

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/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 Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

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

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 12/2010

Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie

*Angela Steffan, Düsseldorf, Hilarion Petzold **
Amsterdam

* Aus dem „Postgradualprogramm Integrative Bewegungstherapie und Supervision“, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, Lehrstuhl für Psychologie, der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG) in der Trägerschaft des Fritz Perls Institut (FPI), Düsseldorf und dem „Zentrum für Psychosoziale Medizin“, Donau-Universität, Krems. --- Stellungnahme der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ zum 4. Kolloquium am 25.11.2000 bei der Schweizer Psychotherapie-Charta-für die Verfahren „Integrative Therapie“, „Integrative Leib- und Bewegungstherapie“ und für die „Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ Unkorrigierte e-version, MS-Vorlage. Im Druck erschienen in: *Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). Integrative Therapie 1, 63-104* und in: *Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491.*

Moderne Psychotherapie wird nur als kritisch und metakritisch reflektierte (*Petzold, Orth, Sieper* 1999, 2000), in solider **Theorie** fundierte und forschungsbegründete **Praxis** im Sinne evidenzbasierter *good* bzw. *best practice* (*Dobson, Craig* 1998) zukunftsfähig sein (*Petzold* 1999p). In der „Integrativen Therapie“ (sensu *Petzold et al.*¹) als einem *biopsychosozial* orientierten Verfahren steht deshalb die Theorie-Praxis-Dialektik zentral. Das Verfahren ist dadurch gekennzeichnet, daß in ihm Bottom-up-Bewegungen von der *Praxis* über die *Praxeologie* zur *klinischen Theorie* über die *Forschung* zur *Metatheorie* und Top-down-Bewegungen von der *Metatheorie* zur *Praxeologie* und *Praxis* dialektisch verschränkt sind (vgl. *Petzold* 1998a, 96f). Eine Fundierung ihrer zentralen Konzepte durch empirische Forschung wurde in der Integrativen Therapie bereits recht früh angestrebt. So wurde die pathogene Wirkung von „zeitextendierten Überforderungen“ (im Sinne von *Mierkes* [1955] streßtheoretischer Konzeption) untersucht (*Petzold* 1968b). Das Konzept der positiven und negativen Stimulierung, d.h. multipler pathogener und salutogener Einwirkungen (*idem* 1975e) wurde entwickelt, das bis heute die stimulierungstheoretisch fundierte Krankheits- und Gesundheitslehre der Integrativen Therapie bildet (*Petzold* 1992a, 511ff, 600ff; *Petzold, Steffan* 2000a), die Behandlungskonzeption bestimmt und die Grundlage für die krankheitsbildspezifischen Praxen und Forschungsarbeiten ist, z.B. mit Major Depression (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997) oder mit PTBS-Patienten (*Petzold, Wolf et al.* 2000). Die Verbindung von Theoriearbeit, klinischer Praxeologie und Forschung – Psychotherapieforschung (*Märtens, Petzold* 1995a,b; *Petzold, Märtens* 1999; *Petzold et al.* 2000) und Ausbildungsforschung (*Petzold, Sieper* 1970; *Petzold, Steffan* 2000b), Grundlagenforschung (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997) – ist ein wesentliches Anliegen der Integrativen Therapie. Sie geht davon aus, daß Forschungsparadigmen - das qualitative und das quantitative - in „sophisticated designs“ verbunden werden müssen, daß Forschungsprojekte auf mehreren Ebenen, mit unterschiedlichen Optiken mit dem Prinzip der „Mehrperspektivität“ ansetzen müssen (*Petzold, Hass, Märtens, Steffan* 2000). Neben dem Beiziehen relevanter **interdisziplinärer** Forschungsergebnisse in der Psychotherapie (z. B. aus den Bio-, Neuro- und Sozialwissenschaften) muß überdies eine breite **intradisziplinäre** Forschung und die Diskussion ihrer Ergebnisse erfolgen (vgl. beispielhaft *Jacobi, Poldrack* 2000; *Petzold, Märtens* 1999), denn es kann heute nicht mehr angehen, daß z.B. Psychoanalytiker die Ergebnisse verhaltenstherapeutischer Forschung (etwa zur Behandlung von Angststörungen, vgl. *Margraf, Schneider* 1989) nicht zur Kenntnis nehmen oder Verhaltenstherapeuten Überlegungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung aus psychodynamischen und humanistisch-psychologischen Therapieformen (*Finke* 1999) ausblenden. In der „Disziplin Psychotherapie“ müssen Forschungsdiskurse in Gang kommen, und es muß natürlich auch **intramethodische** Forschung initiiert werden: etwa innerhalb der Gestalttherapie oder der Psychoanalyse etc. Hier geschieht noch viel zu wenig. Besonders sehr kleine, wenig, universitär repräsentierte, institutionalisierte und intradisziplinär vernetzte „Communities“ geraten hier in große Schwierigkeiten, eine „best practice“ zu entwickeln und zu gewährleisten, weshalb immer mehr Forscher und Kliniker das Abgehen von Schulen und Schulenmonismus fordern (*Caspar, Grawe* 1989, 1992; *Castonguay, Goldfried* 1997; *Grawe* 1988, 1998, *Norcross* 1995; *Petzold* 1980q, 1982g, 1992g; *Sponsel* 1995). Das wird besonders plausibel, wenn man bedenkt, wie vielfältig allein schon **intramethodische** Forschungsaufgaben sind (vgl. exemplarisch *Petzold* 1994h: Prozeßforschung, Wirkfaktorenforschung, störungs-, gender-, alters- und zielgruppenspezifische Forschung, Interventionsforschung, Longitudinal- und Karriereforschung etc.). Die Mitwirkung in forschungsaktiven, übergreifenden „communities“ in der Psychotherapie, Projekte der Verbundforschung (vgl. *Petzold, Märtens, Steffan* 1998 zu entsprechenden Projekten der Integrativen Therapie), vergleichenden Psychotherapieforschung mit qualitativ hochwertigen Forschungsdesigns sind deshalb unverzichtbar, will man

¹ Zu dem „et al.“ als Hinweis auf die vielfältige Mitarbeit von KollegInnen und PatientInnen (vgl. *Petzold, Sieper* 1993), aber auch als Verweis auf die Vielfalt der beteiligten Persönlichkeitsdimensionen des *senior authors* (etwa im Sinne des Denkens von *M. Bakhtin* 1981, vgl. *Bell, Gardiner* 1998) bei der Entwicklung dieser Form „Integrativer Therapie“ siehe *Petzold* (2000b), *Zundel* (1987).

dem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit Genüge tun – und hier gibt es bislang noch viel zu wenig schulenübergreifende Forschungs Kooperationen. Aspekte zu diesen Themen: Theorie als Forschungsgegenstand, Forschung als Erkenntnismöglichkeit, interdisziplinäre Forschung, das Verhältnis von Untersuchungsmethoden zur Erkenntnistheorie und zum Wissenschaftsbegriff, Forschungsmethoden und Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung werden nachfolgend in einigen Aspekten aufgegriffen, um Positionen Integrativer Therapie aufzuzeigen und zu erläutern.

1 Theorie als Forschungsgegenstand, Forschung als Erkenntnisweg

Die Integrative Therapie geht von einer „klinischen Philosophie“ (Petzold 1991a, Schuch 2000) aus, der systematischen Erarbeitung einer **Metatheorie**, die selbst wiederum metakritisch untersucht wird, wie wir es ausführlich verschiedentlich dargestellt haben (z.B. im Charta-Colloquium III Petzold 2000h; Petzold, Orth 1999a, idem 1998a). Begriffe und Konzepte müssen auf die in ihnen wirkenden **Diskurse** und „Dispositive der Macht“ (sensu Foucault, vgl. Dauk 1989) untersucht werden, ihr Herkommen ist kulturgeschichtlich und genealogisch zu durchleuchten (Berlin 1998; Foucault 1966, 1971), Dekonstruktionen im Sinne Derridas (Culler 1994; Parker 1999) sind vorzunehmen, und nur dann wird Theorie im eigentlichen Sinne Forschungsgegenstand. Der Integrative Ansatz zählt zu den Verfahren in der Psychotherapie, die einen besonderen Schwerpunkt auf die epistemologische und anthropologische Fundierung, d.h. auf theoretische Forschung gelegt haben (Schuch 2000; Charta-Colloquium II Petzold, Steffan, Schuch 2000). Ein wesentliches Ziel dabei ist, eine übergreifende klinische Theorie zu erarbeiten, die Dach vielfältiger Methoden sein kann in einer *Synopse*, *Synergie* - vielleicht *Synthese* -, bei der „das Ganze [mehr und] etwas anderes ist, als die Summe seiner Teile“ (idem 1974j, 302f). Diese von der Theorie ausgehende *Differenzierung*, *Konnektivierung* und *Integration* (idem 1994a) geht über eine Kombination von Methoden hinaus. Sie hat „vernetzte Konzepte“ und verbindende „Strukturgerüste“ (sensu Arnheim 1978, vgl. Petzold 1990b), „Integratoren“ auf unterschiedlichen Ebenen (zu diesen vgl. idem 1993n, 2000h) als „Klammern“ zwischen den Konzepten und Niveaus der Konzeptualisierung elaboriert, die *Kategorienfehler* (Petzold 1994a) zu vermeiden suchen (z.B. unangemessene Biologismen oder Physikalismen wie etwa im Organismusbegriff der Gestalttherapie oder dem Energiebegriff der Psychoanalyse bzw. der analogisierenden Systemmetaphorik [vgl. Ebert 2000] gewisser „Systemiker“), um von einer derart theoretisch geklärten Basis Forschungsprojekte, Praxismodelle und Interventionsmethoden und -techniken zu entwickeln.

Dabei wird *Forschung selbst als ein Erkenntnisweg gesehen*. Dieser macht die dem Leibsubjekt sinnhaft *wahrnehmbare*, in sozialen Wahrnehmungs- und Konstruktionsformen *erfaßbare*, in symbolischen Formen *verstehbare* „phänomenale Welt“ in ihren Hintergründen und Untergründen, d. h. in ihren „transphänomenalen Dimensionen“ *erklärbar* (idem 1991a). Diese Position des „kritischen Realismus“ (Bischof 1966, 1996) mit seiner Unterscheidung „phänomenal/transphänomenal“, wie sie auch die Gestalttheorie vertritt (Walter 1985), verlangt geradezu Forschung als *Weise des Weltverstehens und der Welterklärung*. Der Mensch mit seinen Möglichkeiten der Fragen nach dem, was *hinter* oder *unter* oder *über* den Dingen ist, nach dem nicht Wahrnehmbaren, nicht Sehbaren, nicht Hörbaren, nach höherem, tiefen, untergründigen oder gar „letztem“ *Sinn* (Petzold 2000k) versucht, in die Welt des *Transphänomenalen* einzudringen, sie zu explorieren, zu konstruieren in weltanschaulichen und wissenschaftlichen Modellvorstellungen und spezifischen Sprachspielen (sensu Wittgenstein), wobei er letztlich immer von der leiblichen Erfahrung des „*être-au-monde*“ (Merleau-Ponty 1945, 1964) ausgeht. Jede noch so subtile Forschungsfragestellung, jedes nur mit aufwendigster Technik durchzuführende physikalische Experiment wurzelt in basalen dynamisch-systemischen Wahrnehmungs-Handlungsbezügen (sensu Gibson, vgl. Warren 1990; Bloch, Bertenthal 1990; Kelso 1995; Petzold, van Beek, van

der Hoek 1994), d. h. in protoästhetischen und protopoietischen Welt- und Kulturerfahrungen, die für den evolutionsbiologisch im „Mesokosmos“ (Vollmer 1980) und für diesen ausgebildeten Menschen, sein Wahrnehmen, Fühlen und Denken, seine *Rekonstruktionen* von natürlichen Wirklichkeiten und *Konstruktion* von sozialen Realitäten spezifisch sind – wir teilen Norbert Bischofs (1987, 1996) wohlbegründetes, harsches Urteil über den erkenntnistheoretischen Unfug des radikalen Konstruktivismus vollauf, was allerdings keineswegs als Ablehnung „sozialer Konstruktionen“ (Berger, Luckmann 1970) über Wirklichkeiten zu lesen ist. Die *Physik* als wissenschaftliche Disziplin und ihre Forschungsfragestellungen etwa gründen deshalb in einer „*Protophysik*“ (Janich 1992, 1996) basaler raum-zeitlicher *Erfahrungen* mit handhabbaren, gestaltbaren (poietischen) „Gegenständen in *Meso-Kontexten*“: Steinen, Ästen, Fasern etc. oder mit natürlichen *Wirklichkeiten*: Feuer, Wasser, Wind, oder Erfahrungen mit menschengestalteten *Realitäten*: Werkzeuge und durch Werkzeuge Geschaffenes, Erfahrungen allerdings, die in soziokulturellen Kontexten gemacht werden und deshalb auch Erfahrungen mit sozialen Formen und Phänomenen sind und konstituieren. All diese Wirklichkeiten bzw. Realitäten (Wallner 1990) lassen in Menschen Fragen aufkommen, welche durch Benennen/Versprachlichen *allein* nicht befriedigt werden, denn die Erfahrung (man beachte die Bedeutung dieses Begriffes) steht in der Erstreckung des *Kontinuums*, die über die Möglichkeit des Memorierens gegeben wird. Damit wird die Dimension des *Prozesses* und der „*Strukturen hinter den Phänomenen sowie zu Entwürfen*“ als ihrer Fortschiebung zugänglich und das Erahnen der „transphänomenalen Welt“, die damit erschlossen werden kann: durch die Konstruktion von Modellen, durch die Konzeptualisierung von Experimenten in *kulturellen* Prozessen (Janich 1996), die Erkenntnisse jenseits des phänomenal Gegebenen hervorbringen, spezifisch *menschliche* Erkenntnis: soziale *Konstruktionen über die Welt* – die physikalische, biologische, psychische, soziale, kulturelle, ästhetische - und ihr Funktionieren. Ein solcher „sozialer“ bzw. „kulturalistischer“ *Konstruktivismus* (ibid.) vermag naturwissenschaftliche Modelle, z. B. über das Funktionieren des limbischen Systems (LeDoux 1996) oder des Gedächtnisses (Schacter 1999) oder der Emotionen (Damasio 1997, 2000) mit dem *ästhetischen* Erleben des „perzeptiven Leibes“ (Petzold 1988n, 190ff), den versprachlichten, interpretierten, archivierten Erfahrungen des „memorativen Leibes“ (ibid.) und dem *poietischen* Gestalten des „expressiven Leibes“ zu verbinden (idem 1999q) zu einem komplexen Modell durch Alltagserfahrung *und* Forschung gestütztem Verstehen und Erklären von vorfindlicher *Wirklichkeit* bzw. menschengeschaffener *Realitäten* (Wallner 1990). Psychotherapie, die einem neuzeitlichen wissenschaftlichen Weltbild verpflichtet ist, das um seine Verwurzelung in der poietischen Erfahrung weiß, diese wertschätzt und sie nutzt, statt sie abzuwerten (z.B. als „vorwissenschaftlich“) oder in ihrer Bedeutung zu marginalisieren (bloßes Alltagswissen, common sense), gewinnt damit die Erkenntnis- und Handlungsbasis, die sie als Disziplin braucht, um mit bestmöglich gesichertem Wissen Menschen zu behandeln, und das heißt: aus einem *Moralbewußtsein* ethisch verantwortet zu behandeln.

Therapie wie auch Therapieausbildung oder Forschung geschieht im Integrativen Ansatz prinzipiell „**ko-respondierend**“ zwischen *Theoretikern, Praktikern, Forschern, Patienten* (Petzold 1991e, 2000d; Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1999). Sie erfolgt in der „Begegnung und Auseinandersetzung“ mit der eigenen „*scientific community*“ unter Rückgriff auf Ergebnisse der Grundlagen- und Anwendungsforschung, durch Auswertung von klinischen Erfahrungen und Kenntnisständen, weiterhin in schulenübergreifenden *konnektivierenden* Diskursen von multidisziplinärer, interdisziplinärer und transdisziplinäre Qualität (zur Differenzierung vgl. Petzold 1998a, 26) mit anderen *scientific communities*. Mit ihnen wird die *Ko-respondenz* aktiv gesucht. Tagungen, Symposien, Internet-Foren, Journalbeiträge, Buchreihen, Sammelbände (vgl. Petzold, Märten 1999) sind hier die üblichen Wege.

2 Interdisziplinäre Forschung

Ein Leitgedanke der Integrativen Therapie ist der einer „kritischen angewandten Humanwissenschaft“ (Petzold 1965), die Wissensbestände relevanter *Referenzwissenschaften* zur Grundlage der Modellkonstruktion nimmt (Petzold 1987d, 1999q): Medizin, Biologie [naturwissenschaftliche Anthropologie] – Psychologie, Soziologie [sozialwissenschaftliche Anthropologie] – Philosophie, Pädagogik [geisteswissenschaftliche Anthropologie] – bildnerische Kunst, Literatur, Musik [kulturwissenschaftliche Anthropologie] und ein komplexes Modell hervorbringt (idem 1974j, 302). Mit den Naturwissenschaften, Sozialwissenschaften, Geistes- und Kulturwissenschaften schaffen Menschen *grundsätzliches Wissen* über den Menschen, der sich dadurch in permanenten „*Transgressionen*“ in seiner „**Hominität**“, seinem Menschenwesen, und seiner „**Humanität**“, seiner Menschlichkeit (idem 2000h) zu verstehen sucht, sich *weiterentwickeln*, aber auch *verfehlen* kann. Von Menschen hervorgebracht, ist dieses Wissen von einem unübersteigbaren „*epistemologischen punctum caecum*“ gekennzeichnet und deshalb immer auch ein *prekäres Wissen*, dessen Risiken nur durch konnektivierte Interdisziplinarität und durch eine umfassende differentielle und integrative Ethik (Krämer 1992; Petzold 1992a, 500ff) und Beteiligung aller Betroffenen (d. h. auch Patienten, vgl. idem 2000d) abgepuffert werden können.

In klinischer Hinsicht stützt sich die Integrative Therapie potentiell auf den gesamten Fundus biomedizinischer, sozialwissenschaftlicher/kulturwissenschaftlicher und psychologischer Forschung, in Sonderheit den der Psychotherapieforschung sowie die wissenschaftlichen Ergebnisse klinisch-psychologischer und psychiatrischer Studien. Sie kann dies tun, weil hier eine „community“ an der Wissensentwicklung arbeitet. Auf dem Hintergrund der genannten Wissensbestände wurde mit spezifischem Rückgriff auf die longitudinale Entwicklungsforschung, z.B. zu Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienzen (vgl. Petzold, Goffin, Oudhoff 1993) und die „developmental psychopathology“ (Robins, Rutter 1990; Rolf, Masten, Cicchetti, Nuechterlein, Weintraub 1990; Lewis, Miller 1990) sowie die Gesundheitspsychologie (Antonovsky 1987, Haisch 1996; Haisch, Zeitler 1991) eine Störungslehre, ein differentieller Krankheitsbegriff und ein Gesundheitskonzept in der Integrativen Therapie entwickelt (Petzold 1992a, 551-611; Petzold, Steffan 2000a; Schuch 2000).

3 Verhältnis der Untersuchungsmethoden zu Erkenntnistheorie und Wissenschaftsbegriff, Fragen der Forschungspraxis

An anderem Ort (z. B. in unseren Ausführungen zu den Charta-Forschungscolloquien II und III [vgl. Petzold, Steffan, Schuch 2000, Petzold 2000h] und in der Charta-Enquête I, vgl. Petzold, Sieper, Rodriguez-Petzold 1997) wurden unsere erkenntnistheoretischen und wissenschaftstheoretischen Positionen dargelegt, insbesondere unsere strukturtheoretischen und metahermeneutischen Konzepte, die auf eine Nutzung von kritisch-theoretischen (Adorno, Bourdieu, Derrida, Foucault, Habermas, Holzkamp) und von positivistischen Positionen (Popper, Alber) abzielen, auf die Kombination *nomothetischer* und *idiographischer* Strategien (Windelband, vgl. für die Psychologie Thomae 1968), moderner empirischer und phänomenologisch-hermeneutischer Forschung in „*sophisticated designs*“ (Petzold 1994h), die qualitative und quantitative Forschungsmethoden verbinden.²

² Beispiele sind ein im Auftrag des Wissenschaftsministeriums und der Arbeitsverwaltung in der BRD von Petzold und Kabat *vel Job* durchgeführtes Ost-West-Forschungsprojekt zu Belastungs- und Verarbeitungsprozessen nach der „Wende“ [vgl. Knobel, Mankwald, Petzold, Sombrowski, 1992, zu den qualitativen Ergebnissen der narrativen Interviews vgl. Sombrowski 1994] oder das im Auftrag des österreichischen Wissenschaftsministeriums durchgeführte Forschungsprojekt zur Evaluation von Supervision [Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997], das im Kontrollgruppendesign qualitative und quantitative Methoden [z.B. Messung der faktischen Performanz durch Vergleich und Rating von Videoaufzeichnungen von Beratungen vor und nach der Ausbildung] theoriegeleitet kombinierte.

In einem multitheoretisch begründeten, konzeptpluralen Modell (Petzold 1998a; Schuch 2000), das durch sein metahermeneutisches Vorgehen vielfältige Wissenbestände mehrperspektivisch *konkettiviert* (Petzold 1994a), ist der hier kurz umrissene *metaepistemologische* Ansatz (wie im Charta-Colloquium III [idem 2000h] ausgeführt) das Leitprinzip. Erst dann kommt das Menschenbild, denn bevor man anthropologisch reflektiert, müssen die erkenntnistheoretischen Grundlagen des Reflektierens geklärt sein. Das gilt natürlich auch für die Forschung. Ihre Generierung von Forschungsfragen, ihre Hypothesenbildung und die „Diskussion der Ergebnisse“, wie wir sie in jeder positivistisch-empirischen Studie finden, durchläuft unabdingbar hermeneutische Prozesse. Habermas (1980) vertritt mit guten Gründen einen „Universalanspruch der Hermeneutik“. In der Psychotherapie brauchen wir eine sozialwissenschaftlich unterfangene und damit *ernüchterte* Hermeneutik (wie wir sie z.B. in den Ansätzen von Oevermann, Spence und den späteren Arbeiten von Ricouer finden), die in keinem „Zirkel“ gefangen ist, sondern die sich selbst zum Gegenstand der Betrachtung, Analyse und Interpretation macht, wie wir dies in der Integrativen Therapie mit dem Konzept einer **Metahermeneutik** unternommen haben, deren Charakteristikum ist, Ergebnisse naturwissenschaftlicher Forschung, die im positivistischen Paradigma gewonnen werden, systematisch mit zu verwenden und – wo erforderlich oder förderlich - zu *renarrativieren* (Petzold 1994a, 2000b, e).

3.1 Forschungsethische Fragestellungen

Bei Forschungsprojekten mit Menschen und bei Therapieforschungsprojekten in Sonderheit sind allgemeinethische und forschungsethische Fragestellungen von grundlegender Bedeutung. Wir postulieren – wie übrigens auch Grawe (1992) -, daß Patienten das Recht haben, mit Methoden der „*best practice*“ behandelt zu werden, die nachweislich *wirksam*, *zweckmäßig* und *ökonomisch* (Mittel-Effekt-Relation) sind und für die der Nachweis erbracht ist, daß sie keine „Risiken und Nebenwirkungen“ haben, also keine „riskante Therapie“ sind (Märtens, Petzold 2002; Müller, Petzold 2001) und *client welfare* bzw. *patient security* gewährleisten. Wir haben in unseren Studien darauf besonderen Wert gelegt. Für die Integrative Therapie wurden bislang keine negativen Effekte gefunden (Petzold, Hass, Märtens, Steffan 2000). Schadensforschung müßte in der Psychotherapie systematisch betrieben werden und das kann – die PTSD-Forschung zeigt das (McFarlane, Yehuda 1997; Petzold, Wolf, Josic, Landgrebe, Steffan 2000) - nicht ohne psychophysiologische Untersuchungen und quantitative Studien im Kontrollgruppendesign (Dobson, Craig 1998; Jacobi, Poldrack 2000) erfolgen. Aus *ethischen* und *rechtlichen Gründen* (Nebenwirkungsausschluß, Wirksamkeitsnachweis, Informationspflicht) reichen allein qualitative Verfahren in der Psychotherapieforschung nicht aus. Wo objektive, valide und reliable Studien fehlen, ist das nicht nur in hohem Maße bedauerlich, sondern auch bedenklich, und das sollte nicht mit dem „Hermeneutikargument“ und der „Lanze für die qualitative Forschung“ oder mit Verweisen auf „neue Wissenschaftsparadigmata“, das „Menschenbild“ oder die letztendliche Bedeutung der „therapeutischen Beziehung“ vom Tisch gefegt werden, wenn nicht solide Nachweise der Wirksamkeit und der Unbedenklichkeit vorliegen (und mit Blick auf Neben- und Nachwirkungen sieht die Datenlage noch sehr mager aus - auch für die etablierten Mainstreamverfahren!).

Weil Menschenbilder und Beziehungstheorien nicht voraussetzungslos und oft in hohem Maße ideologielastig sind (siehe z.B. Doubrawa, Staemmler 1999 oder Blankertz 2000; dazu Petzold 2000e, 2001b; Petzold, Orth 1999) und auch zur Ausblendung von relevanten Forschungsfragen und Methodologien führen können, ist das Verhältnis von Forschung und Anthropologie besonders kritisch bzw. selbstkritisch in den Blick zu nehmen (Petzold 1994o) und Psychotherapieforschung im Kontext des Diskurses in der „scientific community“ bzw. der „community of researchers“ (idem 1994m; Petzold, Sieper, Rodriguez-Petzold 1995) für die Behandlung von Kindern

(Märtens, Petzold 1995a) und von Erwachsenen (dieselben 1995b) zu diskutieren, denn nur die Teilnahme an diesem seit langem internationalisierten *Diskurs* gewährleistet „best practice“ (Dobson, Craig 1998), Praxis, die ihrerseits noch einmal mit dem Blick darauf untersucht werden muß, ob sie dem Kriterium von „client dignity“ (Müller, Petzold 2001, idem 2000d) entspricht. Keineswegs nämlich müssen *wirksame* Prozeduren auch *würdige* Prozeduren sein.

Um ein Beispiel zu geben: Höchst kritische Fragen sind hier z. B. an die derzeit weit verbreiteten massiven Expositionstechniken in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen zu stellen, wie sie das EMDR (Shapiro 1995) oder bestimmte verhaltenstherapeutische (Foa 1997; Ehlers 1999) und gestalttherapeutische (Butollo et al. 1999) Verfahren praktizieren. Miltenburg und Singer (1997) machen gewichtige Gründe gegen diese Praxis geltend: viele Patienten wollen diese Prozeduren nicht, schwere psychische Belastungen sind nicht auszuschließen und sind mit Expositionen regelhaft verbunden, die Gefahr der Retraumatisierung besteht. Darüber werden die Patienten in der Regel nicht sorgfältig und umfassend aufgeklärt, ein gfls. strafrechtlich relevantes Versäumnis. Überdies sind Neben- und Spätwirkungen nicht untersucht. Wir nehmen Belastungen des Immunsystems an (u.a. Ergebnisse der Debriefing-Forschung legen dies nahe, vgl. Rose, Bisson 1998), trotz subjektiver Patientenberichte von Befindlichkeitsverbesserungen; aber die besagen nichts über ein Weiterbestehen oder eine Verschlechterung der hyperstress physiology und ihrer Folgen. Deshalb meinen wir: Wenn positive Behandlungsergebnisse mit schonenderen Methoden erreicht werden können – und es gibt sie, selbst wenn man ihnen nicht die höchsten ausreizbaren Effektstärken erreicht – dürften bis zum Nachweis der Unbedenklichkeit die potentiell riskanten Expositionsverfahren eigentlich nicht verwendet werden (Petzold, Wolf et al. 2000). Bei keinem Medikament wäre das zulässig!

Für die Integrative Therapie ist deshalb die Frage der Effektivitätskontrolle, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Schadensforschung ein Kernanliegen und dient gleichermaßen der ethischen Zielsetzung, der rechtlichen Absicherung wie der Theorienbildung und der Praxeologie, wobei als Maßstab 1. *informend consent*, die „informierte Zustimmung“ des Patienten/der Patientin gesehen wird, 2. *client welfare*, d.h. die optimale Versorgung des Patienten, seine Gesundheit und Rehabilitation, 3. *patient security* durch *good/best practice* (vgl. Dobson, Craig 1998) und 4. *client dignity*, die Würde des Patienten/der Patientin (vgl. idem 2000d, Müller, Petzold 2001) gewährleisten muß, was auch eine schicht- und genderspezifische Betrachtung unverzichtbar macht, die in der Psychotherapie oft noch defizient ist (Petzold 1998h). Ausgehend von den Erkenntnissen einer längeren Forschungstradition und -diskussion (Petzold 1994a, Petzold, Märtens, Steffan 1998) wird ein *Qualitätssicherungsmodell* entwickelt, das – gestützt auf Forschung einerseits und geleitet von der Prinzipien integrativer *Metatheorie* andererseits - insbesondere durch das *mehrperspektivische* und *diskursive* Denken im Modell der *Metahermeneutik* (idem 1994a), welches diskursanalytische (Foucault) und dekonstruktive (Derrida) Untersuchungen einschließt - ein ko-respondierendes Verhältnis von Ausbildungs- und Therapiequalität ermöglicht (Petzold, Steffan 2000b).

3.2 Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung

Die Sicherung und Entwicklung der Qualität psychotherapeutischer Behandlungen ist unmittelbar im Bereich der Psychotherapieforschung anzusiedeln und muß die Dimensionen *Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität* einbeziehen. Für die Strukturqualität wird auf die Verbesserung institutioneller und organisationaler Rahmenbedingungen hingewirkt, z.B. durch spezifische Maßnahmen der Organisationsentwicklung und Supervision (etwa von klinischen Institutionen, rehabilitativen Einrichtungen und Agenturen psychosozialer Hilfeleistungen), wie sie im Integrativen Ansatz von unseren Mitarbeitern entwickelt und beforscht worden sind, sowie in klinisch ausgerichteten Supervisionsweiterbildungen gelehrt werden (Schreyögg 1991, 1994; Schigl, Petzold 1997; Petzold 1998a). Prozeß- und Ergebnisqualität müssen durch therapiebegleitende, externe und selbstadministrierte Evaluationsverfahren gewährleistet werden. Im klinischen Rahmen erfolgt dies durch klinisch-psychologische, psychiatrische und medizinische Abschlußuntersuchungen. Im Rahmen freier Praxis erfolgt dies durch systematische Verhaltensbeobachtungen und Überprüfungen von Zielvereinbarungen.

Ausgehend von den Qualitätsnormen, Bewertungskategorien, die von der „scientific community“, der „community of researchers“ bzw. von der Gesellschaft vorgegeben werden, gründet sich

das Qualitätssicherungsmodell auf die Metatheorie der „Integrativen Therapie“ (Petzold 1991a) und auf die Ergebnisse aus eigenen Forschungsprojekten (Petzold, Steffan 2000b). Es ist indes ein Modell, daß auch für andere integrativ ausgerichtete Ansätze in der Psychotherapie oder für humanistische Verfahren wie Gestalttherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Psychodrama Rahmenkonzepte bieten kann. Die EAG hat als staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen und wissenschaftlichen Bildung im psychosozialen und klinischen Sektor und im Bereich der Gesundheits- und Kreativitätsförderung mit ihrer fast 30jährigen Geschichte (Petzold, Sieper 1993) eigene Strukturen und Ausbildungskonzepte entwickelt, die eines eigenen Qualitätssicherungskonzeptes bedürfen. Daher ist es nicht möglich und sinnvoll, unreflektiert in der und für die Industrie entwickelte Qualitätssicherungssysteme wie z.B. DIN ISO 9000-Norm zu übernehmen, sondern es wurde mit Bezug auf sozialwissenschaftliche Qualitätsforschung ein eigenes „EAG-Modell“ entwickelt, das sich in einer Dialektik zwischen systematischer Heuristik und empirischer Forschung stetig weiter ausdifferenziert hat, um zu wirklich adäquaten Qualitätseinschätzungen und **ökologisch valider Qualität** zu gelangen hinter der eine „interne Kohärenz und Konsistenz“ sowie eine entsprechende „Praktikabilität“ steht (Petzold, Steffan, Schuch 2000). Das Modell hat inzwischen eine „sophistication“ erlangt, für die es international wenig Vergleichbares gibt (vgl. zusammenfassend Petzold, Steffan 2000b). Qualitätsanforderungen ergeben sich aus der Patienten-, Klienten-, Kundenorientierung bzw. aus der Teilnehmerzufriedenheit (Ausbildungskandidaten und Klienten/Patienten), aus der theoretischen Modell- und Konzeptentwicklung und aus der Orientierung an Ergebnissen von Psychotherapieforschung, Ausbildungsforschung und Institutionsevaluationen. **Qualitätsaufbau** (*quality attainment*) – und der geht der **Qualitätssicherung** immer voraus - setzte an der EAG zunächst nicht bei der empirischen Überprüfung von Therapieergebnissen an, sondern nahm einen Prozeß, der einerseits viel mit dem *persönlichen* Innovations-, Arbeits- und Forschungsstil des Initiators des Integrativen Ansatzes zu tun hat (vgl. Schmiedel, Sieper 1993; Zundel 1987), andererseits mit der Arbeitsmethodik **interdisziplinär**, ja **transdisziplinär** konzeptualisierender Theoretiker und Forscher (vgl. Petzold 1998a, 27f), die für die Integrative Therapie bestimmend waren: *Maurice Merleau-Ponty, Pierre Janet, Paul Ricoeur, Michel Foucault*. Es läßt sich folgender Prozeß skizzieren:

Er beginnt **I**. mit *systematischen Reflexionen* der Begründer des Integrativen Ansatzes (*H. Petzold, J. Sieper*, später *H. Heintz, I. Orth*³ u.a.) über ihre vielfältigen *therapeutischen Eigenerfahrungen (Ia)* und ihre breite psychotherapeutische und leib- und kreativitätstherapeutische *Praxis der Patientenbehandlung (Ib)* mit verschiedenen Populationen, eine Praxis, die methodenplural und experimentierend ausgerichtet war und ist; **II**. es folgte die *vergleichende Untersuchung* der großen Therapieverfahren auf erklärungsrelevante *gemeinsame und unterschiedliche Theoriekonzepte (IIa)* und auf wirksamkeitsrelevante *übereinstimmende und verschiedene Praxeologiekonzepte (IIb)*, ein „common and divergent concept approach“ (idem 2000h). Nach hinlänglicher Elaboration der klinischen Praxis und theoretisch reflektierter Konzeptarbeit (idem 1970c, 1974j) erfolgte 1972 **III**. die *Entwicklung eines Ausbildungsmodelles und -curriculums* (Petzold, Sieper 1972, 1976) auf der Grundlage *agogischer Konzeptbildung und Forschung (IIIa)* und vor dem Hintergrund *andragogischer Weiterbildungspraxis (IIIb)* mit Erwachsenen und Studenten (Petzold, Sieper 1970; Petzold 1971i, 1973e; Sieper 1971); denn nur mit einem differenzierten und standardisierten Curriculum, das an den Prinzipien moderner, berufsbezogener Erwachsenenbildung orientiert und didaktiktheoretisch ausgearbeitet ist⁴, ist seriöse Ausbildungsforschung und –evaluation möglich. **IV**. wurden dann *Ausbildungsevaluationen* vorgenommen, zunächst okkasionell [seit 1974], dann regelmäßig [seit 1979] und seit 1996 permanent und fest installiert (vgl. Petzold, Steffan 2000b; Oeltze, Ebert, Petzold 2000). Nur so kann es auch **V**. zu *qualitätsverbessernden Curriculumsrevisionen* kommen (vgl. die verschiedenen konzept- und forschungsgestützten Curriculumsrevisionen an FPI/EAG Petzold, Sieper 1972, 1976, zuletzt Petzold, Orth, Sieper 1999). Schließlich wurden **VI**. *Wirksamkeitsuntersuchungen* der Behandlungen von TherapeutInnen, die an FPI/EAG ausgebildet wurden, durchgeführt. Die Ergebnisse aus **IV** (der Ausbildungs- und Selbsterfahrung) und aus **VI** (der Therapieevaluation) wurden und werden schließlich **VII**. in erneuten *systematischen Reflexionen* (wie in **I**) und weiterhin **VIII**. in der *vergleichenden Auseinandersetzung* mit Forschungsergebnissen und Konzepten anderer Orientierungen ausgewertet (wie in **II**). Beides wird aber nun nicht mehr nur auf der persönlichen, sondern auch auf der institutionellen Ebene **IX**. für

³ Alle vier Protagonisten Integrativer Therapie wurden für ihre Beiträge zu einer innovativen Psychotherapie und für ihre Entwicklungsarbeit an FPI und EAG mit dem Bundesverdienstkreuz der BRD ausgezeichnet.

⁴ Solche Curricula fehlen in der Psychotherapielandschaft selbst heute noch weitgehend (in der Regel werden Ausbildungsstandards, wie die der Charta, oder Ausbildungsordnungen als Curricula bezeichnet).

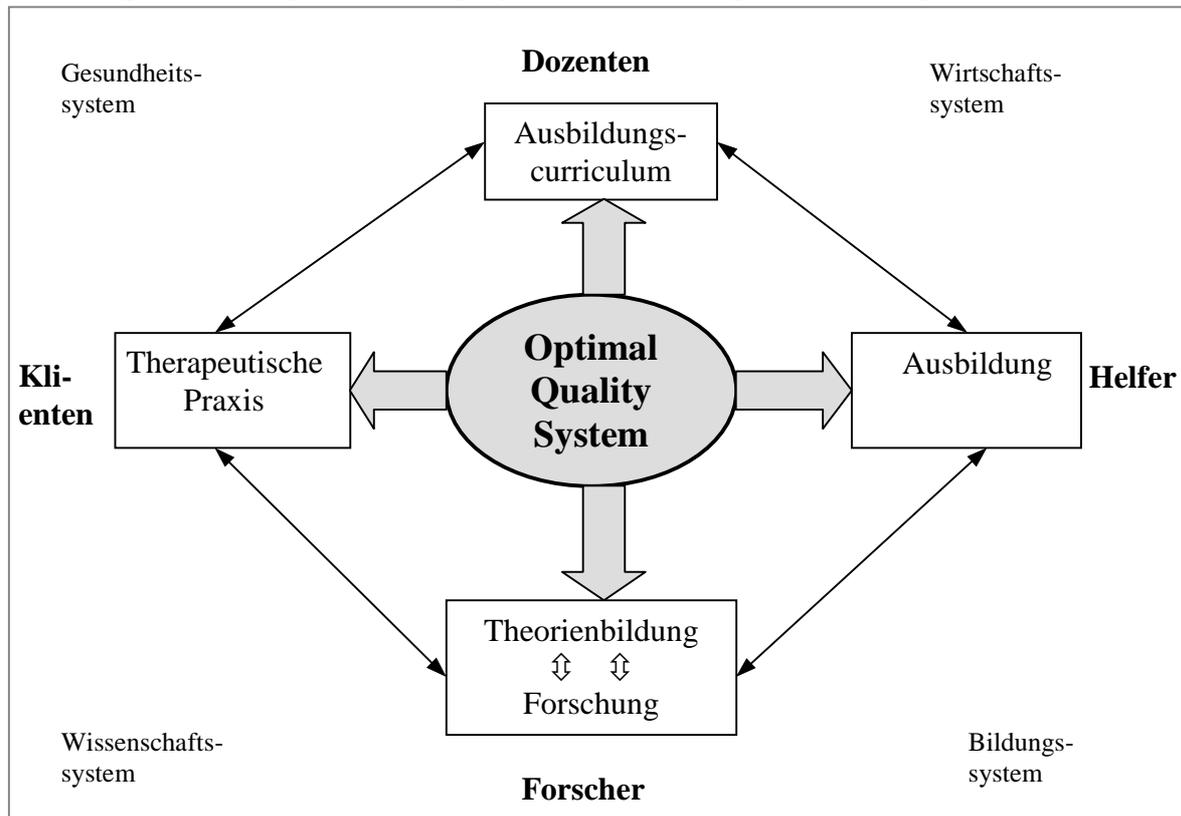
die *Konzeptentwicklung* und – wo erforderlich – *Konzeptrevision* in der *Theorie* [IXa] und für die Methodenverbesserung und ggf. Methodenrevision in der *klinischen Praxis* [IXb] sowie in der *Ausbildungspraxis* [IXc] fruchtbar gemacht. Die Ergebnisse der Forschungen, Entwicklung von Behandlungsmethoden, Theoriearbeit und Konzeptentwicklung, Ausarbeitungen didaktischer Modelle für die Psychotherapieausbildung werden dann **X.** in den *intra- und interdisziplinären Diskurs* der „community of psychotherapists“ gestellt (Publikation in Printmedien und im Netz), um Rückmeldungen und Anregungen zu bekommen, aber auch um Impulse und Anregungen zu geben.

3.3 Das „Optimal Quality System“ (OQS) der Integrativen Therapie

In diesem Prozeß werden im Sinne eines „*optimierenden*“, differentiellen und integrativen Qualitätssicherungs- und -entwicklungskonzeptes beständig Informationen von AusbildungskandidatInnen, LehrherapeutInnen, Absolventinnen, von Institutsghremien, von der wissenschaftlichen Leitung, vom Forschungsteam, von ausgebildeten Therapeuten und von PatientInnen/KlientInnen zusammengetragen, um Probleme (d.h. Aufgaben oder Schwierigkeiten) situationsnah und unmittelbar zu bearbeiten. Wenn das nicht möglich ist, wird dies an die zuständigen Entscheidungsinstanzen zur Klärung oder zur Erarbeitung und Umsetzung von Verbesserungsstrategien weitergegeben. *Gremien*, wie sie von der Akademiesatzung (in *Petzold* 1998h, 538 ff) gemäß dem nordrheinwestfälischen Erwachsenenbildungsgesetz (*Sieper* 1985) vorgegeben sind, bilden Knotenpunkte für *Konnektivierungen*, die stets auf eine *intersubjektive Qualität* zentriert sind, gemäß der beziehungs- und diskurstheoretischen Basis der Integrativen Therapie (idem 1991b, 1978c, 1996k), was sich auch in den Forschungsergebnissen auf allen Ebenen zeigt (*Petzold, Steffan* 2000b). Damit wird auch dem „Total Quality System“ der freien Wirtschaft, das dem für technische, ersetzbare Systeme machbaren, für lebendige Systeme aber potentiell beschädigenden *Maximierungsprinzip* verpflichtet ist, ein „**Optimal Quality System**“ (OQS) vorgezogen mit einem *Optimierungsprinzip* (idem 1998a, 447f). Mit ihm wird eine „ko-kreative Synergie“ (ibid. 264f; *Petzold, Orth, Sieper* 1995) zwischen den einzelnen Elementen, Sektoren, Instanzen, Gruppierungen, Teams, Personen möglich und es können *Konflux-Phänomene* entstehen, ein fließendes, *Emergenzpotentiale* freisetzendes kokreatives Zusammenspiel aller *Ressourcen* und *Potentiale* (vgl. zu diesen Konzepten idem 1998a, 263ff). Wesentlich dabei ist die ständige Gewährleistung *transversaler Informationsflüsse* in verschiedene Richtungen „*bottom up*“, „*top down*“, „*lateral*“ auf verschiedenen Ebenen mit beständig alternierenden Diskursen. Damit wird ein zentrales Prinzip aus dem Modell des „*Reflexiven Managements*“ (ibid. 215ff) umgesetzt, daß besonders wichtig ist, wo Therapie und Ausbildung in institutionellen und organisatorischen Kontexten (Kliniken, Ausbildungsinstituten) stattfindet – das Modell wurde im Kontext der Weiterbildungsakademie (EAG) für Integrative Verfahren, ihrer „Abteilung für Supervision und Organisationsentwicklung“ zur Qualitätsoptimierung erarbeitet und schließt Möglichkeiten wie Gremien-supervision und Coaching von DozentInnenen ein (*Petzold* 1998a, *Petzold, Rodriguez-Petzold, Schneyter* 1996; *Schreyögg* 1993a, b, 1995), Prozesse, die selbst wiederum Gegenstand von Evaluation und Forschung werden können (*Oeltze, Ebert, Petzold* 2000). Die Qualitätsentwicklung wird mit diesem Modell selbstorganisierend und selbstreflexiv, unterliegt damit aber auch der Verantwortung des Gesamtsystems. Jeder Einzelne erhält die Verantwortung für die Standardparameter „Ergebnis-, Prozeß- und Strukturqualität“ (z.B. durch Mitarbeit in Gremien, Qualitätszirkel, durch Mitwirkung bei Evaluationsprojekten). Maßnahmen der Qualitätssicherung in solch einem komplexen System, wie es die EAG darstellt, müssen einerseits als ein Schritt für Schritt ablaufender Organisationsentwicklungsprozeß aufgefaßt werden (*Schreyögg* 1993b), andererseits erfordern sie auch ein Gesamtkonzept, in dessen Rahmen derartige Maßnahmen erfolgen. Es geht dabei nicht nur um die Weitergabe von Information, z.B. den Austausch über Mängel, sondern auch um Transport und Nutzung von guten Lösungen, Erfolgen, Innovationen, die als „Ressourcen“ weitergegeben und ausgewertet werden sollen (*Petzold* 1997p), um für eine weitere Optimierung verwendet werden zu können. Die folgende Abbildung verdeutlicht die zentralen Systemsektoren, die eines regelmäßigen Informationsaustausches und der Transparenz bedürfen. Wird einem Bereich nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, ist

das „**Optimal Quality System**“ (OQM) gefährdet. Für jeden Bereich sind Kriterien formuliert, die das Modell inhaltlich füllen. Die qualitätssichernden Evaluationen und Forschungen werden in der Regel in einer Kooperation von externen Evaluatoren und Angehörigen des Systems aus verschiedenen Ebenen durchgeführt (dem wissenschaftlichen Leiter als Qualitätsverantwortlichen, MitarbeiterInnen im Forschungsteam, DozentInnen, Ausbildungskandidatinnen, vgl. *Petzold, Hass, Jakob, Märtens, Merten 1995*).

Abbildung 1: Das „Optimal Quality System“ in der Integrativen Therapie



3.4 Qualitätsanforderungen der EAG

Zentrale Qualitätsparameter und -anforderungen, denen sich die EAG stellt, sind *Transparenz* der Leitungs- und Entscheidungsstrukturen, der Aufgaben, der Abläufe/Organisationsprozesse, der Leistungen, der Evaluationskriterien, der Rechte und Pflichten, um die *Zufriedenheit* aller am „Optimal Quality System“ Beteiligten zu gewährleisten. Das sind:

- Die Studierenden bzw. die Ausbildungskandidatinnen (alumni), die in ihren Rollenspektren natürlich auch ein „Kundensegment“ haben (sie sind aber, legt man einen „differenziellen Kundenbegriff“ zugrunde, keineswegs nur „Kunden“, sondern haben z.B. teilweise den Rechtsstatus von Studenten, vgl. *Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998*; idem 1998a, 395ff),
- die Klienten und Patientinnen (auch letztere haben den Rechtstitel bzw. Status von Leistungsberechtigten, sind also keineswegs nur „Kunden“ und es geht auch keineswegs nur um Kundenzufriedenheit, sondern auch um „client welfare“, „patient security“, „client dignity“),
- die Lehrenden bzw. Dozenten,
- die Forscher,
- die Organisations- und Verwaltungskräfte,
- die Absolventen, vertreten in und durch Fach- und Berufsverbände (*Zdunek, Petzold 1999*; *Märtens, Merten, Petzold 1998*).

Ein hoher fachlicher Standard (*best practice*), Kundenzufriedenheit (*customer satisfaction*), die Sicherheit (*client security*) und das Wohlergehen (*client welfare*) von Patienten und Klientinnen die fachliche Zufriedenheit der Studierenden (*alumni satisfaction*) und die Arbeitszufriedenheit

der Dozentinnen und Mitarbeiter (*performance satisfaction*) sind für die EAG maßgebliche Qualitätsparameter.

Qualitätskriterien kann man in der Psychotherapie und in der Psychotherapieausbildung nicht formulieren, ohne in eine breite Diskussion über Therapieziele und therapeutische Wirkfaktoren und –prozesse einzutreten und genauso über Ausbildungsziele und didaktische Effizienzfaktoren und -prozesse. Darauf muß an dieser Stelle allerdings verzichtet werden und es sei auf spezifische Literatur verwiesen: *Petzold, Bubolz 1979; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998; Petzold, Märten 1998; Huf 1992; Grawe 1995; Strauss, Ambühl 1999; Petzold, Steffan 2000a; Smith, Grawe 1999*).

In folgender Tabelle sind Qualitätsparameter, gegliedert nach den drei Qualitätsaspekten von *Donabedian* (1966), zusammengestellt:

Tabelle 1: Qualitätsparameter an der EAG

	Determinanten von Ergebnis-Qualität	Determinanten von Prozessqualität	Determinanten von Strukturqualität
Therapie-evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Kurative/palliative Funktion (Symptomfreiheit oder Symptomminderung) • Gesundheitsförderung • Persönlichkeitsentwicklung • Soziale Reintegration • Arbeits- und Leistungsfähigkeit • Lebenszufriedenheit und –qualität • Soziale Partizipation 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik/Theragnostik • Qualität der therapeutischen Beziehung • Qualität informierter Kooperation (nicht compliance!) • Therapietechniken, Medien, Methoden • Dokumentation des Therapieverlaufes • Qualitätssicherungssystem • Supervision, Kontrollanalyse der Therapieprozesse • Prozeßforschung und –evaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Therapeuten • Arbeits- und Betriebsmittel • Räumliche Ausstattung der Praxis/Klinik
Ausbildungs-evaluation unmittelbar	<ul style="list-style-type: none"> • die Zahl der in Aus-, Weiter- und Fortbildungen geschulten Seminarteilnehmer (vgl. <i>Schmiedel, 1993</i>) • die professionelle und interven-tive Kompetenz und Performanz der Ausbildungsteilnehmern • Förderung persönlicher und sozialer Kompetenz und Performanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Lehr- und Lernprozesse • Didaktische Kompetenz und Performanz der Dozenten • Gruppengeschehen in der Ausbildung • die Arbeit von Gremien und Teams (z.B. Ausbildungskandidaten- und Dozententreffen) • Zusammenkünfte der Zentral-konferenz • Supervision, Intervention der Lehr- und Lernprozesse • Didaktisches Choaching • Weiterbildung der Dozenten und Lehrtherapeuten • Ausbildungsforschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Personalqualifikation (z.B. Dozenten, Lehrtherapeuten) • Ausbildungscurriculum • Einrichtung, die die Weiterbildung anbietet • Institutionelle Vernetzung (Akademiesatzung) • Bildungsrechtlicher Status • Organisation • Verwaltung • Räumlichkeiten • sachliche Ausstattung • Institutssupervision • Personalentwicklung • OE-Maßnahmen • Curriculumforschung
Ausbildungs-evaluation mittelbar	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Lebenszufriedenheit und –qualität • die Zahl der integrativtherapeutisch behandelten Patienten • Verbesserung der Symptomatik bei Patienten, die mit Integrativen Verfahren behandelt wurden 		

3.5 Teilnehmer- und Kundenzufriedenheit – Wer fragt die Teilnehmer bzw. Kunden?

Die Kluft zwischen, „Expertenperspektiven“ und „Klientenperspektiven“, auf die in der Literatur immer wieder hingewiesen wird (z.B. *Rudolf 1996, Svartberg, Stiles 1994*), macht die Definition einer Kundenzufriedenheit und damit die Festlegung von Kriterien zur Ergebnisqualität sehr

schwierig. Auch die Bezeichnung „Kunde“ für „Studierende“, „Klienten“ und „Patienten“ ist – wie schon erwähnt – ohne differentielle Betrachtung in der Regel unzutreffend (Petzold, Geschwend, Gröbelbauer 1998; Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998), denn Studierende und Patienten selbst haben oft kein „Kundenbewußtsein“ entwickelt, weil die in Rechtspositionen begründeten gesellschaftlichen Statuszuweisungen (Patientenstatus und Studentenstatus), habituelle Rollen- und Identitätsattributionen bei Patienten und Studenten keine Selbstattributionen als „Kunden“ aufkommen lassen. (Oft liegt auch keine *Kundensouveränität* vor: Man kann die Klinik nicht so einfach wechseln wie ein Geschäft, hat kaum Reklamationsmöglichkeiten etc.). Erfolgen hier entsprechende Fremdattributionen als „Kunde“, lösen sie zunächst kognitive Dissonanzen aus. Deshalb ist ein sozialwissenschaftlich konsistenter Rahmen für Qualitätssicherungskonzepte zugrunde zu legen und die derzeit „modische“ „Kundenideologie“ muß einer differenzierten, sozialpsychologisch/soziologisch fundierten Sicht Platz machen (ibid.). Diese relativiert einerseits unbillige Expertenmacht, andererseits wird das Bildungs- und Gesundheitswesen nicht ausschließlich nach Marktprinzipien betrachtet, sondern betont, daß Qualität und Wirtschaftlichkeit in diesen Bereichen auch noch von anderen Parametern (Menschenwürde und –rechte, Gemeinsinn, Altruismus, Solidarität, Fürsorgepflicht, Freiheit der Forschung und Lehre, Wahrung der Persönlichkeitsrechte etc.) bestimmt wird (Petzold, Ebert, Sieper 1999). Genausowenig wie auf bloßem Kommerz basiert eine wissenschaftlich und klinisch fundierte sowie forschungsgestützte Psychotherapie und Psychotherapieausbildung nicht auf obskurantistischen Annahmen: „großen Geheimnissen“, „höheren Erkenntnissen“ und „tiefem Wissen“, sondern ihre Konzepte, Annahmen und Praktiken *müssen ethisch legitimiert, intersubjektiv überprüfbar und nachvollziehbar, wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich und förderlich sein* (Märtens, Petzold 1997). Sie müssen **transparent** sein, auch für Patienten in vernünftiger Erklärung vermittelt werden können, klarer Überlegung zugänglich und für alle Beteiligten hinterfragbar sein. Patienten sollen kritische Fragen stellen dürfen und klare Antworten erhalten. Wir wollen keine *compliance* (= Gehorsam, Fügsamkeit, Botmäßigkeit, Anpassung) sondern kritikfähige *Kooperation*. Wir brauchen nicht nur das *natura sanat*, sondern ein *persona sanat*, der *Klient als Person heilt sich*, wenn er sich aus dem Grund seiner *Hominität* und *Personalität* (Ferenczi [1932] und Iljine [et al. 1990] sprachen von der „Orpha“, der basalen Seelenkraft) sich selbst zuwendet, in einer liebevollen Hinwendung (*tendresse pour soi*) sich selbst zu Hilfe eilt (vgl. *Marc Aurel* lib. III, 14; 12, 8), über sich wacht, sorgsam, heilsam mit sich umgeht und bei seiner Behandlung **zum Kotherapeuten in seiner Therapie wird, indem er „sich selbst zum Projekt macht“**: für seine Gesundheit, seine Persönlichkeitsentwicklung, seine Souveränität und Integrität. Wir wollen die „Expertschaft“ der Patienten für ihre Situation (Petzold, Schobert 1991), wir brauchen ihre Intelligenz, ihren Mut, ihre Lebensklugheit, müssen ihre Parrhesie/Aufrichtigkeit ernstnehmen und nutzen, sollten zugestehen – wo dies gegeben ist, und es ist immer wieder gegeben – daß sie in manchen Bereichen des Lebens durchaus weiter sein können als ihre Therapeuten, aber das tut ja einem *Kooperationsmodell* keinen Abbruch, das an die Stelle der *compliance* mit der medizinischen Expertenmacht und an den Platz des psychoanalytischen *Subordinationsmodells* der „Grundregel“ und getreten ist (vgl. *Freuds* behandlungstechnische Schriften und die Strukturen der gegenwärtigen „Richtlinienpsychotherapie“ in der BRD, u.a. Stichwort „Gutachterverfahren“). Wir sind weiterhin darauf gerichtet, bei PatientInnen auch eine *fachliche* Einschätzung (*appraisal*) ihrer „Lage“ (idem 2000h) zu fördern. In der Forschung wollen wir sie nicht als „Untersuchungsobjekte“, sondern, wie dies schon Moreno (1946) in seinen soziowissenschaftlichen und soziotherapeutischen Forschungen betont hat, als „*co-researcher*“ beteiligen. Gerade im Hinblick auf die "therapeutische Beziehung", die bei Therapieforschungsprojekten noch die Dimension einer „Forschungsbeziehung“ inkludiert, was *Freud* mit seinem „Junctim-Theorem“ (der Therapeut als Behandler und Forscher) aufgrund seines objektivierenden, letztlich positivistischen Wissenschaftsverständnis nie bedacht hat, muß deshalb vieles grundsätzlich neu reflektiert werden unter der Maxime: *der Patient ist Partner* und das in einer sehr grundsätzlichen Weise – als Mitsubjekt, Kotherapeut, Koresearcher (Petzold 1996k; Petzold, Orth 1999a),

Dabei wird es vor allen Dingen unverzichtbar, Teilnehmer an Therapiegruppen oder Bildungsmaßnahmen, die Patienten oder Alumni selber dazu zu befragen, was sie für sich als gut und richtig betrachten in *quantitativ* und *qualitativ* vorgehenden Forschungsprojekten mit „*sophisticated designs*“ (Petzold, Schigl 1996; Oeltze, Ebert, Petzold 2000).

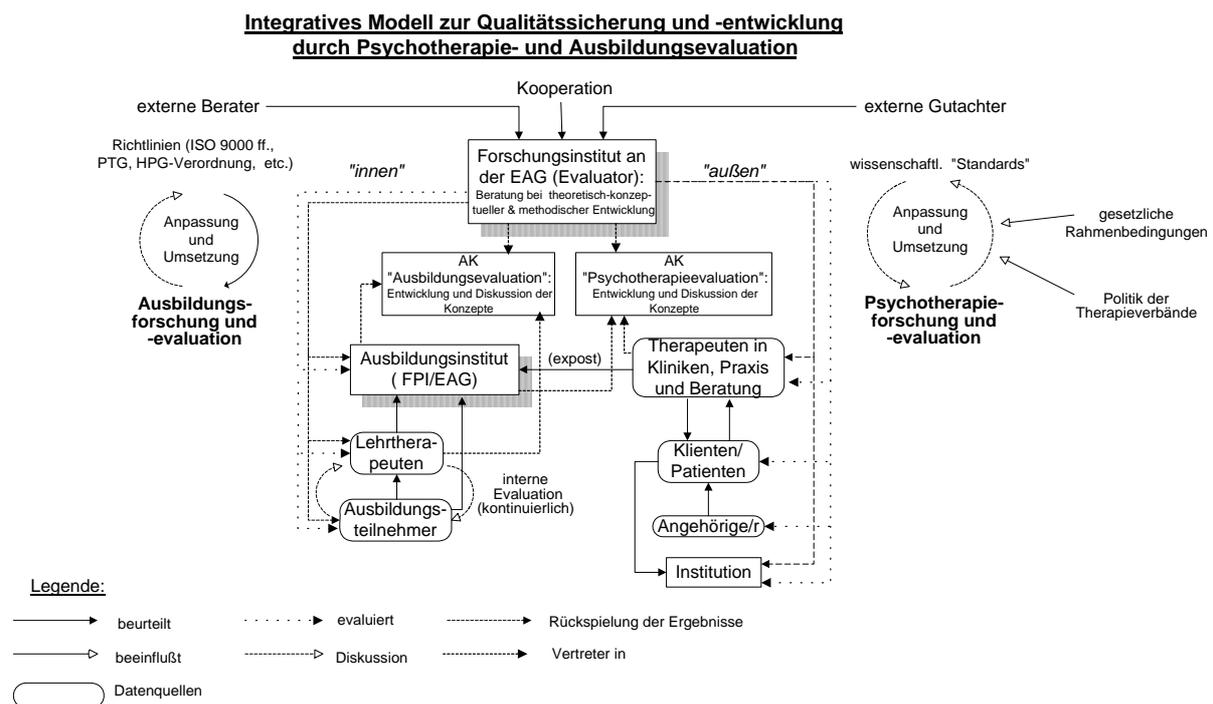
Geschieht dies nicht, kommt es zu Fehlentwicklungen, Fehlentscheidungen, Ungerechtigkeiten, wie beispielhaft die Ereignisse um das bundesdeutsche Psychotherapiegesetz und ihre Konsequenzen zeigen – das Österreichische Gesetz ist einen anderen Weg gegangen. In seiner Vorbereitung wurden in Untersuchungen, Expertengesprächen, Hearings Standesvertreter, Therapeutenverbände, Kostenträger befragt, aber „*research for policy and decision making*“ – und das ist eine wichtige Funktion von Forschung – wurde nicht, oder vom Auftrag her nur eingegrenzt gemacht und genutzt.⁵ In Modellen von Qualitätssicherung und –entwicklung wurde jedenfalls nicht gedacht, denn bekanntermaßen müssen im Kontext von Qualitätsmanagement in übergreifenden Qualitätszirkeln *alle Beteiligten des Geschehens einbezogen werden*, auch die Studierenden, die AusbildungskandidatInnen und – wir gehen dezidiert so weit – die Patienten und ihre Angehörigen (letztgenannte beziehen wir in Therapiewirksamkeitsstudien ein, vgl. Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000). Nur so kann ein „**Optimal Quality System**“ aufgebaut und gewährleistet werden. Natürlich geht es hier nicht nur um Qualitätsfragen, sondern auch um Fragen nach der Therapie- und Forschungsethik, dem Demokratieverständnis, nach sozialer Partnerschaft, d.h. nach der Achtung vor den Patientinnen und Patienten – um „*client dignity*“ (Müller, Petzold 2000) – und um Fragen nach der sozialen und politischen Bewertung von seelischen Erkrankungen. Über die bislang völlig unzureichende „*Schadensforschung*“ in der Psychotherapie (Emmelkamp, Foa 1983; Strupp, Hadley, Gomes-Schwarz 1977; Märten, Petzold 1999, 2001), die Forschung zu „*Risiken und Nebenwirkungen*“ von Therapie hinaus, ist in Zusammenarbeit mit Patienten in jeder einzelnen Therapie zunächst das „*Hilfeansuchen*“ des Patienten und damit der *Patientenwille* ernst zu nehmen, dann muß natürlich auf breiter Ebene exploriert und erarbeitet werden, was diesem Menschen in der psychotherapeutischen Behandlung gut tut und was nicht. Das geht nur, wenn man die „*subjektiven Theorien*“ der Patienten (Flick 1991) zu Gesundheit, Krankheit, Lebensglück ernst nimmt, die „*doppelte Expertenschaft*“ (Petzold, Schöbert 1991) – die der Therapeuten für klinische Fragen und die der Patienten für ihre Situation – wertschätzt, und wenn man Psychotherapie als Unterfangen *kooperativer* Heilungs-, Gesundheits- und Entwicklungsarbeit sowie als Möglichkeit zur Selbsthilfe und Selbstentfaltung betrachtet und in Angriff nimmt, als ein Beitrag zur Lebensqualität und zur Qualität des Gemeinwesens, einer humanen Gesellschaft. Eine solche steht nämlich im Hintergrund des „**Optimal Quality Systems**“ (OQS), das – es sei nochmals betont – *ethisch legitimiert, wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich* und *förderlich* zu sein hat – für alle Beteiligten!

⁵ Man hat z.B. weder in der ministeriell veranlaßten *Wittchen*-Studie noch in dem Psychotherapiegutachten für die Bundesregierung (Meyer et al. 1991) *repräsentative Untersuchungen* dazu gemacht, was *PatientInnen wünschen* (man vergleiche hierfür die Consumer-Report-Studie, Seligman 1995). Mit dem Respekt vor dem Patientenwillen, der freien Wahl der Behandlung, mit „*Kundensouveränität*“ gar, war es und ist es nicht weit her. Ganz ähnlich steht es mit dem, was künftige AusbildungskandidatInnen, junge PsychologInnen und Ärztinnen meinen und wollen, z.B. welche Therapieverfahren sie für ihre Ausbildung oder ihre Behandlungen haben wollen. Viele PatientInnen, z.T. mit langen Behandlungskarrieren, sind ja erfahren mit ihren Therapien – guten, schlechten und allzuoft mäßigen – und sie können sie sehr wohl auch beurteilen (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998). Genauso sollte man z.B. PsychologiestudentInnen zutrauen, daß sie zu fachlichem Urteilen in der Lage sind und bei Abschluß eines Studiums so viel an Informationen, Wissen, Sachverstand und Urteilskraft haben, um selbst entscheiden zu können, welche Therapieverfahren sie für ihre Weiterbildung wählen wollen. Oder sollte das Studium so schlecht sein? Es spricht für die Ignoranz der Politiker und die Arroganz der federführenden Vertreter der Richtlinienverfahren, daß sie diese Kompetenz und Mündigkeit von PatientInnen und von Ausbildungsaspiranten (immerhin Vollakademiker) nicht abgefragt haben, und es ist ein miserables Zeugnis für ihr Demokratieverständnis, daß sie den Patientenwillen einerseits und die Vertretung von Patientenverbänden und die Mitbestimmungsrechte (im Sinne der Hochschulgesetze) von StudentInnen und AusbildungskandidatInnen und ihren Fachschaften andererseits nicht durch die Einräumung von Mitwirkungsmöglichkeiten berücksichtigt haben. Letzteres noch nicht einmal in der Ausbildungsordnung zum Psychotherapeutengesetz - „*Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für psychologische Psychotherapeuten*“ vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I Nr.83 S. 3749) -, die (bildungspolitisches Mittelalter) keine Mitwirkungsmöglichkeiten für die KandidatInnen vorsieht, woran der ganze autoritär-paternalistische Diskurs der Richtlinienpsychotherapie – Fortschreibung des Diskurses von *Freud* in diesen Angelegenheiten – sichtbar wird (Petzold, Steffan 1999).

4. Verbindung von Ausbildungsforschung und Therapieforschung – der „Metazirkel der Qualitätssicherung“

Aussagen über die Effektivität von Ausbildungsprogrammen können letztlich nur getroffen werden, wenn überprüft wird, inwieweit die „interventive Kompetenz und Performanz“, also das theoretische Wissen und die Fähigkeit der praktischen Umsetzung, die in einer Aus- oder Weiterbildung vermittelt wurden, in der psychotherapeutischen Praxis auch den Klienten zugute kommen (*Kniskern, Gurman 1979*). Umgekehrt ist natürlich auch die Beurteilung der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen wesentlich von der Güte der psychotherapeutischen Ausbildung abhängig. Dies verweist darauf, daß die Evaluation von Therapieausbildungen nicht losgelöst von der Wirksamkeitsforschung bei Patienten gesehen werden darf (*Hass, Märten, Petzold 1998; Petzold, Hass, Märten 1998*). Diese skizzierten Zusammenhänge zwischen Therapieausbildung und der Wirksamkeitsforschung auf Klientenebene haben an der EAG zu der Entwicklung eines *Integrativen Modells zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie- und Ausbildungsevaluation* geführt (*Petzold, Steffan 2000b*, vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Metazirkel der Qualitätssicherung: ein differentielles und integratives Modell der Qualitätssicherung und –entwicklung durch Psychotherapie- und Ausbildungsevaluation



Das Modell zeichnet sich aus durch Verschränkung einer "Binnen"-Perspektive (Ausbildungsforschung und -evaluation) und einer "Außen"-Perspektive (Psychotherapieforschung und -evaluation) mit den jeweiligen Zielgruppen, die vom Forschungsinstitut an der EAG evaluiert werden, womit eine theoretisch-konzeptuelle wie auch methodische Verknüpfung mit entsprechenden Synergieeffekten erreicht wird. Dabei konsultiert das Forschungsinstitut bei Forschungsvorhaben externe Berater, läßt bei Studien Datensätze, Erhebung und Auswertung von externen Gutachtern kontrollieren und führt immer wieder auch Forschungsprojekte in Kooperationen mit Institutionen der Forschung und Lehre durch (*Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000*).

Die Bezeichnung "*integrativ*" leitet sich zum einen von dieser Verknüpfung ab, zum anderen ist das Modell in seinen Fragestellungen am didaktischen Konzept des Curriculums und natürlich an den Inhalten und Methoden des dahinterstehenden Verfahrens, der "Integrativen Therapie", orientiert, d.h., es will die spezifische Verschränkung von Therapietheorie und -praxis, von einer Didaktiktheorie "persönlich bedeutsamen Lernens" (Bürmann 1992) und "kreativen Lehrens" (Sieper, Petzold 1993) untersuchen.

Die EAG hat schon relativ früh mit systematischen Maßnahmen zur Sicherung von Qualität auf beiden Ebenen begonnen (Therapie-, Ausbildungsforschung). So wurden von Anfang an die angebotenen psychotherapeutischen Ausbildungen „*curricular*“ ausformuliert (Petzold, Sieper 1972, 1976, 1993) und nachfolgend auch die Lehrtherapeutenausbildungen bzw. -weiterbildungen in *curricularer* Form ausgearbeitet (Petzold, Frühmann 1993; Petzold, Orth 1993), um diese evaluieren zu können. Untersuchungen und Standortbestimmungen wurden zum Teil als Graduierungsarbeiten von Ausbildungskandidaten durchgeführt (Buhl, Jaspersen 1982; Weller, Meier-Räder 1990; Schubert 1983). Eine größere Untersuchung zur Qualität der Ausbildung an der EAG (N = 440, Petzold, Hass, Jakob, Märten, Merten 1995) zeigte sehr positive Ergebnisse. Die Zufriedenheit der Ausbildungskandidaten wird kontinuierlich erhoben, den Lehrtherapeuten zurückgemeldet und in Maßnahmen der Fortbildung des Lehrkörpers systematisch umgesetzt (Petzold, Orth, Sieper 1995a; Orth, Petzold, Sieper 1995b) oder in Curriculumsrevisionen berücksichtigt (dieselben 1999). Die Integrative Therapie legt weiterhin einen großen Wert auf den empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit (Hass, Märten, Petzold 1998), sowohl im Bereich klinischer Therapie von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und alten Menschen (Petzold 1979c; Heintz 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Ebert, Möhler 1997; Kammeler-Kaerlein 1997) als auch in Ausbildung von Psychotherapeuten und Supervisoren (Petzold 1998h; Schigl, Petzold 1997; Schreyögg 1994; Oeltze, Ebert, Petzold 2000; Zdunek, Petzold 1999).

In der Psychotherapieforschung existiert kein gesetzlich vorgeschriebener methodischer Standard, im Unterschied zur Pharmakologie, wo behördliche Vorschriften Design, Methoden und Ergebnisdokumentation der Forschung genau vorschreiben (Metzler, Krause 1997). Ein weiteres Problem ist, daß es keine übergeordnete Psychotherapietheorie gibt, aus der sich die Methoden direkt ableiten (Westmeyer 1993). Die Methoden der Psychotherapieforschung zeigen die Vielfalt und Unterschiedlichkeit in der Herangehensweise, Psychotherapie meßbar zu machen (Kazdin 1994). Der Versuch, Psychotherapie zu messen, Wirksamkeit und Ergebnisse zu erfassen, bereitet generell methodische Probleme.

Qualitätssicherung erfordert Instrumente und Methoden zur Umsetzung. Es werden nicht-empirische von empirisch gestützte Methoden unterschieden. Nicht empirische Instrumente sind z.B. Ausbildungsrichtlinien, Zertifizierungen, Begutachtungen, Supervision oder Qualitätszirkel. Sie dienen primär der Verbesserung der Struktur- und Prozeßqualität. Empirisch gestützte Instrumenten sind z.B. Basisdokumentationssysteme oder Evaluationen durch Befragungen. Durch die Instrumente der Qualitätssicherung werden SOLL- oder IST-Zustand oder das Verhältnis zwischen SOLL und IST erhoben, um dadurch Relevanz, Aufwand, Zielerreichung einer Psychotherapie/einer Psychotherapieausbildung zu bewerten. Defizient sind im Weiterbildungsbe- reich bislang katamnestiche Untersuchungen, über die Nach- und Langzeitwirkung von Ausbildungen und ihrer Ergebnisqualität (für die Integrative Therapie vgl. hier Petzold et al. 1995; Oeltze, Ebert, Petzold 2000) oder Untersuchungen als Prozeßforschung unter longitudinaler Perspektive (vgl. Petzold, Schigl 1996; Schigl, Petzold 1997). All diese Untersuchungen dienen primär der Sicherung von Ergebnisqualität.

4.1 Konzepte zur Psychotherapieforschung

Die Meßmethoden und experimentellen Designs der Psychotherapieforschung (Lambert, Hill 1994; Kazdin 1994) sind im Alltag der psychotherapeutischen Praxis nicht vollständig realisierbar. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden aber Evaluationskonzepte entwickelt, die sich den Rahmenbedingungen der therapeutischen Praxis anpassen. Einheitliche Standards für die Dokumentation und Evaluation von Psychotherapie liegen bisher nicht vor. Die Vorstellungen über Inhalte, Art und Weise der Datenerhebungen, Erhebungszeitpunkte, Datenquellen und Datenebenen variieren (Schmidt, Nübling 1994). Wie bereits dargestellt, sind Krankheit und natürlich auch Gesundheit (und - für die Ausbildungsforschung relevant – Persönlichkeit und Professionalität) mehrdimensionale Konstrukte. Therapie, Selbsterfahrung und Ausbildung erfordern deshalb Evaluationen auf mehreren Ebenen und in verschiedenen Bereichen (Petzold 1994h). Zentrale Aspekte der Erfolgsmessung und Prozeßerhebung von Therapien mit der Wahl der Erhebungsinstrumente und Meßzeitpunkte werden nachfolgend vorgestellt.

Richtlinien als Mindestanforderungen an Qualitätssicherung durch Evaluation in der ambulanten Versorgung haben Braun und Regli (2000) in einer sehr prägnanten Weise zusammengefaßt, in deren Linie man weiterarbeiten kann. Wir haben einen *14-Punkte-Katalog* erstellt, nach dem eine Evaluation zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie Aussagen zu folgenden Bereichen machen müßte:

1. Erfassung der Störungen bzw. Belastungen und der Komorbidität (einschließlich psychophysiologischer und immunologischer Parameter) und der gesunden und funktionablen Bereiche (z.B. familiales, amicales Netzwerk, Freizeit, Sport) am Beginn der Therapie;
2. zu Therapiebeginn Erfassen der Lebenssituation bzw. Lebenslage (z.B. „destruktive“ oder „prekäre Lebenslagen“) und der Lebensqualität, Netzwerk/Konvoisituation und -qualität, der Probleme, Ressourcen und Potentiale (einschließlich der funktionalen Coping- und Creatingsstile, von social support, protektiven Faktoren, Resilienzen [Petzold et al. 1993; idem 1997p] als wesentliche, therapiebestimmende und prognostisch relevante Parameter);
3. Kontrolle der erreichten Veränderungen während und nach der Therapie;
4. Erfassen der Bereiche der Veränderung von Störungen und Symptomatik (einschließlich psychophysiologischer und immunologischer Parameter), von Verlaufsdynamik in der Feinstruktur (einschließend Copingstile, Gesundheit/Gesundheitsverhalten, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität);
5. Wirkungen in die sozialen Netzwerke des Patientensystems während und nach der Therapie;
6. Aussagen zum Verlauf der Therapie (einschließlich der Offenlegung und Dokumentation der verwandten Methoden, Techniken und der Behandlungsstrategien);
7. Genderspezifische, schicht- und ethniespezifische Aspekte, Karrieretypik, Chronizität;
8. Positive und negative Nebenwirkungen der Therapie auf den Patienten (einschließlich psychophysiologischer und immunologischer Parameter, ggf. Wirkungen auf sein Netzwerk bzw. seinen Konvoi);
9. Veränderungen der Lebensqualität;
10. Langzeitwirkung einer Therapie (einschließlich psychophysiologischer und immunologischer Parameter, sowie Wirkungen auf Konvoi und Lebenslage);
11. Grad von PatientInnenmitwirkung (bei Planung, Durchführung, Auswertung der Studie);
12. Grad von TherapeutInnenmitwirkung (bei Planung, Durchführung, Auswertung der Studie);
13. Gewährleistung therapie- und forschungsethischer Standards (informend consent, client welfare and dignity, best practice, internal and external controlling, Diskretion);
14. Gewährleistung der Forschungsqualität (Planung, Personal, Finanzierung, Design), Dokumentation des Forschungskontextes (Zugang zur Patientenpopulation, Selektion der Teilnehmenden, Ausschlußkriterien, Abbrecher), Dokumentation der Durchführung (Datengewinn und Verarbeitung, einschließlich von Problemen im Forschungsprozeß und subjektiver Eindrücke der Forscher), Information über *internal and external controlling*, Datensicherheit etc.

Studien unter solchen komplexen Anforderungen werden noch selten realisiert. Meistens sind nur Teilbereiche erfüllt. Besonders salutogenese- und kontextorientierte Parameter werden kaum erhoben, obwohl sie bedeutende Einflußgrößen sein können. Wir konnten das bei einer unserer Studien feststellen, die mitten in die Umsetzungsphase des deutschen Psychotherapiegesetzes fiel mit seinen gravierenden Folgen für die freien Praxen, besonders der TherapeutInnen, die im Kostenerstattungsverfahren arbeiteten (Sollmann 1999) und natürlich für deren PatientInnen (vgl.

Petzold, Hass et al. 2000). Die Punkte 2, 5, 7, 11, 12 – 14 sind regelhaft defizient. Bei Untersuchungen in klinischen Institutionen müßten neben der Dokumentation des Kontextes, der Therapiewirkungen auf das Verhalten des Patienten auf der Station, in der Stationsgruppe, den MitpatientInnen und Mitarbeiterinnen gegenüber auch Angaben über die Beteiligung der Mitarbeiter am Therapiekonzept, Therapieprozeß und am Forschungsprozeß gemacht werden. Daten aus den verschiedenen aufgeführten Bereiche werden mit verschiedenen Methoden multiperspektivisch erfaßt, denn „ein einheitliches Maß für die Evaluation von psychologischer ... Therapie ist nicht möglich, wenn das Ziel von Therapie in der Heilung oder Besserung von Krankheiten oder psychischen Störungen gesehen wird. Denn Krankheit und Störung ist ein mehrschichtiges Konstrukt, das Operationalisierung auf mehreren Ebenen erfordert“ (*Schulte* 1993, 386). Erforderlich sind eine systematische Erfassung von Daten auf verschiedenen Ebenen (z.B. Symptomebene, Persönlichkeitsaspekte, Wohlbefinden, Netzwerkeffekte), deren Veränderung zu verschiedenen Zeitpunkten erfaßt werden kann. Zusätzlich sollten verschiedene Datenquellen (Therapeut, Patient, Angehöriger, in der Klinik Personal, z.B. Schwester) berücksichtigt werden. Diese müssen an die Bedingungen und Möglichkeiten der therapeutischen Praxis (des klinischen Settings) angepaßt sein.

Für die Psychotherapieforschung werden standardisierte Instrumente eingesetzt, die einen Prä-Post-Vergleich und einen Vergleich mit einer Referenzpopulation ermöglichen, z.B. die Symptom-Checkliste (SCL-90-R, *Franke* 1995) und das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme in seiner Kurzform (IIP-C, *Horowitz, Strauß, Kordy* 1994) mit 64 Items. Mit weiteren Instrumenten werden neben soziodemographischen Daten, Aussagen zum Verlauf der Therapie und Therapiezufriedenheit auch spezifische Bereiche der Integrativen Therapie erfaßt. Diese sind die allgemeine *Lebenszufriedenheit*, welche der salutogenetischen Ausrichtung der Integrativen Therapie gerecht wird, das soziale Netzwerk und die Leiblichkeit. Der Post-Session-Outcome wird mittels eines Stundenbogens mit drei Items von dem Therapeuten und dem Patienten erfaßt. Diese speziellen Instrumente haben einen explorativen Charakter und gründen daher vorerst auf keinen testtheoretischen Fundierungen (*Petzold, Hass et al.* 2000).

4.2 Forschungsmethoden und Forschungsansatz in der Integrativen Therapie: mit welchen Mitteln wird geforscht?

Im Hinblick auf die Einschätzkriterien der Behandelbarkeit orientiert sich die Integrative Therapie kritisch-reflektiert an den modernen Kompendien der Psychiatrie (z.B. *Tölle* 1991), der Klinischen Psychologie (z.B. *Baumann, Perrez* 1999) sowie an neueren psychologisch-therapeutischen Konzepten zur Zielformulierung bei spezifischen Störungen (*Grawe* 1998; *Margraf* 1997; *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Petzold, Wolf, Josic, Landgrebe, Steffan* 2000).

Um relevante Effekte mit den Effekten anderer therapeutischer Methoden vergleichen zu können und differentielle Wirkungen zu erfassen, werden in Untersuchungen in der Regel allgemein verbreitete und verfahrensspezifische Instrumente zur Erhebung verwendet. Dabei erscheint es sinnvoll sich auf 14 Bereichen zu orientieren, wie sie in Erweiterung der Aufstellung von *Grawe* konzipiert wurden (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994, 64), Bereiche, in welchen Veränderungen zu erwarten sind und in denen Messungen erfolgen können:

- „1. Globale Erfolgsbeurteilung,
2. Individuell definierte Problematik oder Symptomatik,
3. Hauptsächliche Symptomatik oder Problematik, im Unterschied zu 2. für alle Patientinnen gleich,
4. Sonstige Befindlichkeitsmaße,
5. Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich,
6. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich,
7. Veränderungen im Freizeitbereich,

8. Veränderungen im Arbeits- und Berufsbereich,
9. Veränderungen im sexuellen Bereich,
10. Veränderungen in psychophysiologischen Maßen“ (ibid. S. 94).
Wir fügen u.a. mit Blick auf unserem obigen 14-Punkte-Katalog hinzu:
11. Veränderungen im sozialen Netzwerk und in der Lebenslage (Reduktion von Prekarität),
12. Veränderung im Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten,
13. Veränderungen im Wertebereich,
14. Veränderungen in der sozialen Partizipation und Gemeinwohlverantwortung.

Darüber hinaus sollten Messungen zu einer direkten therapieprozeßorientierten Nutzung dienen, also Daten erheben, die vom Therapeutinnen und Patientinnen auch im Behandlungsverlauf verwendet werden können (vgl. für die Integrative Therapie Böcker 2000). Tatsächlich bedeutsame Daten sollten diese Forderung erfüllen, weil kaum zu erwarten ist, daß Daten, die nur für die Forschung wesentlich sind, tatsächlich relevante Aspekte erheben, wenn sie nicht auch von den am Prozeß Beteiligten als sinnvoll erkannt werden können. Einige Beispiele finden sich in der Arbeit von Grawe und Braun (1994) oder in unserer eigenen Studie (Petzold, Hass, Märten, Steffan 2000), die eine solche integrierte Therapie-Forschungs-Vorgehensweise demonstrieren (vgl. auch Smith, Grawe 1999; Petzold, Wolf et al. 2000).

Bei der Bewertung des Therapieerfolges in Praxisstudien bestehen jedoch zwei grundsätzliche Probleme (z.B. Seligman 1995; Fäh, Fischer 1998; Rudolf 1996):

- 1) die nur bedingte Übertragbarkeit naturwissenschaftlicher Forschungsparadigmen, die eine quantitative Erfassung von Wirkungen verlangen, auf Psychotherapien, bei denen es jedoch praktisch immer um Entwicklungsprozesse geht, die mit positivistischen Effektivitäts- oder gar mit Wirtschaftlichkeitsmaßstäben kaum zuverlässig erfaßbar sind.
- 2) In einer Praxisstudie werden Patientinnen erfaßt, die sich selbst für eine bestimmte Therapie entschieden haben, und die in der Regel völlig verschiedene Symptome, Lebensprobleme und Lebenslagen aufweisen. Die Dauer der Therapie ist nicht von vornherein festgelegt und Therapieziele wie auch Setting und Behandlungspraktiken und -techniken können – und müssen ggf. (Petzold 1999p) – im Therapieverlauf variieren. Zudem ist hier eine statistische Reliabilität der Messungen nur sehr schwierig herzustellen, und auch (an ausgesuchten Stichproben) validierte Meßinstrumente sind dann nur bedingt verlässlich.

Aus diesem Grunde sind Studien, die unter spezifischen Forschungsbedingungen an universitären Forschungsabteilungen, Ambulatorien und Kliniken mit vorselektierten Populationen durchgeführt wurden, z.T. unter strikt manualisierten Behandlungsformaten (Schulte 1993) – wir nennen sie *F-Studien* – nicht mit settingspezifischen Praxisstudien (*P-Studien*) zu vergleichen. Auch die z. T. recht guten Ergebnisse solcher *F-Studien*, die für bestimmte Verfahren erzielt wurden (z.B. in Form von Effektstärken), können nicht ohne weiteres mit den Effektstärken von *P-Studien* verglichen werden, denn bei diesen finden sich oft erschwerte Bedingungen. Die z. T. schwierigen, nicht vorselektierten oder vorzuselektierenden PatientInnen machen aufgrund der hohen Durchmischung der PatientInnenpopulation manualisierte Behandlungen, wie sie für *F-Studien* entwickelt wurden, nicht unbedingt auf *P-Settings* übertragbar.

Die direkten und indirekten Selektionsvorgänge sind in ihrer Wirkung auf die Forschungsergebnisse und die daraus folgenden Konsequenzen etwa in gesundheitspolitischer Hinsicht (z. B. Favorisierung von Kurztherapien) oder berufspolitischer (Favorisierung oder Ausgrenzung von Verfahren) gar nicht gravierend genug einzuschätzen, Vorselektionen verfälschen die Ergebnisse massiv.

Direkte Selektion: PatientInnen werden für Studien ausgewählt aufgrund demographischer Kriterien (z. B. Schichtzugehörigkeit), klinischer Kriterien (z. B. compliance/noncompliance), diagnostischer Parameter (für die Inclusion: Klarheit des Störungsbildes, schwache Komorbidität und Chronizität, positive soziale Lage; für den Ausschluß: Suizidalität, präpsychotische und psychotische Zustände, fehlende Netzwerkeinbindung/-unterstützung). Eine an solchen Kriterien ausgerichtete Selektion ist in dieser Form im Praxisfeld nicht gegeben (hier finden sich andere Selektionskriterien, etwa Finanzierung, Gutachtermaßstäbe). Deshalb haben die Daten vieler *F-Studien* eingeschränkte Relevanz für Wirksamkeitsbeurteilungen von Verfahren im klinischen Alltag. Bei manchen *F-Studien* kann man sich überdies des Eindrucks nicht erwehren, daß Präselektionen erfolgen, die „Run-in-Perioden“ vor der Randomisierung in Studien zur Medikamentenwirksamkeit nicht unähnlich sind (vgl. die HOPE-Studie zur Wirkung

von Ramipril)⁶, und deren Praktiken derzeit kritisch diskutiert werden.⁷ Bei manchen F-Studien erscheint es möglich, daß Vorselektionen die Effektstärken maßgeblich bestimmen (vgl. etwa die für ihre PTBS-Therapien von Ehlers [1999, 74] berichteten Effektstärken von $d = 2.6 - 2.8$, wo Etten und Taylor [1998] bei ihrer Metaanalyse von 61 Studien für die kognitive Verhaltenstherapie eine mittlere Effektstärke von $d = 1.27$ berichten). Die Mehrzahl der manualisierten Studien müßte auf Selektionseffekte/-biases hin betrachtet werden.

Indirekte Selektion: Die Frage ist zu stellen, welche PatientInnen in die Einrichtungen kommen, in denen Psychotherapieforschung durchgeführt wird? Die „Praxisstellen“ von Universitätsinstituten der Klinischen Psychologie, Ambulanzen von Universitätskliniken sind nicht gerade Orte, die Patienten aus benachteiligten Schichten und Bevölkerungsgruppen anziehen, ja man kann sagen, daß relevante Populationen, für die Behandlungen dringend angezeigt wären, in solchen Einrichtungen nur schwach vertreten sind und oft auch wenig Chancen haben, in eine beforschte Gruppe aufgenommen zu werden. Häufig ist schon die „Lage“ solcher Praxistellen eine Barriere.

Die Folgen *indirekter* und *direkter* Selektion von Psychotherapiestudien sind, daß Behandlungsformate entwickelt und favorisiert werden, deren Übertragbarkeit auf die Populationen in der Alltagspraxis zumindest hinterfragt werden muß und Wirksamkeitsnachweise zur Grundlage politischer Entscheidungen gemacht werden, die wahrscheinlich so gar nicht zu generalisieren sind, denn es kann doch nicht angehen, daß Spezialergebnisse, überwiegend an Populationen der oberen Mittelschicht gewonnen, generalisiert werden und auf Zielgruppen mit völlig anderen Lebensbedingungen und –lagen angewandt werden. Häufig entsteht dann der Effekt, daß sie geringere Behandlungserfolge aufweisen (die Erhebungsinstrumente sind oft auch nicht für Menschen aus benachteiligten Schichten [Unterschicht] geeignet!), was wiederum dazu führt, sie als schlecht therapierbar und prognostisch ungünstig einzustufen – ein *circulus vitiosus*! Die PsychosomatikpatientInnen aus der Unterschicht – von verbalisationszentrierten Mittelschichtstherapeuten des „elaborierten Sprachcodes“ als *alexithym* stigmatisiert, nur weil diese die Sprachcodes anderer Gruppen nicht beherrschen, die Handlungssprache des Bauarbeiters etwa – diese PsychosomatikpatientInnen haben hier (z.B. bei psychoanalytischen Behandlern) keine guten Karten, wie schon die umfangreiche und viel zu wenig beachtete Studie von Thomas (1986) dokumentiert hat. Kritische „*Forschung zur Forschung*“ wäre dringend angesagt, zumal Psychotherapieforschung als Grundlage für die Zulassung oder Nichtzulassung von Verfahren herangezogen wird, in einer Weise, daß man eher an pseudowissenschaftliche PR-Arbeit für eine „feindliche Übernahme“ (Schmidbauer 1999) denken muß als an Maßnahmen, die an den Prinzipien wissenschaftlicher Wahrheit, intellektueller Redlichkeit und am Patientenwohl orientiert sind. Wenn *Effektstärken als politische Argumente* beigezogen werden, die zielgruppenspezifisch sind und deshalb Generalisierungsvorbehalte erhalten müßten, ja die die Qualität von Settingartefakten haben, wird es bedenklich: ethisch, forschungsmethodisch und von der „*gesundheitspolitischen Moral*“ her (ein Konzept, das man auf allen Seiten aktiv verfechten müßte, denn es betrifft keineswegs nur die Moral der Politiker).

Vor diesem kurz umrissenen Hintergrund macht es Sinn, daß in wertender Absicht nur *P-Studien* mit *P-Studien* und *F-Studien* mit *F-Studien* verglichen werden, ein Standpunkt, den auch Scheidt et al. (1999), Peseschkian (1999), Seligmann (1995) und Manz et al. (1995) vertreten, die mit eigenen Praxisstudien, die Relevanz und Aussagekraft insbesondere auch für die Praktikerinnen gegenüber kontrollierten und randomisierten Ergebnisstudien hervorheben.

Abschließend sei noch auf Bedingungen verwiesen, die die psychotherapeutische Praxis vorschreibt und von Seligman (1995, S. 267f) folgendermaßen charakterisiert wurden:

⁶ The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, *New England Journal of Medicine* 342 (2000) 145-153.

⁷ „Run-In-Perioden vor klinischen Studien ... Studienoptimierung oder Manipulation?“ – „Kontrollierte Studien [...] beginnen häufig mit einer Vorlaufphase („Run-in-Periode“), die den Zweck hat, zur Erhöhung der ‚Power‘ bestimmte Teilnehmer von vornherein auszuschließen. Die Run-in-Phasen können die Interpretation und die ohnehin schon eingeschränkte Übertragbarkeit von Studienergebnissen auf den klinischen Alltag sehr erschweren. So entsteht durch vorgeschaltete Verträglichkeitstests ein selektioniert positives Nebenwirkungsprofil, während durch Ausschluß von Placeborespondern und Verum-Nonrespondern der Nutzen des Verum überbetont wird. Systematische Untersuchungen zu den Auswirkungen von Run-in-Perioden fehlen.“ *arznei-telegramm* 31/5 (2000) 42.

- Psychotherapie hat keine festgelegte Dauer (allerdings beeinflusst die Stundenvorgabe der Krankenkasse oft die Dauer der Therapie).
- In der Psychotherapie gibt es eine Selbstkorrektur. Wenn eine Methode nicht greift, wird in der Regel eine andere eingesetzt.
- In der Praxis wird eine Psychotherapie aufgrund einer aktiven Entscheidung des Patienten begonnen.
- Die Patienten haben in der Regel multiple Probleme, selten ein klar abgegrenztes Symptom.
- Psychotherapie zielt auf die Verbesserung der Gesamtfunktionen des Menschen, nicht nur auf die Reduktion der Störung.

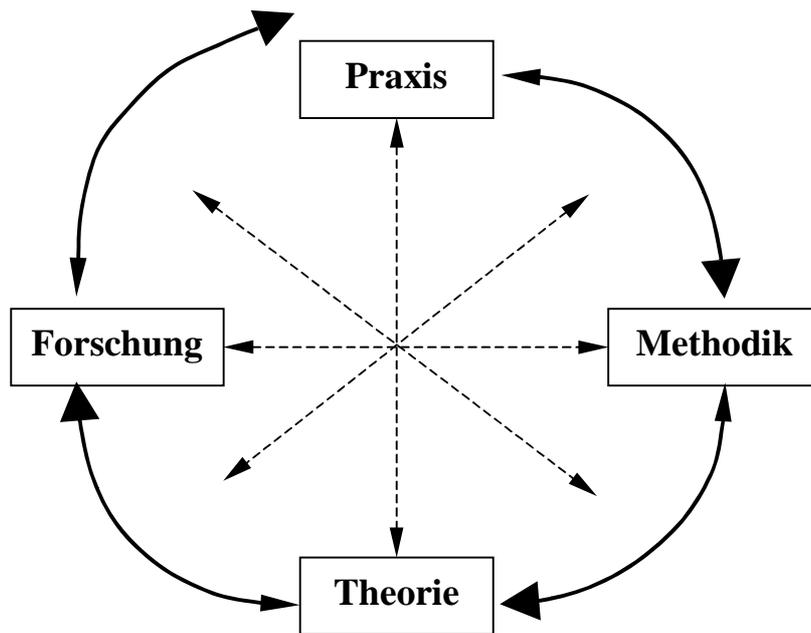
Nach diesen Bedingungen können experimentelle oder quasi-experimentelle Untersuchungen nicht realisiert werden, und es bedarf anderer Methoden. Dieser neue Typus von Psychotherapieforschung soll nach *Rudolf* (1996, S. 131) folgendermaßen aussehen:

- Psychotherapien sollen dort untersucht werden, wo sie gemacht werden – in den Praxen statt im Forschungslabor der Institute;
- Psychotherapien sollen so untersucht werden, wie sie durchgeführt werden – also in der Variabilität ihres therapiebedingten Entwicklungsprozesses (nicht mit Manualen);
- die qualitativen Aspekte der Krankheit sollen mehr Beachtung finden;
- Therapieschulenspezifische Erfassungsmethoden und Meßinstrumente sollen eingesetzt werden.

Und natürlich müssen hier gemäß unseres 14-Punkte-Kataloges noch die Salutogenese- und Kontextperspektiven hinzugefügt werden, denn *Rudolf* konzeptualisiert traditionell pathologieorientiert und vernachlässigt den Kontext, Netzwerk/Konvoi, Lebenslage (*Petzold* 2000h). Social Support, protektive Faktoren, Resilienzen, Ressourcen (idem 1995a,b, 1997p) etc. kommen als Forschungsperspektiven nicht ins Spiel und fehlen demnach wahrscheinlich auch in den *expliziten* therapeutischen Interventionen, die eingesetzt werden. Weiterhin müßten die therapieschulenspezifischen Erfassungs- und Forschungsmethoden dem generellen Diskurs und den Qualitätsstandards in der Therapieforschung entsprechen.

Die Konzepte von *Rudolf* dürfen nicht als Alternative oder gar als Gegenprogramm gesehen werden. Die Untersuchungsformen *F-Studien* und *P-Studien* haben ihre Berechtigung und Ergebnisse. Beide Formen müssen die Theorienbildung unterstützen und fördern, genauso wie die Theorienbildung zur Elaboration der Forschungstheorie und –praxis beitragen muß. Nur so kann ein System ko-respondierender und sich *wechselseitig* fördernder Einflüsse in der Entwicklungsdynamik der „Disziplin Psychotherapie“ produktiv zur Wirkung kommen: in einem spiraling fortschreitenden Prozeß [Abb. 3 ist kein geschlossener Zirkel], der auf beständige Rückbezüglichkeit ausgerichtet ist [vgl. die kleinen Pfeile in Abb. 3] und ein permanentes Konnektivieren [vgl. die Querverbindungen aller Segmente]. Für die theoretischen, behandlungsmethodischen, praktischen und forschungssystematischen Dimensionen von Psychotherapie werden so Fortschritte in Erkenntnis und Wissen sowie *Transgressionen* von bestehender Praxis zur Verbesserung von Heilungschancen und in der Entwicklung von Qualität ermöglicht.

Abbildung 3: Spiraliges Modell der Entwicklungsdynamik des Erkenntnisfortschritts und der Qualitätsoptimierung in der „Psychotherapie als Praxeologie“



5. Praxeologie: die Wissenschaft von der Praxis und die Praxis auf dem Boden von Wissenschaft

Mit der voranstehenden Graphik wird ein Verständnis von *Psychotherapie als „THEORIE-Praxis-Verschränkung“*, als **Praxeologie** (Petzold 1988n, 1993a), wie es in der Integrativen Therapie als *biopsychosozialem Verfahren* vertreten wird (idem 2001a), verdeutlicht. Der Begriff der **Praxeologie** ist von verschiedenen Seiten her zu fundieren. Die reiche Tradition sowjetischer Aktivitätspsychologie (A.N. Leontiev, L.S. Vgotsky, N. A. Bernstein, vgl. Kouzulin 1984; Bonggaardt 1996), die auch Einfluß auf die Integrative Therapie in ihren Anfängen genommen hatte, und die Arbeiten polnischer tätigkeitsorientierter Psychologie (Tomaszewski 1978) bietet hier Wege. Bourdieu (1976) hat mit seinem „Entwurf einer Theorie der Praxis“ einen einflußreichen Beitrag geleistet. Für die Psychotherapie müßten diese Ansätze noch viel breiter fruchtbar gemacht werden. In der Integrativen Therapie wird **Praxeologie** abhängig vom Status der Methoden, dem Grad ihrer konzeptuellen Elaboration und der „Blickrichtung“ des Theorie-Praxis-Verständnisses *differentiell* bestimmt. Es kann „*Psychotherapie als wissenschaftlich/theoretisch begründete Praxis*“ gesehen werden, d.h. als eine Praxeologie, diese kann aber auch verstanden werden als „*wissenschaftliche Theorie über die Praxis der Psychotherapie*.“ Es gibt im Feld der Therapie Ansätze, die nur oder erst über einen schmalen Rahmen an theoretischen Konzepten verfügen, wir sprechen von *konzeptbasierten* Methoden (etwa im Bereich der körperorientierten Methoden, vgl. Petzold 2001b), die aus den Praxiserfahrungen nach und nach Konzepte generieren und einen „*body of knowledge*“ entwickeln. Solche „**Methodengegründete Praxeologien** sind durch Erfahrung, systematische Beobachtung und methodisches Erproben erarbeitete, in sich hinlänglich konsistente Formen und Wege praktischen Handelns. Durch Methoden, die als solche **reflektiert** wurden, sind Wissensbestände entstanden, ein Praxiswissen. Aus diesem können im Prozess seiner Elaboration theoretische Konzepte und Konstrukte generiert werden, die sich zu Theorien von zunehmender Komplexität entwickeln können, welche wiederum in die Praxis zurückwirken und diese zu verändern vermögen. Gleichzeitig werden auf der Grundlage elaborierter und damit konsistenter Praxis erst For-

schung und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung möglich, die für die Entwicklung einer differentiellen und integrativen Disziplin und Professionalität grundlegend sind.“ (Petzold 2000h).

Neben dieser „Bottom-up-Definition“ des Theorie-Praxis-Verhältnisses in der *methodengegründeten Praxeologie* findet man auch „top-down“ entwickelte *theoriegegründete Praxeologien* - z.B. die klinisch angewandte Psychoanalyse oder das psychodramatische Rollenspiel des komplexen psychosozialen Interventionsverfahrens von *J.L. Moreno* und natürlich die **Integrative Therapie** von *H.G. Petzold et al.*⁸, wie aus diesem Beitrag deutlich geworden sein dürfte (vgl. auch *Petzold, Schuch, Steffan* 2000). Hier läßt sich *theoriegegründete Praxeologie* bestimmen „als eine theoriegeleitete, systematische Praxis in angewandten Humanwissenschaften, in welchen Praxis und Theorie sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen“.

Zwischenformen und Übergänge sind in unterschiedlichen Entwicklungsstadien von *Methoden* und *Verfahren* möglich. Ganz allgemein und unter einer Metaperspektive in einem „System der Humanwissenschaft“ („Tree of Science“, *Petzold* 2000h, 1992a, 456 - 667) kann man **Praxeologie** als „Wissenschaft von der Praxis“ betrachten (vgl. *ibid.*, 617), die aber, soll sie lebendig und fruchtbar bleiben, beständig in die Praxis hinwirken muß und für Impulse aus der Praxis offenzustehen hat. Das ist die theoretische Position und kennzeichnet die konkrete Praxis der „Integrativen Therapie“. Nach dieser Auffassung ist es die **Praxis**, die *Methoden* der Behandlung hervorbringt und darüber die *THEORIE* inspiriert, **Praxis**, die *Forschung* (Forschungsinteressen, -fragen und -projekte) generiert, deren Ergebnisse die *THEORIE* untermauern, die gleichzeitig aber auch unmittelbar oder über die *THEORIE* wiederum in die **Praxis** zurückwirken. Der Prozeß kann aber auch von der *THEORIE* ausgehen oder von der *Forschung* oder von den *Methoden*, eigentlich – ist die in *Petzolds* Modell (Abb. 3) dargestellte „Spiralbewegung des Erkenntnisgewinns“ (*Petzold, Sieper* 1988b) und der „praktischen Wirklichkeitsgestaltung“ (*Petzold, Lemke* 1979) erst einmal im Gange – von jedem Ort des Prozesses, weil beständige Konnektivierungen zwischen den Prozeßsegmenten stattfinden können. Ein solches differentielles und integriertes Modell erfordert den Aufbau und die Pflege einer theoriebegeisterten und einer forschungsfreundlichen, einer methodenbewußten und einer praxisreflektierenden Kultur. Und für eine solche sind wir in der Integrativen Therapie - bei der Behandlung von PatientInnen wie in der Ausbildung von TherapeutInnen – mit ganzem Einsatz engagiert.

⁸ Vgl. hierzu – der Schreibweise „et al.“ die theoretischen Begründungen in *Petzold* 2000b.

Zusammenfassung: Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie

Es wird das Forschungsverständnis, das Verhältnis von Theorienbildung (Modell- und Konzeptbildung), empirischer Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie (sensu *Petzold* et al.) vor dem Hintergrund ihrer Theorieprojekte, Ausbildungspraxis und Forschungstätigkeit dargestellt und gezeigt: dies alles gehört in ein differenzielles und integriertes System der Entwicklung von Psychotherapie als forschungsgestützter Theorie-Praxis-Verschrankung, in der die Elemente „Metatheorie, klinische Theorie, Praxeologie und Praxis“ zusammenwirken. Anhand spezifischer Modellvorstellungen zu den Aufgaben von Forschung, von Forschungs- und Behandlungsethik (informed consent, client welfare, client dignity, best practice), zu einen 14-Punkte-Katalog zu den Leistungen, die Untersuchungen der Psychotherapieforschung erbringen müssen und zu den Verbindungen von Forschung, Theorieentwicklung und Psychotherapieausbildung wird ein Konzept „Praxeologie“ der „Metazirkel der Qualitätsentwicklung als differenzielles und integratives Modell der Qualitätssicherung und -förderung durch Psychotherapie- und Ausbildungs-evaluation“ vorgestellt, wie er an der EAG, dem Ausbildungs- und Forschungsinstitut für Integrative Therapie umgesetzt wird.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Forschungsphilosophie, Theoriebildung, Qualitätsentwicklung, Psychotherapieforschung.

Summary: The Relation Between Theory, Research and Quality Development in Integrative Therapy

The concept of research, the relation of theory forming (concept and model building), empirical studies and quality development in Integrative Therapy (sensu *Petzold* et al.) is presented on the background of its theory projects, practice of training, research activities. It is shown: all this belongs to a differential and integrative system for the development of psychotherapy as a research supported merger of theory and practice, in which the elements „metatheory, clinical theory, praxeology, and practice“ are coming together. Referring to specific models that have been developed to concretize the tasks of research, research and treatment ethics a 14-items-catalogue is formulated to list the tasks and questions, a psychotherapy research project has to elucidate and to document. The interconnectedness of empirical research, theory forming und psychotherapy training is demonstrated in a model of „praxeology“ and a „metacycle of quality development as a differential and integrative model of quality attainment and fostering through psychotherapy and training evaluation“. This model is practiced at the EAG, the training and research institute for integrative therapy.

Key words: Integrative therapy, research philosophy, theory forming, praxeology, quality development, psychotherapy research

Literatur

- Ambühl, H., Strauß, B.* (Hg.) (1999): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Antonovsky, A.* (1987): Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnheim, R.* (1978): Kunst und Leben. Berlin: deGruyter.
- Bakhtin, M.* (1981): Dialogical imagination. Austin: University of Texas Press.
- Baumann, U., Perrez, M.* (Hg.) (1999): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Huber, 2. Aufl.
- Bell, M.M., Gardiner, M.* (1998): Bakhtin and the Human Sciences. London: Sage.
- Berlin, I.* (1996): The sense of reality. London: Chatto, Windus; dtsh. Wirklichkeitssinn. Ideengeschichtliche Untersuchungen, Berlin Verlag, Berlin 1998.
- Bernstein, N.A.* (1975): Bewegungsphysiologie von N.A. Berstein (hrsg. L. Pickenhain, G. Schnabel). Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Bischof, N.* (1966): Erkenntnistheoretische Grundlagenprobleme der Wahrnehmungspsychologie. In: *Metzger, W.*, Handbuch der Psychologie, Bd. I, Hogrefe, Göttingen 1966, 1974², 21-78.
- Bischof, N.* (1987): Zur Stammesgeschichte der menschlichen Kognition, *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie* 46, 77 – 99.
- Bischof, N.* (1996): Das Kraftfeld der Mythen. München: Piper.
- Bloch, H., Bertenthal, B.I.* (1990): Sensory-motor organization and delovpoment in infancy and early childhood. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozeßforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.
- Bongaardt, R. (1996): *Shifting Fokus. The Bernstein Tradition in Movement Science*. Amsterdam: Druck 80.
- Braun, U., Regli, D. (2000): Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In: *Laireiter, A. (Hg), Diagnostik in der Psychotherapie*. New York: Springer.
- Buhl, E. & Jaspersen, G. (1982): Der Gestalttherapeut in seinem sozialen Umfeld. Eine Untersuchung zu „sozialer Kompetenz“ und „sozialem Engagement“. Düsseldorf: Graduierungsarbeit am Fritz Perls Institut.
- Bourdieu, P. (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999): *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- Bürmann, J. (1992): *Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung*. Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Caspar, F., Grawe, K. (1989): Weg vom Methodenmonismus in der Psychotherapie. *Bulletin der Schweizer Psychologen* 3, 6- 19.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer, integrierender Produktionsprozeß? *Report Psychologie*, 2, 10-22.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1997): Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration, *Integrative Therapie*, 3, 243-272.
- Culler, J. (1994): *Dekonstruktion*. Reinbek: Rowohlt.
- Damasio, A. (1997): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: dtv.
- Damasio, A. (1999): *The Feeling of what Happens: Body and Emotions in the Making of Consciousness*. London: Vintage.
- Dauk, E. (1989): *Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen*. Berlin: Reimer.
- Dobson, K. S., Craig, K. D. (eds.) (1998): *Empirically supported therapies*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Doubrawa, E., Staemmler, F.-M. (1999): *Heilende Beziehung. Dialogische Gestalttherapie*. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.
- Ebert, W. (2000): *Supervision und Systemtheorie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Ebert, A., Möhler, A. (1997): *Integrative Therapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Aspekte der Förderung von Integrität, Wohlbefinden und Sinnerleben*. *Integrative Therapie*, 3, 289-315.
- Ehlers, A. (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Emmelkamp, P.M.G., Foa, E.B. (1983): *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Fäh, M., Fischer, G. (1998): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung*. Gießen: Psycho-sozial Verlag.
- Ferenczi, S. (1932): Sprachverwirrungen zwischen den Erwachsenen und dem Kinde. In: ders. *Schriften*. Frankfurt: Fischer II (1972) 303-316.
- Finke, J. (1999): *Beziehung und Intervention. Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Flick, U. (Hg.) (1991): *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Heidelberg: Asanger.
- Foa, E.B. (1997): *Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD*. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 410-424.
- Foucault, M. (1966): *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; dtsh. *Die Archäologie des Wissens*, Suhrkamp, Frankfurt 1973.
- Foucault, M. (1971): *Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften*. Frankfurt: Suhrkamp.

- Franke, G. (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.
- Grawe, K. (1988): Der Weg entsteht beim Gehen - Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 1, 39-49.
- Grawe, K. (1992). Diskussionsforum Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Bern: Hogrefe.
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Habermas, J. (1980): Der Universalitätsanspruch der Hermeneutik. In: *Apel et al.* (1980): Hermeneutik und Ideologiekritik. Frankfurt: Suhrkamp, 120-149.
- Haisch, J., (1996): Gesundheitsrisiken. Wege zur Bewältigung. Heidelberg: Asanger.
- Haisch, J., Zeitler, H.-P. (1991): Gesundheitspsychologie. Zur Sozialpsychologie der Prävention und Krankheitsbewältigung. Heidelberg: Asanger.
- Hass, W., Märten, M., Petzold, H.G. (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeutensicht, in: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 157-178.
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. *Integrative Therapie* 3/1997, 316-330.
- Horowitz, L.M., Strauss, B., Kordy, H. (1994): Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Manual. Weinheim: Beltz.
- Huf, A. (1992): Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Iljine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1990): Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferrischen, in: *Petzold, Orth* (1990) 203 – 213.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (Hg.) (2000): Klinisch-Psychologische Forschung. Bern: Hogrefe.
- Janich, P. (1992): Grenzen der Naturwissenschaft. Erkennen als Handeln. München: Beck.
- Janich, P. (1996): Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Wege zum Kulturalismus. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kammler-Kaerlein, J. (1997): Stationäre Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik mit Integrativer Therapie und Gestalttherapie als gruppenpsychotherapeutischer Behandlung. *Integrative Therapie* 3, 331-373.
- Kazdin, A. (1994): Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In *A.E. Bergin & S.L. Garfield* (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th ed., pp. 19-71). New York: Wiley.
- Kelso, S. (1995): *Dynamic Patterns*. Cambridge: MIT Press.
- Kniskern, D.P., Gurman, A.S. (1979): Research on training in marital and family therapy. Status, issues, and directions. *Journal of Marital and Family Therapy* 3, 83-94.
- Knobel, R., Mankwald, B., Petzold, H. G. & Sombrowsky, C. (1992): Qualitative Forschung als Grundlage therapeutischer Interventionen in den Neuen Bundesländern - ein interdisziplinärer Ansatz, *Integrative Therapie* 4, 429-454.
- Kouzulin, A. (1984): *Psychology in utopia: Toward a social history of Soviet psychology*. Cambridge MA: MIT Press
- Lambert, M., Hill, C. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: *Garfield, S. & Bergin, A.* (Eds) *Handbook of psychotherapy & behavior change* 4 ed. New York: John Wiley & Sons, 72-113
- LeDoux, J.E. (1996): *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- Lewis, M., Miller, S.M. (1990): *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum.

- Margraf, J. (Hg.) (1997): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. (1989): Panik - Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Märtens, M., Merten, P., Petzold, H.G. (1998): Tätigkeitsfelder und Arbeitsbedingungen Integrativer Therapeuten – eine empirische Bestandsaufnahme. *Gestalt und Integration*, 2, 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): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis in: Metzmacher, Petzold, Zaepfel, Bd. I, 1996.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1997): Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden aus der Sicht der "Integrativen Therapie" unter Einbezug der "Gestalttherapie" und der "Integrativen Leib- und Bewegungstherapie", *Gestalt (Schweiz)* 32, 48-51.
- Märtens, M., Petzold, H.G. (1998): 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: Grünwald.
- Merleau-Ponty, M. (1945): *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, dtsh. v. Boehm, R., *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter 1966.
- Merleau-Ponty, M. (1964, 1986): *Das Sichtbare und das Unsichtbare*. München: Fink.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. I. Paderborn: Junfermann.
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Graf v.d. Schulenburg, J.M. & Schulte, B. (1991): *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Bonn/Bad Godesberg: Gesundheitsministerium.
- Mierke, K. (1955): *Wille und Leistung*. Göttingen: Hogrefe.
- Moreno, J.L. (1946): *Psychodrama* (Bd. I, 3. Aufl. 1964). Beacon: Beacon House.
- Müller, L., Petzold H.G. (2001a): Riskante Therapie und mögliche Therapieschäden in der Arbeit mit alten Menschen – Patient dignity?. In: Märtens, Petzold (2001).
- Müller, L., Petzold, H.G. (2001b): Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychotherapie mit alten Menschen. In: Petzold Märtens (2001).
- Norcross, J.C. (1995): Psychotherapie-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose. *Integrative Therapie*, 1, 45-62.
- Oeltze, J., Ebert, W., Petzold, H.G. (2000): *Die Wirksamkeit Integrativer Supervision in Ausbildung und Praxis – eine Evaluationsstudie zur Qualitätsentwicklung im EAG-Qualitätssicherungssystem*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: Petzold, Orth, Sieper (1995a) 119-179.
- Parker, I. (1999): *Deconstructing psychotherapy*. London: Sage.
- Peseschkian, N., Tritt, K., Loew, T., Jork, K., Deidenbach, H., Werner, B. & Kick, H. (1999): *Wirksamkeitsnachweis der Positiven Psychotherapie im Rahmen der Qualitätssicherung. Familiendynamik*, 24, 80-99.
- 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. (1968b): *Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1970c): *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*, Paris; auszugsweise dtsh. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1971i): *Moderne Methoden psychologischer Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, Erwachsenenbildung* 3, 160-178; auch in: Petzold (1973c).

- Petzold, H.G.* (1973c): Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1973e): Analytische Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik und szenisches Spiel als "triadisches Psychodrama" in der Arbeit mit Studenten. In: *Petzold* (1973c) 167-205.
- Petzold, H.G.* (Hg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1975e): Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 2/3, 115-145; revid. (1988n [S.341-406]).
- Petzold, H.G.* (1978c): Das Ko-respondenzmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. (1991a).
- Petzold, H.G.* (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G.* (1980q): Zur Methodenintegration in der Psychotherapieausbildung. *Gestalt-Bulletin* 2/3, 5-14.
- Petzold, H.G.* (1982g): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt, in: *Richter, K.* (Hg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: *Matthies, K.*, Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann. (3. revid. u. überarb. Auflage 1996a)
- Petzold, H.G.* (1990b): "Form und Metamorphose" als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien - Wege intermedialer Kunstpsychotherapie. In: *Petzold, Orth* (1990a) II, 639-720.
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie. Bd. I: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c); repr. in (1991a) 19-90.
- Petzold, H.G.* (1992a): Integrative Therapie. Bd. II: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", in: 1992a, Bd. II, 2, S. 927-1040.
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie. Bd. III: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993n): Zur Frage nach der "therapeutischen Identität" in einer pluralen therapeutischen Kultur am Beispiel von Gestalttherapie und Integrativer Therapie - Überlegungen (auch) in eigener Sache, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 51-92.
- Petzold, H.G.* (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97-174.
- Petzold, H.G.* (1994h): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen, *Drogalkohol* (Schweiz) 3, 144-158.
- Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1994m): Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirats des SPV, *Gestalt* 21, 55-65.
- Petzold, H.G.* (1994o): Integrative Therapie und Psychotherapieforschung oder: Was heißt "auf das richtige Pferd setzen?" *Gestalt* (Schweiz) 21, 37-45.
- Petzold, H.G.* (1995a): Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, in: *Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel,*

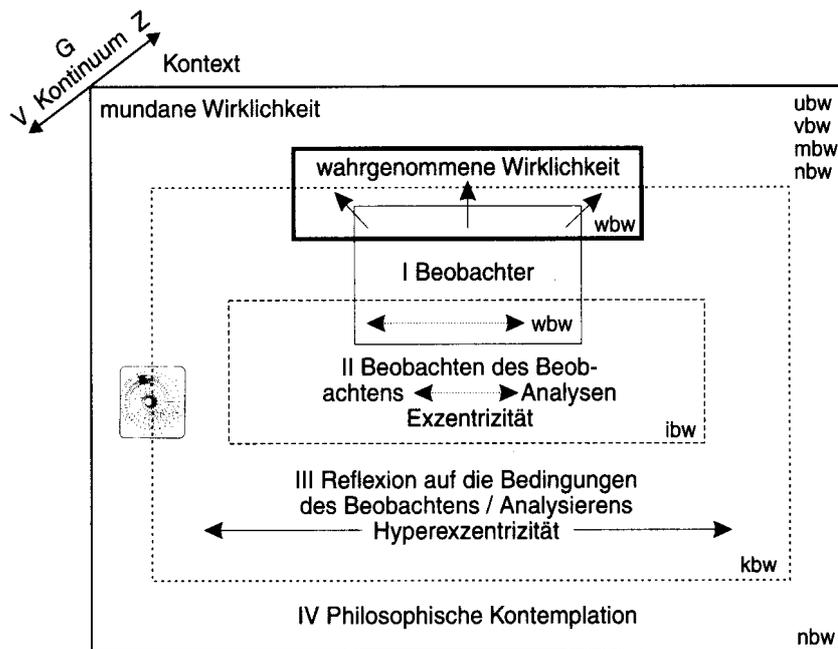
- H., *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie*, Bd. I, Junfermann, Paderborn 1995, 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): *Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung*, Fritz Perls Institut, Düsseldorf und in: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. *Praxis der integrativen Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann S. 143-189.
- Petzold, H.G. (1996k): *Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995)*. *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. auch in: Petzold, Orth (1999a) 337-360.
- Petzold, H.G. (1997p): *Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung*. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: Petzold (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G. (1998a): *Integrative Supervision, Meta-Cosulting & Organisationsberatung*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hg.) (1998h): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung*, Bd. 1 und 2, Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- 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 Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“*. *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-146.
- Petzold, H.G. (2000b): *„Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ - Über intersubjektive, narrative Biographiearbeit, collagierende Hermeneutik, Traumabelastungen und Neuorientierung*, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (2000d): *Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative*. *Integrative Therapie* 2/3, 388-395.
- Petzold, H.G. (2000e): *Hermeneutische und dialogische Gestalttherapie oder integrative Wege hermeneutischer Existenzauslegung?* Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (2000h): *Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“*. (Charta III). Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der (1994): *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., Bubolz, E. (1979): *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Frühmann, R. (1993b): *Weiterbildung von Lehrtherapeuten an FPI und EAG*. In: Petzold, Sieper (1993a) 659-666.
- Petzold, H.G., Ebert, W. & Sieper, J. (1999): *Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ - transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven*. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J., Oudhof, J. (1993): *Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie*, in: Petzold, Sieper (1993) 173-266.
- 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 (1998) 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a).

- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märzens, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. *Gestalt und Integration*, 1 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märzens, M. (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie, in: *Lairer, A., Vogel, H. (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT-Verlag, 683-711.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märzens, M., Steffan, A. (2000): Integrative Therapie in der Praxis – Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 2, 277-354.
- 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. (Hg.), Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, S. 209-250 und erw. in: *Petzold (1998h)* 142-188.
- Petzold, H.G., Märzens, M. (1998): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 1, 98-110.
- Petzold, H.G., Märzens, M. (Hg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Märzens, M. (Hg.) (2001): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 2. Opladen: Leske + Budrich, in Vorber.
- Petzold, H.G., Märzens, M., Steffan, A. (1998): Bericht des Forschungsinstituts an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. In: *Petzold (1998h)* 503-527.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993f): Curriculum für die Ausbildung von Lehrtherapeuten und Lehrbeauftragten, in: *Petzold, Sieper (1993a)* 667-680.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (Hg.) (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: *Petzold, Orth (1999a)* 15-66.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2000): Transgressionen - das Prinzip narrativierender Selbst- und Konzeptentwicklung durch „Überschreitung“ in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2 (im Druck)
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. Schneiter, U. (1996): "Reflexives Management", Metaconsulting und Kartierung der Managementqualität (MQC) - Konzepte und Wege zur koreflexiven Optimierung von Management als Systemfunktion. Fritz Perls Institut, Düsseldorf; erw. in: *Petzold (1998a)* 305 - 351.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem "differentiellen Kundenbegriff". Düsseldorf: Fritz Perls Institut; erw. *Gruppendynamik* 2 (1998) 207-230, und in: *Petzold (1998a)* 395-430.
- 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., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- 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. FPI-Publikationen: Düsseldorf.

- Petzold, H.G., Sieper, J. (1976): Zur Ausbildung von Gestalttherapeuten. *Integrative Therapie* 2/3, 120-144.
- Petzold, H.G., Sieper, J., 1988b. Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges", *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1993): *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996).
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“. *Integrative Therapie*, 3 (in Druck).
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf. Kurzversion in: *Gestalt (Schweiz)* 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. & Schuch, W. (2000). Wirkprozesse und Wirkfaktoren: Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der therapeutischen Beziehung und vor dem Hintergrund des Menschen- und Weltbildes in der „Integrativen Therapie“ und der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“ (Chartacolloquium II). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Steffan, A., Zdunek, K. (2000): 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., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weiseth, L. (Hg.): *Traumatischer Stress*. Paderborn: Junfermann 445 – 579.
- Robins, L.N., Rutter, M. (1990): *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. London: Oxford University Press.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S. (eds.) (1990): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- Rudolf, G. (1996): Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapie Forum*, 4, 124 - 134.
- Rudolf, G. (1998). Taxonomie der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 6, 80-91.
- Schacter, D.L. (1999): *Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F & Wirsching, M. (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen: Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schigl, B., Petzold, H.G. (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt, *Integrative Therapie* 1-2, 85-145.
- Schmidbauer, W. (1999): Feindliche Übernahme. Die Verwirklichung des Psychotherapeutengesetzes konfrontiert die Psychologen mit den Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigung. *Psychologie Heute*, Oktober 30-35.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (1994): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. *GwG Zeitschrift* 25, 15-26
- Schreyögg, A. (1991): *Supervision. Ein Integratives Modell*. Lehrbuch zu Theorie & Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A. (1993a): Prozesse der Organisationsentwicklung - Kultur- und Strukturanalyse von FPI und EAG, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 25-42.

- Schreyögg, A. (1993b): Selbsterfahrung in der Ausbildung von Supervisoren - und in Relation zur Therapedidaktik. *Gruppendynamik* 3, 3-17.
- Schreyögg, A. (1994): Supervision - Didaktik und Evaluation. Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A. (1995): Coaching. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schubert, K. (1983): Überblick über den Anwendungsbereich und die Indikation der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 2/3, 239-247.
- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 2 (im Druck)
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Seligman, M.E.P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 2/3, 264-287.
- Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Sieper, J. (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung, *Volkshochschule im Westen* 4, 220 - 221.
- Sieper, J. (1985): Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA. *Integrative Therapie* 3/4, (1985) 340-359.
- Sieper, J., Schmiedel, I. (1993): Überblick über die innovatorischen Aktivitäten von Hilarion G. Petzold im Bereich der Psychotherapie und psychosozialen Arbeit, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 421-439.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Sollmann, U. (1999): „Es geht nur noch um Silberlinge“. Das neue Psychotherapiegesetz grenzt nichtpsychologische und nichtärztliche Therapeuten aus. *Psychologie Heute*, März 1999.
- Sponsel, R. (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie: Zur Theorie und Praxis der schulen- und methodenübergreifenden Psychologischen Psychotherapie. Erlangen: IEC-Verlag.
- Strupp, H.H., Hadley, S W., Gomes-Schwartz, B. (1977): Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects. Montvale, NJ: Jason Aronson
- Svartberg, M., Stiles, T.C. (1994): Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research* 4, 20-33
- Thomae, H. (1968): Das Individuum und seine Welt. Göttingen: Verlag für Psychologie 2., neu bearbeitete Aufl. 1988.
- Thomas, G. (1986): Unterschicht, Psychosomatik & Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Thomas, G. (1987): Evaluationsforschung in der Psychotherapie. Ein Überblick für Gestalttherapeuten, *Integrative Therapie* 4, 304-336.
- Tölle, R. (1991): Psychiatrie (9. Auflage). Berlin: Springer.
- Tomaszewski, T. (1978): Tätigkeit und Bewußtsein. Beiträge zur polnischen Tätigkeitspsychologie. Weinheim: Beltz.
- 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.
- Vollmer, G. (1980): Evolutionäre Erkenntnistheorie. Stuttgart: Hirzel.
- Walter, H.-J. (1977): Gestalttheorie und Psychotherapie, Phil. Diss, TH Darmstadt; 2. Aufl. Westdeutscher Verlag Darmstadt 1985.
- Walter, H.-J. (1985): Gestalttheorie als klinisch-psychologische Theorie der Selbstorganisation, *Gestalt Theory* 7, 260-272.
- Wallner, F. (1990): Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus. Wien: WUV.
- Warren, W. H. (1990): The perception-action coupling. In: *Bloch, Bertenthal* (1990) 23 – 37.

die Welt wahr?“), denn damit ist die zweite Funktion des *Erfassens*, d.h. des *Aufnehmens*, des Erkennens bzw. Wiedererinnerns, Behaltens, Verarbeitens verbunden („Wie nimmt der Patient sich und die Welt auf, wie erfaßt er, verarbeitet er das Wahrgenommene?“). Auf diesem Prozeß gründet das *Verstehen* und das *Erklären*. Die Spirale ist damit in zwei Doppeldialektiken organisiert: *Wahrnehmen* ↔ *Erfassen* ↔ *Verstehen* ↔ *Erklären*, die erste als leibnahe Dialektik, die zweite als vernunftnahe Dialektik. In ihnen konstituiert sich leibhaftige Erkenntnis, in der die Polarisierung „Aktion und Kognition“ überwunden werden kann. Im Bereich des *Erklärens* können die habituellen Erklärungsdiskurse auf der Ebene der Alltagsreflexion oder der fachdisziplinären Reflexivität durch „Diskursanalysen“ (sensu *Foucault*), „Dekonstruktionen“ (sensu *Derrida*) und „transversale Mehrebenenreflexionen“ (sensu *Petzold*) überschritten werden zu einem „polyvalenten Erklären“, das um Aufklärung der Bedingungen seiner Erklärungsprozesse (der kulturellen wie der neurobiologischen) bemüht ist und die Mehrwertigkeit der *Erklärungen* hinlänglich zu überschauen versucht, wie es für die **Metahermeneutik** im Verständnis des Integrativen Ansatzes charakteristisch ist.



Legende:

- Mehrperspektivität
- Intersubjektive Ko-respondenz
- Intrasubjektive Ko-respondenz
- Interdisziplinäre, transversale Ko-respondenz

V = Vergangenheit G = Gegenwart Z = Zukunft

ubw = unbewusst, zum Teil nicht bewußtseinsfähig, *areflexiv*

vbw = vorbewußt, bewußtseinsfähig, *präreflexiv*

mbw = mitbewußt, *koreflexiv*

wbw = wachbewußt, *reflexiv*

ibw = ich-bewußt, *vollreflexiv*

kbw = klarbewußt, *hyperreflexiv*

nbw = nichts-bewußt, *transreflexiv* (vgl. Petzold 1988a/1991a, 264f)



„Heraklitische Spirale des Erkenntnisgewinns“
(Petzold, Sieper 1988)
ohne Anfang, ohne Ende, kontinuierlich – diskontinuierlich
(vgl. die wechselnde Dichte der Spirale)
voranschreitend (vgl. Petzold 1988n, 565)



Dreiecke in der Spirale als mehrperspektivische Plateaus



Kern der Spirale („Auge des Zyklons“),
Ort „philosophischer Kontemplation“

Eine metahermeneutische Betrachtung, die in der Tradition des späten *Ricœur* (Petzold 2002h) *Synopsen* solcher mehrperspektivischen Zugangsweisen (Phänomenologie, Hermeneutik, Dialektik) anstrebt und *Synergien* (idem 1974j) theoretischer und dann auch praxeologischer Art hervorbringt, eröffnet die Chance, den komplexen Wirklichkeiten von PatientInnen in guter Weise gerecht zu werden. Die hermeneutische Spirale (Abb. 1) kommt in **„Mehrebenenreflexionen“** (z.B. Triplexreflexionen, idem 1994a) zum Tragen. Dieser Reflexionstyp fügt der **Dekonstruktion** und der **Diskursanalyse** ein wesentliches Moment hinzu, das der **transversalen Querung** aller Wissensbestände, welches letztlich erst die **Synergie** der **Metahermeneutik** möglich macht. Es wird unterschieden:

- Eine *reflexive Ebene I* („*Ich* beobachte und reflektiere mein Wahrnehmen“), seminaive, intrasubjektive Reflexion, basale im hohen Maße kontextimmanente Exzentrizität,
- eine *koreflexive, diskursive Ebene II* („*Ich/wir* beobachten und reflektieren dieses Beobachten unter verschiedenen Optiken, *mehrperspektivisch*“ intasubjektiv, ggf. intersubjektiv, koreflexiv-diskursiv mit Anderen), eine emanzipierte Reflexion, mit differentieller, gegenüber I weiträumigeren Exzentrizität. Sie kann zu einer
- *metareflexiven, polylogischen Ebene III* überstiegen werden („Wir reflektieren dies alles intersubjektiv und interdisziplinär, wir untersuchen auch bio-neurokognitionswissenschaftlich das Reflektieren selbst“), um das Beobachten des Beobachtens, die Reflexion der Reflexion auf ihre kulturellen, historischen, ökonomischen, ideengeschichtlichen Bedingungen, aber auch auf seine neurophysiologischen Voraussetzungen und Bedingtheiten in *polylogischen Ko-responenzen* (Petzold 2002c) zu befragen: im *Polylog* der philosophischen Ideen, im *Polylog* der wissenschaftlichen Disziplinen, im *Polylog* der verschiedenen Therapierichtungen, im *Polylog* unterschiedlicher Kulturen (nur so ist vielleicht den Fallstricken des Eurozentrismus zu entgehen), im *Polylog* der rechtspolitischen Diskurse, die sich um das Finden, Durchsetzen und Bewahren von *Gerechtigkeit* bemühen (Arendt 1949, 1986, 1993; Petzold 2002h). Das ist ein Kernmoment der III. Ebene, die durch *transversale Reflexion, Metadiskursivität, Hyperexzentrizität* gekennzeichnet ist.
- Richten sich die transversalen Reflexionen und Metadiskurse auf philosophische Grundlagenfragen, dann kann sich dabei der Blick dafür öffnen, daß die Betrachtungsweisen der beiden ersten Ebenen mit ihrer schlichten/seminaiven Sicht auf Details (I), mit ihrer durch die analytisch zergliedernde Perspektive gegebene Betonung der Differenzen (II) oft Gesamtzusammenhänge, übergeordnete Gesichtspunkte ausgeblendet haben. Es bleibt solchen Betrachtungen in ihrer zunehmenden Emanzipation vom „Grund des Seins“ eben dieser Grund verborgen, der Boden der Lebenswelt, das Fundament des Seins/Mitseins, aus dem sich das Bewußtsein erhoben hat. Die ontologische Dimension (im Sinne der „zweiten Reflexion“ bei Marcel und Ricœur) tritt nun in das Erkennen und muß, will es tiefer in diesen Bereich eindringen, das Milieu des Reflexiven⁹ überschreiten zu einer IV. Ebene hin.
- Die **Ebene IV** der *philosophischen Kontemplation* transzendiert die reflexiven/metareflexiven Diskurse. Sie öffnet sich der Welt als Schauen auf die Welt und Lauschen in die Welt, in ihre Höhen, Tiefen und Weiten, in die das Subjekt eingebettet (embedded) ist. Sehend und gesehen (Merleau-Ponty), zentriert und exzentrisch zugleich öffnet sich der „Leib als Bewußtsein“, als *embodied consciousness*, als **Leibsubjekt**, dem Anderen in seiner Andersheit (Levinas), öffnet sich dem Sein in einer Disponibilität für die Erfahrung des „ganz Anderen“, die allein in der Partizipation (Marcel), im „Getrennt-Verbundensein“ möglich wird. Mit dieser Erfahrung differentiellen Mitseins verbleibt das zentriert/dezentrierte Subjekt nicht in meditativen Entrücktheiten, verliert sich nicht in metaphysischen Höhenflügen – und das ist das Wesentliche. Es wird vielmehr auf dem Boden dieser Erfahrungen *konkret* in Erkenntnis und Handeln, in einem Engagement für die Welt des Lebendigen (A. Schweitzer), in einem kultivierten Altruismus (P. Kropotkin), in Investitionen für menschliche Kultur, eine Kultur des Menschlichen (H. Arendt), die von Hominität, Humanität, Ethik, Ästhetik, Gerechtigkeit gekennzeichnet ist.

⁹ Ich spreche deshalb auch in der Regel von einer „Metahermeneutischen Triplexreflexion“ (Petzold 1994a, 1998a), obgleich das Modell vier Ebenen hat, die vierte aber im Sinne meines Modells Komplexen Bewußtseins (idem 1991a) areflexiv bzw. hyperreflexiv ist.