

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. Hilarion G. Petzold, Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Dr.med. Dietrich Eck, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. Anton Leitner, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

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

Univ.-Prof. Dr. phil. Nitzka Katz-Bernstein, Universität Dortmund

Dipl.-Päd. Bruno Metzmacher, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. Ilse Orth, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. Waldemar Schuch, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

lic. phil. Hanspeter Müller, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

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

www.fpi-publikationen.de/polyloge

Ausgabe 02/2005

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

Hilarion Petzold, Johanna Sieper, Ilse Orth, Düsseldorf

aus: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften*

“Dass es eine sich an wissenschaftlichen Kriterien orientierende Psychotherapie jenseits der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie der sechziger Jahre gibt, ist für Wissenschaftler aus ganz anderen Bereichen in dem Wust und Schund, der unter dem Stichwort Psychotherapie jährlich über die Bücherregale ausgeschüttet wird, Schwer erkennbar ...“
(Klaus Grawe 2004, 24)*

Vorbemerkungen zu Positionen, Entwicklungen, Erfahrungen

Als abschließendes Kapitel dieses umfangreichen Werkes sollen Theorie und Praxeologie des Integrativen Ansatzes zusammenfassend *auf dem aktuellen Stand* unserer Denkbewegungen und unserer therapeutischen Praxis anhand einiger zentraler Themen dargestellt werden, wobei auch auf wichtige Entwicklungen und Diskurse im gegenwärtigen Kontext des psychotherapeutischen Feldes eingegangen wird (vgl. *Petzold* 2005r). Damit werden auch Vergleiche mit den Bewegungen der Theorienbildung der anderen Mainstream-Verfahren – Tiefenpsychologie, systemische Therapie und Verhaltenstherapie – möglich und es wird, so hoffen wir, deutlich: Das **Integrative Paradigma** in der Psychotherapie, das sich als „**Humantherapie**“ versteht (ibid.), hat eine sehr eigenständige Position entwickelt, die auf drei Leitperspektiven zentriert: **1. Theorie** – hier ist sie an der wissenschaftlichen Psychologie und den klinisch relevanten Sozial-, Bio- und Neurowissenschaften orientiert, **2. Praxis/Praxeologie** – hier steht sie auf einem breiten Fundus klinischer Erfahrung mit unterschiedlichen Patienten und Patientinnen in vielfältigen institutionellen Settings und **3. Selbsterfahrung** – hier ist sie *erlebnistheoretisch-phänomenologisch und geschehenstheoretisch-hermeneutisch* an dem integrativen Konzept der „komplexen Selbsterfahrung“ ausgerichtet, weil der „subjektive Faktor“ sowohl auf der Seite der PatientInnen als auch auf der der TherapeutInnen nicht ausgegrenzt werden darf, wie das in einem positivistisch-reduktionistischen Therapieverständnis immer noch geschieht. Mit diesen drei Leitperspektiven und ihrer theoretisch-konzeptuellen und methodisch-praktischen Ausarbeitung leistet der **Integrative Ansatz** einen gewichtigen Beitrag zum Gesamtfeld der *Psychotherapie* und der *Sozialtherapie* – gerade auch in der Kombination und Integration dieser beiden Methodologien in einem **biopsychosozialökologischen Modell**. Eine solche Verbindung ist für die moderne Suchttherapie unerlässlich und wird derzeit von kaum einem anderen Ansatz in so elaborierter Form und solcher Breite der Erfahrungen in den verschiedenen Praxisfeldern verwirklicht. Das ist das Ergebnis von bald 40 Jahren der klinisch-therapeutischen Praxis, des Forschens und Lehrens und der persönlichen und professionellen Selbsterfahrung der Autoren und ihrer integrativtherapeutisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen in zahlreichen Ländern. Der Text will in kompakter Form eine Übersicht bieten, die es erlaubt, im Blick auf die Arbeiten dieser beiden Bände Entwicklungen erkennbar werden zu lassen und Richtungen der Vertiefung aufzuzeigen. Er will überdies zentrale Konzepte noch einmal in Definitionen und verdichteten Darstellungen zusammenführen und damit ein „konzeptuelles Netzwerk“ anbieten, das sich über alle Beiträge der beiden Bände legen lässt und sie zu *konnektivieren* vermag. Die „**Integrative Therapie**“ ist der erste Ansatz einer **systematischen Methodenintegration** und – darüber hinausgehend – **schulenübergreifenden Konzeptentwicklung** in der Psychotherapie (vgl. *Petzold* 1974k, 394f, 1982, 1991a, 1992g, 2003a; vgl. auch *Norcross, Goldfried* 1992, *Grawe* 1998, 2004) und verstand sich seit ihren Anfängen als „**entwicklungsorientierte Therapie**“, die mit Menschen aller Altersstufen gearbeitet hat, ausgerichtet an einer „**klinischen Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne**“ (*Petzold* 1994j). Sie war und ist ein *Ansatz*, dem es in zentraler Weise um die Förderung der **Entwicklung von Menschen** geht und der sich selbst in beständiger Entwicklung sieht (*Petzold* 2005r). Und da Menschen *nicht allein auf der Lebensstraße gehen*, vielmehr in sozialen Netzwerken, Konvois, mit guten Affiliationen gesund heranwachsen oder bei schlechten Sozialbeziehungen geschädigt werden und krank werden können, muss die Perspektive einer „**klinischen Sozialpsychologie**“ (*Petzold, Müller* 2005) hinzu kommen. Integrative Therapie ist ein „**WEG angewandter Anthropologie**“, eine Ermutigung, immer wieder auch *neu anzusetzen*. – **Neuansatz**: weg von Störungen und Krankheit hin zu Gesundheit, Wohlbefinden, sozialer Partizipation; dann **Weiterarbeit**: von schon erreichten Zielen der „Arbeit an sich selbst“ und der „Arbeit in der und an der Gemeinschaft“ weiter zu neuen Möglichkeiten der Verwirklichung der eigenen Persön-

**Klaus Grawe*, dieser bedeutende Protagonist schulenübergreifender, integrativer Psychotherapie, verstarb völlig überraschend am 10. Juli 2005. Ich lehrte auf seine Einladung hin von 1980-1989 als Gastprofessor an seinem Institut und lernte seine Offenheit und Klarheit in der Psychotherapiekritik schätzen. Wir teilten viele Positionen und viele auch nicht. Dieser Beitrag sei seinem Andenken gewidmet.

lichkeitspotentiale und des gemeinschaftlichen Lebens. Hier wird deutlich über *Balints* Konzept des „Neubeginns“ hinausgegangen.

Solche *Neuansätze* und *Weiterarbeit* werden auch erforderlich, weil durch die sich verändernden gesellschaftlichen Verhältnisse Gestaltungsaufgaben entstehen, die aufgegriffen werden müssen, weil solche Veränderungen auf der Makroebene auch dazu führen, dass die überkommenen Persönlichkeits- und Identitätsmodelle in Umbruchsdynamiken geraten (*Eickelpasch, Rademacher* 2004; *Keupp* 1999; *Petzold* 2001p; *Ricœur* 1996; *Turkle* 1998), womit die traditionellen Persönlichkeitskonzeptionen etwa der Humanistischen Psychotherapien oder der Tiefenpsychologie und Psychoanalyse fragwürdig geworden sind und obsolet werden, sofern sie sich nicht verändern.

Der „Integrative Ansatz“ ist dem Paradigma „**multitheoretischer Diskurse**“ (*Lyotard, Petzold, Ricœur, Welsch*), einer multi- und interdisziplinären Orientierung des Verstehens und Gestaltens der Wirklichkeit verpflichtet, wie sie *Luhmann* (1992, 19) für die komplexe Lage der „Moderne“ als angemessen ansieht: „Die Möglichkeit, unbestrittene Sachverhalte mit variierenden Theoriekonzepten, mit anderen Unterscheidungen anders zu beschreiben, ... gerade diese Methode, die allerdings ein erhebliches Maß theorietechnischen Wissens voraussetzen würde, könnte aber für unser Thema [der Beobachtung der Moderne sc.] die ergiebiger sein“ (ibid.). Es ist dies ein Vorgehen, das den Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen kennzeichnete, aus der Erkenntnis, dass ein *Erfassen* der heutigen, ultrakomplexen und globalisierten Lebenswirklichkeit und ein hinlänglich konsistentes *Verstehen* von Menschen mit ihren vielschichtigen Lebenslagen und den akzelerierten Veränderungsprozessen in ihren Biographien und Lebensverhältnissen **exzentrische** und **mehrperspektivische** Zugeweisen erfordert. Es sind **multitheoretische** Untersuchungen, Betrachtungen und Analysen angesagt, um komplexe Realität angemessen zu erfassen und **multi-praxeologische** Wege wie Sozialtherapie, Psychotherapie, Sozial- und Bildungsarbeit erforderlich, um auf die Lebenslage von KlientInnen und PatientInnen Einfluß zu nehmen. Es werden **multimethodische** Arbeitsformen notwendig: erlebnisaktivierende, psychodynamische, verhaltensorientierte, leibzentrierte - also ein „integratives Vorgehen“ (*Petzold* 1992a; *Grawe* 2004). In dieser Sicht ist es das Wesen von **Praxeologie**, dass sie immer bessere Praxis generiert und es ist das Wesen von **Wissenschaft**, dass sie immer *neues Wissen schafft*, altes falsifiziert, revidiert zuweilen auch bestätigt, prinzipiell aber neues kreiert. Dabei gilt für Theorie und Praxis die „Integrative Hermeneutische Spirale“ (*Petzold* 1991a) als Innovationsprinzip: „**Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären**“ und „**Konstatieren** (feststellen, was ist), **Differenzieren** (Unterschiede mehrperspektivisch wahrnehmen), **Integrieren** (Verschiedenes aus exzentrischer Position konnektivieren oder zusammenfassen), **Kreieren** (aus Hyperexzentrität gezielt *Neues* gestalten oder Freiräume für Emergenzphänomene, spontane Kreationen eröffnen). Dieser Art ist auch das Wesen einer „**herakliteischen Therapie**“, denn „alles fließt, nichts bleibt, noch ist es je das selbe“, ein Gedanke, der dem *Herakleitos von Ephesos* zugeschrieben wird: „Alles, was es gibt, ist einer kontinuierlichen Verwandlung unterworfen: die Dinge entstehen, verändern sich und vergehen wieder: Auch im Erfahrungsbereich des individuellen menschlichen Lebens ändert sich alles fortwährend“ (*Mansfeld* 1987, 233). In diesem abschließenden Text des vorliegenden zweibändigen Werkes sollen, diesem Denken folgend, die zentralen Konzepte noch einmal vernetzt dargestellt werden und zwar in ihrer Offenheit für all das Neue, das der Strom des *Heraklit* zu uns hintragen wird. „*Wer in denselben Fluß steigt, dem fließt doch anderes und wieder anderes Wasser zu*“ (*Herakleitos*, fr. 12). Alles Wissen ist in diese Wandlungsprozesse einbezogen, die in einem großen Zusammenhang stehen und in einer solchen Vernetzung gesehen werden müssen. Denn es geht um das Verschiedene *und* das Ganze, es geht um Rationales *und* Emotionales. Konzepte wie „emotionale Intelligenz“ und „sinnliche Reflexivität“ (*Heurig, Petzold* 2004) haben hier ihren Boden.

Eine sinnlich-reflexive Hermeneutik und Metahermeneutik mit ihrer komplexen anthropologischen Grundlage ist kennzeichnend für „**herakliteisches Denken**“ (*Petzold, Sieper* 1988d; *Schwennen*, dieser Band II, 101). Das von *Heraklit* systematisch praktizierte – modern formuliert – „**multitheoretische Reflektieren**“ in „Verbindungen“, „Übergängen“ (fr. 22B 10, *Diels, Kranz* 1964), seine Idee der „**Ganzheit**“ (ὅλα) als *transversaler Konnektivierung* (συνάψεις)“, die nicht als vereinnahmende Synthese verstanden wird, sondern als „**Praxis der Angrenzungen**“, als „differentielles, offenes Gesamt im kreativen Wandel“, welches genauso spontane Erkenntnis erfordert wie kontinuierliche, laboriöse Ausarbeitungen, diese Idee wurde für den „Integrativen Ansatz“ zum Leitkonzept:

„Verbindungen: Ganzheiten und Nichtganzheiten, Zusammenstrebendes – Auseinanderstrebendes, Zusammenspielendes – Nichtzusammenspielendes und aus allem eines und aus einem alles“ (*Heraklit*, fr. 22B 10, ibid., vgl. *Petzold, Sieper* 1988d).

Bei *Heraklit* findet sich „trotz oder dank aller blitzartigen Einsichten ebensoviel Weisheit wie Wissenschaft, ebensoviel Dichtung wie Wahrheit. Die von ihm geschaffene Einheit von Physik, Erkenntnislehre, Psychologie und Ethik ist nicht nur etwas Rationales, sondern auch Sache des Gefühls“ (*Mansfeld* 1987, 241), sowie, das fügen wir hinzu, eine Sache des Willens bzw. Wollens (*Petzold, Sieper* 2003). Wir *wollen* im Integrativen Ansatz *multitheoretisches* Arbeiten, haben uns zu diesem Paradigma entschieden, denn es ermöglicht, die unterschiedlichsten „Sichtweisen auf die Welt“ zu gewinnen (das Bezeichnen wir auch als „social world“, *Petzold* 2003a; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004). Wir können uns damit in vielfältigen „Diskursformen und differentiellen Diskursebenen“ (*Ricœur* 1998) bewegen, verschiedene „Sprachspiele“ nutzen (d. h. Verwendung sprachlicher Zeichen im Rahmen eines Verhaltenskontextes, *Wittgenstein* 1969), können theoretische Referenzrahmen in ihrer je spezifischen Leistungsfähigkeit nutzen.

So kann eine konkrete Situation in unterschiedlichen **Referenzrahmen** betrachtet werden (*Petzold* 1998a, 88, in der *Synergetik* spricht man von „Ordern/order parameters“, *Haken* 2003, 81). Mit einem **Referenzrahmen** sind komplexe Wirklichkeiten nicht hinreichend zu erfassen. Derartige **Multireferentialität** bzw. **Mehrperspektivität** führt zu Konvergenzen und/oder zu Divergenzen. Um diese zu „integrieren“, gilt es, Annäherungen herzustellen („schwache Integrationen“ durch Konnektivierungen, Angrenzungen, vgl. *Petzold* 2002b). Dafür muss man die „Leistungsfähigkeit“ der einzelnen Theorien kennen: ihr Herkommen, ihren Explikationsfokus, Geltungsanspruch, ihre Reichweite, ihre empirische Untermauerung, ihre Anschlussfähigkeit etc. (idem 1998a, 105ff). Aus solchen **Konnektivierungen**, die eine Fülle von Informationen zusammenbringen, können dann übergreifende oder übergeordnete Qualitäten („Transqualitäten“ *ibid.* 237ff) durch „starke Integrationen“ *emergieren* oder *konstruiert* werden (idem 2002b). Je dichter und vielfältiger die Konnektivierungen innerhalb eines Systems bzw. zwischen Systemen eines Suprasystems sind, desto höher ist die Chance, dass in selbstorganisationalen Prozessen neue Lösungen *emergieren* (*Krohn, Küppers* 1992) und durch das „*Emergenzpotential*“ (idem 1998a) solcher Systeme, durch ihre Innovationskraft neue Entwicklungen möglich werden – zum Wohle der Patienten und Patientinnen und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen.

Hierzu leistet eine **metahermeneutische** Arbeit wesentliche Beiträge. Man versteht unter ihr ein *Beobachten* und *Interpretieren* der eigenen Beobachtungs- und Interpretationsarbeit mit ihren verschiedenen theoretischen Referenzrahmen, Folien, Perspektiven durch „*Beobachter- und Interpreten* zweiter und dritter Ordnung“ (*Petzold* 2002b – hier wird *Luhmanns* Konzept der „Beobachtung zweiter Ordnung“ überstiegen).

Metaperspektivisch betrachtet sind diese theoretischen und praxeologischen Rahmenwerke als „Ordnungsstrukturen“ zu sehen, die reflektiert werden müssen, wobei dieses Reflektieren selbst wiederum auf übergeordnete Ordnungsstrukturen [Supraordner] hin untersucht wird:

- auf die Beeinflussungen durch regionale und globale Zeitgeistströmungen und durch historisch-kulturelle Bedingungen (Metaperspektive I),
- durch sozioökonomische Kräfte (Metaperspektive II) und
- durch Reflexion der neurobiologischen Grundlagen (Metaperspektive III) der Reflexionsprozesse selbst auf dem Boden des jeweiligen Forschungsstandes der *neuro sciences*.

Auf dieser Grundlage *multireferentieller* Konzeptualisierung und mit dieser *metahermeneutischen* Methodik sowie im beständigen Rekurs auf relevante Ergebnisse empirischer Forschung (aus Psychologie, Neurobiologie, Psychotherapiewissenschaft u. a.) kann auch die Entwicklung einer pluriformen Interventionsmethodik in einer konsistenten „integrativen Praxeologie“ (*Orth, Petzold* 2004, Band I) in Angriff genommen werden. Damit wird insgesamt ein Metaprozess in Gang gesetzt, der als solcher permanent „herakliteisch“ weiterfließt und immer wieder durch das *systematische* Konnektivieren unterschiedlicher theoretischer Betrachtungsweisen und das theoriegeleitete Zusammenführen verschiedenartiger praxelogischer bzw. methodischer Zugangsweisen „*Synergieeffekte*“ freisetzt, deren „*Gesamtwirkung etwas anderes ist, als die Summe der Einzelwirkungen*“ (*Petzold* 1974]). Er verlangt kenntnisreiches und mutiges *Navigieren* und ein Wissen darum, dass man nicht auf ein abschließendes Ergebnis zusteuert. Wer diese herakliteische Qualität des „Integrativen Ansatzes“ übergeht oder übersieht, kann zu ihm schwerlich einen adäquaten Zugang finden. Ein solches Verständnis erfordert zwingend die Erarbeitung einer komplexen anthropologischen Position, auf die wir viele Jahre verwendet haben (*Petzold* 2003e) und die natürlich philosophisch-anthropologische und neurobiologische Voraussetzungen hat: Sie gründet im phänomenologisch-hermeneutischen „Leibkonzept“ *Merleau-Pontys*, in der physiologisch-psychologischen Idee einer „Neuropsychologie“, wie sie *Lurija* begründet hat (heute lassen sich die Modelle *Damasios* und *Edelmans* hier gut anschließen), weiterhin in einer erkenntnistheoretisch und geschichtsphiloso-

phisch reflektierten Ethik, wie sie von *Ricœur* erarbeitet wurde – diese Denker gehören seit Mitte der sechziger Jahre zu unseren Referenztheoretikern (*Petzold* 2002h). Hinzu kamen die Ideen der Systemtheorie des frühen *Luhmann* (1968), die wir aufnahmen (*Petzold* 1974k), und Impulse des informationstheoretischen Denkens (*Solso* 1975, *Shiffrin*, *Schneider* 1977; *Oyama* 1985; *Perrig* et al. 1993), das sich auch in *Gibsons* (1979) ökologischem Ansatz fand. Die informationstheoretische Sicht – „Alles Geschehen ist informationsvermittelt!“ – ist gut konnektivierbar mit unserem stimulierungstheoretischen Ansatz – „Alle Entwicklung geschieht durch multiple Stimulierung bzw. vielfältige Information!“ In der Konvergenz dieser Paradigmen formte sich als „Synthese der Überschau“ (*Ricœur*) das zentrale Konzept der Integrativen Therapie: der „Informierte Leib“ mit seinen Fähigkeiten zu „dynamischer Regulation“ (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994). Wir konnten einen Standort erarbeiten, den wir auf seinem heutigen Ausarbeitungsniveau diesem Text mit einer kompakten Darstellung des Leib-Konzeptes und seinen Implikationen voranstellen wollen:

Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche **Körper/Organismus** (σῶμα), der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „**Verkörperung**“, zur „**Einleibung**“, zur „**schöpferischen Gestaltung**“ in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsubjekt**“, das sich mit seinen Mitsubjekten *kokreativ* interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (*interacting subject embodied and embedded*). Dieses anthropologische Konstrukt des „**Leibsubjektes**“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer Geschichte gegründete „Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen *Schemata* bzw. *Stile*“ in ihrer aktuellen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst erlebten Inszenierungen und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts**. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleiblichte Niederschlag *differentieller Information* über das Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d. i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**informierten Leibes**“, aus dem als Synergem ein „**personales Leib-Selbst**“ *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives **Ich** und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte **Identität** entwickeln kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeits-theoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person**“ als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktuellen Performanz im *Kontext-Kontinuumbezug* erlebten und mit Anderen inszenierten *Schemata/Stile*. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig und reflektierend-handlungsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt steuern und entwickeln“ (*Petzold* 2000h, Präzisierung von 1996a, 283).

Derartige Leitdefinitionen kommen nicht aus dem Nichts. Sie sind historisch gewachsen und dieser Prozess einer systematischen Elaboration, der bei den Anfangszeiten des Integrativen Ansatzes beginnt, müsste eigentlich nachgezeichnet werden, was die theoretische Entwicklungsarbeit und die praxeologischen Inspirationen für die Konzeptentwicklung angeht sowie die Umsetzung des Entwickelten in die Praxis: ein Theorie-Praxis-Zyklus (*Petzold* 1988n), der die Praxeologie, d. h. die Theorie der Praxis der Integrativen Therapie bestimmt (*Orth, Petzold* 2004). Eine solche Rekonstruktion kann an dieser Stelle natürlich nicht erfolgen (vgl. *Petzold* 2003e, 2005r), aber das Prinzip sei am Beispiel der Gesundheits-/Krankheitslehre verdeutlicht:

Seit den Anfängen unserer Arbeit Mitte der sechziger Jahre hat sich für uns in unserer Praxis als überwältigendes Evidenzerleben wieder und wieder der Eindruck von den sozialen Wurzeln von *Pathogenese* und *Salutogenese* bestätigt.

„Wohin wir auch schauen: Immer waren *psychische* und *somatische* und *soziale* Auswirkungen die Folgen von schädigenden, traumatischen Ueberlastungen, beunruhigenden Störungen, spannungsreichen Konflikten und entbehrungsreichen Mangelsituationen, wohingegen beschirmender Schutz, positiv-aufbauende Zuwendung, stimulierende Anregungen und gezielte Förderung heilende und entwicklungsbegünstigende Wirkungen hatten“ (*Petzold* 1969c).

Damit waren aufgrund mehrperspektivischer phänomenologischer, klinischer Beobachtungen und ihrer Reflexion die Kernpunkte der Theorie Integrativer Krankheits- und Gesundheitslehre gefunden und benannt (*Petzold, Schuch* 1991). Für sie mussten wir dann einen theoretischen Rahmen finden, den wir bei der damaligen Forschungslage in einer – relativ unspezifischen – stimulierungstheoretischen Argumentation als hinreichend konsistent ansahen:

„Ueberstimulierung durch **Trauma**, Unterstimulierung durch **Defizite**, inkonstante Stimulierung durch **Störungen** und widerstreitende Stimulierung durch **Konflikte** kann Krankheit bewirken, Einflüsse negativer Stimulierung, gegen die **Schutz, Zuwendung, Anregung, Förderung** als positive Stimulierung stehen“ (Petzold 1970c, 22).

Stimulierung wurde zunächst ganz grundsätzlich als „Umweltreiz auf den Organismus/das Gehirn des Menschen betrachtet, der eine Reaktion auslöst“ (ibid.), etwa im Sinne von Pawlows „Was ist das?-Reflex“ bzw. Sokolows „Orientierungsreflex“, mit dem Lurija und Chomskja ihre bahnbrechenden Untersuchungen durchführten, wohlbewusst des reduktionistischen Charakters dieses Konzeptes, aber die Hirnforschung gab damals noch nicht mehr her. Klar war, das es um „multiple Stimulierung“ (Petzold 1975e, 1988f) gehen, das „totale Sinnesorgan des Leibes“ (sensu Merleau-Ponty) in „allen Sinnen“ angesprochen werden müsse. Unsere *multisensorische Praxis* mit „kreativen Medien“, wie sie sich in der Arbeit mit Alterspatienten und Kindern ganz natürlich ergeben hatte (idem 1965, 1969b), und die von uns vertretene „Anthropologie des schöpferischen Menschen“, (idem 1988n, Orth, Petzold 1993, Petzold, Orth 1990a) war ganz in diesem Sinne ausgerichtet. Das **Stimulierungs-Modell** wurde deshalb konsequent verfolgt in Richtung komplexer Reizkonfigurationen (Aufforderungscharakter, Valenz, Lewin), bis wir in Gibsons „affordance Modell“ (Gibson 1979; Heft 2002) eine gute Referenztheorie fanden, die mit den Forschungen Bernsteins zur Bewegungsfähigkeit im Raum anschlussfähig war und sich in Richtung nonlinearer systemtheoretischer Modelle (Kelso 1995) zur *Bildung von Mustern* entwickeln lässt (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) sowie eine gute Umsetzbarkeit in die therapeutische Arbeit erlaubt (Petzold 1995a,b, Orth, Petzold 1998a).

„**Stimulierung** wird verstanden als komplexe, erregende, *exterozeptive*, außenweltbedingte und *propriozeptive*, innersomatische Reizkonfiguration mit spezifischem **Informationswert** - z.B. durch die Amygdala als 'gefährlich' oder 'ungefährlich' bewertet [emotionale *valuation*] und durch den Hippocampus und den präfrontalen Cortex aufgrund archivierter Erfahrung eingeschätzt [kognitives *appraisal*]. Durch die stimulierungsausgelösten mnestischen Resonanzen im Gedächtnis des 'informierten Leibes', des 'Leibgedächtnisses', einerseits sowie durch die Qualität des weiterlaufenden und aufgenommenen Stromes von stimulierender Information andererseits, werden **Regulationsprozesse** beeinflusst und die psychophysiologische Erregungslage des Menschen (Organismus und Leibsubjekt zugleich!) intensiviert, weiter erregt (up regulation, kindling, hyperarousal, z. B. durch adversive Faktoren) oder abschwächt, beruhigt, gehemmt (down regulation, quenching, relaxation, z. B. durch protektive Faktoren), was mit dem entsprechenden neurohumoralen Geschehen verbunden ist und Bahnungen fördert/bestärkt oder hemmt/schwächt. Das hat für die Konzipierung konkreter Interventionspraxis erhebliche Bedeutung, denn der Therapeut und das therapeutische Setting müssen entsprechende Stimulierungskonfigurationen bereitstellen können, um die Prozesse **dynamischer Regulation** adäquat zu beeinflussen“ (Petzold 2000h).

Der Stimulierungs-Ansatz wurde mit den seit Ende der siebziger Jahre wichtig werdenden longitudinal ausgerichteten Forschungen zu „critical life events“ (Brown, Harris 1978; Filipp 1990) bestärkt, die wir aufnahmen (Petzold 1979k) und natürlich durch die zeitgleich aktuellen entwicklungspsychobiologischen Forschungen einer „developmental psychopathology“ (Rutter 1979; Garnezy 1985; Rutter, Hay 1994) vollauf gestützt u.a. durch Untersuchungen zu „protektiven Faktoren“ und „Resilienz“ (Petzold, Müller 2004). Die letztgenannten Konzepte führten wir als erste in die Psychotherapie ein und integrierten sie in Forschung und Behandlungsmethodik – bei Kindern, Suchtkranken, AlterspatientInnen (Petzold, Goffin, Oudhof 1991; Müller, Petzold 2003). Das alles bekräftigte uns auch in unserer Wertung von Kontextvariablen, der „*Lebenslage*“, in welcher *adverse events, critical life events* aber auch *protective and shielding factors* generiert werden, wie wir in unserer Arbeit seit ihren Anfängen sahen, ohne noch diese Begrifflichkeiten zur Verfügung zu haben. Wir sprachen 1970 von „schädigender und positiv-aufbauender“ Stimulierung und waren uns damals schon sehr bewusst, dass diese von persönlichen Wertungen (später sprachen wir von neocortikalen, kognitiven *appraisals* und limbischen, emotionalen *valuations*) bestimmt waren, welche wir attributionstheoretisch betrachten (vgl. Petzold 1998a; Eichert, Petzold 2003c). Solange solche Bewertungssysteme nicht durch Forschung aufgeklärt sind – und das werden sie bei der Vielfalt von ethnischen, schichtbedingten, alters- und genderabhängigen Einflüssen wohl nie vollends, das war und ist uns klar – müssen sie eben durch sorgfältige *biographisch, aktual, prospektiv* blickende, kognitive und emotionale Dimensionen berücksichtigende Explorationen „subjektiver Theorien“ mit den PatientInnen erarbeitet werden. Hierfür haben wir seit Beginn unserer Arbeit ein reiches Repertoire kreativ-medialer diagnostischer und therapeutischer Ansätze (z.B. 1971a, g; Petzold, Orth 1994;

Müller, Petzold 1998) und die erzähltheoretisch fundierte Methode der „narrativen Praxis“ (Petzold, Orth 1985; Petzold 2001b, 2003g) entwickelt.

Es wird, so hoffen wir, in diesem skizzenhaften rekonstruierenden Überblick zur Theorie-Praxis-Entwicklung deutlich, wie eigene Theoriearbeit und klinische Erfahrungen sowie Forschungsstände in bestehenden Referenzwissenschaften übergreifender Wissensfelder und neu aufkommende Entwicklungen in ihnen für die Erarbeitung und Weiterentwicklung eines Verfahrens unerlässlich sind. Es wird damit hoffentlich auch deutlich, warum in *alleinig schulenimamenten* Diskursen nie ein Wissensstand und eine klinische Aktualität von „best practice“ erreicht werden kann. Auf solche Praxis „auf dem besten Stand“ haben aber aus ethischen und rechtlichen Gründen unsere PartnerInnen in den Behandlungsprozessen, die PatientInnen und die KlientInnen, einen Anspruch.

Uns war damit für die Entwicklung unseres Ansatzes klar: er muß „integrativ“ sein, „schulenübergreifend“ und „interdisziplinär“ fundiert. Und für die Entwicklung einer „Integrativen Praxeologie“ (Petzold 1993a; Orth, Petzold 2004) war uns völlig evident: ohne Soziotherapie, die sich mit den sozialen Problemen und Risiken befasst und hier Abhilfe zu schaffen sucht, und ohne Körpertherapie, die sich mit der leiblichen Seite von Ängsten (Überspannungen) oder von Depressionen (Spannungslosigkeit) befasst, hat Psychotherapie („rein“ und als ausschließliche Intervention eingesetzt) keine Chance, optimale Effekte bei multipel belasteten Menschen und Netzwerken zu erzielen. Ein mehrdimensionales Vorgehen, wie es in den frühen Feldinterventionen von *Vygotsky* mit den Kindern und Jugendlichen, die Opfer der Revolutionswirren geworden waren, schon praktiziert wurde, ist erforderlich, wenn man komplexe Notlagen und ihre Folgen angehen will. Diese Positionen vertreten wir noch heute. *Psychologie, Physiologie und Sozialwissenschaften* müssen hierzu die theoretischen Grundlagen liefern. Das war schon das Programm der *Vygotsky, Lurija, Leont'ev-Gruppe*, der „Troika“: Man müsse die Forschung erstens „nach 'unten' in die Neurophysiologie“ richten, zweitens dann „auf die genaue Erfassung der psychischen Prozesse, die sich aus der Interaktion zwischen dem Gehirn eines Menschen und seinem sozialen Umfeld ergeben“ (Lurija 1993, 167). Und drittens müssen die Einwirkungen des Umfeldes auf das Gehirn und auf die psychischen Reaktionen und Prozesse des Menschen untersucht werden. Das macht einen *biopsychosozialen* oder *biopsychosozialökologischen* Ansatz erforderlich und zwar in Forschung, Diagnostik und Therapie (Petzold 1965, 1974k, 1988n, 2001a, 2003a). Diese Position hat der Integrative Ansatz stets vertreten.

Insgesamt fokussiert die **Integrative Therapie**, das dürfte in diesen einleitenden Ausführungen deutlich geworden sein, im Sinne ihres grundsätzlich „**mehrperspektivischen Ansatzes**“ (Petzold 1974j, 301ff, 316; 1988n, 85, 181, 1991a, 1998a, 2003a, 947ff; Jakob-Krieger, Petzold et al. 2004; Gebhardt, Petzold 2005) in ihrer Arbeit auf einer Reihe zentraler Perspektiven. Die wichtigsten, die jeweils *multireferentiell* eingestellt und genutzt werden können, seien nachstehend aufgeführt:

1. **Leibperspektive**. Sie steht an erster Stelle, weil alle Prozesse des Wahrnehmens und Erfahrens, jede „*Selbsterfahrung*“ und alle „*dynamischen Regulationsprozesse*“ (= Selbstorganisationsprozesse) menschlicher Subjekte ihre Grundlage in der **Leiblichkeit** des Menschen haben (Petzold 1885g, 2003a). Die Leibperspektive wird fokussiert behandelt z. B. durch körperorientierte Psychotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Psycho- und Neuromotorik (Petzold 1974j, 1988n; 2002j, , 2004h; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997)
2. **Beziehungsperspektive** (interpersonale bzw. intersubjektive Ko-respondenz idem 1978c; 1988n, 285ff, 504f; Petzold, Müller 2005).
3. **Entwicklungsperspektive in der Lebensspanne** (Petzold, Bubolz 1976, 1979; idem 1982f, 1988n, 199; 1992b/2003a, 515-606, 1999b).
4. **Kontextperspektive**, d. h. Netzwerk-, Social world, Lebenslage 1985a; 1988n, 185, 205; 2000h; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin 2004);
5. **Motivationsperspektive** (1974b, 1988n, 505f; 526ff; 1997p, Jäckel 2001).
6. **Störungs-/Problemperspektive** (1974j , 346-398; 1974b; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997, 2003a).
7. **Ressourcenperspektive** (1988n, 55f; 1993p; 1997p);
8. **Sinnperspektive** (1978c; 1983d; Petzold, Orth 2005a, 2004b).

Eine ähnliche Auflistung (ohne 1, 4, 8) bietet neuerlich auch Grawe (2005), wobei er mit Recht die Wichtigkeit der empirischen Validierung für die einzelnen Perspektiven betont.

Der „**Integrative Ansatz**“ in Therapie, psychosozialer, supervisorischer und agogischer Arbeit folgt selbst dem **Prinzip 3** weiterführender Entwicklung in besonderer Weise, offen für Neuansätze. In diesem abschließenden Text des vorliegenden zweibändigen Werkes sollen die zentralen Konzepte

noch einmal vernetzt dargestellt werden und zwar in ihrer Offenheit für all das Neue, das der Strom des *Heraklit* zu uns hintragen wird. „*Wer in denselben Fluß steigt, dem fließt doch anderes und wieder anderes Wasser zu*“ (*Herakleitos*, fr. 12). Dieser Beitrag hat für seine Absicht, eine Vielfalt von Konzepten und Methoden in integrierender und zugleich offener Weise zu verbindenden, ein Kernkonzept des Integrativen Ansatzes herausgegriffen: das einer „**differentiellen und komplexen Selbsterfahrung**“. Sie ist nach integrativer Auffassung das zentrale Moment veränderungswirksamer Prozesse – sowohl in der Psychotherapie als auch in der Supervision und berufsbezogenen Weiterbildung in psychosozialen Berufen, in den Formen der „Integrativen Therapie“ und in der „Integrativen Bildungsarbeit“. Dabei werden wir deutlich machen, dass hier eine sehr komplexe, an anthropologische, neurobiologische, entwicklungs- und persönlichkeits-theoretische Konzeptbildungen anschließende Sicht von „**Selbsterfahrung**“ vertreten wird, eine Sicht, die eine prinzipielle „Offenheit für Neues“ in sich trägt, denn das „*sich erfahrende Selbst*“ ist in eben diesem Erfahrungsprozess schöpferisch, selbstschöpferisch, „*Künstler und Kunstwerk*“ zugleich (*Petzold* 1999q).

„Der beim Menschen wichtigste und für die Nutzung der im Gehirn angelegten neuronalen Netzwerke und Nervenzellverschaltungen am nachhaltigsten wirksame Einfluss [...] läßt sich am Zutreffendsten mit dem Begriff der *Erfahrung* umschreiben. Gemeint ist damit das im Gedächtnis eines Individuums verankerte Wissen über die in seinem bisherigen Leben entweder besonders erfolgreich oder besonders erfolglos eingesetzten, in dieser Weise immer wieder bestätigt gefundenen und deshalb auch für die Lösung zukünftiger Probleme als entweder besonders geeignet oder eben ungeeignet bewerteter Strategien des Denkens und Handelns. Solche Erfahrungen sind immer das Resultat der subjektiven Bewertung der eigenen Reaktionen auf wahrgenommene und als bedeutend eingeschätzte Veränderungen der Außenwelt“ (*Hüther* 2001,11).

Das klingt einleuchtend, ja geradezu einfach. *Er-fahrung* ist das, was man auf seiner Fahrt durch die Lebensstrecke „*er-fahren*“ hat. Nur, wer erfährt und bewertet „subjektiv“? Sicher nicht das „Gehirn“ – in ihm vollziehen sich neurophysiologische Prozesse, die allerdings für die Wertungen des Bewerbers, des **Subjektes**, eine unabdingbare Grundlage liefern, wie der Dialog zwischen dem Philosophen *Paul Ricœur* und dem Neurowissenschaftler *Pierre Changeux*, beide Koryphäen ihres Faches, gezeigt hat (*Ricœur, Changeux* 1998). Wenn man die zitierten Ausführungen des Neurobiologen *Gerald Hüther* etwas genauer betrachtet, dann sieht man den Menschen als sich selbst erlebendes, selbstbewusstes Subjekt, das in *lebenslanger* Entwicklung und Sozialisation die „Außenwelt“ – und wir ergänzen jetzt: die „Innenwelt“ *erfährt*, d. h. sein Selbst, seine Identität als Dimensionen einer komplexen Persönlichkeit. Er bildet sein Selbst aus auf der Basis komplexer, neurobiologisch gegründeter Prozesse kognitiven, emotionalen, volitionalen und sensomotorischen Lernens – auch hier differenzieren wir stärker als *Hüther* in seinem an eine breite Leserschaft adressierten Text – im Kontakt mit dem relevanten Umfeld. Mit einem solchen Konzept von **Selbsterfahrung** ist man weit entfernt von den einfachen Selbsterfahrungsideologien, die in den sechziger und siebziger Jahren die humanistisch-psychologischen Encountergruppen und tiefenpsychologischen Selbsterfahrungsgruppen beherrschten, Bewegungen deren Ausläufer bis heute spürbar sind oder in der Praxis noch weitergeführt werden. Auch in solchen Gruppenangeboten der Selbsterfahrung sind indes die komplexen Lernmechanismen am Werke, die die Lern- und Entwicklungsprozesse von Hominiden als Gruppenwesen über die Evolution hin bestimmt haben (*Buss* 1999; *Mysterud* 2003; *Petzold, Orth* 2004b). Heute kann man die in diesen Prozessen zur Wirkung kommenden Prozesse genauer bestimmen – bis in ihre neurobiologischen Grundlagen.

Da Therapieprozesse, Supervisions- und Ausbildungsprozesse von Psychotherapeuten große Schnittmengen auf der Ebene erlebnistheoretisch zu fassender Aneignung von empathisch-intuitiven Kompetenzen und Performanzen als „Entwicklungsprozessen“ haben, werden diese Ausführungen in weiten Bereichen als die Darstellung einer „therapie- und ausbildungs-didaktischen“, aber auch als supervisionsrelevante Konzeption für veränderungsrelevante Prozesse von Menschen zu lesen sein. Weiterhin werden damit Bezüge zu den therapietheoretischen und den therapeutisch-praxeologischen Beiträgen dieser beiden Bände und der Texte des Ausbildungscurriculums und der Ausbildungsevaluation hergestellt. Schließlich wird das Modell der basalen Therapieheuristik der Integrativen Therapie die „**Vier Wege der Heilung und Förderung**“ im Kontext der Entwicklungen im Feld der modernen, forschungsorientierten Psychotherapie und der neuesten Einflüsse der Neurobiologie in diesem Feld nochmals diskutiert. So hoffen wir, mit diesem Text eine abschließende integrierende Sicht auf zentrale Anliegen des „Integrativen Ansatzes“ und seine Entwicklungen bieten zu können.

Die „Integrative Therapie“ hatte sich seit ihren Anfängen an der empirischen Entwicklungspsychologie (*Janet, Wallon, Piaget, Vygotskij, Lurija*), besonders in klinischer und longitudinaler Ausrichtung

orientiert, dem „life-span developmental approach“ (*Baltes, Lehr, Havighurst, Petzold, Rutter, Thoma*), und aus diesem Fundus wesentliche theoretische Anregungen für die Ausarbeitung ihrer Persönlichkeitstheorie sowie praktische Inspirationen für ihre klinische Praxis und Behandlungsmethodik in der Arbeit mit Patienten und Patientinnen gewonnen. Die Kennzeichnung als „*entwicklungsorientierte*“ oder „*entwicklungspsychologisch fundierte*“ **Psychotherapie** bzw. **Humantherapie** ist deshalb grundsätzlich mit ihrem Ansatz verbunden (*Petzold 1982f, 1994j, 1999b, 2001a, 2005a*). Sie ist eine „*life-span developmental therapy*“, deren Konzeptualisierungen von der Kindheit bis zum hohen Senium greifen und deren Praxeologie Beiträge zur Arbeit in der gesamten Lebensspanne von der Therapie mit Kleinkindern bis zur Behandlung alter Menschen geleistet hat.

Der „Integrative Ansatz“ in Therapie, Supervision und Agogik hatte überdies immer wissenschaftsgeschichtliche Interessen (unsere Leitfiguren waren da die Wissenschaftshistoriker, mit denen wir in unseren Pariser Studientagen in Kontakt gekommen waren: *Maurice Merleau-Ponty, Georges Canguilhem, Paul Ricœur, Michel Foucault*). Sie zeigten uns, dass wissenschaftliche Strömungen, so auch die Psychotherapie, vielfältige Geschichte haben, und diese eine Geschichte von Entwicklungen, von Wirkungen, Nachwirkungen, Fortwirkungen ist. Wir haben die Entwicklung der Integrativen Therapie im Kontext der Entwicklungsgeschichte der Psychotherapie deshalb stets geschichtsbewusst verfolgt und versuchen, angehende PsychotherapeutInnen für die Geschichte ihrer Disziplin zu sensibilisieren, denn sie ist durchaus auch von Mythen und verdeckten Traditionen bestimmt (*Dauk 1989; Petzold, Orth 1999*), birgt aber auch Schätze und hat ein hohes Potential an Entwicklungen, die es zu beachten gilt, an deren „Puls“ man bleiben muß, zu denen man beitragen kann – und wir haben zu diesen Entwicklungen beigetragen. Ein Beitrag war der *differentielle Vergleich* der Leitkonzepte der großen therapeutischen Richtungen/Verfahren „Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapie“ (Psychodrama, Gestalt-, Leibtherapie) als „Wege zum Menschen“ – so das große therapiegeschichtliche Dokumentationsprojekt von *Petzold* und *Pongratz* (*Petzold 1984a*) – mit dem systemtheoretischen Instrumentarium des frühen *Luhmann* (1968, 1992; *Petzold, 1974j, 295ff, Jüster, Petzold 2004*) und mit den hermeneutischen Folien *Ricœurs* (1965, 1998), dessen Arbeiten für die „Human Sciences“ so wesentlich sind. So wurde mit der von *Petzold* so genannten *Analyse „konvergenter und divergenter Konzepte“* der erste theoretische Integrationsversuch einer richtungsübergreifenden Psychotherapie, eine **integrative Therapietheorie** ausgearbeitet. Hinzu kam die Auswertung der dazugehörigen Praxen auf „konvergente und divergente Methodiken“ und ihre Kombination in konkreter therapeutischer Arbeit, mit der wir die **erste methodenintegrative** und zugleich **methodenübergreifende Praxeologie** in der Psychotherapie vorgelegt haben (vgl. das erste schulenübergreifende Werk zur Methodenintegration *Petzold 1982*). Beides konstituiert die „**Integrative Therapie**“ als „work in progress“. Eng damit verbunden war die Ausarbeitung einer Theorie, Praxeologie und Praxis „Integrativer Supervision“ (*Petzold 1998a*), da Supervision, besonders wenn sie im psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bereich erfolgt, natürlich auf die gleichen Paradigmata zurückgreifen muß, wie den Ansatz, den sie supervidiert..

Es lag deshalb nahe, dieses **entwicklungsorientierte Paradigma** nicht nur in der therapeutischen Entwicklungsförderung mit PatientInnen, sondern auch in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen und in der Supervision umzusetzen, auf der Ebene ihrer Persönlichkeit und der ihrer Professionalität. Und das ist in der Tat seit den ersten Ausbildungsgruppen, die wir 1972 durchzuführen begannen, geschehen. Insofern ist die Bezeichnung „**Entwicklungstherapie**“ (*Petzold, Sieper 1972b*) stimmig. Der Begriff ist aber noch in einem umfassenderen Sinne gültig: das Integrative Verfahren ist relativ jung, seine Anfänge reichen in das Paris der mittsechziger Jahre, in diese fruchtbare Zeit neuer Entwicklungen und des Aufbruchs. Seit dem ist es ein „**Verfahren in Entwicklung**“, das – wie gesagt – dieses Entwicklungsmoment ganz bewusst vollzieht, sich als „heraklitischer Ansatz“ definiert (*Petzold, Sieper 1988b*), in immer fortschreitender Entwicklung die Idee des **WEGES** zentral stellt (*Petzold, Orth 2004b*) und diesen Gedanken programmatisch ihren PatientInnen und ihren AusbildungskandidatInnen mit „auf den WEG“ gibt: „**Sich selbst zum Projekt machen, sein Leben gestalten, gemeinsam, füreinander**“ (*Petzold 1988t*), denn „das Leben des Menschen, könnte es nicht ein Kunstwerk sein?“ (*Foucault 1984*). Dass das keineswegs auf einen privatistischen Hedonismus hinausläuft, zeigt die Formel „gemeinsam, füreinander“, die dem gesellschaftskritischen, sozioanalytischen Impetus von *Bourdieu* (1973, 1980, 1997, 1998; *Leitner, Petzold 2004*), von *Foucault* (1996), *Derrida* (2000) und vieler anderer Referenzdenker des Integrativen Ansatzes verpflichtet ist und zur Entwicklung des „4. Weges der Heilung und Förderung“ führte (siehe 7.3, *Brühlmann-Jecklin 1996; Petzold 1994c*).

Da wir angehende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Entwicklung unterstützen wollten, haben wir uns Fragen der Ausbildung von Therapeutinnen und Therapeuten, was theoretische Konzeptbildung, methodisch-didaktische Praxeologie und Ausbildungsforschung anbelangt, in besonderer Weise gewidmet. Die Integrative Therapie darf mit Fug und Recht als das Therapieverfahren betrachtet werden, das international in diesem Bereich – von der Ausbildung von PsychotherapeutInnen bis zur Ausbildung von SozialtherapeutInnen und von SupervisorInnen – die umfassendsten Arbeiten und Evaluationen durchgeführt hat (z.B. **Psychotherapie**: Petzold, Hass et al. 1995, Petzold, Steffan 1999a, b; Orth, Petzold, Zunker 2005; **Sozialtherapie**: Petzold, Rainalds et al. 2005; **Supervision**: Petzold, Schigl 1996, Schigl, Petzold 1997; Oeltze, Ebert, Petzold 2003). Dabei konnte durchweg eine gute und sehr gute Qualität der Ausbildung bestätigt werden, und auch in einer ersten *methodenvergleichenden Untersuchung* von Ausbildungen unterschiedlicher Therapierichtungen stand der „Integrative Ansatz“ mit seinem Ausbildungskonzept und in der evaluierten Ausbildungspraxis an hervorragender Stelle (Leitner, Märtens, Petzold, Telsemeyer 2004). Dieser **entwicklungsorientierte Ansatz** soll im Folgenden von uns – wieder einmal (Petzold, Sieper 1972a, 1977, Petzold, Orth, Sieper 1995) - für die theoretisch-methodische Fundierung der psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und leibtherapeutischen Ausbildungen im Integrativen Ansatz und seiner Curricula dargestellt werden. Das wird – so hoffen wir – in einer Weise geschehen, dass inhaltliche und konzeptuelle Entwicklungen unserer differenzierenden und integrierenden „**Entwicklungstherapie**“ sichtbar werden und auch die supervisorische und agogische Arbeit im zentralen Anliegen als „**entwicklungsfördernde Agogik und Supervision**“ gesehen werden kann – alles also unter der Leitidee der „**Entwicklung über die Lebensspanne**“ steht. Sie zeigt uns immer wieder, über all diese vielen Jahre, die *WEGE* unserer eigenen Entwicklungen und öffnet uns Horizonte, zeigt neue *WEGE*, die weiterzugehen sich lohnen wird ... *semper in via sumus*.

1. Die „philosophy“ der integrativen Weiterbildung: erkenntniskritische, kokreative Entwicklungsarbeit und multidisziplinäre Diskurse

Jeder Ausbildung liegt eine explizite oder (zumeist) implizite „*philosophy*“ zugrunde –, eine fundierende Hintergrundkonzeption, ein konzeptueller Rahmen. Das besagt dieser amerikanische Term. Er ist weniger anspruchsvoll als der deutsche Term „Philosophie“ und wird deshalb hier verwendet, denn beim derzeitigen Stand psychotherapeutischer, supervisorischer und sozialtherapeutischer Aus- und Weiterbildungstheorie, -forschung und -methodik kann man nur mit Bescheidenheit „work in progress“ vorstellen, und das schreiben wir, obwohl wir seit mehr als dreißig Jahren im Bereich der Ausbildung von TherapeutInnen und SupervisorInnen lehrend und klinisch-praktisch, theoriebildend und forschend, qualitätssichernd und Qualität entwickelnd tätig sind (Petzold, Sieper 1970, 1993, Petzold, Orth, Sieper 1995)*. Jedes Verfahren muß seine Positionen und die von ihm vertretene „*philosophy*“ verdeutlichen, explizit machen, um auf sie einen erkenntniskritischen Blick werfen zu können. Eine unserer Leitpositionen lautet:

Dem **Integrativen Ansatz** geht es um „*Innovation durch permanente Differenzierung, Integration und Kreation*“, um „*Fortschritt durch koreflexive, kokreative Entwicklungsarbeit*“ auf dem Boden „*multidisziplinärer, metareflektierender Diskurse*“ als Bewegungen der *Transversalität*, die im Dienste der Menschen und der gemeinsamen Lebenswelt stehen: Das ist die „*philosophy*“ der *WEGE* einer **Integrativen „Humantherapie“** (Leibtherapie, Psycho- und Soziotherapie), **Integrativen Agogik, Supervision und Kulturarbeit** (Petzold 1988t).

Diese Formulierungen unterstreichen ein sorgfältig differenzierendes, integrierendes und reflektierendes Vorgehen, „erkenntniskritische Metareflexionen“ als Grundlage kreativer Entwicklungsarbeit ohne überhitzten Innovationsdruck und betonen das ko-responzierende, kooperative Moment aus der Überzeugung, dass *weiterführende Entwicklungen*, Bestehendes überschreitende, *transversale Qualitäten* im Dienste des „guten Lebens“ von Menschen und einer nachhaltig geschützten Lebenswelt immer nur durch gemeinschaftliche Bemühungen, durch gelingende schöpferische Zusammenarbeit möglich wird.

* Redakt. Anmerkung: Die beiden Autorinnen und der Autor wurden für ihre Verdienste um die Psychotherapie und die Psychotherapieausbildung mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

»Moderne Psychotherapie [und Sozialtherapie] ist Therapie in einer *transversalen*, sich beständig überschreitenden Moderne, die um die Notwendigkeit „permanenter Modernisierungsprozesse“ weiss, darum, dass multidisziplinäres und multidiskursives Wissen über den Menschen aus den verschiedenen „Wissenssystemen“ (Pezold, Orth 2004b), Erkenntnisse über seine biologischen, psychischen und sozialen Realitäten, beständigen Entwicklungs- und Veränderungsprozessen unterliegen. *Heraklit* lehrte uns das schon. Therapeuten und Therapeutinnen müssen deshalb „am Puls“ der Forschung und der klinischen Innovationen sein, sie aufnehmen und zu ihnen beitragen, - nicht um jede modische Strömung aufzugreifen, sondern um ihrer PatientInnen Willen und um ihrer eigenen Integrität Willen, ihrem Bemühen seriös und mit bester Wirksamkeit zu helfen. Es geht darum, Erprobtes zu prüfen, Gewißheiten in Frage zu stellen und die Kraft aufzubringen, das zu revidieren, was revidiert werden muß, seien wir noch so von seiner Richtigkeit überzeugt gewesen. Das verlangt eine prinzipielle Offenheit für neue Perspektiven und Entwicklungen. Ein Blick in die Geschichte der Psychotherapie zeigt: es gab viele Irrtümer und so manche kurzlebige Mode und einiges, was wissenschaftlich fundierten Bestand hat. Das kann man mit Freude behalten, weil es als gut bestätigt werden konnte. Morgen indes muß es vielleicht schon verändert werden. *Integrative Therapie* vertritt aus dieser Erkenntnis deshalb als wohlbegründete, theoretische Position eine systematische, „prinzipielle Unfertigkeit“, wie jede Wissenschaft, wie das Leben eben. Sie ist ein Ansatz in *permanenter Entwicklung*. „*Hesterni quippi sumus. Wir sind Gestrige*“ (*Hiob* 8, 9), weil jedes Morgen Neues bringt, das wir mit dem Gestrigen vergleichen, und das uns dann vor neue Aufgaben stellt - wieder und wieder. Das ist mit Aufwand und einigen Mühen verbunden, aber auch mit Faszination, mit neugieriger Entdeckerfreude. „Alles fließt, nichts bleibt, noch ist es je dasselbe“ sagen die Flussfragmente des *Herakleitos*. Menschen müssen das lernen, Patienten müssen das lernen, Therapeuten müssen das lernen ... und sie tun sich oft damit nicht leicht« (Petzold 1988t).

Für die Aufgabe beständigen Wandels auszurüsten, das ist die „philosophy“ Integrativer Ausbildung, der Ausbildung im integrativen Ansatz, der immer wieder „neu anzusetzen“ nicht müde wird. Dabei wird es notwendig, einige wissenschaftstheoretische Positionen, die als solche hinter diesem Ansatz in der „**kokreativen Entwicklungsarbeit**“ fortlaufender Lernerfahrungen stehen, vorab auszuweisen und das Verfahren selbst im Kontext dieser Aufgabe zu umreißen (denn die Definition eines komplexen Ansatzes ist immer auch von dem jeweiligen Kontext mitbestimmt).

INTEGRATIVE THERAPIE ist als solche eine in multidisziplinären *Diskursen* gründende, „**komplexe Lernerfahrung**“: mit ihrer reichen Praxeologie an Methoden, Techniken, Medien, mit der Breite ihrer *erlebbaren* Ideen und Konzepte, vor allen Dingen aber durch die *erfahrbare* intersubjektive, mitmenschliche Präsenz derer, die sie praktizieren und vertreten – Therapeuten und Therapeutinnen, die sich als Personen vermitteln, wenn sie dieses Verfahren in fundierter Professionalität und als engagierte Hilfeleistung glaubwürdig praktizieren.

Der *integrative und differentielle Ansatz* verbindet in einer komplexen anthropologischen Position naturwissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. aus Biologie, Neurowissenschaften, empirischer Psychologie) und humanwissenschaftliche Einsichten über den Menschen (z. B. aus Philosophie, Sozial- und Geschichtswissenschaft, verstehender Psychologie), um das Menschenwesen in hinreichender Weise zu verstehen, denn Integrative Therapie will Menschen als „Ganze“ erreichen und ihre *Regulations-* und *Entwicklungspotentiale* auf den unterschiedlichen Ebenen der „personalen und interpersonalen Systeme“ fördern und beeinflussen: durch die kooperativen Bemühungen zwischen Therapeutin und Patientin, in denen *beide* Lernende sind. Dazu muss das *Verfahren* mit all seinen Wissensständen letztlich über intersubjektives Geschehen, über „**Selbst-erfahrung in der Erfahrung mit Anderen**“ wirksam werden. Die „therapeutische Beziehung“ (1), das konstruktiv kooperierende „Soziale Netz“(2), die „hinlängliche konsolidierte Lebenslage (3) und die „komplexe Selbsterfahrung“ (4) sind deshalb als die vier **Metafaktoren** in Integrations-, Heilungs- und Entwicklungsprozessen zu sehen, in denen allen ein **Megafaktor** ubiquitär zum Tragen kommt: stimmige mutuell-empathische Beziehungen (evolutionsbiologisch durch eine empathische Grundfunktion und eine Affiliationstendenz disponiert).

Die umfassende Eingriffsbreite und -tiefe solcher „Selbsterfahrung in Bezogenheit“, in der jeder Beteiligte zum Einflußfaktor für den Anderen wird und dabei verändernd bis in die neurobiologischen Feinstrukturen wirken kann, aber auch verändernd auf die Muster komplexen Denkens, Fühlens und Wollens einwirkt, gilt es immer besser und gezielter zu nutzen. Das heißt aber auch, dass Helfer sich in ihrer Qualität als „personale Medien“, als Mittel der Behandlung kennen, verstehen und sich in dieser Weise einzusetzen und zu nutzen vermögen.

Das geschieht, indem sie Wertschätzung vermitteln, Verständnis zeigen, Einsicht fördern, Schutz geben, Trost spenden, lebenspraktische Hilfen erschließen, Hoffnung wecken und als Partner der Reflexion, Problemlösung und der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven zur Verfügung stehen. Einen besseren WEG zum Gewinn von Gesundheit und Lebensqualität als den eines heilsamen „Sich-Selbst-Erfahrens“ und „Sich-Selbst-Entwickelns“ in annehmenden „zwischenmenschlichen Beziehungen“, in salutoenen Affiliationen, gibt es nicht. Konstruktive, Sicherheit und Freiraum gebende Therapeuten und Therapeutinnen, die „**Selbstwert**“ und „**persönliche Souveränität**“, „**Intersubjektivität**“ und „**Konvivialität**“ fördern, sind als heilsam erlebte und „internalisierte“ Menschen *salutogen*. Deshalb kann Therapie nicht ohne Selbsterfahrung als positives, wechselseitiges „Sich-Erfahren in Bezogenheit“ gelingen, denn dort liegen ihre heilenden und entwicklungsfördernden Qualitäten – das ist die Position der **INTEGRATIVEN THERAPIE**.

Wenn man ein solches Konzept mit den in ihm implizierten Positionen vertritt ist man beständig darauf verwiesen, *Schnittstellen*, „links“ zu suchen, um differente *Diskurse* und *Sinnsysteme* – wie etwa das naturwissenschaftlich-szientistische und das geisteswissenschaftlich-epistemische (Petzold, Orth 2004a) in ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen einander anzunähern. Gelingt das aus einer Haltung der Wertschätzung und des Wissenshungers/der Neugier auf dem Boden einer dissensfreundlichen *Diskurskultur*, kann es gelingen, viele der letztlich dysfunktionalen und unfruchtbaren, oft zu „Krisen“ aufgebauchten Kontroversen aufzulösen: zwischen dem empirischen Paradigma und dem verstehenden Ansatz, der „erklärenden, physiologischen und der beschreibenden, phänomenologischen Schule“ (Lurija 1993, 178) in den *Humanwissenschaften* – etwa in Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie – und den *humantherapeutisch* arbeitenden Praxeologien – etwa der ärztlichen Heilkunst als Humanmedizin, der Psychotherapie, Sozialtherapie, die wir ja in unserer integrativen Sicht als „Humantherapie“ verstehen. „Einer der wichtigsten Faktoren, der mich zu Wygotskij gezogen hatte, war sein Beharren auf der Notwendigkeit, diese Krise zu beenden“, schrieb Alexander Romanowitsch Lurija (ibid. 178). Wir brauchen in integrativen Ansätzen der Arbeit mit Menschen, mit uns selbst, mit den Anderen beide Wissensquellen. Deshalb waren wir auch stets diesem Anliegen verpflichtet, die „klassische, zerlegender, reduktionistischer Empirie verpflichtete Wissenschaft“, mit der „romantischen, künstlerischen, ganzheitlich schauenden Wissenschaft“ zu verbinden, wie es Lurija in seiner genialen kleinen Schrift „Romantische Wissenschaft“ (ibid. 177) als Programm formuliert hat. Das geschieht etwa, wenn wir in *theoriepluralen* Argumentationen, *multidisziplinäre* und *interdisziplinäre* „Näherungen“ von „Sinnsystemen“ herzustellen suchen, um immer wieder auch *transdisziplinäre* Erkenntnisse (Petzold 1998a, 27f) zu gewinnen. In unserem Kontext hier geht es etwa um die *Konnectivierung* folgender Diskurse:

- Diskurs 1** - der neuen Wissensstände der Neuro- und Biowissenschaften (Gabbard 2000) und
- Diskurs 2** - der aus klinischer Erfahrung gewonnenen Wissensstände der therapeutischen Praxis sowie
- Diskurs 3** - der aus der systematischen philosophischen Reflexion des menschlichen Lebens gewonnenen Erkenntnisse oder auch
- Diskurs 4** - der Einsichten aus kulturschaffender, künstlerisch-ästhetischer Auseinandersetzung mit den menschlichen und gesellschaftlichen Lebensverhältnissen (Petzold, Orth 2004b).

Solche *Konnectivierungen*, das Suchen oder Herstellen von Berührungspunkten „an den Grenzen“ von Wissensarealen sind keine „Aneignungen“ oder „Synthesen“ etwa im Sinne einer „starken Integration“ (idem 2002b), sondern vorsichtige „Näherungen“ – und mehr ist aus prinzipiellen Erwägungen nicht möglich und auch nicht wünschenswert, will man *Diskurskontaminationen* und *Kategorienfehler* vermeiden (Freeman 1996; Petzold 1998a, 106ff). In der Annäherung von solchen Arealen der Verschiedenheit, Foucault (1998) spricht von „Heterotopien“, kann es dann geschehen, dass an ihren Grenzen „Blitze des Werdens“ aufflammen (vgl. ibid 25).

Komplexe Wirklichkeiten brauchen solche „multidiskursiven Annäherungen“, damit diese Realitäten nicht durch dysfunktionalen *Reduktionismus* (Lurija 1993; Vygotskij 1985) in ihrer Komplexität verkannt werden – wir haben diesen Ansatz für komplexe Realitäten z. B. Bewusstsein (Petzold 1991a/2003a, 181-298), Wille (Petzold, Sieper 2003), Gesundheit/Krankheit (Petzold, Schuch 1992) und natürlich in der Anthropologie (Petzold 2003e) und im Konzept des „informierten Leibes“ (Petzold 2002j/2003a, 1051-1092) umzusetzen gesucht.

Dabei haben wichtige Referenztheoretiker der Integrativen Therapie für die Methodologie der Konzeptbildung in „theoriepluralen Diskursen“ unverzichtbare Vorarbeiten geleistet: Janet, Lurija, Vygotsky, Merleau-Ponty

(die letztgenannten, studierten *Janet*, den auch *Piaget*, „seinen Lehrer“ nannte) waren eine Verbindung geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Ansätze ein Anliegen, und *Ricœur* vertrat in seiner späteren Schaffensperiode die Notwendigkeit des Dialoges zwischen Philosophie und Naturwissenschaften. Für die Fundierung integrativer *WEGE* der Psycho-, Sozial-, Leibtherapie braucht man Formen empirisch **und** philosophisch substantiell fundierter, pluraler „**Humanwissenschaft**“ (*Petzold, Sieper* 2001d, e; *Petzold* 2001o). Nur dann kann man sich dem Ideal einer multitheoretisch fundierten „**Humantherapie**“ (*Petzold* 1988n, 175, 2003e) annähern, wie wir es anstreben und mit der **Idee einer pluralen, ko-respondierenden (psycho)therapeutischen Kultur** verbinden, in der jeder von jedem lernen kann und die „kokreative Entwicklungsarbeit“ zwischen den therapeutischen Richtungen möglich würde. Diese Vision und Grundpositionen haben wir seit Ende der sechziger Jahre vertreten, denn wir meinen:

„*Psychotherapie muß sich als eine Disziplin verstehen, die allerdings durch ‘fundierte Pluralität’ gekennzeichnet ist, eine Profession, die heilende Arbeit mit von Störungen betroffenen Menschen in einer Pluralität von theoretischen Positionen und praxeologischen Ansätzen möglich macht bei Gewährleistung einheitlicher professioneller Rahmenbedingungen und hoher berufsethischer Standards. Dabei muß sie für alle ihre – durchaus paradigmatisch unterschiedlich fundierten – Orientierungen deren Wissenschaftlichkeit und empirisch abgesicherte Qualität nachweisen durch Dokumentation ihrer Wirksamkeit, Unbedenklichkeit (was Risiken und Nebenwirkungen anbelangt) und auch Wirtschaftlichkeit. Dieser nomothetische Nachweis ist die Basis und Legitimation für die engagierte heilende und fördernde, idiographische Arbeit der TherapeutInnen, die ihre unterschiedlichen Verfahren mit einer Vielfalt einzigartiger Menschen praktizieren*“ (vgl. *Petzold, Sieper* 2001e; *Märtens, Petzold* 2002).

In einem solchen Verständnis von Psychotherapie sind beide Orientierungen vorhanden: die *naturwissenschaftliche* Position, die nomothetisch fundierte Qualität absichern will, indem sie objektiv Sachverhalte zu untersuchen und zu erklären sucht – z. B. den *Körper als Objekt*, als biologischen Organismus mit seinen Funktionen, dessen Funktionsfähigkeit wieder hergestellt werden muss –, und die *geisteswissenschaftlich-philosophische* Position, die normatives Handeln auf anthropologischem und ethiktheoretisch zu bestimmendem Boden abzusichern bemüht ist – und dabei den Körper als erlebendes *Leib-Subjekt* begreift. Diese konzeptuellen Grundlagen gelten natürlich uneingeschränkt auch für die Supervision.

Diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen wurden von uns hier absichtsvoll mit dem Beispiel der verschiedenartigen Sicht auf den **Körper als Objekt** und den **Leib als Subjekt** verbunden, weil dieses Beispiel instruktiv das Problem der Konnektivierung von *Diskursen* und der Suche nach *Verbindungs- und Schnittstellen* (*jointures, charnières, Merleau-Ponty*) zu illustrieren vermag.

„Tatsächlich ist der Weg zwischen eigenem Körper [Leib sc.] und Körper-Objekt weit. Man muß den Umweg über die Idee einer gemeinsamen Natur nehmen und dazu durch die Idee einer Intersubjektivität hindurchgehen, die ein gemeinsames Wissen stiftet, und bis zur Zuschreibung vergleichbarer und übereinstimmender mentaler Zustände innerhalb einer Vielheit inkarnierter Subjekte zurücksteigen. Letztlich ist allein diese Pluralität als eines der Gehirne, ein weiteres unter all den anderen, befugt, 'mein Gehirn' zu sagen. Und daraufhin kann ich sagen, dass der Andere wie ich ein Gehirn hat. Am Ende dieser langen Kreisbahn steht 'das' Gehirn als Objekt der Neurowissenschaften [...] Das Problem ist schwierig, insofern man auf den ersten Blick keinen Übergang von der einen Diskursordnung zur anderen erkennen kann: Entweder ich spreche von den Neuronen usw. und halte mich dann an eine bestimmte Sprache, oder ich spreche von von Gedanken, Handlungen und Gefühlen und verbinde sie mit meinem Körper, zu dem ich in einem Besitz- oder Zugehörigkeitsverhältnis stehe“ (*Ricœur* 2004, 642f).

Jeder dieser *Diskurse*, jede *Diskursebene* hat eine bestimmbare Bedeutung für ein *Verstehen des Lebens*, das *Begreifen unserer selbst*, und verdient deshalb Respekt und Geltung. Ein *Diskurs* kann deshalb nicht im anderen aufgelöst oder in einem Hegemonialverhältnis subordiniert werden. Das gilt es zu begreifen und das ist für eine „Integrative Humantherapie“ unverzichtbar. Der *Diskurs* zwischen dem phänomenologischen Hermeneutiker *Paul Ricœur* und dem Neurowissenschaftler *Pierre Changeux* (*Ricœur, Changeux* 1998) ist dafür exemplarisch.

„Bewusstsein, Gedächtnis, Intention, Wille, Kreativität – das Wesen des *polyadisch*, auf vielfältige Kontakte ausgerichteten „schöpferischen Menschen“, die *multisensorische* und *multiexpressive*, *schöpferische* Natur des 'homo interactor' (*Orth, Petzold* 1993c; *Petzold et al.* 1994, 491ff) – sind Themen, die den *heterotopen*, d.h. den von vielen Standorten aus argumentierenden *Diskurs* pluraler Wissenschaften brauchen. Denn nur mit dieser Vielfalt haben wir die Chance, uns in *Näherungen* als Vielfältige zu verstehen. Das ist die Position einer naturwissenschaftliche und geisteswis-

„Die auf das Gedächtnis abzielenden Neurowissenschaften können Handlungsanweisungen für die Lebensführung erstmals auf der Stufe reflektierten Wissens geben, aus dem eine Hermeneutik des Lebens besteht. Über die direkte Nützlichkeit hinaus besteht eine Neugier für die Dinge der Natur, deren wunderbarste Hervorbringung zweifellos das Gehirn ist. Nun ist aber diese Neugier – alles in allem dieselbe wie die, welche die Epistemologie der Geschichte antreibt – eine der Veranlagungen, die unser Verhältnis zur Welt in Bewegung hält“ (Ricœur 2004, 647) – und zu uns selbst, so möchten wir hinzufügen.

Therapie- und Supervisionsausbildungen vermitteln tradiertes Wissen – explizites und in hohem Maße verdecktes, unsichtbare **Diskurse** (Foucault), ideologische Positionen, Mythen (Petzold, Orth 1999; Dauk 1989), die den Ausgebildeten und auch den Lehrenden in der Regel nicht bewusst oder bekannt sind (z. B. epistemologische bzw. wissenschaftstheoretische Positionen, ja sogar die eigenen Menschenbilder sind den Schülern oft nicht bekannt oder nur verschwommen präsent!). Es handelt sich dabei um in einer Vergangenheit erarbeitete Erkenntnisse, die sich zu *Traditionen*, „Schulen“ verfestigt haben – und *Traditionen* sind keineswegs immer zuverlässig, wie Johannes Fried (2004) neuerlich aufgrund der „neurowissenschaftlichen Gedächtnisforschung“ und einer „historischen Memorik“ mit faszinierenden Beispielen gezeigt hat.

Therapieausbildungen sollten deshalb auch darauf gerichtet sein, die impliziten „ideologischen“ Positionen des eigenen Ansatzes offenzulegen, sie sollten lehren, wie Altes zu überprüfen und Neues zu erschließen und wie beides zu bewerten ist, indem sie TherapeutInnen ermutigen, das auf sich selbst anzuwenden, was sie von ihren PatientInnen tagtäglich erwarten: Bestandsaufnahme, Problematisierung, Bewertung, Neuorientierung (Foucault 1996).

Therapieausbildung muß dafür ausrüsten, mit Offenheit und Wissbegier/Neugierde in den Strom der menschlichen Erfahrung und der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu treten, überkommene und neue Konzepte besonnen, selbstkritisch und ideologiekritisch zu prüfen, *Bescheidenheit* gegenüber den eigenen Geltungsansprüchen zu bewahren, um den Fallen der eigenen Heilssehnsüchte zu entgehen. Dann können die so ausgebildeten TherapeutInnen in „systematischen Suchbewegungen“ zusammen mit ihren Partnern und Partnerinnen, den **PatientInnen** (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), die besten „*WEGE der Heilung und Förderung*“ erschließen – und das sind „*WEGE der Entwicklung*“ (Petzold, Orth 2004b). Sie werden dabei – hoffentlich in Zukunft immer besser – unterstützt von den „communities“ der therapeutischen **FachkollegInnen** und der **ForscherInnen**.

Gegründet auf diese „dreifachen Expertenschaft“ der PatientInnen, TherapeutenkollegInnen, ForscherInnen, von denen jede ihr eigenes Gewicht und ihre eigene Bedeutsamkeit hat und „Respekt“ verdient (Sennett 2002), wird man in **multitheoretischen Diskursen** und **kokreativer Entwicklungsarbeit** einen guten Boden für eine moderne, menschengerechte Praxis von Psychotherapie, Soziotherapie, Persönlichkeitsbildung gewinnen können – wieder und wieder in „permanentem Vorschreiten“. Das ist unsere „philosophy“.

2. Der institutionelle Rahmen der integrativen Weiterbildung: curriculare „berufliche Sozialisation“

Berufliche Aus- und Weiterbildung ist ein Prozess *institutionalisierter Erwachsenensozialisation* (Hurrelmann, Ulich 1991). Nehmen wir als Beispiel die Weiterbildung „Sozialtherapie Sucht“. Sie wird von der **Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung** (EAG), Hückeswagen, seit dem 6. Dezember 1983 „*staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Bildung*“ und dem 1972 gegründeten **Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung**, gemeinnützige GmbH (FPI), Düsseldorf, im Rahmen der vom Regierungspräsidenten Düsseldorf für die EAG staatlich genehmigten Akademiesatzung angeboten und durchgeführt, stellt also eine institutionalisierte Professionalisierungsmaßnahme dar (Sieper 1985). An seiner derzeitigen Form (Petzold, Schay, Sieper 2005) haben neben den Autoren die Fachbereichsleiter des „Fachbereichs Suchttherapie“ Günther Thomas, Peter Schay, Frank Siegele und die LehrtherapeutInnen und DozentInnen sowie VertreterInnen der AusbildungskandidatInnen über die Jahre mitgearbeitet. Seine Entwicklung stand und steht in einem gesellschaftlichen Feld, dem der „Suchttherapie“, für die im Rahmen ihrer „Professionalisierung“ TherapeutInnen – SuchttherapeutInnen – ausgebildet werden müssen. Es fand und findet also eine „Feldentwicklung“ statt (zum Begriff vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001), in der der Vorläufer des heutigen Curriculums „Sozialtherapie Sucht“ als erstes Weiterbildungscurriculum in diesem Feld vom Seniorautor 1972 für den „Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe“ entwickelt wurde (Petzold 1972g und für ihn in der Ko-

operation mit dem „Fritz Perls Institut“, Düsseldorf, über lange Jahre als Curriculum „Soziotherapie“ (Petzold, Sieper 1972b) durchgeführt worden ist. Es konnte immer wieder evaluiert und verbessert werden. Mit dieser ersten dreijährigen, 1972 begonnenen Weiterbildung wurde der Begriff „Soziotherapie/Sozialtherapie“ und ihre systematische, ausbildungsfundierte Praxis in den deutschsprachigen Bereich eingeführt und dieses Tätigkeitsprofil begründet (Petzold, Petzold 1993; Petzold 1997c). Das derzeitige Curriculum wurde nach eingehender Prüfung 1994 vom „**Verband deutscher Rentenversicherungsträger**“ (VDR) anerkannt, der mit der Institutionalisierung dieses Anerkennungsverfahrens einen weiteren „Professionalisierungsschub“ in der Feldentwicklung in Gang gesetzt hatte. In diesem Curriculum schlagen sich also einerseits die Dynamik des Feldes der Drogen/Suchttherapie und andererseits mehr als 30 Jahre Erfahrung der Curriculumsentwicklung und der wissenschaftlich fundierten und kreativ orientierten Aus- und Weiterbildungspraxis in der beruflichen Bildungsarbeit mit Erwachsenen nieder (Petzold 1973c; Petzold, Sieper 1970; 1993a; Sieper, Orth, Schuch 2005).

In der Konzipierung der Weiterbildung wurde Fragen der Didaktik und der Qualitätssicherung besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Petzold, Orth, Sieper 1995a, b). Das hier zur Rede stehende Curriculum (Petzold, Schay, Sieper 2005) wurde inzwischen mehrfach im Rahmen der Gesamtevaluationen der Europäischen Akademie evaluiert (Petzold, Steffan, Zdunek 2000b; Orth, Petzold, Zunker 2005) und in einem spezifischen Evaluationsprojekt differenziert ausgewertet und bewertet (Petzold, Rainalds Leitner, Sieper 2005) - jedes Mal mit guten und sehr guten Ergebnissen.

Die Mehrzahl der psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Ausbildungen haben mehr oder weniger knapp ausformulierte „Ausbildungsrichtlinien“, die die inhaltliche Orientierung, was Theorie und Methodik anbelangt, nur wenig detailliert darstellen, also eigentlich nicht als ein „Curriculum“ anzusehen sind. Das macht einerseits Curriculumsevaluationen schwierig, andererseits bleibt die konzeptuelle Orientierung wenig prägnant. Eine Ausbildungsinstitution steht aber in der Verpflichtung, es nicht nur bei „Richtlinien“ zu belassen, sondern mit den Inhalten und ihren Referenzen in Theorienbildung und Forschung prägnant zu sein. Betrachten wir das angesprochene Curriculum „Suchttherapie“, so hat es eine Feinstruktur. Sie kann in Form von „Stoffrahmenplänen“, detailliert bis in die Stundenaufteilung des Stoffes das inhaltliche und methodisch-didaktische Angebot spezifizieren (auch zu dem hier besprochenen Curriculum gibt es Stoffrahmenpläne). Curriculare Ausformulierungen wollen *Metaziele* und *Ziele*, *Inhalte* und *Methoden*, *Techniken*, *Medien* eines Aus- und Weiterbildungsangebotes verdeutlichen, wie es institutionell umgesetzt wird. Es zeigt damit seine bildungstheoretische Ausrichtung (zur integrativen Position, vgl. Bubolz 1983; Holzapfel 2002, 2005), seine „philosophy“. In dem integrativen „Curriculum Sozialtherapie Sucht“ sind z. B. individuelle Freiräume und Wahlmöglichkeiten wesentlich und eingeräumt (z. B. in Wahlfächern, in der Zeitstrukturierung, bei Lehranalyse und Supervision in der DozentInnenwahl). In der Gestaltung der Seminareinheiten sind Teilnehmerbedürfnisse und Interessen ein wichtiges Moment. Hier finden sich Parallelen zu den „**offenen therapeutischen Curricula**“ (Petzold 1988n, 210f; 2003a, 828f) in der PatientInnenarbeit der Integrativen Therapie, die verstanden werden als „gemeinsam erarbeitete **Heuristik**, ein 'kooperatives didaktisches Planungskonzept' ..., das dem Patienten den größtmöglichen Entscheidungsspielraum zur 'didaktischen Selbstwahl' ... läßt, eben dadurch, dass man [Therapeut und Patient] über **Ziele**, **Inhalte** und **Methoden** in diskursive Auseinandersetzung tritt“ (ibid. 1988n, 210). Ausbildungsdidaktik und „Therapiedidaktik“ haben damit zahlreiche strukturelle Homologien und Ähnlichkeiten. „Hier trifft sich das emanzipatorische Moment der Therapie mit dem emanzipatorischen Konzept moderner, teilnehmerorientierter **Erwachsenenbildung** – und Therapie ist ein Bildungsprozess“ (ibid.), ist Menschenbildung, „Anthropoplastik“ (Bubolz 1983), Ausbildung eines gesunden, gesundheitsbewußten Lebensstils sowie „Umbildung“ dysfunktionaler **Lebensstile**ⁱ. Ein großer Teil von Therapie bedeutet **Lebensstilveränderung**. Ohne diese ist kein Erfolg möglich. Im Bereich der Sucht ist das absolut evident: süchtige „**lifestyles**“ⁱⁱ zu verändern, ist Kernziel der Arbeit.

Auch in der und durch die Ausbildung werden viele KandidatInnen motiviert, „Lebensstilveränderungen“ vorzunehmen. Sie gewinnen z. B. an „Achtsamkeit“ für ihre Leiblichkeit, beginnen mit dem Aufbau eines „bewegungsaktiven Lebensstils“ (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay et al. 2005), fangen an, ihre sozialen Netzwerke bewußt zu pflegen oder Zeit für „ästhetische Erfahrungen“ (Petzold 1999q; Petzold, Orth 1990a) in ihr Leben einzuplanen usw. Die **Ziele** therapeutischer und agogischer, im Rahmen der Ausbildung als „berufliche Sozialisation“ (Hurrelmann, Ulich 1992) stattfindender (Selbst)erfahrung haben viele Gemeinsamkeiten (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998).

Aus- und Weiterbildungen sind Maßnahmen „beruflicher Sozialisation“, die als solche Menschen beeinflussen und formen. In ganz besonderer Weise gilt das für therapeutische Ausbildungen, in denen zu einem nicht unbedeutenden Teil – nämlich durch **Selbsterfahrung**, **Selbstmodifikation**, **Eigen- und Lehrtherapie**, **Lehranalyse**, **Kontrollanalyse**, **Supervision** – in einer „**Theorie-Praxis-Verschränkung die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt**“ wird. Dafür muß der **institutionelle Rahmen** mit seiner, die Mitwirkung aller Beteiligten ermöglichenden Infrastruktur geeignet sein, die Fachlichkeit und Sicherheit bietet, und es muß ein breiter, permanent geschulter und weitergebildeter, genderpluraler Lehrkörper an DozentInnen und LehrtherapeutInnen Modelle bereitstellen, von denen die KandidatInnen lernen können.

Von solchen institutionellen Bedingungen kann man nicht unbedingt ausgehen.

Wenn Therapien wirken, und das tun sie (*Grawe, Donati, Bernauer* 1994) - durchaus auch mit „Risiken und Nebenwirkungen“, wie unser schulenübergreifendes Grundsatzwerk über „Therapieschäden“ (*Märtens, Petzold* 2002) gezeigt hat –, muß man auch von der Wirksamkeit therapeutischer Ausbildungen ausgehen, und diese Wirkungen sind belegt (*Laireiter* 2000; *Laireiter, Elke* 1994; für den Integrativen Ansatz *Petzold, Steffan* 1999a, b, *Petzold, Schigl* 1996) und zwar nicht nur positive – *denn alles was wirkt, kann auch Nebenwirkungen haben!* *Laireiter* (2002) kommt in einem Überblick über die Forschungsliteratur zu durchaus skeptischen und z.T. negativen Konklusionen für Selbsterfahrungsanteile von Therapieausbildungen, die ähnliche Qualitätsmängel (20-25%) aufweisen und belastende Erfahrungen (10-15%), ja Negativergebnisse (5-7%) vermitteln können wie Psychotherapien (*ibid.* 407). Er folgert, dass solche Erfahrungen von Minderqualität und Selbsterfahrungsstress (10-15%) auch Auswirkungen auf die eigene Arbeit als Therapeut/Therapeutin haben kann. Er fordert für die verantwortlichen Ausbilder, ja „für die ganze Profession“, dieses kaum beachtete Problem „ernst zu nehmen und effektive Maßnahmen zu seiner Kontrolle und Verhinderung zu ergreifen“ (*ibid.* 408). *Negative Sozialisationen* durch Therapie und Therapieausbildung können nur durch Erforschung ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen und durch Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie durch institutionelle Sicherungsstrukturen (Ethikreglement, Ethikkommission, vgl. für EAG/FPI die Regelungen und Dokumente in *Petzold, Sieper* 1993, 687-639; *Petzold* 1993!), weiterhin durch institutionsstrukturelle Mitwirkungsmöglichkeiten der AusbildungskandidatInnen in allen wichtigen Gremien (aufgrund von „Parentifizierungstendenzen“ in Psychotherapie bei psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Ausbildungsinstituten, auch bei Richtlinienverfahren, keineswegs selbstverständlich, bei EAG/FPI durch die Mustersatzung des Landes NRW für die Akademie vorgegeben, siehe die Akademiesatzung in *Petzold* 1998h, 538-549).

Dass der „Integrative Ansatz“ in der Ausbildung für Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision wirkt – und zwar positiv – wurde in umfangreichen Evaluationsprojekten, die die Forschungsabteilung der Akademie jeweils unter Beteiligung externer Evaluatoren durchgeführt hat (*Petzold, Hass* et al. 1995; *Petzold, Steffan, Zdunek* 2000b, *Orth, Petzold, Zunker* 2005), nachgewiesen – für die Supervisionsausbildung in ministeriellem Auftrag durch eine umfangreiche Studie im Kontrollgruppendesign, die auch persönlichkeitsrelevante Daten erhob und positive Veränderungen durch die dreijährige, integrative Selbsterfahrungsmethoden einbeziehende Ausbildung - auch im Unterschied zur nicht ausgebildeten Kontrollgruppe (*Schigl, Petzold* 1997) - fand. Für die Weiterbildung „Sozialtherapie Sucht“ und das ihr zu Grunde liegende Curriculum wurden und werden qualitätssichernde Evaluationen durchgeführt, die die Bonität der Ausbildung auf breiter Basis dokumentieren (*Petzold, Rainals, Sieper, Leitner* 2005).

3. Das „agogische Konzept“ der Weiterbildung: ko-respondierendes, lebenslanges Lernen

Jede Aus- und Weiterbildung sollte in einer expliziten *agogischen* Grundkonzeption fundiert sein, die eine *lebensalterspezifische* Sicht von Entwicklung (*life-span approach*) vertritt, denn es geht um „life long learning“, „lebenslanges Lernen“. „**Agogik im Lebensganzen**“ differenziert *Pädagogik*, *Andragogik*, *Geragogik* (*Petzold, Sieper* 1977, 33). Ihre Positionen seien wie folgt umrissen:

„**Integrative Agogik** sieht den Lebensverlauf als *Lebensganzes* [...]. Die Integration der Vergangenheit ermöglicht die bewußte und gestaltende Kreation der Gegenwart und Zukunft. Im Lebenszusammenhang seinen jeweiligen Standort zu finden, um von ihm aus sich auf seine Zukunft zu richten und sie 'in die Hand nehmen' zu können, das gehört zu den wichtigsten integrativen Leistungen des Menschen“ (*ibid.*). „In agogischen Prozessen geht es um Anpassung und/oder Veränderung“ [...], „creative adjustment“ (*Perls*) und „creative change“ (*Petzold*). „Kreative Veränderung von einzelnen, Gruppen und Sozietäten ist eine Überlebensforderung unserer Zeit [...]. Integrative Agogik muß daher auf die Förderung der kreativen Potentiale von Menschen gerichtet sein“ (*Petzold, Sieper* 1977, 32f). „Integrative Therapie und Agogik verschränkt Fähigkeiten und Fertigkeiten, Theorie und Praxis in Prozessen differentieller und integrativer Erfahrung. Sie will in **ko-respondierendem Miteinander** eines lebenslangen Lernens auf kognitiven, volitiven, emotionalen, sozialen und handlungspraktischen Ebenen mit relevanten Anderen zu Selbstregulation und Selbstverwirkli-

chung im Lebenskontext/Kontinuum führen, zu einem Wissen um sein eigenes Lernen in Erinnerungsarbeit, Entwerfen und praktischen Umsetzungen im Lebensvollzug, einem 'Metalernen'. Das begründet eine „maîtrise de soi“ als eine heitere Lebenskunst (*Seneca*) mit den Qualitäten persönlicher *Gelassenheit* und *Souveränität*, einer 'Begeisterung für Schönheit' und einer 'Freude am Lebendigen', der ein liebevolles, kokreatives Engagement für die Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräume entfließt“ (*Petzold* 1975h, 23).

Eine solche Auffassung und Qualität von Lernen „bildet den stärksten Gegensatz“, wie *Ricœur* (2004, 99) hervorhebt, zu den Formen manipulierenden, fremdbestimmt konditionierenden Lernens, sie ist vielmehr die „Frucht einer Disziplin ..., einer 'Askese' – *askésis* bedeutet bei den Sokratikern 'Übung' –, deren Herr der Lernende selbst ist“ (ibid.).

Aus dieser Kompetenzen (Fähigkeiten) und Performanzen (Fertigkeiten) verschränkenden, den Menschen als Lernenden in das Zentrum stellenden „*Position*“ (*Derrida*) resultiert: „Die Korrespondenz der agogischen Teildisziplinen und die Auflösung der fragmentierenden Grenzen zwischen den pädagogischen Feldern sowie ein Bewußtsein von der Ganzheitlichkeit des Lebens und daraus folgend des agogischen Prozesses gehören zu den wichtigsten Anliegen der Integrativen Agogik und Therapie“ (*Petzold, Sieper* 1977, 33). Die „**Theorie-Praxis-Verschränkung**“, wie sie das von uns entwickelte Modell des „Theorie-Praxis-Zyklus“ (*Petzold* 1975h, 2003a, 499) entwickelt hat, ist geradezu als *Markenzeichen integrativer Didaktik* zu sehen: im beleitenden Erläutern einer Arbeit, selbst einer durchaus emotionalen, wenn der Therapeut „Theorie als Intervention“ (*Petzold, Orth* 1994) verwendet oder im „processing“ (idem 2003a, 494) den praktischen Verlauf im Nachhinein erklärt.

Gerade in der Suchtarbeit, die immer auch psychoedukative Elemente hat, und von der präventiven Arbeit mit Kindern (*Andreas-Siller* 1990), über theapeutische und agogische Aufgaben bei Jugendlichen und Erwachsenen, bis zur Behandlung und Beratung von „Altfixern“ und „Altersalkoholikern“ ihre Aufgabengebiete hat, ist eine solche Sicht unerlässlich.

Die „*philosophy*“ der Aus- bzw. Weiterbildung, die die erkenntnistheoretischen und anthropologischen Konzepte (*Petzold* 1991l, 1992a, 2003e; *Petzold, Marcel* 1976), die lerntheoretischen, didaktischen und praxeologischen Positionen (*Bürmann* 1992; *Petzold* 1973c, 1993h, *Petzold, Brown* 1977; *Sieper, Petzold* 2003), die bildungstheoretischen und bildungspolitischen Orientierungen (*Sieper* 1985; *Bubolz* 1983; *Holzapfel* 2002, 2005) sind für die Weiterbildungen an EAG/FPI in einer reichen Literatur zu einer „*transversalen Kultur des Lehrens und Lernens*“ (*Sieper* 1985; *Petzold, Orth* 1995; *Petzold, Orth, Sieper, Petzold, Sieper* 1970, 1972b, 1977, 1993a) in guter Prägnanz erarbeitet und dargestellt worden (vgl. *Holzapfel* 2005), so dass hier nur ein kompakter Überblick zu den agogischen Positionen gegeben werden braucht.

»**Integrative Agogik** (d.h. Integrative Pädagogik, Andragogik, Geragogik) ist ein ganzheitlicher und differenzieller, lebensaltersspezifischer Ansatz der Bildungsarbeit als „*éducation permanente*“. Sie versucht, kognitive, emotionale, volitive, somatomotorische und soziale Lernprozesse und -ziele im lebensweltlichen Kontext/Kontinuum zu verbinden, integriert also multisensorisches Wahrnehmen, rationale Einsicht, emotionale Berührtheit, volitives Streben, d. h. leiblich konkretes Erleben *in sozial-kommunikativer Bezogenheit* zu „persönlich bedeutsamem Lernen“ als Erfahrungen von „*vitaler Evidenz*“.

In „intersubjektiver Ko-respondenz“ werden dabei von allen am Prozess des Lehrens und Lernens Beteiligten *Ziele* und *Inhalte* gemeinsam bearbeitet, wobei Methoden der „Erlebnisaktivierung“ (Imagination, Rollenspiele etc.) und „kreative Medien“ (Farben, Collagen, Texte usw.) für das multisensorisch und multiexpressiv angelegte Menschenwesen eine bedeutsame Rolle spielen, um in *Theorie-Praxis-Verschränkung* eine synergetische Aneignung, ein holographisches Aufnehmen und eine kokreative Gestaltung des Lernstoffes zu ermöglichen.

Integrative Agogik ist darauf gerichtet, Sachlernen und Affektlernen zu verbinden, die personalen, sozialen, lebenspraktischen und fachspezifischen *Kompetenzen* (Fähigkeiten) und *Performanzen* (Fertigkeiten) von Menschen in Begegnung und Auseinandersetzung, im „Handeln um Grenzen“ zu fördern und zu entwickeln. So können über spezifische, sachbezogene Leitziele hinaus als generelle Bildungsziele eine prägnante personale Identität, ein funktionsfähiges, ressourcenreiches soziales Netzwerk, Engagement für die Integrität von ökologischen und sozialen Zusammenhängen und ein positiver Zukunftshorizont entwickelt werden. Zu diesem Zweck der Persönlichkeits- und Sozialbildung werden *Selbsterfahrungsmethoden* als pädagogische Varianten therapeutischer Verfahren in die integrative agogische Arbeit einbezogen“ (*Petzold* 1975h, vgl. *Sieper, Petzold* 1993a, 359).

Hier liegt also ein spezifisches „**integratives**“ **Bildungskonzept** (*Holzapfel* 2005) als Grundlage einer „**professionellen Erwachsenenbildung**“ vor, das viele Entsprechungen zum „**integrativen**“ **Therapiekonzept** hat (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998) und natürlich zum Konzept Integrativer Supervision (*Petzold* 2005a).

4. Das „psychologische“ Konzept der integrativen Weiterbildung: „Entwicklungsorientierung“

Die Weiterbildung von Therapeuten, hier von Sozialtherapeuten im Schwerpunkt „Suchtkrankenarbeit“, mit dem **Verfahren** der „*Integrative Therapie*“ ist an der modernen *wissenschaftlichen Psychologie*, den klinisch relevanten Bio-, Neuro- und Sozialwissenschaften und hier besonders an ihrer „Entwicklungsorientierung“ ausgerichtet (Petzold 1993c, 1994j, 2004a, 2005a, Petzold, Müller 2004c; Osten 2000, 2005). Der Seniorautor hat von seinen ersten Lehraufträgen an [1970] Entwicklungspsychologie gelehrt bis heute, wo er im Masterstudiengang „Psychotherapeutische Psychologie“ (Donau-Universität Krems/ Schweizer Charta für Psychotherapie Zürich) das Fach „Klinische Entwicklungspsychologie in der Lebensspanne“ vertritt.

Im „Integrativen Ansatz“ und seiner **entwicklungstheoretischen** Fundierung wird „Leben als Entwicklung“ gesehen und Aus- und Weiterbildung als Teil des lebenslangen Lernens (*éducation permanente, life long learning*) betrachtet, was in der Entwicklungspsychologie und den Sozialwissenschaften durch den „*life-span developmental approach*“ (Baltes et al. 1980; Baltes 1987; Kohli 1986; Petzold 1981f; 1999c Rutter 1988; Rutter, Hay 1994) unterstrichen wird, ein Konzept, das von Petzold durch die „Integrative Therapie“ als „*life-span developmental therapy*“, als „Psychotherapie und Agogik in der Lebensspanne“ in das Feld der Psychotherapie eingeführt wurde (Petzold 1971, 1999b; 1993c, 1994j; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). Sieht man das „Verstehen des Lebensganzen“ und der „Kommunikation im Lebensverlauf“ (Petzold 1981f, g) als grundlegend für das Verstehen jeglicher therapeutischer Arbeit, dann kann man nicht nur *retrospektiv* Vergangenheitsbearbeitung (Freud), *aspektiv* und Gegenwartsarbeit (Perls) betreiben, sondern hat auch *prospektiv* Antizipationsarbeit zu leisten (Zielsetzungen, Planen, Auseinandersetzung mit Hoffnungen und Befürchtungen, Altern und Sterben, Tod – Zukunftsprojektionen, Petzold 1971j). Man muß sich der „ganzen Lebensgestalt“ als „Zeitgestalt“ (V. v. Weizsäcker 1946) zuwenden. Das waren ganz neue Perspektiven in der Psychotherapie, die erst in jüngster Zeit Eingang in dieses Fach finden (Oerter et al. 1999; Herpertz-Dahlmann 3t al. 2004; Mattejat 2004). Die Integrative Therapie als eine der ersten methodenintegrativen Therapieansätze im „Neuen Integrationsparadigma“ (Petzold 1992a, 227ff Norcross, Goldfried 1992) war auch die erste „entwicklungsorientierte Psychotherapie“ **EOP** (im Sinne der Bestimmung von Mattejat 2004, 265), ausgerichtet an der longitudinalen Entwicklungsforschung, Entwicklungspsychopathologie und klinischen Entwicklungspsychologie (Petzold, Goffin, Oudhoff 1993). Und eines der Charakteristika von **EOP** ist, dass sie „als eine offene und un-abgeschlossene Entwicklung zu verstehen ist“ (Mattejat 2004, 265). In der Integrativen Therapie spricht man – wie zu Eingang im Aufriß unserer „philosophy“ gezeigt – von einer permanenten „herakliteschen Weiterentwicklung“ und „vertritt mit methodischer Konsequenz eine *prinzipielle Unfertigkeit*“ (Petzold 1993a, 1400).

So will die Ausbildung in Formen der Integrativen Therapie Menschen mit ihren Entwicklungsprozessen in Kontakt bringen und sie zu permanenter persönlicher und professioneller Entwicklung anregen und ermutigen. Diese Orientierung ist verbunden mit einem von den Autoren entwickelten methodenübergreifenden Ansatz kreativer und kulturkritischer Psychotherapie, Soziotherapie und Agogik (Petzold 1999p, 2002b, 2003a; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Orth, Sieper 1995; Petzold, Orth 1990, 1999, 2004a,b; Sieper 1971, 1985). Diese Entwicklungsorientierung hat sich in der Therapie- und Weiterbildungskonzeption niedergeschlagen, und das heutige **Curriculum** ist selbst das Ergebnis einer mehr als dreißigjährigen Entwicklung. Allein diese Zeit eines Vierteljahrhunderts lässt für die Autorinnen, die seit den Anfängen dieser Arbeit als TherapeutInnen, DozentInnen, WissenschaftlerInnen an diesem Projekt mitgearbeitet haben und mitarbeiten, einen „*lifespans developmental approach*“ (Baltes et al. 1980) gemeinsamer Kommunikation und kokreativen Zusammenwirkens (Petzold 1981f) in den Blick kommen und sie sehen das Konzept einer „Psychologie und Psychotherapie der *Entwicklung im Lebensverlauf*“ (Petzold 1969c, 1), dieses Fundament der Integrativen Therapie, durch diesen Blick auf ihre eigene Entwicklung und die ihres Werkes vollauf bestätigt.

Eine „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“ fordert zwingend eine „Integrative Therapie in der Lebensspanne“ (Petzold 1992e, 1999b).

Die „Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer *mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie*“ (Petzold 1992d) – das war die programmatische

Ueberschrift eines Textes zu der Bewegung, die durch die Kleinkindforschung im Felde der traditionellen Psychotherapie angestoßen worden war. Sie begann sich mit Perspektiven und Erkenntnissen auseinanderzusetzen, die in der Drogentherapie seit Ende der sechziger Jahre jedem Praktiker evident waren, nämlich die Häufigkeit „früher Schäden und später Folgen“ (idem 1993c) in diesem Bereich: Drogenabhängigkeit, Devianz, Gewalt im Jugendalter (idem 1971c, 1994f) als Resultat von unglücklichen Lebenskarrieren, von „broken home“ Situationen (idem 1969c, 1974b), was oft genug chronifizierte Suchtkarrieren bis ins Erwachsenenalter zur Folge hatte. *Nachreifung* und *Neusozialisation*, Kompensation von Entwicklungsschäden durch Bereitstellung familialer Klimata in Therapeutischen Wohngemeinschaften und „Parenting-/Reparenting-Strategien“ der Behandlung waren seit Ende der sechziger Jahre die therapeutische Maxime für unsere theoretischen Konzeptualisierungen und die praktische Patientenarbeit in diesem Feld und natürlich auch für die Ausbildungsarbeit zur Qualifizierung der ersten „Drogentherapeuten“ (Petzold 1972g, 1974b). Bis es anfang, auch in anderen Bereichen der Psychotherapie evident zu werden, dass „Entwicklungsorientierte Psychotherapie ein neues Paradigma“ sei (so das Einleitungskapitel von „Psychotherapie und Babyforschung“, Bd. II, Petzold 1994q), – eine an der empirischen, longitudinalen „lebenslaufbezogenen klinischen Entwicklungspsychologie“ (idem 1993c, 9) bzw. „Entwicklungspsychopathologie“ (Rutter 1988; Petzold, Goffin, Oudhoff 1991) ausgerichteten Entwicklungstherapie jenseits therapieschulenbestimmter Ideologeme und falscher psychoanalytischer Phasenmodelle, war viel Zeit vergangen. Erst neuerlich spricht man von „developmentally based integrative psychotherapy“ und ihren „emerging models“ (Russ 1998) oder versucht im Bereich behavioraler Therapie eine „entwicklungsorientierte Psychotherapie“ (Mattejat 2004) zu konzipieren. Und auch Grawe (2004, 351-362) nimmt heute auf das Entwicklungsparadigma (etwas einseitig an diskutierbaren Strömungen der Bindungsforschung orientiert) Bezug, denn es fehlte noch in seinem *magnum opus* „Psychologische Psychotherapie“ (idem 1998).

Nach Integrativer Auffassung muß das *Entwicklungsparadigma* mit dem *Sozialisationsparadigma* verbunden werden, denn Menschen, ihre Persönlichkeit, ihre Identität entwickeln sich in sozialen Räumen (Hurrelmann 1995, Petzold 2001p). Entwicklungsgeschehen darf weiterhin nicht nur im Bereich der Kindheit und Jugend gesehen werden. Auch die Entwicklung im Erwachsenenalter bis ins Senium ist bedeutsam und wird es in „gerontotropen Gesellschaften“ zunehmend (Faltermayer et al. 1992; Petzold 2004a, 2005a; Petzold, Müller 2004b).

„Die Ausbildung von PsychotherapeutInnen, SozialtherapeutInnen und Supervisorinnen als Maßnahmen der *persönlichen* und *beruflichen* „Erwachsenensozialisation“ und „Entwicklung im Erwachsenenalter“ ist – wie übrigens jede mittel- und längerfristige Psychotherapie auch – ein begleitetes, ja aktiv formendes Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen durch *wechselseitige* Einflüsse in *gendersensitiven*, *interpersonalen* Prozessen.“

Das moderne *Sozialisationsparadigma* affirmiert die Wechselseitigkeit sozialisatorischer Einflüsse – nicht nur Therapeuten beeinflussen Patienten, auch Patienten beeinflussen Therapeuten (bis zu Phänomenen der „deformation professionelle“). Weiterhin wird die Genderspezifität betont: Beide Gender, Frauen und Männer, entwickeln sich unterschiedlich, haben unterschiedliche Sozialisationsbedingungen, werden häufig in unterschiedlicher Weise gefördert und benachteiligt, belastet, beschädigt, beschützt – und die Benachteiligungen sind nicht nur auf Seiten der Mädchen und Frauen (Baron-Cohen 2003; Bischof-Köhler 2002; Hurrelmann, Kolip 2002; Hurrelmann, Ulich 1992). Es sind dies Einflüsse, die auch in Ausbildung und Therapie zum Tragen kommen - und kommen müssen, die Berücksichtigung finden, bearbeitet werden müssen - so die Integrative Position (Frühmann 1985; Petzold, Sieper 1998; Petzold 1998h; Orth 2002; Spilles, Weidig 2005; Vogel 2004). Geschlechtsspezifische Diagnostik und Therapieformate sind in der Psychotherapie immer noch ein Desiderat, aber gerade im Suchtbereich sind die Unterschiedlichkeiten mehr als offenkundig, ohne dass das bislang schon ausreichende Konsequenzen hat.

Auch der zumeist bei PsychotherapeutInnen auf die *Individualentwicklung* „fixierte Blick“ muß auf Grund der Verbindung von Entwicklungs- und Sozialisationsperspektive eine Weitung erfahren, denn Menschen leben in spezifischen „mental sozialen Welten“ (Moscovici 2001) und in „sozialen Netzwerken“ – familialen, amicalen, kollegialen –, in „Konvois“, mit denen sie durch die Zeit gehen (Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Kahn, Antonucci 1980; Hass, Petzold 1999) und die ein gutes oder auch problematisches „Weggeleit“ sein können, ganz wie sie sich entwickeln. Familienentwicklungen, Netzwerkentwicklungen werden in Netzwerk/Konvoi-Therapie fokussiert und sind als „Karrierebegleitungen“ in konkreten Kontexten (Petzold 1995a, b; Petzold, Hentschel 1991; Petzold,

Josić, Erhard 2005) in der Suchttherapie unverzichtbar, denn sie tragen wesentlich zu positiven Erfolgen bei.

In ähnlicher Weise sind mehrjährige Therapie- oder Supervisionsausbildungen „Entwicklungsprozesse im Konvoi“ einer Ausbildungs- und Supervisionsgruppe oder eines Ausbildungsinstituts Sozialisationsmilieus von hoher Valenz. Wenn solche Gruppenerfahrungen gelingen, Ausbildungsgruppen gute ko-respondierende „*learning communities*“ mit einem *konvivialen* Klima sind, wo „*exchange learning/exchange helping*“ Prozesse stattfinden und Gruppen Qualitäten von Selbsthilfegruppen generieren (Petzold, Schobert, Schulz 1991) – und dazu müssen alle beitragen, dafür haben alle *Verantwortung* zu übernehmen –, dann haben sie ein hohes Entwicklungspotential für jeden Teilnehmer und bieten ein hervorragendes Modell für eigene gruppentherapeutische Praxis (Petzold, Schneewind 1986). Mißlingen solche Ausbildungsgruppen, so steht es wie bei Therapiegruppen: sie haben ein hohes pathogenes, beschädigendes Potential, ja können für manche TeilnehmerInnen traumatischen Erfahrungen sein, die Entwicklungen verhindern oder zurückwerfen, ja Krankheitsursachen werden können (Petzold 1996f). Aus dem Suchtbereich wird gerade auf die oft prekäre Gruppenpraxis in der Therapie als Faktor für Schädigungen verwiesen (Schneider, Funke 2002). *Es ist beunruhigend zu sehen, wie wenig diese Fragestellungen in Ausbildungskontexten thematisiert werden, wie wenig man sich in der Literatur der Therapieschulen – auch der Richtlinienverfahren – mit solchen Themen auseinandersetzt* (Laireiter 2002; Märtens, Petzold 2002). Der Integrative Ansatz hat hier seit vielen Jahren eine Vorreiterrolle übernommen und sich für „*client dignity*“ eingesetzt (Heimansberg 1988; Otte 2002; Petzold 1987g, 1999h, 2000d; Wirbel 1987). Überdies wird ganz praktisch Qualität gesichert mit einem differenzierten Instrument der „Gruppenprozessanalyse“ (Orth, Petzold 1995), durch anonyme Evaluationsbögen nach den Seminaren, die von der pädagogischen Leitung durchgesehen und die empirisch ausgewertet werden (Petzold, Rainals et al. 2005). Weiterhin wird durch die Institution der „GruppensprecherIn“ und eine starke „GruppensprecherInnenvertretung“ sowie durch eine „niedrigschwellige“ Ethikkommission, deren Mitglieder als „Vertrauenstherapeuten“ angefragt werden können, in der Struktur der Akademie dafür Sorge getragen, dass es nicht zu malignen Gruppenprozessen kommt, sondern dass ein *entwicklungsförderliches* Klima entsteht. Der Integrative Stil der „*Achtung vor der Andersheit des Anderen*“ (Levinas 1983; Petzold 1996k), die Gruppenmaxime „*jeder ist für die Integrität eines jeden verantwortlich, versucht zu seiner Entwicklung Beiträge zu leisten*“ (Petzold 1969c), weist eine Richtung, zu der auf der Seite der Ausbilder Bemühen um einen transparenten Umgang mit Macht und um das Vermeiden von Dependenzstrukturen, Parentifizierungen, mythologisierenden Strategien steht (Petzold, Orth 1999) – und es ist zu hoffen, dass das hinreichend gelingt. Die umfangreichen Evaluationen sprechen eine positive Sprache (Petzold, Rainals et al. 2005) und dennoch kann es Einzelfälle geben, und davon ist ein jeder einer zu viel. Deshalb ist Sorgfalt angesagt! Ausbildungsforschung weist durchaus die persönlichkeits- und lebensstilverändernde Wirkung von Ausbildungen nach (Laireiter 2000; Schigl, Petzold 1997), und hier ist es besonders das Element der „Selbsterfahrung“, dem diese Effekte überwiegend zugeschrieben werden (Laireiter, Elke 1996; Laireiter 2000; Petzold, Steffan 1999a).

5. Das „therapeutische Konzept“ in der integrativen Weiterbildung: „holographisches Lernen“ in Bezogenheit durch „komplexe Selbsterfahrung“

„Mehr und mehr zeigt die Erfahrung, dass Praktiker zum Nutzen ihrer Patienten an Professionalität gewinnen, wenn sie die Behandlungskonzepte vieler Lehrmeister kennenlernen. Das Problem besteht nun darin, wie der angehende Psychotherapeut am besten von vielen Lehrmeistern lernen kann, d. h. vertraut wird mit dem Gebrauch manigfaltiger Behandlungsstrategien, ohne gleichzeitig den Sinn für gedankliche Kohärenz und behandlungstechnische Zusammenhänge zu verlieren. Die Perspektive, die ich zur Lösung dieses Dilemmas vorschlage, geht eher auf die empirische Psychotherapieforschung denn auf die klinische Praxis zurück“ (Orlinsky 1999, 32). Diese Auffassung, die David Orlinsky in seinem berühmten Artikel „Learning from Many Masters“ (in Petzold, Märtens 1999, 32-43) teilen wir nur bedingt, genauer gesagt: wir sehen hier eine von *drei* Komponenten. Ja, der **Forschungsbezug (I)** ist unverzichtbar (vgl. 7), das „clinical learning by doing“ durch sorgfältig und kompetent supervisorisch begleitete **klinische Praxis (II)** mit PatientInnen ist unverzichtbar, und die **Eigenerfahrung (III)** der therapeutischen Methoden und Techniken „am eigenen Leibe“ ist unverzichtbar. Genau genommen sind alle drei Komponenten an „**Selbsterfahrung**“ gebunden –

auch die Auseinandersetzung mit Theorie oder mit Forschungsergebnissen stellt einen z. T. höchst intensiven Erfahrungsbereich da. Deshalb sehen wir die „**Selbsterfahrung**“ als einen der vier „**Metafaktoren**“ (neben gelungener therapeutischer Beziehung, konstruktiver Netzwerkkooperation und konsolidierter Lebenslage) in der Integrativen Therapie an. Aus den Theoriestudiengruppen an EAG/FPI, die z. T. über mehrere Jahre laufen, dokumentieren unsere Untersuchungen für viele Teilnehmer das Erschließen eines „völlig neuen Bezuges zu Theorie“, „Lust auf Theorie“, das „Entdecken neuer Qualitäten des eigenen Denkens“ (Orth, Petzold, Zunker 2005). Aber natürlich ist dieser Teil unseres Selbsterfahrungsverständnisses nicht so stark gewichtet wie der der erlebten Praxis und Eigenerfahrung, die allerdings in der zentralen integrativen Didaktikkonzeption der „**Theorie-Praxis-Verschränkung**“ gleichsam „theoriedurchtränkt“ sind.

„**Selbsterfahrung**“ spielt wie in vielen therapeutischen Ausbildungskonzeptionen der unterschiedlichen „Schulen“ (vgl. Frühmann, Petzold 1992) eine große Rolle – ein „**Metafaktor**“, wie gesagt. Leider wird das Konzept der „Selbsterfahrung“ in der Regel kaum genauer spezifiziert und bleibt schwammig. Im Integrativen Ansatz ist das anders. Persönliche, professionelle und methodische „**komplexe Selbsterfahrung**“ wird verstanden als Gesamtheit der Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse „produktiver Realitätsverarbeitung“ (Hurrelmann 1995). Sie wird an die elaborierte Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie, die im Strom moderner, entwicklungsorientierter Persönlichkeitstheorie konzeptualisiert (Eppstein 1979, 1993), mit ihrem **Selbst-, Ich- und Identitätsbegriff** (Petzold 1992a, 526ff./ 2003a, 430ff.) rückgebunden an das Konzept einer **Persönlichkeit**, die sich selbst, *ihr Selbst* – das zugleich Gestaltetes und Gestalter ist – in intersubjektiven, polylogischen Beziehungserfahrungen entwickelt (Epstein, Morling 1995). Das geschieht im „relevanten Kontext über die Lebensspanne hin, d.h. im relevanten Kontinuum. Jeder Mensch lernt in seiner Persönlichkeitsentwicklung und seiner Sozialisationserfahrung „die Anderen, die Welt und sich selbst im Lebensganzen verstehen“ und bildet eine prägnante, **emanzipierte Identität** aus – sie ist nicht ungefährdet (idem 1981g, 1996j, 2001p). Genau solche Zielsetzungen mit denselben theoretischen Hintergrundkonzeptionen und praxeologisch-methodischen Wegen haben wir auch in der Therapie:

Gelungene Selbsterfahrung wird durch heilsame und förderliche „Entwicklungsprozesse in Bezo-genheit“ gekennzeichnet, wie sie für gute Therapien charakteristisch sind. Deshalb sprechen wir in diesem Abschnitt über die integrative Selbsterfahrung im Ausbildungsprozess auch vom „*therapeutischen Konzept*“ der Weiterbildung. In der Selbsterfahrung kommen „komplexe interpersonale Lernprozesse“ zum Tragen – das gilt für Therapiegeschehen und für die Weiterbildungsarbeit gleichermaßen und das verlangte die Ausarbeitung einer „Integrativen Lerntheorie“, ein Unterfangen, welches auf dem Boden der modernen lernpsychologischen Forschung (unter Einbezug der russischen Schule *Vygotskij, Lurija, Leont'ev*) und ihrer neurowissenschaftlichen Basis (Kandel, Hawkins 1992; Spitzer 2002) begonnen wurde. Diese „komplexe Lerntheorie“ (Sieper, Petzold 2002) liegt sowohl der therapeutischen als auch der agogischen Arbeit im Integrativen Ansatz zugrunde.

„Leben ist Lernen, ist Verhalten in Lebensraum und Lebenszeit. Verhalten ist Lebensäußerung, Lern- und Gestaltungsprozess in Bezo-genheit.“ - „Lernen geschieht aufgrund, durch, an, mit, für ..., es ist Verhalten, ‚Lernverhalten‘, das Verhalten nachhaltig verändert“ - „Lernen ist das Differenzieren, Konnektivieren und Integrieren von Wahrnehmungs-, Erfahrungs-, Wissens- und Metawissensbeständen;... im Erfassen, Verarbeiten und kreativen Nutzen der Komplexität dieser Prozesse selbst wird es Metalernen. Lernen nutzt die multisensorische und multiepressive leibliche Verfasstheit des Menschenwesens.“ - „Im menschlichen Leben geht es um Lernen und Verhalten, Verhalten und Lernen. Worum sonst?“ (H. Petzold 1969c; Sieper, Petzold 2002, 1). Diese Konzeption wurde im Kontext der Drogentherapie 1968 formuliert. In der Therapie geht es um misslungene und gelingende Lernprozesse, worum sonst? In der Therapie- und Supervisionsausbildung gleichermaßen, worum sonst?

Der **komplexe Lernbegriff**, der sich hier „als ein Differenzieren und Vernetzen von Wissensbeständen“ zeigt, kulminiert im Verständnis von „Lernen als das **holographische Erfassen von Komplexität und als Verstehen dieses Erfassens selbst als Metalernen**“. In der Praxis erfolgt solches Lernen im Zusammenfluss (*confluence*, Petzold, Brown 1977), der Verbindung verschiedener Möglichkeiten des Lernens, in ganzheitlichen und differentiellen Prozessen der Aufnahme „ganzer Szenen mit ihren Atmosphären“: *atmosphärisches Erfassen und szenisches Verstehen*. Dieser Ansatz wurde seinerzeit von uns in einer integrativen „**Theorie holographischen Lernens**“ formuliert (Petzold 1982l). Nach einer Auseinandersetzung mit den Lerntheorien (Petzold 1974j, 307ff) favorisierten wir ein *Mehrebenenmodell des Lernens* (ibid. 308), das Lernprozesse in unterschiedlichen Lernarten – vom einfachen S-R-Lernen bis zum komplexen Problemlösen umfasste. „In der Integrativen Therapie sehen wir therapeutische Veränderungen als *Lernprozesse* an, die durch das Synergieprinzip verbunden sind. Dabei wird Lernen als ein mehrdimensionaler Vorgang angesehen, der

Veränderungen auf verschiedenen Ebenen bewirkt, nämlich Veränderung der *körperlichen*, der *psychischen*, der *sozial-interaktionalen* und der *kognitiven* Struktur“ (idem 1974j, 307/repr. 1996a, 77). „Für jede Ebene können spezifische Lernvorgänge angenommen werden, die einander nicht ausschließen, sondern komplementieren“. Es „muss nach dem *Synergieprinzip* ein Zusammenwirken der einzelnen Lernarten in einem komplexen holotropen Lernprozess angenommen werden, dergestalt, dass das ‚Gesamt der Lernprozesse [mehr und] etwas anderes ist als die Summe der Einzelprozesse‘. In jedem komplexen Lernprozess sind damit *alle* Lernarten mehr oder weniger stark beteiligt. Dabei können die Lernarten als Systeme oder miteinander verbundene Systemblöcke eines übergeordneten Systems ‚Lernen‘ gesehen werden. Neben den Lernarten müssen wir im Hinblick auf den psychotherapeutischen Prozess auch von *Lernebenen* oder Lernbereichen sprechen: der Ebene des Verhaltens, in der *Verhaltenslernen* (*behavioral learning* → ‚Verhaltensstile‘) geschieht, der Ebene der Emotion, in der durch emotionale Erfahrung gelernt wird (*emotional learning* → ‚emotionale Stile‘) und der Ebene der Kognition, in der über *Einsicht* (*insight learning* → ‚kognitive Stile‘) gelernt wird. Auch aus diesem Grund muss das hier vorgestellte Verfahren als ‚*integrativ*‘ angesprochen werden, da es von seinem Konzept her die einzelnen Lernarten und -ebenen sieht (*Synopseprinzip*) und im therapeutischen Vorgehen zusammen einsetzt (*Synergieprinzip*)“ (idem 1974j, 308f/repr. 1996a, 78f). Im Erleben von „Szenen und Stücken“ als leibhaftig in der Bezogenheit mit und zu Anderen erfahrene Situationen der Selbsterfahrung „werden keine Details im Sinne analytischer Zergliederung gelernt, sondern es können Atmosphären, Stimmungen, Qualitäten, Szenen, Stücke, Narrationen *ganzheitlich* aufgenommen werden, deren ‚Flair‘ noch am Detail haftet. Es ist ein Charakteristikum des Hologramms, dass sich selbst noch aus dem Detail die Atmosphäre des Ganzen evozieren lässt“ (Petzold 1982/1988n, 591). Hinter dieser Idee der holographischen Aufzeichnung von Erlebnissen und Erlebnisfolgen als „Hologrammsequenzen“ (ibid.) stand Pribrams (1979) Konzept der „Hologramme im Gehirn“, mit dem wir damals Banduras „social learning theory“, dem *Imitationslernen* und unserem Konzept der *szenisch-atmosphärischer Internalisierungen* eine neurocerebrale Modellvorstellung als Basis geben wollten (heute mit Rekurs auf die Mirrorneuronen-Konzeption, Rizzolatti et al. 1996; Stamenov, Gallese 2002). Unsere Idee war und ist folgende:

Beim szenisch-atmosphärischen Lernen werden immer die Außenszenen und -atmosphären zusammen mit ihren inneren, leiblichen, eigenleiblich gespürten Resonanzen mnestisch archiviert, so dass „Innen und Außen“ verschränkt sind. In diesen Prozessen wächst die „Sinnwahrnehmungs-, Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität“ des Leibsubjekts in der Bezogenheit zur erlebten Welt und zu den Mitmenschen beständig.

Aufgenommen werden diese Szenen und Atmosphären in der **Selbsterfahrung**, im interaktionalen Erleben guter, vor-bildlicher LehrtherapeutInnen/LehrsupervisorInnen und deren Arbeit „am eignen Leib“ bzw. in der „erfahrenen Zwischenleiblichkeit“ einschließlich der in den Interventionen „implizierten Theorie“, die eventuell durch begleitende Erläuterungen, wenn „Theorie als Intervention“ (Orth, Petzold 2004) verwandt wird, kontextualisiert aufgezeichnet wird oder in einem nachfolgenden theoretischen „processing“ des Geschehens konnektiviert wird. Dadurch werden in „späteren Situationen, in denen der Ausbildungskandidat selbst als Therapeut tätig wird, durch die *multiple Stimulierung* des Geschehens komplexe Muster aktiviert, wird atmosphärisches Erfassen und szenisches Verstehen relevant, das differenzierte und angemessene Interventionen ermöglicht. Der Prozess der Internalisierung von Atmosphären, Szenen und Szenensequenzen, von Hologrammen und Hologrammsequenzen ist der eigentliche Lernprozess“ (idem 1988n, 591), wie er Lehrtherapien und Selbsterfahrung für *multisensorisch* und *multiexpressiv* ausgelegte Menschenwesen kennzeichnet.

Eine solche Konzeption hat natürlich neurobiologische Grundlagen, die weiter unten kurz angesprochen werden (vgl. Sieper, Petzold 2002, Spitzer 2002), denn jede Therapie- und Ausbildungskonzeption sollte ihre lerntheoretischen Grundlagen offen legen.

Vor dem entfalteten Hintergrund soll nun das integrative Konzept der **Selbsterfahrung**, dieser „Metafaktor“ therapeutischer Arbeit, als „differentielle Selbsterfahrung“ in drei Dimensionen definieren werden:

Differentielle und komplexe Selbsterfahrung – ein „Metafaktor“ im Integrativen Ansatz

»1. **Persönliche Selbsterfahrung** wird verstanden als Prozess eines sich in Kontext und Kontinuum und in relevanten sozialen Netzwerken/Konvois wahrnehmenden **Leib-Subjekts**, das sich in POLYLOGENⁱⁱⁱ, d. h. in vielfältigen, ko-respondierenden Begegnungen und Auseinandersetzungen mit den Mitmenschen und im eigenen Entwerfen, Planen und Handeln selbst erlebt, sein SELBST erfährt, sein SELBST schöpferisch gestaltet. Seine Prozesse der Informationsaufnahme und -verarbeitung sind bewusst, aber auch in großem Maße unbewusst, so dass es sich folglich teils fungierend und teils intentional steuert/reguliert und in diesem Lern- und Entwicklungsgeschehen eine differenzierte **Persönlichkeit** (Selbst, Ich, Identität) ausbildet. Diese Selbsterfahrungsprozesse geschehen in allen Bereichen und Dimensionen des Lebens und sind insgesamt als somatosensomotorische, perzeptive, affektive, kognitiv-reflexive, diskursiv-kommunikative und z. T. metareflectierte **Lebenserfahrung des Leib-Subjekts** zu sehen. Die Selbsterfahrungsprozesse finden einerseits in der ganz gewöhnlichen Alltagswelt statt und andererseits in spezifischen „**sozialen Welten**“ (z. B. in klinischen Kontexten, Arbeits- und Ausbildungssituationen) als Wege „phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisgewinns“, „produktiver Realitätsverarbeitung“, „differentieller Selbststeuerung“ und „kokreativer Selbstgestaltung“ in lebenslanger Entwicklung und Sozialisation, durch die ein Mensch seine **Regulationspotentiale, Metakognitionen über sich selbst**, seine **Identität**, eine „**theory of mind**“^{iv}, **empathische Kompetenz** und seine **menschlich-mitmenschlichen Qualitäten** (Gelassenheit, Großherzigkeit, Engagement, Altruismus u. a. m.) ausbildet und beständig weiter entfaltet, wenn ihm das Leben gelingt.

2. Professionelle Selbsterfahrung als Prozess persönlicher und gemeinschaftlicher Professionalisierung in „beruflicher Sozialisation“ für den Bereich von Therapie, Beratung, Supervision oder anderen Formen der „Menschenarbeit“ richtet sich in besonderem Maße auf intensiviertes „eigenleibliches Spüren“, alters-, gender- und ethnieweußte Selbst- und Fremdwahrnehmung, die systematisch reflektiert und metareflectiert wird. Sie zielt auf komplexe Bewusstheit für die eigenen biographischen Entwicklungsprozesse und die dort erworbenen **Regulationspotentiale** - einschließlich erlebter protektiver, salutogener, aber auch pathogener Risiko- und Belastungsfaktoren (Defizite, Traumata, Störungen, Konflikte) und ihrer etwaigen Nachwirkungen als persönliche Vulnerabilitäten oder als Resilienzen. Professionelle Selbsterfahrung ist also im Sinne der **entwicklungsorientierten Ausrichtung** der Integrativen Therapie auf das Kennenlernen, Verwirklichen und Entwickeln der eigenen Persönlichkeit, ihrer bewussten und unbewussten **Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP)**, ihrer Belastungs- und Tragfähigkeit (coping capacity), der Innovations- und Gestaltungsfähigkeit (creating capacity) gerichtet, auf das Kennen der eigenen Stärken und Schwächen, der empathischen Kompetenz und Performanz, des eigenen Übertragungs-/Gegenübertragungsverhaltens und der persönlichen Affiliations- und Reaktanzpotentiale. Es wird eine „**Expertenschaft für sich selbst**“ vermittelt, indem für die eigene **Identitätsarbeit** und antizipatorische Lebenszielgestaltung sensibilisiert wird, für die Pflege des eigenen Netzwerks/Konvois, die Entwicklung der eigenen kreativen **Potentiale** und einer persönlichen **Lebenskunst** und **Parrhesie** (den Mut zu freimütiger Meinungsäußerung) – alles Qualitäten, die in der PatientInnenarbeit wesentlich sind und weitergegeben werden können.

3. Methodische Selbsterfahrung ist auf behandlungsmethodische und -technische Fertigkeiten und ihre theoretisch-konzeptuellen und forschungsfundierten Hintergründe im Professionalisierungsprozess gerichtet und lehrt die angehenden „**Experten für Menschenarbeit**“ u. a. die differenzierende Wahrnehmung und Handhabung ihrer **Regulationspotentiale** auf der somatosensomotorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, kommunikativen Ebene in den POLYLOGEN der interpersonellen Beziehungen, um ihre Reaktionen auf spezifische Themen (Krankheit, Leid, Tod, Angst, Aggression, Sexualität, Begehren, Macht etc.) kennen zu lernen sowie ihre Resonanzen auf Menschen (Männer und Frauen, Junge und Alte) mit speziellen Störungsbildern (Angst-, Zwangs-, Borderline-Persönlichkeitsstörungen etc.), damit sie – unverzichtbar auch mit Bezug auf Theorie und Forschungs – einen persönlich und klinisch angemessenen Umgang mit diesen Reaktionen/Resonanzen entwickeln können. Es wird ihnen im Selbst-erleben der integrativen therapeutischen Methoden und Techniken „am eigenen Leibe“ und im Sich-Selbst-erfahren in der theoriegeleiteten und forschungsgegründeten Anwendung solcher Instrumente unter fachlich kompetenter Supervision und aufgrund integerer Begleitung durch ihre Lehrtherapeuten die sorgfältige, von The-

*rapeut und Klient gemeinsam verantwortete Handhabung der **Integrativen Therapie** (shared locus of control) vermittelt. Sie erfahren und praktizieren die partnerschaftliche, wertschätzende und damit „Selbstwert“ und „Souveränität“ aufbauende Praxis des Integrativen Ansatzes, seine für Menschen engagierte, konviviale Qualität, der es um die Gewährleistung von „patient well-being“, „patient security“ und „patient dignity“ im Sinne der „**Integrativen Grundregel**“ und ihrer ethischen Orientierung geht (Petzold 2000a, vgl. Petzold, Steffan 1999a,b).«*

Der Begriff „**Selbst**“ steht, wie verdeutlicht wurde, immer in der Dialektik zum „**Anderen**“, wie James, Baldwin, Janet, Cooley, Mead u. a. es in ihren „Self-and-Other-Theories“ ausgearbeitet haben. Im Integrativen Ansatz formulieren wir grundsätzlich pluralistisch: „zu den Anderen“. Es wird damit das Paradigma eines „dyadologisch“ verkürzten Dialogdenkens^v überschritten, weil Menschen in Mehrpersonensettings leben und in *POLYLOGEN*^{vi} kommunizieren lernen (also nicht in einer Dyade-Triade-Sequenz, wie irriger Weise die psychoanalytische Theorie mit den Entwicklungsschritten von der Mutter-Kind-Dyade zur Triangulation annimmt, obwohl Säuglinge durchaus polyadisch schon zu Mehrpersonensorientierungen fähig sind). Die „Anderen“ werden – unausweichlich – sich bis in mein Selbst einleiben als „generalized other“ (Mead), als „Freunde oder Feinde von Innen“ (Petzold 1965/2004a, 81) bis dahin, dass dadurch ich „mir selbst ein anderer“ werden kann (Ricœur 1990). **Selbsterfahrung ist „Lernen in Bezogenheit“**, die immer wieder schöpferische Selbstüberschreitung als Selbstgestaltung möglich macht. Sie ist mit intersubjektiven/interpersonalen Lernerfahrungen, der **Erfahrung der Anderen** in Affiliationsprozessen, Interaktionen und Kommunikationen, mutuellem Empathie unlösbar verbunden. Deshalb sei auf diese Seite des Lernens in und durch Selbsterfahrung noch kurz eingegangen, denn sie setzt die „**empathische Grundfunktion**“, empathische Kompetenz/Performanz voraus, wie sie in **mutuellem Empathie** – Ferenczi sprach von „**Mutualität**“ – zum Tragen kommt, und entwickelt sie zugleich. „**Ko-respondierende Mutualität**“ (Petzold 2000h) generiert die *adhäsiven* Kräfte (zwischen wenig oder sekundär Vertrauten) und die *ko-häsiven* (zwischen gut Verbundenen oder primär Vertrauten), die die interpersonalen Prozesse in verschiedenartigsten Gruppen (familiären wie professionellen) konnektivieren und zusammenhalten.

Die „empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität“ in der Integrative Therapie

»**Empathie** gründet nach Auffassung des Integrativen Ansatzes in genetisch disponierten, u.a. durch die Funktion von Spiegelneuronen gestützten, cerebralen Fähigkeiten des Menschen zu intuitiven Leistungen und mitfühlenden Regungen, die in ihrer Performanz ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales *Wahrnehmen* „mit allen Sinnen“ erfordern, verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten *mnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisarchiven. Diese ermöglichen auch „wechselseitige Empathie“ (*Mutualität*) als **reziproke Einfühlungen in pluridirektionalen Beziehungen** im Sinne des Erfassen von anderen „minds“ vor dem Hintergrund und im Bezug auf ein Bewußthaben des eigenen „minds“. Das ermöglicht in einer „Synergie“ ein höchst differenziertes und umfassendes Erkennen und Erfassen eines anderen Menschen (*personengerichtete Empathie*) oder von Menschengruppen in *affiliativer Performanz* mit ihrer sozialen Situation (*soziale Empathie*) nebst ihren subjektiven und kollektiven sozialen Repräsentationen« (Petzold 2002b).

Diese „**empathische Grundfunktion ko-respondierender Mutualität in affiliativer Performanz**“ kann als der „**therapeutische Megafaktor**“ – schulenübergreifend – für jede Form klinischer Praxis angesehen werden, denn die in ko-respondierenden Akten wechselseitiger Empathie, in „Begegnung und Auseinandersetzung“ ausgehandelten Bewertungen von Situationen und Ereignissen machen „*shared meaning*“, Konsensfindungen und konstruktive Kooperation und Wirklichkeitsgestaltung überhaupt möglich. Er bestimmt damit auch die vier **Metafaktoren**, denn in der therapeutischen Beziehung, in sozialen Netzwerken und in konsolidierten Lebenslagen sind stimmige mutuell-empathische Beziehungen eine unabdingbare Voraussetzung .

In diesen empathischen Prozessen ist eine Komponente zentral, die als „intuitive Fähigkeit“ bezeichnet werden kann. Oft sind die Begriffe Empathie und Intuition so verwoben, dass sie nicht genau zu trennen sind. Auf jeden Fall braucht Empathie intuitives Potenzial.

Intuition ist das Zusammenwirken von aktueller, bewusster, vorbewusster, unbewusster Wahrnehmung und ihrer (bewussten/unbewussten) Gedächtnisresonanzen (sie gründen auf genetischer Ausstattung und vorgängiger, persönlicher und professioneller Erfahrung). Erweiternd können noch die auf dieser Basis mögli-

chen antizipatorischen Leistungen wirken. **Empathie** wird auf dem Boden solcher **Intuition** generiert durch hinzukommende affektive Teilnahme, die von mitmenschlichem Interesse und Engagement getragen wird. **Ko-respondierende, mutuelle Empathie** mit den in ihr bei allen Beteiligten wirksam werdenden intuitiven Prozessen kennzeichnet gelingende therapeutische Beziehungen, Selbsterfahrungs- und – ganz allgemein – Gruppenprozesse, die von guten kognitiven, emotionalen, volitiven Synchronisationen, Abstimmungen, Einstellungen als wechselseitigen Resonanzphänomenen, einer Feinspürigkeit füreinander sowie von vielfältigen adhäsiven bzw. kohäsiven Beziehungsqualitäten, gelungenen „**Passungen**“, bestimmt sind (Petzold 2000h).

Das Konzept der **Selbsterfahrung** in der Integrativen Therapie ist eine durchaus „emotionale Sache“: sie soll eine „gute Erfahrung“ sein. Wir wissen durch die Forschung (was schon die alten Seelenführer *Epikur, Seneca, Epiktet* wussten und lehrten, vgl. Petzold 2001m, de Botton 2000 und die Arbeiten *Pierre Hadot*) wie wichtig das Wohlbefinden, Wohlfühlen in guten Gemeinschaften mit *konvivialem* Klima für das *Wohlergehen* ist und dieses wiederum für die Stärkung des Immunsystems und für Gesundheit (Kahneman et al. 1999). Die Bedeutung positiver „*emotionaler Stile*“ wurde schon früh von uns betont (Petzold 1974j, 310/1988n, 78; 1992a/2003a, 629, 634). Ihrer Ermöglichung, Stärkung und damit neurohumoralen Bahnung kommt therapeutisch eine zentrale Bedeutung zu, wie die grundlegenden Studien von Davidson (2000; Davidson, Jackson, Kalin 2000) zu „*affective styles*“ zeigen.

Selbsterfahrung umfaßt sowohl Erfahrungen des persönlichen, eigenleiblichen, emotionalen Betroffenseins durch „erlebte Praxis“ als auch – und hier wird eine rein emotionale Dimension überschritten – das Horizonte erweiternde „Erleben von Wissensständen“, die „erhellenden Qualitäten von Theorie“ (wissenshungrig, fasziniert), die das eigene Selbstkonzept berühren und die persönliche und professionelle Identität voranbringen. Solche Konzeptualisierungen werden von den „*cognitive neurosciences* (Gazzaniga)“ und den neuen Arbeiten der „*affective neurosciences*“ (Davidson) gleichermaßen gestützt. Beides muß zusammengeführt werden (Nuñez, Freeman 1999). Damit werden die Grundlagen für Prozesse gelegt, die in jeder Selbsterfahrung und jeder therapeutischen Arbeit von eminenter Bedeutung sind und die wir mit dem Begriff der „*Sinnlichen Reflexivität*“ gekennzeichnet haben:

„**Sinnliche Reflexivität** ist ein Basiskonzept des Integrativen Ansatzes der **Humantherapie** (Psychotherapie, Soziotherapie, Leib- und Bewegungstherapie), dass die Idee eines ganzheitlich und differentiellen cerebralen Funktionierens (*Lurija*) in synergetischer Interaktion mit dem übrigen somatischen System (*Damasio*) und mit dem soziökologischen Umfeld (*Gibson*) zugrundelegt und von einer generalisierten „**dynamischen Regulation**“ des humanen Gesamtsystems (*Anokhin*) ausgeht. Dieses Basiskonzept liegt dem integrativen Begriff „**bewegter, schöpferischer Leiblichkeit in Kontext/Kontinuum**“ zugrunde. Im Sinne einer evolutionsbiologischen Sicht der Hirnentwicklung (*Edelman*), wird der Neokortex als Ort der Neokognitionen gesehen, der sich u. a. entwickelt hat, um die emotionalen Prozesse des limbischen Systems, insbesondere der amygdaloiden Gefühlsregungen – Gefühle können hier als *Paleokognitionen* (*Bischoff*) aufgefasst werden – weitgehend steuerbar zu machen, zu differenzieren und narrativ zu transportieren. Dadurch wurden *Besonnenheit*, eine *volitionale Steuerungsmöglichkeit der Affekte, koreflexive* und zugleich *kokreative „soziale Koordination“* erreicht, die einen massiven Selektionsvorteil boten und damit letztlich alle Kulturleistungen möglich machten. Das reflexiv-rationale Steuerungsmoment wurde aber nicht vom limbischen System abgekoppelt oder ihm übergeordnet. Vielmehr bleiben die basalen emotionalen Steuerungen aktiv und unterfangen alles Kognitiv-Reflexive beständig mit emotionalen Tönungen, wodurch es 'sinnlich-emotional' bleibt, wenn auch mit kognitiv-volitiven Regulationsmomenten versehen, so dass von einer Synergie der **Regulationsprozesse** ausgegangen werden kann, die immer auch als Lern- und Entwicklungsprozesse gesehen werden müssen und die Lebensbewältigung und -gestaltung, ja eine *Lebenskunst* ermöglichen (im antiken Denken die Integration von Thymos/Affektivität und Nous/Geistigkeit durch den Willen). In einem solchen Verständnis müsste aus Integrativer Sicht auch die Idee einer '*emotionalen Intelligenz*' gesehen werden: nämlich als *Synergem* von limbischen/emotionalen und neokortikalen/kognitiven *Regulationsprozessen*¹. Das Konzept der leibgegründeten '**sinnlichen Reflexivität**' ermöglicht sowohl die Idee eines „reflexiven Leib-Subjekts“ als auch der „volitionalen Steuerung des emotionalen Lebens“. Es hat im Hintergrund das Modell einer Verschränkung von wahrnehmend-spürend orientierter Phänomenologie und reflexiv-interpretativer Hermeneutik, die sich durch den Einbezug kulturhistorischer und neurobiologischer Wissensstände als Reflexions- und Narrationsrahmen - der weitausgreifend den leiblich-sinnenhaften Boden nie verliert –, zu einer **Metahermeneutik** übersteigen kann“ (Petzold 2000h).

¹ Die Antike sah den die „Lebenskunst“ [*techne tou biou*] beherrschenden Menschen als Steuerer [*kybernetes*] des Gefühls [*thymos*] durch den Geist [*nous*] und die *arete*, die Tugend (vgl. *Aristoteles* Nicomach. Eth. und Politika).

In der Selbsterfahrung wird immer auf das Erleben der *Verschränkung* des reflexiven Moments mit dem sinnlich-emotionalen Wert gelegt, die emotionale Tönung eines Begriffes ausgelotet: z. B. der kognitiv gebrauchte Begriff *Wertschätzung*, wird im Kontext verdeutlicht als das, was mir wertvoll ist, wie ein Schatz, der mir am Herzen liegt. Die emotionale Aufwallung von *Begeisterung* z. B. wird überdacht auf das hin, was mir den Geist entzündet, auf die Ideen, die mich entflammen. So wird Sinnliches reflexiv und Reflexives zur Sinnlichkeit hin geöffnet.

Weiterhin beinhaltet Selbsterfahrung das *Erleben des Selbst in sozialen Situationen*, in denen es leibhaftig eingebettet ist: „*embodied and embedded*“ (Petzold 2002j/2003a, 2051ff; Clarc 1999), wie es der Begründer moderner Kontexttheorie, L. S. Vygotskij, schon betont hatte. Hier wird eine Sicht in der Integrativen Therapie als ihre Kernposition seit ihren Anfängen vertreten, die heute eine hohe Aktualität gewonnen hat in den Versuchen, Reduktionismus und fragmentierende Sichtweisen zu überwinden, die Andy Clark (1997) für die Neurosciences als Programm formuliert hat: „*Being There. Putting Brain, Body, and World Together Again*“.

All die angesprochenen Bereiche der Selbsterfahrung, alles was das Selbst je erfahren hat, hat sich in Erinnerungen niedergeschlagen – wie ungewiß und unzuverlässig im Detail sie auch sein mögen. Oft sind es „Konstruktionen“ über Erlebtes, die nur mehr oder weniger genaue Realitätskerne, Bruchstücke „historischer Wahrheit“, enthalten (Fried 2004; Loftus 1996; Petzold 1991a/2003a, 325ff; Schacter 1999), was für die Psychotherapie durchaus Probleme aufwerfen kann (*false memories*, Loftus, Hoffmann 1989). Aber zweifelsohne ist das eigene Erleben von Erinnerung bestimmt. „Wir sind Erinnerung“. In der Wiedererinnerung von positiven, defizitären oder negativen Lebenserfahrungen durch „autobiographisches Memorieren“ (Conway 1990; Granzow 1994), besteht ein wesentlicher Teil von Selbsterfahrung/Therapie, weiterhin in den sinnlich-reflexiven, den kognitiven (*appraisal*) und emotionalen (*valuation*) Wertungen dieses Materials, und schließlich auch in der antizipatorischen Arbeit als Entwürfen für die Gestaltung des eigenen Lebens und die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit.

Selbsterfahrung als „Identitätsarbeit“ und „Selbstenwicklung im Miteinander“ unter *chronosophischer Perspektive* (Petzold 2003a, 299ff) ist in der Integrativen Therapie breit gefaßt und geht quer durch alle Therapie-, Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Supervisionsprozesse. Sie ist das „konkretisierende“ Element im Behandlungs- und Ausbildungsgeschehen, die „Synergien schaffende, integrative Kraft“ für das Erleben unterschiedlicher methodischer Ansätze im Verlauf ganzheitlich erfasster Szenen als „sequentiellen Hologrammen“ (ibid. 435, 1053) – z. B. Imaginationen, psychodramatisches Spiel, leibtherapeutische Prozesse, behaviorales Üben in einer Therapiesequenz, vielleicht einer Sitzung.

Selbsterfahrung ermöglicht, dass sich „im Prozess“ sequentiell durchlebter Szenen **kognitives Verstehen, emotionales Erfahren und körperliches Erleben in sozialer Bezogenheit zu Lernprozessen von „VITALER EVIDENZ“** verbinden (ibid. 633, 694f).

Die komplexe anthropologische Position des „Integrativen Ansatzes“ (idem 2003e) steht hinter dieser Konzeption und führt zu der Position, dass *Selbsterfahrung das methodisch-didaktische Instrument* professioneller Ausbildung für psychosoziale Interventionsmethoden ist mit der Maxime, dass „**die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt wird**“. Durch **Selbsterfahrung** wird in der Ausbildung von Integrativen Therapeuten und Therapeutinnen, Supervisoren und Supervisorinnen die *Verschränkung von Theorie, Methodik und Praxis* durch das Erleben von theoretisch und praktisch kompetenten, menschlich integren LehrtherapeutInnen und Supervisorinnen ermöglicht. Diese Theorie-Praxis-Verschränkung macht die Besonderheit der integrativen Methodik und Didaktik im „persönlich bedeutsamen Lernen“ (Sieper, Petzold 1993, Bürmann 1991) aus. Persönliches Interesse, Faszination, emotionales Beteiligtsein, soziale Motivatoren, das sind Komponenten, die mit den kognitiven Lernmaterialien zusammenfließen (wir sprechen von *Konflux*-Prozessen, Petzold 1998a) und komplexe Lerngegenstände und -zusammenhänge besonders intensiv und nachhaltig vermitteln (vgl. Petzold, Steffan 1999b). Auf neurobiologische Aspekte dieses Geschehens sei kurz eingegangen.

6. Neurobiologische Aspekte in der Ausbildung: Lernen „on the brain and on the subject level“ – Förderung von „Regulationspotential“ und „dynamischer Regulation“

Der Integrative Ansatz affirmiert: „Der Lernprozeß schlechthin, nämlich als das Sammeln (über)lebensrelevanter Informationen und Praxen aufgrund erfolgreicher Regulations- und Entwicklungsprozesse, ist die Evolution“ (Petzold 2003e, Petzold, Orth 2004b; Riedl 1981, 1985).

»Der Begriff „**dynamische Regulation**“ ist von zentraler Bedeutung im Integrativen Ansatz. Er stammt aus der *Biologie* und ist aus der Beobachtung lebendiger *biologischer* Systeme hergeleitet, die durch Regulationsprozesse Wirkungen *multipler Stimulierung* (Petzold 1975 e, 1988f) aus den Umweltsystemen und dem eigenen organismischen Binnensystem ihre Funktionsfähigkeit aufrechterhalten, optimieren, entwickeln können. Er wurde in der russischen Physiologie und Neurobiologie von *Anokhin, Bernstein, Lurija* grundgelegt mit Konzepten wie „Steuerung, funktionelle Organisation“ oder findet sich bei *Goldstein* als „organismische Selbstregulation“. Heute wird er oft auch mit dem aus der *Physik* stammenden Prinzip der „**Selbstorganisation**“ verbunden (Es wird in der IT am Regulationsbegriff festgehalten, weil der biologische und der physikalische Systembegriff nicht vollends gleichgesetzt werden können, denn sie sind durch einen nicht übergehbaren Parameter unterschieden: *Leben*). Mit „dynamischer Regulation“ und „Selbstorganisation“ werden die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen bezeichnet, die durch das Zusammenwirken (die „Synergie“, Petzold 1974j) von Teilsystemen zustande kommen. Die nichtlineare Systemdynamik offener physikalischer Systeme fern vom thermodynamischen Gleichgewicht (*Prigogine*) ermöglicht durch Nutzung von Energie aus dem Umfeld *Selbstorganisation*. „Dynamische Regulation“ ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ (Petzold 1990b) beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (*Prigogine*), der „Katastrophentheorie“ (*Thom*) oder der „Synergetik“ (*Haken*) sind« (Petzold 2000h).

Der evolutionäre Prozeß selbst *organisiert* sich als eine *Metalemnprozess* in „dynamischen Regulationen/Selbstorganisationsprozessen“ in immer komplexeren Formen: »Von den primitiven – jedoch biochemisch schon höchst komplizierten – Lernprozessen der Einzeller zu den hochorganisierten Lernvorgängen in Vielzellerorganismen bis zu Formen intelligenten Lernens bei den höheren Säugern, zum menschlichen „reflexiven“, die Bereiche des Wissens durchmessenden schließlich Lernen des **Leibsubjektes** als **transversal „informierter Leib“** (Petzold 1988n) war es ein weiter Weg in der Evolution, ein langer Weg permanenten Lernens, denn Humanlernen ist Ausfluß der prinzipiellen Lernfähigkeit lebendiger organischer Materie. Macht man sich klar, dass Evolution und Lernen sozusagen gleichgeordnet sind, funktionelle Äquivalente, so ist damit die ganze Bedeutung von Lernen und die ganze Weite und Tiefe eines sich annähernden Verstehens von Lernen erahnbar« (Sieper, Petzold 2002).

Es war und ist ein Lernen als Praxis von Verhalten, das in integrativer Sicht mit einem „weiten“ Verhaltensbegriff konnotiert wird, der kognitive, emotionale, volitionale, aktionale Dimensionen hat und sich als ein komplexes Geschehen von „perception-processing-action“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) darstellt. Was das nun „on the brain level“ heißt, ist Gegenstand umfassender Modellbildung und Forschung von *Lurija, Hebb*, bis *Kandel* – um drei Protagonisten zu nennen – und es ist noch kein Ende abzusehen, obgleich unser Wissen über die neurobiologischen Grundlagen des Lernens immens gewachsen ist.

»**Lernen** ist die durch **Hirnprozesse** geschehende Veränderung einer Verhaltensmöglichkeit des Subjekts und gründet einerseits in Prozessen der bewußt wahrnehmenden **Beobachtung**, aber auch der **subliminalen Wahrnehmung** [von außenweltlichem und innerleiblichem Input] und ihren begleitenden emotionalen Resonanzen sowie der weitgehend unbewußten, konnektivierenden und zugleich diskriminierenden Vernetzung mit mnestischen, d.h. im Gedächtnis archivierten Erfahrungen. Diese sind ein *differentiell* - d.h. modalspezifisch (z.B. verbale, imaginale, olfaktorische Gedächtnismodalität) - und *holographisch*, d.h. ganzheitlich, szenisch/atmosphärisch wahrgenommener und aufgezeichneter/archivierter Zusammenhang, der leicht spontan abrufbar ist (*retrievals, retrieving*) oder internal aktivierbar sein sollte (*memories, memorising*). Lernen beruht andererseits auf den mit diesen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen verbundenen Handlungs- und Regulationsabläufen (perception-processing-action-cycles, Petzold et al. 1994), auf bewußtem und systematischem oder auf nicht-bewußtem, fungierendem **Üben**. Die Aspekte der Beobachtung, der Konnektivierung und der Übung kommen auch in komplexen narrativen, interpretativen und diskursiven Lernprozessen 'höherer Ordnung' - z.B. Problemlösungs- oder Diskursstrategien - zum Tragen. Denn wenn man immer wieder in Ko-respondenzprozesse, Begegnungen und Auseinandersetzungen zu theoretischen und praxeologischen Fragen in systematische Metareflexionen auf mehreren Ebenen und mit verschiedenen theoretischen Optiken eintritt, so erfolgt ein **Üben** im multiplen Konnektivieren, im Bilden von Synthesen, im ko-

kreativen Finden von Lösungen, ein Schärfen komplexen 'Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens, Erklärens' und mit dem iterativen Durchlaufen dieser 'hermeneutischen Spirale' ein fortwährendes Erweitern der persönlichen und (bei Gruppen) kollektiven **Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität** bzw. des vorhandenen Emergenzpotentials von Systemen (z. B. von Subjekten als personalen Systemen). Darin liegt die Möglichkeit sowohl individueller wie auch kollektiver Entwicklung.

Grundlage bleibt dabei die untrennbar zu sehende Verschränkung der Interaktion von informationsgesättigter (natürlicher und sozialer) Umwelt [I] mit dem Organismus und seiner durch ein immenses Potential von Genen [II] bestimmten Ausstattung. Sie bewirkt über ultrakomplex konnektivierte neuronale Netzwerke **Verhaltensperformanzen** [III]. Diese wiederum ermöglichen ein 'environmental feedback' auf solche **Performanzen** [IV] (Gelingen, Mißlingen, erneute Korrektur, erneutes Mißlingen, gegebenenfalls Selektion oder Zugrundegehen) und damit potentiell das Emergieren neuer **Formen** aus 'einem Prozess'. Letztlich handelt es sich um komplexe Steuerungs-/ Regulationsprozesse bzw. Prozesse der Selbstorganisation auf allen Ebenen des Systems (neurohumorale, emotionale, kognitive, sozial-kommunikative Regulationen), die als solche auch mit permanenten Lernprozessen auf diesen Ebenen gleichbedeutend sind« (vgl. Sieper, Petzold 2002).

Lernen geschieht in konkretem Verhalten, verstanden als Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Prozesse, welche neuronale Erregungsbereitschaften und -muster, vorhandene neuronale Verschaltungen und regionale Netzwerke aktivieren. Diese werden in eben diesen Aktivierungen bekräftigt, erfahren neuroplastische Anpassungen bzw. entwickeln neue Verschaltungen. Damit sich Bahnungen, Verschaltungsmuster und neue Erregungsbereitschaften stabil etablieren können, müssen Aktivierungen *wiederholt* und über *längeren Zeitraum* oder ggf. *event-abhängig mit besonderer Intensität* zur Wirkung kommen (z. B. neuroendokrine Negativaktivierung: Stress-/Traumaerfahrung, aber auch neuroendokrine Positivaktivierung: Glücks-/Erfolgserfahrungen). Aktivierungspotentiale, Bahnungen, Verschaltungen, Netzwerke sind also „nutzungsabhängig“, „aktivierungsabhängig“. Die so erfolgenden Veränderungen der „synaptischen Effizienz“ (1), der „strukturellen synaptischen Anpassung“ (2) und der adaptiven „Modifikation komplexer neuronaler Verschaltungen“ (3) sind **Regulationsprozesse**, die als „Lernen“ auf der neurobiologischen Ebene bezeichnet werden können.

Solche *nutzungsabhängige* (Merzenich et al. 1983) oder *eventabhängige*, von aktivierenden, z. T. emotionsintensiven (Davidson et al. 2000; Hüther, Rüter 2003) – in der Regel biopsychosozialen – **Erfahrungen** (Selbst-Erfahrungen) bestimmte Lernprozesse betreffen *alle Ebenen* des menschlichen Systems (= Leibsubjekt in Kontext/Kontinuum, Petzold 1974k), nicht nur die kognitiven Steuerungs- bzw. Regulationsprozesse, mit denen sich die „cognitive neurosciences“ befassen, sondern auch die emotionalen und sozialen, wie die „affective neuroscience“, die „neurobiologische Kontexttheorie“ (Clark 1997; Freeman 1995) und die „Entwicklungsneurobiologie“ (Rutter 2000; Herpertz-Dahlmann 2004) zeigen. Damit bestätigt heute die Neurobiologie den von der Integrativen Therapie seit ihren Anfängen vertretenen **biopsychosozialen Ansatz** in der „Theorienbildung“ (**Bio**: Biologie, Ökologie, Medizin; **Psycho**: Philosophie, Psychologie, Pädagogik, Pastoraltheologie; **Sozio**: Sozialökologie, Soziologie, Politikwissenschaft). Und sie fundiert seine Umsetzung in der „Anwendung/Praxeologie“ (Referenzpraxeologien: Medizin, Psychotherapie, Agogik, Pastoral) – so für den sozialgerontologischen Interventionsbereich beschrieben und in einer Graphik dargestellt (Petzold 1965, Abb. S. 6/ repr. 1985a, Abb. S. 88) und für die Psychotherapie adaptiert unter Vernetzung der drei Mainstreamverfahren (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Experimentelle Psychotherapie, d.h. Gestalttherapie/Psychodrama/Leibtherapie) als „**Integrative Therapie**“. Diese kennzeichnet ein „*multimodales Vorgehen, systemtheoretische Sicht*“, orientiert auf „*biographischen, aktuellen, prospektiven Kontext, komplexes Lernen und integrative Regulierung*“ (Petzold 1974k, 304, Abb III/ repr. 2003a, 64 Abb. 3). Ein solches Modell stellte seinerzeit, so kann man das im Rückblick heute sagen, die wohl komplexeste Konzeptualisierung einer „ganzheitlichen und differentiellen Therapie“ in der damaligen Psychotherapie – selbst unter internationaler Perspektive – dar, für die wir den Namen „**Integrative Therapie**“ oder „**Integrative Humantherapie**“ geprägt hatten, um die Eingrenzungen auf „Psychotherapie“ und den von diesem Begriff implizierten Dualismus zu vermeiden.

Das hat natürlich für die Praxis von Therapie und Supervision immense Konsequenzen: Es darf „*neben den Prozessen der Einsicht, der kognitiven Kompetenz (ihr Vollzug wird als Verhalten gesehen) niemals die Performanz (overt behavior) in der Psychotherapie vernachlässigt werden*“. Die Prozesse des Lernens und der Verhaltenssteuerung/Regulation, der Kompetenz-Performanz-Verschränkung, der *Aktivierung* oder *Hemmung* sind durch die Aktivität von Neurotransmittern bzw. Neuromodulatoren bestimmt, was natürlich auch zu Konsequenzen für den Einsatz von entspre-

chenden Medikamenten in Therapieprozessen führt und zu einer neuen Ausrichtung in der Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie (Gabbard 2000; Gabbard, Kay 2001; Hüther, Rüther 2003) – auch in der Behandlung Suchtkranker (Petry 2001). So hat die verhaltensbezogene Aktivierung des katecholaminergen Systems massive Effekte auf die synaptische Signalübertragung. Die Aktivierung des dopaminergen Systems führt zur Veränderung „kortikaler Landkarten“ (Spitzer 2002). Erfolgreiche Verhaltensweisen sind mit einer klaren Entsprechung in der Aktivierung dopaminergener Neuronen auf der Dimension der Belohnung und ihrer *Erwartung* verbunden. Nicht allein die erfolgreiche Ausführung und die damit verbundene Belohnung ist wichtig für neues Lernen, sondern dieses tritt ein, wenn auf das Verhalten eine ungewöhnliche, neue Antwort erfolgt, die nicht erwartet wurde. TherapeutInnen, die ihre PatientInnen überraschen können: mit ungewöhnlichen Ideen, Metaphern, Handlungsvorschlägen (allerdings solchen, die für den Patienten im „Bereich des Vorstellbaren“ liegen und ihn nicht befremden oder verletzen, hohe Dissonanzen erzeugen) haben die Chance, das dopaminerge System so anzuregen, dass veränderungswirksames Lernen erfolgt. Die Kunst, einem Patienten eine Beziehung und Umgebung zur Verfügung zu stellen, in der er „Erfahrungen von vitaler *Evidenz*“ (wie oben definiert), Erfahrungen von „persönlicher Innovation“ machen, ja in denen „er sich selbst überraschen“ kann, wird auch auf der Ebene des Gehirns Wirksamkeit zeigen (Sieper, Petzold 2002). Alte Regulations-/Steuerungsprozesse und die mit ihnen verbundenen Aktivierungsbereitschaften und Bahnungen werden destabilisiert und können sich damit neu organisieren. Die cerebrale Neuroplastizität macht das möglich. Ob und auf welche Weise suchtmittelinduzierte Lernprozesse, wie sie in Untersuchungen zum „Suchtgedächtnis“ (Böening 2002a, b) nachgewiesen wurden, durch rein psychotherapeutische Maßnahmen (z. B. Reizkonfrontation) nachhaltig verändert werden können, oder ob effektive Kombinationsbehandlungen gefunden werden können, ist noch eine Frage der klinischen Forschung und Experimentation. Auf jeden Fall ist in diese Richtung zu arbeiten

Diese sehr kurz und allgemein umrissenen Lernvorgänge „on the brain level“ sprechen durchaus für eine *erlebnisaktivierende* Praxis der Intervention, wie sie die **Integrative Therapie, Integrative Supervision** und **Integrative Agogik** in „multidiskursiven Suchbewegungen“ entwickelt haben, in der Arbeit mit PatientInnen zur Anwendung bringen und in der Ausbildung durch Methodenvermittlung und Selbsterfahrung lehren. Ihnen stellt sich die keineswegs leichte Aufgabe (Gabbard 2000), den neurobiologischen *Diskurs* und das von ihm generierte Wissen mit den psychotherapeutischen und agogischen *Diskursen* und ihren Wissensständen (und den sich daraus ableitenden Zielsetzungen, vgl. Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) in organischer Weise ohne Reduktionismen, aber auch ohne interpretative Ueberdehnungen zu verbinden. Es ist zu hoffen, dass es TherapeutInnen in diesen Konnektivierungsprozessen gelingt, wissenschaftliche Kenntnisstände und menschlich-mitmenschliches Engagement als „medium and message“ (Sieper, Petzold 2001) zu verbinden, mit ihren PatientInnen als am Therapiegeschehen „partnerschaftlich Mitwirkende“ *salutogene* Beziehungen/Affiliationen herzustellen (Antonovsky 1987; Lorenz 2003), **Souveränität** als „shared locus of control“ zu fördern, wechselseitige Einfühlung und Wertschätzung in einem kokreativen Klima zu ermöglichen und auch psychologisch-fachlich fundiertes Wissen in einer Art zu vermitteln, dass es für Patienten als relevantes „Lebenswissen“ nützlich und fruchtbar werden kann.

Salutogene Beziehungen im Lebenskontext finden wir in gelungenen Freundschaften, Partner- und Kollegenschaften, die gemeinsames Erleben guten Miteinanders (Konvivialität), von Freude, Glück, Freiheit, kreativem Tun (Konflux-, Kokreationserleben) ermöglichen, in denen sich Menschen im Engagement für eine „gute Sache“, in einem „kultivierten Altruismus“ treffen (denn „Helfen ist gesund!“), sich in geteiltem „Erleben von Schönheit“ – „Naturerleben“, „ästhetischen Erfahrungen“ (Petzold 1999q; Petzold, Orth 1998; Petzold, Osten 2004) –, in geteilten „bedeutungsvollen Werten und Sinnerfahrungen“ finden. Solche Beziehungen sind die Matrix für reiche, strahlkräftige Persönlichkeiten bzw. den Wiedergewinn von Gesundheit, Lebensmut und Lebensfreude (Petzold, Orth 2004a,b).

Das alles sind protektive und salutogene Lebens- und Erlebensqualitäten, die genau die psychophysiologischen „Lagen“ und die Prozesse im „personalen System des Leibsubjektes“ gewährleisten und die Verhältnisse herstellen, welche „**optimale Regulationen**“, d. h. Selbstorganisationsprozesse auf allen wesentlichen Ebenen, ermöglichen. Wir haben hier eine wichtige *Schnittstelle*: Die dem *Diskurs* des Alltagswissens unmittelbar einsichtigen, voranstehend genannten Bedingungen, die Gesundheit und Wohlbefinden erhalten und fördern, sind auch die, die nach dem wissenschaftlichen *Diskurs* der Neurobiologie *gesunde* und *funktionale* neurohumorale, psychophysiologische, immunologische Steuerungsprozesse gewährleisten. Zugleich aber bewirken diese gut funktionie-

renden Regulationsvorgänge den Vollzug gesunden Verhaltens und wohlbefindliches Selbsterleben – beide Bedingungen sind also *verschränkt* zu denken.

Es ist hier auch weiterhin eine *Schnittstelle* zwischen dem neurobiologischen und dem philosophisch-anthropologischen *Diskurs* gegeben:

Wenn nach dem anthropologisch-philosophischen *Diskurs* der „*Mensch als Mann und Frau Körper-Seele-Geist-Wesen ist, also Leib-Subjekt in der sozialen und ökologischen Umwelt, d. h. in der Lebenswelt ist, und in der bewussten und unbewussten polylogischen Interaktion von 'Du, Ich, Wir' in Kontext und Kontinuum des Lebens seine Subjekthaftigkeit und Personalität gewinnt*“ (vgl. Petzold 2003e), dann gilt es, die genannten regulativen Fähigkeiten auf all diesen anthropologisch differenzierten Ebenen zu erhalten und zu entfalten. Und wenn gesunde Menschen mit störungsfrei funktionierenden Persönlichkeiten nach dem neurobiologischen *Diskurs* durch ein hohes **Potential an Regulations- und Entwicklungsfähigkeit** auf vielfältigen Ebenen gekennzeichnet sind, dann muß man anfangen, nach den neurobiologischen Funktionsprinzipien und regulativen Grundlagen zu suchen. Hier liegt eine Aufgabe künftiger Forschung und Modellbildung.

Das Modell der **Steuerung** bzw. **Regulation/Organisation** ist ein solches Konzept, das mehrere Bereiche „quert“ und das aufgrund seiner Komplexität und Mehrschichtigkeit deshalb nicht *monodisziplinär* bestimmt werden kann, sondern multidiskursive Ko-respondenz zwischen verschiedenen Disziplinen, multi- bzw. interdisziplinäre Beiträge braucht. Auf einige Aspekte sei kurz eingegangen, ohne das Konzept der **Regulation** in seiner Gesamtheit hier entfalten zu können.

Schon in dem frühen, und über die Jahre unveränderten Grundmodell „Integrativer Therapie“ (Petzold, 1974k, 302f, Abb. III, repr. 1988n, 74/2003a, 64, Ab. 3) war die „**Integrative Regulierung**“, die „*kognitive, emotionale und behaviorale Regulierung*“ verband (ibid. Abb. III S. 304) ein Kernkonzept und Kernanliegen, dessen von den frühen Arbeiten *Pierre Janets* und *Anokhins* und *Lurijas* ange-regt wurde und dessen konzeptuelle Konsistenz heute durch Modelle von *Kelso* und *Haken* sowie klinisch von den „affective neurosciences“ (*Davidson et al.* 2000, 2002) gestützt wird. Besonderer Einfluß für dieses Modell kam in der Integrativen Therapie weiterhin aus der Überforderungs- und Stresstheorie und -forschung und frühen Bournout-Modellen (*Mierke* 1955; *Petzold* 1968a, b, c, 1989a; *Seyle* 1998) - und aus der modernen Traumatheorie und -forschung (*Hüther* 1996; 1998; *Petzold, Wolf et al.* 2000, 2002; *Sapolsky* 1996, *Sapolsky et al.* 2000; *Taue* 1989, 1998; *Yehuda* 1997, 2001). Auf diesen Grundlagen wurde das traumtherapeutische Modell und Verfahren der Integrativen und **Differentiellen Regulation**, **IDR** (*Petzold* 2000g, 2004l; *Petzold, Wolf et al.* 2000, 2002) entwickelt, in dem das Konzept der „**dynamischen Regulation**“ zentral steht.

»Unter dem Konzept „**dynamisches Regulationssystem**“ wird die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden personalen Subjektes verstanden, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu *steuern* – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen mit den neurophysiologischen und endokrinologischen Abläufen (z. B. HPA- Achse), über emotionale und kognitive Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch **Entwicklungsperspektiven** und **Entwicklungsprozesse** gehören. Gut fungierende Prozesse „dynamischer Regulation“ können als eine Metaressource des Systems betrachtet werden. In ihnen wird „organisierte Information“ (**OI**) mit unterschiedlichen *Niveaus* von Komplexität und Strukturiertheit beständig durch „transformative Konfigurationen“ (**TF**) um-, neu-, und weitergestaltet (*Petzold et al.* 1994, 535ff), „reformatiert“ « (*Petzold* 2000h).

Daraus folgt für die Therapiemethodik wie für die Supervisions- und Ausbildungsmethodik/didaktik:

- Es muß das *Regulations- und Entwicklungspotential* der *körperlich-leiblichen Dimension* angesprochen werden (Wahrnehmung, Expressivität, Beweglichkeit, Spannkraft, Spannungsregulation durch Methoden der Integrativen Leib-, Bewegungs- und Sporttherapie, vgl. *Petzold* 1988n; *Petzold, Bloem, Moget* 2003; *Hausmann, Neddermeyer* 1996; *Höhmann-Kost* 2002; *Schay et al.* 2005; *van der Mei et al.* 1997; *Voutta-Voß* 1997s),
- das *Regulations- und Entwicklungspotential* der *seelischen Dimension* (d. h. die emotionalen, motivationalen, volitionalen Prozesse durch Methoden der integrativen Arbeit mit Emotionen, Motiven und Volitionen, vgl. *Jäckel* 2001; *Petzold* 1995g; *Petzold, Sieper* 2003; *Rahm et al.* 1993).
- Es muß das *Regulations- und Entwicklungspotential* der *geistigen Dimension* berücksichtigt werden (d. h. der kognitiven und höheren mentalen Prozesse durch Methoden der kognitiven Beeinflussung, der narrativen Praxis, der philosophischen Therapeutik, des Sinngesprächs, der Meditation, der ästhetischen Erfahrung und Praxis der Lebenskunst etc. vgl. *Kühn, Petzold* 1992; *Petzold* 1983d; 1999q, *Petzold, Osten* 2004; *Petzold, Orth* 2004a,b).

- Das *Regulations- und Entwicklungspotential* auf der *sozialen Dimension* im sozialen Netzwerk und persönlichen Konvoi sind zu fördern (Dialog- und Polylogfähigkeit, empathische, intergenerationale, interaktive und kommunikative Kompetenz/Performanz, Passungs-, Affiliations- und Konvivialitätsqualitäten zur Bekräftigung von Selbstwert durch Wertschätzung, von Souveränität durch Kontrollmöglichkeiten, soziales Engagement und gelebter Altruismus sind zu bestärken, vgl. *Petzold, Müller* 2005; *Scheiblich, Petzold* 2005; *Petzold* 2004a, 24ff, 2003a, 781-808; *Hass, Petzold* 1999; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004).
- Das *Regulations- und Entwicklungspotential* zum *ökologischen Kontext* in Lebensraum, in institutionellem Rahmen ist auf dem Boden der Erkenntnisse der *ökologischen* Psychologie und Interventionspraxis zu fokussieren, denn die Mensch-Umwelt-Passung ist aus einer „ökopsychosomatischen“ Perspektive wesentlich und zu fördern (durch aktive Umwelt- und Wohnraumgestaltung, gemeinsames Naturerleben, Outdoor-Sporttherapie vgl. *Petzold, Orth* 1998, 2004b; *Saup* 1992; *Petzold* 2004a, 321-360; *van der Mei, Petzold, Boscher* 1997) – vgl. zum Ganzen *Sieper, Petzold* (1993c).

Der integrative Schlüsselbegriff „**dynamische Regulation**“ mit seinen Konzepten „**Regulationspotential, Regulationskompetenz, Regulationsperformanz**“ (*Petzold* 2002b/2004 *Petzold, Müller* 2005) hat immer auch „**Entwicklungspotentiale**“ mit im Blick. **Regulationskompetenz** und **Regulationsperformanz** des menschlichen Gesamtsystems gewährleisten, dass auftretende Dysregulationen hinlänglich ausgeglichen werden bzw. in den „gemäßigten Ungleichgewichten“ des „Spielraums“ bleiben, über den das System in seinen Freiheitsgraden bzw. seinem Toleranzspektrum verfügt. **Therapie heißt dann: Unterstützung der dynamischen Regulationsprozesse.** Eine solche Sicht verengt das Regulationskonzept nicht physiologistisch, begrenzt es nicht durch homöostatischen Harmonismus oder sieht es nicht nur als „*Binnenprozess* des Systems“ – eine Tendenz, die sich bei *Grawe* (2004) in seinem neuen Konzept der „*Neuropsychotherapie*“ findet, wenn er Perspektiven einer „*klinischen Sozialpsychologie*“ (*Petzold, Müller* 2005) und klinisch relevanten Soziologie und Sozialwissenschaft – gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Dimensionen also – kaum und anthropologische Fragen gar nicht aufgreift, anders als das die Begründer dieser Idee der „*Regulierung*“ bzw. „*Regulation*“, die Physiologen und Neurowissenschaftler *Anokhin, Bernstein* und *Lurija*, getan haben. *Bernstein* fokussierte die Bewegung „in die Welt hinein“, *Lurija* sah mit *Vygotskij* die Welt des Sozialen, des „*Intermentalen*“ als Grundlage des „*Intramentalen*“ – für *Anokhin* sind Organismus und Umfeld/Gesellschaft als Gesamtsystem verbunden. Für den Integrativen Ansatz sind vor diesem Hintergrund Individuum und Gesellschaft, Mensch und Lebenswelt verschränkt. *Regulation* und *Regulationspotentiale* wurzeln zwar in der *organismischen Grundlage*, greifen aber immer auch ins Soziale bzw. Sozioökologische aus, wie die *biopsychosoziale* bzw. *biopsychosozialökologische* Theorie der Integrativen Therapie betont (*Petzold* 1974j, 304, 2001a).

„Im Integrativen Ansatz werden die Prozesse **dynamischer Regulation** zwischen Systemen als **Passung** bezeichnet, die eine *hinlänglich* gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation durch 'transformative Konfigurierungen von Information' (*Petzold et al.* 1994, 528) ermöglichen und gewährleisten. Der Begriff **dynamisch** verweist auf ein permanentes Wechselspiel von Gleichgewichts-Ungleichgewichts-Zuständen, wie sie die Modelle nonlinearer Systemtheorien (dissipative Strukturen, *Prigogine*, Synergetik, *Haken*) beschrieben haben“ (*Petzold* 2000h).

Es zeigt diese Konzeption, welcher komplexer Ansatz für eine erfolgreiche Behandlung erforderlich ist – gerade die Störungsbilder der Suchterkrankungen mit ihren sozioökologischen und lebenslage-spezifischen Einflüssen macht das deutlich –, was in einer differenzierten therapeutischen Arbeit geleistet und in einer qualitätsvollen Ausbildung deshalb vermittelt werden muß. Die aufgeführte Literatur zeigt, dass in all den angesprochenen Bereichen auch intensiv geforscht und praxeologisches Rüstzeug erarbeitet wurde, es sich also nicht (wie so häufig in der Psychotherapie-/Soziotherapieszene und ihren Ausbildungsprogrammen) um eine Aufzählung von Schlagworten handelt. Die im Integrativen Ansatz entwickelten Konzepte, Methoden und Behandlungstechniken (z. B. Netzwerkdiagramme, Lebenspanorama-Technik, Identitätssäulen etc., vgl. *Petzold, Orth* 1994; *Petzold, Sieper* 1993; *Hass, Petzold* 1999), die in der Patientenarbeit eingesetzt werden, kommen auch in der *professionellen und persönlichen Selbsterfahrung* (*Petzold, Steffan* 1999a, b) zum Einsatz gemäß der integrativen Maxime, dass die „**Methode durch die Methode gelehrt und erlernt wird**“.

7. Die forschungsorientierte und praxeologische Ausrichtung der Integrativen Therapie im Feld moderner Psychotherapie und ihre Bedeutung für die Weiterbildung: „Von der Praxis zur Theorie, zur Forschung und zurück“

Die bis hierhin vorgestellten und entfalteten Konzepte müssen – das ist unsere Position – natürlich auch im Zusammenhang mit den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung, der Supervisionsforschung (Petzold, Schigl et al. 2003) den Entwicklungen im Feld der klinischen Praxis und den wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich moderner Psychotherapie betrachtet werden, zumal die „Integrative Therapie“ als klinisches Verfahren in ambulanten und stationären klinischen Einrichtungen und der freien Praxis von Psycho- und SoziotherapeutInnen und SupervisorInnen eine forschungsorientierte, auf psychologische und neurobiologische Grundlagenforschung zurückgreifende Orientierung hat (Märtens, Petzold 1995a, b; Steffan, Petzold 2001) und die Psychotherapieforschung in ihrer Konzeptbildung bezieht sowie zu ihr durch eigene Forschungsarbeit beiträgt (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Märtens 1999; Märtens, Leitner, Steffan, Telsemeyer, Petzold 2002). Die Ergebnisse solcher Forschung müssen in Therapieausbildungen vermittelt werden und in der Praxis zum Tragen kommen, denn „Praktiker können von Forschung lernen“ (Strupp 1999), weil „Psychotherapieforschung für die Behandlung in der privaten Praxis Bedeutung“ hat (Lopez-Frank, Veith, Willutzki 1999) und für die stationäre klinische Arbeit (Schneider 1999; Thomas, Petzold, Schay 2005) unverzichtbar ist. Andererseits müssen auch Fragestellungen und Probleme der Praxis in die Forschung getragen werden (Beelmann, Hamm 1999; Petzold 2005; Steffan, Petzold 2001). So generiert **Praxis** Heuristiken, die zu Forschungsfragestellungen führen, welche die **Forschung** untersucht und als Forschungsergebnisse an die Praxis zurückgibt, die sie umsetzt und wiederum beforschen läßt, wie es das „generative Theorie-Praxis-Modell für heuristik- und forschungsgegründetes Erkennen und Handeln in der Psychotherapie“ (Petzold 1991a/2003a, 135, Abb. 2) dargestellt hat.

Die Psychotherapieforschung hat in breiter Weise therapiewirksame Strategien bzw. Faktoren herausgearbeitet, von denen ausgesagt werden kann, dass sie auf Prozesse der Heilung, der Symptomreduktion, auf das Wohlbefinden des Patienten eine positive Auswirkung haben (Bergin, Garfield 1994; Lambert 2004; Petzold, Märtens 1999). Diese Strategien oder „WEGE“ konvergieren mit therapiewirksamen Praktiken, die sich – in der Regel allerdings immer nur partiell – in den verschiedenen psychotherapeutischen „Schulen“ finden. Grawe und Forscher wie Bergin, Garfield, Orlinsky, Lambert haben über viele Jahre die Fragen der Wirkungen in großangelegten Forschungen, Analysen und Metaanalysen untersucht. Neben dem „generischen Modell der Psychotherapie“ (Orlinsky, Howard 1986), das eine allgemeine Struktur von Psychotherapie zu konzipieren versuchte, ist es das besondere Verdienst von Grawe und seinen MitarbeiterInnen aus den vorliegenden Forschungsergebnissen (Gesamtergebnisstand der experimentellen Therapieforschung, Grawe, Donati und Bernauer, 1994 und der korrelativen Prozess-Outcome-Forschung Orlinsky et al. 1994; Orlinsky et al. 2004) schulenunabhängige „Wirkfaktoren“ herausgearbeitet zu haben.

Heute haben sich die Kenntnisstände der internationalen Psychotherapieforschung und der klinischen Psychologie und Neurowissenschaften in einem Maße *vernetzt*, dass jede Richtung darum bemüht sein muß, theoretisch-konzeptuell und methodisch-praktisch eine hinlängliche „Anschlussfähigkeit“ zu gewährleisten, denn nur so kann eine Qualität gesichert und entwickelt werden, die in der Arbeit mit PatientInnen vertretbar ist. Dabei ist ein möglichst breiter Ansatz erforderlich, der von der empirischen psychologischen und neurobiologischen Grundlagenforschung über die Therapieprozess- und Outcome-Forschung bis hin zur Forschung zu theoretischen Fragestellungen – etwa anthropologischer und therapieethischer Art – reicht, so dass die Kooperation unterschiedlicher Forschergruppen mit verschiedenen Schwerpunkten notwendig wird. Moderne Psychotherapie muß ihr Weiterkommen in den Diskursen suchen, die sie bestimmen: In der „community of psychotherapists“ finden sich zur Zeit – immer noch recht unverbunden – eine „community researchers“ und verschiedene „communities of practitioners“ (Schulen und Richtungen), die auch wenig Verbindungen untereinander haben, wo sie sich nicht gerade in ekklesialem Gezänk entzweien oder in Verteilungskämpfen auszugrenzen suchen. Und natürlich ist da noch die „community of patients“ (Petzold, Groebelbauer, Gschwendt 1999), mit der dringend ein partnerschaftlicher Austausch (etwa über PatientInnenverbände) gesucht werden sollte. Insgesamt werden die Möglichkeiten zu partnerschaftlichem und weiterführendem POLYLOG noch wenig genutzt. Dabei gäbe es viel voneinander zu lernen, miteinander auszutauschen, aneinander abzugleichen, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu finden.

7.1 Integrative Therapie in Ko-respondenz – Querblicke auf den Berner Ansatz psychologischer Psychotherapie und Neuropsychotherapie

Um einige Querblicke auf andere Entwicklungen im Felde moderner Psychotherapie zu unternehmen und damit auch einen Blick auf unsere Verortung in diesem Feld zu ermöglichen (vgl. *Petzold* 1993g), haben wir uns entschieden, kurz *einige Aspekte* des Ansatzes von *Grawe* und seiner *Berner* Forschergruppe aufzugreifen. Wir haben uns für diesen Ansatz aus mehreren Gründen entschieden:

- weil er seit Jahren paradigmatisch für innovative Entwicklungen in der modernen, klinisch-psychologisch fundierten Psychotherapie stehen kann und für uns zu den interessantesten Ansätzen in diesem Feld zu zählen ist, weil er – was die Auswertung der internationalen Psychotherapieforschung für die therapeutische Theorien- und Methodenentwicklung anbetrifft (*Grawe* 1997) – die breiteste Abstützung im europäischen Raum hat und wir seine Position einer „Research Informed Psychotherapy“ (ibid.) vollauf teilen (*Märtens, Petzold* 1995, *Petzold, Hass, Petzold* 1997; *Steffan, Petzold* 2001)
- weil er eine gute Anbindung an die internationalen Entwicklungen in der Psychotherapieforschung und -praxis hat,
- weil er weiterhin über eine sehr umfassende Fundierung in eigenen kontinuierlichen Forschungen durch eine ausgezeichnete Infrastruktur verfügt,
- und weil er sich neuerlich um eine konsequente Anbindung seiner Theorienbildung und Praxis an die Neurobiologie bemüht – und hier liegen sehr wichtige Entwicklungsaufgaben für die Psychotherapie in den kommenden Jahren,
- weil *Petzold* über viele Jahre [1980-1998] als Gastprofessor an *Grawes* Abteilung erlebnisaktivierende Methoden der Psychotherapie lehren konnte und in der Praxisstelle die Mitarbeiter supervidierte, also die dortige Arbeit in einer wichtigen Entwicklungsphase aus eigener Anschauung kennen gelernt hatte und diese Mitarbeiter und die gesamte Abteilung auch seine Ansätze in Theorie und Praxis erlebt haben,
- weil die Berner Ansätze auch für Sozialtherapie und Supervision eine hohe Relevanz haben.

Ausserdem ist uns das Paradigma einer nicht schulengebundenen Entwicklungsarbeit im Rückgriff auf die wissenschaftliche Psychologie sehr sympathisch, denn damit ist eine transparente Position weitab von den Mythen und Obskurantismen gegeben, die man im Felde der Psychotherapie und leider auch der Supervision so häufig findet.

Bekanntlich hat *Grawe* vier massgebliche Strategien/Heuristiken/Faktoren – wir nennen sie kurz die „*Grawe-Heuristiken*“ – in verschiedenen Veröffentlichungen herausgestellt:

1. **Ressourcenaktivierung,**
2. **Problemaktualisierung/prozessuale Aktivierung,**
3. **Problembewältigung,**
4. **motivationale Klärung**
5. **Wirkfaktor Therapiebeziehung** (*Grawe* 2005).

Aus den Ergebnissen dieser Ableitung entwickelte *Grawe* u. a. die Ansätze und Forderungen seiner „allgemeinen Psychotherapie“ bzw. „**Psychologischen Psychotherapie**“ (*Grawe* 1998/2004), die er unlängst konsequent im Ausgriff auf die Neurowissenschaften weiter zu fundieren bemüht ist und unter die programmatische Überschrift „**Neuropsychotherapie**“ (*Grawe* 2004) gestellt hat. Dabei sind beide Werke als „Programm“ zu sehen (ibid. 441), nicht als eine neue „Schulbildung“, sondern als Bemühungen, sowohl den Fundus der Psychologie als auch den Fundus der Neurowissenschaften für die Konzipierung therapeutischer Maßnahmen heranzuziehen, weil beides unverzichtbar ist.

Die „Integrative Therapie“ geht mit diesem Programm nicht nur völlig einig (vgl. *Petzold* 1992a, 2003o), sie hat diese Heuristiken der Sache nach stets vertreten und seit den achtziger Jahren, also lange vor *Grawe* auch differentiell benannt. Und doch sind – bei allen Gemeinsamkeiten – deutliche Unterschiede in den Ansatzpunkten sichtbar. So wurde die „**therapeutische Beziehung**“ (*Petzold* 1980g), die *Grawe* (et al. 1994) seiner unsprünglichen Liste neuerlich hinzugefügt hat, als **Metafaktor** gesehen, der bei allen anderen Faktoren eine unverzichtbare Rolle spielt, neben den folgenden Metafaktoren, die wir hinzufügen möchten:

6. „Selbsterfahrung“

Sich selbst in einer differenzierten Weise erfahren, um sich selbst wahrzunehmen, zu erfassen, zu finden, zu verstehen, zu gestalten im Sinne einer „Lebenskunst“ ist durchaus als heilsamer und entwicklungsfördernder Wirkfaktor zu sehen.

7. „konstruktiv kooperierendes soziales Netzwerk“

Dieser Faktor ist nicht nur als „Ressourcenaktivierung“ (bei *Grawe* eine Leistung des Patienten) auf der individuellen Ebene zu sehen, sondern als aktive *Netzwerk/Konvoi-Arbeit* (*Hass, Petzold* 1999) durch das Therapiesystem, so dass durch Sozial- und Netzwerktherapie die „supportive Valenz“ des Netzwerkes zunimmt und der Betroffene hier Hilfen und Unterstützung bekommt. Die Wirksamkeit von Netzwerkinterventionen sind empirisch gut gesichert (*Röhrle* 1994).

8. „hinlänglich konsolidierte Lebenslage“

Auch hier ist ein wesentlicher Faktor zu sehen, da ein „schlechter sozioökonomischer Status“ als einer der wesentlichsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen angesehen wird. Soziotherapeutische, sozialarbeiterische und strukturelle Hilfsmaßnahmen zur Flankierung von Therapien, wo die Betroffenen sich in prekären bzw. desaströsen Lebenslagen befinden, um eine hinlänglich konsolidierte Lebenslage zu finden und damit Lebensstress zu reduzieren, ist als eine wichtige Maßnahme zur Förderung von Heilungs- und Entwicklungsprozessen zu sehen (*Petzold* 2000h).

In allen aber spielt der **Megafaktor** einer **mutuell-empathischen Beziehung** – in der evolutionsbiologisch disponierten „empathischen Grundfunktion“ und „Affiliationstendenz“ (*Petzold, Müller* 2005) verwurzelt – eine zentrale Rolle.

Es sind dies zu einem Teil Verschiedenheiten, für die die von *Lurija* (1993, 177) gemachte Unterscheidung zwischen dem klassischen, „zergliedernden“, „reduktionistischen“ Wissenschaftsansatz und dem eher „ganzheitlichen“, „visionär-künstlerischen“ Wissenschaftsansatz in der Psychologie Perspektiven hergibt. Im ersten Ansatz wird „die lebendige Wirklichkeit auf abstrakte Schemata reduziert ... Die Eigenarten des lebendigen Ganzen geht verloren“ (ibid.). Die Vertreter des zweiten Ansatzes, den *Lurija* mit dem deutschen Physiologen *Max Verworn* (1862-1911) den „romantischen“ nennt (durchaus positiv konnotiert), wollen die „lebendige Wirklichkeit nicht in elementare Komponenten aufspalten“. Sie sehen vielmehr „ihre wichtigste Aufgabe darin, den Reichtum der Lebenswelt zu bewahren, und sie erstreben eine Wissenschaft, die sich dieses Reichtums annimmt“ (ibid.). Für *Lurija* liegen die Stärken und Schwächen beider Ansätze auf der Hand, und er ging einen „mittleren Weg“, der „harte Wissenschaft“ und „Kleinarbeit“ umfasste und dennoch Raum für einen Reichtum an kreativen Entwürfen, vor allem für eine immense Breite der Forschungs- und Interessengebiete bot, was uns sehr anspricht. Wir sehen seine Unterscheidung als ein Spektrum, und weder der Ansatz *Grawes* noch unser Integrativer Ansatz liegt an einem der Extrempole. Indes die Berner Orientierung ist deutlich – schon vom Therapieforschungssetting her bedingt – näher am „reduktionistischen“ Forschungsparadigma, das wir mit *Lurija* keineswegs negativ konnotieren, wir arbeiten selbst immer wieder in diesem Paradigma – in der universitären Forschung geht das nicht anders und das ist auch höchst sinnvoll, wenn man sich nicht in Engführungen und Detailbeobachtungen *fixiert*. „Einer wirklich wissenschaftlichen Beobachtung droht diese Gefahr nicht. Sie erfasst nicht nur Einzelfakten ... Es geht darum, ein Objekt oder ein Ereignis nicht isoliert, sondern in seinen Beziehungen zu anderen Objekten oder Ereignissen zu verstehen“ (*Lurija* 1993, 181). Wir haben mit dem Ingrativen Ansatz sehr breit ausgeriffen, verteten damit einen „ganzheitlichen“ Ansatz (wobei wir den Ganzheitsbegriff durchaus kritisch reflektieren, *Petzold* 1988n, 179ff) und immer wieder auch einen themen- und aufgabenbestimmten „Reduktionismus“, der stets bewusst wieder zum Kontext hin geöffnet wird. *Grawe* (2004, 57ff) vertritt u. E. einen „gemäßigten Reduktionismus“. Wir unterschreiben hier seine Position (ausgenommen die im philosophisch-begriffskritischen Sinn unzulässige Gleichsetzung von Gehirnen und Subjekten, vgl. *Ricœur* 2004, 645). „Die neuronalen Strukturen, die sich bei einem Individuum entwickeln, spiegeln diese Kultur, Gesellschaft, Familie usw.“ ... „Kultur ist das Produkt des Zusammenwirkens vieler individueller Gehirne über viele Generationen hinweg, hat sich aber in ihrer Existenz von diesen individuellen Gehirnen gelöst. Umgekehrt waren und sind die individuellen Gehirne zu einem guten Teil Produkte der jeweiligen, von diesem Gehirn unabhängigen Kultur“ (ibid. 57). Das sind *Vygotskij/Lurija*-Positionen, oder die der neurobiologischen Kontexttheoretiker (*Freemans* „Society of Brains, 1995) - *Grawe* hat diese Strömungen offenbar nicht im Blick. In der Integrativen Theorie „individueller und kollektiver mentaler Repräsentationen“ durch Prozesse der „doppelten Emergenz“ (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994, 551ff) wird ähnlich, allerdings epistemologisch genauer argumentiert: „Mentales ... verlangt als solches beim Individuum immer die materielle Basis des Cerebrums. Gedächtnisinhalte als Informationen basieren auf neurophysiologischen Prozessen, aber sie sind mit diesen nicht gleichzusetzen ... der entstandene Gedanke ist transmaterieller Art und durch die Herstellung einer ‚kulturellen Konserve‘ auch von der Gebundenheit an die neurophysiologische Basis eines individuellen

Erinnerungsvermögens ablösbar“ (ibid. 558f). Er kann in „Produkte kollektiver Emergenz eingehen“, um ggf. in „kommunikativ/interaktiven Prozessen der Sozialisation als ‚transmaterielle Information‘“ wiederum die „biologisch-organismische Materialität“, etwa das Gehirn eines Kindes zu formen“ (ibid. 557). In diesen neurobiologischen Diskurs, den wir in der Integrativen Therapie dezidiert vertreten (ibid. 1994, 523-560, 2002j/2003a, 1051-1092) und der sich in den achtziger und beginnenden neunziger Jahren bei Grawe noch nicht fand, ist dieser inzwischen eingetreten. Es ist der Weg, den unserer Überzeugung nach moderne Psychotherapie zu gehen hat (Schipek 2003) und auch moderne Suchtherapie, gerade wenn man an die Forschungen zum „Suchtgedächtnis“ denkt (Böning 2002b), und es bleibt ihr – wie auch vielen anderen von der Neurobiologie tangierten Wissenschaften (vgl. Fried 2004) – die schon angesprochene Aufgabe, das alte Wissen mit dem neuen abzugleichen und, wo es möglich ist, mit ihm zu verbinden. Grawe hat das für seine **vier** bzw. **fünf Grawe-Heuristiken** und andere Strategien in seinem Werk „Neuropsychotherapie“ begonnen. Es bleibt aber auch das Problem, sich nicht in einer „neurobiologischen Engführung“ zu fangen, denn menschliches Leben und menschliche Kultur müssen breiter angeschaut werden als nur mit dem konzeptuellen Instrumentarium der Neurowissenschaften (Ricœur, Changeux 1998).

Grawes Heuristiken sind aus einer Analyse bzw. aus metaanalytischen Untersuchungen der empirischen Psychotherapieforschung abgeleitet, gingen also **top down** aus **THEORIE**, aus *theoriegeleiteten, variablenbegrenzten* Untersuchungen hervor. Sie gründen in nomothetischen Forschungsdaten, dekontextualisierten, „abstrakten Materialien“ quantitativ-reduktionistisch beforschter Praxis zumeist unter Forschungsbedingungen von universitären, klinischen Settings. (Kritisch ist natürlich zu fragen: „Wer kommt zur Behandlung in die Forschungsstelle eines Instituts für klinische Psychologie, wer in das Therapieforschungsprogramm unter Laborbedingungen einer Universitätsklinik?). Solche Forschung bietet Vorteile und Nachteile. Die Reduktion ermöglicht Komplexität zu reduzieren und die so gewonnenen Daten bieten den Vorteil einer Generalisierung (einer populationspezifischen, vor Übergeneralisierungen muß man sich hüten!). Sie tragen aber auch an genau diesem Reduktionismus, an dem häufig gegebenen Mangel an „ökologischer Validität“ und bei den Metaanalysen an den fragwürdigen Vergleichbarkeiten (was Kritz [2002] in der Überschrift seines kritischen Artikels „Monoklone Therapeuten für Monoklone Symptomträger“ pointiert). Die untersuchten Untersuchungen geben zudem überwiegend Einschätzungen von ForscherInnen und forschungsorientierten TherapeutInnen wieder (und ihrer vorgefassten Meinungen, ggf. Irrtümer, ihre Genderbiases, ihren Ageism, ihre Schichtenselektivität etc. etc.). Feinkörnige, „qualitativ“ explorierte Patienteneinschätzungen, die möglichst wenig durch Fragevorgaben vorkanalisiert wurden, finden sich kaum – hier liegt ohnehin eine Schwachstelle der Psychotherapieforschung, was u. a. auch die Differenzen zwischen Untersuchungen im experimentellen „Goldstandard“ (randomisiert, kontrolliert) und naturalistischen Studien und Erhebungen wie der „Consumer Report Study“ (Seligman 1996) erklärt. Dennoch, diese nomothetische Forschung zeigt trotz aller Schwierigkeiten durch immer bessere Designs und Methoden mit guter Zuverlässigkeit das auf, was für die spezifischen Populationen und Subpopulationen, die untersucht wurden, wirkt (und viele Populationen, besonders aus „benachteiligten Schichten“ wurden nicht untersucht, so dass hier keine Evidenzbasierung gegeben ist und keine Manuale vorliegen).

Die **vier WEGE der Heilung und Förderung** begannen an genau der anderen Seite des „Theorie-Praxis-Spektrums“ (Petzold 1991a/2003a, 85), in der **PRAXIS**, allerdings einer Praxis, die seit Beginn forschungsbegeleitet war (Petzold 1968a, b). Sie gingen **bottom up** aus der persönlichen und kollegialen „systematischen Reflexion“ unseres – seit seinen Anfängen methodenkombinierenden und integrativen – therapeutisch-praktischen Tuns hervor und unserer sehr früh einsetzenden kollegialen Supervisionstätigkeit, in der das Prinzip der „*joined competence*“, der gemeinsamen Kompetenz Leitprinzip war (Petzold, Lemke 1979). Unsere **WEGE** wurden weiterhin maßgeblich beeinflusst durch unser Ferenczianisches „*Mutualitätsprinzip*“ (Ferenczi 1985), die strikte Anwendung des Intersubjektivitätsprinzips (Marcel, Levinas), das Patienten und Patientinnen „als Partner“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998) im Behandlungsprozess sieht, eine „doppelte Expertenschaft“ annimmt: die der Therapeuten für klinische Belange und die der Patienten für lebensweltliche Belange (Petzold, Schobert, Schulz 1991). Deshalb wurde z. B. von den Anfängen Integrativer Therapie an im therapeutischen Prozess immer wieder thematisiert, was gut tut und weiterbringt und was nicht gut läuft. In unseren frühen arbeitspsychologisch-klinischen Untersuchungen zu Überforderungserlebnissen am Arbeitsplatz haben wir in der Diskussion der Forschungsergebnisse mit den Betroffenen, ausgebrannten Gastarbeitern, Konzepte für die Therapie entwickelt (Petzold 1968a, b). Das *PatientInnenurteil*, ihre „subjektiven Theorien“ (*subjektive mentale Repräsentationen*, Petzold 2003a, 1053) und deren Rückbindung an die „kollektiven mentalen Repräsentationen“ ihrer Sozial-

welt, hier kommen unsere Studien der Sozialpsychologie bei *Serge Moscovici* (2001) ins Spiel, waren und sind wichtiger Bestandteil der Therapie. So floss in die Konzeptualisierung der **vier WEGE** neben dem Praktikerwissen, der „clinical wisdom“ (ibid. 339f) erfahrener TherapeutInnen und SupervisorInnen, immer in reichem Masse *PatientInnenwissen* ein. Die Prozesse, das vielfältige, erlebniskonkrete Material der Therapiesituationen wurde stets „ganzheitlich und differentiell“ – also nicht reduktionistisch – betrachtet.

Die Probleme eines solchen Ansatzes liegen so flach auf der Hand wie seine Vorteile. Überkomplexität und Überdeterminiertheit einerseits und hohe Spezifität, ja Singularität und subjektive Faktoren andererseits machen Generalisierungen nur schwer möglich, müssen Plausibilität und Kohärenz an die Stelle von empirischer Objektivität stellen. Empirische Gültigkeit und Zuverlässigkeit sind auf Grund der hohen Subjektivität der Daten, der Qualität der Einzelsituation (Einzelfallstudien) eingeschränkt zu Gunsten von „face validity“ „ökologischer Validität“ und der Zuverlässigkeit des „klinischen Konsenses“ der Experten (TherapeutInnen **und** KlientInnen), die darüber befinden, ob sich das Verfahren „in der Praxis bewährt“ hat – für *Karl Popper* durchaus ein Kriterium.

Die Konsequenz ist klar und wurde in der Integrativen Therapie und Integrativen Supervision auch gezogen: der idiographische Ansatz muss durch nomothetische Forschung unterfangen werden. In *sophisticated designs* müssen qualitative und quantitative Zugangsweisen verbunden werden (*Steffan, Petzold* 2001).

*Praktikerwissen bleibt wertvoll und unverzichtbar, muss aber mit **Forscherwissen** verbunden werden, **Forschungserkenntnisse** sind unverzichtbar, müssen aber mit **Praxiserkenntnissen** angereichert, konkretisiert, spezifiziert werden, so dass ein **Praxis ► Heuristik ► Theorie ► Forschung ► Praxis- Zyklus** entsteht. (*Petzold* 1991a/2003a, 134-137, Abb. 2)*

Offenbar ist auch *Grawe* beide Wege gegangen: **Von der Praxis zur Forschung und zurück, von der Forschung zur Praxis und zurück**, und wo man anfängt, darüber lohnt es nicht zu streiten. Denn schaut man in die abschließenden Konsequenzen seines neuen Buches „Neuropsychotherapie“ mit den „Leitregeln für die Psychotherapiepraxis“ (*Grawe* 2004, 433ff), so findet man Leitlinien von *praxeologischem* Charakter, deren Spezifität, wenn sie denn in Therapiesituationen konkretisiert werden müssen, von der Forschung, der neurowissenschaftlichen gar, nur sehr generell abgedeckt ist. Denn die Frage: „*What happens on the brain level ?*“, deren Beantwortung von kaum zu überschätzender Bedeutung ist – auch für integrative TherapeutInnen –, ist beim derzeitigen Stand der Forschung und auch noch auf längere Zeit in der klinischen Einzelsituation nicht objektiv und zuverlässig zu beantworten (selbst beim high-tech-verkabelten Patienten im Labor nur approximativ).

In der Arbeit mit konkreten PatientInnen können TherapeutInnen nur *Annäherungen an **hinlänglich*** (*Winnicotts „good enough“*) *konzeptuell und interventiv konsistente **Praxeologien** erreichen*, die neurowissenschaftlich, empirisch-psychologisch, therapieforschungsbezogen fundiert sind und von erprobten Praktikerkenntnissen und -methoden abgestützt werden, welche aus breiter klinischer Erfahrung gewonnen wurden.

Genau eine solche „Mischung“ muss gute Therapieausbildung gewährleisten.

Grawe (1998) vertritt, den Möglichkeitsraum für Psychotherapie nicht durch Therapieschulen zu beschränken, sondern diesen Raum der Möglichkeiten zu öffnen und die Gesamtheit der therapie relevanten Erkenntnisse zu erschliessen und allen PsychotherapeutInnen zugänglich zu machen. Hier trifft er sich mit den Intentionen der „Integrativen Therapie“, die in bestimmten Hinsichten aber noch weiter ausgreift, indem sie die klinisch relevanten *Sozialwissenschaften* stärker bezieht (*Petzold* 1998a, 2004a, 2005a), dezidiert *entwicklungspsychologisch* orientiert ist (idem 1993c, 1994j) und den *philosophisch-anthropologischen* Hintergrund systematisch aufgreift (idem 1991a/2003a, Bd. I), was auch zur Ausbildung einer „philosophischen Therapeutik“ und „klinischen Philosophie“ (*Petzold* 1971, 1991a, 2001m, 2004i) geführt hat. Dahinter steht die Überzeugung, dass Fragen des „Sinnes“, der „Werte“, der „gelebten Humanität“ (*Petzold, Orth* 2004a, b) von größter gesundheitlicher und klinisch-therapeutischer Bedeutung sind. Diese Dimensionen sind aber ohne die psychologischen, neurowissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Kenntnisstände und Forschungen,

ohne die empirische Psychotherapieforschung für ein klinisches Therapieverfahren, seine Theoriebildung und Praxis, nicht ausreichend. Der Integrative Ansatz hat deshalb immer eine *mehrperspektivische Psychotherapie* und *mehrdimensionale Therapiepraxeologie* vertreten, eine „*anthropologische Krankheits- und Gesundheitslehre*“ mit den Schlüsselbegriffen „**Zugehörigkeit und Entfremdung**“ und eine „*klinische Gesundheits- und Krankheitslehre*“ mit den Schlüsselbegriffen „**positive, entwicklungsfördernde multiple Stimulierung und negative, entwicklungsbehindernde Stimulierung**“ (Petzold 1992a/2003a, 462, 846).

Daraus folgt:

1. **Therapie** hat unverzichtbar eine **anthropologische Dimension**, die eine hohe Praxisrelevanz für die Bewusstheit, die Selbstinterpretation, die Identität, die „Lebensführung/Lebenskunst“, das Lebensglück des Menschen als Einzel- und Gemeinschaftswesen hat – und damit wiederum auch für menschliche Gemeinschaft.
2. **Therapie** hat in ihrem ZENTRUM die **klinische Dimension**, deren wissenschaftlich-empirische **biopsychosoziale** Grundlagen für das Verständnis therapeutischer Prozesse und eine erfolgreiche, evidenzbasierte Praxis der Behandlung und Entwicklungsförderung von Individuen und Gruppen unentbehrlich sind.
3. **Therapie** hat unabdingbar eine **gesundheitsfördernde Dimension**, für die eine gesundheitswissenschaftliche Fundierung die Möglichkeiten effektiver Prävention und Förderung von Gesundheitskultur bereitstellt, so dass Menschen „gesundheitsbewusste und gesundheitsaktive Lebensstile“ entwickeln und pflegen können.
4. **Therapie** hat weiterhin eine **soziokulturelle Dimension**, da sie in gesellschaftlichen Kontexten, kulturellen Räumen, sozialen Welten, *lifestyle communities*^{vii} stattfindet und sich in deren Werte-, Norm-, Ästhetik- und Sinnsystemen orientieren und bewegen muß – kritisch analysierend und reflektierend indes. Sie muss sie nutzen, sollte ggf. aber auch auf diese Systeme verändernd einzuwirken trachten.

Hier ist eine eindeutig weiter gefasste Konzeption als die von Grawe vertretene, der auf den Punkt zwei – er ist auch für uns das ZENTRUM – fokussiert. Darin kommen auch sie sozialtherapeutischen und supervisorischen Einflüsse des Integrativen Ansatzes zum Tragen.

Durch die erwähnte Arbeit von Petzold als Gastprofessor an Grawes Abteilung sind breite Affinitäten zu dem Berner Ansatz nicht verwunderlich. Es gibt Gemeinsamkeiten und Divergenzen, denn das „Neue Integrationsparadigma“ (Petzold 1992g) ist breit angelegt. Dadurch aber kann man auch voneinander lernen! Eine differenzierte Darstellung oder eine vergleichende Diskussion würde allerdings diesen Beitrag und seine Zielsetzungen überschreiten. Deshalb nur einige Punkte in den großen Linien:

Übereinstimmung herrscht in dem grundlegenden umfassenden Rekurs auf die wissenschaftliche Psychologie als Basiswissenschaft und Leitparadigma für die Konzeptbildung, Methodenentwicklung und Praxis in diagnostischer und klinisch-interventiver Hinsicht und in der als unverzichtbar anzusehenden Basierung in der empirischen Psychotherapieforschung (Baumann 1999) und der wissenschaftlichen Forschung der klinischen Psychologie (Wilken, Kemmler 1999), um im nomothetischen Paradigma „best practice“ evidenzbasiert zu erreichen – mit einem kritisch reflektierten, für die Psychotherapie zugeschnittenen Konzept der Evidenzbasierung (Dobson, Craig 1998; Lambert, Ogles 2004; Lutz, Grawe 2001; Mace et al. 2000; Steffan, Petzold 2001; Petzold, Märtens 1999; Sieper, Petzold 2001).

Unterschiede liegen:

- in dem Einbezug auch qualitativer und hermeneutischer Forschungsmethoden und einer stärkeren metakritischen Reflexion von Forschung (Kritz 1999, 2002, 2003),
- in der besonderen und stärkeren Fokussierung von Entwicklungs- und Sozialpsychologie in der Lebensspanne durch die IT (Petzold 1993c, 1994j, 2004a, 2005a),
- in der stärkeren Beziehung durch die IT von sozialtherapeutischen Maßnahmen/Soziotherapie in Therapieprozessen (idem 1997c; Petzold, Petzold 1993a, z. B. Familien- und Netzwerktherapie, Hass, Petzold 1999). Das ist u. a. bedingt durch spezifische Zielgruppen (Kindertherapie, Metzmacher, Petzold, Zäpfel 1995), Gerontotherapie (Petzold 1985a, 2005a) und besondere Störungsbilder (Suchterkrankungen, Petzold 1974b; Petzold, Schay, Ebert 2004).

Übereinstimmung herrscht in dem grundsätzlichen und als unverzichtbar betrachteten Rekurs auf die Neurowissenschaften, Neurobiologie, Neuropsychologie, Entwicklungsneurobiologie mit klarem Bezug auf die

selben maßgeblichen Referenzautoren – *Kandel, Damasio, LeDoux, Davidson, Merzenich* usw. Zum Teil gibt es aber andere Auswahl und Gewichtung von Autoren (*Grawe 2004; Petzold /2003a, 1051-1092, 2004j, h*)

Unterschiede liegen

- im Einbezug auch der russischen Schule der Neuropsychologie und -physiologie (*Ukhtomskij, Lurija, Bernstein, Anokhin*) durch die IT,
- im Einbezug von Psycho- und Neuromotorik, Entwicklungsneuromotorik und ihrer Modelle (*Berthoz 2000; Klaverboer et al. 1993, 1999; Kelso 1995; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Salvesbergh 1993; Thelen, Smith 1994*) und leib-, bewegungs- und sporttherapeutischer Methoden mit dem Konzept des „Informierten Leibes“ in der praktischen therapeutischen Umsetzung (*Petzold 1988n, 2004j; van der Mei, Petzold, Boscher 1997; Petzold, Bloem, Moget 2003*),
- im Einbezug evolutionsbiologischer und -psychologischer Modelle (*Buss 1999; Kennair 2004; Mysterud 2003; Singer 2003; Petzold, Orth 2004b*)

Unterschiede liegen weiterhin

- in der konsequenten, nicht-reduktionistischen erkenntnistheoretischen und anthropologischen Argumentation der IT, ihrer Bedeutungszuschreibung von anthropologischen und philosophischen Konzepten wie „Sinn“, „Werten“, „ästhetischer Erfahrung“ für Gesundheit, Krankheit, Wohlbefinden, mit der Konsequenz der Entwicklung von zusätzlichen Instrumenten einer „philosophischen Therapeutik“ (*Petzold 2001m*)
- in einer dezidiert gesellschaftskritischen, gesundheitspolitischen, gerechtigkeitstheoretischen Position (*Bourdieu 1997; 1998; Petzold 1994c, 1996j; 2003d*)
- im praxeologischen Zugriff auf kreativtherapeutische Ansätze und auf die von der IT inaugurierte Arbeit mit „kreativen Medien“ (*Petzold, Orth 1985a; 1990a; Orth, Petzold 1993; Petzold, Sieper 1993*).

Auf Weiteres soll hier nicht eingegangen werden. *Grawes* neues Buch „Neuropsychotherapie“ gibt wesentliche Anregungen und sehr nützliche Einsichten, trifft auf ähnliche Gedanken, erweckt bei uns zustimmenden Beifall, im Detail auch Dissens - etwa in der fachlichen Diskussion der u. E. differenzierter zu sehenden Frage nach der Cortisol-bedingten Atrophie präfrontaler und hippocampaler Strukturen (vgl. *Yehuda 1997, 2001*), bei der fehlenden evolutionsbiologischen/psychologischen Diskussion der „Grundbedürfnisse“ usw. Das bedarf einer vertieften Auseinandersetzung, die auch in der hoffentlich erfolgenden Diskussion dieses Werkes in der „scientific community“ weitere Klärung bringen wird. Auf jeden Fall ist dieses Werk ein Grundlagentext, der in der Ausbildung integrativer TherapeutInnen einen festen Platz bekommen wird.

7.2. Wirkfaktoren als Erfahrungsqualitäten – Basis für Behandlungsmodalitäten

In diesem Zusammenhang soll noch kurz auf die oben erwähnte Wirkfaktoren/Heuristik-Konzeption *Grawes* eingegangen werden, die er in seinem neuen Werk weiter differenziert und neurowissenschaftlich zu unterfangen versucht. Seine vier „Faktoren“ sind aus integrativer Sicht sehr weit gefasst und treffen in unserem Ansatz auf einige andere Konzeptionen. Beide Ansätze schließen sich u. E. indes nicht aus. Wir würden bei den *Grawe*-Faktoren eher von „Mesoheuristiken“, von „wirksamen Prozess-Strategien“ sprechen (wir nennen solche in der IT, den prozessualen Charakter metaphorisch herausstreichend, auch „*WEGE*“, die zu beschreiten sind). Aber es geht hier letztlich nicht um terminologische Unterschiede. Die von *Grawe* herausgearbeiteten Faktoren/Strategien sind aus den Ergebnissen der Therapieforschung extrahiert – es sind *interpretative Synthesebildungen* der Berner Gruppe, das muß unterstrichen werden, wobei sich über die zusammenfassende Clusterbildung diskutieren ließe (und das ist bislang in der Fachwelt nicht ausreichend geschehen). Es ließen sich auch noch andere „Faktoren/Strategien“ finden. Aber es liegt durchaus eine überzeugende Konsistenz dieser Heuristik vor, so dass sie berechtigter Weise eine gute Akzeptanz gefunden hat. Jede Richtung der Psychotherapie muß sich deshalb die Frage vorlegen, ob sich der Sache und der Praxis nach diese Faktoren/Strategien in der eigenen Praxeologie finden, und ob sie deren theoretische Herleitung aus Psychologie, Psychotherapieforschung und Neurowissenschaften prinzipiell teilen kann. (Denn: adaptierende Vereinnahmungen durch tiefenpsychologische, humanistische und auch behaviorale Schulen nach der Devise: „Das machen wir schon lange!“ ohne die Übernahme auch des empirischen und konzeptuellen Hintergrundes, ist unzureichend, wie *Grawe* (2004, 441f) zu Recht betont. Darum muß die eigene Konzeptbildung vergleichend reflektiert werden, ob eine hinreichende Anschlussfähigkeit gegeben ist, und wo begründbare Divergenzen vorliegen).

Unter einer Mikroperspektive sehen wir im Integrativen Ansatz vielfältige feinkörnige Wirkfaktoren – wir sprechen von „Mikroheuristiken“ –, die in Behandlungen zum Tragen kommen. Wir hatten für

das Herausarbeiten von 14 Wirkfaktoren (*Petzold 1993p*) in den Jahren 1988-1993 fünf Quellen herangezogen:

1. hatten wir in Sichtung der *Forschungsliteratur der empirischen Psychotherapieforschung* nach Faktoren gesucht, die als veränderungswirksam beschrieben worden sind, sei es in Einzelnennungen in den Studien oder in Zusammenstellungen von Wirkfaktoren. Allein die Heterogenität solcher Wirkfaktorenlisten bei den einzelnen Autoren (*Crits-Christoph, Durlak, Emmelkamp, Frank, Garfield, Grawe, Huf, Lazarus, Kanfer, Karasu, Reinecker, Strupp, Verres, Yalom* usw.) ließ erkennen, wie stark subjektive Bewertungsparameter und theoretische Vorannahmen die Auswahl und Benennung solcher Faktoren bestimmt, weiterhin, dass kaum Misserfolgskriterien genannt wurden (Ausnahmen *Emmelkamp, Strupp*, was uns zu unserem Buch „Therapieschäden“ veranlasste, *Märtens, Petzold 2002*). Diese beiden Schwachpunkte sind in der gesamten Wirkfaktorenliteratur bis heute so geblieben und das gilt es konzeptkritisch zu bemerken).

2. Wir hatten publizierte Therapiekasuistiken und Behandlungsberichte – quer durch die klinisch-praxeologische Literatur (gereiht nach Häufigkeit: behaviorale, tiefenpsychologische, gestalttherapeutischen, gesprächstherapeutische, psychodramatische, systemische, kreativitäts- bzw. kunsttherapeutische) – *konzeptanalytisch* durchgesehen auf Nennungen von Momenten, denen der Therapieerfolg zugeschrieben wurde, durch die Therapeuten oder – von ihnen berichtet – durch die Patienten. (Auffällig war wiederum, dass praktisch keine Misserfolgsberichte zugänglich waren, was erneut auf eine Problematik des Wirkfaktorenkonzeptes verweist).

3. hatten wir Kasuistiken und Therapiesitzungsprotokolle [1982-1992], die in den FPI-Ausbildungen für den Abschluß angefertigt werden müssen, und die damals noch nicht die heutige standardisierte Form (*Orth, Petzold 2004, 328ff.*) hatten, auf Faktoren mit *protektiven, supportiven* und *konfrontativen* Qualitäten untersucht, sowie auf dysfunktionale, abträgliche Interventionen.

4. Wir hatten in qualitativen Kurzinterviews in der Abschlussphase von Therapien bzw. nach Therapieabschluss PatientInnen [n= 27] mit überwiegend depressiver Symptomatik und einer hohen Angstkomorbidität befragt – sie findet sich häufig (vgl. *Aloy et al 1990*), so dass wir Depression als eine „ausgebrannte Angststörung“ bezeichneten. Wir wollten von den PatientInnen wissen, was in ihren Therapien von ihnen als hilfreich angesehen wurde und was nicht (*Petzold 1993e*). Bei den als „nicht-hilfreich“ bewerteten Faktoren fanden wir in der Regel eine Umkehrung der als „hilfreich“ erlebten: fehlende Unterstützung statt gutem Support, Abwertung/fehlende Wertschätzung statt Vermittlung von Selbstwerterleben, fehlende statt gegebene Ermutigung, Unverständnis statt Verständnis, fehlender statt gespendeter Trost, zurückgenommene „Abstinenz“ statt konkrete Zuwendung, Laissez-fair-Haltung/Passivität statt Aktivierung, negative statt „weiterführende“ Kritik. Ironisierung/Sarkasmus/Provokation wurden, anders als „konstruktive Konfrontation“ und „ermutigende Herausforderung“ von den PatientInnen durchweg negativ bewertet. Wo immer Strategien „*alternativer Erfahrung*“ (3. Weg, Alltagsaktivitäten, Erlebnisaktivierungen) eingesetzt wurden, wurde dies als förderlich erlebt (Depressives wurde dadurch offenbar gehemmt, Alternatives implementiert).

5. Wir hatten die longitudinale entwicklungspsychologische Literatur nach „protektiven Faktoren“, Risiko- und Resilienzfaktoren durchforstet (*Petzold, Goffin, Oudhoff 1993, Petzold, Müller 2004c*)

All diese Materialien gingen in die Heuristik der „14 Heilfaktoren“ ein, wobei wir aufgrund der Heterogenität der Quellen, der unterschiedlichen Zahl der Dokumente zu den einzelnen Therapierichtungen keine fundierte Gewichtung vornehmen konnten (nur die ersten 6, 7 Faktoren wurden nach der Häufigkeit und Gewichtung gereiht).

Die „14 Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie (nach *Petzold 1993p, 2002b*).

1. Einführendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (**EV**), *empathetic understanding, empathy*
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (**ES**), *emotional acceptance and support*
3. Hilfen bei der realitätsgerechten [supportiv, konfrontativ], praktischen Lebensbewältigung (**LH**), *help with reality oriented, practical dealing with life*
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ] (**EA**), *fostering emotional expression and volitional power of decision*
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**EE**), *fostering insight, experiences of meaning and vital evidence*
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**KK**), *fostering communicative competence and affiliative abilities*
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (**LB**), *fostering bodily awareness/consciousness, selfregulation and psychophysiological relaxation*
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (**LM**), *forstoring learning abilities, learning processes and interests*
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (**KG**), *fostering possibilities of creative experiences and the power to create*
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (**PZ**), *working on positive future perspectives and horizons of expectations*

11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (**PW**), *fostering positive personal values, consolidating existential dimensions*
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ (**PI**), *fostering a consistent Self- and Identity perception and positive self-referential feelings and cognitions*
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (**TN**), *fostering supportive social networks*
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (**SE**), *providing empowerment and experiences of solidarity – (Petzold 1993p)*

Diese Heuristik wird seit 1993 in der IT-Ausbildung gelehrt und für die Dokumentation der Behandlungsberichte verwandt (Orth, Petzold 2004, 328 und beispielhaft die in Petzold, Schay, Ebert 2004 und Petzold, Schay, Scheiblich 2005 veröffentlichten Behandlungsberichte). 1995 wurde im Rahmen einer empirischen Fragebogenuntersuchung zu „Tätigkeitsfeldern und Arbeitsbedingungen Integrativer Therapeuten“ (Märtens, Merten, Petzold 1998) mit einem besonderen Fragebogenset auch die 14 Wirkfaktoren bewertet (n= 83, Brummund, Märtens 1998), wobei der relativ geringe Rücklauf bei diesen Fragebögen (12%) aus der Gesamtuntersuchung zeigte: das Modell war noch nicht sehr stark über die Ausbildung implementiert – und Lektüre allein genügt nicht bei den für wissenschaftliche Literatur (damals – ist das heute anders?) nicht sehr rezeptionsfreudigen Praktikern (Grawe 1992). Die Faktoren wurden 1993 publiziert und seitdem gelehrt, die Untersuchung war 1995. Brummund und Märtens (1998) konnten eine Reihe wichtiger Ergebnisse zeigen, z. B. die Abhängigkeit der Wertungen von: Grundberuf, therapeutischer Ausbildung (und Vorausbildung, bei Personen mit zwei oder mehr Therapieausbildungen), Alter, Arbeitskontext. Als **wichtigste Faktoren** rangierten – anders als in unserer aufgrund der Literaturauswertung, aber auch der PatientInnenbefragung (4) vorgenommenen Reihung – in der damaligen Untersuchung Faktor **3 ES** (Mittelwert der Rangplätze = 3,95, Standardabweichung = 3,38), Faktor **6 KK** (M = 5,20, S = 3,07), **1 EV** (M = 5,47 mit relativ großer S = 4,23). Als unwichtigste Faktoren rangierten **8 LM** (M = 11,04 S 2,89) **14 SE** (M = 9, 69, S = 3,38), **9 KG** (M = 9,39, S = 3,33).

Auffällig ist, dass „Förderung von Lernmöglichkeiten“ **LM** so schlecht rangiert, obwohl doch ohne Lernen „nichts geht“ (Sieper, Petzold 2002). Hier muß man auf eine mangelnde theoretische Durchdringung der Therapeuten schließen, was ihre Erklärungsmodelle von Therapieprozessen angeht und damit ggf. ein Mangel in der Ausbildung, was die Vermittlung der „komplexen Lerntheorie“ des Integrativen Ansatzes (Petzold 1974k, 309ff, Petzold, Sieper 2002) betrifft.

Zu klären wäre bei all diesen Wirkfaktorenuntersuchungen, was im Urteil der TherapeutInnen und was im Urteil der PatientInnen prioritär gewichtet wird. In unseren Therapieuntersuchungen (Petzold, Hass et al. 2000, Steffan 2002) imponierte z. B. die Aussage der PatientInnen, dass die „erfahrenere Wertschätzung“ durch ihre TherapeutInnen für sie am höchsten rangierte. Das war indes nicht mit *Symptomreduktion* gleichbedeutend, korrelierte aber mit Verbesserung von *Lebensqualität*. Beides, *Gesundheit* und *Wohlergehen*, sind wichtige Parameter, und „*wellbeing*“ als gesundheitsfördernde Qualität – in unserer Praxis und entsprechend in unseren Forschungen hoch eingeschätzt – sind erst in neuerer Zeit in ihrer Bedeutung in den Blick gekommen (Kahneman et al. 1999).

Was bei den Heil- oder Wirkfaktoren „anschlägt“, ist also nicht monokausalistisch zu bestimmen und ist abhängig von vielfältigen Bedingungen: *Störungsbild* (bei psychosomatischen Beschwerden wird **7 LB** wichtig), *Lebensalter* (bei Jugendlichen **12 PI**, Alterspatienten **13 TN**), *Lebenslage* (ist sie schlecht, wie oft bei Suchtkranken, wird Faktor **3 LH** wichtig). Die „Kunst“ der Therapeuten liegt bei der adäquaten Faktorenkombination „im Prozess“ aufgrund „*systematischer, theoriegeleiteter Reflexion*“ von Prozess und Kontext verbunden mit „*geschulter Intuition*“ im PatientInnenkontakt, und beides muss Ausbildung in Theorie und Methodenlehre sowie in Selbsterfahrung und Supervision vermitteln. Sind also die Faktoren 1 – 7 auch besonders gewichtig, so kann die akzentuierende „Beimischung“ scheinbar nachrangiger Faktoren für den Therapieerfolg ausschlaggebend sein. Wesentlich ist, dass ein durch die Ausbildung geschultes Wissen um diese Faktoren und ihre Bedeutung ihren bewußteren und gezielteren Einsatz ermöglicht. Zur Aneignung prozeßsteuernder und Heilung fördernder *Kompetenzen* und *Performanzen* kommt den „Behandlungsjournalen“ herausragende Bedeutung zu, denn sie verpflichten die KandidatInnen in sorgfältiger Dokumentation – möglichst supervisorisch begleitet – Behandlungsprozesse strukturell zu reflektieren.

Die 14 Faktoren sind im Wesentlichen positive Verhaltensweisen und damit bzw. dadurch **Erfahrungsqualitäten**. Sie sind, gleichsam „Nährstoffe“, die wir in guten Affiliationen (Petzold, Müller 2005), in bereichernden zwischenmenschlichen Alltagsbeziehungen finden, wo sie auch „kultiviert“ werden sollten (Märtens, Petzold 1998). Sie geben dadurch zugleich auch die Ingredienzen für effektive **Behandlungsmodalitäten** her und lassen sich in vielfältiger Weise den Faktoren/Strategien Grawes zuordnen, auch wenn sie einen etwas anderen Zugang für die Praxis darstellen. Und so können sich beide Zugangsweisen ergänzen. Sie schließen sich in keiner Weise aus, und das ist schon einmal wesentlich.

Die **14 Heilfaktoren** der Integrativen Therapie sind nicht nur für heilungsorientierte Therapieprozesse wichtig, sie sind auch konstruktive Verhaltenselemente positiven Alltagslebens und damit Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklung fördernde **Erfahrungsqualitäten**, die den PatientInnen in psychoedukativer Information und im konkreten Erleben als **Behandlungsmodalitäten** verdeutlicht werden, damit sie diese Faktoren auch in ihrem alltäglichen Lebenszusammenhang einsetzen und sich um ihr Vorhandensein bemühen, sie pflegen, entwickeln.

In gleicher Weise kommen diese 14 Faktoren in der Psychotherapieausbildung zum Tragen und können von den KandidatInnen für ihren Lebens- und Praxisalltag fruchtbar gemacht werden, wenn sie sie bewusst in ihre Sozialbezüge integrieren.

Die 14 Faktoren werden in verschiedenen - auch störungsspezifischen (Petzold 2002b) – Kombinationen eingesetzt, abgestimmt auf die sozioemotionale Situation des Patienten/der Patientin und ihrer „Lebenslage“ (idem 2000h) und zwar behandlungsmethodisch in Mikro- und Mesostrategien des praxeologischen Vorgehens. So hat sich die Integrative Therapie seit jeher – unabhängig von und vor A. Lazarus (Sieper 2001) – als „multimodaler“ Ansatz definiert (Petzold 1974j, 304, Diagramm III). Folgende **Modalitäten** der therapeutischen Praxis wurden in der Integrativen Therapie entwickelt und mit dem Fortschreiten des klinischen Wissens und der klinisch-psychologischen Forschung und Psychotherapieforschung weiter vertieft. Sie müssen auf die jeweilige PatientInnesituation, die - lebenslage und das Störungsbild zugespart werden, um eine optimale Umsetzung zu gewährleisten. Folgende Modalitäten seien aufgeführt:

„Multimodalität“: Die Modalitäten der Integrativen Therapie

1. Übungszentriert-funktionale Modalität, *exercise centered functional modality*: In diesem Arbeitsstil wird das gesunde Funktionieren des Organismus gefördert – durch systematische Übung und Training, z.B. durch empirisch evaluierte Formen der Lauftherapie/running therapy (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) oder andere Formen neuromotorisch begründeter Sporttherapie (Petzold, Bloem, Moget 2003, Bloem, Moget, Petzold 2003), Awareness- und Orientierungsübungen, assertiveness training, role training und andere „behavioral strategies“ (Sieper, Petzold 2002).

2. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, *experience centered stimulating (psychoeducational) modality*: In diesem Arbeitsstil werden kreativitätsfördernde Methoden und kreative Medien eingesetzt, um das multisensorische und multiexpressive Potential der Patienten zu fördern, Ressourcen und protektive Faktoren zu mobilisieren, „alternative Erfahrungen“ und „salutogene Qualitäten“ auf der kognitiven, emotionalen, volitiven und behavioralen Ebene bereitzustellen etwa durch Rollenspiel, Imaginationsübungen, Gestaltmethoden, erlebnispädagogische Programme etc. (Petzold, Orth 1990a)

3. Konflikt-zentrierte und störungsspezifische Modalität, *conflict centered and disorder specific modality*: In diesem Arbeitsstil werden Krankheitsbilder mit störungsspezifischen Methoden prozeßorientiert behandelt, mit ihnen verbundene bewußte Belastungen und Konflikte werden klärend und unbewußte Konflikte aufdeckend und durcharbeitend angegangen. Symptome von Störungen, psychodynamische Probleme und relevante Aktualkonflikte können so zielorientiert bearbeitet werden, wobei methodisch auf die Integrative Fokalthherapie, Methoden der Konfliktberatung, der Gestaltpsychotherapie, der „aktiven Psychoanalyse“ und (Petzold 1993b, 2003a, 395ff) zurückgegriffen wird.

4. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, *supportive, sociotherapeutic/counseling-oriented modality*: In dieser Arbeitsform werden psychosoziale Problemlagen durchleuchtet und in ihrem Belastungspotential eingeschätzt, um dann Maßnahmen der Hilfe und Unterstützung zu planen und einzuleiten und durch Methoden integrativer Beratung und Soziotherapie, z. B. gezieltes „case management“, zu unterstützen.

5. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, *network- and life situation oriented modality*: Diese Arbeitsform ist darauf gerichtet, mit dem Patienten die Ressourcen und Potentiale in seiner Lebenslage und in seinem sozialen Netzwerk aufzufinden und zu nutzen sowie weitere Quellen des "social support" und Möglichkeiten psychosozialer Hilfeleistung zu erschließen. Derartige ressourcenorientierte (idem 1997p), „soziotherapeutische“ Maßnahmen (idem 1997c) haben für den Erfolg von Therapien oft entscheidende Bedeutung und müssen in der Therapieplanung und Erstellung eines therapeutischen Rahmencurriculums berücksichtigt werden (Hass, Petzold 1999).

6. Medikamentengestützte Modalität, *medication supported modality*: Bei bestimmten Störungen und Krankheitsbildern, z. B. bei major depressions, ist eine stützende Behandlung durch Medikamente unverzichtbar (Hüther, Rüther 2003) und als **Kombinationsbehandlung** etwa in der Verbindung mit den Modalitäten 1, 3, 4 und 5 angezeigt.

Integrative Therapie sieht die Behandlung *komplexer Störungen* und ihrer begleitenden – oft komplizierten und prekären – Lebenslagen und den damit verbundenen therapeutischen Aufgaben als ein **Bündel abzustimmender und konzertiert zur Anwendung zur bringender Maßnahmen**. Sie

haben zum Ziel, Symptome zu beseitigen bzw. zu lindern, zu eine Optimierung der Regulationssysteme des Patienten zu erreichen und zur Lösung psychosozialer Probleme beizutragen. Oft ist das mit einer notwendigen Veränderung des „**Lebensstils**“ verbunden. Eine solche umfassende Perspektive, wie sie bei Suchterkrankungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen eingenommen werden muß, verlangt den Einsatz mehrere Modalitäten und zwar in der Regel: **4** beratend-soziotherapeutische Maßnahmen zur Abstützung der Lebenssituation, wobei **5**, nämlich Verwandte und Freunde des Netzwerkes, als Ressourcen aktiviert werden, wo immer das möglich ist. Damit kann **3**, die Bearbeitung von Problemen und Konflikten sowie von spezifischen Störungen mit Krankheitswert, in einem hinlänglich sicheren Kontext stattfinden, der noch – bei entsprechender Indikation – **6**, die medikamentöse Behandlung als weitere Unterstützung bezieht. Bei dem oft schlechten Allgemeinzustand sind dann **1**, sporttherapeutische Maßnahmen, von größtem Wert. Sie tragen genauso wie **2** nicht nur zu den meist erforderlichen Lebensstiländerungen bei, sie haben auch unmittelbare Auswirkungen auf psychisches Befinden und auf die psychophysiologische Regulation der PatientInnen. Die **Monomodalität** der klassischen Psychotherapieformen, ist u. E. ein massiver Nachteil für erfolgreiche Behandlungen. Soziotherapeuten sind hier oft flexibler und mobiler. Das zumeist von verbal orientierten, in ihrem Praxisraum arbeitenden PsychotherapeutInnen gegen solche „konzertierte Behandlungsmaßnahmen“ vorgebrachte Argument ist, es sei eine ungezielte „Polypragmasie“. Das würde aber nur verfangen, wenn in der Tat ungezielt und willkürlich gearbeitet würde und nicht im Kontext eines „therapeutischen Curriculums“ mit klaren Zielsetzungen (Petzold 1988n, 202; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Ein zweites Argument ist: Man sei dann ja *nur* „case manager“. Warum „nur“? Und was ist gegen gutes „case management“ zu sagen? Vielen PatientInnen könnte besser geholfen werden, wenn ihre TherapeutInnen sich auch um diese Aufgabe intensiver kümmern würden. Man müsste sich dann allerdings von Zeit zu Zeit aus dem Sessel bewegen. Das dritte oft angeführte Argument betont die zentrale Funktion der „therapeutischen Beziehung“, die das wichtigste veränderungswirksame Ingredienz einer Therapie sei, und die durch solchen Therapieaktionismus behindert würde. – Es besteht kein Zweifel an der Bedeutung der „Therapeutischen Beziehung“. Der Integrative Ansatz hat zu diesem Thema wichtige Beiträge geliefert (Petzold 1990g, 1996k). Ohne eine tragfähige Beziehung von guter Passung wäre nämlich die u. E. erforderliche Realisierung des „Bündels von Maßnahmen“ gar nicht möglich. Hier muß so manches auf- und abgebaut, durchgestanden, erkämpft werden in einem beständigen „Handeln um Grenzen“, wie es gute Beziehungen, gute Erziehungsarbeit, gute Therapie kennzeichnet. Die therapeutische Beziehung, in der *konkrete Aufgaben* in Angriff genommen und realisiert werden, und die die in diesen Prozessen ggf. aufkommenden „alte Narrative“ aus der Biographie, Übertragungen, dysfunktionale Muster mitbearbeitet, indem sie Einsichten schafft und Umbahnungen anleitet, hat einen außerordentlich heilsamen und selbstwertfördernden Realitätscharakter. In alleinig übertragungszentriert und biographisch arbeitenden Therapien, wird ein großer Teil des veränderungswirksamen Potentials von „*Therapiebeziehungen mit intensiver, positiver Affiliationsqualität*“, das dringend zu Lebensstil-, Einstellungs- und Verhaltensänderungen gebraucht würde, einfach vertan. Es werden nämlich zu wenig Lebens- und Entwicklungsaufgaben *konkret* angegangen und in einer Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Souveränität aufbauenden Weise realisiert.

Die **Modalitäten** in ihren Kombinationen sind methodischen Anwendungsformen therapeutischer Arbeit und werden bei mittelfristigen und längerfristigen Therapieprozessen im Rahmen von „Mesoheuristiken“ wie den „Vier Wegen der Heilung und Förderung“ eingesetzt, auf die kurz eingegangen werden soll.

7.3. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ – Streckenführungen eines therapeutischen Gesamtprozesses

Die Interventionsformen mit eingegrenzter Eingriffsweite und -tiefe (*Mikroheuristiken*) wie die prozessorientiert eingesetzten 14 Wirkfaktoren etwa im Rahmen der *Modalitäten* therapeutischer Arbeit werden auch in den „**Vier Wegen der Heilung und Förderung**“ verwandt, die als „*heuristische klinische Strategien*“, aber auch als „*Maximen heilsamer Lebensführung*“ auf einer „Mesoebene der Intervention“ (*Mesoheuristiken*) angesehen werden. Sie sind nicht nur auf einzelne Verhaltenweisen und Haltungen/Einstellungen gerichtet, sondern auf das „**personale Leibsubjekt in Kontext/Kontinuum**“, d. h. „mind embodied and embedded“ (Petzold 2004i; Petzold, Orth 2004b), als „**informierter Leib**“, 2002j/2003a, 1051-192), auf dieses ultrakomplexe, informationsverarbeitende System „Mensch“, in seiner Gesamtheit und in seinen verschiedenen Bereichen, das sich in Prozessen „*komplexen Lernens*“ (siehe oben und Sieper, Petzold 2002), in permanenten „*Mentalisierungen*“^{viii} und Akten der „*Weltgestaltung*“^{ix} auf der individuellen Ebene als Person und Subjekt in

seiner **Hominität**^x und auf der kollektiven Ebene als Menschheitsgemeinschaft in seiner **Humanität** entwickelt und verwirklicht. Schon in den Anfängen der Integrativen Therapie wurde ausgeführt:

„Der Mensch ist ein lebendiges System, das durch personale Identität gekennzeichnet ist und aus dieser Identität zu anderen Systemen in Beziehung tritt, wobei diese Beziehungen, wie auch die Abläufe in der Binnenstruktur des Systems durch Sinn als ultimativer Kategorie gesteuert werden ... ein personales, sich im Geflecht der Umweltrelationen selbst steuerndes System, das seine Identität in der Begegnung mit den umliegenden Systemen gewinnt“ (Petzold 1974j, 296f).

Die „**Vier Wege der Heilung und Förderung**“ sind letztlich „Strategien der Entwicklung“, welche sinngelitetes Leben strukturieren helfen und deshalb auch geeignet sind, heilende und fördernde Wirkungen bei Menschen zu entfalten, die von Störungen, psychischen und somatoformen Erkrankungen betroffen sind oder von schweren psychosozialen Problemen.

Wie mit den „14 Heilfaktoren“, so steht es mit den „vier Wegen“ oder auch den vier bzw. fünf „Grawe-Heuristiken“ (Grawe 2005):

*Einzelne Faktoren oder Heuristiken machen noch keinen Prozess, Teilprozesse machen noch nicht den „**Gesamtprozess einer Therapie**“ aus.*

Eine (Psycho)therapie überdies – und das sollte nicht vergessen werden – ist nicht das Leben eines Menschen, und glücklicher Weise zumeist nicht der zentrale Bereich seines aktuellen Lebensweges, sondern ein Teilbereich. Sollte das aber aufgrund der Schwere der Erkrankung und der Probleme einmal anders sein, dann ist es das zentrale Ziel, genau diese Situation zu ändern – so schnell das möglich ist.

Therapie ist ein den Lebensvollzug eines Menschen begleitendes, mehrschichtiges, diskontinuierlich und in unterschiedlicher Intensität, Eingriffstiefe und -breite verlaufendes interaktionales Prozessgeschehen, an dem der Therapeut (ggf. TherapeutInnen, ein Behandlungsteam, eine Therapiegruppe), der Patient/die Patientin und Personen des relevanten sozialen Netzwerkes/Konvois beteiligt sind. Es wird im „informed consent“ partnerschaftlich gestaltet mit dem Ziel, diagnostisch fachkompetent erhobene Störungen mit Krankheitswert und psychosoziale Probleme, die die Lebensführung beeinträchtigen – sie betreffen in der Regel immer das Gesamtsystem des Betroffenen in seinen somatischen, psychischen, mentalen, sozialen Dimensionen und Regulationsprozessen – kooperativ zu beeinflussen, so dass sie nachhaltig beseitigt oder zumindest doch gebessert werden können. Das geschieht durch die Anwendung von wissenschaftlich fundierten, möglichst forschungsgestützten Strategien, Methoden und Techniken der Behandlung, die die gestörten und beeinträchtigten Bereiche positiv zu beeinflussen vermögen. Erforderliche Einzelmaßnahmen müssen immer im Blick auf das Gesamtgeschehen erfolgen und von allen Beteiligten in diesem Rahmen begriffen und gutgeheißen werden.

Wir hatten seinerzeit beim *Problem der Mannigfaltigkeit*, ja der scheinbar kaum zu überschauenden Vielfalt der in Prozessen zum Tragen kommenden Elemente die Beobachtung gemacht, dass unter bestimmten Bedingungen Verbindungen von Vielfältigem zu übergeordneten Einheiten zustande kamen. Zur Erklärung dieser offenbar „emergierenden“ Ordnungsstrukturen haben wir damals ein „**Synopseprinzip**“ und ein „**Synergieprinzip**“ (Petzold 1974, 303f) angenommen gemäß der aristotelischen und dann *Goetheanischen* und schließlich gestalttheoretischen Annahme, dass die Gesamtheit des *synoptisch* Wahrgenommenen und die Gesamtheit der aktional in Gang gesetzten Wirkungen *synergetisch* „[mehr und] etwas anderes konstituieren als die Summe der Teilelemente“. Beide Prinzipien erweisen ihre Brauchbarkeit in der Praxis von Therapie und nicht minder von Supervision, die ja besonders mit dem Komplexitätsproblem konfrontiert ist. Das ist natürlich keine Erklärung, sondern wie das „Emergenztheorem“ (Petzold 1998a; Krohn, Küppers 1992), auf das wir später rekurrierten, nur eine elegante Modellvorstellung für ein offenbar stattfindendes Geschehen: Komplexität ordnet sich in *nonlinearen* Prozessen der **Selbstorganisation**, indes nicht genau vorhersagbar, sondern nur in Wahrscheinlichkeiten - so die modernen, therapielevanten Modelle non-linearer Systemtheorie (Haken 1996; Kelso 1995; Thelen, Smith 1994), wie wir sie auch in der neuromotorischen Forschung (Beek 1989; Daffertshofer et al. 2000; Frank et al. 2000) verwenden (also nicht die System-Modelle der herkömmlichen „systemischen“ Familientherapie).

Wenn im folgenden also von „vier Wegen“ gesprochen wird, so sind diese als immer wieder unterschiedlich akzentuierte und kombinierte Streckenführungen eines **Gesamtprozesses zu sehen** – ganz wie es die prozessuale Diagnostik und die Lebenslage des Patienten verlangen, aber auch wie die dynamischen „Viationen“, d. h. je spezifischen Bedingungen des Lebensweges des Patienten, aber auch die „Viationen“ des Therapeuten (Petzold 1988n, 282f; 2003a, 492f) es ermöglichen. Man soll nicht meinen, dass die Lebenssituation von TherapeutInnen (Elternschaft, familiäre und

berufliche Belastungen etc.) ohne Einfluss auf den Therapieprozess sei. Dieser Gesamtprozess ermöglicht Erfahrungen von „vitaler Evidenz“ (ibid. 694).

Wir hatten mit dem „**tetradischen System**“ (Petzold 1974j, 313) schon sehr früh ein integrierendes, differentielles Modell für einen solchen **Gesamtprozess** vorgelegt, das die wichtigen Faktoren, die später als die „14 Heilfaktoren“ präzisiert wurden, und die Strategien der „vier **WEGE**“ in ein – *nicht-linear* zu verstehendes – *Verlaufsmodell* fasst (also nicht in ein *linear* zu verstehendes Phasenmodell). Die „Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase“ wurden als heuristisches Schema gesehen, das erlaubt, die dynamischen Bewegungen im Verlauf von Prozessen zu identifizieren und zu strukturieren, und das damit eine integrierende Funktion hat. Ohne eine solche Methodologie des Gesamtprozesses bleiben „Faktoren“, „Strategien“ fragmentiert. Das gilt in ganz ähnlicher Weise für die *Grawe-Heuristiken*, wenn sie in realen Therapieprozessen eingesetzt werden. Viele Aspekte dieser Heuristiken lassen sich den „vier **WEGEN**“ als IT-Strategien zuordnen und im tetradischen Prozess umsetzen, allerdings nicht in einer Eins-zu-Eins-Übersetzung – dafür sind die Entwicklungen der beiden Ansätze zu unterschiedliche Wege gegangen.

Was uns allerdings von Wichtigkeit erscheint, ist das Faktum, dass sich bei genauer Betrachtung die vier Wirkfaktoren/Heuristiken, die Grawe (1998) kondensiert hat, in der Gesamtheit der vier WEGE finden, und dass sich viele, wenn auch nicht alle der 14 Heilfaktoren der IT, aber auch die Maximen ihrer „vier WEGE der Heilung und Förderung“ in den vier bzw. fünf Grawe-Wirkfaktoren/Heuristiken sowie in seinen neuerlichen „Leitregeln für den Therapieprozess“ (Grawe 2004, 433ff.) auffinden lassen. Diese „Leitregeln“ sind sehr nützliche „Pragmatiken“ für TherapeutInnen, die sich in der Herleitung auf psychologisches Grundlagenwissen, auf die Psychotherapieforschung und auf Grawes Auswertung neurobiologischer Erkenntnisse für die Psychotherapie (es gibt hier durchaus andere Möglichkeiten der Akzentuierung, vgl. Schipek 2003; Hüther, Rüter 2003) stützen. Nur ein Teil dieser „Pragmatiken“ sind allerdings bislang durch Forschung abgestützt. Wo dies aber der Fall ist, nämlich durch umfangreiche Analysen von Videomaterial aus der Berner Praxisstelle, wird ihre Konsistenz belegt (allerdings ist einschränkend zu sehen, dass diese Videoaufzeichnungen sich auf die in der Praxisstelle praktizierten Therapiestile und die dort anlaufende Klientel beziehen, damit also keine Aussagen über andere Möglichkeiten des interventiven Vorgehens und andere Patientengruppen, z. B. „UnterschichtspatientInnen, gemacht werden können).

Die Mehrzahl dieser therapiewirksamen Strategien wurden und werden auch in der „Integrativen Therapie“ praktiziert und in der Integrativen Supervision fokussiert (Petzold 1998a). Das nimmt nicht Wunder, weil der Integrative Ansatz aus dem Vergleich der Leitkonzepte der großen therapeutischen Richtungen (psychoanalytisch, behavioral, experiential) auf einer systemtheoretischen und einer hermeneutischen Folie, dem von Petzold so genannten „Ansatz konvergenter und divergenter Konzepte“ (common and divergent concept approach) und der Auswertung der dazugehörigen Praxen hervorgegangen ist, was de facto einen „common factor approach“ (Garfield) entspricht (Petzold ergänzt die Formulierung zu: „common and divergent factor approach“). Nicht zuletzt erwies sich der Bezug auf die entwicklungspsychobiologischen Forschungen zu protektiven, Risiko- und Resilienzfaktoren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004c). Das brachte die Chance mit sich, dass ein großer Teil therapiewirksamer Konzepte und Faktoren in die integrativtherapeutische aufgenommen und in die eigenständigen Entwicklungen integriert werden konnten.

Die „vier **WEGE**“ wurden mehrfach in unterschiedlichen praxeologischen Kontexten dargestellt (1988n, 2002b/2004) und erhielten dabei inhaltlich spezifizierende Akzentsetzungen. Und natürlich wurden sie über die Jahre entwickelt, präzisiert. Kontextualisierenden Zupassungen werden überdies immer wieder für besondere Zielgruppen erfolgen müssen und haben natürlich bei jedem Patienten im Rahmen des prozessualdiagnostisch beobachteten Therapiegeschehens zu erfolgen – soweit irgend möglich in Koreflexion mit dem Patienten bzw. der Klientin, denn sie sollen wissen, „was warum wie“ mit ihnen gemacht wird:

1. um „informed consent“ zu erzielen,
2. um durch einen „shared locus of control“ **Selbstwirksamkeit** (Flammer 1990) bzw. persönliche **Souveränität** (Petzold 1998a, 275ff) zu stützen,
3. um eine gute Kooperation zu erhalten,
4. um die „WEGE“ dem Patienten als probate Strategien der Unterstützung für die alltägliche Lebensführung und Lebensgestaltung zu erschließen, die in ihrer Brauchbarkeit nicht nur auf therapeutische Kontexte begrenzt sind. (AusbildungskandidatInnen nutzen sie ja auch in dieser Funktion).

5. Um deutlich zu machen: Wenn alle WEGE beschriftet und genutzt werden, wächst die Chance, durch die Integration von rationaler Einsicht, emotionaler Berührtheit, volitivem Streben, leiblich konkretem Erleben *in sozial-kommunikativer Bezogenheit* zu Erfahrungen von „*vitaler Evidenz*“ zu kommen, durch die „persönlich bedeutsames Lernen“ und Veränderung und Entwicklung geschieht. SupervisorInnen sollen sie als Beobachtungsfoki im Blick haben.

Die WEGE werden nachfolgend, zugeschnitten auf den vorliegenden Kontext, in kondensierter Form und dargestellt.

Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“

1. Weg – Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation: „*Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen*“

– u.a. durch Förderung der *Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität* vermittelt durch den Therapeuten unterstützter, exzentrischer und mehrperspektivischer Betrachtung, koreflexiver und metareflektierender Bestandaufnahme der eigenen „*kognitiven Stile*“, von „**Problemen, Ressourcen, Potentialen**“ (PRP) in „retrospektiv-biographischer, aspektiv-gegenwartsorientierter und prospektiv-zukunftsorientierter“ Überschau (mit „*Lebenskontinuumanalysen*“, „*Lebenskontextanalysen*“, „*Lebenszielanalysen*“, „*Ressourcenanalysen*“) in Prozessen einsichtsorientierten Durcharbeitens als **Beziehungsarbeit** sowie persönlicher und gemeinschaftlicher Tiefenhermeneutik und Metareflexion – auch über existenzielle Fragen nach Sinn und Werten, nach Leiden, Tod und Transzendenz. Ziele sind das Gewinnen von Positionen. Weiterhin sind protektive und salutogene Erfahrungen und Risiko- und Belastungserfahrungen mit ihren eventuellen Nachwirkungen zu identifizieren und durch ***korrigierende kognitive Einsicht*** umzuwerten oder ihre Veränderung zu planen und gezielt anzugehen. Systematische Unterstützung wird gegeben beim Formulieren von und Entscheiden für differenzierte Ziele, beim Planen und Umsetzen von Lebensstrategien bzw. bei *Änderungen von Lebensstilen/lifestyles*^{xI}. Methoden wie „Problemlösung“, „narrative Praxis“, Wege „philosophischer Therapeutik“ z. B. „sokratische Sinngespräche“ und bewusstes „cognitive modeling“ stärken die Potentiale der ***kognitiven Regulationssysteme***, führen zu *kognitiven Neueinschätzungen (appraisal)* und damit zur Konstituierung neuer, positiv-hoffnungsvoll orientierter Narrative/Schemata als funktionalen „*kognitiven Landkarten*“.

Mit Blick auf die *Grawe-Heuristiken* kann man sagen, dass in diesem *ersten WEG* natürlich „*Ressourcenaktivierungen*“ (*Grawe-Faktor I*) erfolgen, worunter im Sinne *Grawes* und *Petzolds* positive Rückkoppelungsprozesse zwischen dem Therapeuten, seinen Interventionen und den psychophysischen Prozessen des Patienten sowie – hier gehen wir weiter – den Umwelt-/Netzwerkresonanzen auf neues Verhalten zu verstehen sind. Die IT ist, inspiriert von *Janet* und *Vygotskij*, einer der frühesten Ansätze, die systematisch Positivverfahren, die „*Stimulierung positiver Erinnerungen und Erlebnisse*“ (*Petzold 1974j*, 319) in der Behandlung im „*Tetradischen System*“ als *Ressourcen* eingesetzt hat (*ibid.* 313). Der Therapeut muß **positive Affiliationen** und eine tragfähige „**therapeutische Beziehung**“ herstellen können, die Durcharbeiten (ggf. auch von Übertragungsphänomenen, die möglichst schnell geklärt werden sollten) und Problembearbeitung als **Beziehungsarbeit** ermöglicht (vgl. den ersten schulenübergreifenden Sammelband zum Thema „*Therapeutische Beziehung*“, *Petzold 1980g*). Im Integrativen Ansatz wird er hierzu u.a. durch unseren Weg „*komplexer Selbsterfahrung*“ ausgerüstet. *Grawe* macht nicht deutlich, wie er Therapeuten für „*Menschenarbeit als Beziehungsarbeit*“ ausbildet. Als menschlich integerer und fachlich kompetenter *Partner* ist der Therapeut eine wichtige „*Fremdresource*“ für den Patienten, und hilft ihm, seine „*Eigenressourcen*“ zu entdecken und zu nutzen, wie die Integrative Ressourcentheorie (*Petzold 1997p*) ausführt. Der Therapeut knüpft bei dem an, was an Ressourcen da ist, gemäß der alten 1. prozessualdiagnostischen Frage der IT: „*Was ist gesund und funktionstüchtig und muß erhalten werden?*“. Das macht bestärkende, erhaltende Strategien erforderlich. Es folgt die 4. Frage: „*Was wäre möglich, ist noch nicht genutzt und muß erschlossen und entwickelt werden?*“ (*Petzold 1988n*, 206). Es ist dies die in der IT so wesentliche Frage nach den „*Potentialen*“, welche entwickelnde Strategien des Planens und volitionalen Entscheidens nach sich zieht. Die „*Analyse der Ressourcen, Bedürfnisse, Probleme* bzw. *Konflikte* sowie der *Lebenswelt* und des *Lebenskontinuums*“ (*ibid.* 1985/1988n, 45), der *Lebenslage*^{xII} auf „*pathogene und salutogene Stimulierungskonstellationen*“ (*ibid.*) geht in der IT in die Mitte der siebziger Jahre zurück. In diesen Analyseprozessen des „*ersten WEGES*“ kommt es natürlich auch zu Problemaktualisierungen (*Grawe-Faktor II*), die – werden sie emotional-aktiviert – in den „*zweiten WEG*“ führen. Zentral ist natürlich die „*motivationale Klärung*“ (*Grawe-Faktor IV*). Hier kommt der an Longitudinal- und der Biographieforschung, dem „*lifespan developmental ap-*

proach“ geschulte Blick zum Tragen, der *tieffenpsychologische Pathogeneseorientierung* mit der Suche nach *protektiven* und *salutogenetischen* Faktoren ergänzt (eine *Vygotskijsche* Sicht, die *Grawe* leider fehlt). Die Perspektive des „dreizügigen Karrierepanoramas“ (Positiv-, Negativ-, Defiziterfahrungen, *Petzold, Orth* 1994a) erhellt die motivationalen Hintergründe des Handelns, zeigt mögliche Störungsursachen auf und klärt Zusammenhänge, was die Grundlage von Neu- oder Umentscheidungen und Intensionsveränderungen bieten kann. Krankheitsursachen verstehen zu suchen, dabei bleibt es nicht: Es geht darum, *sich selbst im Lebensganzen verstehen und regulieren zu lernen*. Das eine greift in das andere. Dazu gehört durchaus auch die philosophische Kontempation, das Nachdenken über Lebenssinn und Letzte Dinge, über das Böse, über Gott, den Tod und das Leben, die Schönheit und die Grausamkeit. Das alles sind existentielle Themen für Menschen, die durchaus Bedeutung für ihre Gesundheit haben und es hieße den ersten *WEG*, aber auch die Psychotherapie insgesamt zu verkürzen, wenn man sie nur auf biographische Themen eingrenzen würde. Im Sinne „philosophischer Therapeutik“ (*Petzold* 2001m, 2004h) werden Sinn-, Ziel- und Wertefragen bearbeitet und auch systematische Veränderungen des Denkens (z. B. negativistische oder düstere Ruminationen) ggf. übend angegangen im Sinne *Seneas* und des modernen „*cognitive modeling*“. Kernpunkt ist die Veränderung/Optimierung kognitiver Steuerungsprinzipien, des **kognitiven „Regulationssystems“** (*Petzold* 1974j, 304, Abb.III) und der weiteren Regulationssysteme des Gesamtsystems. Dafür braucht man die anderen *WEGE*. Wir sind hier mit *Grawe* der Auffassung: „Wichtig ist auch, dass der Schwerpunkt einer Therapie nicht zu sehr und zu lange auf der Thematisierung und Aktivierung von Problemen liegen darf. Die Feststellung und Analyse von Problemen sind nur insoweit produktiv, als sie der Vorbereitung von verändernden Interventionen dienen. Es sollen ja Veränderungen in positive Richtungen gebahnt werden. Der Schwerpunkt muss also ganz überwiegend auf der Veränderung des Problems liegen, auf der Herausbildung *neuer* Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen. Diese Aktivierung der neuen neuronalen Erregungsmuster muß möglichst oft wiederholt werden. Sonst werden die neuen neuronalen Verbindungen nicht fest genug gebahnt“ (*Grawe* 2004, 57). Das leitet über zum „zweiten *WEG*“.

2. Weg – Nach- und Neuzozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation: „Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“

– u. a. durch Förderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und Erweiterung und Flexibilisierung des emotionalen Spektrums vermittelt erlebniskonkreter Bestandsaufnahme der eigenen „*emotionalen Stile*“ – besonders in den relevanten Beziehungen des sozialen Netzwerkes/Konvois. Grundlage sind positive Affiliation zum Therapeuten, zur Therapeutin in wechselseitig wertschätzendem Beziehungserleben zur Ermöglichung *protektiver* Qualitäten, die ein evozierendes Durcharbeiten belastender biographischer und aktueller emotionaler Probleme und „stressfull life events“ in differentiell regressions/progressionsorientiertem Parenting/Reparenting oder anders gearteter „gefühlintensiver Beziehungserfahrungen“ erlauben durch konfliktzentriert-aktivierende bzw. erlebniszentriert-aktivierende Bearbeitung emotionaler Stile/Schemata, unterstützt durch Bottom-up- und Top-down-Methoden des „*emotings*“. Ziele sind, durch emotionle Differenzierungsarbeit **korrigierende emotionale Erfahrungen**, systematische Ermutigung und Unterstützung von emotionalen Um- und Neuorientierungen die Potentiale der *somatosensumotorischen, perzeptiven, volitiven, motivationalen, emotionalen Regulationssysteme* zu stärken und zu *emotionalen Neubewertungen (valuation)* zu führen, die die *Resilienz* fördern. Damit werden Selbstwert bekräftigt, dysfunktionale motivationale Lagen verändert, sowie neue emotionale Narrative/Schemata und neurohumorale Bahnungen ermöglicht.

Dieser „zweite *WEG*“ hätte ohne den Bezug auf die empirische longitudinale Entwicklungspsychologie (*Petzold* 1992 e, *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Rutter, Hay* 1994; *Verhulst* 2004), ihre Arbeiten zu „Protektiven Faktoren“, „Resilienzen“ und „Entwicklungsrisiken“ nicht fundiert werden können. Die Integrative Therapie hatte ja dieses Paradigma in das Feld der Psychotherapie eingeführt (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993). Es zeichnet sich heute ab, dass es ein kommender „mainstream“ werden wird (*Herpertz-Dahlmann et al.* 2004; *Oerter et al.* 1999; *Streek-Fischer* 2004). Der zweite *WEG* fokussiert das Moment der „prozessualen Aktivierung“ (*Grawe*-Faktor II) mit dem Ziel der „Problembewältigung“ (*Grawe*-Faktor III) auf dem Hintergrund therapie relevanten, entwicklungsneurobiologischen Wissens (*Hüther* 1996, 1998) und einer kritisch gewichteten Baby- und Bindungsforschung (*Petzold* 1994j). Das erlebnisaktivierende Vorgehen, die emotionsevokativen Methoden des Integrativen Ansatzes vermögen vergangene aber auch gegenwärtig virulente Pro-

bleme mit ihrer affektiven Ladung im Therapiegesehen zu aktivieren, und zwar belastende, wie auch entlastende, ja beglückende, die als „Hemmung“ aufgekommener Negativafekte eingesetzt werden, was in dieser Methodik des „*emotings*“ die Möglichkeit der „Umstimmung“ (*shifting*), der „Intensitätsregulation“ (*dosing*) bietet, also ein emotionales Modelieren durch Einsatz von leibtherapeutischen Bottom-up-Strategien (from muscle to mind) oder imaginativer Top-Down-Strategien (from mind to muscle) ggf. in kombinatorischem Einsatz (ausführlich *Petzold* 1992a/2003a, 607-672). Mit den Ergebnissen der Therapieforschung und dem Wissensschatz der klinischen Erfahrung affirmiert die IT wie *Grawe: Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden*. Wir betonen in besonderer Weise auch den **Transfer** und die Veränderung in den realen Problemsituationen des Alltagslebens (*Petzold* 1995a,b). Schon *Moreno* entwickelte sein Verfahren, das Psychodrama, aus einer Erkenntnis, die heute von der Forschung gut gestützt ist, denn sie spricht dafür, dass Probleme am effizientesten in Settings behandelt werden, in dem sie real erfahren werden können. In der Integrativen Therapie werden (im informed consent) – auf zahlreiche von *Morenos* genialen Arbeitsmethoden gestützt – aktualisierende Inszenierungen von problemrelevanten Konstellationen auf der aktional-gespielten oder auf der imaginativen Ebene realisiert, die das Erleben von Affekten und emotionalen Wertungen ermöglichen. Das wird mit dem Ziel betrieben, den Patienten neue, veränderte Bedeutungen und Gefühle real erleben zu lassen, das ist ein wesentlicher, veränderungsinduzierender Faktor. Protektive und Resilienzfaktoren (*Müller, Petzold* 2003; *Petzold, Müller* 2004c) kommen dabei als *Ressourcen* (*Grawe*-Faktor I) zum Einsatz. Das Erleben emotionaler Beziehungsintensität mit dem Therapeuten in selbstwertfördernder Weise kann durch „korrigierende emotionale Erfahrungen“ tiefgreifende Veränderungen ermöglichen. Neurobiologisch betrachtet werden durch die emotionsintensiven Erfahrungen im 2. WEG Möglichkeiten dazu geschaffen. Früh gebahnte Aktivierungsmuster (etwa in der Kleinkindzeit unter starker Aktivierung limbischer Strukturen ausgebildet und über viele Jahre erfolgreich, wenngleich dsyunktional genutzt), aber auch durch große emotionale Erschütterungen/Traumaerfahrungen des späteren Lebens formierte Muster haben eine hohe Stabilität, besonders wenn das relevante aktuelle soziale Netzwerk sie stabilisiert (wiederum auch oft dsyunktional). „Sie sind aus diesem Grund nur schwer, und wenn überhaupt, dann nur unter der Bedingung einer gleichzeitigen Aktivierung dieser emotionalen Zentren veränderbar“ (*Hüther, Rüther* 2003, 227). Intensiv erlebte Gefühle des Schmerzes, des Leides oder auch des Glücks, der Freude in der Bezogenheit zum Therapeuten sind für den zweiten Weg charakteristisch (*Petzold* 1988n, 236). „In beiden Fällen geht die dabei stattfindende Aktivierung subkortikaler, limbischer Regionen mit einer vermehrten Ausschüttung von insbesondere solchen Transmittern, Modulatoren und Hormonen einher, die in besonderer Weise an der Regulation neuroplastischer Prozesse beteiligt sind“ (*Hüther, Rüther* 2003, 227). Im zweiten Weg „geht es um die Nachsozialisation zur Restituierung von Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt wurden. Das erfordert einerseits die Modifikation dsyunktionaler, archaischer Narrative [Bahnungen, Verschaltungen, Aktivierungsmuster, sc.], die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, und andererseits die Verankerung neuer Szenen und Atmosphären [neuer Bahnungen und Verschaltungen, sc.], wo solche als entwicklungsnotwendige Erfahrungen in defizitären Sozialisationen gefehlt hatten, durch Vermittlung ,substitutiver und korrektiver emotionaler Erfahrungen“ (*Petzold* 1988n, 236, kursiv im Orig.).

Diese Strategie, lange vor der Evidenz bildgebender Untersuchungen zur Wirkung psychotherapeutischer Interventionen (*Baxter et al.* 1992) beschrieben und praktiziert, wird durch die Neurobiologie heute gut fundiert. Der „Informierte Leib“ (*Petzold* 2002j/2003a, 1051ff) erfüllt mit Negativinformationen, muß diese durch Positiv- oder Alternativinformationen (Trost statt Bestrafung, Wertschätzung statt Demütigung o.ä.) verändern. Sie werden durch die Therapiegesehen erfolgenden *kontrollierten* Aktivierungen (*Petzold* 2004l) und die mit ihnen verbundenen neurohumoralen Prozesse ermöglicht. Dabei werden unsere frühen [1968/70] Techniken des „*emotings*“ (*Petzold* 2003a, 648ff) eingesetzt, die auf unsere Erfahrungen mit Praktiken des „Therapeutischen Theaters“ von *V. N. Iljine* (vgl. *Petzold* 1972a, 1973a) und mit *Stanislawskij*- und *Barrault-Pantomimetechniken* zurückgehen und Überlegungen von *Ukhtomskij, Bernstein, Anokhin, Lurija, Zaporonež* im Hintergrund hatten. Bottom-up lassen wir Emotionsmimik, Haltung und Atmung einnehmen, eine ägerliche oder auch freudige „Mine aufsetzen“ (positives Emoting ist wichtig) und auf diese Weise Emotionen evozieren, ggf. unterstützt durch „Top-down-Techniken“ entsprechender Imaginationen (*Petzold* 1992b/2003a, 607-663) – unter neurowissenschaftlicher Betrachtung eine hervorragende Strategie, Neubahnungen zu fördern.

„Diese besonders nachhaltig und tiefgreifend wirksamen Signalstoffe der interzellulären Kommunikation sind wichtige Trigger bzw. wirken als permissive Faktoren für die im Verlauf derartiger emotionaler Aktivierungsprozesse stattfindende adaptive Modifikation und Reorganisation synaptischer Netzwerke und neuronaler Verschaltungsmuster (strukturelle Verankerung emotionaler Erfahrungen, *Hüther et al.* 1999). Bleibt die Aktivierung dieser emotionalen Reaktion kurz (kontrollierbare Stressreaktion, gelungene Herausforderung, erfolg-

reiche Bewältigung, Belohnung) so kommt es unter dem Einfluß der dabei kurzfristig freigesetzten Botenstoffe (z.B. Dopamin, Noradalin, Vasopressin) zur Bahnung und Stabilisierung der im Verlauf dieser Reaktion aktivierten Verschaltungsmuster“ (Hüther, Rüther 2003, 227).

Die Integrative Therapie hat spezifisch solche methodischen Wege im Bezug auf neurowissenschaftliche Erkenntnisse und Modelle (moderate Exposition, systematische Trost- und Trauerarbeit, Arbeit mit Aggressionen, nonverbales Modeling, Arbeit mit „mouvement produced information“ etc., vgl. Bloem, Moget, Petzold 2003; Petzold 2001m, 2004h, I) entwickelt, die im Sinne solcher neurobiologischen Prinzipien wirken und im Beziehungsgeschehen eingesetzt werden. Diese Beziehungsarbeit, so wichtig sie auch ist, darf nun nicht nur im therapeutischen Raum verbleiben, sondern bedarf zwingend der **Transferarbeit** in den Alltag (ausführlich begründet Petzold 1995a,b), in *alternativer Beziehungspraxis* mit den Menschen des Nahraumes im sozialen Netzwerk/Konvoi, denn sonst bleiben die dysfunktionalen, habitualisierten Muster erhalten und *neue Bahnungen* können sich nicht festigen. Auch im Alltag und gerade dort muss *depressives* oder *ängstliches* Verhalten **gehemmt** werden durch *aktives* und *assertives*. Aber wie soll das gehen, wenn das Kernnetz nicht mitspielt, betuliche Bedauer oder oder zupackende Aktivmenschen den Depressiven *dysfunktional* abdämpfen und schonen, den Ängstlichen schützen und beschirmen. Netzwerkarbeit, Angehörigenberatung sind angesagt (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Ehrhardt 2005). Die konventionellen Therapieschulen, die mit Freud/Jung/Perls/Rogers etc. meinen, alles müsse „zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten“ ablaufen – im „Übertragungs-Gegenüberreagungs-geschehen“ oder in der „Ich-Du-Begegnung“ – in einer oft geradezu „sakralisiert“ gewerteten „therapeutischen Beziehung“ (vgl. kritisch Petzold, Orth 1999, 137ff) verkennen die Bedeutung des Transfers und betreiben ihn nicht oder nur unzureichend. Sozialtherapie in der Suchtarbeit geht hier schon besser vor! (Dekonstruktivistisch sei hier angemerkt, welche immense Bedeutung und Macht sich Therapeuten mit der umfassenden Zentralstellung der therapeutischen Beziehung attribuieren, deshalb müssen solche Fragen im „ersten WEG“ im Sinne emanzipatorischer Praxis metareflektiert werden).

3. Weg – Erlebnis- und Ressourcenaktivierung ► Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung: – „Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Begegnungen und Beziehungen entfalten.“

– u.a. Förderung der multisensorischen und multiexpressiven Potentiale, d. h. der Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten, Erweiterung des Spektrums aktualisierter Rollen und *life styles* durch Förderung von Experimentierfreude, explorativer Neugier, Kontrolle, um Selbstwert, Souveränität, Lebensfreude, *Lebenskunst*, einen offenen, assertiven **Lebensstil** durch **alternative kognitive, emotionale und volitive Erfahrungen in alternativen Performanzen** zu entwickeln, die dysfunktionale Erlebens- und Handlungsmuster **hemmen**. In systematischem Suchen und Nutzen von Ressourcen und Potentialen, von protektiven und Resilienz fördernden Faktoren, durch Experimentieren mit sozialen Beziehungen, „*enrichment*“ durch neuen Freizeitaktivitäten (Sport, Hobbies, Reisen, Budo, Meditation), mit Projekten, die auf Gelingen orientiert entworfen und konkretisiert werden, können **kognitive, emotionale, volitionale** und **soziale Regulationssysteme** angeregt und bekräftigt werden – ggf. vorbereitet durch psychodramatisches/behaviourdramatisches Rollenspiel unterstützt und ermutigt durch „multiple Stimulierung“, „challenges“ und *kokreative*, intermediale Arbeit mit dem Therapeuten, der als aktiver Begleiter Modellfunktion hat und mit dem Patienten im **Transfer** kognitiver Erkenntnisse und emotionaler Erfahrungen aus der Therapie in den Lebensvollzug die Veränderung dysfunktionaler und die Ausbildung neuer, funktionaler **Lebensstile** voranbringt. Die Erarbeitung positiver Zukunftsvisionen und Handlungsorientierungen, ihre Realisierung in befriedigenden Alltagserfahrungen, in erlebnisreicher Lebensgestaltung (*multisensorisches* Naturerleben, ästhetische Erfahrungen, *multiexpressives, kreatives Gestalten*) erlaubt es, dysfunktionale Narrative/Schemata zu **hemmen**, neue zu entwickeln und damit auch neue bzw. optimierte neurohumorale Bahnungen zu ermöglichen.

„Der Therapierfolg ist zu einem wesentlichen Teil davon abhängig, wie gut es durch komplementäre, maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung und durch Ressourcenaktivierung gelingt, dem Patienten positive bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln“ (Grawe 2004, 421). Der „dritte WEG“ hat eben diese Zielsetzungen mit seiner ressourcen- und potentialorientierten Methodik, die viel stärker noch als der Berner Ansatz mit sozial-, netzwerk-, kreativ- und bewegungs/sporttherapeutischen Maßnahmen in den Alltagsraum ausgreift (Hass, Petzold 1999; Petzold

2004a, 2005a; Petzold, Orth 1990; van der Mei, Petzold, Boscher 1997), konkreten **Transfer** aus der Therapiesituation „ins Leben“ betreibt. Das ist ein Spezifikum des Integrativen Ansatzes, der hier gezielt gesundheitspsychologische (Lorenz 2004), sozialtherapeutische und entwicklungsfördernde Strategien (*enlargement, enrichment, empowerment strategies*), einbezieht und neubiologisch und neuromotorisch fundierte „sophisticated models“ der **Transferarbeit** entwickelt hat (grundlegend: Petzold 1995a, b), die praxeologisch durch Methoden wie „Hausaufgaben“, „spektrometrischen Selbstevaluationen“, „persönliche Projekte“, „sporttherapeutische/sportive Aktivitäten“ umgesetzt werden. Das Ermutigen zu Reisen, meditativen Erfahrungen (Petzold 1983d; Orth 1993; Petzold, Orth 2005), zu Kunst- und Naturerleben, zwei Möglichkeiten *tröstender* und *heilender* „ästhetischen Erfahrungen“ (wovon die Lagerbriefe Pawel Florenskijs aus den Gulags ein eindrückliches Zeugnis ablegen), zu „ökopsychosomatischem“ Erleben von Landschaften und Tierfreundschaften – tiergestützte Therapie, „pet therapy“, ein „Muss“ in der Arbeit mit Suchtkranken und nicht nur dort (idem 1969c; Corson, Corson 1988; Otterstedt 2001; Greifenhagen 1993) – das alles sind Konzepte und Aktivitäten, die wir z. T. inaugurierten oder seit den Anfängen unserer Arbeit nutzen und die eine immense Wirkung haben können, wie schon Seneca und Epiktet wußten (Petzold 1965, 1969c, 1973g, 1999q; Petzold, Bloem, Moget 2003; Petzold, Orth 1993g, 1998; Orth, Petzold 1998a; Petzold, Orth 1998b). Die *klinische Bewegungstherapie, Psycho- und Neuromotorik* hat hier aufgrund der Forschungen und klinisch-therapeutischen Arbeit von N. Bernstein, A. Berthoz, H. Petzold, H. Wallon, A. Zaporonež bedeutende Beiträge zu leisten. All dieses Wissen ist in die „Integrative Bewegungstherapie“ mit ihren sporttherapeutischen Varianten eingeflossen (Petzold 1974j, van der Mei et al. 1997) und wird in „**performanzzentrierter Arbeit**“ (Sieper, Petzold 2002) eingesetzt, *denn Umbahnungen verlaufen durch die Performanz* (Petzold, Engemann, Zachert 2005). Der russische Psychologe Aleander V. Zaporonež (1990) aus dem Vygotskij-Kreis hatte in den zwanziger Jahren Schauspielunterricht genommen (bei Les Kurbas), um die Kontrolle von Emotionen durch Mimik/Gestik im Szenischen Kontext zu studieren, das Lebensthema seiner Forschung. Durch V. N. Iljine schöpften wird aus ähnlichen Quellen wie Zaporonež. Wir haben die Methode des „Behaviourdramas“, Techniken des verhaltenstherapeutisch-übenden Rollenspiels entwickelt (Petzold, Osterhues 1972). Wir „Verschreiben“ positives „emoting“ als Bottom-up-Strategie des täglichen, vielfachen Übens von Freundlichkeit- und Heiterkeits-, Gelassenheitssmimik etc. im Alltag (auch wenn man das Gefühl nicht spürt, wirken die „*movement produced information*“ der Gesichtsmuskulatur auf den cerebralen Stoffwechsel, Petzold 2004h, I, Petzold, Wolf 2000). Diese „Hausaufgaben“ werden durch die von uns seit den sechziger Jahren eingesetzten Therapietagebücher unterstützt (Petzold, Orth 1993a). Das alles bietet auch ein hervorragendes *Willenstrainig*, und den Willen hat man ja in der Psychotherapie weitgehend vernachlässigt, obwohl ohne ihn „nichts vorangeht“. Der Integrative Ansatz hat sich diesem Thema besonders gewidmet (Petzold, Sieper 2003a, b). So wird im 3. WEG durch **alternative kognitive, emotionale und volitive Erfahrungen in alternativen multisensorischen und multiexpressiven Performanzen** ermöglicht, was auch Grawe (2004, 429) als bekanntes, neurobiologische Faktum betont, „dass selbst die Hemmung bestehender Erregungsbereitschaften durch Bahnung anderer Erregungsbereitschaften erfolgt, von denen die Hemmung ausgeht. Bahnung kann damit als Grundprinzip jeder Veränderung durch Lernen angesehen werden ... Damit etwas gut gebahnt wird, muß es wiederholt und anhaltend aktiviert werden. Alles was der Patient mehr denken, fühlen und tun soll, muss also möglichst oft hervorgerufen und möglichst lang aufrecht erhalten werden. Erst dann öffnen sich die NMDA-Rezeptoren und es kommen 'Second Messenger' Prozesse in Gang, die die an den aktivierten neuronalen Erregungsmustern beteiligten Synapsen langfristig stärken“ (ibid.). Das sind grundlegende Fakten. Grawe läuft hier allerdings mitten in die Probleme herkömmlicher, auf das „verbale Zweiersetting“ fixierter Therapien: Gelingt es dem Therapeuten, genügend Einsicht und Kooperation beim Patienten zu mobilisieren, damit er dieses Prinzip als sinnvoll ansieht und in seinem Alltag Transferarbeit leistet? Das ist oft nicht einfach, aber – wie schon beim „zweiten Weg“ ausgeführt –, hat er bessere Chancen, wenn man netzwerktherapeutisch arbeitet und „Bundesgenossen“ sucht, indem man den Patienten überzeugt, bei Angehörigen oder Freunden nach Hilfestellungen für die Umsetzung im Alltag Ausschau zu halten, eventuell unterstützt durch eine vom Therapeuten begleitete „Netzwerkkonferenz“ (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Erhardt 2003). Denn:

„Wenn man das Therapiegeschehen unter dem Gesichtspunkt der synaptischen Erregungsübertragung betrachtet, stellt sich aber ganz grundsätzlich die Frage, inwieweit im Rahmen eines Gespräches überhaupt diejenigen neuronalen Erregungsmuster gebahnt werden können, von denen eine sich schließlich selbst aufrecht erhaltende Besserung erwartet werden kann. Die problematischen neuronalen Erregungsmuster des Patienten spielen sich im realen Leben ab, nicht hauptsächlich in der Therapiesitzung ...“ (Grawe 2004, 56). In der Tat! Nur fehlen fast allen Therapieverfahren hier die richtigen Instrumente. Man findet sie in der Lebensberatung, im Gesundheitscoaching, der Be-

wegungs-, Psychomotorik-, Sporttherapie, den Kreativitätstherapien, in Psychodrama, Rollenspiel, der „social network therapy“, der Sozialtherapie, mit denen die verbal-minimalistischen tiefenpsychologischen und viele der humanistischen und kognitiv-behavioralen Therapien ihr herkömmliches Interventionsinstrumentarium „theoriegeleitet“ erweitern müssten, denn Methodenaktionismus und orientierungslose Polypragmasie bringen allenfalls unspezifische Effekte. Der Integrative Ansatz hat solche neurowissenschaftlich orientierten (und heute noch in viel genauer neurobiologisch fundierbaren) theoretischen und praxeologischen Modelle erarbeitet und mit Erfolg umgesetzt. Exemplarisch zeigen das die kasuistisch illustrierten, theoretisch-methodischen Grundsatzarbeiten: „Weggeleitet und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie“ (Petzold 1995a) und „Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung“ (Petzold 1995b). Der „dritte WEG“ entspricht in hervorragender Weise den Prinzipien des cerebral-neuronalen Funktionierens, das von den Mustern der „**Aktivierung und Hemmung**“ bestimmt wird und das dem Neuromotoriker und klinischen Bewegungstherapeuten so vertraut ist über das Prinzip der „reziproken Hemmung“ (Schandry 2003, 205ff) durch die hemmenden Interneuronen, die Renshaw-Zellen (die sogenannten „Körpertherapien“ reichianischer und neoreichianischer Orientierung wissen, blickt man ihre Literatur, offenbar von diesen Prinzipien nichts). In diesem Weg können aktivierte Muster der Angst oder des depressiven oder zwanghaften Verhaltens durch andere Erlebens- und Handlungsangebote (andere Aktivierungen) *gehemmt* werden, was die Chancen zu neuen Bahnungen eröffnet. „Wenn man Therapie als 'etwas wegmachen' konzipiert, steht man vor einer einfacheren Aufgabe, als wenn man das, was bisher da war (die Angstreaktion), mit etwas neuem ersetzen will, das an die Stelle der Angstreaktion tritt. 'Etwas hinmachen' ist anspruchsvoller als 'etwas wegmachen', aber es ist wirkungsvoller“ (Grawe 2004, 108). Wir können dem nur zustimmen, und der „dritte WEG“ trägt diesem Prinzip vollauf Rechnung, das allerdings, wir wiederholen es, in den konkreten Lebensbezügen des Alltags zum Tragen kommen muß - nachhaltig.

4. Weg – Förderung von Exzentrizität und Solidaritätserfahrungen ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität: „Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, die Ohnmacht verabschieden, gemeinsam Zukunft gewinnen“

- u.a. durch exzentrische, mehr- und metaperspektivische Analyse der Lebenslage, der Stile sozialer Partizipation oder Isolation, Erweiterung und Pflege der „sozialen Netzwerke/Konvois“ (Freundschaften, Kollegialität). Durch das Erschließen und Intensivieren sozialer Aktivitäten, von Aktionsräumen in Selbsthilfe-, Gesprächs- und Erzählgemeinschaften, können erlebtes Engagement, Erfahrungen von Solidarität in alltagspraktischen Hilfen, Unterstützung und *erlebtem Empowerment* durch Andere und für Andere zum Tragen kommen. Das bewirkt Hemmung von Ohnmacht und Hilflosigkeit, Gewinn von Kontrolle, Selbstwirksamkeit, erschließt Gestaltungspotentiale und Ressourcennutzung - auch mit Blick auf die Bedingungen *prekärer Lebenslagen* (z. B. bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzbelastungen, Probleme des Alters). Die **emotionalen, volitionalen** und **sozialen Regulationssysteme** werden gestärkt – auch auf der Netzwerkebene – und der Aufbau neuer, funktionaler Muster der Problemlösung und der persönlichen und gemeinsamen Lebensbewältigung wird durch **gemeinschaftliche kognitive, emotionale und volitive Erfahrungen in alternativen Performanzen** (Exchange Learning/Helping) ermöglicht bis hin zur Ausbildung lebensbejahender „kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen“ als „sozialen Repräsentationen“, die zur politisch bewussten, aktiven Mitwirkung in gemeinwohlorientierten Initiativen führen können.

Dieser „vierte WEG“ ist höchst spezifisch für den Integrativen Ansatz. Er spiegelt seine sozialpolitische Position und sein sozialtherapeutisches Engagement (Petzold 1994h; Brühlmann-Jecklin 1996; Bourdieu 1997, 1998). Er steht in Morenos (1951, 1959) Tradition der Netzwerkarbeit, die ein Kernmoment integrativer Praxis ist (Hass, Petzold 1999) und zeigt schließlich den Einfluß von Serge Moscovici (1979, 2001), seiner zentralen These, dass Menschen von „kollektiven Kognitionen“ (wir ergänzen: kollektiven Emotionen, Volitionen und Praxen, Petzold 2003a, 679, 711, 1053 etc.) bestimmt sind, sogenannten „sozialen Repräsentationen“, „social worlds“, die es zu verstehen und zu beeinflussen gilt (Petzold, Petzold 1993; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004): durch Strategien der Sozialtherapie, durch Netzwerk- und Projektarbeit, durch Empowerment- und Selbsthilfeinitiativen für die wir ein „exchange learning/exchange helping Modell“ entwickelt und umgesetzt haben (KISS Düsseldorf, Petzold, Schobert 1991), durch Case management, Gemeinwesenarbeit und *agogische* Angebote. (Wir haben stets profiliert Erwachsenenbildung betrieben und sehen nach wie vor die Einrichtungen der Erwachsenenbildung als die besten Partner der Psychotherapie). Dieser WEG

hat auch eine neurobiologische Basis, nämlich in der Erkenntnis, dass soziale Beziehungen mit ihren z.T. emotional hoch geladenen Informationen den „informierten Leib“ positiv wie negativ bestimmen bis in die Prozesse der Genexpression und -regulation (Petzold 2002j/2003a, 1051f; Bauer 2002) und wir wissen um genetische Dispositionen und neuropsychologische Veränderungen, und wir haben Fortschritte in der Erforschung und Behandlung dieser Realitäten. Deshalb werden Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen und auch z. T. mit chronifizierten Suchterkrankungen den vierten WEG durchaus medikamentengestützt (Dauermedikation, Substitution) gehen können, wo sie früher in „Asylen“ (Goffman) dahindämmerten. Sie müssen aber alle anderen WEGE als Chance haben: um ihre Krankheit/Störung, ihre Krankheitskarriere zu verstehen (1. WEG), um zu ihrer Krankheit eine emotionale Position zu finden und trotz Medikation das Spektrum ihres emotionalen Lebens zur Verfügung zu haben (2. WEG). Ihnen müssen Hilfen der Nutzung von Ressourcen und der Erschließung von Potentialen geboten werden. Das ist eine große Unterstützung, die ihnen der 3. WEG bieten könnte – er wird dieser Gruppe oft vorenthalten. Der 4. WEG gewährleistet soziale Partizipation. Er ist für diese Menschen unverzichtbar.

Wir leben unter dem Blick des neurobiologischen Diskurses in einer „Society of Brains“ (Freeman 1996), die in kleinen Verbänden, den Kernzonen eines sozialen Netzwerkes, eine „community of brains“ – die Gehirne konkreter Subjekte – wird, in der sich Menschen durch den Austausch ihrer Gefühle, Gedanken und Handlungen „sozialisieren“ – *on the brain level, on the body level, on the subject level* in leibhaftiger Interaktion (Petzold 2004h; Stamenov, Gallese 2002). Es soll hier nicht einer Gleichsetzung von „brain“ und „Subjekt“ das Wort geredet werden (wir haben in Abschn. 1 unsere Position mit Ricœur hierzu dargelegt). Natürlich kann man nicht „ohne weiteres von der kortikalen zur kulturellen Spur übergehen“ (Ricœur 2004, 645). Man muß die *Diskurse annähern*; denn Einsatz für Menschen, wechselseitige Hilfe, praktische Unterstützung – und darum geht es im „vierten WEG“ – besagt mehr als eine simplifizierende Konzeption von „*brain modeling by lifestyle modeling*“. Die lebensbestimmende und lebensverändernde Kraft von Gemeinschaften (religiösen, politischen, kulturellen, therapeutischen, sportiven) ist hoch – bis hin zur gefährlichen Phänomenen des politischen, religiösen, therapieweltanschaulichen Fundamentalismus, vgl. Huth Petzold 1996j). Der „vierte WEG“ will die konstruktiven Kräfte des Gemeinnsinns von Menschen nutzen und in Behandlungskonzepte einbeziehen, denn wir sind davon überzeugt: gesellschaftliche und kulturelle Arbeit von Menschen für Menschen, Engagement für eine humane Gesellschaft und eine gerechte Welt, ein kritisch reflektierter, praktizierter Altruismus *sind gesund* – in einem sehr umfassenden Sinne!

Synopse der „vier WEGE“ der Heilung und Förderung

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	<p>Bewusstseins-arbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:</p> <p>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</p>	<p>Nach-/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:</p> <p>„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</p>	<p>Erlebnis-/Ressourcen-aktivierung ► Persönlichkeitsentfaltung/-gestaltung, Lebensstiländerung:</p> <p>„Neugierde auf sich selbst und Andere, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</p>	<p>Exzentrizitäts-/Solidaritätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:</p> <p>„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“</p>
Inhalte	<p>Lebenskontext/kontinuumsanalyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebenszielanalysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch korrigierende kognitive Einsicht</p>	<p>Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeitsstrukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungsfähigkeit, Neuwertungen (valuation), Änderung emotionaler Stile durch korrigierende emotionale Erfahrungen</p>	<p>Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativitätsförderung, Netzwerk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstiländerung durch <i>alternative, kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische /multiexpressive Performanzen.</i></p>	<p>Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Betrachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsarbeit, Lebensstiländerung durch <i>gemeinsame kognitive/emotionale Erfahrungen und multisensorische /multiexpressive Performanzen</i></p>
Methoden/Techniken	<p>Narrative Praxis, Beziehungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemberatung</p> <p>III. konfliktzentriert/störungsspezifisch, einsichtsorientiert, ggf. VI. medikamentengestützt</p>	<p>Emotionale Differenzierungsarbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netzwerk-/Konvoiarbeit</p> <p>III. konflikt-/störungsspezifisch, II. erlebniszentriert/emotionsorientiert, ggf. V. netzwerk- u. VI. medikamentengestützt</p>	<p>Kreativ-, Sport-, Bewegungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeitaktivierung, Performanztraining, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfahrungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch</p> <p>II. erlebnis- u. I. übungszentriert, V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, ggf. VI. medikamentengestützt</p>	<p>Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empowerment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit</p> <p>V. netzwerkorientiert, IV. supportiv, II. erlebnis- u. I. übungszentriert, ggf. VI. medikamentengestützt</p>
Modalitäten				

Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“ Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige Heilungs- und Entwicklungschancen

I. übungszentriert-funktionale Modalität, II. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität, III. Konflikt- und störungszentrierte Modalität, IV. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität, V. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität, VI. Medikamentengestützte Modalität.

Mit den „vier WEGEN“ wurde eine Praxeologie „*vielfältigen Sinnes*“ entwickelt, mit der der Integrative Ansatz als „**biopsychosozialer Humantherapie**“ (Petzold 2001a) in Höhen-, Tiefen- und Breitendimensionen reichen kann, WEGE, die über Jahrzehnte erprobt wurden (Petzold, Orth 2005a, 2004b). Sie sind in einer reichen anthropologischen Philosophie gegründet und in zentralen Positionen der allgemeinen Psychologie und der Neurobiologie, was sich vielfältig niederschlägt: in der systematischen Verschränkung von verbal-reflexiven Strategien zur Änderung dysfunktionaler *kognitiver Regulation* (1.WEG) und von emotiv-aktionalen Strategien zur Hemmung negativer und bekräftigung positiver Aktivierungsbreitschaften und Bahnungen mit dem Ziel ausgeglichener *affektiver Regulation* (2. WEG). Weiterhin ermöglicht die experimentierend-stimulierende Erschließung neuer Erfahrungen und ihrer übenden Verankerung neue Bahnung (3. WEG) und wird im konkreten Transfer in reale Lebensbezüge, Netzwerke, Konvois (4. WEG) persönliche und soziale Realität positiv gestaltet.

Der Integrative Absatz wird mit diesen WEGEN nicht in die Gefahr eines unbilligen Reduktionismus geraten – gegen den A. R. Lurija, P. Florenskj, M. Merleau-Ponty, P. Ricœur, M. Foucault und viele andere Referenzautoren, denen wir verpflichtet sind, angetreten sind. Die Erkenntnisse einer „klinischen Entwicklungspsychologie der Lebensspanne“, einer „klinischen Sozialpsychologie der Lebenslagen“ und einer „philosophischen Therapeutik“, die den Integrativen Ansatz tiefgreifend bestimmen (Petzold 2003a), stehen dem entgegen – im Interesse der Menschen.

Die **WEGE** fokussieren, wie die Doppelzielsetzung „Heilung“ und „Förderung“ deutlich macht, *pathogenetische* und *salutogenetische* Perspektiven. Sie enthalten neben den klinischen Zielsetzungen jeweils *Lebensmaximen*: „Sich selbst verstehen lernen, sich selbst zum Freund werden, nicht alleine gehen usw.“, die als solche Ausdruck von Menschenwissen und einer „clinical wisdom“ erfahrener, weitgreifend denkender und engagierter Therapeuten sind, womit sich klinische und philosophische Therapeutik in der integrativen Praxeologie (Orth, Petzold 2004) verbinden. Auch für die „vier WEGE“ gilt:

Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ dürfen nicht nur als heuristische klinische Strategien in der Praxeologie der Integrativen Therapie gesehen werden. Vielmehr – und das verdient unterstrichen zu werden – sind sie allgemeinmenschliche Wege differentieller Sinnkonstitution, heilsame und förderliche Formen der Lebensgestaltung, wertvolle Lebensmaximen. Patientinnen und Klienten müssen deshalb die Substanz dieser Wege verstehen und sollten ermutigt werden, die „Vier Wege“ in ihrem Alltagsleben bewußter zu nutzen, zu praktizieren und sie in der „Arbeit an sich selbst“ zu pflegen.

Auch in der Therapieausbildung haben diese Wege einen zentralen Ort und sie dienen dem Kandidaten/der Kandidatin und später den praktizierenden TherapeutInnen dazu, das in ihren Maximen kondensierte Lebenswissen für sich selbst, ihre Psychohygiene, Persönlichkeitsentwicklung und ihre „clinical wisdom“ zu nutzen.

8. Abschließende Überlegungen zu „mehrperspektivischer Betrachtung“, „multitheoretischen Diskursen“, „multipraxeologischen Modellen“ und „methodenpluraler Arbeit“ in Integrativer Therapie

Die vorliegende Arbeit hatte es unternommen, die „Integrative Therapie“ in ihrem Selbstverständnis als „Humantherapie“ für die Arbeit im Bereich der Suchtkrankenhilfe darzustellen und dabei **1. Theorie**, **2. klinische Praxis** und **3. Selbsterfahrung** (in Ausbildung und Behandlung) zu fokussieren und das allein ist schon ein Zugang unter „**mehrperspektivischem Blick**“. Es wurden zunächst in den ausführlichen „Vorbemerkungen zu Positionen, Entwicklungen, Erfahrungen“ zentrale Theoriekonzepte dargelegt, um noch einmal zu zeigen, was diese beiden Bände insgesamt demonstrieren: „**multitheoretische Diskurse**“ sind erforderlich, um komplexe Krankheitsbilder und Lebenssituationen zu erfassen und schulübergreifende, „**multipraxeologische** und **multimethodische** Arbeitsweisen“, um Lebenswirklichkeit konstruktiv zu gestalten.

Exemplarisch wurde das im Titel dieses Textes umschrieben: erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Perspektiven sollten aufgegriffen werden für Therapie und Weiterbildung, denn sie haben als gemeinsamen Nenner „*komplexe Selbsterfahrung*“ als persönliches und gemeinschaftliches „*Lernen auf vielen Ebenen*“. Mit einer wesentlichen Ebene wurde begonnen: der Metaebene (Abschnitt 1), der „*philosophy*“ der Weiterbildung, und es wird leicht ersichtlich, dass das auch die Basis jedes therapeutischen Tuns ist, nämlich „*kokreative Entwicklungsarbeit*“ auf multitheoretischem Boden. Als weitere Ebene wurde (Abschnitt 2) eine häufig ausgeblendete angesprochen, der *institutionelle Rahmen*. Keine Weiterbildungsmaßnahme und keine therapeutische Maßnahme findet jenseits von institutionellen Kontexten statt. Deshalb muss Therapie den Kontext Klinik und Kliniksystem und muss Ausbildung den Kontext Bildungseinrichtung und Bildungssystem berücksichtigen – theoretisch wie praxeologisch. Sie geben den Rahmen für *sozialisatorische Prozesse*, und als solche müssen Bildungsarbeit und Therapie gleichermaßen gesehen werden – auch wenn sie unterschiedlich akzentuiert sind. Theoretischer Überbau und institutionelle Strukturen, das zeigt der nachfolgende Abschnitt 3 bestimmen die Veränderungsmethodiken, die Formen des Lernens – in agogischen wie in therapeutischen Lernprozessen: Lernen als Entwicklungsgeschehen, lebenslanges (Abschnitt 4), Lernen als holographischer Aneignungsprozess in zwischenmenschlicher Bezogenheit, getragen von wechselseitiger „*empathischer Kompetenz*“ (Abschnitt 5). Durchgängig wurde eine **multitheoretische** Argumentationslinie in diesen Texten durchgehalten und das gilt auch und besonders für unsere Ausführungen in Abschnitt 6 zu „*neurobiologischen Aspekten*“ des Lehrens und Lernens, des Therapierens und Therapiertwerdens, denn hier haben wir unterstrichen: immer geht es um Prozesse „*on the brain and on the subject level*“, um neurobiologische und subjekttheoretische Perspektiven in ihrer Konnektivierung. Das eine geht nicht ohne das andere! Der Abschnitt 7 kontextualisiert die bis dahin gemachten Ausführungen, stellt sie in die gegenwärtigen Entwicklungen im Felde der Psychotherapie und in der Psychotherapieforschung. Zwei verwandte, weil beide zum „**neuen Integrationsparadigma**“ (Petzold 1992g) gehörig, und doch zugleich unterschiedli-

che Ansätze (7.1) werden aus Erkenntnisinteresse, nicht aus konkurrenzierendem Schulenstreit, verglichen: die „**Integrative Therapie** als *Psycho-, Sozio- und neurobiologisch orientierte Leib- und Bewegungstherapie*“ (Petzold 1988n, 2003a) und das **Integrationsmodell** einer „**Allgemeinen Psychotherapie** als *Psychologische Psychotherapie und Neuropsychotherapie*“ (Grawe 1998, 2004) – Im klinisch-praxeologischen Ansatz von Psychotherapie haben sie mehr Übereinstimmungen als Unterschiede, auch wenn sie an anderen Ausgangspunkten *ansetzen*. Im metatheoretischen Ansatz, der anthropologischen Orientierung, ist kein direkter Vergleich möglich, weil Grawe sein Modell hier theoretisch nicht ausgeführt hat. Ein Vergleich aufgrund indirekter Parameter erscheint uns problematisch, denn aus seiner Betonung nomothetischer Forschung dürfen keine weiterführenden Schlüsse über sein Menschenbild gezogen werden. Er hatte es bislang nicht explizit gemacht, weil er die Arbeitsschwerpunkte seines Lebens als Forscher und klinischer Praktiker anders gelegt hatte als z. B. Petzold. Klar aber ist: Grawe war für Menschen engagiert, sah PatientInnen als Partner, war in einer altruistischen Orientierung auf ihr Wohlergehen bedacht, ohne Überlegenheitsgestus, wie man ihn im Freudschen Modell einer „strukturellen Ungleichheit“ in der Analytiker-Analysand-Beziehung findet.

Es wurden dann in unserem Text differenziell Behandlungsstrategien der „Integrativen Therapie“ mit ihren theoretischen Begründungskonzepten dargestellt (7.2 – 7.3) und auch diese zeigen: eine differenzierende **mehrperspektivische Betrachtung** und ein Gewebe **multitheoretischer Diskurse** unterfängt eine **multipraxeologische** und **methodenplurale** Form engagierter Arbeit mit Menschen in klinisch-kurativer und entwicklungsfördernder Ausrichtung. Für das höchst komplexe Feld der Arbeit mit Suchtkranken, Menschen in häufig katastrophalem gesundheitlichen Zustand, ihren oft beschädigten sozialen Netzwerken und ihren überwiegend prekären bis desaströsen Lebenslagen sind die eingleisigen Theorienbildungen der traditionellen Therapieschulen viel zu enggreifend, als dass sie einen hinreichend breiten, theoretischen Rahmen für diese multidimensionale Problemlage bieten könnten – ein Blick in die schulenspezifische Fachliteratur zeigt diese Begrenztheit, und ein Blick in die Bedingungen des Praxisfeldes zeigt die Notwendigkeit **multitheoretischer, integrativer Konzepte**. Und auch für die Praxeologie kommen wir in der Behandlung, Betreuung, Begleitung, Prozessorganisation/Case Management (Petzold 2005r) mit den traditionellen Ansätzen der Psychotherapie allein nicht weiter, denn Psychotherapie, Sozialarbeit, Bildungsmaßnahmen müssen ineinander greifen, wie das die frühen **multipraxeologischen, integrativen Modelle** (Petzold 1974b) schon erkannt und praktiziert hatten. Die unabdingbaren Differenzierungen in der Behandlung von Menschen mit höchst unterschiedlichen Störungen, Komorbiditäten, Gesundheits-Krankheitsbildern lässt nur ein **methodenplurales, integratives Vorgehen** im Interesse der Patientinnen und Patienten angemessen erscheinen. In der Praxis wird das durch die Kooperation in multiprofessionellen Teams angestrebt, deren Mitarbeiter oft in unterschiedlichen Methoden ausgebildet sind, was eine Chance sein kann, aber auch ein Grund für Probleme, sofern nicht übergreifende, integrierende Kooperationen entstehen – oft bleiben sie konzeptuell brüchig.

Der „**Integrative Ansatz**“, wie er in den vorliegenden beiden Bänden und in diesem abschließenden Text in Theorie, Praxeologie, Praxis und Forschung dargestellt wurde, leistet mit seinen **multitheoretischen** Konzepten, **multipraxeologischen** Modellen und **methodenpluralen** Vorgehensweisen deshalb einen „Betrag zum Gesamtfeld“ der Suchkrankentherapie und Drogenhilfe: für Menschen in Not, für MitarbeiterInnen in schwierigen Praxissituationen, für Institutionen in Ressourcenknappheit – jenseits aller Schulendispute. So jedenfalls verstehen wir unsere Arbeit und unseren Ansatz einer „Integrativen Therapie“. Wir hoffen, er bietet Hilfen und fruchtbare Anregungen.

Zusammenfassung

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

Summary

“Integrative Therapy” is a modern form of psychotherapy within the “new integration paradigm”, based in “clinical lifespan developmental psychology”. Basic positions and concepts of which are important as well for the treatment of patients as for the training of psychotherapists are presented in condensed form. A differentiated and complex concept of “selfexperience” is placed in the center of our reflexions, because it is crucial for the process of change in clinical treatment but also in the developmental processes of the therapist’s personality.

The agogical, psychological, therapeutic and neurobiological positions – including the concepts of the integrative learning theory, concepts of professional socialization – that are important for therapy and developmental processes are delineated and discussed in respect to relevant developments in the field of modern psychotherapy.

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

Literatur:

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

- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 2004.
- Brumund, L., Märtens, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten, *Gestalt und Integration* 2, 448-466.
- Bubolz, E. (1983): Bildung im Alter, Freiburg: Lambertus.
- Bürmann, J. (1992): Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze eines persönlich bedeutsamen Lernens, Bad Heilbrunn.
- Buss, D.M. (1999): Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A., (1999): Integrative Psychotherapie bei Angststörungen, Bern: Hans Huber.
- Clark, A. (1997): Being There. Putting Brain, Body, and World Together Again. Cambridge MA: MIT Press.
- Clark, A. (1999): An Embodied Cognitive Science? *Trends in Cognitive Sciences* 3 (9): 345-51.
- Canguilhem, G. (1965): La connaissance de la vie. Paris: Vrin, 1992².
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1975): Pet-facilitated Psychotherapie in a Hospital Setting, in *Current Psychiatric Therapies*. Oxford/New York/Toronto.
- Corson, S.A., Corson, E.O. (1980): Pet Animals as Nonverbal Communication Mediators in Psychotherapy in Institutional Settings. In: *Ethology & Nonverbal Communication in Mental Health*, Oxford/New York/Toronto/Sydney.
- Daffertshofer, A., Peper, C.E., Beek, P.J. (2000): Spectral analyses of event-related encephalographic signals. *Phys. Lett. A* 266, 2000, 290-302.
- Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen, Berlin: Reimer.
- Davidson, R. J. (2000): Affective Style, Psychopathology, and Resilience: Brain Mechanisms and Plasticity. *American Psychologist* 55, 1196-1214.
- Davidson, R. J., Jackson, D. C., Kalin, N. H. (2000): Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience. *Psychological Bulletin* 126, 890-906.
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B., Putnam, K. (2002): Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. *Annual Review of Psychology* 53, 545-574.
- Derrida, J. (1986): Positionen. Graz: Böhlau.
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft, Frankfurt: Suhrkamp.
- Dobson, K.S., Craig, K.D. (1998): Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Dobson, K.S., Shaw, B.F. (1988): The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consult. Clinical Psychology* 56, 673-680.
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003b): Hilffösigkeit, Kontrolle, Bewältigung - Kernkonzepte und Materialien für die Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 12/2003
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003c): Kausalattribution und Kontrollüberzeugung und deren Bedeutung für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 13/2003.
- Eickelpasch, R., Rademacher, C. (2004): Identität. Bielefeld: transcript Verlag.
- Epstein, S. (1979): Entwurf einer integrativen Persönlichkeitstheorie, in: *Filipp* (1979a) 15-46.
- Epstein, S. (1993): Implications of cognitive-experiential self-theory for personality and developmental psychology. In: *Funder, D.C., Parke, R.D., Tomlinson-Keasey, C., Widaman, K.*: Studying lives through time: Personality and development. Washington: American Psychological Association. S. 399-438.
- Epstein, S., Morling, B. (1995): Is the self motivated to do more than enhance and/or verify itself? In: *Kernis, M. H.*: Efficacy, Agency, and self-esteem. New York: Plenum Press, S. 9-29.
- Faltermaier, T., Mayring, Ph., Saup, W., Strehmel, P. (1992): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters, Stuttgart: Kohlhammer.
- Feltham, C. (ed.) (1999): Understanding the Counselling Relationship. London: Sage.
- Ferenczi, S. (1985): *Journal clinique*, Paris: Payot, 1985; dtsh. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, S. Fischer, Frankfurt 1988.
- Fiedler, P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.H. (1979): Selbstkonzeptforschung, Stuttgart: Klett.
- Filipp, S.H. (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, E.P., Wiegand, K. (2003): Evolution. Geschichte und Zukunft des Lebens.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern: Huber.
- Fletcher, P., Happé, F., Frith, U., Baker, S.C., Dolan, R.J., Frackowiack, R.S.J., Frith, C.D. (1995): Other minds in the brain: a functional imaging study of "theory of mind" in story comprehension. *Cognition* 57, 109-128.

- Florensky, P. (1993): *Meinen Kindern. Erinnerungen an die Jugend im Kaukasus*. Stuttgart.
- Florenskij, P. (1993a): *Denken und Sprache*. Berlin: editionKONTEXT..
- Florenskij, P. (1994²): *An den Wasserscheiden des Denkens*. Berlin: editionKONTEXT.
- Florenskij, P. (1997): *Raum und Zeit*. Berlin: editionKONTEXT.
- Foucault, M. (1984b): Eine Ästhetik der Existenz, , in: *Foucault, M., Von der Freundschaft*. Michel Foucault im Gespräch, Berlin: Merve, S. 133-41.
- Foucault, M. (1996): *Diskurs und Wahrheit. Die Berkely Vorlesungen*, Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1998): *Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P.*, München: Diederichs.
- Frank, T.D., Daffertshofer, A., Peper, C.E., Beek, P.J., Haken, H. (2000): Towards a comprehensive theory of brain activity: Coupled oscillator systems under external forces. *Physica D* 144, 2000, 62-86.
- Freeman, W.J. (1995): *Societies of Brains*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Freeman, W.J. (1996): Three centuries of category errors in studies of the neural basis of consciousness and intentionality. *Neural Networks* 10, 1175-83.
- Freeman, W.J. (1999): *How Brains Make Up Their Minds*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Freeman, W.J. (2000): *Neurodynamics. An Exploration of Mesoscopic Brain Dynamics*. London: Springer-Verlag.
- Fried, J. (2004): *Der Schleier der Erinnerung. Grundzüge einer historischen Memorik*. München: C. H. Beck.
- Frühmann, R. (1985): *Frauen und Therapie*, Paderborn: Junfermann.
- Frühmann, R., Petzold, H.G. (1993): *Lehrjahre der Seele*, Paderborn: Junfermann.
- Gabbard, G. O. (2000): A neurobiological informed perspective on psychotherapy, *British Journal of Psychiatry* 177, 117-122.
- Gabbard, G.O., Kay, J. (2001): The fate to integrative treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry* 158, 1956-1963.
- Garnezy, N. (1985): Stress resistant children: The search for protective factors, in: *Stevenson, J. (ed.), Recent research in developmental psychopathology*, Oxford: Pergamon Press, 1985, 213-234.
- Gazzaniga, M. S. (2000²): *The Cognitives Neurosciences*. Cambridge: MIT Press.
- Gazzaniga, M.S., Ivry, R.B., Mangun, G.R. (1998): *Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind*. New York, London: WW Norton & Co.
- Gebhardt, M., Petzold, H.G. (2005): Die Konzepte "Transversalität" und "Mehrperspektivität" und ihre Bedeutung für die Integrative Supervision und das Integrative Coaching. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005.
- Gibson, J. J. (1979): *Senses considered as perceptual systems*, Boston: Houghton Mifflin.
- Gibson, J.J. (1979a): *The ecological approach to visual perception*, Boston: Houghton Mifflin; dtsh. *Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung*, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
- Gibson, J. J. (1982): The concept of affordance in development: The renaissance of functionalism, in: *Collins, N.A., The concept of development* Hillsdale: Elbaum.
- Granzow, S. (1994): *Das autobiographische Gedächtnis. Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven*. Berlin, München: Quintessenz.
- Grawe, K. (1992): Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6, 22-28.
- Grawe, K. (1997): Research informed psychotherapy, *Psychotherapy Research* 7, 1-19.
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe; americ. Ausg, *Psychological Psychotherapy*: Seattle, Toronto: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeuten Journal* 1, 4-10.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, P. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greiffenhagen, S. (1993): *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. München: Droemer Knauer Verlag.
- Hadot, P. (1969): *Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung*. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1981): *Exercices spirituels et la philosophie antique*. Paris. Etudes Augustiniennes; 3. erw. Aufl. 1993.
- Hadot, P. (1991): *Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike*. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P. (2001): *La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson*. Paris: Albin Michel.
- Haken, H. (1996): *Principles of brain functioning. A synergetic approach to brain activity, behavior, and cognition*, Berlin: Springer.
- Haken, H. (2003):
- Haken, H., Haken-Krell, M. (1997): *Gehirn und Verhalten*, Stuttgart: DVA.
- Hass, W. Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Verfahren. In: *Petzold, Märtens (1999a)*, 193- 272.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): *Bewegt sein*. Paderborn: Junfermann.

- Hebb, D.O. (1949): The organisation of behavior. A neurophysiological theory, New York: John Wiley.
- Heimannsberg, B. (1988): Schuld und Schuldgefühle in der klassischen Gestalttherapie und der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 2-3, 183-198.
- Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (2004): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Holzapfel, G. (2002): Leib, Einbildungskraft, Bildung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Holzapfel, G. (2005) Integrative Pädagogik im Kontext von Diskursen zur Humanistischen Pädagogik. Chancen, Grenzen, Weiterentwicklungsmöglichkeiten. In: Sieper, Orth, Schuch (2005).
- Hurrelmann, K. (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Ulich, D. (1991): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim: Beltz.
- Huth, W. (1995): Flucht in die Gewißheit. Fundamentalismus und Moderne. München: Claudius.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- Hüther, G. (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- Hüther, G., Adler, L., Rüther, E. (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, 2-17.
- Hüther, G., Rüther, E. (2003): Die nutzungsabhängige Reorganisation neuronaler Verschaltungsmuster im Verlauf psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlungen. In: Schipek (2003) 224-234.
- Jakob-Krieger, C., Dreger, B., Schay, P. Petzold, H.G. (2004): Mehrperspektivität - ein Metakzept der Integrativen Supervision. Zur "Grammatik" - dem Regelwerk - der mehrperspektivischen, integrativen Hermeneutik für die Praxis. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 1/2004.
- Jäckel, B. (2001): Motive und Motivation als Grundlage menschlichen Verhaltens. Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie* 1, 145.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique, Paris: Alcan.
- Janet, P. (1919) Les médications psychologiques, 3 Bde., Paris : Alcan.
- Jüster, M., Petzold, H. G. (2004): Niklas Luhmann - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2004 und bei Stumm, G. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life-course: Attachments, roles and social support, In P. B. Baltes & O. Brim (Hg.): *Life-span development and behavior*, Vol. 3 (253-286). New York: Academic Press.
- Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (1999): Well-Being: The foundation of hedonic psychology. New York: Russel Sage Foundation.
- Kalverboer, A.F., Genta, M.L., Hopkins, J.B. (1999): *Developmental Psychology*: Amsterdam: Kluwer Academic Publishers.
- Kalverboer, A.F., Hopkins, B., Geuze, R. (1993): Motor development in early and later childhood. Longitudinal approaches, New York: Cambridge University Press.
- Kandel, E.R., Hawkins, R.D. (1992): The biological basis of learning and individuality, *Scientific American* 267, 78-86.
- Kelso, J.A.S. (1995): Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior. Cambridge MC.: MIT Press.
- Kennair, L. E. O. (2004): Evolutionspsykologi. En innføring i menneskets natur. Trondheim: Akademisk Forlag.
- Keupp, H. (1999): Identitätskonstruktionen. Reinbek: Rowohlt.
- Kiesewetter, H. (1996): Industrielle Revolution in Deutschland 1815-1914. Frankfurt am Main.
- Kohli, M. (1986): Gesellschaftszeit und Lebenszeit. Der Lebenslauf im Strukturwandel der Moderne, in: Berger, J. (Hrsg.), Die Moderne - Kontinuitäten und Zäsuren. Sonderband 4, *Soziale Welt*, Göttingen 1986, 183-208.
- Kriz, J. (1999): Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie. In: Petzold, Märtenz (1999) 273-284.
- Kriz, J. (2002): Monoklone Therapeuten für Monoklone Symptomträger. *Psychoskop* 1, 8-11.
- Kritz, J. (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie. Zürich: Punktum. SBAP.
- Krohn, W. Küppers, G. (1992): Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (1992): Psychotherapie & Philosophie, Paderborn: Junfermann.

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

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

- Publikationen.de/materialien.htm: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 15/2002, auch in *Integrative Therapie* 4, 2002, 303-324.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1995b): Gruppenprozeßanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: *Illj, U. Breithecker, D., Mundigler, S.* (Hrsg.). (1998): *Bewegte Schule. Gesunde Schule.* Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB), S. 183-199.
- Orth, I. Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“. Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2004) 297-342 und in *POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2004.*
- Orth, I., Petzold, H.G. & Sieper, J. (1999a): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: *Petzold, Orth* (1999a) S. 269.334.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie - ein Integratives Konzept. München: Reinhardt (überarb. und erw. 2. Aufl.)
- Osten, P. (2005): Klinische Entwicklungsparadigmen als praxeologische Grundlage für ätiologische Diagnostik und Interventionsplanung in der Integrativen Therapie, in: *Sieper, Orth, Schuch* (2005).
- Otte, H. (2002): Mögliche Risiken und Nebenwirkungen in der Integrativen Therapie. Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen, in: *Märtens, Petzold* (2002)181-215.
- Oyama, S. (1985): *The Ontogeny of Information*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Perrig, W., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): *Unbewusste Informationsverarbeitung*, Bern: Huber.
- Petry, N. M. (2001): The need for combining pharmacotherapy and psychotherapy in treating substance abuse and gambling disorders. *Benefit Trends* 13, 4-5, 7-11.
- Petzold, H.G., 1965. Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: *Petzold* (1985a) 11-30
- Petzold, H.G. (1968a): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der Autoindustrie in der BRD und in Frankreich. Genese, Diagnose, Therapie, Thèse de Licence, Paris.
- Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G. (1968c): Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen. *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1, 2-9.
- Petzold, H.G. (1969c): Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine Paris, mimeogr.; teilweise dtsh. in: (1974b).
- Petzold, H. G., (1971): „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- Petzold, H.G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen, , in: *G. Birdwood, Willige Opfer*, Rosenheim: Rosenheimer Verlag, S. 212-245.
- Petzold, H.G. (1972a, Hrsg.) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*, Junfermann, Paderborn. 2. überarbeitet und erweitert in 1977h
- Petzold, H.G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146-157.
- Petzold, H.G., 1972g. Curriculum zur psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Zusatzausbildung im Bereich der Suchtkrankenhilfe, Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, Kassel, (mimeogr.). Teilweise abgedruckt in: *Petzold* (1974b) 473-502.
- Petzold, H.G. 1973a. Gestalttherapie und Psychodrama, Nicol, Kassel.
- Petzold, H.G. (1973g): Die spektrometische Methode in der Psychotherapie und psychologischen Gruppenarbeit. *Zeitschr. f. klinische und Psychol. Psychotherapie* 2, 110-128.
- Petzold, H.G. (1974b): (Hrsg.). *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen*, Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3.Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983, 4. Aufl. 2003.
- Petzold, H.G. (1974j): (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, Junfermann, Paderborn, 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G., 1975h. *Integrative Therapie ist kreative Therapie*. Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G. (1981f): Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69
- Petzold, H.G. (1981g): Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen. In: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Paderborn: Schöningh, S. 89-112.
- Petzold, H.G. (1982): *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G. (1982l): Over de opleiding van dynamisch georiënteerde bewegingstherapeuten, *Tijdschrift Psychomotorische Therapie* 1 (1982) 29-48; dtsh. (1983i): Zur Ausbildung von dynamisch orientierten Leib- und Bewegungstherapeuten, *Gruppendynamik* 1, 1-84; repr. in (1988n/1996a) 583-600.
- Petzold, H.G. (1983d): (Hrsg.). Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1984a, Hrsg.): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer, erw. Aufl. (2004a).
- Petzold, H.G., 1985g (Hrsg.). Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., (1987g): Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1, 120-124.
- Petzold, H.G., (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a.
- Petzold, H.G. (1988t): Methoden des therapeutischen Umgangs mit Symbolen und Symbolisierungsprozessen – Überlegungen zu Kernqualitäten des Menschenwesens - , Vortrag auf dem 7. Deutschen Symposium für Kunsttherapie, 27.-30.11.1988, Fritz Perls Akademie, Hückeswagen.
- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen, *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Junfermann, Paderborn. Überarb. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G. (1991l): Menschenbilder als bestimmendes Moment von Grundhaltungen und Konzepten in der Drogenhilfe, Eröffnungsvortrag auf dem 14. Bundeskongress, 10.-13. Juni 1991, FDR, in: Was hilft! Grundhaltung - Menschenbild - Konzepte, Fachverband Drogen und Rauschmittel, Braunschweig 1992, 16-41, und in: *Gestalt und Integration* 1, 1994, 7-32.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1992d): Empirische Baby- und Kleinkindforschung und der Paradigmenwechsel von psychoanalytischer Entwicklungsmythologie und humanistisch-psychologischer Unbekümmertheit zu einer "mehrperspektivischen, klinischen Entwicklungspsychologie", *Integrative Therapie* 1/2, 1-10.
- Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: (1992a): Bd. II, 2. S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606.
- Petzold, H.G. (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040; (2003a) S. 701 – 1037:
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1993e): Integrative Therapie mit depressiven Patienten, Fritz Perls Institut, Düsseldorf.
- Petzold, H.G. (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. in Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050.
- Petzold, H.G. (1994b): Mut zur Bescheidenheit. In: *Standhardt, R., Löhmer, C.* (1994): Zur Tat befreien: Gesellschaftspolitische Perspektiven der TZI-Gruppenarbeit. Mainz: Matthias Grünewald. 161-169.
- Petzold, H.G. (1994c): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Hermer, M.* (Hrsg.). (1995): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174.
- Petzold, H.G., (1994f): Jugend und Gewaltprobleme - Gedanken unter einer longitudinalen Entwicklungsperspektive, Vortrag gehalten auf der Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung, Hamburg 10.12.1993, Dokumentation 1994 und in *Gestalt* (Schweiz) 24, 1995, 4-21.
- Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (1994q): Entwicklungsorientierte Psychotherapie – ein neues Paradigma, in: *Petzold* (1994j)13-24.
- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleit und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G. (1995b): Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungszentrierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung, Teil II. In: *Metzmacher, Petzold* (1996) 143-188.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.

- Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“, der Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2/3 (1996) 319-349
- Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: *Sticht, U.* (Hrsg.) Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G. (1999b): Psychotherapie in der Lebensspanne, *Gestalt* (Schweiz)34, 43-46.
- Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In *Petzold, Orth* (1999a) S. 393-400.
- Petzold, H.G. (1999p): Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie. *Integrative Therapie* 4, 338-393.
- Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004; Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001.
- Petzold, H.G. (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388; auch in *Petzold, Wolf et al.* 2002.
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „lifespan developmental approach“. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002, 332-416.
- Petzold, H.G. (Hrsg.)(2001i): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2001m): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002)
- Petzold, H.G. (2001o): Der Chartaprozess - die „Charta-Wissenschaftscolloquien“ 2000 - 2001 – Ausgewählte Texte. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 09/2001.
- Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2004.
- Petzold, H.G. (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 02/2002, auch in *Integrative Therapie* 1/2003, 27 - 64.
- Petzold (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002) Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50.
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- Petzold; H.G. (2004d): Paul Ricœur - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2004 und bei *Stumm, G. et al.* (2004): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.

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

- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H.G., Laschinsky, D., Rinast, M. (1979): Exchange Learning - ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen. *Integrative Therapie* 3, 224-245; repr. 2004a, 194-218.
- Petzold, H.G., Lemke, J. (1979): Gestaltsupervision als Kompetenzgruppe, *Gestalt-Bulletin* 3, 88-94.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hrsg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe und erw. in: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Marcel, G. (1976): Anthropologische Bemerkungen zur Bildungsarbeit mit alten Menschen. In: *Petzold, Bubolz* (1976) 9-18.
- Petzold, H.G., Märten, M. (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Märten, M., Hass, W., Steffan, A. (1999): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: *Petzold* (1999a).
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothropen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: *Petzold* (2004a) 17-85.
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196.
- Petzold, H. G., Müller, M. (2005): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: Petzold, H. G., *Integrative Supervision*, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Orth, I. (Hrsg.) (1985a): Poesie und Therapie. Über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliotherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993a): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie, *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1993g): La thérapie intégrative du corps et du mouvement. In: *Meyer, R., Liénard, G.*, Les somatothérapies. Historique - Classification - Présentation. Paris: Simep, 89-129.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1995c): Weiterbildung von Lehrtherapeuten - ein Muß für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 30-66.
- Petzold H.G., Orth, I., (1998b): Ökopsychosomatik - die heilende Kraft der Landschaft, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf: FPI/EAG.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a). Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a/2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: *Petzold, Orth* (2004/2005a) 689-791.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (Hrsg.) (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995c): Curricular strukturierte Psychotherapieausbildung. Überlegungen zur strukturierten Vermittlung psychotherapeutischer *Kompetenz* und *Performanz*. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 12-29.
- Petzold, H. G., Osten, P. (2004): Leiblichkeit und Lebenskunst, Editorial zum Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 3
- Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972): Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold* (1972a) 232-241.
- Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 459-482.
- Petzold, H. G., Rainalds, J., Sieper, J., Leitner, T. (2005): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Suchttherapeuten. Eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. Bd. I. Opladen: Leske + Budrich/VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Petzold, H.G., Schay, P., Sieper, J. (2005): Das Weiterbildungscurriculum „Sozialtherapie Suchtkrankenhilfe“ im Verfahren „Integrative Therapie“ und seiner Methoden psychologischer Psychotherapie, Gestalttherapie, Entwicklungstherapie, in: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (1999): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: *Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W.* (2000) 322-341.
- Petzold, H.G., Schigl, B. (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C. (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.. Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H.G., Schneewind, U. (1986): Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In: *Petzold, H.G., Frühmann, R.* (Hrsg.): Modelle der Gruppe in Psychotherapie und psychosozialer Arbeit, 2 Bde. Paderborn: Junfermann. Bd. I, 109-254.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A. (1991): Anleitung zu "wechselseitiger Hilfe" - Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer - Konzepte und Erfahrungen, in: *Petzold, H.G., Schobert, R.*, Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann, S. 207-259.
- Petzold, H.G., Schuch, W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G., Pritz, A.* Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 371-486.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8 392-447.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1972b): Ausbildungsrichtlinien des Fritz Perls Instituts, Basel, Würzburg, Düsseldorf.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1977): Quellen und Konzepte der Integrativen Pädagogik. In: *Petzold, Brown* (1977) 14-36.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges", *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33, repr. in: *Petzold* (2003a) 351-374.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn: Junfermann. 2. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen. In: *Petzold* (1998h) 265-299.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, 1, 3-9.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001d): Das „wertgeschätzte Differente“ in einer engagierten, eingreifenden Wissenschaft. *Gestalt* 41, S. 52-68. Erweitert und fortgesetzt in *Petzold* 2001o: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 02/2001
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2001e): Psychotherapie als „fundierte Pluralität“. In: *Petzold* 2001o. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 08/2001.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003b): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolition – Überlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002
- Petzold, H.G., Sieper, J., Rodriguez-Petzold, F. (1995): Das Wissenschaftsverständnis und die Therapie- und Forschungsorientierung der Integrativen Therapie - Stellungnahme zur Erhebung des Wissenschaftsbeirates des SPV. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 93-111.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hrsg.): Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt* (Schweiz) 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000b): Ausbildungsevaluation und Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie – das EAG-Qualitätssicherungssystem. *Integrative Therapie* 2/3, 355 – 366.
- Petzold, H.G., Steffan, A., Zdunek, K. (2000b): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG – Dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie* 1, 96-117.
- Petzold, H.G., Thomas, G. (1995): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.

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

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

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

ⁱ Es wird mit diesem Begriff nicht an den Term von A. Adler angeknüpft, sondern an soziologische Traditionen, die einen besseren Brückenschlag zum modernen „life style research“ bieten. „Lebensstil, Soziologie: kultursoziologischer Begriff (geprägt von G.Simmel), der die typische Art der Alltagsgestaltung von Personen (und sozialen Gruppen) bezeichnet. Gemeint sind die mehr oder weniger stabilen Einstellungen und die mit ihnen verbundenen, typischerweise auftretenden Verhaltensweisen von Menschen. Lebensstil ist weiterhin ein Mittel der Selbstdarstellung des Individuums sowie der Demonstration seiner Zugehörigkeit (beziehungsweise Nichtzugehörigkeit) zu bestimmten sozialen Gruppen.“ Brockhaus multimedial 2005.

ⁱⁱ Der Begriff wird im Integrativen Ansatz von Petzold im Rahmen seiner Identitätstheorie (Petzold 2001p) sozialwissenschaftlich definiert: "Life styles sind durch Menschen in sozialen Gruppen, sozialen Mikro- und Mesowelten über eine hinlängliche Synchronisierung von kollektiven Kognitionen, Emotionen und Volitionen inszenierte Formen des sozialen Lebens. In ihnen werden durch ' life style marker', d.h. geteilte Praxen, Symbole, Präferenzen (in Kleidung, Ernährung, Sexualität, Körperkultur, Freizeitverhalten, Musik, Lektüre, Film- und Videovorlieben, Internetuse etc.), durch spezifische Interaktionsformen und Rituale, Ziele und Werte, Affiliationen und Feindbilder Verbindungen zwischen Individuen geschaffen, die sich von diesem life style angezogen fühlen und Angrenzungen, aber auch Abgrenzungen zu anderen sozialen Gruppen und life style communities in Virtual- und Echtzeit inszenieren. Persönliche Identitätsstile werden so intensiv mit den life style markern versorgt, dass die Adepten in die 'life style community' aufgenommen werden und aus der damit entstandenen Zugehörigkeit eine Stärkung ihrer Identität erfahren. Diese Stärkung ist effektiv, so lange es nicht zu einer Fixierung auf einen eingegrenzten life style kommt, sondern eine Partizipation an verschiedenen 'life style communities' möglich bleibt oder gar gefördert wird. Multiversale Partizipation an verschiedenen Life styles, die eine hohe Life-Style-Flexibilität (Life-Style-Hip-Hopping) bei hinlänglicher Stabilität im Bezug zu einigen 'life style mainstreamings' gewährleistet, also ein extremes, inflationäres 'life style hopping' mit der Gefahr der Identitätsdiffusion für den Einzelnen kontrollierbar hält, ist als Gesundheitskriterium zu werten" (Petzold 2001p).

ⁱⁱⁱ POLYLOG, das ist ein Sprechen und Erzählen, ein Zuhören und Sich-Einlassen nach vielen Seiten, bei dem niemand ausgegrenzt werden soll, sondern im Gegenteil: durch den POLYLOG sollen so viele Menschen wie

möglich angesprochen werden und sich als „Zugehörige“ erleben dürfen, sollen eingeladen werden in einen gastlichen Raum der *Konvivialität*, eines „guten Miteinanders“ in der Gemeinschaft (соборность, *sobornost*). Sie sollen gewonnen werden zu einer engagierten Zusammenarbeit, um ein „gutes Leben“ für Menschen zu realisieren.

^{iv} Dieser Term TOM bezeichnet die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, was im „mind“ eines Anderen vor sich geht (Fletscher et al. 1995): „Ich weiß, dass er weiß, ich weiß, was er meint, sich denkt, was er empfindet etc. ... und ich weiß, dass er es weiß“ – Grundbedingung für menschliche Kommunikation und Empathie. Das Konzept kam mit der Frage von Primatenforschern auf: „Does the chimpanzee have a theory of mind?“ (Premack, Woodruff 1978; Woodruff, Premack 1979). Die „Emergenz“ der TOM ist der große Quantensprung auf dem WEG der Hominiden durch die Evolution – darüber sind sich Evolutionsbiologen, -psychologen und -philosophen heute einig (Buss 1999; Kennair 2004; Petzold, Orth 2004b). Es geht also nicht nur um höchst differenzierte Vorstellungen über den „mind“ von anderen – in komplexen sozialen Situationen, in Mehrpersonensettings auch über die „minds“ von anderen – zu entwickeln, sondern auch um die Fähigkeit, Vorstellungen über Vorstellungen, Metarepräsentationen, auch „Metarepräsentationen meiner selbst“, hervorzubringen, die die bildgebenden Verfahren der Neurowissenschaften sogar aufzeigen können (Fletscher et al. 1995; Voegely et al. 2001).

^v „Di|a|log der; -[e]s, -e <gr.-lat.-fr.>: a) von zwei Personen abwechselnd geführte Rede u. Gegenrede, Wechselrede; Ggs. Monolog (b); b) Gespräch, das zwischen zwei Gruppierungen geführt wird, um sich u. die gegenseitigen Standpunkte kennen zu lernen“ Duden - Das Fremdwörterbuch. 7. Aufl. Mannheim 2001. [CD-ROM]. Diese Auffassung übersieht, wie auch die Buberrezeption zeigt, dass nicht von *dyo* = griech. zwei, auszugehen ist, sondern von *dia* = griech. durch, hindurch auszugehen ist *dialogos*, durch das Wort, die Sprache hindurchgegangen.

^{vi} Ausgehend von der evolutionsbiologischen Annahme, dass sich in den kleinen *Gruppen* der frühen Hominiden als multisensorisch und multiexpressiv ausgerichteten Wesen Kommunikation als *überlebessichernde* Informationsvermittlung „in der Gruppe“, d. h. in Interaktionen „nach vielen Seiten hin“ abspielte und einen maßgeblichen Selektionsvorteil bot, kann von „polyadischen“ Sozialisationsmilieus ausgegangen werden, in denen „Dyaden“ Sonderfälle sind. Es wird die These vertreten, dass aus diesen hochkomplexen *polyadischen* Vernetzungen kommunikativer Akte kognitive Fähigkeiten (Kompetenzen, z. B. in der Informationsübermittlung) und praktische Fertigkeiten (Performanzen, z. B. der Werkzeugherstellung) resultierten, die in Rückkopplungsprozessen weitere Hirnentwicklung, aber auch Entwicklungen der sozialen Verhältnisse möglich machten. Diese Rekursivität führte schließlich zu „polylogischem“ Sprachvermögen, *pluridirektionaler* Reflexivität und letztlich zu *mehrperspektivischer, informational hyperkonnektivierter* Metareflexivität. Deshalb wird das Konzept des *POLYLOGS* gegenüber dem des *Dialogs* betont, denn er ist als Basis der für Menschen in sozialen Gruppen charakteristischen Fähigkeit einer „*multidirectional theory of mind*“ zu sehen, der Möglichkeit, sich auf mehrere Interaktionspartner kognitiv und emotional-empathisch einzustellen und – in hochkulturellen Kontexten – in den Diskursen anspruchsvoller, Mehrpersonensettings (Gesprächskreisen, Diskussionsrunden, Ratsversammlungen, Gremien, Teams) effektiv zu agieren oder in „geistiger Auseinandersetzung“ mit unterschiedlichen theoretischen Positionen auf der mentalen Ebene „polylogisch“ zu ko-respondieren. Die hochentwickelte – und sich über die kulturelle Evolution bis in den Bereich virtueller Diskurse weiterentwickelnde – „Polylogizität“ der Menschen ist der Hintergrund der „mehrperspektivischen Betrachtungsweisen“, der „multitheoretischen Ko-respondenzen“ und der „inter- und transdisziplinären Orientierungen“, die in einer „transversalen Moderne“ komplexe Formen des Konzeptualisierens – wie z. B. den „Integrativen Ansatz“ der Psychotherapie, Agogik, Supervision – mit ihrer „differenzierenden und integrierenden Konzept- und Modellbildung“ hervorbringen. Sie alle gründen in polylogischen, *metahermeneutischen Durchdringungen* der ultrakomplexen Materialien, die die internationalisierte bzw. globalisierte Wissensgesellschaft fortlaufend hervorbringt ...

^{vii} Vgl. die Definitionen Anmerk. 1 und 2

^{viii} »Unter *Mentalisierung* verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die informationale *Transformierung* konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelte Erfahrungen von erlebten Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen, die Menschen durchlaufen haben, durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse auf *komplexe symbolische Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja Metamentalisierung*, künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-respondenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intramentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (Vygotsky, Moscovici, Petzold). Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst, ihrer „theories of mind“ und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften

selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalialisierungen* (Petzold 2000h)«.

„Mentalisierungen“ schlagen sich in „Mentalität“ nieder, unter der gemeinhin Folgendes gesehen wird: „Mentalität [lateinisch] *die*, Geisteshaltung; Einstellung des Denkens eines Einzelnen oder einer Gruppe von Menschen; bestimmt das Verhältnis zur Wirklichkeit und das individuelle oder kollektive Verhalten.“
Brockhaus Multimedial 2005

^{ix} Der Mensch ist ein intentionaler Gestalter seiner Welt, einer menschlichen Welt, ja die von ihm geschaffene und sich weiter entwickelnde Kulturwelt ist in der Evolution einzigartig und greift massiv in die Welt der Natur ein, was auf vielfältige Weise grundlegende Probleme aufwirft, die eine allein psychologisierende Perspektive, wie sie vielfach für die psychotherapeutische Literatur charakteristisch ist, weit übersteigt (Fischer, Wiegand 2003; Petzold, Orth 2004b).

^x „*Hominität* bezeichnet die Menschennatur in ihrer individuellen und kollektiven Dimension als *Potentialität*: der symbolisierenden und problematisierenden *Selbst- und Welterkenntnis*, der engagierten Selbstsorge und Gemeinwohlorientierung, der kreativen Selbst- und Weltgestaltung, der *Souveränität* und *Solidarität* durch Kooperation, Narrativität, Reflexion, Diskursivität in sittlichem, helfendem und ästhetischem Handeln - das alles ist *Kulturarbeit* und Grundlage von Humanität. Die Möglichkeit, diese zu realisieren, eröffnet einen Hoffnungshorizont, die Faktizität ihrer immer wieder stattfindenden Verletzung verlangt einen *desillusionierten* Standpunkt. Beide Möglichkeiten des Menschseins, das Potential zur *Destruktivität* und die Potentialität zu *Dignität*, erfordern eine wachsame und für *Hominität* und *Humanität* eintretende Haltung. Diese muß stets die biopsychosoziale Verfaßtheit der Menschennatur und ihre ökologische, aber auch kulturelle Eingebundenheit berücksichtigen: der Mensch als *Natur- und Kulturwesen, das sich selbst zum Projekt macht und seine Entwicklung selbst gestaltet*. In dieser *Dialektik*, die zugleich eine Dialektik von *Exzentrizität* und *Zentriertheit* ist, liegt sein Wesen.“ (idem 1988t, 5).

^{xi} Vgl. Anmerk. 1 und 2.

^{xii} Das von *Morenos* (1923) Lage-Begriff und aus der sozialen Ungleichheitsforschung stammende Konzept der *Lebenslage* ist der Integrativen Therapie und Supervision sehr wichtig, weil es so zentrale Strukturbedingungen wie den sozioökonomischen Status der Betroffenen, die wirtschaftliche Situation, Einkommen, Wohnsituation, Arbeit und Arbeitsmark, soziale Infrastruktur des Quartiers, der Region etc.– so oft von Psychotherapeuten vernachlässigt – beachtet. Ein schlechter „sozioökonomischer Status“ wird in der sozialepidemiologischen Forschung gemeinhin als das größte Krankheitsrisiko gesehen, *desaströse Lebenslagen* (wie z.B. bei Drogenabhängigen) oder *prekäre Lebenslagen* wie etwa bei Langzeitarbeitslosen bieten hohe gesundheitliche Risiken.

„Prekäre Lebenslagen sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *'bedrängend'* erleben und als *'katastrophal'* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung *'protektiver Faktoren'* gekommen ist. Die Summationen *'kritischer Lebensereignisse'* und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit* beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner *'supportiven Valenz'* und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen *'Verbesserung der Lebenslage'* durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioration, die die Prekarität *dauerhaft* beseitigen und von *Morenos* (1923) Fragen ausgehen: *'Was hat uns ins diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage heraus?'*

Eine gute oder „hinlänglich konsolidierte Lebenslage“ müssen als wichtiger „protektiver Faktor“ gesehen werden.

^{xiii} Man kann das natürlich auch ganz anders sehen: „Wir sind nicht das zufällige und sinnlose Produkt der Evolution. Jeder von uns ist Frucht eines Gedanken Gottes. Jeder ist gewollt, jeder ist geliebt, jeder ist gebraucht ...“. So Benedikt XVI in seiner Rede zur Amtseinführung 24. 4. 2005. Die Probleme der Theodizee bleiben (Berger 1999).