations et d'événements effectuées en accord avec des actes co-respondants d'empathie mutuelle et dans le cadre de „rencontres et de confrontations“ donnent seulement la possibilité d'un „shared meaning“, de la recherche d'un consensus ainsi que d'une coopération constructive et d'une construction de la réalité commune. Ce méga-facteur thérapeutique détermine ainsi également les quatre **méta-facteurs**, car des relations mutuelles-empathiques cohérentes sont une condition indispensable dans une relation thérapeutique, dans des réseaux sociaux et dans des situations de vie consolidées.

Dans ces processus empathiques se trouve une composante centrale, qui peut être caractérisée de „capacité intuitive“. Souvent les termes empathie et intuition sont si étroitement liés que l'on ne peut pas clairement les séparer. En tout état de cause, l'empathie a besoin du potentiel intuitif.

L'**intuition** est l'interaction de la perception actuelle, consciente, préconsciente et inconsciente ainsi que de ses résonances mnésiques (conscientes/inconscientes) (basées sur le patrimoine génétique et l'expérience personnelle et professionnelle passée). Sur cette base peuvent également agir les performances anticipatrices possibles. L'**empathie** est générée sur le fonds d'une telle **intuition** et d'une participation affective, imprégnée d'intérêt humain et d'engagement. L'**empathie mutuelle co-respondante** comporte des processus intuitifs agissant sur toutes les parties impliquées. Elle caractérise des relations thérapeutiques et des processus d'expérience de Soi personnelle et - de manière générale - des processus de groupe réussis. Ces derniers sont caractérisés par des bonnes synchronisations cognitives, émotionnelles et volitives, par des accords, par des attitudes en tant que phénomènes de résonance réciproques, par une sensibilité des uns pour les autres ainsi que par de nombreuses qualités relationnelles adhésives et cohésives, des „**accordages**“ réussis (*Petzold* 2000h).

Le concept d'**expérience de Soi** en thérapie intégrative est tout à fait une „affaire émotionnelle“ : elle est sensée être une „bonne expérience“. Nous savons par la recherche (ce que savaient et enseignaient déjà les anciens thérapeutes de l'âme *Epicure, Sénèque, Epictète*, cf. *Petzold* 2001m, *de Botton* 2000 et les travaux de *Pierre Hadot*) à quel point le bien-être est important dans le cadre de bonnes communautés avec un climat *convivial* pour le bien-être de l'être humain, et celui-ci se répercute à son tour sur le renforcement du système immunitaire et de la santé (*Kahnemann* et al. 1999). Nous soulignons depuis longtemps la signification des „*styles émotionnels*“ positifs (*Petzold* 1974j, 310/1988n, 78 ; 1992a/2003a, 629, 634). La possibilité, le renforcement et par là aussi le frayage neurohumoral de ces styles ont une signification centrale dans le domaine thérapeutique, comme le démontrent les études de *Davidson* (2000 ; *Davidson, Jackson, Kalin* 2000) sur les „styles affectifs“.

L'**expérience de Soi** comprend tant des expériences d'émoi personnel, corporel et émotionnel à travers la „pratique vécue“ que - et ici nous dépassons une dimension purement émotionnelle - „l'expérience de l'état des connaissances“ élargissant les horizons, les „qualités éclairantes de la théorie“ (assoiffé de savoir, fasciné), qui touchent le concept de soi propre à l'individu et qui font avancer l'identité personnelle et professionnelle. De telles conceptualisations sont soutenues en même temps par les „*neurosciences cognitives*“ (*Gazzaniga*) et les nouveaux

travaux des „neurosciences affectives“ (Davidson). Les deux domaines doivent être réunis (Nuñez, Freeman 1999). Ainsi sont posés les fondements pour des processus, qui ont une signification éminente pour chaque expérience de Soi et chaque travail thérapeutique et que nous avons caractérisé par le terme de „réflexivité sensorielle“:

La **réflexivité sensorielle** est un concept de base de l'approche intégrative de la **thérapie orientée vers l'être humain** (psychothérapie, sociothérapie, thérapie du corps et du mouvement). Ce concept sert de support à l'idée d'un fonctionnement cérébral holistique et différentiel (*Lurija*) en interaction synergétique avec le reste du système somatique (*Damasio*) et la totalité du milieu socio-écologique (*Gibson*). Il part d'une „**régulation dynamique**“ généralisée du système humain global (*Anokhin*). La notion intégrative de „**corporéité créatrice et dynamique dans un contexte et un continuum donnés**“ se base sur ce concept. Du point de vue de la biologie de l'évolution sur le développement cérébral (*Edelman*), le néocortex est considéré comme étant la zone des néocognitions. Celle-ci s'est développée entre autres afin de pouvoir contrôler, différencier et transporter les processus émotionnels du système limbique et notamment des incitations émotionnelles de l'amygdale par la narration – les émotions pouvant ici être considérées comme étant des *paléo-cognitions*<sup>25</sup> (*Bischoff*). Ceci a donné lieu à une circonspection, à une *possibilité de contrôle volitionnel des affects* ainsi qu'à une „*coordination sociale coréflexive* et en même temps *cocréative*, offrant un avantage sélectif énorme et permettant ainsi enfin la réalisation de toutes les performances culturelles possibles. Ce contrôle réflexif et rationnel ne fût néanmoins pas déconnecté ou supra-ordonné au système limbique. Les contrôles émotionnels basaux restent plutôt actifs et s'étayaient sans cesse sur tout ce qui est du domaine cognitif et réflexif, celui-ci restant par là 'sensoriel et émotionnel', tout en comportant des régulations cognitives et volitives. On peut ainsi partir d'une synergie des **processus de régulation**, qui doivent également toujours être considérés comme étant des processus d'apprentissage et de développement et qui permettent une gestion et une création de la vie, un *art de vivre* (dans la pensée de l'Antiquité il s'agit de l'intégration de Thymos/affectivité et de Nous/spiritualité par la volonté). D'après le point de vue intégratif, l'idée d'une '*intelligence émotionnelle*' devrait également être considérée selon cette conception, à savoir en tant que synergie de processus de régulation<sup>26</sup> limbiques/émotionnels et néocorticaux/cognitifs. Le concept de la '**réflexivité sensorielle**' qui est fondée sur la corporéité rend possible tant l'idée d'un „corps-sujet réflexif“ que celle d'un „contrôle volitif de la vie émotionnelle“. En arrière-plan se trouve un modèle imbriquant une phénoménologie orientée sur la perception et une herméneutique réflexive et interprétative. Cette dernière peut s'élever jusqu'à une **méta-herméneutique**, en intégrant l'état des connaissances de l'histoire de la culture et des neurosciences dans un cadre réflexif et narratif – et ce dernier ne perd de loin jamais son fondement physique et sensoriel“ (*Petzold 2000h*).

Dans l'expérience personnelle, nous mettons toujours l'accent sur l'expérience de l'*imbrication* entre le moment réflexif et le moment sensoriel émotionnel et nous cherchons à sonder la teinte émotionnelle d'une notion: la notion de *valorisation* utilisée par exemple cognitivement est explicitée à l'intérieur d'un contexte donné par ce qui a de la valeur pour moi, comme un trésor qui me tient à cœur. Par exemple le surgissement émotionnel de l'enthousiasme est associé à la représentation de ce qui m'illumine l'esprit. C'est ainsi que l'aspect sensoriel devient réflexif et que l'aspect réflexif s'ouvre à l'aspect sensoriel.

En outre, l'expérience personnelle comporte l'expérience du Soi dans des situations sociales, dans lesquelles ce dernier est inscrit dans sa corporéité: „*embodied and embedded*“ (*Petzold 2002j/2003a, 2051ff ; Clark 1999*), tel que l'avait déjà souligné le fondateur de la théorie du contexte moderne, *L.S. Vygotskij*. Dès ses débuts, la thérapie intégrative représente cette vision comme étant sa position centrale. Cette vision est aujourd'hui d'une grande actualité au vu des tentatives de dépasser le réductionnisme et les conceptions trop fragmentantes, ces tentatives ayant été formulées par *Andy Clark* (1997) pour les neurosciences sous la forme du programme : „*Being There. Putting Brain, Body, and World Together Again*“.

Tous les domaines abordés lors de l'expérience de Soi et tout ce que le Soi ait de tout temps expérimenté se traduit dans la mémoire – aussi incertaine et peu fiable que celle-ci puisse être en ce qui concerne les détails. Il s'agit souvent de „constructions“ autour des expériences vécues, qui contiennent seulement une réalité plus ou moins exacte – des fragments de „vérité historique“ (*Fried 2004 ; Loftus 1996 ; Petzold 1991a/2003a, 325ff ; Schacter 1999*), ce qui peut en effet poser problème pour la psychothérapie (*false memories, Loftus, Hoffmann 1989*). Néanmoins et sans aucun doute l'expérience propre à l'individu est déterminée par sa mémoire. „Nous sommes mémoire“. Une part fondamentale de l'expérience personnelle de Soi et de la thérapie consiste en la mémorisation d'expériences de vie positives, déficitaires ou négatives et ce par une „mémorisation

<sup>25</sup> Les paléo-cognitions sont des cognitions anciennes, faisant partie du développement biologique antérieur de l'être humain, à présent dépassées. Notre héritage génétique détermine notre monde intérieur.

<sup>26</sup> L'Antiquité considérait l'être humain maîtrisant „l'art de vivre“ [*techne tou biou*] comme étant le maître [*kybernetes*] de ses émotions [*thymos*] par l'esprit [*nous*] et la vertu [*arete*] (cf. *Aristoteles Nicomach. Eth. und Politika*).

autobiographique“ (Conway 1990; Granzow 1994). Une autre part importante concerne les évaluations sensorielles-réflexives, les évaluations cognitives (*appraisal*) et les évaluations émotionnelles (*valuation*) de ce matériel ainsi que le travail d'anticipation en tant qu'ébauche pour la création d'une vie propre à l'individu et pour le développement de sa propre personnalité.

L'**expérience de Soi** en tant que „travail identitaire“ et en tant que „développement de Soi en interrelation“, abordée sous *perspective chronosophique*<sup>27</sup> (Petzold 2003a, 299ff), a une portée très large en thérapie intégrative. Elle s'étend à travers tous les processus de thérapie, de formation professionnelle et continue ainsi que de supervision. Elle est l'élément „connecteur“ dans le traitement et dans la formation, ainsi que „la force intégrative créant des synergies“. De plus, elle s'inscrit dans l'expérience de différentes approches méthodiques au cours de scènes appréhendées de manière holistique et sous forme de „hologrammes séquentiels“ (ibid. 435, 1053) – par exemple l'imagerie mentale, le jeu du psychodrame, les processus de thérapie psycho-corporelle, l'entraînement comportemental dans une séquence ou peut-être dans une séance thérapeutique.

Dans le cadre du „processus“ de scènes vécues de manière séquentielle, l'**expérience de Soi** permet de connecter la **compréhension cognitive, l'expérience émotionnelle et le vécu corporel dans une dynamique de relations sociales**, conduisant ainsi à des **processus d'apprentissage d',„EVIDENCE VITALE“** (ibid. 633, 694 et suivantes).

Derrière cette conception se trouve la position anthropologique complexe de l'„approche intégrative“ (idem 2003e), qui conduit à la position que *l'expérience personnelle de Soi est l'instrument méthodique-didactique* de la formation professionnelle en ce qui concerne les méthodes d'intervention psychosociales avec la maxime que „**la méthode est enseignée et apprise par la méthode**“. L'**expérience de Soi** dans le cadre de la formation de thérapeutes et de superviseurs/superviseuses intégratifs, permet *l'intrication entre la théorie, la méthodologie et la pratique* à travers le contact avec des enseignant(e)s et superviseurs/superviseuses humains et intègres, ayant les compétences théoriques et pratiques requises. Cette imbrication entre la théorie et la pratique illustre la spécificité de la méthodologie et de la didactique intégratives au sein d'un „apprentissage ayant une signification personnelle“ (Sieper, Petzold 1993, Bürmann 1991). L'intérêt personnel, la fascination, la participation émotionnelle et des motivateurs sociaux sont toutes des composantes qui convergent avec les matériaux d'apprentissage cognitifs (nous parlons de processus de confluence, Petzold 1998a) et qui transmettent des objets et des contextes d'apprentissage complexes de manière particulièrement intense et durable (cf. Petzold, Steffan 1999b). Nous allons ci-dessous brièvement aborder les aspects neurobiologiques de ces événements.

## **6. Aspects neurobiologiques dans la formation : Apprentissage „on the brain and on the subject level“ - promotion du „potentiel de régulation“ et de la „régulation dynamique“**

L'approche intégrative affirme que **l'évolution consiste dans „le processus d'apprentissage brut, c'est-à-dire sous forme de recueil d'informations et de pratiques nécessaires à la (sur-)vie basé sur les processus de régulation et de développement réussis“** (Petzold 2003e, Petzold, Orth 2004b ; Riedl 1981, 1985).

«Le terme de „**régulation dynamique**“ est d'une importance centrale dans l'approche intégrative. Il vient de la biologie et découle de l'observation de systèmes *biologiques* vivants. Ces systèmes peuvent maintenir, optimiser et développer les effets d'une *stimulation multiple* (Petzold 1975e, 1988f) provenant de systèmes environnementaux et de leur propre système organismique ainsi que de leur capacité de fonctionnement à travers des processus de régulation. Ce terme fût établi dans le cadre de la physiologie et de la neurobiologie russe par Anokhin, Bernstein et Lurija avec des concepts tels que „contrôle et organisation fonctionnelle“ et on peut également le retrouver chez Goldstein en tant qu'„auto-régulation organismique“. De nos jours, ce terme est souvent relié au principe de „**l'auto-organisation**“ venant de la *physique* (dans l'approche intégrative, nous maintenons le terme de régulation, parce que les termes systémiques de la biologie et de la physique ne peuvent pas entièrement être mis en équation, car ils se différencient par un paramètre ne pouvant pas être ignoré : *la vie*). Nous désignons par „régulation dynamique“ et par „auto-organisation“ les processus de formation ou de modification de structures/formes spatialement et temporellement ordonnées. Ces dernières se produisent spontanément, ces processus ayant lieu dans le cadre de systèmes dynamiques ouverts, qui se créent par l'interaction (la „synergie“, Petzold 1974j) de sous-systèmes. La dynamique du système non-linéaire de systèmes physiques ouverts et loin de l'équilibre thermodynamique (Prigogine) permet une auto-organisation à travers l'utilisation de l'énergie provenant du milieu environnant. La „régulation dynamique“ permet l'explication de processus de modification et de développement en tant que transitions d'état, tels qu'ils furent déjà décrits dans l'Antiquité par des termes de

<sup>27</sup> La chronosophie est l'enseignement approfondi du sens, qui se trouve à la base de l'écoulement du temps.

„métamorphose/modification de la Gestalt“ ou „krisis“ (Petzold 1990b) et tels qu'ils font aujourd'hui l'objet de la théorie des „structures dissipatives“ (Prigogine), de la „théorie des catastrophes“ (Thom) ou de la „synergétique“ (Haken)» (Petzold 2000h).

Le processus d'évolution lui-même s'organise en tant qu'un processus de méta-apprentissage dans des „régulations dynamiques/processus d'auto-organisation“ prenant des formes de plus en plus complexes : « Ce fût un long chemin à parcourir dans l'évolution depuis les processus d'apprentissage primitifs - néanmoins déjà très compliqués dans leur structure biochimique – allant des organismes unicellulaires, passant par les processus d'apprentissage hautement organisés des organismes pluricellulaires, et allant jusqu'aux formes d'apprentissage intelligent des mammifères supérieurs, les formes humaines „réflexives“ parcourant les domaines des connaissances et enfin l'apprentissage du **corps-sujet** en tant que „**corps informé**“ au sens **transversal** (Petzold 1988n). Ce fût un long parcours d'apprentissage permanent, car l'apprentissage humain résulte de la faculté d'apprentissage fondamentale à toute matière organique et vivante. Si l'on réalise que l'évolution et l'apprentissage se situent pour ainsi dire au même niveau et qu'il s'agit d'équivalents fonctionnels, nous pouvons pressentir par là toute la signification de l'apprentissage ainsi que l'étendue et la profondeur d'une compréhension s'approchant de celui-ci» (Sieper, Petzold 2002).

Il s'agit toujours d'un apprentissage en tant que pratique comportementale, qui est connoté, dans la vision intégrative, par la notion de comportement dans un sens „large“, comportant des dimensions cognitives, émotionnelles, volitionnelles et actionnelles et se présentant sous forme d'un événement complexe de „perception-processus-action“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). La question du sens de cet événement au niveau cérébral („on the brain level“) fait l'objet de la modélisation et de la recherche étendues de Lurija, Hebb et de Kandel - pour nommer trois protagonistes - et nous n'en voyons toujours pas la fin, bien que nos connaissances sur les fondements neurobiologiques de la vie se sont largement accrues.

« **L'apprentissage** est considéré comme étant la modification d'une possibilité comportementale du sujet, celle-ci se produisant à travers des **processus cérébraux**. Il se fonde d'une part sur des processus d'**observation** au moyen d'une perception consciente. D'autre part il se base également sur des processus de **perception subliminale** [input extérieur et intérieur], ainsi que ses résonances émotionnelles concomitantes et sur une mise en réseau largement inconsciente, à la fois reliante et discriminante avec les expériences mnésiques, stockées dans la mémoire. Ces expériences représentent un ensemble hétérogène perçu et stocké de manière *différentielle* - c'est-à-dire selon des spécificités modales (par exemple la modalité mnésique verbale, imaginale ou olfactive) - et de manière *holographique*, c'est-à-dire holistique et scénique-atmosphérique. Cet ensemble est extrayable (*retrievals, retrieving*) avec facilité et spontanéité ou devrait donner la possibilité d'être activé au niveau interne (*memories, memorising*). D'autre part, l'apprentissage se fonde sur des processus d'action et de régulation (perception-processus-action-cycles, Petzold et al. 1994) reliés à ces processus de perception et d'élaboration, sur la **pratique** consciente et systématique ou inconsciente et fonctionnelle. Les aspects d'observation, de rapprochements et de pratique s'appliquent également aux processus d'apprentissage narratifs, interprétatifs et discursifs complexes 'd'ordre supérieur' – par exemple à des stratégies de résolution de problèmes ou à des stratégies discursives. Si nous nous engageons régulièrement dans des processus de co-résonance, de rencontres et d'argumentations par rapport à des questions théoriques et praxéologiques et ceci dans le cadre de métaréflexions systématiques, à plusieurs niveaux et avec différentes perspectives théoriques, alors s'effectue **un entraînement** sous forme de rapprochements multiples, d'élaboration de synthèses, de recherche créative de solutions et d'aiguillage de 'la perception, l'appréhension, de la compréhension et de l'explication' complexes. En outre, le passage itératif de cette 'spirale herméneutique' conduit à un élargissement continu de la **capacité** personnelle et collective **d'appréhender, d'élaborer et de créer du sens** et également à un élargissement continu du potentiel d'émergence présent dans les systèmes (par exemple des sujets en tant que systèmes personnels). Ceci présente la possibilité tant d'un développement individuel que d'un développement collectif.

Le fondement de tout cela reste l'intrication indissoluble de l'interaction entre l'environnement (naturel et social) saturé d'informations [I] et l'organisme et son patrimoine déterminé par un potentiel génétique immense [II]. Cette imbrication entraîne des *performances* comportementales [III] à travers des réseaux neuronaux connectés entre eux de manière ultra-complexe. Ces dernières permettent un nouveau 'retour du milieu environnant' à de telles performances [IV] (réussite, échec, correction, nouvel échec, éventuellement sélection ou anéantissement) et par là l'émergence potentielle de nouvelles formes surgissant à partir d'un processus'. Il s'agit en fin de compte de processus de contrôle et de régulation complexes et de processus d'auto-organisation à tous les niveaux du système (régulations neurohumorales, émotionnelles, cognitives et socio-communicatives), qui se trouvent en tant que tels au même rang que les processus d'apprentissage permanents à ces niveaux» (cf. Sieper, Petzold 2002).

**L'apprentissage** s'effectue au niveau du comportement concret et se comprend comme un ensemble de processus de perception-élaboration-action, ces derniers activant l'excitabilité et des patterns neuronaux spécifiques ainsi que des interconnexions neuronales présentes et des réseaux régionaux. Ceux-ci sont renforcés par ces mêmes activations, ils effectuent des adaptations neuroplastiques ou développent de nouvelles interconnexions. Ces

activations doivent être répétées et déployer leurs effets sur une longue période ou éventuellement avec une intensité particulière dans le cadre d'un événement donné. Ceci doit être fait afin que puissent s'établir de manière stable des frayages neuronaux, des patterns d'interconnexions neuronales et des nouveaux potentiels d'excitabilité (par exemple une activation neuroendocrinienne négative: expérience de stress ou de traumatisme, mais aussi une activation neuroendocrinienne positive: des expériences de bonheur et de réussite). Les potentiels d'activation, frayages, interconnexions et réseaux neuronaux „dépendent donc de l'usage et de l'activation“. Les modifications de „l'efficacité synaptique“ (1), de l'adaptation synaptique structurelle (2) et de la „modification adaptative d'interconnexions neuronales complexes“ s'effectuant ainsi, font tous partie des **processus de régulation** pouvant être qualifiés d'apprentissage au niveau neurobiologique.

De tels processus d'apprentissage dépendent de l'usage (Merzenich et al. 1983) ou d'un événement donné. Ils sont déterminés par des **expériences** (expériences de Soi) activantes, en partie très émotionnelles (Davidson et al. 2000; Hüther, Rüther 2003) et en principe de nature psychosociale, et concernent tous les niveaux du système humain (= corps-sujet dans son contexte/continuum, Petzold 1974k). Ces expériences concernent non seulement les processus de contrôle et de régulation cognitifs, auxquels s'intéressent les „neurosciences cognitives“, mais aussi les processus émotionnels et sociaux, comme le montrent les „neurosciences affectives“, la „théorie neurobiologique du contexte“ (Clark 1997 ; Freeman 1995) et la „neurobiologie du développement“ (Rutter 2000 ; Herpertz-Dahlmann 2004). La neurobiologie confirme par là aujourd'hui l'**approche bio-psycho-sociale** représentée par la thérapie intégrative dès ses débuts au sein de „sa formation théorique“ (**bio** : biologie, écologie, médecine ; **psycho** : philosophie, psychologie, pédagogie, théologie pastorale; **socio** : écologie sociale, sociologie, sciences politiques). Elle apporte une base à la mise en œuvre de cette approche par „l'application praxéologique“ (praxéologies de référence : médecine, psychothérapie, agogie, service pastoral). Cette base s'entend sous la forme telle qu'elle est décrite et graphiquement représentée pour le domaine d'intervention socio-gérontologique (Petzold 1965, fig. p. 6/ repr. 1985a, fig. p. 88) et telle qu'elle est adaptée pour la psychothérapie par la mise en réseau des trois approches les plus courantes (la thérapie cognitivo-comportementale, la psychanalyse, la psychothérapie expérientielle, c'est-à-dire la Gestalt-thérapie, le psychodrame et la thérapie corporelle) en tant que „**thérapie intégrative**“. Celle-ci se caractérise par une „*approche multimodale et une vision systémico-théorique*“ et s'oriente sur „*un contexte biographique, actuel et prospectif, un apprentissage complexe et une régulation intégrative*“ (Petzold 1974k, 304, fig. III/ repr. 2003A, 64 fig. 3). Avec du recul nous pouvons aujourd'hui dire qu'un tel modèle présentait la conception la plus complexe d'une „thérapie holistique et différentielle“ dans le contexte psychothérapeutique de l'époque - et ceci même dans une perspective internationale - qui fût marquée par le nom „**thérapie intégrative**“ ou „**thérapie intégrative orientée vers l'être humain**“. Ces termes furent choisis afin d'éviter les limites imposées par le terme de „psychothérapie“ et le dualisme qui leur est implicite.

Ceci a bien évidemment des conséquences énormes pour la pratique en thérapie et en supervision: Outre les „*processus d'introspection et les compétences cognitives (leur application est considérée comme étant un comportement), il ne faut jamais négliger les performances (overt behaviour) en psychothérapie.*“ Les processus d'apprentissage et de contrôle comportemental, de l'intrication entre compétences et performances ainsi que de l'activation ou de l'inhibition, sont tous déterminés par l'activité des neurotransmetteurs ou neuromodulateurs. Ceci a bien évidemment des conséquences sur l'usage de certains médicaments dans le cadre de processus thérapeutiques et conduit à une nouvelle orientation dans le sens d'une combinaison entre la psychothérapie et la pharmacothérapie (Gabbard 2000 ; Gabbard, Kay 2001 ; Hüther, Rüther 2003) - cela s'applique aussi au traitement des personnes souffrant d'addictions (Petry 2001). L'activation comportementale du système catécholaminergique a ainsi des effets énormes sur la transmission des signaux synaptiques. L'activation du système dopaminergique mène à la modification de „cartes corticales“ (Spitzer 2002). Les types de comportements couronnés de succès sont reliés à une activation co-respondante de neurones dopaminergiques au niveau de la dimension de la récompense et de son *attente*. Ce n'est pas seulement une exécution réussie et la récompense y étant liée qui importent pour un nouvel apprentissage, mais ce dernier s'effectue lorsqu'une nouvelle réponse inhabituelle et inattendue a lieu suite à un comportement donné. Les thérapeutes pouvant surprendre leurs patient(e)s avec des idées inhabituelles, des métaphores et des propositions d'action (toutefois ce doivent être des propositions pouvant être envisageables pour les patient(e)s, ne les blessant pas et ne créant pas trop de dissonances), ont l'occasion de stimuler le système dopaminergique de façon à ce qu'un apprentissage amenant des changements effectifs se produise. L'art d'offrir à des patient(e)s une relation et un environnement, dans lequel ils peuvent faire des „*expériences d'évidence vitale*“ (telle que définie ci-dessus) et des expériences „d'innovation personnelle“, de façon à eux-mêmes s'en surprendre, montrera aussi son efficacité au niveau cérébral (Sieper, Petzold 2002). D'anciens processus de régulation et de contrôle ainsi que les potentiels d'activation et frayages y étant liés, sont déstabilisés et peuvent ainsi se réorganiser. La neuroplasticité cérébrale rend cela possible. Une question supplémentaire se pose dans le cadre de la recherche et de l'expérimentation clinique. C'est la question de savoir si et de quelle façon des processus d'apprentissage induits par des substances addictives, tels qu'ils ont été démontrés lors d'études sur la „*mémoire addictive (Böening 2002a, b)*“, peuvent être modifiés de manière durable

par des mesures uniquement psychothérapeutiques (par exemple la confrontation de différents stimuli) ou si des traitements combinatoires effectifs peuvent être mis en place. En tout état de cause, il faudrait diriger notre travail dans ce sens.

Ces processus d'apprentissage au niveau cérébral („on the brain level“) qui ont été abordés très brièvement et de manière générale, sont autant de critères qui parlent en faveur d'une pratique d'intervention *expérientielle*. Cette pratique a été développée par la **thérapie**, la **supervision** et l'**agogie intégratives** au sein des „mouvements de recherche multidiscursifs“. Elle est appliquée dans le travail avec les patient(e)s dans les trois domaines et enseignée dans la formation, au moyen de la transmission des méthodes et de l'expérience de Soi. La thérapie, la supervision et l'agogie intégratives se posent la tâche pas si facile (Gabbard 2000) de relier le *discours* neurobiologique et les connaissances qu'il génère dans les *discours* psychothérapeutiques et agogiques tenant compte de leurs états de connaissances (ainsi que des objectifs qui en découlent, cf. Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), ceci de façon organique et sans réductionnismes, mais aussi sans interprétations abusives. Reste à espérer que les thérapeutes réussissent, dans le cadre de ces processus de rapprochement, à relier des connaissances scientifiques à un engagement humain et relationnel en tant que „medium and message“ (Sieper, Petzold 2001) ainsi qu'à créer des relations/affiliations *salutogènes* avec leurs patient(e)s en tant que „partenaires collaborant“ au processus thérapeutique (Antonovsky 1987 ; Lorenz 2003). En outre, reste à espérer qu'ils arrivent à promouvoir la **souveraineté** sous forme de „locus de contrôle partagé“ („shared locus of control“), à permettre à l'empathie et à la valorisation réciproques de se développer dans un climat cocréatif ainsi qu'à transmettre des connaissances psychologiques objectivement fondées. Ceci devrait être effectué de telle manière à ce que ces dernières puissent se rendre utiles et fécondes en tant que „connaissances pratiques des réalités de la vie“ pour les patient(e)s.

Dans le contexte de la vie quotidienne, les relations salutogènes peuvent être retrouvées sous forme d'amitiés, de partenariats ou de rapports réussis entre collègues. Ces derniers ouvrent à la possibilité d'un vécu partagé dans une bonne convivialité, la joie, le bonheur, la liberté, l'action créative (dans une expérience de confluence et de cocréation) et les gens s'y rencontrent dans l'engagement en vue de „choses positives“, dans le contexte d'un „altruisme cultivé“ (car „aider est sain!“). En outre, ils se retrouvent dans un „vécu de la beauté“ partagé - „l'expérience de la nature“, les „expériences esthétiques“ (Petzold 1999q; Petzold, Orth 1998; Petzold, Osten 2004) - et dans des „valeurs et expériences ayant du sens“ partagées. Ce genre d'expérience forme la matrice pour des personnalités riches et d'une force rayonnante, c'est-à-dire en faveur du regain de la santé, du courage et de la joie de vivre (Petzold, Orth 2004a,b).

Tout ceci constitue des qualités de vie et d'expérience protectrices et salutogènes, qui assurent justement l'état psychophysiologique ainsi que les processus faisant partie du „système personnel du corps-sujet“. Ces dernières garantissent également la mise en place de conditions permettant des „régulations optimales“, c'est-à-dire des processus d'auto-organisation à tous les niveaux essentiels. Nous avons là une *intersection* importante: les conditions citées préalablement et adhérant immédiatement au *discours* des connaissances quotidiennes, qui maintiennent et encouragent la santé et le bien-être, correspondent également à celles qui assurent les processus de contrôle *sains* et *fonctionnels* neurohumoraux, psychophysiologiques et immunologiques, selon le *discours* scientifique de la neurobiologie. En même temps, ces processus régulateurs, qui fonctionnent bien, mènent à la mise en place d'un comportement sain et d'un vécu de Soi bienfaisant - ces deux conditions sont donc à considérer comme étant intriquées.

Il se propose ici encore une *intersection* supplémentaire entre le *discours* neurobiologique et le *discours* anthropo-philosophique :

Si selon le *discours* anthropo-philosophique „l'être humain en tant qu'homme et femme est un être de corps-âme-esprit, donc s'il est un corps-sujet ancré dans un environnement socio-écologique, c'est-à-dire dans le milieu de vie, qui obtient sa subjectivité et sa personnalité dans l'interaction polylogique consciente et inconsciente entre '**Toi, Moi, Nous**', ainsi que dans le contexte et le continuum de la vie“ (cf. Petzold 2003e), alors il s'agit de maintenir et de développer les capacités régulatrices susnommées à tous ces niveaux anthropologiques différenciés. Lorsque des êtres sains avec des personnalités fonctionnelles et sans troubles sont caractérisés par un **haut potentiel de capacités régulatrices et développementales** selon le *discours* neurobiologique, alors il faut commencer à chercher les fondements régulateurs et les principes du fonctionnement neurobiologiques chez eux. Ceci est un devoir pour les recherches et la construction de modèles prospectifs.

Le modèle de **contrôle** ou de **régulation/d'organisation** est un tel concept, qui traverse différents domaines et qui ne peut pas être déterminé comme étant *monodisciplinaire* en raison de sa complexité et de la pluralité de points de vue qu'il comporte. Ce dernier requiert donc une co-respondance multidiscursive entre différentes disciplines, c'est-à-dire des contributions multi- ou interdisciplinaires. Certains concepts sont brièvement abordés, sans pour autant qu'on puisse ici développer le concept de la **régulation** dans sa totalité.

Déjà dans le modèle de base précoce de la „thérapie intégrative“, inaltéré depuis des années (Petzold, 1974k, 302f, fig. III, repr. 1988n, 74/2003a, 64, fig. 3), la „**régulation intégrative**“, qui reliait la „*régulation cognitive, émotionnelle et comportementale*“ (ibid. Fig. III p. 304), était un concept central et une préoccupation centrale. Le contenu de ce concept a puisé son inspiration dans les travaux précoces de Pierre Janet, d'Anokhin et de Lurija et sa consistance conceptuelle est aujourd'hui soutenue par les modèles de Kenso et Haken ainsi que cliniquement

par les « neurosciences affectives » (Davidson et al. 2000, 2002). En outre, une influence toute particulière pour ce modèle fût empruntée par la thérapie intégrative de la théorie et de la recherche sur le stress et des modèles précoces du burn-out (Mierke 1955; Petzold 1968a, b, c, 1989a; Seyle 1998), ainsi que des théories et recherches actuelles du traumatisme (Hüther 1996; 1998; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; Sapolsky 1996, Sapolsky et al. 2000; Taue 1989, 1998; Yehuda 1997, 2001). Le modèle de la théorie du traumatisme et la méthode de **régulation intégrative et différentielle**, l'**IDR** en allemand (Petzold 2000g, 2004i; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002), dans laquelle le concept de „**régulation dynamique**“ est central, ont été développés sur ces bases.

« Le concept de „**système de régulation dynamique**“ est entendu comme la capacité fondamentale de l'organisme ou du sujet personnel émergeant de cette base biologique de *contrôler* des processus dans différents domaines. Il s'étend du niveau *intrasystémique/intrapersonnel*, par exemple le niveau biochimique avec les processus neurophysiologiques et endocrinologiques (par exemple l'axe HHS - hypothalamo-hypophyso-surrénalien), passant par des processus de régulation émotionnels et cognitifs, et allant jusqu'aux patterns de régulation très complexes d'„*autorégulation*“ de la totalité du système de régulation. À ce dernier appartient aussi le contrôle des processus *intersystémiques/interpersonnels* tout comme **les perspectives et processus du développement**. Des processus fonctionnels de „régulation dynamique“ peuvent être considérés comme une méta-ressource du système. „L'information organisée“ (**IO**) y est continuellement façonnée, restructurée et recréée (Petzold et al. 1994, 535ff) ainsi que „reformatée“ (Petzold 2000h), par des „configurations transformatrices“ (**CT**) et à différents *niveaux* de complexité et de structuration ».

De là s'ensuit que, aussi bien pour la méthodologie thérapeutique que pour la méthodologie/didactique de la supervision et de la formation, doit être abordé:

- Le *potentiel régulateur et développemental* de la *dimension corporelle-subjective* (la perception, l'expression, la mobilité, la tonicité, la régulation des tensions à travers des méthodes de thérapie intégrative corporelle, sportive et du mouvement, cf. Petzold 1988n; Petzold, Bloem, Moget 2003; Hausmann, Neddermeyer 1996; Höhmann-Kost 2002; Schay et al. 2005; van der Mei et al. 1997; Voutta-Voß 1997s).
- Le *potentiel régulateur et développemental* de la *dimension de l'âme* (c'est-à-dire des processus émotionnels, motivationnels et volitionnels à travers des méthodes de travail intégratif avec les émotions, les motifs et les volitions, cf. Jäckel 2001; Petzold 1995g; Petzold, Sieper 2003; Rahm et al. 1993).
- Le *potentiel régulateur et développemental* de la *dimension cognitive* (c'est-à-dire des processus cognitifs et des processus mentaux de haut niveau à travers des méthodes cognitives, la pratique narrative, la thérapie philosophique, l'échange autour du sens, la méditation, l'expérience esthétique et la pratique de l'art de vivre etc. (cf. Kühn, Petzold 1992; Petzold 1983d; 1999q, Petzold, Osten 2004; Petzold, Orth 2004a,b).
- Le *potentiel régulateur et développemental* de la *dimension sociale* dans le réseau social et les convois personnels sont à encourager (c'est-à-dire la capacité de dialoguer et de polyloguer, la compétence/performance empathique, intergénérationnelle, interactive et communicative ; les qualités d'affiliation, d'ajustement et de convivialité servant à renforcer la valeur propre par l'estime de soi, la souveraineté par les possibilités de contrôle ; l'engagement social et l'altruisme vécu sont à renforcer. cf. Petzold, Müller 2005; Scheiblich, Petzold 2005; Petzold 2004a, 24ff, 2003a, 781-808; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004).
- Le *potentiel régulateur et développemental* du contexte écologique dans le milieu de vie et dans le cadre institutionnel, est à considérer sur le fond des connaissances de la psychologie *écologique* et de la pratique interventionnelle, car l'ajustement mutuel entre l'être humain et son environnement est essentiel et donc à encourager du point de vue „éco-psycho-somatique“ (par le façonnement actif de l'espace vital et du lieu de vie, le vécu commun de la nature, la thérapie sportive d'extérieur, cf. Petzold, Orth 1998, 2004b; Saup 1992; Petzold 2004a, 321-360; van der Mei, Petzold, Boscher 1997) - cf. pour la totalité Sieper, Petzold (1993c).

Le concept clé de la théorie intégrative, qui est celui de la „**régulation dynamique**“ avec les concepts qui lui sont associés, notamment ceux de „**potentiel régulateur, compétence régulatrice, performance régulatrice**“ (Petzold 2002b/2004, Petzold, Müller 2005) a toujours aussi en vue les „**potentiels de développement**“. La **compétence régulatrice** et la **performance régulatrice** de la totalité du système humain assurent l'équilibrage suffisant des dérèglements qui peuvent apparaître ou respectivement leur maintien dans un état de „déséquilibre modéré“. Ce dernier fait partie de „l'espace du jeu“ dont le système dispose selon ses degrés de liberté spécifiques ou selon son propre spectre de tolérance. **La thérapie signifie donc: le soutien des processus de régulation dynamiques**. Une telle vision ne restreint pas le concept de régulation de manière physiologisante, elle ne le limite pas à une harmonisation homéostatique ou ne le considère pas uniquement comme un „*processus intérieur*“

du système“. Ce dernier est une tendance qui peut être retrouvée chez *Grawe* (2004) dans son nouveau concept de „Neuropsychothérapie“, qui aborde à peine les perspectives d'une „psychosociologie clinique“ (*Petzold, Müller* 2005) et celles d'une sociologie et des sciences sociales cliniquement pertinentes - c'est-à-dire les conditions et dimensions sociales cadres - et qui n'aborde pas du tout les questions anthropologiques. Il a fait ceci contrairement à ce qu'avaient fait les fondateurs de cette idée de „régulation“, les physiologistes et neuroscientifiques *Anokhin, Bernstein* et *Lurija*. *Bernstein* focalisait le mouvement „sur le monde intérieur“, *Lurija* considérait avec *Vygotskij* le monde du social, „l'intermental“ comme fondement de „l'intramental“ - et pour *Anokhin*, l'organisme et son milieu/la société étaient étroitement liés dans un ensemble systémique. Sur cet arrière-fond, l'approche intégrative considère l'individu et la société, l'être humain et son environnement comme étant intriqués. La *régulation* et les *potentiels régulateurs* sont certes enracinés dans un *fondement organismique*, et pourtant ils saisissent toujours aussi la dimension sociale ou socio-écologique, comme ceci est accentué dans la théorie *bio-psycho-sociale* ou *bio-psycho-socio-écologique* de l'approche intégrative (*Petzold* 1974j, 304, 2001a).

« Dans l'approche intégrative, les processus de **régulation dynamique** entre les systèmes sont désignés comme étant des **ajustements**, qui rendent possible et assurent une adaptation ou synchronisation réciproque suffisamment bonne par des 'configurations d'informations transformatrices' (*Petzold et al.* 1994, 528). Le terme „**dynamique**“ se réfère à un jeu d'échange permanent entre des états d'équilibre et de déséquilibre, comme décrits par des modèles non-linéaires des théories systémiques (celui des structures dissipatives de *Prigogine* ou celui de la théorie synergétique de *Haken*) », (*Petzold* 2000h).

Cette conception indique la nécessité d'une approche complexe en vue d'un traitement réussi. Ceci est justement mis en évidence par les manifestations chez les personnes souffrant de troubles d'addiction avec les influences socio-écologiques et relatives aux conditions de vie, ce qui doit donc être pris en compte dans un travail thérapeutique différencié et doit donc être transmis par une formation de bonne qualité. La littérature susnommée montre qu'il y avait de la recherche intensive et qu'un bagage praxéologique a été élaboré dans tous les domaines abordés. Il ne s'agit donc pas d'une simple énumération de mots-clés (comme cela est souvent le cas dans le milieu psycho- et sociothérapeutique et leurs programmes de formation). Les concepts, méthodes et techniques de traitement développés par l'approche intégrative (par exemple les diagrammes de réseau, la technique du panorama de vie, les colonnes identitaires etc., cf. *Petzold, Orth* 1994; *Petzold, Sieper* 1993; *Hass, Petzold* 1999), qui sont utilisées dans le travail avec les patient(e)s, sont aussi reprises dans le *travail d'expérience de Soi professionnel et individuel des thérapeutes* (*Petzold, Steffan* 1999a, b) selon la maxime intégrative, que „**la méthode est enseignée et apprise par la méthode**“.

## **7. L'orientation praxéologique et basée sur la recherche de la thérapie intégrative dans le champ de la psychothérapie moderne, et son implication pour la formation continue: „De la pratique à la théorie, à la recherche et vice versa“**

Les concepts présentés et développés jusqu'ici doivent - ceci est notre position - bien évidemment être considérés dans le contexte des résultats issus de la recherche empirique en psychothérapie, de la recherche sur la supervision (*Petzold, Schigl et al.* 2003), des développements dans le champ de la pratique clinique et des développements scientifiques dans le domaine de la psychothérapie moderne. Ceci est d'autant plus vrai tenant compte du fait que la „thérapie intégrative“, en tant qu'approche clinique dans le dispositif ambulatoire et hospitalier et dans la pratique indépendante de psycho- et sociothérapeutes ainsi que de superviseurs(euses), est orientée sur la recherche fondamentale de la psychologie et de la neurobiologie (*Märtens, Petzold* 1995a, b; *Steffan, Petzold* 2001). Le concept de la „thérapie intégrative“ comprend la recherche en psychothérapie et lui contribue au moyen de ses propres travaux de recherche (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold, Märtens* 1999; *Märtens, Leitner, Steffan, Telsemeyer, Petzold* 2002). Les résultats d'une telle recherche doivent être transmis dans les formations des thérapeutes et être appliqués dans la pratique, car „les praticiens peuvent apprendre de la recherche“ (*Strupp* 1999), car „la recherche en psychothérapie a du sens pour le traitement dans la pratique privée“ (*Lopez-Frank, Veith, Willutzki* 1999) et car elle est indispensable pour la pratique clinique stationnaire (*Schneider* 1999; *Thomas, Petzold, Schay* 2005). D'un autre côté, les questionnements et problématiques de la pratique doivent également être amenés dans la recherche (*Beelmann, Hamm* 1999; *Petzold* 2005i; *Steffan, Petzold* 2001). C'est ainsi que la **pratique** génère des heuristiques, qui conduisent aux questions de recherche, examinées par la **recherche** puis restituées à la pratique en tant que résultats des recherches. À son tour, la pratique les met en place et les soumet de nouveau à la recherche, comme c'est présenté par le „*modèle générique de la théorie et de la pratique pour des connaissances fondées dans l'heuristique et la recherche et l'action psychothérapeutique*“ (*Petzold* 1991a/2003a, 135, fig. 2).

Dans un sens large, la recherche en psychothérapie a fait ressortir des stratégies ou facteurs thérapeutiques efficaces, dont on peut prétendre qu'ils ont des effets positifs sur les processus de guérison, la réduction des symptômes et le bien-être des patient(e)s (*Bergin, Garfield 1994; Lambert 2004; Petzold, Märtens 1999*). Ces stratégies ou „VOIES“ convergent avec des pratiques thérapeutiques efficaces, qui peuvent être retrouvées - en règle générale toutefois que partiellement - dans les différentes „écoles“ psychothérapeutiques. *Grawe* et des chercheurs comme *Bergin, Garfield, Orlinsky, Lambert* ont examiné la question des effets dans des recherches, des analyses et des méta-analyses de grande envergure à travers de longues années. Mis à part le „modèle générique de la psychothérapie“ (*Orlinsky, Howard 1986*), qui cherchait à concevoir une structure générale de la psychothérapie, c'est un mérite particulier de *Grawe* et de ses collègues que d'avoir dégagé des „facteurs d'influence“ indépendamment des écoles à partir des recherches précédemment citées (état des résultats globaux de la recherche expérimentale en thérapie, *Grawe, Donati et Bernauer, 1994* et de la recherche corrélative sur les processus et les résultats, *Orlinsky et al. 1994; Orlinsky et al. 2004*).

Les états des connaissances de la recherche internationale en psychothérapie, en psychologie clinique et en neurosciences se sont à présent *connectés* dans une telle mesure que chacune de ces directions doit se donner de la peine de garantir une „capacité de raccordement“ théorico-conceptuelle et méthodico-pratique suffisante. Ce n'est qu'ainsi qu'une qualité appliquée dans le travail avec les patient(e)s peut être assurée et développée. Ceci requiert si possible une approche de grande étendue, allant de la recherche fondamentale empirique en psychothérapie et en neurosciences, en passant par la recherche sur le processus thérapeutique et sur les résultats jusqu'à la recherche sur des questionnements théoriques - anthropologiques ou thérapeutiques-éthiques. Ceci nécessite la coopération de divers groupes de chercheurs ayant des accents de recherche différents. La psychothérapie actuelle doit chercher ses inspirations futures dans les discours qui la déterminent : dans la „communauté des thérapeutes“ se trouvent à présent – toujours encore assez séparées entre elles – une „communauté des chercheurs“ et différentes „communautés de praticiens“ (écoles et approches). Ces dernières ont également peu de liens entre elles, à défaut de se diviser dans des querelles dogmatiques ou de se marginaliser les unes les autres dans des luttes de répartition. Naturellement il y a là encore la „communauté de patient(e)s“ (*Petzold, Groebelbauer, Gschwendt 1999*), avec laquelle un échange partenarial devrait être cherché d'urgence (à travers des associations de patient(e)s par exemple). Dans l'ensemble, les possibilités pour un POLYLOGUE partenarial et continu sont toujours peu utilisées. Pourtant, il y aurait beaucoup à apprendre les uns des autres, beaucoup à échanger et à comparer les uns avec les autres, afin de trouver des différences et des similitudes.

## **7.1 La thérapie intégrative en co-répondance – les regards croisés sur l'approche bernoise de la psychothérapie psychologique et de la neuropsychothérapie**

Afin de pouvoir croiser les regards sur d'autres développements dans le champ de la psychothérapie moderne et par là également de rendre possible un regard sur notre propre positionnement dans ce champ (cf. *Petzold, 1993g*), nous nous sommes décidés à brièvement revenir sur *certaines aspects* de l'approche de *Grawe* et de son équipe de recherche *bernoise*. Nous nous sommes décidés pour cette approche pour plusieurs raisons :

- car elle peut pragmatiquement soutenir des développements innovants dans la psychothérapie moderne, cliniquement et psychologiquement fondée et ceci depuis des années et car elle est pour nous à compter parmi les approches les plus intéressantes de ce champ. Ceci car, en ce qui concerne l'évaluation de la recherche internationale en psychothérapie en vue du développement théorique et méthodologique en thérapie (*Grawe, 1997*), elle comporte l'étayage le plus large dans l'espace européen et nous partageons sa position (*Märtens, Petzold 1995, Petzold, Hass, Petzold 1997; Steffan, Petzold 2001*) d'une „research informed psychotherapy“ (*Grawe, 1997*),
- car elle a un bon accolage aux développements internationaux dans la recherche et pratique psychothérapeutiques,
- car elle dispose, en outre, d'une fondation très vaste en vue de ses propres recherches continues, appuyées sur une infrastructure excellente,
- car elle se donne récemment de la peine pour instaurer un accolage conséquent de sa formation théorique et pratique à la neurobiologie – et c'est là un devoir de développement très important pour la psychothérapie dans les années suivantes,
- car *Petzold* a pu enseigner à travers de longues années [1980-1998] en tant que professeur invité au département de *Grawe* au sujet des méthodes de la psychothérapie activant l'expérience. Dans la part pratique de son poste il avait aussi l'occasion de superviser ses collègues, alors il a appris à connaître le travail qui s'y faisait de visu, pendant une phase développementale importante. De plus, ces collègues ainsi que tout le département ont eu l'occasion de faire l'expérience directe de son approche théorique et pratique,
- car les approches de l'équipe bernoise sont aussi très pertinentes en ce qui concerne la sociothérapie et la

supervision.

En outre, nous trouvons le paradigme d'un travail de développement dans le domaine de la psychologie scientifique, qui n'est pas lié à des courants spécifiques, comme étant très plaisant. Celui-ci offre une posture transparente et éloignée de mythes<sup>28</sup> et d'obscurantismes, retrouvés très fréquemment dans le champ de la psychothérapie et malheureusement aussi de la supervision.

Dans différentes publications, *Grawe* a mis en valeur quatre stratégies/heuristiques/facteurs cruciaux – nous les nommons, en raccourci, les „heuristiques de *Grawe*“:

1. **L'activation des ressources,**
2. **L'actualisation du problème/l'activation du processus,**
3. **La résolution du problème,**
4. **La clarification motivationnelle**
5. **Le facteur d'influence de la relation thérapeutique** (*Grawe* 2005).

À partir des résultats de cette démarche, *Grawe* a entre autre développé les points de départ et les exigences de sa „psychothérapie générale“ ou „**psychothérapie psychologique**“ (*Grawe* 1998/2004), qu'il se donne dernièrement de la peine à fonder en s'appuyant sur les neurosciences. Cette programmation qu'il a mise en place est intitulée „**Neuropsychothérapie**“ (*Grawe* 2004). Donc les deux œuvres sont à voir comme des „programmes“ (ibid. 441), et non pas en tant que nouvelle „école“, mais comme des efforts d'utiliser aussi bien le fonds de la psychologie que celui des neurosciences, pour la conception de mesures thérapeutiques, car les deux sont indispensables.

**La „thérapie intégrative“ n'est néanmoins pas entièrement en accord avec ce programme** (cf. *Petzold* 1992a, 2003o). Elle a soutenu ces heuristiques et, depuis les années 1980, c'est-à-dire longtemps avant *Grawe*, elle a nommé ces concepts de manière différentielle. Malgré toutes les similitudes, des différences nettes sont visibles dans les points de départ. Alors „**l'alliance thérapeutique**“ (*Petzold* 1980g), ajoutée récemment par *Grawe* à sa liste d'origine (et al. 1994), peut être vue comme un **méga-facteur**, jouant un rôle incontournable dans tous les autres facteurs, à côté des méga-facteurs suivants que nous voulons rajouter :

**6. „L'expérience de Soi“**

Se découvrir d'une manière différenciée, afin de se percevoir, de s'appréhender, de se découvrir, de se comprendre et de se créer dans le sens d'un „art de vivre“, est à voir en tant que facteur d'influence propice à la guérison et au développement.

**7. „Un réseau social coopérant de manière constructive“**

Ce facteur est non seulement à voir en tant qu' „activation de ressources“ (chez *Grawe* une performance du patient) au niveau individuel, mais aussi en tant que *travail actif de réseau/convoi* (*Hass, Petzold* 1999) à travers le système psychothérapeutique, de manière à ce que, à travers la thérapie en réseau et sociale, la „valeur de soutien“ du réseau s'accroît et que la personne concernée puisse y recevoir de l'aide et du soutien. L'efficacité des interventions en réseau sont empiriquement bien assurées (*Röhrle* 1994).

**8. „Une situation de vie suffisamment consolidée“**

Ceci est aussi à voir en tant que facteur essentiel, car un „mauvais statut socio-économique“ est perçu comme l'un des facteurs de risque les plus importants pour les maladies psychiques. Des mesures d'aide socio-thérapeutiques, en travail social et structurelles, sont des mesures importantes en vue de l'encouragement de processus de guérison et de développement en ce qui concerne les personnes qui se trouvent dans des situations de vie précaires ou désastreuses et pour lesquelles il s'agit de consolider la situation de vie et de réduire ainsi le stress (*Petzold* 2000h).

Pourtant dans toutes les situations, le **méga-facteur** d'une **relation thérapeutique réciproque et empathique** - ancré dans „la fonction de base empathique“ et la „tendance à l'affiliation“ (*Petzold, Müller* 2005) de disposition biologique-évolutive - joue un rôle central.

Il s'agit, d'une part, de différences, auxquelles la distinction faite par *Lurija* (1993, 177) entre l'approche scientifique classique, „fragmentante“, „réductionniste“ et l'approche scientifique plutôt „holistique“, „artistique-visionnaire“, donne des perspectives à la psychologie. Dans la première approche „la réalité vivante est réduite à des schémas abstraits... les singularités de l'ensemble vivant se perdent“ (ibid.). Les représentants de la seconde approche, nommés „les romantiques“ (à connotation tout à fait positive) par *Lurija*, avec le physiologiste allemand *Max Verworn* (1862-1911), ne veulent pas „diviser la réalité vivante en ses composantes élémentaires“. Ils voient beaucoup plus „leur devoir le plus important dans le fait de préserver la richesse du milieu de vie et ils aspirent à développer une science qui prend cette richesse en compte“ (ibid.). Pour *Lurija*, les forces et les faiblesses de chacune des approches étaient évidentes et il empruntait un „chemin du milieu“, comprenant „la

<sup>28</sup> Il s'agit du principe fondamental d'un récit mythique, d'après Claude Lévi-Strauss.

science dure“ et un „travail méticuleux“ et laissant encore la place à une richesse d'ébauches créatives, offrant surtout une étendue immense de domaines de recherche et d'intérêt, ce qui nous plaît beaucoup. Nous voyons sa distinction comme un spectre et ni l'approche de *Grawe* ni notre approche intégrative ne se trouve à l'une de ces extrémités. En ce qui concerne l'orientation bernoise il est évident - étant déjà conditionné par le setting de recherche thérapeutique - qu'elle se trouve plus proche du paradigme de recherche „réductionniste“, que nous, avec *Lurija*, ne connotons nullement de manière négative. Nous travaillons nous-mêmes aussi de manière répétée à l'intérieur de ce paradigme - dans la recherche universitaire cela ne va pas autrement et c'est aussi très sensé ainsi, lorsqu'on ne se fixe pas sur des observations de détail. „Ce danger ne représente pas une menace pour une observation véritablement scientifique. Elle ne saisit pas seulement des faits séparés... il s'agit non pas de comprendre un objet ou un événement de manière isolée, mais à partir de ses liens avec d'autres objets ou événements“ (*Lurija* 1993, 181). On représente avec l'approche intégrative une approche „holistique“ (tout en réfléchissant de manière critique sur le concept „holistique“, *Petzold* 1988n, 179ff) et aussi de temps à autre un „réductionnisme“ déterminé par le thème et le devoir en question, qui est à nouveau consciemment ouvert sur le contexte. *Grawe* (2004, 57ff) pour sa part représente un „réductionnisme modéré“. On souscrit par là à sa position (mis à part - dans le sens philosophique et étymologiquement critique - l'égalisation inadmissible du sujet et du cerveau, cf. *Ricœur* 2004, 645). „Les structures neuronales qui se développent chez un individu, reflètent sa culture, société, famille etc.“... „La culture est le résultat de l'action commune de nombreux cerveaux individuels, remontant de nombreuses générations, mais elle s'est séparée de ces cerveaux individuels dans son existence. Dans le sens inverse, ces cerveaux individuels sont en bonne partie des produits de la culture respective, indépendante du cerveau en question“ (ibid. 57). Ce sont des positions de *Vygotskij/Lurija* ou celles des théoriciens du contexte en neurobiologie („Society of Brains“ de *Freeman*, 1995) - *Grawe* n'a apparemment pas ces courants en vue. Dans la théorie intégrative des „représentations mentales individuelles et collectives“ par des processus de „double émergence“ (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, 551ff), l'argumentation est semblable, mais épistémologiquement plus précise : „Le mental ... en tant que tel, nécessite toujours la base matérielle cérébrale chez l'individu. Les contenus de la mémoire telles les informations sont toujours basés sur des processus neurophysiologiques, mais ils ne sont pas à égaliser avec ces derniers ... la pensée naissante est transmatérielle et par la fabrication d'une 'conservé culturelle' elle est également détachable de sa connexion à la base neurophysiologique d'une capacité de mémoire individuelle“ (ibid. 558f). Cette pensée peut „s'insérer dans des produits d'émergence collective“, afin d'éventuellement pouvoir refaçonner „la nature matérielle biologique-organismique“, telle le cerveau d'un enfant (ibid. 557), „au sein de processus de socialisation communicatifs/interactifs et sous forme d'information transmatérielle“. Ce discours neurobiologique, que nous soutenons avec détermination (ibid. 1994, 523-560, 2002j/2003a, 1051-1092), et que l'on ne trouva point chez *Grawe* pendant les années 1980 ni au début des années 1990, fût entre-temps rejoint par ce dernier. Nous sommes convaincus qu'il s'agit là de la bonne voie à suivre par la psychothérapie moderne (*Schipek* 2003) et aussi par la thérapie des addictions moderne, surtout si on pense aux recherches sur „la mémoire addictive“ (*Böning* 2002b). La psychothérapie moderne a le devoir - comme aussi de nombreuses autres sciences touchant à la neurobiologie (cf. *Fried* 2004) - d'analyser et de comparer l'ancien savoir avec le nouveau et de faire des liens avec ce dernier si possible. *Grawe* a fait cela dans son œuvre „Neuropsychothérapie“ pour les **quatre** ou **cinq heuristiques de Grawe** et d'autres stratégies. Reste cependant aussi le problème de l'enfermement dans un „réductionnisme neurobiologique“, car nous devons appréhender la vie et la culture humaines de manière plus large que uniquement basées sur les instruments conceptuels des neurosciences (*Ricœur, Changeux* 1998).

Les heuristiques de *Grawe* ont été déduites à partir d'une analyse ou d'examen méta-analytiques de la recherche empirique en psychothérapie et sont donc nées à partir de la **THEORIE** dans un sens '**top-down**'. Il s'agit alors du résultat d'examen d'ordre *théorique*, issus de recherches comportant un nombre restreint de *variables*. Ces heuristiques se basent sur des données de recherche nomothétiques, sur du „matériel abstrait“ et décontextualisé d'une recherche quantitative et réductionniste sur la pratique clinique, généralement dans des settings cliniques universitaires. (Il faut ici se poser la question critique de savoir qui vient consulter dans le centre de recherche d'un institut de psychologie clinique et qui participe au programme de recherche thérapeutique dans des conditions de laboratoire d'une clinique universitaire?). Une telle recherche offre des avantages et des inconvénients. Elle permet une réduction de la complexité et offre donc l'avantage d'une généralisation (d'une population spécifique ; il faut se méfier d'une sur-généralisation!) des données obtenues ainsi. Mais ces données subissent également ce réductionnisme, sous forme du manque fréquent de „validité écologique“ et de la comparabilité douteuse dans les méta-analyses (*Kritz* [2002] met cela en lumière dans le titre de son article critique „thérapeutes monoclonaux pour des porteurs de symptômes monoclonaux“). En outre, les études analysées reproduisent principalement les estimations des chercheurs et des thérapeutes orientés sur la recherche (et leurs opinions préconçues, voire leurs erreurs, leur biais de genre, leur âge, leur sélectivité sociale etc. etc.). Nous n'y trouvons quasiment pas d'évaluations de patients explorées de manière minutieuse et „qualitative“, peu incitées par des questionnaires pré-établis - c'est là que réside la faiblesse de la recherche en psychothérapie. Ceci explique entre autre les différences entre les études selon la „règle d'or“ expérimentale (études randomisées et contrôlées) et les études et enquêtes naturalistes, comme la „consumer report study“ (*Seligman* 1996). Malgré toutes ces difficultés, la recherche

nomothétique nous indique néanmoins avec une bonne fiabilité, grâce à de meilleurs designs et méthodes, les facteurs d'influence pour les populations spécifiques et les sous-populations, qui ont été étudiées (à noter que de nombreuses populations, notamment celles des „classes sociales défavorisées“, n'ont pas été étudiées, de sorte que nous n'avons ici pas de fondement factuel ni de manuels à leur sujet).

Les **quatre VOIES de guérison et d'encouragement** se sont développées de l'autre côté du „spectre entre la théorie et la pratique“ (Petzold 1991a/2003a, 85), notamment dans la **PRATIQUE**, s'agissant ici toutefois d'une pratique combinée dès ses débuts avec la recherche (Petzold 1968a, b). Elles sont nées de façon **bottom-up**, à partir de la „réflexion systématique“ personnelle et collégiale, ancrée dans notre pratique thérapeutique et nos supervisions collégiales, les deux travaillant dès les débuts avec une combinaison de différentes méthodes et selon une approche intégrative. Dans les supervisions, le principe de la „*compétence partagée*“ était le principe directeur (Petzold, Lemke 1979). En outre, nos quatre **VOIES** ont largement été influencées par le „*principe de la mutualité*“ de Ferenczi (Ferenczi 1985) ainsi que l'application stricte du „*principe de l'intersubjectivité*“ (Marcel, Levinas). Ce dernier considère les patient(e)s comme „partenaires“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998) au sein du processus thérapeutique et adopte „une double expertise“ : celle des thérapeutes pour les aspects cliniques et celle des patient(e)s pour les aspects concrets de la vie quotidienne (Petzold, Schobert, Schulz 1991). C'est pour ceci que le cadre du processus thérapeutique servait, dès les débuts de la thérapie intégrative, aux thématisations sur ce qui est bienfaisant et permet d'avancer, puis sur ce qui est au contraire malfaisant et ne fonctionne pas. Dans le cadre de nos études cliniques précoces en psychologie du travail, sur les expériences de burnout sur les lieux de travail, nous avons élaboré des concepts thérapeutiques à partir d'un débat sur les résultats de recherche avec les personnes concernées (souffrant de burnout) (Petzold 1968a, b). Le *jugement des patient(e)s*, leurs „théories subjectives“ (représentations mentales subjectives, Petzold 2003a, 1053) et le rapport de ces dernières à des „représentations mentales collectives“ de leur monde social - ici entrent en jeu nos études en psychologie sociale auprès de Serge Moscovici (2001) - ont toujours constitué un élément essentiel de la thérapie. Parallèlement au savoir des praticien(ne)s, de la „sagesse clinique“ (ibid. 339f) des thérapeutes et superviseurs/superviseuses, le concept des **quatre VOIES** a ainsi toujours largement intégré le *savoir des patient(e)s*. Les processus et les matériaux multiples et expérientiels des situations thérapeutiques ont toujours été considérés „de manière holistique et différentielle“ et non pas de manière réductionniste.

Aussi bien les inconvénients que les avantages d'une telle approche semblent évidents. Une hyper-complexité et une surdétermination d'une part et une spécificité élevée, voire singularité et des facteurs subjectifs d'autre part, rendent des généralisations difficiles. La plausibilité et la cohérence doivent primer sur l'objectivité empirique. La validité empirique et la fiabilité sont limitées en raison du degré élevé de subjectivité des données et de la qualité de la situation individuelle (études de cas singuliers). En revanche, il y a une „validité apparente“, „une validité écologique“ et une fiabilité du „consensus clinique“ des experts (thérapeutes et patient(e)s), qui décident si l'approche „fonctionne dans la pratique“ - ceci était inévitablement un critère pour Karl Popper.

La conséquence est claire et a également pu être réalisée dans la thérapie et la supervision intégratives : l'approche idiographique doit être étayée par la recherche nomothétique. Dans le cadre de *designs sophistiqués*, les approches qualitatives et quantitatives doivent être reliées entre elles (Steffan, Petzold 2001).

Le **savoir pratique** reste précieux et indispensable, mais il doit être relié au **savoir issu de la recherche**, et vice versa les **connaissances issues de la recherche** sont indispensables, mais doivent néanmoins être enrichies, concrétisées et spécifiées par des **connaissances issues de la pratique**, afin que puisse naître un **cycle de pratique → heuristique → théorie → recherche → pratique**.  
(Petzold 1991a/2003a, 134-137, fig. 2)

Grawe s'est apparemment également engagé dans les deux voies : **Allant de la pratique vers la recherche et vice versa, et allant de la recherche vers la pratique et vice versa...**, ce n'est pas la peine de se disputer sur le fait de savoir où commencer. Car si l'on appréhende les conclusions finales de son livre „Neuropsychothérapie“ avec les „règles directrices pour la pratique psychothérapeutique“ (Grawe 2004, 433ff), alors nous trouvons des lignes directrices de nature praxéologique. Leur spécificité est seulement confirmée de manière très générale par la recherche, justement celle en neurosciences, ce qui pose problème si elles doivent être concrétisées dans des situations thérapeutiques. Nous ne pouvons pas répondre de manière objective et fiable (même les résultats d'un patient en laboratoire qui est connecté par câble à tous les instruments de mesure high-tech seraient seulement approximatifs) à la question „*what happens on the brain level ?*“ en l'état actuel de la recherche et dans les situations cliniques individuelles. Pourtant la réponse à cette question serait d'une importance inestimable, et ceci également pour les thérapeutes intégratifs.

Dans le cadre du travail concret avec des patient(e)s, les thérapeutes peuvent seulement *rapprocher des praxéologies suffisamment* („*good enough*“ de Winnicott) *cohérentes dans leur conception et dans l'intervention*. Ces praxéologies sont fondées sur une base neuroscientifique, empirique-psychologique et sur la recherche en

psychothérapie ainsi que soutenues par des connaissances et méthodes des pratiques obtenues à partir d'une vaste expérience clinique.

Une bonne formation en psychothérapie doit assurer exactement un tel „ mélange“.

Grawe (1998) soutient l'idée de ne pas limiter l'espace des possibilités de la psychothérapie par les écoles de pensée spécifiques, mais d'ouvrir cet espace, de se servir de l'ensemble des connaissances thérapeutiques pertinentes et de les rendre accessibles à tous et à toutes les psychothérapeutes. Ici il rejoint les intentions de la „thérapie intégrative“, qui s'étend toutefois plus amplement à certains égards, en s'adressant plus aux *sciences sociales* pertinentes d'un point de vue clinique (Petzold 1998a, 2004a, 2005a). En outre, la thérapie intégrative s'oriente selon la *psychologie du développement*, de manière plus déterminée (idem 1993c, 1994j) et fait systématiquement appel au fonds *philosophique-anthropologique* (idem 1991a/2003a, volume I), ce qui a conduit à la création d'une „thérapeutique philosophique“ et d'une „philosophie clinique (Petzold 1971, 1991a, 2001m, 2004l)“. Tout ce mouvement repose sur la conviction que des questions sur le „sens“, les „valeurs“ et „l'humanité vécue“ (Petzold, Orth 2004a, b) revêtent une plus haute importance du point de vue de la santé et de la psychothérapie clinique. Ces dimensions ne sont pourtant pas suffisantes sans les connaissances et recherches en psychologie, en neurosciences et en sciences sociales ainsi que sans la recherche empirique en psychothérapie en vue d'une approche thérapeutique clinique, sa formation théorique et sa pratique. C'est pour cette raison que la thérapie intégrative a toujours représenté une *psychothérapie pluriperspectiviste* et une *praxéologie thérapeutique multidimensionnelle*, une „salutogenèse et pathogenèse anthropologique“ caractérisées par les mots-clé „**appartenance et aliénation**“ ainsi qu'une „salutogenèse et pathogenèse clinique“ caractérisées par les mots-clé „**stimulation positive multiple, encourageant le développement et stimulation négative, empêchant le développement**“ (Petzold 1992a/2003a, 462, 846).

Il en résulte ceci:

1. La **thérapie** comporte, de manière incontournable, une **dimension anthropologique**, qui a une pertinence pratique élevée pour la conscience, l'interprétation de Soi, l'identité, „le mode et l'art de vivre“ et la joie de vivre de l'être humain en tant qu'être individuel et communautaire – et par là encore une fois pour la communauté humaine.
2. La **dimension clinique** se situe au **CENTRE** de la **thérapie**. Ses fondements bio-psycho-sociaux et scientifiques-empiriques sont indispensables pour la compréhension de processus thérapeutiques et une pratique scientifiquement étayée et réussie du traitement ainsi que l'encouragement du développement d'individus et de groupes.
3. La **thérapie** doit absolument comporter une **dimension promouvant la santé**. Celle-ci est caractérisée par un fondement en sciences de la santé qui lui fournit les possibilités effectives de prévention et de promotion d'une culture de la santé, afin que les êtres humains puissent développer et cultiver „un mode de vie sain et actif“.
4. La thérapie comporte en outre une **dimension socioculturelle**, puisqu'elle a lieu dans des contextes sociaux, des espaces culturels et des *lifestyle communities*<sup>vii</sup> et car elle doit s'orienter et se mouvoir au sein des systèmes de valeur, de normes et de sens de ces derniers - tout en maintenant une réflexion critique. Elle doit utiliser ces systèmes et devrait éventuellement aussi chercher à les influencer et modifier.

Il s'agit ici clairement d'une conception plus large que celle de Grawe, qui se focalise principalement sur le point deux – qui est aussi le **CENTRE** pour nous. Les influences de la thérapie sociale et de la supervision de l'approche intégrative sont également présentées sous ce point. Ce n'est pas surprenant qu'il y ait de grandes affinités avec l'approche bernoise, en gardant à l'esprit que Petzold ait travaillé en tant que professeur invité au département de Grawe. Il y a des similitudes et des divergences, car le „nouveau paradigme intégratif“ (Petzold 1992g) a une large portée. Néanmoins c'est par là que nous pouvons aussi apprendre les uns des autres! Une présentation différenciée ou une discussion comparative dépasserait toutefois le cadre de cette contribution et ses objectifs. Nous reprenons donc ici uniquement certains points de cette dernière dans les grandes lignes:

Il y a un **consensus** dans la référence fondamentale à la psychologie scientifique en tant que science de base et paradigme central pour tout ce qui concerne la formation de concepts, le développement de méthodes et la pratique. Ces derniers se basent sur une conception diagnostique et clinique ainsi que sur la recherche empirique en psychothérapie - considérée comme indispensable - (Baumann 1999) et sur la recherche scientifique de la psychologie clinique (Wilken, Kemmler 1999). Ceci est dans le but d'atteindre le label „best practice“ dans le cadre du paradigme nomothétique – avec un concept scientifique soumis à une réflexion critique et étant adapté à la psychothérapie (Dobson, Craig 1998 ; Lambert, Ogles 2004 ; Lutz, Grawe 2001 ; Mace et al. 2000 ; Steffan, Petzold 2001 ; Petzold, Märten 1999 ; Sieper, Petzold 2001).

Les **différences** résident:

- dans l'intégration de méthodes qualitatives et herméneutiques et une réflexion méta-critique plus importante à propos de la recherche (*Kritz* 1999, 2002, 2003),
- dans la focalisation particulière et plus importante de la psychologie sociale et du développement à travers le lifespan (*Petzold* 1993c, 1994j, 2004a, 2005a),
- dans l'intégration plus forte de mesures socio-thérapeutiques dans les processus thérapeutiques par la thérapie intégrative (idem 1997c; *Petzold, Petzold* 1993a, par exemple la thérapie familiale et de réseau, *Hass, Petzold* 1999). Ceci est entre autre possible grâce aux groupes cibles spécifiques telle que la thérapie pour enfants (*Metzmacher, Petzold, Zäpfel* 1995) et la géronto-thérapie (*Petzold* 1985a, 2005a) ainsi que grâce aux troubles particuliers tels les troubles des addictions (*Petzold* 1974b; *Petzold, Schay, Ebert* 2004).

Il y a également un **consensus** par rapport à la référence fondamentale et indispensable aux neurosciences, à la neurobiologie, à la neuropsychologie et à la neurobiologie du développement, en référence évidente aux mêmes auteurs déterminants - *Kandel, Damasio, LeDoux, Davidson, Merzenich* etc. Il y a toutefois aussi des choix et des pondérations différents par rapport à certains auteurs (*Grawe* 2004; *Petzold* 2003a, 1051-1092, 2004j, h).

Les **différences** résident:

- dans l'intégration de l'école de neuropsychologie et de neurophysiologie russe (*Ukhtomskij, Lurija, Bernstein, Anokhin*) par la thérapie intégrative,
- dans l'intégration de la psychomotricité, de la neuromotricité, de la neuromotricité du développement et de leurs modèles (*Berthoz* 2000 ; *Klaverboer* et al. 1993, 1999 ; *Kelso* 1995 ; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994 ; *Salvesbergh* 1993 ; *Thelen, Smith* 1994) et de méthodes de thérapie corporelle, de kinésithérapie et de thérapie sportive avec le concept du „corps informé“, dans l'application pratique (*Petzold* 1988n, 2004j ; *van der Mei, Petzold, Boscher* 1997 ; *Petzold, Bloem, Moget* 2003),
- dans l'intégration de modèles de la biologie de l'évolution et de la psychologie (*Buss* 1999 ; *Kennair* 2004 ; *Mysterud* 2003 ; *Singer* 2003 ; *Petzold, Orth* 2004b)

Les **différences** résident en outre:

- dans l'argumentation épistémologique et anthropologique conséquente et non-réductionniste de la thérapie intégrative, son attribution de significations à des concepts anthropologiques et philosophiques tels que le „sens“, les „valeurs“, „l'expérience esthétique“ dans le domaine de la santé, la maladie, le bien-être, débouchant sur le développement d'instruments supplémentaires d'une „thérapeutique philosophique“ (*Petzold* 2001m),
- dans une position décidée et critique à l'égard de la société, en politique de la santé et en théorie de la justice (*Bourdieu* 1997 ; 1998 ; *Petzold* 1994c, 1996j ; 2003d),
- dans le recours praxéologique à des approches thérapeutiques créatives et au travail avec des „médiats créatifs“ inauguré par la thérapie intégrative (*Petzold, Orth* 1985a ; 1990a ; *Orth, Petzold* 1993 ; *Petzold, Sieper* 1993).

Nous n'irons pas plus loin ici. Le nouveau livre „Neuropsychothérapie“ de *Grawe* présente des instigations essentielles, des idées très utiles, des réflexions similaires et suscite tout notre consentement. Il y a aussi des désaccords en ce qui concerne certains détails, par exemple dans la discussion des experts autour de la question différenciée de l'atrophie des structures préfrontales et hippocampales comme étant causée par le cortisol (cf. *Yehuda* 1997, 2001) ou dans la discussion sur les „besoins fondamentaux“ comme étant déficitaires en biologie de l'évolution et en psychologie etc. Ceci nécessite une discussion approfondie, qui apportera - nous espérons - conjointement avec la discussion ayant lieu dans cette œuvre, d'autres clarifications à la „communauté scientifique“. En tout état de cause, cette œuvre-ci est une œuvre fondatrice dans le cadre de la formation de thérapeutes intégratifs.

## 7.2 Les facteurs d'influence en tant que qualités expérientielles – une base pour les modalités de traitement

Dans ce contexte nous allons brièvement aborder la conception des facteurs d'influence et d'heuristique de *Grawe* (mentionnée ci-dessus), que ce dernier a davantage différencié et cherché à fonder scientifiquement dans sa nouvelle œuvre. D'après le point de vue intégratif, ses quatre „facteurs“ ont une grande étendue et rejoignent plusieurs autres conceptions faisant partie de notre approche. Les deux approches ne s'excluent pourtant pas. En ce

qui concerne les facteurs de *Grawe*, nous parlerions plutôt de „méso-heuristiques“, de „stratégies de processus efficaces“ (en thérapie intégrative nous les nommons aussi des „VOIES“ à prendre, en soulignant le caractère processuel de manière métaphorique). En fin de compte, il ne s'agit pas ici de différences terminologiques. Les facteurs/stratégies élaborés par *Grawe* ont été extraits des résultats soulevés de la recherche en psychothérapie. Il faut souligner qu'il s'agit là de *formations de synthèse interprétatives* de l'équipe bernoise, qui pourraient faire objet d'un débat (et ceci n'a pas suffisamment eu lieu dans le monde professionnel). Nous pourrions toujours encore trouver d'autres „facteurs/stratégies“. Mais il y a une cohérence tout à fait convaincante de cette heuristique, raison pour laquelle elle a été bien acceptée et ceci à juste titre. Chaque approche psychothérapeutique doit donc se poser la question de savoir si ces facteurs/stratégies sont appliqués dans sa propre praxéologie et si elle peut partager leur déduction théorique à partir de la psychologie, la recherche en psychothérapie et des neurosciences, de manière générale. (Car : des appropriations bien adaptées de ces facteurs par des écoles psychanalytiques, humanistes et aussi cognitivo-comportementales selon la devise „Nous faisons cela depuis longtemps!“ sans se soucier de s'approprier le fonds empirique et conceptuel, cela est insuffisant, comme le souligne *Grawe* (2004, 441f) à juste titre. La formation de concept propre à une école doit donc être analysée de manière comparative, en vue d'une connectivité suffisante et afin de justifier d'éventuelles divergences).

Dans une micro-perspective, l'approche intégrative tient compte de multiples facteurs d'influence plus fins - nous parlons de „micro-heuristiques“ - qui s'appliquent dans le cadre des traitements. Dans le cadre de l'élaboration des 14 facteurs d'influence (voir page suivante et *Petzold* 1993p) entre 1988 et 1993, nous nous sommes appuyés sur cinq sources :

1. Nous avons cherché des facteurs dans le cadre d'une revue de la *littérature en recherche empirique sur la psychothérapie*, qui a été décrite comme transformatrice, qu'il s'agisse d'indications individuelles au sein des études ou d'un recensement de facteurs d'influence divers. L'hétérogénéité de telles listes de facteurs, établies par des auteurs différents (*Crits-Christoph, Durlak, Emmelkamp, Frank, Garfield, Grawe, Huf, Lazarus, Kanfer, Karasu, Reinecker, Strupp, Verres, Yalom* etc.) a laissé apparaître à quel point des paramètres d'évaluation subjectifs et des hypothèses théoriques déterminent la sélection et la désignation de tels facteurs. En outre, des facteurs d'échec n'ont qu'à peine été désignés (exceptions : *Emmelkamp, Strupp*, ce qui nous a amené à notre livre sur les dommages en psychothérapie („Therapieschäden“, *Märtens, Petzold* 2002). Ces deux points faibles demeurent jusqu'à présent dans l'ensemble de la littérature sur les facteurs d'influence et il s'agit de noter cela d'un point de vue critique.
2. Nous avons parcouru les publications des casuistiques thérapeutiques et des rapports de traitement dans l'ensemble de la littérature clinique-praxéologique (classés d'après la fréquence : thérapie comportementale, psychodynamique, gestaltiste, discursive, psychodramatique, systémique, créative et artistique) – et ceci de manière *conceptuelle* et *analytique* en cherchant les désignations d'événements attribués à un succès thérapeutique, par les thérapeutes ou - rapporté par ces derniers - par les patient(e)s. (Il était encore une fois frappant qu'il n'y ait pratiquement pas d'accès à des rapports d'échec, ce qui renvoie à nouveau à la problématique du concept des facteurs d'influence).
3. Nous avons examiné des casuistiques et des protocoles des séances thérapeutiques [1982-1992], qui devaient être établis dans le cadre des formations au FPI (Fritz-Perls-Institut) et qui n'avaient pas encore à l'époque leur forme standardisée actuelle (*Orth, Petzold* 2004, 328ff.), selon des facteurs comportant des qualités *protectrices, soutenantes* et *confrontatives* ainsi que selon des interventions dysfonctionnelles.
4. Dans le cadre d'entretiens brefs qualitatifs et pendant la phase finale de thérapies ou après l'achèvement d'une thérapie, nous avons questionné des patient(e)s [n=27] avec une symptomatologie principalement dépressive et une comorbidité anxieuse élevée. Cette dernière étant fréquente (cf. *Aloy et al.* 1990), nous avons désigné la dépression comme étant un „trouble anxieux en burnout“. Nous leur avons demandé ce qu'ils ou elles considéraient comme étant bénéfique ou pas dans leurs thérapies (*Petzold* 1993e). Pour ce qui était des facteurs évalués comme n'étant „pas bénéfiques“, nous trouvions de manière générale une inversion des facteurs vécus comme étant „bénéfiques“ : une absence de soutien à la place d'un bon soutien, une absence de valorisation à la place d'une transmission d'une expérience d'estime de soi, une absence d'encouragement à la place d'un encouragement reçu, de l'incompréhension à la place de la compréhension, une absence de réconfort à la place d'un réconfort donné, une „abstinence“ en retrait à la place d'une attitude empathique et bienveillante, une attitude de laisser-aller à la place d'une activation, une critique négative à la place d'une critique „constructive“. Le ton ironique/le sarcasme/la provocation, contrairement à la „confrontation constructive“ et „le défi encourageant“, ont été évalués par les patient(e)s comme étant négatifs à tous points de vue. Où que des stratégies „d'**expérience alternative**“ (troisième voie, activités quotidiennes, activations d'expériences) aient été utilisées, ces dernières ont été vécues comme étant soutenantes et encourageantes. (Des expériences dépressives ont ainsi apparemment été empêchées et des expériences alternatives ont été mises en place).
5. Nous avons parcouru la littérature sur la psychologie du développement longitudinal en cherchant des facteurs de protection, des facteurs de risque et des facteurs de résilience (*Petzold, Gaffin, Oudhoff* 1993, *Petzold, Müller* 2004c).

Tout ce matériel a été intégré dans l'heuristique des „14 facteurs d'influence“, tout en n'étant pas capable de procéder à une pondération fondée en raison de l'hétérogénéité des sources et de la diversité de documents des approches thérapeutiques spécifiques (seulement les 7 premiers facteurs ont été classés selon la fréquence et la pondération).

### Les „14 facteurs d'influence“ en thérapie intégrative (d'après Petzold 1993p, 2002b)

1. compréhension empathique [protectrice], empathie [soutenant] (**CE**), *empathic understanding, empathy*
2. acceptation émotionnelle [protectrice], et soutien [soutenant] (**AE**), *emotional acceptance and support*
3. soutien en vue de la maîtrise de la vie pratique et réelle [soutenant, confrontant] (**MV**), *help with reality oriented, practical dealing with life*
4. encouragement de l'expression émotionnelle et de la capacité de décision volitive [soutenant, confrontant] (**EE**), *fostering emotional expression and volitional power of decision*
5. encouragement de l'insight<sup>29</sup> [soutenant, confrontant], de l'expérience du sens et de l'expérience d'évidence vitale (**EV**), *fostering insight, experiences of meaning and vital evidence*
6. encouragement des compétences communicatives et de la capacité relationnelle [protecteur, soutenant, confrontant] (**CR**), *fostering communicative competence and affiliative abilities*
7. encouragement de la conscience corporelle, de l'autorégulation et de la détente psychophysiologique (**CC**), *fostering bodily awareness/consciousness, selfregulation and psychphysiological relaxation*
8. encouragement des possibilités et des processus d'apprentissage ainsi que des intérêts (**PA**), *fostering learning abilities, learning processes and interests*
9. encouragement des possibilités d'expérience créative et de forces créatrices (**EC**), *fostering possibilities of creative experiences and the power to create*
10. élaboration de perspectives d'avenir et d'horizons d'attentes positifs (**AP**), *working on positive future perspectives and horizons of expectations*
11. encouragement de valeurs personnelles positives et consolidation de la dimension existentielle (**VP**), *fostering positive personal values, consolidating existential dimensions*
12. encouragement d'une perception de Soi et de son identité cohérente ainsi que d'émotions et de cognitions autoréférentielles positives, c'est-à-dire de „souveraineté personnelle“ (**IP**), *fostering a consistent Self-and Identity perception and positive selfreferential feelings and cognitions*
13. encouragement de réseaux sociaux solides (**RS**), *fostering supportive social networks*
14. La mise en place d'expériences de solidarité et de 'empowerment' [soutenant, confrontant, protecteur] (**SE**), *providing empowerment and experiences of solidarity – (Petzold 1993p)*

Cette heuristique est enseignée dans le cadre de la formation en thérapie intégrative depuis 1993 et utilisée dans la documentation des rapports de traitement (Orth, Petzold 2004, 328 et les rapports de traitement publiés à titre exemplaire dans Petzold, Schay, Ebert 2004 et Petzold, Schay, Scheiblich 2005). Les 14 facteurs d'influence ont également été évalués en 1995 dans le cadre d'une enquête par questionnaire portant sur „les champs d'activité et les conditions de travail des thérapeutes intégratifs“ (Märtens, Merten, Petzold 1998), avec un ensemble de questionnaires spécifique (n=83, Brummund, Märtens 1998). Le retour relativement faible de ces questionnaires (12%) dans l'ensemble de l'enquête a montré que le modèle n'était pas encore très fortement mis en place dans le cadre de la formation – et seule la lecture n'est pas suffisante pour les praticien(ne)s peu réceptifs à la littérature scientifique (à l'époque – il en est autrement aujourd'hui?) (Grawe 1992). Les facteurs ont été publiés en 1993 et enseignés depuis, l'enquête fût passée en 1995. Brummund et Märtens (1998) ont pu démontrer plusieurs résultats importants, par exemple la dépendance des évaluations de la profession de base, de la formation thérapeutique (et préformation, auprès de personnes ayant deux formations thérapeutiques ou plus), de l'âge et du contexte de travail. Parmi les **facteurs les plus importants** se trouvaient dans l'analyse de l'époque le facteur **3 MV** (valeur moyenne M = 3,95, écart-type ET = 3,38), le facteur **6 CR** (M = 5,20, ET = 3,07) et le facteur **1 CE** (M = 5,47, ET = 4,23, relativement grand). Parmi les facteurs les moins importants se trouvaient le facteur **8 PA** (M = 11,04, ET = 2,89), le facteur **14 SE** (M = 9,69, ET = 3,38) et le facteur **9 EC** (M = 9,39, ET = 3,33). Ces évaluations ont été contraires aux nôtres qui s'étaient appuyées sur la revue de la littérature, mais aussi sur le sondage auprès des patient(e)s (4).

Il est frappant que „l'encouragement des possibilités d'apprentissage“ **PA** ait eu une évaluation si basse, bien que „rien ne va“ sans apprentissage (Sieper, Petzold 2002). Ceci laisse supposer une compréhension théorique insuffisante des thérapeutes en ce qui concerne leurs modèles explicatifs de processus thérapeutiques et donc éventuellement une insuffisance dans la formation en ce qui concerne la transmission de la „théorie

<sup>29</sup> L'insight peut être traduit par la capacité à s'interroger sur Soi par l'introspection ou la réflexion.

d'apprentissage complexe“ de l'approche intégrative (Petzold 1974k, 309ff, Petzold, Sieper 2002).

Il conviendrait d'examiner dans tous ces facteurs d'influence selon ce qui est évalué comme étant prioritaire d'après les thérapeutes et ce qui est évalué comme étant prioritaire d'après les patient(e)s. Dans nos enquêtes thérapeutiques (Petzold, Hass et al. 2000, Steffan 2002), la déclaration des patient(e)s par exemple que „la valorisation vécue“ dans la relation avec leurs thérapeutes figurait pour eux au premier rang, nous a impressionné. Ceci ne correspondait toutefois pas à une *réduction des symptômes*, mais était en corrélation avec une amélioration de la *qualité de vie*. La *santé* et le *bien-être* - ce dernier ayant des répercussions positives sur la santé - sont des paramètres importants, qui sont hautement valorisés dans notre pratique et dans nos recherches et dont l'importance est seulement entrée en vue depuis peu (Kahnemann et al. 1999).

Ce qui „fonctionne“ en ce qui concerne les facteurs de guérison ou d'influence ne peut donc pas être déterminé de façon monocausale et dépend de conditions diverses: *le trouble en question* (lors de troubles psychosomatiques, le facteur **7 CC** devient important), *l'âge* (chez les adolescents, le facteur **12 IP** devient important ; chez des personnes âgées, le facteur **13 RS** devient important), *la situation de vie* (si elle est précaire, comme fréquemment chez les personnes souffrant d'addictions, le facteur **3 MV** devient important). „L'art“ des thérapeutes réside dans la combinaison adéquate des facteurs, sur la base d'une „*réflexion systématique et théorique*“ du processus et du contexte reliée à une „*intuition entraînée*“ au contact avec les patient(e)s. La formation doit transmettre ces deux aspects en théorie et en méthodologie ainsi qu'en expérience de Soi et en supervision. Alors même que les facteurs 1-7 sont particulièrement importants, le succès thérapeutique peut être déterminé par „la combinaison“ de facteurs apparemment moins importants. Il est fondamental qu'un savoir en rapport avec ces facteurs et leur signification, acquis dans la formation, permette une utilisation plus consciente et plus ciblée de ces derniers. Les „journaux des traitements“ ont une signification importante en ce qui concerne l'appropriation des *compétences* et des *performances* en vue de la maîtrise des processus et de l'encouragement de la guérison, car ils obligent les candidat(e)s à une réflexion structurelle sur les processus de traitement à l'aide d'une documentation extensive – accompagnée si possible d'une supervision.

Les 14 facteurs d'influence sont essentiellement des comportements positifs et par là des **qualités expérientielles**. Ils sont comme des „nutriments“ que nous rencontrons également dans des bonnes affiliations (Petzold, Müller 2005) et dans des relations humaines quotidiennes qui sont enrichissantes, dans lesquelles ils devraient également être „cultivés“ (Märtens, Petzold 1998). Ils offrent ainsi en même temps les ingrédients nécessaires pour des **modalités de traitement** effectives et peuvent être attribués de diverses manières aux facteurs/stratégies de Grawe, même s'ils donnent un accès quelque peu différent à la pratique. De cette manière, les deux approches peuvent se compléter. Elles ne s'excluent aucunement, et c'est ce qui est essentiel.

Les **14** facteurs d'influence en thérapie intégrative n'importent pas seulement en vue des processus thérapeutiques orientés vers la guérison. Ce sont aussi des éléments comportementaux constitutifs d'une vie quotidienne positive et donc des **qualités expérientielles** encourageant la santé, le bien-être et le développement. Ces dernières sont explicitées aux patient(e)s sous forme d'information psychoéducatrice et d'expérience concrète en tant que **modalités de traitement**. Ceci est fait dans le but d'intégrer ces facteurs également dans le contexte de vie quotidienne des patient(e)s et de les chercher, soigner et développer.

Ces 14 facteurs s'appliquent de la même manière dans le cadre de la formation en psychothérapie et peuvent être utilisés par les candidat(e)s dans leur vie quotidienne et professionnelle, s'ils les intègrent consciemment dans leurs relations sociales.

Les 14 facteurs sont mis en place, combinés de manières différentes, ces combinaisons étant aussi liées à la spécificité du trouble (Petzold 2002b) et adaptées à la condition socio-affective des patient(e)s et à leur „contexte de vie“ (idem 2000h). Ces adaptations se manifestent dans le procédé praxéologique, ceci dit la méthode de traitement, et notamment dans les stratégies de traitement de niveau micro et méso. C'est ainsi que la thérapie intégrative s'est depuis toujours définie en tant qu'approche „multimodale“ (Petzold 1974j, 304, diagramme III), indépendamment de A.Lazarus (Sieper 2001). Les **modalités** suivantes de la pratique thérapeutique ont été développées dans la thérapie intégrative et approfondies par les avancées de la connaissance clinique et de la recherche en psychologie clinique et en psychothérapie. Elles doivent être adaptées à la situation respective des patient(e)s, leur contexte de vie et leur trouble spécifique, afin d'en assurer la mise en place optimale. Les modalités suivantes sont introduites :

### **„ La multimodalité “ : Les modalités de la thérapie intégrative**

1. **1. La modalité fonctionnelle centrée sur l'exercice**, *exercise centered functional modality*: dans ce genre d'approche un fonctionnement sain de l'organisme est promu – au moyen d'exercices et d'un entraînement systématiques, p.ex. par des formes de thérapie par la course/*running therapy*

empiriquement évaluées (*van der Mei, Petzold, Bosscher 1997*) ou d'autres formes de thérapie sportive justifiées de manière neuromotrice (*Petzold, Bloem, Moget 2003, Bloem, Moget, Petzold 2003*), des exercices de pleine conscience („awareness“) et d'orientation, l'entraînement d'assertivité ou par l'entraînement de rôles et d'autres „stratégies comportementales“ (*Sieper, Petzold 2002*).

2. **La modalité centrée sur la stimulation expérimentielle agogique, *experience centered stimulating (psychoeducational) modality***: dans ce genre d'approche sont implémentées des méthodes encourageant la créativité, ainsi que des médias créatifs afin d'encourager le potentiel multisensoriel et multiexpressif des patient(e)s, de mobiliser leurs ressources et des facteurs protecteurs, de mettre à leur disposition des „expériences alternatives“ et des „qualités salutogènes“ au niveau cognitif, émotionnel, volitif et comportemental, et ce à travers le jeu de rôle, des exercices d'imagination, des méthodes gestaltistes, des programmes pédagogiques expérimentiels etc. (*Petzold, Orth 1990a*).
3. **La modalité centrée sur le conflit et sur le trouble spécifique, *conflict centered and disorder specific modality*** : dans ce genre d'approche les entités psychopathologiques sont traitées à l'aide de méthodes orientées sur le processus et spécifiques aux troubles en question. Les difficultés et conflits conscients liés à ces derniers sont clarifiés et les conflits inconscients sont dévoilés et transformés. Les symptômes des troubles, les problèmes psychodynamiques et les conflits actuellement pertinents peuvent ainsi être abordés de manière ciblée. Ceci permet en outre de faire recours aux méthodes de la thérapie intégrative focale, de counseling en cas de conflits, de psychothérapie gestaltiste et de „psychanalyse active“ (*Petzold 1993b, 2003a, 395ff*).
4. **La modalité soutenante, de counseling sociothérapeutique, *supportive, sociotherapeutic/counseling-oriented modality*** : dans ce genre d'approche les problèmes psychosociaux sont éclairés et leur potentiel de nuisance est estimé afin de prévoir et d'entreprendre ensuite des mesures d'aide et de soutien, au moyen de méthodes de counseling intégratif et de la sociothérapie, p.ex. la gestion de cas („case management“) ciblée.
5. **La modalité orientée sur le réseau et la situation de vie, *network- and life situation oriented modality***: ce genre d'approche vise à trouver et à utiliser, ensemble avec le patient, des ressources et potentiels relatifs à sa situation de vie et à son réseau social, ainsi que de se servir d'autres sources de „soutien social“ et de possibilités d'aide psychosociale. Ce genre de mesures „sociothérapeutiques“ (*idem 1997c*) orientées sur les ressources (*idem 1997p*), ont souvent une signification déterminante en faveur du succès thérapeutique et doivent être considérées dans la planification et l'élaboration d'un curriculum-cadre thérapeutique (*Hass, Petzold 1999*).
6. **La modalité soutenue par la médication, *medication supported modality***: pour certains troubles et pathologies spécifiques, p.ex. les dépressions majeures, un traitement soutenu par la médication est inévitable (*Hüther, Rüter 2003*) et indiqué en tant que **traitement combiné**, avec les modalités 1, 3, 4 et 5.

La **thérapie intégrative** voit le traitement des *troubles complexes* et les conditions de vie - souvent compliquées et précaires - qui les accompagnent ainsi que les devoirs thérapeutiques qui y sont liés, comme un ensemble de mesures à coordonner et à appliquer de manière concertée. Elles ont pour objectif de supprimer les symptômes ou de les réduire, afin d'arriver à une optimisation des systèmes régulateurs des patient(e)s et de contribuer à la résolution de problèmes psychosociaux. Ceci va souvent de pair avec un changement indispensable du **“style de vie”**. Une telle perspective globale, telle qu'elle doit être entreprise lorsqu'il s'agit de troubles d'addictions ou de graves troubles de la personnalité, requiert la mise en œuvre de plusieurs modalités et en règle générale : des mesures de counseling et sociothérapeutiques pour le soutien de la situation de vie (modalité 4), où la famille et les amis faisant partie du réseau social, sont activés en tant que ressources, autant que possible (modalité 5). Ceci permet que le traitement de problèmes et de conflits ainsi que de troubles spécifiques ayant trait à la pathologie (modalité 3), prenne place dans un contexte suffisamment stable qui peut encore, selon l'indication correspondante, se rapporter au traitement médicamenteux en tant que soutien supplémentaire (modalité 6). Lors d'un mauvais état général, qui est souvent présent, les mesures de thérapie sportive (modalité 1), sont de grande valeur. Elles contribuent autant que la modalité 2, non seulement à des changements de style de vie souvent indispensables, mais elles ont également des effets immédiats sur l'état psychique et sur la régulation psychophysiological des patient(e)s. La **monomodalité** des formes de psychothérapie classiques est, selon nous, un énorme désavantage pour le succès des traitements. Les sociothérapeutes sont souvent plus flexibles et plus mobiles à ce sujet. La plupart du temps, l'argument cité par les psychothérapeutes proposant une thérapie verbale et travaillant dans leurs cabinets, contre ce genre de „prises de mesures thérapeutiques concertées“ est qu'il s'agit d'une „polypragmasie“ sans objectif. Nous nous empêtrerions évidemment si nous travaillions effectivement de manière arbitraire et sans objectif et non pas dans le contexte d'un „curriculum thérapeutique“ avec des objectifs clairement posés (*Petzold 1988n, 202; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*). Un autre argument est que nous sommes alors *seulement* un „gestionnaire de cas“. Pourquoi *“seulement”*? Et qu'est-ce qu'on peut dire contre une

bonne „gestion de cas“? Beaucoup de patient(e)s pourraient recevoir une meilleure aide, si leurs thérapeutes s'occupaient aussi de ce devoir de manière plus intense. Il faudrait alors seulement se déplacer de son siège de temps en temps. Le troisième argument souvent introduit accentue la fonction centrale de l'„alliance thérapeutique“, qui serait l'ingrédient le plus important d'une thérapie ayant des effets transformateurs et qui serait empêché par un tel activisme thérapeutique. Il n'y a aucun doute quant à l'importance de „l'alliance thérapeutique“. L'approche intégrative a apporté des contributions importantes à ce sujet (Petzold 1990g, 1996k). Sans une relation thérapeutique stable caractérisée par un bon ajustement mutuel, la réalisation de „ensemble de mesures“ ne serait, selon nous, même pas possible. Certaines choses doivent alors être construites et défaites, endurées et acquises dans une „négociation permanente des limites“, telle que caractéristique des bonnes relations, un bon travail d'éducation et une bonne thérapie. La relation thérapeutique, dans laquelle des *tâches concrètes* sont prises en main et réalisées, et qui, le cas échéant, traite des „anciennes narrations“ biographiques, des transferts et des schémas dysfonctionnels émergeant de ces processus, donnant lieu à des prises de conscience et guidant vers des changements, comporte pour toutes ces raisons une dimension réelle extraordinairement salutaire et encourageant l'estime de soi. Dans des thérapies uniquement centrées sur le transfert et sur un travail biographique, la partie majeure du potentiel de transformation des „relations thérapeutiques caractérisées par une affiliation positive et intense“, qui devrait être utilisé d'urgence en faveur de changements du style de vie, d'attitude et de comportement, est simplement gaspillée. Trop peu de tâches vitales et développementales sont notamment abordées de manière *concrète* et réalisées de sorte à contribuer à la constitution de l'auto-efficacité, de l'estime de soi et de la souveraineté.

Les **modalités**, dans leurs différentes combinaisons, sont des outils méthodiques de travail thérapeutique et sont mises en œuvre dans des processus thérapeutiques à moyen ou long terme dans le cadre de „méso-heuristiques“, telles les „quatre voies de guérison et d'encouragement“, que nous allons brièvement aborder.

### 7.3 Les „Quatre VOIES de guérison et d'encouragement“ - le plan d'itinéraire de l'ensemble d'un processus thérapeutique

Les formes d'intervention avec une étendue et profondeur d'action limitées (*micro-heuristiques*) tels les 14 facteurs d'influence orientés sur le processus, dans le cadre des *modalités* du travail thérapeutique, sont aussi appliquées dans les „quatre voies de guérison et d'encouragement“. Ces dernières peuvent être vues en tant que „stratégies cliniques heuristiques“, mais aussi en tant que „maximes en vue d'une vie saine“, à un „niveau méso de l'intervention“ (*méso-heuristiques*). Elles ne sont pas uniquement centrées sur des comportements et attitudes singuliers, mais aussi sur „le corps-sujet individuel dans un contexte/continuum“, c'est-à-dire „mind embodied and embedded“ (Petzold 2004l; Petzold, Orth 2004b), en tant que „corps informé“ (2002j/2003a, 1051-192), sur cet „être humain“, système ultracomplexe, traitant des informations, dans sa totalité et dans ses différents domaines. Celui-ci se développe et se réalise à travers des processus d'„apprentissage complexe“ (voir plus haut et Sieper, Petzold 2002), et par des „mentalizations“<sup>viii</sup> ainsi que des actes d'„organisation du monde“<sup>ix</sup> au niveau individuel en tant que personne et sujet dans son **hominité**<sup>x</sup> et au niveau collectif en tant que communauté d'êtres humains dans leur **humanité**. Dès les débuts de la thérapie intégrative il fût exposé :

*„L'être humain est un système vivant, caractérisé par une identité personnelle à travers laquelle il entre en relation avec d'autres systèmes. À leur tour, ces relations, tout comme les déroulements dans la structure interne du système, sont gouvernées par le sens en tant que catégorie ultime...un système individuel, s'autorégulant dans un enlacement de relations environnantes, qui reçoit son identité dans la rencontre avec les systèmes environnants“ (Petzold 1974j, 296f).*

Les „quatre voies de guérison et d'encouragement“ sont finalement des „stratégies développementales“, qui aident à structurer une vie déterminée par le sens. Pour cette raison, elles sont aussi susceptibles de déployer des effets soignants et encourageants chez les gens atteints de troubles, de maladies psychiques et somatoformes ou de problèmes psychosociaux graves.

Comme pour les „14 facteurs de guérison“, il en va de même pour ce qui concerne les „quatre voies“ ou aussi les quatre ou plutôt cinq „heuristiques de Grawe“ (Grawe 2005) :

Des facteurs ou heuristiques singuliers ne donnent place à aucun processus et des processus partiels ne donnent pas encore lieu à „l'ensemble du processus thérapeutique“.

Une (psycho)thérapie, en outre – et ceci ne devrait pas être oublié – n'est pas la vie d'un être humain, et heureusement n'est généralement pas le domaine central de son chemin de vie actuel, mais un domaine partiel. S'il en est une fois autrement en raison de la gravité de la maladie ou des problèmes, alors l'objectif central est justement de changer cette situation – aussi rapidement que possible.

*La thérapie est un événement processuel interactif accompagnant l'être humain tout au long de son parcours de vie, composée de couches multiples, se déroulant de manière discontinue et à des intensités et des interventions variables en profondeur et en étendue. À ce dernier participent le thérapeute (ou le cas échéant, des thérapeutes,*

*une équipe soignante, un groupe thérapeutique), le patient/la patiente et les personnes importantes de son réseau/convoi social. Nous agissons de manière partenariale, selon les règles du „consentement libre et éclairé“, dans le but d'influencer des troubles à valeur pathologique, basés sur un diagnostic professionnel compétent, et des problèmes psychosociaux de manière coopérative et de façon à ce qu'ils puissent être mis de côté de manière durable ou du moins améliorés. Ces derniers mettent à mal le déroulement de la vie dans son ensemble – atteignant en règle générale la totalité du système de la personne atteinte dans ses dimensions somatiques, psychiques, mentales et sociales ainsi que dans ses processus régulateurs. Cette influence se fait par l'application de stratégies, méthodes et techniques de traitement scientifiquement fondées et si possible appuyées par des recherches, qui cherchent à influencer positivement les domaines troublés et lésés. Des mesures singulières nécessaires doivent toujours être mises en place ayant l'ensemble de l'événement en vue et être appréhendées et approuvées par toutes les parties prenantes faisant partie de ce cadre.*

Nous avons observé à l'époque, concernant le *problème de la diversité*, voire de la multiplicité des éléments impliqués dans des processus, ne pouvant point être appréhendé dans sa totalité, que sous certaines conditions, émergeaient des entités supérieures à partir de connexions d'éléments multiples. Afin d'expliquer ces structures d'ordre apparemment „émergentes“, nous avons présumé à l'époque le „**principe de la synopse**“ et le „**principe de la synergie**“ (Petzold 1974, 303f), suivant la présomption *aristotélicienne* puis *goethéenne* et finalement *gestaltiste*. Cette présomption suggère que la totalité de ce qui est perçu de manière *synoptique* et la totalité des effets mis en œuvre par l'action constituent *synergetiquement* „[plus et] quelque chose d'autre que la somme de leurs éléments séparés“. Les deux principes démontrent leur utilité dans la pratique en thérapie et non moins en supervision, qui est particulièrement confrontée au problème de la complexité. Ceci n'est évidemment pas une explication, mais plutôt, comme le „théorème de l'émergence“ (Petzold 1998a; Krohn, Küppers 1992), auquel nous nous référons par la suite, seulement un modèle de représentation élégant pour un événement ayant lieu de manière évidente. Ceci dit, la complexité s'ordonne selon des processus *non-linéaires d'auto-organisation*, qui ne sont pas complètement prévisibles, si ce n'est en termes de probabilités - tels les modèles modernes et thérapeutiquement pertinents de la théorie des systèmes non-linéaire (Haken 1996; Kelso 1995; Thelen, Smith 1994), tels que nous les utilisons aussi dans la recherche neuromotrice (Beek 1989; Daffertshofer et al. 2000; Frank et al. 2000) (il ne s'agit donc pas des modèles systémiques provenant de la thérapie de famille „systémique“ traditionnelle).

Lorsque seront évoquées „les quatre voies“ par la suite, ces dernières seront alors à voir comme des lignes directrices de la **totalité d'un processus** toujours accentuées et combinées de manières différentes - tout à fait comme requis par le diagnostic processuel et le contexte de vie du patient, mais aussi selon ce que permettent les „viations“ dynamiques, c'est-à-dire les conditions spécifiques du parcours de vie du patient, ainsi que celles du thérapeute (Petzold 1988n, 282f; 2003a, 492f).

Nous ne devrions pas penser que la situation de vie des thérapeutes (le parentage, les charges familiales et professionnelles etc.) sont sans influence sur le processus thérapeutique. Ce processus, dans sa totalité, rend possibles des expériences „d'évidence vitale“ (ibid. 694).

Avec le „**système tétradique**“ (Petzold 1974j, 313), nous avons déjà mis à disposition très tôt un modèle intégratif et différentiel pour un tel **processus d'ensemble**, rassemblant les facteurs importants, plus tard précisés en tant que les „14 facteurs de guérison“ et les stratégies des „quatre voies“, dans un *modèle non-linéaire* (donc pas un modèle par phases à comprendre *linéairement*). Les „phases initiale, d'action, d'intégration et de réorientation“ sont considérées en tant que schéma heuristique, qui permet d'identifier et de structurer les mouvements dynamiques au cours des processus, ayant par là une fonction intégrante. Sans une telle méthodologie de l'ensemble du processus, les „facteurs“ et les „stratégies“ restent fragmentés. Ceci est valable, de manière tout à fait semblable, pour les heuristiques de Grawe, lorsqu'implémentées dans des processus thérapeutiques réels. Beaucoup d'aspects de ces heuristiques se laissent assigner aux „quatre voies“ en tant que stratégies de la thérapie intégrative et implanter dans le processus tétradique, toutefois pas dans une traduction un-à-un - car les développements des deux approches ont suivi des voies trop différentes.

*Ce qui nous apparaît toutefois important est le fait que, lors d'une observation exacte, les quatre facteurs d'influence/heuristiques, condensés par Grawe (1998), se retrouvent dans l'ensemble des quatre VOIES, et que beaucoup sinon tous les 14 facteurs de guérison de la thérapie intégrative, mais aussi les maximes de ses „quatre VOIES de guérison et d'encouragement“, se laissent retrouver dans les quatre ou respectivement cinq facteurs d'influence/heuristiques de Grawe ainsi que dans ses nouvelles „règles directrices pour le processus thérapeutique“ (Grawe 2004, 433ff.). Ces „règles directrices“ sont des „données pragmatiques“ très utiles pour les thérapeutes qui, afin d'obtenir des connaissances psychologiques de base, s'appuient sur la recherche psychothérapeutique et sur l'évaluation de Grawe des connaissances neurobiologiques pour la psychothérapie (il y a ici aussi d'autres possibilités d'accentuation, cf. Schipek 2003; Hüther, Rüter 2003). Toutefois seule une part de ces „règles pragmatiques“ est appuyée par la recherche jusqu'à présent. Lorsque c'est néanmoins le cas,*

notamment à travers des analyses à grande-échelle de matériaux-vidéo du cabinet bernois, leur consistance est démontrée (toutefois il faut voir à titre restrictif, que ces enregistrements vidéo se rapportent uniquement aux styles thérapeutiques pratiqués dans ce cabinet et à sa clientèle, et donc aucune énonciation ne peut être faite sur d'autres possibilités d'intervention et d'autres groupes de patient(e)s, par exemple des „patient(e)s de milieux défavorisés“.

La majorité de ces stratégies thérapeutiquement efficaces étaient et sont toujours pratiquées en „thérapie intégrative“ et la supervision intégrative se focalise sur ces dernières (Petzold 1998a). Ceci n'est pas étonnant, car l'approche intégrative s'est développée à partir de la comparaison des concepts directeurs des grandes écoles thérapeutiques (psychanalytique, comportementale, expérimentale), sur un arrière-fond de théorie systémique et herméneutique, et aussi à partir de l'évaluation de la pratique faisant partie de ces approches. C'est la soi-disante „approche de concepts convergents et divergents“ (common and divergent concept approach), nommée ainsi par Petzold, qui correspond, de fait, à une „common factor approach“ (Garfield) (Petzold complète cette notion par „common and divergent factor approach“). Notamment, la référence aux recherches en psychologie développementale sur les facteurs protecteurs, de risque et de résilience (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004c) s'est avérée utile. Ceci a donné la possibilité à ce qu'une grande part de concepts et de facteurs thérapeutiquement efficaces soient repris par la thérapie intégrative et à ce qu'ils puissent être intégrés dans les développements propres à cette dernière.

Les „quatre VOIES“ ont été présentées maintes fois dans des contextes praxéologiques variés (1988n, 2002b/2004), ayant eu des accentuations spécifiques relatives au contenu à ces occasions. Et bien évidemment, elles ont été développées et précisées au long des années. Des adaptations contextualisées devront toujours suivre pour des groupes-cible spécifiques, ainsi que naturellement pour chaque patient dans le cadre de l'observation du processus thérapeutique et diagnostique, dans les mesures du possible et dans la co-réflexion avec le patient ou la cliente, car ils devraient connaître le „pourquoi et le comment“ de ce qu'on fait avec eux :

1. afin de réaliser le „consentement libre et éclairé“ (informed consent),
2. afin de soutenir l'**efficacité personnelle** (Flammer 1990) ou la **souveraineté** personnelle (Petzold 1998a, 275ff) à l'aide d'un lieu de contrôle partagé („shared locus of control“),
3. afin d'obtenir une bonne coopération,
4. afin d'exploiter les „VOIES“ du patient en tant que stratégies adéquates de soutien à la gestion et à l'organisation de la vie quotidienne, ces dernières n'étant pas exclusivement limitées au contexte thérapeutique quant à leur utilité. (Les candidat(e)s de la formation les utilisent aussi pour cette fonction).
5. Afin d'éclaircir que, lorsque toutes les VOIES sont empruntées et utilisées, la chance s'accroît d'atteindre des expériences d'„évidence vitale“ par l'intégration de l'insight, de l'atteinte émotionnelle, de l'aspiration volitive et du vécu corporel concret dans la relation *socio-communicative*. Ces expériences donnent lieu à „l'apprentissage personnellement signifiant“, ainsi qu'au changement et au développement personnel. Les superviseurs et superviseuses devraient les avoir en vue en tant que focus d'observation.

Les VOIES sont présentées ci-après, adaptées au contexte cité ci-dessus et sous forme condensée.

## Les „Quatre VOIES de guérison et d'encouragement“

**1<sup>ère</sup> Voie – Le travail de prise de conscience ► l'insight, la recherche de sens, la régulation cognitive : „Se comprendre soi-même et apprendre à comprendre les êtres humains, le monde et la vie“**

- entre autre par l'encouragement de la *capacité d'appréhension, d'élaboration et de création de sens* par l'entremise d'une analyse excentrique et multidimensionnelle et d'un inventoriage corréflexif et métaréflexif de ses propres „*styles cognitifs*“ ainsi que de ses „**problèmes, ressources et potentiels**“ (PRP), en étant soutenu par le thérapeute. Ceci se fait dans une vue d'ensemble „*rétrospective-biographique, aspective-orientée vers le présent, et prospective-orientée vers le futur*“, (avec des „*analyses du parcours/continuum de vie*“, des „*analyses du contexte de vie*“, des „*analyses d'objectifs de vie*“ et/ou des „*analyses de ressources*“) dans des processus d'analyse orientés sur la perspicacité en tant que **travail relationnel**, puis une herméneutique des profondeurs ainsi qu'une métaréflexion, qui sont personnelles et sociétales. Des questions existentielles sur le sens et les valeurs, sur la souffrance, la mort et la transcendance sont également abordées. L'objectif est d'obtenir des positionnements clairs. En outre, les expériences protectrices et salutogènes ainsi que les expériences à risque et difficiles avec leurs répercussions éventuelles sont à identifier et à réévaluer au moyen de la **réflexion cognitive correctrice** ou bien il faut planifier leur modification et les aborder de façon ciblée. Un soutien systématique est offert lors de la formulation d'objectifs et la prise de décision de suivre des objectifs différenciés, lors de la planification et de la réalisation de stratégies vitales, ceci dit, de *changements de styles de vie/lifestyles*<sup>xi</sup>. Des méthodes tel „le counseling en cas de problèmes“, „les pratiques narratives“, les voies de „thérapeutique philosophique“, comme par exemple les „dialogues socratiques sur le sens“ ainsi que le „modelage cognitif“ conscient renforcent le potentiel des **systèmes de régulation cognitifs**, conduisant à des *réévaluations cognitives (appraisal)* et par là à la constitution de nouveaux schémas/narrations orientés de manière positive et pleine d'espoir, telles des „cartes cognitives“ fonctionnelles.

Ayant les heuristiques de *Grawe* en vue, on peut dire que des „activations de ressources“ surviennent naturellement en suivant cette première VOIE (1<sup>er</sup> facteur de *Grawe*). Nous entendons par là, selon le sens donné par *Grawe* et *Petzold*, des boucles de rétroaction se formant entre le thérapeute, ses interventions et les processus psycho-physiques du patient tout comme – en allant plus loin – les résonances de l'environnement et du réseau à un nouveau comportement. La thérapie intégrative est, inspirée par *Janet* et *Vygotskij*, l'une des approches les plus précoces à avoir mis en place de façon systématique les expériences positives, „la stimulation de souvenirs et d'expériences positifs“ (*Petzold* 1974j, 319) en tant que *ressources*, (*ibid.* 313), dans le traitement faisant partie du „système tétradique“. Le thérapeute doit pouvoir établir des **affiliations positives** et une „**relation thérapeutique**“ durable, permettant l'analyse (éventuellement aussi de phénomènes transférentiels, qui devraient être clarifiés aussi vite que possible) et le traitement du problème en tant que **travail relationnel** (voir le premier recueil trans-scolaire sur le thème „relation thérapeutique“, *Petzold* 1980g). Dans l'approche intégrative, il est entre autre équipé à faire cette démarche ayant suivi notre voie „d'expérience de Soi complexe“. *Grawe* ne met pas en avant sa manière de former les thérapeutes au „travail avec l'être humain en tant que travail relationnel“. En tant que *partenaire* humainement intègre et professionnellement compétent, le thérapeute est une „ressource externe“ importante pour le patient, qui l'aide à découvrir et à utiliser ses „propres ressources“, comme ceci est développé dans la théorie intégrative des ressources (*Petzold* 1997p). Le thérapeute fait écho aux ressources déjà présentes, en suivant la première question faisant partie de l'ancien canevas du diagnostic processuel de la thérapie intégrative (TI) : „Qu'est-ce qui est sain et fonctionnel et doit être préservé?“. Ceci nécessite des stratégies renforçantes et préservantes. Suit la 4<sup>ème</sup> (voir plus haut) question: „Qu'est-ce qui serait possible, n'est pas encore utilisé et doit être exploité et développé?“ (*Petzold* 1988n, 206). C'est celle-ci la question si essentielle à la thérapie intégrative, concernant les „potentialités“, qui amène avec soi des stratégies évolutives de planification et de décision volitive. „*L'analyse des ressources, des besoins, des problèmes ou conflits, aussi bien que du contexte et du continuum de la vie*“ (*ibid.* 1985/1988n, 45) et de la situation de vie<sup>xii</sup>, concernant les „constellations de stimulation pathogènes et salutogènes“ (*ibid.*), remonte à la moitié des années 1970 en thérapie intégrative. Dans le cadre de ces processus analytiques de la „première VOIE“, nous arrivons naturellement à des actualisations de problèmes (2<sup>ème</sup> facteur de *Grawe*), qui, si elles sont affectivement activées, mènent à la „deuxième VOIE“. La „clarification motivationnelle“ est évidemment centrale (4<sup>ème</sup> facteur de *Grawe*). C'est ici que s'applique notre regard basé sur la recherche longitudinale et biographique et „l'approche développementale du lifespan“, complétant *l'orientation pathogénétique de la psychologie des profondeurs* par la recherche de *facteurs protecteurs et salutogènes* (du point de vue de *Vygotskij*, ce qui manque chez *Grawe*). La perspective du „panorama professionnel à trois niveaux“ (expériences positives, négatives ou déficitaires, *Petzold, Orth* 1994a) éclaire l'arrière-fond motivationnel des actions, indique d'éventuelles causes des troubles et explique les interactions entre ces différents facteurs, ce qui sert de fondement à de nouvelles décisions ou reconsidérations d'anciennes ou à des modifications d'intentions. Chercher à comprendre les causes de la maladie, nous n'en restons pas là : il s'agit *d'apprendre à se comprendre dans l'ensemble de sa vie et à s'autoréguler*. L'un est en prise avec l'autre. À cela appartient aussi la contemplation philosophique, la réflexion autour du sens de la vie et les choses finales, sur le mal, dieu, la mort et la vie, la beauté et la cruauté. Ce sont tout des thèmes existentiels pour les êtres humains, qui ont notamment une importance en lien avec leur santé et il s'agirait de raccourcir aussi bien la première VOIE que la psychothérapie dans son ensemble, si nous les limitons aux seuls thèmes biographiques. Dans le sens de la „thérapeutique philosophique“ (*Petzold* 2001m, 2004h), des questions sur le sens, les objectifs et les valeurs sont approfondies et des modifications systématiques de la pensée (p.ex. des ruminations négatives ou morbides) sont éventuellement abordées par l'exercice au sens de *Seneca* et du „*modélage cognitif*“ moderne. Le point central est la modification/optimisation des principes de pilotage cognitifs, du „**système de régulation cognitif**“ (*Petzold* 1974j, 304, paragraphe.III) et des autres systèmes de régulation de la totalité du système. Pour ceci, les autres VOIES sont requises. Nous partageons ici l'avis de *Grawe* : „Il est également important dans une thérapie que l'accent principal ne soit pas trop et trop longtemps porté sur la thématisation et l'activation de problèmes. La détection et l'analyse de problèmes sont uniquement productives tant qu'elles servent à la préparation d'interventions qui incitent le changement. Des changements dans des directions positives devraient être frayés. L'accent doit alors majoritairement être porté sur la transformation du problème, sur la formation de nouvelles pensées, comportements et émotions. Cette activation de nouveaux patterns d'excitation neuronale doit être répétée aussi souvent que possible. Dans le cas contraire, les nouvelles connexions neuronales ne seront pas frayées de manière suffisamment solide“ (*Grawe* 2004, 57). Ceci nous mène à la „deuxième VOIE“.

**2<sup>ème</sup> Voie – Resocialisation correctrice et nouvelle socialisation ► La confiance de base, l'estime de soi, la régulation émotionnelle: „Se sentir intégré, acquérir des aptitudes relationnelles, ressentir et donner de l'amour, devenir son propre ami“**

- entre autre par l'encouragement de la capacité d'accordage affectif et l'approfondissement ainsi que la flexibilisation du spectre émotionnel à travers l'inventoriage concret et expérientiel de ses propres „*styles*“

*émotionnels*“ - particulièrement dans les relations importantes faisant partie du réseau/convoi social. Les bases requises pour ceci sont une affiliation positive au ou à la thérapeute, dans un vécu relationnel mutuellement valorisant qui donne lieu au développement de qualités *protectrices*. À son tour, cela rend possible un approfondissement de problèmes émotionnellement accablants actuels ou biographiques ou „d'événements de vie stressants“ à l'aide d'un parentage/reparentage différentiel orienté sur la régression/progression ou d'autres sortes „d'expériences relationnelles émotionnellement intenses“. Ceci se fait à travers un travail centré sur l'activation du conflit, respectivement à travers un travail centré sur l'activation expérientielle de styles/schémas émotionnels, qui est à son tour appuyé par des méthodes bottom-up et top-down de l'„emoting“<sup>30</sup>. Les objectifs de cette voie sont le renforcement des potentiels des **systèmes de régulation émotionnelle** somato-sensori-moteurs, perceptifs, volitifs et motivationnels ainsi que l'orientation vers des nouvelles évaluations émotionnelles (*valuation*) promouvant la *constitution de la résilience*, et ceci par un travail de différenciation émotionnelle, **des expériences émotionnelles correctrices**, un encouragement systématique ainsi que le soutien de nouvelles orientations et réorientations émotionnelles. Par là est renforcée l'estime de soi, sont transformées des attitudes motivationnelles dysfonctionnelles et est rendue possible l'apparition de nouveaux schémas émotionnels et frayages neuronaux.

Cette „deuxième VOIE“ n'aurait pas pu être fondée sans la référence à la psychologie développementale empirique et longitudinale (Petzold 1992 e, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Rutter, Hay 1994; Verhulst 2004) ainsi qu'à ses travaux sur „les facteurs protecteurs“, „les résiliences“ et „les risques développementaux“. C'est justement la thérapie intégrative qui avait introduit ce paradigme dans le champ de la psychothérapie (Petzold, Goffin, Oudhof 1993). À présent il apparaît clairement que cela pourrait devenir un „mainstream“ à venir (Herpertz-Dahlmann et al. 2004; Oerter et al. 1999; Streek-Fischer 2004). La deuxième VOIE se focalise sur le moment de „l'activation processuelle“ (2<sup>ème</sup> facteur de Grawe) ayant comme objectif „la résolution de problèmes“ (3<sup>ème</sup> facteur de Grawe) sur un arrière-fond de connaissances thérapeutiquement pertinentes, développementales et neurobiologiques (Hüther 1996, 1998) et d'une recherche critique pondérée sur les nouveaux-nés et l'attachement (Petzold 1994j). Le procédé activant l'expérience et les méthodes émotionnellement évocatrices de l'approche intégrative peuvent activer les problèmes passés, mais aussi ceux présentement virulents, avec la charge affective qu'ils suscitent dans le cadre du processus thérapeutique. Les effets qui en proviennent peuvent aussi bien être accablants que soulageants, voire réjouissants, ces derniers étant mis en place en tant qu'„inhibiteurs“ d'affects négatifs apparaissants. Dans cette méthode de „l'emoting“, ceci donne la possibilité d'un „amadouage“ (*shifting*), d'une „régulation de l'intensité“ (*dosing*) et donc d'un modelage affectif par la mise en action de stratégies bottom-up (from muscle to mind) provenant de thérapies corporelles ou top-down (from mind to muscle), imaginatives ou le cas échéant dans une approche combinée (in extenso Petzold 1992a/2003a, 607-672). Selon les résultats de la recherche thérapeutique et les connaissances de l'expérience clinique, la thérapie intégrative (TI) affirme aussi bien que Grawe que *ce qui devrait être transformé, doit réellement être vécu en thérapie*. Nous accentuons aussi tout particulièrement le **transfert** et le changement dans les situations problématiques réelles de la vie quotidienne (Petzold 1995a,b). Moreno a déjà développé son approche, le psychodrame, à partir d'une découverte, qui est à présent bien appuyée par la recherche, car elle parle en faveur du fait que les problèmes sont traités de la manière la plus efficace dans des settings dans lesquels ils peuvent être réellement expérimentés. En thérapie intégrative, des mises en scène actualisantes de constellations de problèmes pertinents sont réalisées (selon le consentement libre et éclairé) - appuyées sur de nombreuses méthodes de travail géniales de Moreno – ceci au niveau actif-joué ou imaginatif, rendant possible le vécu d'affects et d'évaluations émotionnelles. Ceci est entrepris dans le but de permettre au patient de vivre de manière réelle des significations et des sentiments nouveaux et transformés, ce qui est un facteur important induisant le changement. Des facteurs protecteurs et de résilience (Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004c) sont alors utilisés en tant que *ressources* (1<sup>er</sup> facteur de Grawe). L'expérience de l'intensité émotionnelle dans la relation avec le thérapeute, encourageant l'estime de soi, peut rendre possibles des transformations profondes à travers des „expériences affectives correctrices“. Selon le point de vue neurobiologique, les expériences émotionnellement intenses créent la possibilité de cette transformation lors de la deuxième VOIE. Des modèles d'activation neuronale frayés de manière précoce (constitués par exemple dans la jeune enfance par une forte activation des structures limbiques et utilisés avec succès, quoique de manière dysfonctionnelle durant des années), mais également des modèles formés dans la vie plus tardive, à travers d'importantes secousses émotionnelles/expériences traumatiques, sont très stables, surtout lorsque stabilisés par le réseau social actuellement pertinent (quoique également souvent de manière dysfonctionnelle). „Pour cette raison, ils ne sont que difficilement transformables, et si déjà ils le sont, ce n'est que selon la condition de l'activation simultanée de ces centres émotionnels“ (Hüther, Rütther 2003, 227). Un

<sup>30</sup> Du terme anglais *emoting*, signifiant l'expression des émotions, souvent exagérée, théâtralisée et donc en psychologie une technique d'entraînement de l'expression des émotions, par la dramatisation ou l'exagération des expressions du visage, des gestes etc.

vécu intense de douleur, de souffrance, mais aussi de bonheur ou de joie, dans la relation avec le thérapeute, sont caractéristiques de la deuxième voie (Petzold 1988n, 236). „Dans les deux cas, l'activation prenant alors place dans des régions subcorticales, limbiques, va de pair avec une sécrétion augmentée de neurotransmetteurs, modulateurs et hormones spécifiques, qui participent de manière particulière à la régulation de processus neuroplastiques“ (Hüther, Rüther 2003, 227). Dans la deuxième voie „il s'agit d'une re-socialisation en vue de la restitution de la confiance de base et des structures de la personnalité, qui ont été endommagées par des déficits et des traumatismes. Ceci requiert d'une part la modification des narrations archaïques et dysfonctionnelles [des frayages, des interconnexions, des modèles d'activation], qui se sont constituées en tant que conséquences d'expériences traumatiques. D'autre part, la modification de narrations constituées à travers l'ancrage de nouvelles scènes et atmosphères est requise [nouveaux frayages et interconnexions], où de telles expériences, nécessaires pour le développement, ont fait défaut dans des contextes de socialisation déficitaires. Cette modification devrait se faire par la transmission ,d'expériences émotionnelles substitutives et correctrices' “ (Petzold 1988n, 236).

Cette stratégie, décrite et pratiquée longtemps avant l'évidence présentée par les recherches d'imagerie cérébrale sur l'effet des interventions psychothérapeutiques (Baxter et al. 1992), est à présent bien fondée par la neurobiologie. Le „corps informé“ (Petzold 2002j/2003a, 1051ff) rempli d'informations négatives, doit changer ces dernières en échangeant avec des informations positives ou alternatives (la consolation à la place de la punition, la valorisation à la place de l'humiliation par exemple). Elles sont rendues possibles par les activations contrôlées (Petzold 2004i) prenant place dans le processus thérapeutique et par les processus neurohumoraux y étant associés. En plus, nos techniques précoces [1968/70] de l'„emoting“ sont mises en place, remontant à nos expériences dans la pratique du „théâtre thérapeutique“ de V. N. Iljine (voir Petzold 1972a, 1973a) et des techniques de pantomime de Stanislavskij et Barrault, tout en ayant pour arrière-fond des réflexions de Ukhtomskij, Bernstein, Anokhin, Lurija et Zaporonež. Selon la méthode du bottom-up, nous suggérons d'adopter une certaine mimique émotionnelle, incluant posture et respiration, en prenant par exemple „une mine“ fâchée ou aussi joyeuse (l'emoting positif est important), évoquant de cette manière des émotions, et en prenant éventuellement appui sur les „techniques top-down“ d'imaginations correspondantes (Petzold 1992b/2003a, 607-663) – d'un point de vue neuroscientifique, il s'agit là d'une stratégie remarquable pour encourager de nouveaux frayages.

„Ces substances de signalisation particulièrement durables et profondément efficaces de communication intercellulaire sont d'importants déclencheurs, ceci dit, elles agissent en tant que facteurs permissifs en vue de la modification adaptative et de la réorganisation de réseaux synaptiques et de modèles d'interconnexion neuronale (l'ancrage structurel d'expériences émotionnelles, Hüther et al. 1999). Ces derniers ont lieu au cours de tels processus d'activation émotionnelle. Si l'activation de cette réaction affective reste courte (réaction de stress contrôlable, effort couronné de succès, gestion de difficultés réussie, récompense), alors nous arrivons, sous l'influence de neurotransmetteurs (par exemple dopamine, noradrénaline ou vasopressine) brièvement sécrétés pendant ce temps, au frayage et à la stabilisation des patterns d'interconnexion activés au cours de ce processus“ (Hüther, Rüther 2003, 227).

La thérapie intégrative a spécifiquement développé de telles voies méthodiques en référence à des connaissances et modèles neuroscientifiques (l'exposition modérée, le travail systématique de consolation et de deuil, le travail sur des agressions, le modelage non-verbal, le travail avec „l'information produite dans le mouvement“ etc. voir Bloem, Moget, Petzold 2003; Petzold 2001m, 2004h, l). Ces voies agissent dans le sens de tels principes neurobiologiques et elles sont instaurées dans le cadre relationnel. Ce travail relationnel, aussi important qu'il soit, ne doit néanmoins pas uniquement rester dans l'espace thérapeutique, mais nécessite obligatoirement l'application du **travail transférentiel** au quotidien (Petzold 1995a,b), dans la *pratique relationnelle alternative* avec les gens proches du réseau/convoi social. Si ce n'est pas le cas, les modèles habituels et dysfonctionnels sont maintenus et de *nouveaux frayages neuronaux* ne peuvent pas être consolidés. Également et justement au quotidien, le comportement *dépressif* ou *anxieux* doit être **inhibé** par un comportement *actif* et *assertif*. Mais comment devrait-ce fonctionner, si le réseau central ne participe pas et les proches qui les plaignent ou ceux étant très actifs et dynamiques reprennent trop de tâches à leur compte, voulant trop sauver la personne dépressive et protégeant trop la personne anxieuse *de manière dysfonctionnelle*. Il faut un travail de réseau et un counseling des proches (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Ehrhardt 2005). Les écoles thérapeutiques conventionnelles, qui pensent, avec Freud/Jung/Perls/Rogers etc. que tout doit se dérouler „entre le patient et son thérapeute“ - dans le „transfert-contre-transfert“ ou dans la relation „entre toi et moi“- une relation thérapeutique souvent „sacralisée“ (voir critique de Petzold, Orth 1999, 137ff) - méconnaissent le sens du transfert et ne l'utilisent pas ou uniquement de manière insuffisante. La thérapie sociale dans le travail sur les addictions procède mieux de ce point de vue là! (Il est ici noté, de manière déconstructiviste, l'importance et le pouvoir immenses que les thérapeutes s'attribuent au moyen de la vaste position centrale de la relation thérapeutique. Pour ces raisons, de telles questions doivent faire l'objet d'une métaréflexion dans la „première VOIE“ dans le sens d'une pratique émancipatoire).

**3<sup>ème</sup> Voie – Activation de l'expérience et des ressources ► Le façonnage de la personnalité, le changement du style de vie : - „ La curiosité de Soi et des autres, faire de soi-même un projet, se développer à travers des rencontres et des relations“**

- entre autre par l'encouragement de potentiels multisensoriels et multiexpressifs, c'est-à-dire de possibilités expérientielles et expressives, ainsi que l'élargissement du spectre de rôles et de *life styles* actuels. Ceci se fait à travers l'encouragement de la joie d'expérimenter, de la curiosité exploratoire et de la maîtrise en vue du développement de l'estime de soi, de la souveraineté propre, de la joie et de l'*art de vivre* ainsi que d'un **style de vie** ouvert et assertif à l'aide d'**expériences alternatives cognitives, émotionnelles et volitives et à travers des performances alternatives**, qui **inhibent** des modèles d'action et d'expérience dysfonctionnels. **Des systèmes de régulation cognitifs, émotionnels, volitifs et sociaux** sont excités et renforcés - dans la recherche et l'utilisation systématique de ressources et de potentiels, de facteurs protecteurs et encourageant la résilience, à travers l'expérimentation dans les relations sociales ou „l'enrichissement“ par de nouvelles activités de loisir (sport, hobbies, voyages, budo, méditation), à travers des projets conçus et concrétisés de façon à être réussis. Ces derniers sont notamment préparés par le jeu de rôle sous forme de psychodrame ou de drame comportemental, soutenus et encouragés par la „stimulation multiple“, des „défis“ et un travail intermédial *co-créatif* avec le thérapeute, qui a la fonction de modèle en tant qu'accompagnateur actif. Avec le patient et au moyen du transfert des connaissances cognitives et des expériences affectives en thérapie, il fait avancer le changement de styles de vie dysfonctionnels et la formation de nouveaux **styles de vie** fonctionnels dans l'ensemble du parcours de vie. L'assimilation de visions du futur et d'orientations de l'action positives, leur réalisation dans des expériences quotidiennes satisfaisantes, dans un façonnement de la vie plein d'expériences (le vécu de la nature *multisensoriel*, les expériences esthétiques, le *façonnement multiexpressif, créatif*) permet d'*inhiber* des narrations/schémas dysfonctionnels, ainsi que d'en développer des nouveaux et par là aussi de rendre possible la formation de nouveaux frayages neurohumoraux et optimisés.

„Le succès thérapeutique dépend en grande partie de l'efficacité dans la transmission d'expériences positives et satisfaisant les besoins du patient, et ce à travers un façonnement relationnel complémentaire, fait sur mesure et à travers l'activation des ressources“ (Grawe 2004, 421). La „troisième VOIE“ a justement mis en place de tels objectifs, à l'aide de sa méthodologie orientée sur les ressources et les potentialités, qui se répand dans l'espace du quotidien de manière beaucoup plus accentuée que l'approche bernoise (Hass, Petzold 1999; Petzold 2004a, 2005a; Petzold, Orth 1990; van der Mei, Petzold, Boscher 199), avec les prises de mesures sociales, de réseau, créatives ainsi qu'en thérapie sportive et du mouvement. Elle soutient le **transfert** concret „dans la vie“ à partir du contexte thérapeutique. C'est une spécificité de l'approche intégrative, qui intègre ici des stratégies empruntées à la psychologie de la santé (Lorenz 2004) ainsi que des stratégies sociothérapeutiques et développementales (*enlargement, enrichment, empowerment strategies*). En outre, elle a développé des „modèles sophistiqués“ du **travail transférentiel**, fondés sur la neurobiologie et la neuromotricité (Petzold 1995a, b), qui sont réalisés en praxéologie à travers des méthodes tels les „devoirs“, des „autoévaluations spectrométriques“, des „projets personnels“ ou des „activités en thérapie du sport ou sportives“.

L'encouragement à voyager, aux expériences de méditation (Petzold 1983d; Orth 1993; Petzold, Orth 2005), aux expériences de l'art et de la nature, les deux dernières étant des possibilités d'„expériences esthétiques“ de *consolation* et de *guérison*, ou aux expériences „*éco-psychosomatiques*“ de paysages ou d'amitiés avec les animaux - la thérapie avec les animaux, „pet-therapy“, un „must“ dans le travail sur les addictions et non seulement dans ce domaine (idem 1969c; Corson, Corson 1988; Otterstedt 2001; Greifenhagen 1993) - ce sont tout des concepts et des activités que nous avons en partie inaugurés ou que nous utilisons dès les débuts de notre travail et qui peuvent avoir des effets énormes, comme *Sénèque* et *Epictète* le savaient déjà (Petzold 1965, 1969c, 1973g, 1999q; Petzold, Bloem, Moget 2003; Petzold, Orth 1993g, 1998; Orth, Petzold 1998a; Petzold, Orth 1998b). *La thérapie clinique du mouvement, de la psycho- et de la neuromotricité* ont ici à apporter des contributions importantes de par les recherches et le travail clinique-thérapeutique de N. Bernstein, A. Berthoz, H. Petzold, H. Wallon et A. Zaporonež. Toutes ces connaissances se sont écoulées dans „la thérapie du mouvement intégrative“ avec ses variantes en thérapie du sport (Petzold 1974j, van der Mei et al. 1997) et sont implémentées sous forme d'un „travail **centré sur la performance**“ (Sieper, Petzold 2002), car de *nouveaux frayages prennent place à travers des performances* (Petzold, Engemann, Zachert 2005). Le psychologue russe Aleander V. Zaporonež (1990) du cercle de Vygotskij avait fait des cours de théâtre (chez *Les Kurbas*) dans les années 1920, afin d'étudier le contrôle des émotions dans le contexte scénique à travers la mimique/la gesticulation, ce qui a été le thème principal de sa recherche tout au long de sa vie. À l'aide de V. N. Iljine, nous avons puisé dans des sources semblables à celles de Zaporonež. Nous avons développé la méthode du „drame comportemental“, ainsi que des techniques du jeu de rôle pratiques-comportementales (Petzold, Osterhues 1972). Nous prescrivons la technique de „l'emoting“ positif comme stratégie bottom-up de la pratique quotidienne et régulière de la mimique de la gentillesse, de la joie et de la sérénité au quotidien (même si la personne ne ressent pas ce sentiment,

l'„information produite par le mouvement“ des muscles du visage a des effets sur le métabolisme cérébral, *Petzold* 2004h, 1, *Petzold, Wolf* 2000). Ces „devoirs“ sont soutenus par des journaux intimes thérapeutiques, introduits par nous dès les années 1960 (*Petzold, Orth* 1993a). Tout ceci offre aussi un excellent *entraînement de la volonté*, et la volonté a considérablement été négligée dans la psychothérapie, malgré le fait que sans elle „rien n'avance“. L'approche intégrative s'est particulièrement dédiée à ce thème (*Petzold, Sieper* 2003a, b). C'est ainsi qu'il a été rendu possible dans la 3<sup>ème</sup> VOIE, à travers des **expériences cognitives, émotionnelles et volitives** et **dans des performances multisensorielles et multiexpressives alternatives**, ce qui est aussi accentué par *Grawe* (2004, 429) en tant que fait neurobiologique connu, à savoir que „c'est justement l'inhibition des potentiels d'excitation existants qui prend place à travers le frayage d'autres potentiels d'excitation, dont provient l'inhibition. Le frayage peut alors être considéré en tant que principe de base de tout changement par l'apprentissage... Afin que quelque chose soit frayé, cela doit être répété et activé de manière continue. Tout ce que le patient devrait penser, ressentir et faire davantage, doit alors être suscité aussi souvent que possible et maintenu aussi longtemps que possible. Ce n'est qu'à partir de là que les récepteurs NMDA s'ouvrent et les processus de 'second messenger', qui renforcent à long terme les synapses responsables des modèles d'excitation neuronaux actuellement activés, se déclenchent“ (ibid.). Ce sont des faits fondamentaux. *Grawe* va ici au plein milieu des problèmes des thérapies traditionnelles, fixées sur le „setting verbal à deux“: Le thérapeute arrive-t-il à mobiliser suffisamment d'insight et de coopération chez le patient, afin que ce dernier puisse voir le sens de ce principe et afin qu'il fasse du travail transférentiel au quotidien ? Ce n'est souvent pas si simple que ça, mais - comme déjà abordé lors de la „deuxième voie“ - il a de meilleures chances d'y arriver, si nous travaillons en réseau et si nous cherchons des „alliés“. Le patient devrait être convaincu de l'importance de chercher de l'aide auprès des amis ou des proches afin que ces derniers puissent soutenir le travail transférentiel au quotidien, éventuellement avec le soutien d'une „conférence de réseau“ accompagnée par le thérapeute (*Hass, Petzold* 1999; *Petzold, Josić, Erhardt* 2003). Puisque :

„Lorsque nous observons le processus thérapeutique du point de vue du transfert de l'excitation synaptique, la question se pose tout fondamentalement, à quel point de tels modèles d'excitation, à partir desquels une amélioration durable peut être attendue, peuvent-ils être frayés dans le cadre d'un entretien verbal. Les modèles d'excitation neuronale du patient qui sont problématiques se jouent dans la vie réelle et non pas essentiellement lors de l'entretien thérapeutique...“ (*Grawe* 2004, 56). En effet ! Juste que presque tous les procédés thérapeutiques manquent de bons instruments ici. Nous les retrouvons dans le counseling, dans le coaching de la santé, dans la thérapie du mouvement, psychomotrice et sportive, dans les thérapies créatives, dans le psychodrame, dans le jeu de rôle, la „social network therapy“, la thérapie sociale. Les thérapies de travail en profondeur verbalement minimales et un grand nombre des thérapies humanistes et cognitivo-comportementales devraient enrichir leur instrumentaire interventionnel traditionnel et „fondé sur la théorie“ à l'aide de ces dernières, car l'activisme méthodique et la polypragmasie sans aucune orientation apportent à la rigueur des effets non-spécifiques. L'approche intégrative a élaboré et transformé avec succès de tels modèles théoriques et praxéologiques ayant une orientation neuroscientifique (et à présent de manière beaucoup plus précise et fondée en neurobiologie). Des travaux de base théorico-méthodiques, illustrés de manière casuistique, montrent ceci de manière exemplaire : „Indicateur du chemin et bouclier de protection : Le travail avec des processus protecteurs et des modelages socio-écologiques en thérapie pour enfants orientée sur le développement“ (*Petzold* 1995a) et „Thérapie intégrative pour enfants en tant que pratique socio-écologique d'encouragement du développement centrée sur la relation et orientée sur le réseau“ (*Petzold* 1995b). La „troisième VOIE“ correspond de manière excellente aux principes du fonctionnement neuro-cérébral, déterminé par le modèle d'„**activation et d'inhibition**“. Ce dernier est si familier aux neuromotriciens et aux thérapeutes du mouvement, en partant du principe de „l'inhibition réciproque“ (*Schandry* 2003, 205ff) par les interneurons inhibiteurs, les cellules de Renshaw (les soi-disantes „thérapies corporelles“ d'orientation reichienne et néo-reichienne ignorent apparemment ces principes, si nous jettons un coup d'oeil sur leur littérature). Dans cette voie, les modèles activés d'angoisse ou du comportement dépressif ou compulsif peuvent être *inhibés* par d'autres possibilités d'action ou d'expérience (d'autres activations), ce qui donne la possibilité de nouveaux frayages. „Si nous concevons la thérapie en tant que 'faire partir quelque chose', nous sommes devant un devoir plus simple que si nous voulons remplacer ce qui était déjà là (la réaction d'angoisse) par quelque chose de nouveau, qui se met à la place de cette réaction d'angoisse. 'Faire venir quelque chose' est plus exigeant que 'faire partir quelque chose', mais c'est aussi plus efficace“ (*Grawe* 2004, 108). Nous ne pouvons que consentir à ceci et la „troisième VOIE“ tient entièrement compte de ce principe, qui toutefois, nous le répétons, doit se jouer dans des situations concrètes de la vie quotidienne et ce de manière durable.

**4<sup>ème</sup> Voie – Encouragement de l'excentricité et des expériences de solidarité ► métaperspective, solidarité, souveraineté: „Ne pas parcourir le chemin seul(s), s'entraider, quitter l'impuissance, prévoir un avenir partagé“**

- entre autres par une analyse excentrique, multi- et métaperspective du contexte de vie et des styles de participation sociale ou d'isolation, et par le développement et l'entretien des „réseaux/convois sociaux“ (amitiés, collégialité). Le développement et l'intensification d'activités sociales et d'espaces d'action au sein de communautés d'entraide et d'échange peuvent impliquer l'application d'un engagement vécu et des expériences de solidarité dans les activités pratiques quotidiennes ainsi que de soutien et d'*empowerment vécu* à travers les autres et pour les autres. Cela entraîne la cessation d'un sentiment d'impuissance, un gain de contrôle et d'efficacité personnelle et l'exploitation de nouveaux potentiels de création et d'utilisation des ressources - ceci aussi relativement à des conditions de contextes de vie précaires (par exemple en cas de chômage, de risques liés au travail ou de problèmes liés à l'âge). Les  **systèmes de régulation émotionnels, volitifs et sociaux**  sont renforcés - ceci également au niveau du réseau - et le développement de nouveaux modèles fonctionnels de résolution de problèmes et de gestion de la vie personnelle et mutuelle est réalisé à travers des  **expériences cognitives, émotionnelles et volitives partagées**  et des  **performances alternatives**  (exchange learning/helping). Cela peut aller jusqu'à la constitution de „cognitions, émotions et volitions collectives“ affirmatives en tant que „représentations sociales“, pouvant conduire à la participation politiquement consciente et active au sein d'initiatives d'intérêt général.

Cette „quatrième VOIE“ est hautement spécifique à l'approche intégrative. Elle reflète sa position sociopolitique et son engagement sociothérapeutique (Petzold 1994h; Brühlmann-Jecklin 1996; Bourdieu 1997, 1998). Elle s'inscrit dans la tradition du travail de réseau de Moreno (1951, 1959), qui constitue un élément clé de la pratique intégrative (Hass, Petzold 1999) et qui montre enfin l'influence de Serge Moscovici (1979, 2001) avec sa thèse centrale. Selon cette dernière, les êtres humains sont déterminés par des „cognitions collectives“ (nous rajoutons: des émotions, volitions et pratiques collectives, Petzold 2003a, 679, 711, 1053 etc.), des soi-disantes „représentations sociales“ ou „social worlds“, qu'il s'agit de comprendre et d'influencer (Petzold, Petzold 1993; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004): par des stratégies socio-thérapeutiques, un travail de réseau et de projet, des initiatives d'empowerment et d'entraide pour lesquelles nous avons développé et réalisé un modèle d'„échange d'aide et d'apprentissage“ (KISS Düsseldorf, Petzold, Schobert 1991), par la gestion de cas, un travail communautaire et des propositions agogiques. (Nous avons toujours été engagés en faveur de la formation d'adultes et nous voyons toujours les institutions de la formation d'adultes comme étant les meilleurs partenaires de la psychothérapie). Cette VOIE a également un fondement neurobiologique, ceci dit dans la connaissance que les relations sociales avec leurs informations en partie hautement chargées en émotions, déterminent le „corps informé“ de manière positive aussi bien que négative, allant jusqu'aux processus d'expression et de régulation génique (Petzold 2002j/2003a, 1051f; Bauer 2002). Nous savons qu'il y a des dispositions génétiques et des modifications neurophysiologiques et nous avons fait des progrès dans la recherche et le traitement de ces réalités. C'est pour cette raison que des personnes souffrant de troubles psychiatriques aigus et en partie de troubles d'addictions chronifiés, peuvent tout à fait emprunter la quatrième VOIE avec le soutien des médicaments (médication durable, substitution), alors qu'elles devaient autrefois somnoler dans des „asiles“ (Goffmann). Elles devraient toutefois avoir la possibilité d'emprunter aussi toutes les autres VOIES, afin de pouvoir comprendre leur maladie/trouble et l'histoire de celle-ci (1<sup>ère</sup> VOIE), afin d'en intégrer un sens émotionnel et d'avoir à disposition le spectre de leur vie émotionnelle dans sa totalité (2<sup>ème</sup> VOIE), malgré la médication. Nous devons leur proposer du soutien en vue de l'utilisation de ressources et du développement de potentiels. Il s'agit là d'un soutien important que la 3<sup>ème</sup> VOIE pourrait leur offrir - et dont ce groupe ne bénéficie pas généralement. La 4<sup>ème</sup> VOIE assure une participation sociale. Elle est indispensable pour ces personnes.

Du point de vue du discours neurobiologique nous vivons dans une „society of brains“ (Freeman 1996), qui devient - dans le cadre de petites associations, ces dernières étant les zones centrales d'un réseau social, une „community of brains“ - les cerveaux de sujets concrets. Les êtres humains se „socialisent“ au sein de cette dernière à travers l'échange de leurs sentiments, pensées et actions - au niveau cérébral, corporel et subjectif dans une interaction en chair et en os (Petzold 2004h; Stamenov, Gallese 2002). Il ne s'agit pas de parler ici d'une équivalence entre le „cerveau“ et le „sujet“. Nous avons présenté notre position à ce sujet ci-dessus avec Ricœur. Nous ne pouvons bien évidemment pas „passer sans autre d'une trace corticale à une trace culturelle“ (Ricœur 2004, 645). Il faut  *rapprocher les discours*  car l'engagement pour les autres, l'entraide et le soutien pratique - dont il s'agit dans la „quatrième VOIE“ - impliquent plus qu'une conception simpliste d'un „*modelage du cerveau par un modelage du style de vie*“. La puissance positive et transformatrice des communautés (religieuses, politiques, culturelles, thérapeutiques ou sportives) est immense - allant parfois jusqu'aux phénomènes dangereux du fondamentalisme politique, religieux et thérapeutique (cf. Huth, Petzold 1996j). La „quatrième VOIE“ veut utiliser les forces constructives de l'esprit de solidarité des êtres humains et les intégrer au sein des concepts de

traitement, car nous sommes convaincus qu'un travail communautaire et culturel des êtres humains pour les êtres humains, un engagement pour une société humaine et un monde équitable ainsi qu'un altruisme pratiqué et politiquement conscient *sont sains* - et ceci dans un sens très large.

## Synopsis des „quatre VOIES“ de guérison et d'encouragement

	Première VOIE	Deuxième VOIE	Troisième VOIE	Quatrième VOIE
<b>Objectifs</b>	<p><b>Travail sur la conscience</b></p> <p>► <b>insight, recherche de sens, régulation cognitive:</b></p> <p>„Se comprendre soi-même et apprendre à comprendre les êtres humains et le monde“</p>	<p><b>Resocialisation/ Nouvelle socialisation</b></p> <p>► <b>confiance de base, estime de soi, régulation émotionnelle:</b></p> <p>„Se sentir intégré, acquérir des aptitudes relationnelles, ressentir et donner de l'amour, devenir son propre ami“</p>	<p><b>Activation de l'expérience et des ressources</b></p> <p>► <b>développement et façonnage de la personnalité, changement du style de vie:</b></p> <p>„La curiosité de Soi et des autres, faire de soi-même un projet, se développer à travers des relations“</p>	<p><b>Encouragement de l'excentricité et de la solidarité</b></p> <p>► <b>métaperspective, solidarité, souveraineté:</b></p> <p>„Ne pas parcourir le chemin seul(s), s'entraider, prévoir un avenir ensemble “</p>
<b>Contenus</b>	Analyse du contexte et du continuum de vie, analyse de problèmes, de ressources, de potentiels et d'objectifs de vie, travail identitaire et biographique, planification du futur, questions de sens et de valeurs, nouvelles évaluations (appraisal), changement de styles cognitifs et du style de vie à travers <i>l'insight cognitif correcteur</i>	Renforcement de la confiance de base et de l'estime de soi, restitution de structures de personnalité endommagées et du spectre émotionnel, de la compétence empathique, de la capacité relationnelle, de nouvelles évaluations (valuation); changement de styles émotionnels à travers des <i>expériences émotionnelles correctrices</i>	Développement de ressources et potentiels personnels et mutuels, encouragement de la créativité, enrichissement du réseau, activation, inhibition de comportements dysfonctionnels, changement du style de vie à travers des <i>expériences cognitives et émotionnelles alternatives</i> et à travers des <i>performances multisensorielles et multiexpressives</i>	Observation excentrique, multidimensionnelle et métaperspective de la situation de vie et de problèmes d'aliénation, planification de vie/du futur, développement du réseau, questions autour du sens, travail identitaire, changement du style de vie à travers des <i>expériences cognitives et émotionnelles communes</i> et des <i>performances multisensorielles et multiexpressives</i>
<b>Méthodes/ Techniques</b>	La pratique narrative, le travail relationnel, l'entretien autour de la question du sens, la compréhension et l'approfondissement herméneutique, métaréflexion, modelage cognitif, counseling	Le travail différentiel émotionnel dans le processus relationnel, des méthodes de régression, émoting bottom-up/top-down, inhibition par un émoting alternatif, travail de réseau/convoi	La thérapie créative, de mouvement et du sport, le jeu de rôle, l'émoting positif, l'activation des loisirs, l'entraînement des performances, le travail de réseau, les expériences de la nature et esthétiques, les médias créatifs, les devoirs, le journal intime	Le travail de réseau et de projet, la thérapie de groupe, la gestion de cas, l'entraînement de l'assertivité, du contrôle et de l'empowerment, le travail social, l'échange learning, le co-counseling, l'entraide, le travail éducatif
<b>Modalités</b>	<b>III.</b> centré sur le conflit/spécifique au trouble, orienté sur l'insight, év. <b>VI.</b> soutien par la médication	<b>III.</b> centré sur le conflit/spécifique au trouble, <b>II.</b> Centré sur l'expérience/orienté sur les émotions, év. <b>V.</b> soutien par le réseau et <b>VI.</b> par la médication	<b>II.</b> centré sur l'expérience et <b>I.</b> sur la pratique, <b>V.</b> orienté sur le réseau, <b>IV.</b> soutien social, év. <b>VI.</b> soutien par la médication	<b>V.</b> orienté sur le réseau, <b>IV.</b> soutien social, <b>II.</b> centré sur l'expérience et <b>I.</b> sur la pratique, év. <b>VI.</b> soutien par la médication

**La synergie des „quatre VOIES“ crée des „sens multiples“**

**L'interaction optimale des „modalités“ crée des possibilités de guérison et de développement multiples**

**I.** la modalité centrée sur la pratique et fonctionnelle, **II.** la modalité centrée sur l'expérience et stimulante (agogique), **III.** la modalité centrée sur le conflit et le trouble, **IV.** la modalité de soutien et de conseil sociothérapeutique, **V.** la modalité orientée sur le réseau et la situation de vie, **VI.** la modalité de soutien médicamenteux.

Avec les „quatre VOIES“ une praxéologie des „sens multiples“ a été développée, à travers laquelle l'approche intégrative en tant que „**thérapie biopsychosociale orientée vers l'être humain**“ (Petzold 2001a) peut atteindre des dimensions supplémentaires en hauteur, en profondeur et en largeur. Il s'agit de VOIES qui ont été mises à l'épreuve durant des décennies (Petzold, Orth 2005a, 2004b). Elles se fondent sur une philosophie anthropologique riche ainsi que sur des positions centrales de la psychologie générale et de la neurobiologie, ce qui se traduit de manières diverses. Ce sont par exemple l'imbrication systématique de stratégies verbales et réflexives en vue d'un changement de *régulations cognitives* dysfonctionnelles (1<sup>ère</sup> Voie) et de stratégies émotives-actionnelles en vue de l'inhibition de potentiels d'activation et de frayages négatifs ainsi que du

renforcement de potentiels d'activation et de frayages positifs, ayant pour objectif une *régulation affective* équilibrée (2<sup>ème</sup> Voie). En outre, l'acquisition de nouvelles expériences de manière expérimentale-stimulante et leur ancrage dans la pratique permet de nouveaux frayages (3<sup>ème</sup> Voie) et elle est intégrée en tant que ressource dans le transfert concret dans le contexte de vie réel, des réseaux, des convois (4<sup>ème</sup> Voie) ainsi que dans la réalité personnelle et sociale. L'approche intégrative ne risquera pas, avec ces quatre VOIES, un réductionnisme déraisonnable – contre lequel se sont battu A.R. Lurija, P. Florenskj, M. Merleau-Ponty, P. Ricœur, M. Foucault et de nombreux autres auteurs de référence, et auxquels nous sommes obligés. Les connaissances d'une „psychologie du développement clinique dans le lifespan“, d'une „psychologie sociale clinique des contextes de vie“ et d'une „thérapeutique philosophique“, qui déterminent toutes profondément l'approche intégrative, vont à l'encontre de cela - et ceci dans l'intérêt des êtres humains.

Les VOIES se focalisent sur les perspectives *pathogénétiques* et *salutogénétiques*, comme le montre le double objectif de la „guérison“ et de l'„encouragement“. Outre les objectifs cliniques, elles contiennent respectivement des *maximes de vie* telle qu'„apprendre à se comprendre soi-même, devenir son propre ami, se sentir intégré/cheminer ensemble etc.“, qui sont en tant que telles les expressions de connaissance de l'être humain et de „sagesse clinique“ des thérapeutes expérimentés, ayant une pensée étendue et étant engagés, reliant ainsi la thérapeutique clinique et philosophique en praxéologie intégrative (Orth, Petzold 2004). Pour les „quatre VOIES“ s'appliquent aussi les règles suivantes:

*Les „quatre VOIES de guérison et d'encouragement“ ne doivent pas être considérées comme étant des stratégies cliniques heuristiques en praxéologie de la thérapie intégrative. Elles sont plutôt - et cela mérite d'être souligné - des VOIES fondamentalement humaines d'une constitution de sens différentielle, des formes de guérison et d'encouragement au sein du façonnement de la vie et des maximes de vie précieuses. Les patient(e)s et client(e)s doivent pour cette raison comprendre l'essence de ces VOIES et devraient alors être encouragés à utiliser les „quatre VOIES“ dans leur vie quotidienne, à les pratiquer et à en prendre soin dans le „travail sur Soi“ de manière plus consciente.*

*Ces VOIES ont également une place centrale au sein de la formation thérapeutique et elles servent aux candidat(e)s et ultérieurement aux thérapeutes pratiquants à appliquer les connaissances de la vie condensées dans leurs maximes pour eux-mêmes, leur psychohygiène, leur développement personnel et leur „sagesse clinique“.*

## **8. Réflexions finales sur une „analyse multidimensionnelle“, „des discours multithéoriques“, „des modèles multipraxéologiques“ et „un travail multiméthodique“ en thérapie intégrative :**

Le présent travail avait pour objectif la présentation de la „thérapie intégrative“ en tant que „thérapie pour l'être humain“, dans le travail au sein du domaine des addictions ainsi que la focalisation sur **1. la théorie, 2. la pratique clinique et 3. l'expérience de Soi** (en formation et en traitement) et cela seul est déjà une entrée en matière d'un „**point de vue multidimensionnel**“. Nous avons d'abord présenté des concepts théoriques centraux dans les remarques préliminaires détaillées „sur les positions, les développements et les expériences“ afin d'exposer encore une fois ce que ces deux œuvres démontrent dans leur ensemble: „**Des discours multithéoriques**“ sont nécessaires afin de pouvoir appréhender des pathologies et des situations de vie complexes ; et des „formes de travail trans-scolaires, **multipraxéologiques** et **multiméthodiques**“ sont nécessaires afin de pouvoir créer une réalité de vie de manière constructive. Ceci a été décrit dans l'intitulé de ce texte à titre exemplaire : Des perspectives épistémologiques, développementales, neurologiques et agogiques devaient être abordées pour la thérapie et la formation, leur dénominateur commun étant „*l'expérience complexe*“ en tant qu'„*apprentissage personnel et commun à plusieurs niveaux*“. Nous avons commencé par un niveau essentiel, ceci dit le niveau-méta (1<sup>ère</sup> partie), la philosophie de la formation, et nous comprendrons aisément qu'il s'agit là aussi du fondement de toute action thérapeutique, à savoir d'un „travail de développement cocreatif“ sur une base multithéorique. Dans la 2<sup>ème</sup> partie nous avons abordé un autre niveau, fréquemment négligé : le *cadre institutionnel*. Aucune mesure de formation et thérapeutique n'a lieu en dehors de contextes institutionnels. C'est pour cette raison que la thérapie doit tenir compte du contexte clinique et de son système et que la formation doit tenir compte du contexte de l'établissement d'enseignement et du système d'enseignement - et ceci tant au niveau théorique qu'au niveau pratique. Ces mesures encadrent des *processus de socialisation*, et nous devons considérer le travail d'enseignement et la thérapie dans le cadre de ces derniers, alors même qu'ils ont des accentuations différentes. La 3<sup>ème</sup> partie montre qu'une construction théorique et des structures institutionnelles déterminent les

méthodologies de changement, les formes d'apprentissage, et ceci dans des processus d'apprentissage agogiques aussi bien que thérapeutiques : L'apprentissage tout au long de la vie en tant que modèle de développement (4<sup>ème</sup> partie) et l'apprentissage en tant que processus d'assimilation holographique dans une relation interpersonnelle, porté par une „*compétence empathique*“ réciproque (5<sup>ème</sup> partie). Nous avons systématiquement maintenu une argumentation **multithéorique** dans ces textes et ceci vaut également et particulièrement pour nos remarques dans la 6<sup>ème</sup> partie au sujet des „aspects neurobiologiques“ de l'enseignement et de l'apprentissage, du fait d'offrir une thérapie à quelqu'un et d'être à son tour en thérapie, car nous avons souligné ce qui suit : il s'agit toujours de processus „*on the brain and on the subject level*“, de perspectives neurobiologiques et théorico-subjectives dans leur raccordement. L'un ne va pas sans l'autre ! La 7<sup>ème</sup> partie place la discussion exposée jusque là dans son contexte et la replace au sein des développements actuels dans le champ de la psychothérapie et de la recherche en psychothérapie. Deux approches apparentées, car les deux font partie du „**nouveau paradigme intégratif**“ (Petzold 1992g), et en même temps différentes (7.1), sont comparées en raison de l'intérêt pour la connaissance et non pas en raison d'un conflit entre écoles : L'„**approche intégrative** en tant que *thérapie du corps et du mouvement orientée sur la psychologie, la sociologie et la neurobiologie*“ (Petzold 1988n, 2003a) et le **modèle intégratif** d'une „**psychothérapie générale** en tant que *psychothérapie psychologique et neuropsychothérapie*“ (Grawe 1998, 2004). Du point de vue de l'*approche psychothérapeutique* clinique-praxéologique, les deux écoles ont plus de convergences que de divergences, même si elles ont des points de départ différents. Du point de vue de l'approche métathéorique, correspondant à l'orientation anthropologique, une comparaison directe n'est pas possible puisque Grawe n'a pas développé son modèle théorique à ce sujet. Une comparaison basée sur des paramètres indirects nous paraît problématique, car de par son accentuation sur la recherche nomothétique, d'aucune conclusion ne devrait être tirée sur sa conception de l'être humain. Il ne l'avait pas explicité jusqu'à présent, car il avait mis des accents de travail différents dans sa carrière en tant que chercheur et praticien clinique, que par exemple Petzold. Il est toutefois évident que Grawe était engagé pour les êtres humains, qu'il considérait ses patient(e)s en tant que partenaires et qu'il se souciait de leur bien-être dans une orientation altruiste, sans geste de supériorité, tel qu'il peut être observé dans le modèle *freudien* d'une „*inégalité structurelle*“ au sein de la relation entre l'analyste et l'analysant. Dans ce texte, nous avons ensuite présenté de façon différentielle des stratégies de traitement de la „*thérapie intégrative*“ avec leurs concepts théoriques fondateurs (7.2 – 7.3) et ceux-ci montrent aussi : une *analyse multidimensionnelle* différenciée et un ensemble de *discours multithéoriques* sont l'étayage d'une forme *multipraxéologique et pluriméthodique* d'un travail engagé avec les êtres humains dans une orientation clinique-curative et encourageant le développement. Pour ce qui concerne le champ hautement complexe du travail avec des personnes souffrant d'addictions, ces dernières se trouvant souvent dans des états de santé catastrophiques, et pour ce qui concerne leurs réseaux sociaux souvent endommagés et leurs situations de vie majoritairement précaires voire désastreuses, les formations théoriques à voie unique des écoles de thérapie traditionnelles sont beaucoup trop étroites. Elles ne peuvent pas offrir un cadre théorique suffisamment large pour couvrir cette problématique multidimensionnelle – un coup d'œil sur la littérature spécifique aux écoles montre cette limitation, et un coup d'œil sur les conditions du champ pratique indique la nécessité de **concepts multithéoriques et intégratifs**. Pour ce qui est de la praxéologie, nous n'avancions pas non plus avec les approches traditionnelles de la psychothérapie, dans le traitement, l'encadrement, l'accompagnement et l'organisation du processus/de la gestion de cas (Petzold 2005r), car la psychothérapie, le travail social et des mesures d'enseignement doivent s'emboîter, comme cela fût déjà reconnu et pratiqué dans les *modèles intégratifs multipraxéologiques* précoces (Petzold 1974b). Seule une *approche intégrative pluriméthodique* et dans l'intérêt des patient(e)s semble adéquate, au vu des différenciations indispensables dans le traitement de personnes avec des troubles, des comorbidités et des modèles de santé et de maladie très différents. Dans la pratique, nous visons cela à travers la coopération dans des équipes multiprofessionnelles, où les collaborateurs sont souvent formés dans des méthodes différentes, ce qui peut être une chance, mais ce qui peut également être source de problèmes, à moins que des coopérations intégrantes et plus vastes n'apparaissent – ces dernières restent souvent fragiles. L'„**approche intégrative**“, telle qu'elle a été présentée en théorie, en praxéologie, en pratique et en recherche dans les deux volumes présents et dans cette conclusion finale, apporte donc une „*contribution au champ global*“ de la thérapie des addictions, avec ses concepts **multithéoriques**, ses modèles **multipraxéologiques** et ses procédés **pluriméthodiques** : pour des personnes en détresse, pour des collègues dans des situations pratiques difficiles, pour des institutions disposant de ressources limitées – au-delà de tout conflit entre écoles. C'est ainsi en tout cas que nous entendons notre travail et notre approche d'une „*thérapie intégrative*“. Nous espérons qu'elle puisse offrir du soutien et des inspirations fructueuses.

**Résumé: Les positions épistémologiques, neurologiques et agogiques de la "thérapie intégrative" en tant que "thérapie du développement" Fondements pour l'expérience personnelle en formation thérapeutique, en supervision et en thérapie - -Théorie, Méthodologie, Recherche**

La „thérapie intégrative“ est une forme moderne de psychothérapie au sein du „nouveau paradigme intégratif“ et orientée sur le modèle d'une „psychologie du développement clinique du lifespan“. Ses positions et concepts centraux, essentiels pour le traitement de patients mais aussi pour la formation de psychothérapeutes, sont présentés dans ce texte sous forme compacte. Au centre de nos réflexions se situe un concept différentiel et complexe d'„expérience de Soi“, ces réflexions étant d'une grande importance tant au niveau des processus de changement d'un traitement clinique qu'au niveau des processus de développement personnel des thérapeutes. Nous esquissons les positions agogiques, psychologiques, thérapeutiques et neurobiologiques, y compris la „théorie intégrative de l'apprentissage“ et des concepts concernant la socialisation professionnelle, importants pour la thérapie et les processus de développement, et nous les discutons en termes des développements pertinents dans le champ de la psychothérapie moderne.

**Mots-clés:** Thérapie intégrative, Expérience de Soi complexe, éducation psychothérapeutique, neurobiologie

**Zusammenfassung: Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ - Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung**

Die „Integrative Therapie“ ist eine moderne Form der Psychotherapie im „neuen Integrationsparadigma“ ausgerichtet an einem Modell „klinischer Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“. Ihre Grundpositionen und -konzepte, wie sie für die Patientenbehandlung aber auch für die Ausbildung von PsychotherapeutInnen wesentlich sind, werden in diesem Text in kompakter Form dargestellt. Ein differentielles und komplexes Konzept der „Selbsterfahrung“ steht im Zentrum unserer Überlegungen, weil diese sowohl in den Veränderungsprozessen klinischer Behandlung als auch in den Entwicklungsprozessen der TherapeutInnenpersönlichkeit von großer Bedeutung ist. Es werden die agogischen, psychologischen, therapeutischen, neurobiologischen Positionen - eingeschlossen die „integrative Lerntheorie“ und Konzepte zur professionellen Sozialisation -, die für Therapie und Entwicklungsprozesse bedeutsam sind, umrissen und in Bezug auf relevante Entwicklungen im Feld moderner Psychotherapie diskutiert.

**Schlüsselwörter:** Integrative Therapie, komplexe Selbsterfahrungen, Psychotherapie, Ausbildung, Neurobiologie

**Summary: Critical positions from epistemology, developmental psychology, neurobiology and agogics of “Integrative Therapy” as a “developmental therapy” – Foundation of Self Experience in psychotherapy training, supervision and therapy – Theory, Methodology, Research**

"Integrative Therapy" is a modern form of psychotherapy within the "new integration paradigm", based in "clinical lifespan developmental psychology". Basic positions and concepts of which are important as well for the treatment of patients as for the training of psychotherapists are presented in condensed form. A differentiated and complex concept of "selfexperience" is placed in the center of our reflexions, because it is crucial for the process of change in clinical treatment but also in the developmental processes of the therapist's personality. The agogical, psychological, therapeutic and neurobiological positions - including the concepts of the integrative learning theory, concepts of professional socialization - that are important for therapy and developmental processes are delineated and discussed in respect to relevant developments in the field of modern psychotherapy.

**Keywords:** Integrative Therapy, Complex Selfexperience, Psychotherapy Education, Neurobiology

## Literatur:

- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., Clements, C. M. (1990): Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorder: A Helplessness-Hopelessness perspective. In: Manser, J. D., Cloninger, C. R. (1990): Comorbidity of mood anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press.
- Anokhin, P. K. (1967): Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena.
- Anokhin, P. K. (1978): Beiträge zur allgemeinen Theorie des funktionellen Systems. Jena.
- Antonowsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health. London: Jossey Bass.
- Andreas-Siller, P. (1999): Kinder und Alltagsdrogen - Suchtprävention in Kindergarten und Grundschule. Graduiierungsarbeit an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, pp. Ausbildungszweig: Soziotherapie. Hückeswagen.
- Baltes, P.B. (1987): Theoretical propositions of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline, *Developmental Psychology* 23, 611-626.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., Lipsitt, L.P. (1980): Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology* 31, 65-110.
- Baron-Cohen, S. (2003): Vom ersten Tag an anders. Olten: Walter.
- Baumann, U. (1999): Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Grundlage der wissenschaftlichen Psychologie. In: Petzold, Märtens (1999): 45-62.
- Baxter, L.R., Scharz, J. M., Bergmann, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Mazziotta, J. C., Alzrajki, A., Selin, C.E., Fering, H. K., Munford, P., Phelps, M. E. (1992): Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch. General Psychiatry* 46, 681-689.
- Beck, A.T. (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.
- Beek, P.J. (1989): Juggling dynamics. Amsterdam: Free University Press.
- Beelmann, A., Hamm, G. (1999): Psychotherapieforschung aus der Sicht der Praxis: Rezeption, Bedeutung, Kritik, Erwartungen. In: Petzold, Märtens (1999) 63-80.
- Berger, K. (1999): Wie kann Gott Leid und Katastrophen zulassen? Gütersloh.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994 eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition). New York: Wiley.
- Bernstein, N. A. (1975): Bewegungsphysiologie. Leipzig
- Berthoz, A. (2000): The brain's sense of movement, Cambridge, London: Harvard University Press.
- Bischof-Köhler, D. (2002): Von Natur anders. Die Psychologie der Geschlechtsunterschiede. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bloem, J., Moget, P., Petzold, H. G. (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? - Forschungsergebnisse - Modelle - psychologische und neurobiologische Konzepte, *Integrative Therapie* 1-2, 101-149.
- Böning, J. (2002a): Neurobiologie und Klinik des Suchtgedächtnisses - vom Konstrukt zur Therapie. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C.: Alkohol, Nikotin, Kokain...und kein Ende? Lengerich: Pabst.
- Böning, J. (2002b): Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und -behandlung am Beispiel des "Suchtgedächtnisses".  
In: Fachverband Sucht e.V. Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen. Geesthacht: Neuland.
- Botton, de, A. (2000): Les consolations de la philosophie. Paris. Mercure de France.
- Bourdieu, P. (1973): Grundlagen einer Theorie der symbolischen Gewalt. Frankfurt: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1980): Les sens pratique, Editions de Minuit, Paris 1980.
- Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Bourdieu, P. (1998): Gegenfeuer. Konstanz: Konstanzer Universitätsverlag.
- Brines, R., Hoffman-Goetz, L., Klarlund-Pedersen, B. (1996): Can you exercise to make your immune system fitter? *Immunology Today* 6, Vol. 17, 252-254.
- Brown, G.W., Harris, T. (1978): Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women, New York: Free Press.
- Brühlmann-Jecklin, E. (1996): Der „vierte Weg der Heilung“ am Beispiel der Flüchtlingsarbeit, *Integrative Therapie* 1, 19-34.
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 2004.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil

- der Therapeuten, *Gestalt und Integration* 2, 448-466.
- Bubolz, E. (1983): Bildung im Alter, Freiburg: Lambertus.
- Bürmann, J. (1992): Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze eines persönlich bedeutsamen Lernens, Bad Heilbrunn.
- Buss, D.M. (1999): Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A., (1999): Integrative Psychotherapie bei Angststörungen, Bern: Hans Huber.
- Clark, A. (1997): Being There. Putting Brain, Body, and World Together Again. Cambridge MA: MIT Press.
- Clark, A. (1999): An Embodied Cognitive Science? *Trends in Cognitive Sciences* 3 (9): 345-51.
- Canguilhem, G. (1965): La connaissance de la vie. Paris: Vrin, 1992 .
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1975): Pet-facilitated Psychotherapie in a Hospital Setting, in *Current Psychiatric Therapies*. Oxford/New York/Toronto.
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1980): Pet Animals as Nonverbal Communication Mediators in Psychotherapy in Institutional Settings. In: *Ethology & Nonverbal Communication in Mental Health*, Oxford/New York/Toronto/Sydney.
- Daffertshofer, A., Peper, C.E., Beek, P.J. (2000): Spectral analyses of event-related encephalographic signals. *Phys. Lett. A* 266, 2000, 290-302.
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen, Berlin: Reimer.
- Davidson, R. J. ((2000): Affective Style, Psychopathology, and Resilience: Brain Mechanisms and Plasticity. *American Psychologist* 55, 1196-1214.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., Kalin, N. H. (2000): Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin* 126, 890-906.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., Putnam, K. (2002): Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. *Annual Review of Psychology* 53, 545-574.
- Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Böhlau.
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft, Frankfurt: Suhrkamp.
- Dobson, K.S., Craig, K.D. (1998): Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Dobson, K.S., Shaw, B.F. (1988): The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consult. Clinical Psychology* 56, 673-680.
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003b): Hilflosigkeit, Kontrolle, Bewältigung - Kernkonzepte und Materialien für die Supervision. Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - *SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 12/2003
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003c): Kausalattribution und Kontrollüberzeugung und deren Bedeutung für die Supervision. - Bei [www.fpi-publikationen.de/supervision](http://www.fpi-publikationen.de/supervision) - *SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 13/2003.
- Eickelpasch, R., Rademacher, C. (2004): Identität. Bielefeld: transcript Verlag.
- Epstein, S. (1979): Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie, in: *Filipp* (1979a) 15-46.
- Epstein, S. (1993): Implications of cognitive-experiential self-theory for personality and developmental psychology. In: *Funder, D.C., Parke, R.D., Tomlinson-Keasey, C., Widaman, K.*: Studying lives trough time: Personality and development. Washington: American Psychological Association. S. 399-438.
- Epstein, S., Morling, B. (1995): Is the self motivated to do more than enhance and/or verify itself? In: *Kernis, M. H.*: Efficacy, Agency, and self-esteem. New York: Plenum Press, S. 9-29.
- Faltermajer, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P. (1992): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Stuttgart: Kohlhammer.
- Feltham, C. (ed.) (1999): Understanding the Counselling Relationship. London: Sage.
- Ferenczi, S. (1985): *Journal clinique*, Paris: Payot, 1985; dtsh. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, S. Fischer, Frankfurt 1988.
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.H. (1979): Selbstkonzeptforschung, Stuttgart: Klett.
- Filipp, S.H. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, E.P., Wiegand, K. (2003): Evolution. Geschichte und Zukunft des Lebens.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern: Huber.
- Fletcher, P., Happé, F., Frith, U., Baker, S.C., Dolan, R.J., Frackowiack, R.S.J., Frith, C.D. (1995): Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition* 57, 109-128.
- Florensky, P. (1993): Meinen Kindern. Erinnerungen an die Jugend im Kaukasus. Stuttgart.
- Florenskij, P. (1993a): Denken und Sprache. Berlin: editionKONTEXT.
- Florenskij, P. (1994) An den Wasserscheiden des Denkens. Berlin: editionKONTEXT.

- Florenskij, P. (1997): Raum und Zeit. Berlin: editionKONTEXT.
- Foucault, M. (1984b): Eine Ästhetik der Existenz, in: Foucault, M., Von der Freundschaft. Michel Foucault im Gespräch, Berlin: Merve, S. 133-41.
- Foucault, M. (1996): Diskurs und Wahrheit. Die Berkely Vorlesungen, Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P., München: Diederichs.
- Frank, T.D., Daffertshofer, A., Peper, C.E., Beek, P.J., Haken, H. (2000): Towards a comprehensive theory of brain activity: Coupled oscillator systems under external forces. *Physica D* 144, 2000, 62-86.
- Freeman, W.J. (1995): Societies of Brains. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Freeman, W.J. (1996): Three centuries of category errors in studies of the neural basis of consciousness and intentionality. *Neural Networks* 10, 1175-83.
- Freeman, W.J. (1999): How Brains Make Up Their Minds. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Freeman, W.J. (2000): Neurodynamics. An Exploration of Mesoscopic Brain Dynamics. London: Springer-Verlag.
- Fried, J. (2004): Der Schleier der Erinnerung. Grundzüge einer historischen Memorik. München: C. H. Beck.
- Frühmann, R. (1985): Frauen und Therapie, Paderborn: Junfermann.
- Frühmann, R., Petzold, H.G. (1993): Lehrjahre der Seele, Paderborn: Junfermann.
- Gabbard, G. O. (2000): A neurobiological informed perspective on psychotherapy, *British Journal of Psychiatry* 177, 117-122.
- Gabbard, G.O., Kay, J. (2001): The fate to integrative treatment: Whatever happenend to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry* 158, 1956-1963.
- Garnezy, N. (1985): Stress resistant children: The search for protective factors, in: Stevenson, J. (ed.), Recent research in developmental psychopathology, Oxford: Pergamon Press, 1985, 213-234.
- Gazzaniga, M. S. (2000): The Cognitives Neurosciences. Cambridge: MIT Press.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B., Mangun, G.R. (1998): Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind. New York, London: WW Norton & Co.
- Gebhardt, M., Petzold, H.G. (2005): Die Konzepte "Transversalität" und "Mehrperspektivität" und ihre Bedeutung für die Integrative Supervision und das Integrative Coaching. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005.
- Gibson, J. J. (1979): Senses considered as perceptual systems, Boston: Houghton Mifflin.
- Gibson, J.J. (1979a): The ecological approach to visual perception, Boston: Houghton Mifflin; dtsh. Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
- Gibson, J. J. (1982): The concept of affordance in development: The renaissance of funcionalism, in: Collins, N.A., The concept of development Hillsdale: Elbaum.
- Granzow, S. (1994): Das autobiographische Gedächtnis. Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven. Berlin, München: Quintessenz.
- Grawe, K. (1992): Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6, 22-28.
- Grawe, K. (1997): Research informed psychotherapy, *Psychotherapy Research* 7, 1-19.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe; americ. Ausg, Psychological Psychotherapy: Seattle, Toronto: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeuten Journal* 1, 4-10.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Greiffenhagen, S. (1993): Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung. München: Droemer Knauer Verlag.
- Hadot, P. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1981): Exercices spirituels et la philosophie antique. Paris. Etudes Augustiniennes; 3. erw. Aufl. 1993.
- Hadot, P. (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P. (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Haken, H. (1996): Principles of brain functioning. A synergetic approach to brain activity, behavior, and cognition, Berlin: Springer.
- Haken, H. (2003):
- Haken, H., Haken-Krell, M. (1997): Gehirn und Verhalten, Stuttgart: DVA.
- Hass, W. Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Verfahren. In: Petzold, Märtens (1999a), 193- 272. Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): Bewegt sein. Paderborn: Junfermann.
- Hebb, D.O. (1949): The organisation of behavior. A neurophysiological theory, New York: John Wiley.
- Heimannsberg, B. (1988): Schuld und Schuldgefühle in der klassischen Gestalttherapie und der Integrativen

- Therapie, *Integrative Therapie* 2-3, 183-198.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A.* (2004): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Holzapfel, G.* (2002): Leib, Einbildungskraft, Bildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Holzapfel, G.* (2005) Integrative Pädagogik im Kontext von Diskursen zur Humanistischen Pädagogik. Chancen, Grenzen, Weiterentwicklungsmöglichkeiten. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2005).
- Hurrelmann, K.* (1995): Einführung in die Sozialisierungstheorie. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Kolip, P.* (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Ulich, D.* (1991): Neues Handbuch der Sozialisierungsforschung. Weinheim: Beltz.
- Huth, W.* (1995): Flucht in die Gewißheit. Fundamentalismus und Moderne. München: Claudius.
- Hüther, G.* (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G.* (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- Hüther, G.* (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- Hüther, G., Adler, L., Rüter, E.* (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, 2-17.
- Hüther, G., Rüter, E.* (2003): Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlungen. In: *Schipek* (2003) 224-234. *Jakob-Krieger, C., Dreger, B., Schay, P., Petzold, H.G.* (2004): Mehrperspektivität - ein Metakonzepit der Integrativen Supervision. Zur "Grammatik" - dem Regelwerk - der mehrperspektivischen, integrativen Hermeneutik für die Praxis. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 1/2004.
- Jäckel, B.* (2001): Motive und Motivation als Grundlage menschlichen Verhaltens. Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie* 1, 145.
- Janet, P.* (1889): L'automatisme psychologique, Paris: Alcan.
- Janet, P.* (1919) Les médications psychologiques, 3 Bde., Paris : Alcan.
- Jüster, M., Petzold, H. G.* (2004): Niklas Luhmann - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2004 und bei *Stumm, G.* et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C.* (1980): Convoys over the life-course: Attachments, roles and social support, In *P. B. Baltes & O. Brim* (Hg.): *Life-span development and behavior*, Vol. 3 (253-286). New York: Academic Press.
- Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N.* (1999): Well-Being: The foundation of hedonic psychology. New York: Russel Sage Foundation.
- Kalverboer, A.F., Genta, M.L., Hopkins, J.B.* (1999): *Developmental Psychology*: Amsterdam: Kluwer Academic Publishers.
- Kalverboer, A.F., Hopkins, B., Geuze, R.* (1993): Motor development in early and later childhood. Longitudinal approaches, New York: Cambridge University Press.
- Kandel, E.R., Hawkins, R.D.* (1992): The biological basis of learning and individuality, *Scientific American* 267, 78-86.
- Kelso, J.A.S.* (1995): *Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior*. Cambridge MC.: MIT Press.
- Kennair, L. E. O.* (2004): *Evolutionspsykologi. En innføring i menneskets natur*. Trondheim: Akademisk Forlag.
- Keupp, H.* (1999): *Identitätskonstruktionen*. Reinbek: Rowohlt.
- Kiesewetter, H.* (1996): *Industrielle Revolution in Deutschland 1815-1914*. Frankfurt am Main.
- Kohli, M.* (1986): Gesellschaftszeit und Lebenszeit. Der Lebenslauf im Strukturwandel der Moderne, in: *Berger, J.* (Hrsg.), *Die Moderne - Kontinuitäten und Zäsuren. Sonderband 4, Soziale Welt*, Göttingen 1986, 183-208.
- Kriz, J.* (1999): Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie. In: *Petzold, Märtens* (1999) 273-284.
- Kriz, J.* (2002): Monoklone Therapeuten für Monoklone Symptomträger. *Psychoskop* 1, 8-11.
- Kritz, J.* (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Zürich: *Punktum. SBAP*.
- Krohn, W., Küppers, G.* (1992): *Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kühn, R., Petzold, H.G.* (1992): *Psychotherapie & Philosophie*, Paderborn: Junfermann.
- Laireiter, A.-R.* (2000): *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - empirische Befunde*. Tübingen: dgvt Verlag.

- Laireiter, A.-R. (2002): Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von TherapeutInnen in der Psychotherapie. In: *Märtens, Petzold* (2002) 384- 412.
- Laireiter, A.-R., Elke, G. (1994): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A., Vogel, H. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt.
- Lambert, M. J. (2004): Bergins and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Ogles, B. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: *Lambert* (2004) 139-193.
- Landes, D. S. (1983): Der entfesselte Prometheus. Technologischer Wandel und industrielle Entwicklung in Westeuropa von 1750 bis zur Gegenwart. München.
- Lehr, U., Thomae, H. (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), Stuttgart: Enke.
- Leitner, A., Märtens, M., Petzold, H. G., Telsemeyer, P. (2004): Die Qualität von „Psychotherapeutischer Medizin“ - eine Evaluationsstudie in der psychotherapeutischen Weiterbildung im Methodenvergleich. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2004
- Leitner, E. Ch., Petzold, H. G. (2004): Pierre Bourdieu - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2004 und bei *Stumm, G. et al.* (2004): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Lévinas, E. (1963): La trace de l'autre. Paris. dtsh. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Loftus, E.F. (1996): Eyewitness testimony, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. [1. Aufl. 1979].
- Loftus, E.F., Hoffmann, H.G. (1989) Misinformation and memory: The creation of new memories, *Journal of Experimental Psychology* 118, 100-104.
- Lopez-Frank, U., Veith, A., Willutzki, U. (1999): Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Behandlung in der privaten Praxis. In: *Petzold, Märtens* (1999) 97-114.
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese. Mit einem Vorwort von H. Petzold. München: Reinhardt.
- Luhmann, N. (1968): Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen, Tübingen: Mohr.
- Luhmann, N. (1992): Beobachtungen der Moderne. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lurija, A. R. (1978): Zur Stellung der Psychologie unter den Sozial- und Biowissenschaften. *Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge* 31 (1978) 640-647.
- Lurija, A. R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Lurija, A. R. (1993): Romantische Wissenschaft. Reinbek: Rowohlt.
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): Was ist Evidence Based Psychotherapy? *Integrative Therapie* 1-2, 11-28.
- Mace, C., Moorey, S., Roberts, B. (2000): Evidence in the Psychological Therapies. London: Brunner-Routledge.
- Mansfeld, J. (1987): Die Vorsokratiker. Griechisch/Deutsch, Stuttgart: Reclam.
- Maturana, H.R. (1981): Erkennen: die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig: Vieweg.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen - die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens, Bern: Scherz.
- Märtens, M., Leitner, A., Steffan, A., Telsemeyer, P., Petzold, H. G. (2002): Qualitätssicherung in der Weiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ in Niederösterreich. Abschlußbericht für das von der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit im Auftrag der Niederösterreichischen Ärztekammer durchgeführte Forschungsvorhaben. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Auch in: *Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamik in der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität Krems, S. 357-429.
- Märtens, M., Merten, P., Petzold, H.G. (1998b): Tätigkeitsfelder und Arbeitsbedingungen Integrativer Therapeuten - eine empirische Bestandsaufnahme. In: *Petzold* (1998h) 483-502.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie* 1, 7-44.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1995b): *Petzold* Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 345-394.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos "Wirkfaktoren" oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Märtens, M., Petzold, H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.

- Märtens, M., Leitner, A., Steffan, A., Telsemeyer, P., Petzold, H. G. (2002): Qualitätsicherung in der Weiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ in Niederösterreich. Abschlußbericht für das von der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit im Auftrag der Niederösterreichischen Ärztekammer durchgeführte Forschungsvorhaben. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Auch in: Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamik in der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität Krems, S. 357-429.
- Marquard, O. (1987): Transzendentaler Idealismus, Romantische Naturphilosophie, Psychoanalyse, Köln: Dinter Verlag f. Philosophie.
- McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.
- Merleau-Ponty, M. (1942): La structure du comportement, Paris: Gallimard; Übers. Waldenfels, B., Struktur des Verhaltens, de Gruyter, Berlin 1976.
- Merleau-Ponty, M. (1945): Phénoménologie de la perception, Paris: Gallimard,; dtsh Phänomenologie der Wahrnehmung, De Gruyter, Berlin 1966.
- Merzenich, M. M., Kaas, J. H., Wall, J., Nelson, R. J., Sur, M., Felleman, D. (1983): Topographic reorganization of somatosensory cortical areas 3b and 1 in adult monkeys following restricted deafferentiation. *Neuroscience* 8, 33-55.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995/1996): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. 2 Bd. Paderborn: Junfermann.
- Mierke, K. (1955): Wille und Leistung, Göttingen Hogrefe.
- Moreno, J.L. (1923): Der Königsroman. Wien: Anzengruber.
- Moreno, J.L. (1951): Sociometry. Experimental method and the science of society, Beacon House, Beacon; dtsh. Soziometrie als experimentelle Methode, Junfermann, Paderborn 1981.
- Moreno, J.L. (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Stuttgart: Thieme, 2. Aufl. 1973.
- Moscovici, S. (1979): Sozialer Wandel durch Minoritäten, München: Urban & Schwarzenberg.
- Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology, New York: New York University Press.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003 und in Petzold (2004) 108-154.
- Mysterud, I. (2003): Mennesket og moderne evolutionsteori. Oslo: Gyldendak Akademisk.
- Nestmann, F. (Hrsg.) (1997). Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Neuenschwander, B. (2003): Gerechtigkeit in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 29, 65-90.
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.) (1992): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Nuñez, R. Freeman, W. J. (1999): Reclaiming Cognition: The Primacy of Action, Intention and Emotion. New York: Imprint Academic
- Oeltze, H.-J., Ebert, W., Petzold, H. G. (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis - eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm): SUPER ISION: *Theorie - Praxis - Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2002
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie, Ein Lehrbuch, Weinheim: Beltz/PsychologieVerlagsUnion.
- Orlinsky, D. (1999): Learning from many masters. In: Petzold, Märtens (1999) 31-43.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K. (1994): Process and outcome in psychotherapy, in: Bergin, Garfield (1994) 270-376.
- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1986): A generic model of psychotherapy, *J. of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 6, 6-27; dtsh. *Integrative Therapie* 4 (1988) 281-308.
- Orlinsky, D. E., Roennestadt, M. H., Willutzki, U., (2004): Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: Lambert (2004)307-390.
- Orth, D., Petzold, H. G., Zunker, S. (2005): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG -dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem 1999 - 2004. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg./2005
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe, In: Petzold, Sieper (1993a) 371-384.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit - Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm): POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 15/2002, auch in *Integrative Therapie* 4, 2002, 303-324.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: Petzold, Sieper (1993a)

- Orth, I., Petzold, H.G. (1995b): Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S. (Hrsg.). (1998): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB), S. 183-199.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, Schay, Ebert (2004) 297-342 und in *POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2004.
- Orth, I., Petzold, H.G. & Sieper, J. (1999a): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth (1999a) S. 269.334.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. 2. Aufl.)
- Osten, P. (2005): Klinische Entwicklungsparadigmen als praxeologische Grundlage für ätiologische Diagnostik und Interventionsplanung in der Integrativen Therapie, in: Sieper, Orth, Schuch (2005).
- Otte, H. (2002): Mögliche Risiken und Nebenwirkungen in der Integrativen Therapie. Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen, in: Märtens, Petzold (2002)181-215.
- Oyama, S. (1985): *The Ontogeny of Information*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Perrig, W., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): *Unbewusste Informationsverarbeitung*, Bern: Huber.
- Petry, N. M. (2001): The need for combining pharmacotherapy and psychotherapy in treating substance abuse and gambling disorders. *Benefit Trends* 13, 4-5, 7-11.
- Petzold, H.G., 1965. Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a) 11-30
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der Autoindustrie in der BRD und in Frankreich. Genese, Diagnose, Therapie, Thèse de Licence, Paris.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1968c): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Ijine Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974b).
- Petzold, H. G., (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- Petzold, H.G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, , in: G. Birdwood, Willige Opfer, Rosenheim: Rosenheimer Verlag, S. 212-245.
- Petzold, H.G. (1972a, Hrsg.) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*, Junfermann, Paderborn. 2. überarbeitet und erweitert in 1977h
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G., 1972g. Curriculum zur psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Zusatzausbildung im Bereich der Suchtkrankenhilfe, Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Kassel, (mimeogr.). Teilweise abgedruckt in: Petzold (1974b) 473-502.
- Petzold, H.G. 1973a. *Gestalttherapie und Psychodrama*, Nicol, Kassel.
- Petzold, H.G. (1973g): Die spektrometische Methode in der Psychotherapie und psychologischen Gruppenarbeit. *Zeitschr. f. klinische und Psychol. Psychotherapie* 2, 110-128.
- Petzold, H.G. (1974b): (Hrsg.). *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen*, Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3.Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983, 4. Aufl. 2003.
- Petzold, H.G. (1974j): (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., 1975h. *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn. Petzold, H.G. (1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69
- Petzold, H.G. (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Paderborn: Schöningh, S. 89-112.
- Petzold, H.G. (1982): *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1982l): Over de opleiding van dynamisch georiënteerde bewegingstherapeuten, *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 1 (1982) 29-48; dtsh. (1983i): Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, *Gruppendynamik* 1, 1-84; repr. in (1988n/1996a) 583-600.

- Petzold, H.G. (1983d): (Hrsg.). Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1984a, Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer, erw. Aufl. (2004a).
- Petzold, H.G., 1985g (Hrsg.). Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., (1987g): Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1, 120-124.
- Petzold, H.G., (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen - Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens - , Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen, *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn. Überarb. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G. (1991l): Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe, Eröffnungsvortrag auf dem 14. Bundeskongreß, 10.-13. Juni 1991, FDR, in: Was hilft! Grundhaltung - Menschenbild - Konzepte, Fachverband Drogen und Rauschmittel, Braunschweig 1992, 16-41, und in: *Gestalt und Integration* 1, 1994, 7-32.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992d): Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer "mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie", *Integrative Therapie* 1/2, 1-10.
- Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: (1992a): Bd. II, 2. S. 649-788; (2003a) S. 515 - 606.
- Petzold, H.G. (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040; (2003a) S. 701 - 1037:
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993e): Integrative Therapie mit depressiven Patienten, Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. in Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050.
- Petzold, H.G. (1994b): Mut zur Bescheidenheit. In: *Standhardt, R., Löhmer, C.* (1994): Zur Tat befreien: Gesellschaftspolitische Perspektiven der TZI-Gruppenarbeit. Mainz: Matthias Grünewald. 161-169.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Hermer, M.* (Hrsg.). (1995): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, H.G., (1994f): Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive, Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993, Dokumentation 1994 und in *Gestalt* (Schweiz) 24, 1995, 4-21.
- Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1994q): Entwicklungsorientierte Psychotherapie - ein neues Paradigma, in: *Petzold* (1994j) 13-24.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II. In: *Metzmacher, Petzold* (1996) 143-188.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“, der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2/3 (1996) 319-349

- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: *Sticht, U.* (Hrsg.) Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne, *Gestalt* (Schweiz)34, 43-46.
- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In *Petzold, Orth* (1999a) S. 393-400.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - 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; Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. FPI-
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in *Petzold, Wolf et al.* 2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie - Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ - Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416. FPI-
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und "Überwindung" - Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002)
- Petzold, H.G. (2001o): Der Chartaprozess - die „Charta-Wissenschaftscolloquien“ 2000 - 2001 - Ausgewählte Texte. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 09/2001.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie - Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2004.
- Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002, auch in *Integrative Therapie* 1/2003, 27 - 64.
- Petzold (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002) Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50.
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- Petzold; H.G. (2004d): Paul Ricoeur - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2004 und bei *Stumm, G. et al.* (2004): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Petzold, H. G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie, in: *Hermer, M.*, Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt
- Petzold, H. G. (2004i): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" - ein nicht-exponierender,

- leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004.
- Petzold, H. G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie - Lebenshilfe - Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Petzold, H.G. (2005c): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften - zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen, in: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2005
- Petzold, H. G. (2005g): "Beratung" als Disziplin und Praxeologie zum Umgang mit subjektiven Theorien und ihren kollektiven Hintergründen in der modernen Wissensgesellschaft. *Beratung Aktuell* 1, 4-21.
- Petzold, H. G. (2005i): Therapieforchung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen. In: Petzold, Schay, Scheiblich (2005).
- Petzold, H. G. (2005r): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosozialökologisches" Modell - Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. In: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2005
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der,(1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Brown, G. (1977): (Hrsg.) Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Bubolz, E. (1976a): (Hrsg.) Bildungsarbeit mit alten Menschen. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999/2001): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung" - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Erw. und überarbeitet 2001, in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: *Theorie - Praxis - Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2001
- Petzold, H. G., Engemann, K., Zachert, D. (2005): Effektive Performanz. Komplexes Lernen in Supervision und Coaching. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M. (1998c): EAG. Bericht des Forschungsinstituts an der Europäischen Akademie. In: Petzold (1998a) 503-534.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention" bei Traumabelastungen und Suchtproblemen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2003 und bearb. in: Petzold, Schay, Scheiblich (2005).
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1991): Protektive Faktoren - eine positive Betrachtungsweise in der klinischen Entwicklungspsychologie, Faculty of Human Movement Sciences, Dep. Movement Education, Clinical Movement Therapy, erw. in: Petzold, Sieper (1993a) 173-266 und in: Petzold (1993c) 345-497.
- Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen, *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin* (Österr.) 1/1999 (S. 32.39) u. 2/1999 (S. 30-35).
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märten, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M. (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hrsg.) (1998): *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag. 683-711.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M. (1998c): EAG. Bericht des Forschungsinstituts an der Europäischen Akademie. In: Petzold (1998a) 503-534.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., *Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen*, Lambertus, Freiburg 1994, 89-105.
- Petzold, H. G., Hentschel, U., Schay, P. (2004): Niedrigschwellige Drogenarbeit und „intermittierende Karrierebegleitung" als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Petzold, Schay, Ebert (2004) 79-108.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION" bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: Petzold, Schay, Scheiblich (2005).

- Petzold, H.G., Laschinsky, D., Rinast, M. (1979): Exchange Learning - ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3, 224-245; repr. 2004a, 194-218.
- Petzold, H.G., Lemke, J. (1979): Gestalt-supervision als Kompetenzgruppe, *Gestalt-Bulletin* 3, 88-94.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe und erw. in: Petzold (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Marcel, G. (1976): Anthropologische Bemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: Petzold, Bubolz (1976) 9-18.
- Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Märtens, M., Hass, W., Steffan, A. (1999): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: Petzold (1999a).
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothropen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold (2004a) 17-85. Petzold, H. G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196. Petzold, H. G., Müller, M. (2005): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT - Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung - in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: Petzold, H. G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993g): La thérapie intégrative du corps et du mouvement. In: Meyer, R., Liénard, G., Les somatothérapies. Historique - Classification - Présentation. Paris: Simep, 89-129.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1995c): Weiterbildung von Lehrtherapeuten - ein Muß für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 30-66.
- Petzold H.G., Orth, I., (1998b): Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a/2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: Petzold, Orth (2004/2005a) 689-791.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (Hrsg.) (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995c): Curricular strukturierte Psychotherapieausbildung. Überlegungen zur strukturierten Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz und Performanz. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 12-29.
- Petzold, H. G., Osten, P. (2004): Leiblichkeit und Lebenskunst, Editorial zum Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 3
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: Petzold (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: Petzold, Sieper (1993a) 459-482.
- Petzold, H. G., Rainals, J., Sieper, J., Leitner, T. (2005): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Suchttherapeuten. Eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: Petzold, Schay, Scheiblich (2005).
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. Bd. I. Opladen: Leske + Budrich/VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schay, P., Sieper, J. (2005): Das Weiterbildungscurriculum „Sozialtherapie Suchtkrankenhilfe“ im Verfahren „Integrative Therapie“ und seiner Methoden psychologischer Psychotherapie, Gestalttherapie, Entwicklungstherapie, in: Petzold, Schay, Scheiblich (2005).

- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (1999): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: *Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W.* (2000) 322-341.
- Petzold, H.G., Schigl, B. (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.. Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H.G., Schneewind, U. (1986): Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In: *Petzold, H.G., Frühmann, R.* (Hrsg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, 2 Bde. Paderborn: Junfermann. Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A. (1991): Anleitung zu "wechselseitiger Hilfe" - Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer - Konzepte und Erfahrungen, in: *Petzold, H.G., Schobert, R.*, Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann, S. 207-259.
- Petzold, H.G., Schuch, W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G., Pritz, A.* Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1972b): Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf. *Petzold, H.G., Sieper, J.* (1977): Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik. In: *Petzold, Brown* (1977) 14-36.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges", *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33, repr. in: *Petzold* (2003a) 351-374.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn: Junfermann. 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: *Petzold* (1998h) 265-299.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001a): Psychotherapie - ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, 1, 3-9.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001d): Das „wertgeschätzte Differenten“ in einer engagierten, eingreifenden Wissenschaft. *Gestalt* 41, S. 52-68. Erweitert und fortgesetzt in *Petzold* 2001o: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 02/2001
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001e): Psychotherapie als „fundierte Pluralität“. In: *Petzold* 2001o. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 08/2001.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003b): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolition - Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002
- Petzold, H.G., Sieper, J., Rodriguez-Petzold, F. (1995): Das Wissenschaftsverständnis und die Therapie- und Forschungsorientierung der Integrativen Therapie - Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SPV. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 93-111.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hrsg.): Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt* (Schweiz) 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie - das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355 - 366.
- Petzold, H.G., Steffan, A., Zdunek, K. (2000b): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG - Dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie* 1, 96-117.
- Petzold, H.G., Thomas, G. (1995): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.

- Plomin, R. (1990): Nature and nurture. An introduction to human behavioral genetics. Pacific Grove Ca.: Brook/Cole.
- Premack, D., Woodruff, G. (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences* 4, 515-526.
- Pribram, K.H. (1979) Hologramme im Gehirn, *Psychologie Heute* 10, 33-42.
- Prigogine, I. (1979): Vom Sein zum Werden. Zeit und Komplexität in den Naturwissenschaften, München.
- Prigogine, I, Glansdorff, P. (1971): Structure, Stabilité et Fluctuations, Paris: Masson.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Rizzolatti, G, Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3, 131-141.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Röhrle, B., Sommer, G., Nestmann, F. (1998): Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt-Verlag
- Russ, S. W. (1998): Special section on developmentally based integrated psychotherapy with children: Emerging models. *Journal of Clinical Child Psychology* 27.
- Premack, D., Woodruff, G. (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences* 4, 515-526.
- Ricœur, P. (1965): De l'interprétation. Essai sur Freud, Paris: Seuil; dtsh. Die Interpretation. Versuch über Freud, Suhrkamp, Frankfurt 1969.
- Ricœur, P. (1990): Soi-même comme un autre, Paris: Gallimard; dtsh. Das Selbst als ein anderer. München: Fink 1996.
- Ricœur, P. (1998): Hermeneutics & the Human Sciences. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ricœur, P. (2004): Gedächtnis, Geschichte, Vergessen. München: Fink.
- Ricœur, P., Changeux, P. (1998): Ce qui nous fait penser. La nature et la règle. Paris: Odile Jacob.
- Riedl, R. (1981): Biologie der Erkenntnis. Die stammesgeschichtlichen Grundlagen der Vernunft, Hamburg: Parey.
- Riedl, R. (1985): Die Spaltung des Weltbildes. Biologische Grundlagen des Erklärens und Verstehens, Berlin: Parey.
- Riedl, R., Wuketits, F.M. (1987): Die evolutionäre Erkenntnistheorie, Berlin: Parey.
- Ritter, G.A. (1998): Soziale Frage und Sozialpolitik in Deutschland seit Beginn des 19. Jahrhunderts. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Rutter, M. (1989): Pathways from childhood to adult life, *J. Child Psychology and Psychiatry* 1, 23-51; dtsh. *Integrative Therapie* 1/2 (1992) 11-44.
- Rutter, M. (2002): Nature, nurture, and development; From evangelism through science to toward policy and practice. *Child Development* 73, 1-21.
- Rutter, M., Hay, D.F. (1994): Development Through Life. A handbook for clinicians, Oxford, London: Blackwell Science.
- Salvesbergh, G.J.P. (1993): The development of coordination in infancy, Elsevier Science Publishers, North Holland 1993.
- Sapolsky, R.M. (1996): Why stress is bad for your brain. *Science* 273, 479-750.
- Sapolsky, R., Romero, M, Munck, A. (2000): How do glucocorticoids influence the stress-response? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions, *Endocrine Reviews* 21, 55-89
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt - Eine Einführung in die ökologische Gerontologie, Kohlhammer, Stuttgart. Schandry, R (2003): Biologische Psychologie, Weinheim: Beltz Verlag.
- Schay, P. (1986): Zur Situation der Abhängigen von illegalen Drogen, Alkohol und Medikamenten, Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Schay, P. (1997): Adaption als Bestandteil medizinischer Reha, Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik NRW e.V.
- Schay, P. (1997): Arbeitsgemeinschaft Adaption und Nachsorge in der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren ( WAS ); Stellungnahme zum Nachsorgekonzept der Landesregierung NRW.
- Schay, P. (1998): Suchtbehandlung im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe - Notwendigkeit zur Effizienz rehabilitativer Behandlung und Betreuung !? -, Fachverband Sucht e. V.
- Schay, P. Petzold, H. G., Jakob-Krieger, C. Wagner, M. (2004): Laufen streichelt die Seele. Lauftherapie mit Drogenabhängigen - eine übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1-2.
- Schigl, B., Petzold, H.G (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischem Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie* 1-2, 85-145.
- Schiepek, G. (2003): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, B., Funke, W. (2002): Risiken und Nebenwirkungen der stationären Entwöhnungsbehandlung bei

- Alkoholikern, in: *Märtens, Petzold* (2002)266-281.
- Schneider, W. (1999): Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die stationäre Psychotherapie. In: *Petzold Märtens* (1999) 285-302.
- Schreyögg, A. (1991): Supervision - Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie - Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.,
- Sennett, R. (2002): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit, Berlin: Berlin Verlag.
- Seyle, H. (1978): The stress of life, rev. ed. New York: McGraw-Hill..
- Shiffrin, R.M., Schneider, W. (1977): Controlled and automatic human information processing, *Psychol. Rev.* 84,127-190.
- Sieper, J. (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 2, 220-221.
- Sieper, J. (1985): Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 3/4, 340-359.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, W. (2005): Freude am Lebendigen. Polyloge und Wege Integrativen Denkens - Therapie, Entwicklungspsychologie, Kulturarbeit 40 Jahre Integrative Therapie, Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag (in Vorber.)
- Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 359-370.
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2001b): Der Therapeut - ein „kreatives Medium“, Identitätsarbeit - ein kreativer Prozess, *Integrativer Therapie*, 1, 201-206.
- Singer, W. (2003): Die Evolution der Kultur. In: *Fischer, Wiegand* (2003)301-324.
- Solso, R.L. (1975): Information processing and cognition, Hillsdale: Erlbaum.
- Spilles, G., Weidig, U. (2004): Überlegungen zu männerspezifischen Behandlungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe am Beispiel der Ambulanten Rehabilitation Sucht (ARS) unter besonderer Berücksichtigung des Modells der Integrativen Therapie. Ersch. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *PO-LYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2005
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Stamenov, M.I., Gallese, V. (2002): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. Amsterdam John Benjamins Publishing Co.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: *Leitner, A.* (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strupp, H. (1999): Können Praktikerinnen von Forschung lernen?, In: *Petzold, Märtens* (1999) 13-30.
- Thelen, E., Smith, L.B. (1994): A dynamic systems approach to the development of cognition and action, Cambridge: MIT Press.
- Thomae, H. (1988): Das Individuum und seine Welt, Verlag für Psychologie, Göttingen: Hogrefe 1968; 2. neu bearbeitete Aufl..
- Traue, H.C. (1989): Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß, Göttingen: Hogrefe.
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Turkle, S. (1998): Leben im Netz. Identität in Zeiten des Internet, Reinbek: Rowohlt.
- Uchtenhagen, A., Ziegglänsberger, W. (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München. Jena: Urban & Fischer.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (eds.) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: The Guilford Press; Deutsche Ausgabe hrsg. von *Petzold, H.G., Märtens, M.* (2000): Paderborn: Junfermann.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3, 374-428.
- Varela, F. (1979): Principles of biological autonomy, Amsterdam.
- Varela, F.J., Bourguine, T. (1992): Toward a practice of autoumous Systems, Cambridge, M.A.: Bradford Books/MIT Press.
- Varela, F., Thompson, E., Rosch, E. (1991): The embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience, Cambridge, MA.: MIT Press.
- Varevics, P., Petzold, H. G. (2004): Einführende Aspekte zum Thema Macht im supervisorischen Kontext- eine Powerpoint Präsentation mit Erläuterungen vor dem Hintergrund Integrativer Theorie. Bei [www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPER ISION: Theorie - Praxis - Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - /2004.
- Vogel, E. (2004): Ausgewählte Aspekte zur Geschlechterdifferenzierung in der ambulanten Suchtbehandlung und -beratung, in: *Petzold, Schay, Ebert* (2004) 51-78.

- Vogeley, K., Bussfeld, P., Newen, A., Hermann, S., Happé, F. Falkai, P., Maier, W., Shah, N. J., Zilles, K. (2001): Mind reading: Neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage* 14, 170-181.
- Vollmer, G. (1975): Evolutionäre Erkenntnistheorie, , Stuttgart: Hirzel.
- Vollmer, G. (2003): Wieso können wir die Welt erkennen. Zur Evolution des Erkenntnisvermögens. In: *Fischer, Wiegand* (2003) 274-300.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie* 2, 27-38.
- Vygotskij, L.S. (1960): Razvitie vysšich psichičeskich funkcie [Entwicklung der höheren psychischen Funktionen. Verlag der APW der RSFSR. Teilweise übersetzt in ders.(1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Münster: LIT- Verlag.
- Vygotskij, L.S. (1978): *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vygotskij, L. S. (1985): Die Krise der Psychologie in ihrer historischen Bedeutung, in: idem: *Ausgewählte Schriften*. Köln S. 57-277.
- Wagner, R.F., Becker, P. (1999, Hrsg.), *Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen*, Göttingen: Hogrefe.
- Wallon, H. (1942): *De l'acte à la pensée*, Paris ; P.U.F. Neuauflage 1970;
- Wallon, H. (1977): *La Psychomotricité*, Paris.
- Welsch, W. (1996): *Vernunft*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Willken, B., Kemmler, L. (1999): Zum Verhältnis von Psychotherapie und klinischer Psychologie: In: *Petzold, Märtens* (1999) 81-97.
- Wittgenstein, L. (1969): *Philosophische Untersuchungen*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Woodruff, G., Premack, D. (1979): Intentional communication in the chimpanzee: The development of deception, *Cognition* 7, 333-362.
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 57-75.
- Yehuda, R. (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: *Streek-Fischer* (2001)43-71.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. (1997): *Psychobiology of traumatic stress*. New York: New Academy of Science.
- Zaporonež, A. V. (1990): Entstehung und Aufbau der Motorik. Eine tätigkeitspsychologische Studie. Berlin. *Zimmermann-Brunner, G.* (2003): Der schulfähige Mensch: ein integratives Therapieziel? *Integrative Therapie* 29/2, 133-163

---

<sup>i</sup> Ce terme ne se base pas sur le terme de *A. Adler*, mais sur des traditions sociologiques, qui établissent un meilleur lien avec la recherche moderne sur les „styles de vie“. „Style de vie, en sociologie: un terme socioculturel (marqué par G. Simmel), qui désigne la façon typique des personnes (et de groupes sociaux) de façonner leur quotidien. Il est ici question des attitudes plus ou moins stables des personnes et des comportements typiques y étant reliés. Le style de vie est en outre un moyen de se montrer de l'individu ainsi que de la démonstration de son appartenance (respectivement son manque d'appartenance) à certains groupes sociaux.“ Brockhaus multimedial 2005.

<sup>ii</sup> Dans l'approche intégrative de *Petzold* et dans le cadre de sa théorie de l'identité (*Petzold* 2001p), la définition du terme se base sur les sciences sociales: „Les life styles sont des formes de vie sociale mises en scène par des êtres humains dans des groupes sociaux, des mondes sociaux micro et méso, à travers d'une synchronisation suffisante de cognitions, émotions, et volitions collectives. Au sein de ces formes de vie se créent des liens entre individus à travers des „*life style marker*“, c'est-à-dire des pratiques, symboles et préférences partagés (en ce qui concerne les vêtements, l'alimentation, la culture du corps, les loisirs, la musique, la lecture, les goûts pour les films et les vidéos, l'utilisation d'internet etc.), à travers des formes d'interaction et des rituels, des objectifs et des valeurs, des affiliations et des images d'adversaire spécifiques. Les individus se sentent attirés par un *life style* et mettent en scène des rapprochements mais aussi des délimitations par rapport à d'autres groupes sociaux et *life style communities*, en temps virtuel et réel. Les styles d'identité personnels sont si intensément alimentés par les *life style marker* que les adeptes sont accueillis au sein de la '*life style community*' et reçoivent à travers cette appartenance un renforcement de leur identité. Ce renforcement est efficace dans la mesure où il n'y a pas de fixation sur un *life style* restreint, mais où une participation à des '*life styles communities*' différentes reste possible ou est même encouragée. Une participation multiple à des *life styles* différents, garantissant une grande flexibilité du life style (life-style-hip-hopping) avec une stabilité suffisante pour ce qui est des '*life style mainstreamings*' et gardant donc sous contrôle un 'life style hopping' extrême et inflationniste portant le risque de diffusion de l'identité pour l'individu, ceci est à évaluer en tant que critère de santé“ (*Petzold* 2001p).

<sup>iii</sup> POLYLOGUE, il s'agit de l'acte de parler et de raconter, d'écouter et de s'engager à divers niveaux, sans exclure personne, au contraire: à travers le POLYLOGUE nous essayons de nous adresser au plus grand nombre de personnes possible, qui ont toutes le droit de se sentir intégrées, les invitant dans un espace hospitalier, convivial et de 'bon climat' au sein de la communauté. Ces personnes devraient être trouvées en vue d'une coopération engagée, et afin de pouvoir assurer une „vie satisfaisante“ pour les êtres humains concernés.

<sup>iv</sup> Ce terme TOM (theory of mind) ou théorie de l'esprit désigne la capacité de pouvoir s'imaginer ce qui se passe dans le „*mind*“ ou „*l'esprit*“ de quelqu'un d'autre (*Fletscher* et al. 1995): „je sais qu'il sait, je sais ce qu'il veut dire, pense ou ressent etc. ... et je sais qu'il le sait“ - il s'agit là d'une condition de base pour la communication et l'empathie humaine. Le concept a surgi avec la question des chercheurs travaillant sur les primates: „Does the chimpanzee have a theory of mind?“ (*Premack, Woodruff* 1978; *Woodruff, Premack* 1979). L'émergence de la TOM désigne le grand saut quantique sur le CHEMIN des hominidés à travers l'évolution – les biologistes, psychologues, et philosophes de l'évolution sont d'accord là-dessus aujourd'hui (*Buss* 1999; *Kennair* 2004; *Petzold, Orth* 2004b). Il ne s'agit donc pas seulement de développer des idées hautement différenciées à propos du „*mind*“ des autres - dans des situations sociales complexes et des settings à plusieurs personnes - mais aussi de la capacité de donner naissance à des idées à propos d'idées, des métareprésentations, et aussi des „métareprésentations à propos de soi-même“. Les procédés d'imagerie cérébrale des neurosciences peuvent même détecter ces dernières (*Fletscher* et al. 1995; *Voegely* et al. 2001).

<sup>v</sup> „le Di/a/logue: a) discours et contre-discours en alternance entre deux personnes; contraire: monologue (b); b) entretien mené entre deux groupements, dans le but de faire connaissance de soi-même et des positions réciproques“ *Duden – Das Fremdwörterbuch*. 7<sup>ème</sup> édition Mannheim 2001. [CD-ROM]. Cette conception néglige qu'il ne faudrait pas partir de *dyo*=deux en grec, mais de *dia*=à travers en grec, dialogos, à travers la parole, le langage.

<sup>vi</sup> Partant de l'hypothèse de la biologie de l'évolution que la communication se déroulait dans des petits groupes d'hominidés, ces derniers ayant été orientés de manière multisensorielle et multiexpressive, en tant que transmission d'information *assurant la vie* „au sein du groupe“, c'est-à-dire qu'elle se déroulait dans des interactions tout azimuts et offrait un avantage sélectif important, nous pouvons émettre l'hypothèse de milieux de socialisation „*polyadiques*“, les „dyades“ y ayant été des cas particuliers. La thèse selon laquelle des capacités cognitives (compétences, par exemple dans la transmission d'information) et des capacités pratiques (performances, par exemple dans la fabrication d'outils) naissaient à partir de ces mises en réseau *polyadiques* très complexes d'actes communicatifs, est défendue. Ces nouvelles capacités ont permis un développement cérébral plus large dans le cadre des processus de couplage rétroactifs, mais aussi un développement des conditions sociales. Cette récursivité a enfin conduit à une aptitude linguistique „*polylogique*“, à une réflexivité *pluridirectionnelle* et finalement à une métaréflexivité *hyperconnectée en informations* et *multidimensionnelle*. C'est pour cette raison que nous mettons l'accent sur le concept du POLYLOGUE face à celui du dialogue, car il peut être considéré comme étant le fondement de la possibilité d'une „*théorie de l'esprit multidirectionnelle*“, caractéristique des êtres humains dans des groupes sociaux. Ceci dit, il est le fondement de la capacité de l'être humain de s'adapter à plusieurs partenaires d'interaction au niveau cognitif et émotionnel-empathique, d'agir de manière efficace dans des contextes hautement culturels - par exemple dans les discours de settings complexes comprenant plusieurs personnes (cercles de parole, discussions, réunions, gremiums) - ou de co-respondre de façon „polylogique“ et au niveau mental avec des positions théoriques différentes. La „polylogicitè“ des êtres humains, très sophistiquée et se développant à travers l'évolution culturelle jusqu'au domaine des discours virtuels, est le fondement

---

des „approches multidimensionnelles“, des „co-répondances multithéoriques“ et des „orientations inter- et transdisciplinaires“. Ces dernières produisent, dans une „modernité transversale“, des formes de conceptualisation complexes - comme par exemple „l'approche intégrative“ de la psychothérapie, de l'agogie et de la supervision - avec leur „conceptualisation et modélisation différenciée et intégrante“. Ces formes se basent sur des *approfondissements métaherméneutiques* et polylogiques de matériaux ultracomplexes constamment produits par la société de la connaissance dans un contexte de globalisation ...

<sup>vii</sup> cf. les définitions des notes 1 et 2.

<sup>viii</sup> « Du point de vue de la thérapie intégrative, j'entends par le terme de *mentalisation* la *transformation* informationnelle des expériences concrètes et transmises par les sens extéroceptifs et proprioceptifs, à partir des conditions vécues du monde, de la vie et du corps, parcouru par les êtres humains. Cette transformation se fait à travers des processus *cognitifs, réflexifs et coréflexifs*, ayant lieu à des niveaux *symboliques complexes*, permettant la verbalisation, la formation d'analogies, des narrations, la formation de mythes, l'élaboration de modèles explicatifs préscientifiques et des récits fictifs. C'est à travers la progression des performances mentales par des discours, une méta- et une hyperréflexivité que nous retrouvons des formes hautement culturelles de *mentalisation élaborée*, voire de *métamentalisation*, telles que la production artistique-esthétique, des ébauches fictives et la formulation scientifique de modèles et de théories. En outre, l'approfondissement, l'élaboration, l'interprétation et l'évaluation mentale de ces formes culturelles permettent la formation des normes éthiques. Des processus de *mentalisation* se basent principalement sur des processus de co-répondance microsociaux entre des êtres humains, des représentations individuelles, *intramentales* s'emboîtant de manière indissociable avec des représentations collectives, *intermentales* (Vygotsky, Moscovici, Petzold). Plus les sociétés sont complexes, plus les *mentalisations* deviennent différenciées, en égard à la formation de personnalités complexes et leurs théories sur elles-mêmes, leurs „théories de l'esprit“ et plus le développement de sociétés complexes de la connaissance prend de l'ampleur, avec ses théories et métathéories de niveau neuroscientifique et culturel à propos d'elles-mêmes: il s'agit là d'*hypermentalisations* (Petzold 2000h)».

Des „mentalisations“ se traduisent dans la „mentalité“, par laquelle on entend généralement ce qui suit: „la mentalité [latin], l'état d'esprit; l'attitude de la pensée d'un individu ou d'un groupe de personnes; elle détermine le rapport à la réalité et le comportement individuel ou collectif.“ Brockhaus Multimedial 2005

<sup>ix</sup> L'être humain est créateur intentionnel de son monde, d'un monde humain. Le monde culturel créé et se développant par lui, est unique dans l'évolution et a un impact important sur le monde de la nature, ce qui pose des problèmes fondamentaux de diverses manières, dépassant largement une perspective uniquement psychologisante, souvent caractéristique de la littérature psychothérapeutique (Fischer, Wiegand 2003; Petzold, Orth 2004b).

<sup>x</sup> „L'humanité désigne la nature humaine dans sa dimension individuelle et collective en tant que *potentialité* d'une *connaissance de Soi et du monde* symbolisante et problématisante, d'un entretien individuel engagé et d'une orientation d'intérêt général, d'une construction créative de Soi et du monde, de la *souveraineté* et de la *solidarité* à travers la coopération, la narrativité, la réflexion et la discursivité, tout ceci se produisant par une action morale, soutenante et esthétique - tout cela est du *travail culturel* ainsi que le fondement de l'humanité. La possibilité de réaliser ce travail nous ouvre un horizon d'espoir et le fait que ce dernier soit régulièrement enfreint requiert une position *désillusionnée*. Les deux possibilités de l'être humain, le potentiel à la *destructivité* et celui à la *dignité*, nécessitent une attitude vigilante et engagée pour l'*humanité* et l'*humanité*. Celle-ci doit toujours tenir compte de l'état biopsychosocial de la nature humaine ainsi que de son ancrage écologique et culturel: L'être humain en tant qu'*être de la nature et de la culture*, qui fait de soi-même un projet et conçoit lui-même son développement. Son essence se trouve dans cette *dialectique*, qui est en même temps une dialectique de l'*excentricité* et du *recentrage*.“ (idem 1988t, 5).

<sup>xi</sup> cf. notes 1 et 2

<sup>xii</sup> Le concept de la *situation de vie* provenant du terme de 'situation' de Moreno (1923) et de la recherche sur les inégalités sociales, est très important en thérapie et en supervision intégrative, parce qu'il tient compte des conditions structurelles si centrales, tel que le statut socio-économique des personnes, leur situation économique, leur revenu, leur situation de logement, de travail et du marché du travail, de l'infrastructure sociale du quartier et de la région etc., ces conditions étant si souvent négligées par les théoriciens en psychothérapie. Dans la recherche socio-épidémiologique, un mauvais „statut socio-économique“ est généralement considéré comme étant le risque de maladie le plus élevé et des situations de vie *désastreuses* (comme par exemple de personnes souffrant d'addictions) et *précaires* (comme par exemple de chômeurs de longue durée) présentent des risques de santé élevés.

„Des situations de vie précaires sont des situations durables d'un individu avec son *convoi correspondant* dans son ancrage socio-écologique et ses réalités socio-économiques (au niveau micro) que cet être humain et ceux de son réseau ressentent comme étant '*oppressantes*' et '*catastrophiques*' (*appraisal* cognitif, *valuation* émotionnelle), car ils ont vécu une accumulation de difficultés physiques, psychiques et sociales importantes en raison d'un manque ou d'une perte de ressources et d'une absence ou d'un affaiblissement de 'facteurs protecteurs'. L'accumulation d'„événements de vie critiques“ et de risques menaçants conduit les personnes concernées (l'individu et son réseau) aux limites de leurs moyens de contrôle, de coping et de créativité. Une *érosion de la capacité de résilience personnelle et commune* s'entame. Nous pouvons constater une perte progressive des ressources du contexte, de façon à ce qu'il y ait le risque d'un endommagement de l'identité personnelle, d'une destruction du réseau social avec sa 'valence soutenante' et d'un appauvrissement du micro-contexte socio-écologique, et de façon à ce qu'il se mette en place une *situation de vie destructive*. Cela se passe ainsi, à moins qu'il n'y ait un allègement, une 'amélioration importante de la situation de vie'

---

par un apport de ressources et de mesures d'amélioration infrastructurelle, en supprimant la précarité de façon durable et en se posant les questions suivantes, provenant de *Moreno* (1923): 'Qu'est ce qui nous a amené dans cette situation? Quelle est la situation? Comment sortir de cette situation?'  
Une bonne situation de vie ou une situation „suffisamment stable“ doit être considérée comme étant un „facteur protecteur“ important.