

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 2014

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ilse Orth, Johanna Sieper, Hilarion G. Petzold:
**Integrative Therapie als methodenübergreifende
Humantherapie**
(Teil I Theorie, *H.G.Petzold* (2014d),
(Teil II Praxis, *I.Orth, J.Sieper, H.G.Petzold* (2014c)*)

Die Texte erschienen in: *Eberwein W., Thielen M.* (Hrsg.2014):
Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit.
Giessen: *Psychosozial Verlag*. S. 279 - 332.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

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

Integrative Therapie als methodenübergreifende Humantherapie

Einige Bemerkungen zur Metatheorie und übergreifenden Wissensstruktur der Integrativen Therapie

Teil I

Hilarion G. Petzold (2014d)

1. Psychotherapierichtungen im diskursarmen Raum

Ich bin seit über 30 Jahren Herausgeber der schulenübergreifenden Buchreihe »Vergleichende Psychotherapie« (1979 begründet mit K. Grawe, als Vertreter der Verhaltenstherapie, und E. Wiesenhütter, als Repräsentant der Psychoanalyse) zu relevanten Themen der Psychotherapie (Widerstand, Alter, therapeutische Beziehung, Methodenintegration, Sinn, Wille etc.), über die jeweils Protagonisten der wichtigen Therapieschulen schreiben. Charakteristisch für all diese Bände war es, dass jeweils kaum Bezug auf die Positionen anderer Therapieverfahren genommen wurde – eine Feststellung, die ich auch sonst in der Literatur häufig mache. Mein Band *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (Petzold 2012f¹) hat das unlängst noch gezeigt. Der Raum »zwischen« den einzelnen Richtungen ist höchst *diskursarm*. Hier müsste sich einiges ändern, denn es geht darum,

»Brücken zwischen den einzelnen Methoden zu schlagen, um durch bessere Information Gemeinsamkeiten und Divergenzen klarer zu sehen, mit dem Ziel, über einengendes Schulendenken hinaus zu integrativen Ansätzen zu führen [...] zu Entwicklung übergreifender Konzepte und zur Überwindung von Methodendogmatismus. Voraussetzung für ein solches Bemühen um Integration ist Information und Dialog« (Petzold 1975a, S. 1).

So schrieb ich 1975 im ersten Editorial der von mir und Charlotte Bühler begründeten Zeitschrift *Integrative Therapie* (1975a, 1975k). Es scheint sehr, sehr schwierig zu sein im Feld der Psychotherapie einen *Polylog*, ein Gespräch nach vielen Seiten und mit vielen DiskurspartnerInnen zu führen. Der vorliegende Band ist ein weiterer Schritt auf dem mühsamen Weg zueinander.

Probleme zwischen Therapierichtungen entstehen, wenn die epistemologischen, anthropologischen und theoriestrukturellen Prämissen verschieden sind – und das sind sie zumeist. Deshalb werden im Folgenden zur Orientierung wichtige integrative Positionen *in a nutshell* dargestellt.

¹ In der Folge werden Werke in der alleinigen Autorenschaft von Hilarion Petzold nur mit der Jahreszahl und der Jahrgangssigle zitiert. Mit Blick auf das umfangreiche Gesamtwerk werden die Siglen der »wissenschaftlichen Gesamtbibliographie« 1958–2013 (Petzold 2014a) beibehalten. Die sonstigen im Text zitierten Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen bzw. Texte, an denen Petzold beteiligt ist, sind in der Gesamtbibliografie zugänglich: Polyloge 1, 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.ph>.

2. Charakteristik der Integrativen Therapie als eine entwicklungsorientierte, biopsychosozialökologische »Humantherapie«

Die »Integrative Therapie« (IT) ist ein durch moderne phänomenologisch-hermeneutische (M. Bachtin, M. Merleau-Ponty, P. Ricœur, W. Welsch) bzw. wissenschaftsphilosophische Ansätze und ethiktheoretische Konzepte (E. Levinas, G. Marcel) begründetes *Verfahren*, das zugleich neurobiologisch (A. Lurija, N. Bernštejn, G. Edelman, A. Damasio) und entwicklungspsychobiologisch (L. Vygotskij, K. Nelson, M. Rutter) fundiert wird und die dysfunktionale Polarisierung von Natur- und Geistes- bzw. Kulturwissenschaften ablehnt (Hüther/Petzold 2012; Petzold/Sieper 2012a). Sie begreift sich als eine »*biopsychosozialökologische*« und »*methodenübergreifende Humantherapie*« (1993a, 2003a; Petzold et al. 2014a, b), die Leibtherapie und Psychotherapie als Kernbestand hat neben anderen methodischen Zugängen wie Bewegungs- und Sporttherapie², Kreativtherapie³, Naturtherapie⁴, Soziotherapie (Petzold/Sieper 2008b). Sie versteht sich als »Strömung« im Rahmen der klinischen Psychologie und der forschungsgegründeten wissenschaftlichen Psychotherapie (Grawe 1998, 2004; Petzold/Märtens 1999). Ihre Spezifika sind eine konsequente theoretische Orientierung an Positionen einer »klinischen Philosophie« (1991a/2003a), die moderne epistemologische und anthropologische Konzepte aufnimmt (2012f; Kühn/Petzold 1992) und die »Entwicklungspsychobiologie der Lebensspanne«⁵ sowie evolutionstheoretische, -psychologische und neurowissenschaftliche Forschungsstände heranzieht⁶. Auf dieser Basis will sie in dem Kontext-Kontinuum-System des Patienten bzw. der Klientin *gendersensibel* und im *informed consent* (Petzold/Orth 2011) mit einem breiten, ganzheitlichen und differenziellen Therapieverständnis (Orth/Petzold 2000) Folgendes bewirken:

- Prozesse der »Heilung« *pathogenese-* und *problemorientiert* auf den *WEG bringen* (1992a/2003a, 1996f, Petzold, Orth, Sieper 2014b)
- Prozesse der »Gesundung« *salutogenese-* und *ressourcenorientiert* fördern (2010b Ostermann 2010)
- wo angezeigt und gewollt, Prozesse der »Entwicklung« *potenzial-* und *lösungsorientiert* durch »Lebensstilveränderung«, »Identitäts- und Persönlichkeitsentfaltung« auf dem *Wege* zu einer persönlichen »Lebenskunst« unterstützen (1999q; 2012a; Sieper 2007b)
- Menschen in Prozessen »*zivilbürgerlicher Partizipation*« und »*polylogischer Kulturarbeit*« auf der Basis weitgreifender, »transversaler Vernunft« (Petzold, Orth, Sieper 2013a, 2014b) ihre Lebenswelt und ihre Zukunft politisch bewusst und verantwortlich mitgestalten lassen (1978c, 2002c; Orth/Petzold 2000; Petzold, Orth, Sieper 2010, 2014b).

Die IT gehört also keiner »Schule« (1975a, 1982, 1992a) im traditionellen Sinne an und sieht sich auch nicht als solche. Josef Egger (VI) und Walter Pieringer (PSA) stellen sie in die Reihe der modernen »integrativen, psychologisch-neurowissenschaftlichen Psychotherapien«, für die als Leitfiguren H. Orlinsky, H. Petzold und K. Grawe genannt werden (Egger 2012, Abb. S. 450). Die IT steht auf dem Boden eines »erweiterten biopsychosozialökologischen Modells« (2009k)⁷ u.a. mit Bezug auf die phänomenologisch-hermeneutische Leibphilosophie (Marcel, Merleau-Ponty, Ricœur), die kulturhistorischen Neurowissenschaften der russischen Schule (Lurija, Vygotskij), der sie viel zu danken hat und die von der westlichen Psychotherapie noch kaum in

² 1974j, 1988n; Mei/Petzold/Bosscher 1997

³ Petzold/Orth 1985; 1990/2006

⁴ 1969b, c, 2011g; Petzold/Orth-Petzold/Orth 2013

⁵ 1965, 1972e, 1992e; Sieper 2007b

⁶ 2002j, 2009a; Hüther/Petzold 2012; Petzold/Beek/Hoek 1994; kritisch Hassler 2012

⁷ Petzold 1974k, 2001a; Orth/Petzold 2000; Leitner/Sieper 2008

ihren psychotherapielevanten Ergebnissen zur Kenntnis genommen wurde⁸. Sie ist im Rahmen des »neuen Integrationsparadigmas« (1992g) in der Psychotherapie situiert. Ihre Besonderheit ist die Ausrichtung an der longitudinalen *developmental neuropsychobiology* bzw.

»Entwicklungspsychologie der Lebensspanne« – ein Konzept, das ich mit seinen Kernmomenten der »protektiven Faktoren« und »Resilienzen« in das Feld der Psychotherapie eingeführt und praxeologisch umgesetzt habe (1981f, 1992e; Petzold/Müller 2004). Im konsequenten Bezug auf die moderne Philosophie und die Psychotherapieforschung⁹ habe ich mit meinen MitarbeiterInnen also eine »Integrative, entwicklungsorientierte Humantherapie« als ein »neues Paradigma« (1994r) erarbeitet, zu dem ich durch Säuglingsforschung und -therapie (1993c, 1994j), Jugendlichenbehandlung (1971c, 1994f, 2007d) und Gerontotherapie (1965, 1985a, 2005a; Petzold/Horn/Müller 2010) beitragen konnte (Sieper 2007b). Der »biopsychosoziale bzw. -sozialökologische« Ansatz der IT ist stets auch einer *Systemperspektive* verpflichtet (1974k, 1998a), ohne die die oft so wesentliche Begleitung von Behandlungen durch unterstützende *Soziotherapie* (Petzold/Sieper 2008b) mit einem »Bündel flankierender therapierelevanter Maßnahmen« (*bundling*, vgl. Petzold/Sieper 2008c; Petzold/Orth/Sieper 2014b) gar nicht fundierbar wäre. Der Systemansatz ist indes nur eine, wenngleich eine zentrale Perspektive in *intertheoretischer Arbeit* (2007a).

»*Integrative Therapie* steht auf einem kulturalistischen weltanschaulichen Boden, den man als einen »säkularen, humanistischen Meliorismus«¹⁰ bezeichnen kann, der von einem humanitär-altruistischen, ökologisch bewussten und gemeinwohlorientierten, demokratietheoretisch begründeten *Willen* motiviert ist, im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext und *auf dem Wege* zu einer Weltbürgergesellschaft (Kant) zu menschenwürdigen und gerechten Lebensverhältnissen beizutragen, die durch Nachhaltigkeitsorientierung gesichert sind. Der »Integrative Ansatz« ist deshalb nicht nur als klinisches Heilverfahren, Methode der Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung zu verstehen, sondern auch als ein Ansatz »transversaler, melioristischer Kulturarbeit« (Petzold/Orth/Sieper 2000a, 2014a), die sich auf dem Boden moderner philosophischer und soziologischer Kulturkritik und konstruktiven Zweifelns (2014e, f) politisch für Humanität und Ökologie in konkreten Projekten engagiert (Hartz/Petzold 2013)¹¹ gemäß ihres »erweiterten ökologischen Imperativs«:

»Handle so, dass durch deine Lebensweise keine Gefährdungen der Biosphäre eintreten können. Sei mit »Kontext-Bewusstsein« und »komplexer Achtsamkeit« wachsam für schädigendes Handeln, das den Fortbestand des Lebens und die Funktion der Ökosysteme auf dieser Welt bedrohen könnte. Trete ein, wo solches Handeln durch Menschen in der Noosphäre sichtbar wird und versuche es zu verhindern. Pflege eine ökosophische Lebenspraxis, bewahre und schütze die Natur!« (Petzold/Orth-Petzold/Orth 2013)

Die IT vertritt eine »Philosophie des *WEGES*«, sieht das menschliche Leben als *Weg* durch die Lebenszeit (2005t, 2006u; Petzold/Orth 2004b; Sieper 2007b). Sie sieht aber auch ihre eigene Erkenntnissuche und Entwicklung als *Weg* (2005r), versteht Therapie als »*WEG*begleitung« (Petzold/Hentschel 1991) im Chronotopos, im Kontext/Kontinuum der Welt, ihren Raum-Zeit-Verhältnissen (Bakhtin 2008; Petzold/Orth/Sieper 2008a). Die Therapieverfahren betrachten wir als »*WEGE* zum Menschen« (1984a), als Behandlungs- und Erkenntniswege auf dem Boden einer »transversalen Vernunft«, die »inklusive« versucht, keine Wissensbereiche auszugrenzen (Petzold/Orth/Sieper 2013a; Welsch 2006).

⁸ Jantzen 2008; Lurija 1992; 2007; Petzold/Sieper 2005; Petzold/Michailowa 2008; Yasnitzky 2011

⁹ Märtens/Petzold 1995a; Petzold/Märtens 1999; Steffan/Petzold 2001

¹⁰ Er ist dezidiert säkular und nicht metaphysisch oder religionsgebunden ausgerichtet (Petzold, Orth, Sieper 2009), also »ideologiearm« und pragmatisch, aber humanitär engagiert orientiert. Für die *melioristische* Haltung sensu H. Arendt, H. Dunant, G. H. Mead, L. Ward u.a. vgl. Petzold 2009d, Petzold/Sieper 2011.

¹¹ vgl. 2009d; Petzold/Orth 2004b; Petzold/Orth/Sieper 2010, 2014a, b

Was Integrative Therapie besonders charakterisiert, ist, dass sie seit ihren Anfängen in der Theorie stets einen Bezug zu aktuellen philosophischen und politischen Diskursen hatte (1991a, 2012f; Petzold/Orth/Sieper 2010, 2014a) und sich in konkreter sozialinterventiver, hilfeleistender Praxis (1968c, 1974b; Hartz/Petzold 2013) »in der Lebensspanne« engagierte mit Kleinkindprojekten bis zur Altenarbeit (1965, 1992e, 1993c; Sieper 2007). IT war und ist insgesamt an der empirischen wissenschaftlichen Psychologie orientiert (1992a, 1998a/2007a; Petzold/Märtens 1999) und an deren stressphysiologischen, senso-neuromotorischen und volitionstheoretischen Konzepten (1968b, 1975e; Petzold/Sieper 2008a), für die die russische Neurophysiologie und -psychologie (Anochin, Bernštejn, Lurija) (vgl. Petzold/Michailowa 2008) wesentlich ist. Zugleich ist sie aber auch der phänomenologischen und hermeneutischen Leibphilosophie verbunden (J. Buytendijk, G. Marcel, M. Merleau-Ponty, P. Ricœur, H. Schmitz) – heute der Embodiment-Theorie (1974j, 1985g, 2012f; Gallagher 2005). Diese leibzentrierte, entwicklungsneurobiologische und volitionspsychologische Orientierung haben wir konsequent weiterentwickelt¹². Hier liegen Unterschiede zu anderen Therapieverfahren, auch zu denen aus dem Bereich der »Humanistischen Psychologie«. Die IT war überdies in Praxeologie und Praxis stets *methodenübergreifend* ausgerichtet (1965, 1974j, 1982), bezog Leib-, Bewegungs-, Naturtherapie (Garten, Tiere, Landschaft) (1969b, 2011g) in die Behandlung ein, inaugurierte die Arbeit mit »kreativen Medien« in der Psychotherapie (in Nutzung von Kunst-, Poesie-, Dramatherapie¹³) und begründete die »Soziotherapie«¹⁴ zum Flankieren von Psychotherapieprozessen oder in praktischen Projekten der Familien- und Drogenarbeit, in der Arbeitswelt, in der lebenshilfeorientierten Erwachsenenbildung¹⁵.

2.1 Zur Geschichte und Entwicklung der Integrativen Therapie

Die Wurzeln der Integrativen Therapie gehen in das Paris der sechziger Jahre zurück, wo Johanna Sieper und ich seit 1963 – Jahr des »Deutsch-Französischen Freundschaftsvertrages« (Élysée-Vertrag) – studierten (bis 1971), danach auch bis heute lehrten und lehren. Wir haben die Mai-Unruhen 1968 miterlebt und das Aufkommen der postmodernen Philosophie, eine außergewöhnliche Zeit. Ilse Orth studierte im gleichen Zeitraum in Paris, arbeitete jedoch erst seit 1974 mit uns zusammen: Sie teilte aber mit uns diesen besonderen Erfahrungsraum. Ich verwendete den Begriff »Integrative Therapie« (IT) damals programmatisch und praxeologisch – zuerst in der Gerontotherapie und Geragogik (Petzold 1965) und in der Kindertherapie – eine Life-Span-Orientierung¹⁶. Die philosophischen, physiologischen und psychologischen Quellen der IT wurden an anderem Ort detailliert dargestellt (2002p/2011j, 2002h/2011i).

Auch zu den BegründerInnen gibt es Darstellungen, die ihre Beiträge zur Integrativen Therapie deutlich machen: Zu *Hilarion G. Petzold*, der das integrative Paradigma inaugurierte, siehe Rolf Zundel (1987; Geuter 2012; Sieper 2005a). *Ilse Orth* sind poesietherapeutische, kreativtherapeutische und leibtherapeutische Entwicklungen zu danken (zu ihr Sieper 2005b). *Johanna Sieper* (2006) leistete kulturtheoretische Grundlagenarbeit, war Mitbegründerin der Therapie mit »kreativen Medien« und erarbeitete die agogisch-didaktische Ausbildungskonzeption der IT (vgl. Oeltze 1997; Petzold/Orth/Sieper 2005)¹⁷. *Hildegund Heintz* (1993, 1997) legte mit *Petzold* Fundamente für die differenzierte ökopsychosomatische Konzeption der IT vor – z.B. mit der Idee des »Arbeitsplatzes als Mikroökologie« (Petzold/Heintz 1993; vgl. Sieper 2005; Leitner/Sieper 2010; Petzold 2006p).

¹² 2002j, 2009b; Petzold/Beek/Hoek 1994; Petzold/Orth/Sieper 2014b

¹³ 1965, 1972e, 1982a; Petzold/Orth 1985a, 1990a; Orth/Petzold 2010

¹⁴ 1965, 1973c, 1974b; Sieper/Petzold 2010

¹⁵ 1968b, 2010g; Petzold/Sieper 1970; Hartz/Petzold 2010, 2013

¹⁶ 1965, 1967, 1974j; Sieper 2005; Geuter 2012; Zundel 1987

¹⁷ Petzold/Orth/Sieper 2008b; Petzold/Sieper 1970, 1993; Sieper et al. 2007

Von den Einflüssen und Impulsen aus dem Feld der Psychotherapie für unsere integrative Praxeologie seien genannt:

- *Jacob L. Moreno* und *Zerka T. Moreno* verdanken wir das Psychodrama mit Rollen-, Netzwerk- und Kreativitätskonzept¹⁸; ich machte bei ihnen meine Psychodramaausbildung.
- *Sandor Ferenczi*s beziehungsorientierte Psychoanalyse mit ihrem interaktionalem Verständnis des Unbewussten erfuhren wir über die Analyse bei *Vladimir N. Iljine*. Sein »Therapeutisches Theater« vermittelte uns die Konzepte »Szene und Stück« und Praxen des Bewegungsausdrucks¹⁹.
- *Gindler*-Arbeit vermittelte uns Leiberfahrungen über Gindlers Schülerinnen *Lily Ehrenfried* in Paris und später *Charlotte Selver* (2005m).
- *Budopraxis* seit Kinderzeiten (Kolo/Systema, Aikido usw.) (vgl. Petzold/Bloem/Moget 2004),
- *Psychomotricité* der französischen Schule (1974j, 2005m) und die *Neuromotorik* der psychophysiologischen russischen Tradition (*Nikolai Bernštein*)²⁰, mein späteres Lehrgebiet an der FU Amsterdam. Diese Quellen zeigten mir die Bedeutung der Sinnesphysiologie und des Gehirns und halfen mir, einige der nachstehenden körpertherapeutischen Erfahrungen einzuordnen.
- *Reichianische* Therapie, erlebte ich Anfang der 1970er Jahre bei *Ola Raknes* (1977n) in Oslo und als Bioenergetic mit *Alexander Lowen* (Lowen/Petzold 1978).
- *Gestalttherapie* erlebte ich Ende der 1960er Jahre bei *Fritz S. Perls*, *Richard (Dick) Price* u.a. (1973a, 1984h, 2007j). Sie wurde für das »awareness training«, die Arbeit mit Träumen (1977m), für Nonkonformität und Experimentierfreude wichtig.
- *Johann Christian Reils* (1803) multimodale »Psychiatrische Psychotherapie« eröffnete uns ein reiches Methodenrepertoire (Orth/Petzold 2008)
- *Pierre Janets* »Psychiatrische Psychotherapie« (2007b) und seine Integrative Psychologie mit ihren vielfältigen Methoden der Imagination und mentalen Übung (*médications psychologiques*) wurden uns im Studium und in Praktika vermittelt (2001m). Janets Ansatz gilt heute als Vorläufer kognitiver Therapie..
- Mit *Frederik Kanfer* ist die Verhaltenstherapie²¹ zu nennen – ich hatte verschiedentlich 1971 und 1974 mit ihm Erfahrungen und Arbeitskontakte. Mit *Klaus Grawe*, an dessen Abteilung ich von 1980 bis 1989 lehrte, hatte ich guten Austausch bis zu seinem plötzlichen Tod (2005q, 2006x). Heute kommen Anregungen aus der DBT (Linehan 1995) und der Achtsamkeitsbewegung (Segal 2008), bei denen sich viele immer schon von der IT praktizierte Elemente finden (Petzold/Moser/Orth 2012).
- *Virginia Satir* machte auf meine Einladung ihre ersten europäischen Seminare 1974 an unserem Institut (FPI/EAG). Sie ermutigte unsere »intergenerationale Familienarbeit«²².

Aufgrund dieser persönlichen Erfahrungen wurde die Auseinandersetzung *mit der Psychotherapie insgesamt* – in ihrer ganzen Breite, mit ihrer Geschichte und mit ihren wichtigen Protagonisten (vgl. meine Beiträge in Stumm et al. 2005) – ein Unterfangen voller Anregungen.

¹⁸ 1972a, 1984b; Hass/Petzold 1999; Petzold/Sieper 1970

¹⁹ 1972a, 1973e, 1979j, 2006w; Petzold/Schmidt-Ranson 1972

²⁰ Anokhin, Lurija; vgl. Petzold/Sieper 2007d; Petzold/Michailowa 2008

²¹ 1971e; Petzold/Osterhues 1972; Petzold/Orth/Sieper 2006

²² Ch. Petzold 1972a,b; Petzold 1969e,1972e, 1973f, 1979k, 1995a, 2005a, 2006v

2.2 Schnittstellen zu den psychotherapeutischen Mainstreams und zur Humanistischen Psychologie (HP)

Die IT hat – die Quellenlage zeigt das – zu vielen Feldern der Psychotherapie, nämlich zu »Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemischen und experientiellen Therapie (Gestalt und Psychodrama)« Schnittstellen, wie ich 1974 aufgrund einer »systemischen« Sicht veranschaulichte (1974j, 302f.: Diagr. II und III):

1. Schnittstellen zum *psychoanalytischen* bzw. *tiefenpsychologischen Paradigma* gibt es mit der Linie Ferenczis, seiner aktiven und mutuellen Analyse (1969b, 1998e, 2006g, w, 2012c) und der neoreichianischen Körperarbeit bzw. Bioenergetik.
2. Zum *behavioralen Paradigma* bestehen Überschneidungspunkte durch die Ansätze von Pierre Janet (Petzold 2007b), Frederik Kanfer und unsere Arbeiten zum verhaltenstherapeutischen Rollenspiel – ich nannte es »Behaviourdrama« mit »mentalem Training«, ein Beitrag zur »kognitiven Wende«²³. Diese Quellen und unser Bezug zu Lurija und Vygotskij (Petzold, Michailowa 2008) führte zur Ausarbeitung einer differenziellen und integrativen Lerntheorie für die IT (1974j, 309ff.; Sieper/Petzold 2002/2011; Lukesch/Petzold 2011).
3. Zum *systemischen Paradigma* kamen wir durch zwei Einflüsse, die frühen soziologischen Arbeiten von N. Luhmann (1969; Petzold 1974j, 296f.) und die nichtlinearen Systemmodelle der russischen Physiologen, Neuromotoriker und Neuropsychologen N. Bernstejn (1967), P. Anochin (1967) und A. Lurija (1992), die unsere bewegungs- und volitionstherapeutischen Arbeiten beeinflusst haben (Petzold/Michailowa 2008).
4. Beim *humanistisch-psychologischen* bzw. *experientiellen Paradigma* bot vor allem ein gewisser Bezug mancher Protagonisten der HP zu phänomenologischen und existenzialistischen Autoren eine Schnittstelle (Husserl, Heidegger, Sartre – Marcel, Merleau-Ponty, Ricœur, unsere Lehrer, waren bei der HP ausgeblendet). Diese philosophischen Bezüge der HP waren zum Teil leider sehr oberflächlich (Petzold/Orth/Sieper 2013b). Mit Gestalttherapie und Psychodrama ist eine große Schnittmenge gegeben. Ich brachte die Gestalttherapie 1969 in die deutschsprachigen Länder (1973a) zeitgleich mit Ruth Cohn (2010; Cohn/Petzold 1985). Ich gründete mit Johanna Sieper 1972 das »Fritz Perls Institut« (Petzold/Sieper 1993a) und stand als Moreno-Schüler mit Grete Leutz und Heike Straub 1970 an den Anfängen der deutschen Moreno'schen Psychodramabewegung (1972a, 1982a).

Bei einer so breiten Durchsicht von Verfahren auf *common and divergent concepts*, wie wir sie im Integrativen Ansatz unternommen haben, steht man vor der Aufgabe des Auswählens, denn nicht alles lässt sich integrieren. Die IT schöpft methodenübergreifend aus den genannten vier Mainstreams neben ihren vielen eigenständigen, kreativen Entwicklungen (1974j, 1982, 2003a). Sie hat dafür eine solide *Theorie des Integrierens* ausgearbeitet (1993o; Sieper 2006), um nicht in einen unsystematischen Eklektizismus zu geraten (2009k; Petzold/Orth/Sieper 2014a).

3. Integrative Therapie – ein multitheoretisches bzw. intertheoretisches Verfahren

Integrative Therapie ist eine Form moderner »*Humantherapie*«, d.h. Somatotherapie, Psychotherapie, Nootherapie (gr. *nous*, Geist), Sozio- und Ökotherapie, die mit differenzieller Betrachtung auf den »Menschen als Ganzen« gerichtet ist. Sie sieht ihn mit seinem ökologischen und sozialen Lebenskontext und Lebenskontinuum in seiner Qualität eines lebendigen Organismus, der als Teil der *Natur* in den Prozessen einer immer noch un abgeschlossenen

²³ 1969a, 1971e, 1977f, 1982w; Petzold/Osterhues 1972; Petzold/Sieper 2008c

Evolution steht als *Naturwesen*, eingebettet in die kollektive biologische Welt des Lebendigen, in die mundane Ökologie (*embeddedness*). Andererseits begreift sie den Menschen in seiner Qualität eines intersubjektiv konstituierten Leib-Subjekts und damit als Teil der *Kultur*, als soziales Wesen, *Kulturwesen*. Dieses ist eingebunden in sich zunehmend globalisierende Welten des Sozialen, mit spezifischen historisch, politisch, ökonomisch, regional bestimmten situativen Bedingungen (*situatedness*). Menschen leben in sozialen Kollektiven und partizipieren durch Sozialisation und Enkulturation an deren mentalen Repräsentationen, die sie in *Mentalisierungsprozessen*, d.h. durch »komplexes Lehren und Lernen« ausgebildet haben: neurophysiologisches, sensumotorisches, emotionales, volitionales, kognitives, soziales Lernen (Sieper, Petzold 2002; Lukesch, Petzold 2011; Chudy, Petzold 2011). Veränderung geschieht durch solches Lernen.

Eine solche Definition verortete die Integrative Therapie als ein *Verfahren der „Dritten Welle“* (Petzold 2002a, 2014c; Petzold, Orth, Sieper 2014b) moderner Psychotherapie bzw. „Humantheapie“, Verfahren für die *transstheoretische Perspektiven und multimodale Praxen* kennzeichnend sind.

Menschen schaffen Wissen in allen Bereichen ihres Lebens, das sie in seinen individuellen und kollektiven Dimensionen mit seinen *Kontexten* und in seinem *Kontinuum*, d.h. in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft *wahrnehmen*, zu *erkennen*, zu *erfassen* und zu *verstehen* suchen (Petzold 2003a, 141 ff.). Ein zentraler Antrieb (nicht Trieb) des Menschen ist eine grundsätzliche *explorative Neugier*, ein Wissenshunger. Die Sicht der IT (2003e) ist hier anders gewichtet als die duale Triblehre Freuds. Andere *Antriebssysteme* sind *poietisches Gestaltungsstreben*, *affiliäre Nabraumsuche* bei Anderen (sensu Levinas, vgl: Petzold 1996k), *genitaler Fortpflanzungsantrieb*, *angstvermeidendes Sicherheitsstreben*, die jeweils mit humanspezifischen »evolutionären Narrativen« (Verhaltensprogrammen) verbunden sind. Diese Antriebssysteme gewährleisten unser individuelles und kollektives evolutionäres Überleben, ließen Wissenschaften, Kunst, Technik, Ökonomie entstehen – plurales, *polyzentrisch vernetztes* Wissen (2005p, 2007h).

Um Menschen zu verstehen – und darum geht es in der Psychotherapie in wesentlicher Weise – braucht man, das war die zentrale Einsicht unserer Arbeit, statt *monotheoretischer* Zugeweisen *multitheoretische*, ja *intertheoretische* und *transstheoretische* Vernetzungen (1974k, 304 III, 2007a, 24f.).

Mit *einem* Theorieansatz kommt man heute für die Fundierung moderner Psychotherapie nicht mehr aus! ... es geht um die Arbeit mit unterschiedlichen theoretischen Modellen und therapeutischen Praktiken« in einem »übergreifenden Systemverbund« (Petzold 1974k, 301f; vgl. 1994a, 1998a/2007a).

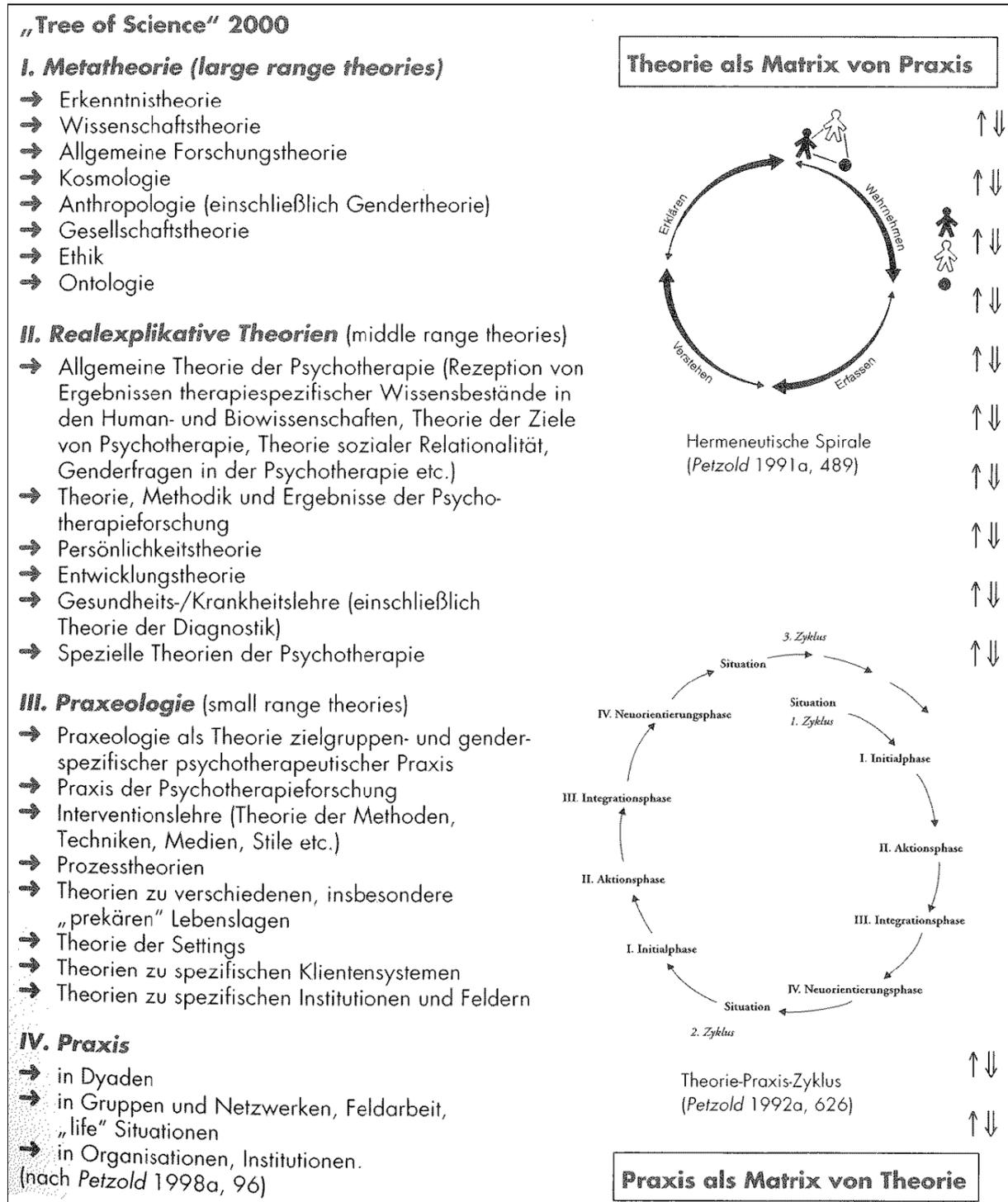
Auf dieser Basis haben wir seit den frühen siebziger Jahren »*Methodenintegration*« in der Psychotherapie inauguriert²⁴, sahen mit Bezug auf Luhmann die verschiedenen Therapierichtungen als Subsysteme eines »Systems Psychotherapie« (1974j, 302). Das wurde Grundlage systematischer Theorieforschung (vgl. unser großes Forschungsprojekt »Wege zum Menschen« 1984a), des Vergleichs von »common and divergent concepts«, der Erarbeitung einer komplexen, nicht-eklektischen *Integrationstheorie* (1974k, 1982, 2005x; zusammenfassend Sieper 2006): Sie wurde über vier Jahrzehnte entwickelt mit der *herakliteischen* Grundeinstellung »systematischer Unfertigkeit«. So kommt es in der Theorie-, Praxeologie- und Praxisentwicklung stets zu »Positionen auf Zeit« und immer wieder zu »Wellen« des Erkenntnis- und Erfahrungsfortschritts. Wir sehen uns heute in einer »dritten Welle« der Entwicklung des Verfahrens (Petzold/Orth/Sieper 2014b).

²⁴ 1974j, S. 301ff., 1982, 1988n, S. 71ff.

4. Der »Tree of Science« – Metastruktur des Integrativen Ansatzes

Das zuhandene und erforderliche Wissen für all diese Konzepte differenziere und klassifiziere ich in unserem Modell des »Tree of Science« (1975h, 1998n, 2003a, 2014c). Das ist ein wissensstrukturelles Metamodell mit folgenden vier Ebenen:

- *Metatheorien* (metatheories, large range theories)
- *Klinische Theorien* (reality explaining theories, middle range theories)
- *Praxeologie* (praxeology, small range theories)
- *Praxis* (practice, concrete interventions with varying range)



Diese Ebenen sind in beständigen Top-Down- und Bottom-Up-Dynamiken verschränkt, in Theorie-Praxis- und Praxis-Theorie-Interaktionen. In den Grundstrukturen ist eine durchgängige konzeptuelle Konsistenz erforderlich.

4.1 Metatheorie

Metatheorien sind ideologische Positionen, Weisen der »Welt-anschauung«. Sie erfordern damit subjektive Entscheidungen und Wertsetzungen und gesellschaftliche Legitimierbarkeit. Sie müssen daher solide Bezüge in Philosophie, Wissenschaftsforschung, Geschichtswissenschaft (Geschichte der Denksysteme), in den Sozial- und Kulturwissenschaften haben. Psychotherapie ist selbst ein Kulturphänomen (2008b; Petzold/Orth/Sieper 2014a) und muss als solches *metareflexiv* verstanden werden, sonst ist sie »blind« und steht in der Gefahr von Selbstmissverständnissen und »schlechter Ideologie« (Petzold/Orth 1999, 126f.) – dies zum Nachteil von PatientInnen und zulasten des gesellschaftlichen Auftrags von Therapie, zur Gesundheit von Menschen und zur Heilung von Störungen/Krankheiten beizutragen: *wissenschaftlich, wirksam, unbedenklich* (ethisch vertretbar, was Risiken und Nebenwirkungen und Ideologie anbetrifft) und auch *wirtschaftlich* (Märtens, Petzold 2002).

Die Metatheorie eines psychotherapeutischen Verfahrens sollte *Positionen* zu den folgenden Psychotherapie fundierenden Wissensbereichen ausgearbeitet haben, wie dies für die IT umfassend erfolgte (1992a/2003a25) und in einer »Dritte Welle« ihrer Entwicklung fortgeführt wird (Petzold, Orth, Sieper 2014b):

- *Erkenntnistheorie* (einschließlich Theorie der Metakognition, Vernunft und Sprache, vgl. 1991a, 2001k, 2010f/26; Petzold/Orth 2005a; Petzold/Sieper 2012a; Petzold/Orth/Sieper 2005, 2013b)
- *Wissenschaftstheorie* (1994a, 1998a/2007a; Petzold/Orth/Sieper 2006)
- *Allgemeine Forschungstheorie* (2006r; Steffan/Petzold 2001)
- *Kosmologie, Evolutionstheorie, Ökologie* (2005t, 2006p, 2009a; Petzold/Orth-Petzold/Orth 2013)
- *Anthropologie* (einschließlich Körper-Seele-Welt-Problem, Freiheitsfrage und Gendertheorie, vgl. 2003e, 2012f; Petzold/Sieper 2008a; Petzold/Orth 2011; Hüther/Petzold 2012)
- *Gesellschaftstheorie, Kulturtheorie* (einschließlich Macht-, Entfremdungs-, Konvivialitäts- und Demokratietheorie, vgl. 1986a, 1987d, 2009d; Petzold/Orth/Sieper 2012c, 2013a, 2014a; Orth 2010)
- *Ethik* (2000a, 2009k; Moser/Petzold 2007; Petzold/Orth 2013a; Petzold/Orth/Sieper 2010a, 2014a)
- *Ontologie* (einschließlich der Fragen nach Sinn, Religion und Spiritualität, vgl. 1983e, 2005b, 2010k; Petzold/Orth 2005a; Petzold/Orth/Sieper 2009, 2013b)

Im Folgenden seien exemplarisch zwei zentrale Bereiche aus der Metatheorie herausgegriffen und kurz dargestellt. Zu den anderen siehe die voranstehend aufgeführten Studien.

4.1.1 Epistemologie der Integrativen Therapie – vielfältige Erkenntniswege

Wir unterscheiden als Erkenntniswege (1) epistemische Sinnsysteme, (2) metaphysisch-transzendenzorientierte Sinnsysteme und (3) szientistische Sinnsysteme (vgl. ausführlich Petzold/Sieper 2012a):

²⁵ Verlinkte Materialien zu den verschiedenen Bereichen finden sich in Petzold/Orth/Sieper 2012.

²⁶ Siglen in Kursivdruck verweisen auf Leittexte.

1. *Epistemische Sinnsysteme*: Sie werden durch die *Wege vernunftgeleiteter Reflexionen* (etwa philosophischer Art) geschaffen, wobei *introspektive* und *external-diskursive* Materialien in systematischer Konzeptentwicklung verarbeitet werden.
2. *Metaphysisch-transzendenzorientierte Sinnsysteme* beziehen sich auf Glaubenssysteme, die durch *Wege des Glaubenserlebens* erschlossen werden.
3. *Szientistische Sinnsysteme* generieren auf *Wegen* rationaler wissenschaftlicher Konzeptentwicklung und – wo immer möglich – empirischer Forschung wissenschaftliche Erkenntnisse. Sie bedürfen ethischer Legitimationen aus dem Kontext iuridischer und politischer Vorgaben sowie fachspezifischer Ethikdiskurse bzw. Referenzen zu epistemischen Sinnsystemen.

Die drei Sinnsysteme begründen – das ist unsere epistemologische Position – drei kategorial spezifische Wege und damit *qualitativ verschiedene Sinnebenen*. Durch die Sinnsysteme 1 und 3 gewinnen wir empirischen Zugang zur Welt »vom Leibe her«:

1. *phänomenal* durch die »Sinneswahrnehmungen« und die »Sinnerfassungskapazität« des Leibes (Merleau-Ponty, Plessner, Schmitz), die uns über Außen- und Innenwelt informieren
2. durch *neurozerebrale* Verarbeitung (Lurija, Vygotskij) der Information
3. durch *hermeneutische* »Sinnverarbeitungskapazität«, die an die *polylogische* Verständigung zwischen den Menschen als reflexiven Subjekten (Bachtin, Ricoeur) gebunden ist und eine kokreative »Sinnschöpfungskapazität« in persönlich-individueller Entwicklungsarbeit und kollektiver Kulturarbeit erschließt (Petzold/Orth/Sieper 2014a)

Verstehen und Verständigung geschehen auf dem Boden *kollektiver mentaler Repräsentationen* aus *Sozialisation, Enkulturation* und *Ökologisation* (2006p, 2012a; Petzold, Orth, Sieper 2014a; Moscovici 2001). Menschen setzen sich in »Mentalisierungen« mit dem Wahrgenommenen und Verarbeiteten auseinander, um es durch kritische Fragen, Problematisierungen, konstruktives Zweifeln (2014e, f), durch Erklärungsversuche und Forschungsarbeiten zu verstehen und gemeinsamen *Sinn* zu schöpfen (Petzold, Orth 2005a).

Wir haben in unserer Epistemologie eine »integrative hermeneutische Spirale« des Erkenntnisgewinns entwickelt, die »vom Leibe her« ausgeht:

Wahrnehmen -> Erfassen -> Verstehen -> Erklären

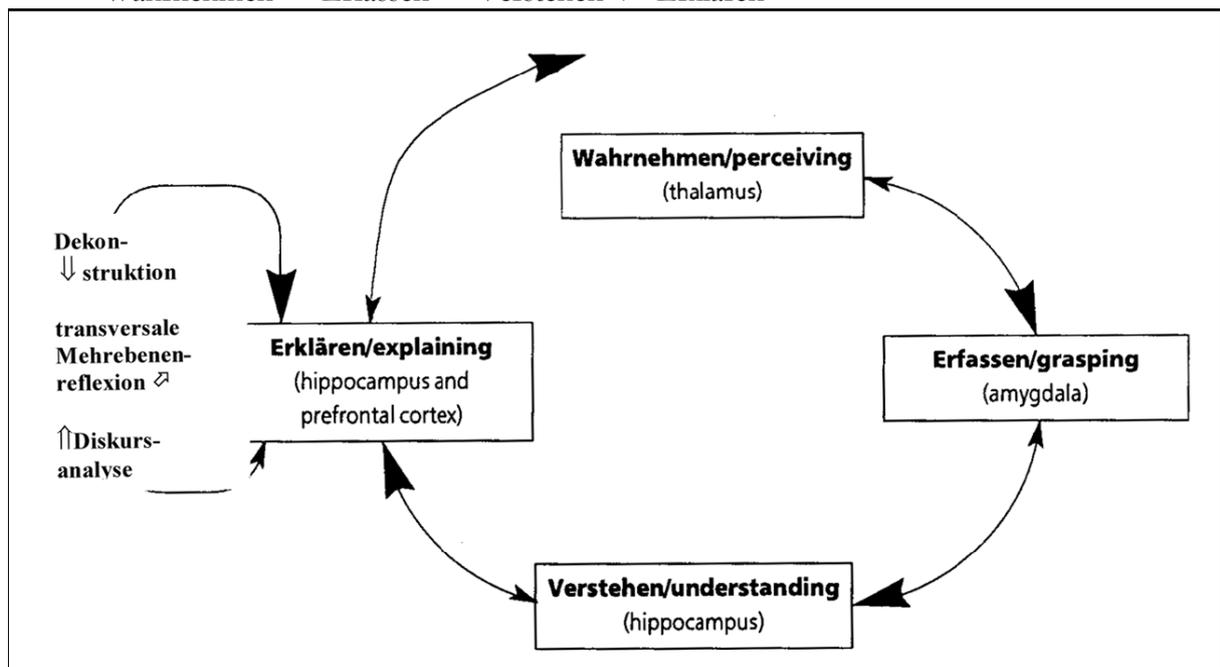


Abb. 1: Die »hermeneutische Spirale« (aus: Petzold 2003a, 68; 2007a, 97), die selbst wiederum in einer Metahermeneutik metareflektiert werden muss

Ich habe späte Synthesen Ricœurs (2000; Ricœur/Changeux 1998) in einer *Metahermenentik* weitergeführt, in der beständig »pluraler Sinn« als Basis einer komplexen, »transversalen Vernunft« geschaffen wird (Welsch 1996; Petzold/Orth, Sieper 2013b). Sie ist zugleich individuell und kollektiv gegründet (Prinz 2013), wie das *Ko-respondenz-Modell* (1978c, 1991e; Petzold/Sieper 1977), ein Kernkonzept der Integrativen Therapie, zeigt, in dem folgender epistemologisch-handlungstheoretischer Prozess zum Tragen kommt:

Ko-respondenz -> Konsens/Dissens -> Konzepte -> Kooperation -> Kokreativität -> Konvivialität

Damit wird eine differenz- und dissensfreundliche Position vertreten und »Konvivialität« (Levinas, Derrida, Petzold), d.h. ein gutes Leben für Menschen, angestrebt (Orth 2010; Petzold/Orth 2004b).

4.1.2 Anthropologie des Integrativen Ansatzes – Hominität und Humanität, das psychophysische Problem und das »biopsychosozialökologische Modell«

Es wurde mit den voranstehenden Ausführungen schon eine Position zum epistemologischen und zugleich anthropologischen »Körper-Seele-Geist-Welt-Problem« (*body mind problem*) aufgezeigt. Damit ist auch ein wissenschaftsstruktureller und anthropologischer Standort gegeben: die Orientierung an einem »biopsychosozialökologischen Modell« (BPSÖ-Modell, 1965, 1974j; Petzold/Sieper 2012a). Biologisches und Ökologisches gehören mit ihren *anorganischen Komponenten* der Welt des *Materiellen* zu, mit ihren *organismischen* (alles was »Leben« in sich trägt) der Welt des *Transmateriellen*. Das im »Bio-«, im organischen Leben gründende *Psychologische* und *Soziale* sowie das in diesen beiden Bereichen wurzelnde *Geistige* und *Kulturelle* (Ethisches, Ästhetisches), werden als komplex organisierte, »informationale Formate« von Emergiertem angesehen, die *transmateriell* sind, d.h. individuelle und kollektive »mentale Repräsentationen« (2002c, 2008b, 2009b). Emergiertes ist unlösbar an seine *materielle* Basis gebunden.

Menschen regulieren sich durch »funktionelle Systeme« (Anochin 1967, Lurija 1992) in Prozessen »integrativer dynamischer Regulation« (1974j, 304 III), für die mit dem BPSÖ-Modell (2005r, 2009k) vier Größen gegeben sind: *Gehirn* und *Subjekt* sowie *Sozialität* und *Ökologie*. Der Mensch als Subjekt ist ein sich im Geflecht »umliegender Systeme selbst steuerndes *personales System*« (1974k, 296f.), wobei die Umweltbeziehungen und »auch die Abläufe in der Binnenstruktur des Systems durch *Sinn* als ultimativer Kategorie gesteuert werden« (ebd.; Hervorhebung i.O. Sperrdruck)²⁷. Subjektivität fordert Mitsubjekte, *Intersubjektivität* und realisiert sich in *Kokreativität* und *Koreflexivität* – so unsere »Anthropologie des schöpferischen Menschen« (Orth, Petzold 1993c).

Ausgangspunkt anthropologischer Reflexion in der IT ist ein »komplexer Leibbegriff« (1974j, 1985g, 356ff.): Dem Menschen wird mittels eines perceptiven, expressiven und memorativen Leibes (»Leibgedächtnis« 1988n, 2002j) der Zugang zur Welt und zum Anderen (»Zwischenleiblichkeit«) ermöglicht. Durch die Sinne wird er über die Welt »informiert«. In unserer Kernidee des »informierten Leibes« (2009c; Petzold/Sieper 2012a) werden damit philosophische Leibtheorie (Merleau-Ponty) und neurobiologische Informationstheorie (Lurija, Freeman, Gallagher) verbunden (2002j, 2004h). Das informierte Leib-Subjekt verfügt über *Reflexivität*, *Exzentrizität*, *Mehrperspektivität* und polydirektionale, *wechselseitige Empathie*. Das

²⁷ Hier waren natürlich Bezüge zu Bernstein, Lurija, Uchtomskij, diesen frühen russischen Systemtheoretikern, gegeben und zu Luhmann, den wir seit seinem innovativen Werk *Zweckbegriff und Systemrationalität* (1968) rezipiert und genutzt haben, ehe ihn die »Systemiker« im Bereich der Therapie entdeckten (1974j, 295ff.; Jüster/Petzold 2005).

erschließt ihm eine »theory of mind«²⁸, ein Wissen um das Denken, Fühlen, Wollen²⁹ eines anderen, und ermöglicht die bedeutendste Leistung des menschlichen Cerebrums: eine *theory of my mind*, d. h. »Selbstbewußtsein« (2001p) als durch komplexe sozialisatorische Prozesse des „Subjektlernens“ (2012e) gewonnenes Bewusstsein der eigenen *Hominität*.

Hominität bezeichnet die Menschennatur auf der individuellen und kollektiven Ebene in ihrer biopsychosozialen Verfasstheit und ihrer ökologischen, aber auch kulturellen Eingebundenheit mit ihrer Potentialität zur Destruktivität/Inhumanität und zur Dignität/Humanität. Das Hominitätskonzept sieht den Menschen als Natur- und Kulturwesen in *permanenter Entwicklung durch Selbstüberschreitung*, so dass Hominität eine Aufgabe ist und bleibt, eine permanente Realisierung mit offenem Ende – ein *WEG*, der nur über die Kultivierung und Durchsetzung von *Humanität* führen kann (Petzold 1999r, S. 5).

Hominität ist für die IT nicht etwas Vorgegebenes, das es aufzudecken oder zu entdecken gilt, eine »wahre Natur« oder ein »wahres Selbst«, zu dem man vorstoßen muss, sondern etwas, das sich in beständigen Prozessen der »Selbstkonstituierung mit Anderen« in zwischenmenschlichen Gruppen/Polyaden und ihren *Polylogen* (2002c 2003e) auf dem »Lebensweg« in »Mentalisierungsprozessen«³⁰ herausbildet (Prinz 2013). In solchen *Mentalisierungen* – so unser Term³¹ – konnten Metakognitionen, -emotionen und -volitionen (Petzold/Sieper 2008a) entstehen.

Unsere anthropologischen Überlegungen haben sich im abendländischen Kulturraum formiert (2003e, 2010f) und seit vier Jahrzehnten zu einer immer wieder neu präzisierten »Position« (2003e) gefunden. Sie lautet:

»Der Mensch – als Frau und Mann – ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt im ökologischen und sozialen Kontext/Kontinuum. Er ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt« (vgl. 1965, 2003a, e, 2008a).

Das ist die integrative »anthropologische Grundformel« (1965, 2003e) aus der folgt, dass für eine differenzielle Therapie des »ganzen Menschen« eine »integrative Humantherapie« notwendig ist:

- für den »Körper« (Biologisches, Physiologisches) *leib-, bewegungs-, sporttherapeutische* Ansätze (1974j, 1988n; van der Mei/Petzold/Bosscher 1997)
- für das »Seelische« (Emotionales, Motivationales, Volitionales) erlebnisaktivierende *psychotherapeutische* Methoden (1992a/2003a; Leitner 2010)
- für das »Geistige« (basal und komplex Kognitives, Sinn, transversale Vernunft) *Psychoedukation, kognitive und achtsamkeitsbasiert-meditative Therapiemethoden* (1983e; Petzold/Moser/Orth 2012; Petzold/Orth/Sieper 2014b)
- für das »Soziale« *soziotherapeutische* und *netzwerktherapeutische* Wege (Hass/Petzold 1999; Petzold/Sieper 1993a, 2008b) und Projekte der psychosozialer Kulturarbeit (Hartz/Petzold 2013; Petzold/Orth/Sieper 2014a, b)
- für das »Ökologische« *naturtherapeutische* Ansätze (2006p, 2011g, 2013h; vgl. insgesamt Petzold/Orth/Sieper 2014b)

Das alles muss mit einer intersubjektiven, genderbewussten Betrachtungsweise (Petzold/Orth 2011; Petzold/Sieper 1998) indikationsspezifisch jeweils mit »Bündeln von abgestimmten Maßnahmen« (Petzold/Orth/Sieper 2014b) in »Zonen der nächsten Entwicklung«, d.h. in optimaler »Passung« zu den PatientInnen (sensu Vygotskij; vgl. 2012e; Jantzen 2008) zur Anwendung kommen, um auf individueller Ebene beschädigte persönliche *Hominität* zu heilen und kollektive Entwicklungen zu humanem Gemeinwesen und zu Gemeinwohl auf dem Wege einer »Weltbürgergesellschaft« zu fördern³².

²⁸ Premack/Woodruff 1978; vgl. Call/Tomasello 2008

²⁹ Das alles fassen wir unter »mind« (lat. *mens*).

³⁰ 2005r, 2012a; Petzold/Sieper/Orth 2008, 2014b

³¹ 1988t, 2000h, 2008b – mit Rückgriff auf Vygotskij und Moscovici, nicht etwa auf Fonagy

³² Bourdieu 1997; Derrida 1992, 2000; Habermas 2004; Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2008a

Wir können hier nicht auf weitere metatheoretische Positionen unseres »Tree of Science« eingehen, Positionen zur *Gesellschaftstheorie* mit Macht- und Konvivialitätstheorie³³, Gewissensarbeit usw. mit Bezug auf Hannah Arendt³⁴, Derrida (1997), Habermas (2004), Martha Nussbaum (1999) u.a. oder auf unsere Positionen zu Ethiktheorie mit Kernkonzepten zu Integrität, »Andersheit des Anderen« (Levinas), Gerechtigkeit, Frieden (2003d, 1986a, 2008b), die aktiv angestrebt werden müssen. In der Psychotherapie muss Ethik dazu beitragen, dass »informed consent« und »patient security« (2006n; Müller/Petzold 2002a) gewährleistet sind und vor allen Dingen PatientInnenwürde und -integrität. Ohne solide metatheoretische Grundlagen, das ist unsere Auffassung in der IT, stehen wir in der klinischen Theorie und in der Praxis auf unsicherem Boden. Deshalb haben wir in diesen Bereich unseres Verfahrens sehr viel investiert, was sich offenbar in Praxeologie und Praxis unseres Ansatzes niederschlägt, der, so unsere Studien, wirksam aber nebenwirkungsarm ist (Petzold/Hass et al. 2000; Steffan 2002).

³³ 2009f, Orth, Petzold, Sieper 1995; Petzold, Orth, Sieper 2014a

³⁴ 2008b,e; Haessig, Petzold 2002; Petzold, Orth 2004b

Teil II

Klinische Theorien und Praxeologie der Integrativen Therapie

Praxis in der »Dritten Welle« methodischer Weiterentwicklung

Ilse Orth, Johanna Sieper und Hilarion Petzold (2014c)

1. Klinische Theorie im Kontext der Integrativen Psychotherapietheorie

In der Integrativen Therapie (IT) waren wir seit ihren Anfängen Mitte der 1960er Jahren bemüht, uns einen umfassenden Überblick über das Gebiet unseres Interesses und unserer Arbeit – die Theorien, Methoden und Praxen der Psychotherapie und Leibtherapie, also nicht einer einzelnen Schule – zu verschaffen, um PatientInnen möglichst gut fundiert zu behandeln. Das lag an unserer »Lebens- und Studienlage« *zwischen* den »Schulen« und zwischen den Disziplinen.

Wir (Orth, Petzold, Sieper) hatten das Glück, alle auch Philosophie studiert zu haben, denn das hat uns den Blick für die Bedeutung von Metatheorien für eine um das PatientInnenwohl engagierte Praxis geöffnet (Sieper/Orth/Petzold 2010). Ein weiteres Glück für uns war, alle neben der therapeutischen Arbeit in der Bildungsarbeit und Lehre tätig zu sein, denn das hat uns den erwachsenenbildnerischen Respekt – auf Augenhöhe – dem anderen gegenüber eröffnet. Eine auf »*Gastlichkeit*« im therapeutischen Raum gerichtete Haltung (Orth 2010), wie es die »Grundregel der Integrativen Therapie« (2000, 2000a35) postuliert, eine um »komplexe Achtsamkeit« für die »*Integrität*« des Anderen bemühte *ko-empathische* und *ko-kreative* Gestaltung der therapeutischen Begegnung und Beziehung (Orth/Petzold 1993; Iljine/Petzold/Sieper 1967) im Respekt vor der »*Andersheit des Anderen*« (Levinas 1983; vgl. Petzold 1996k) muss für integrative TherapeutInnen ein Herzensanliegen und eine Gewissensfrage sein³⁶. Das ist aber nicht nur von philosophisch-ethiktheoretischen Überlegungen motiviert, sondern wesentlich auch aus praxeologischen Gründen »*klinischer Sorgfalt und Achtsamkeit*« (Orth/Petzold 2004), um Risiken und Nebenwirkungen zu verhindern – ein besonderes Anliegen der IT (Märtens/Petzold 2002; Leitner 2011). Wie unsere Evaluationsforschung zeigt, weist das Verfahren keine Nebenwirkungen auf (Petzold/Hass et al. 2000; Steffan 2002). Die in diesem Band von H. Petzold dargestellte *Metatheorie* im »*Tree of Science*« fundiert die *klinischen Theorien* des Integrativen Ansatzes anthropologisch. Das aber ist nicht ausreichend, denn als »*Theorien mittlerer Reichweite*« sollen sie, wo immer möglich, forschungsbasiert sein (Steffan/Petzold 2001) – und das erfordert Anschluss an die entsprechenden *Grundlagenwissenschaften* und an Referenzdisziplinen, vor allem wissenschaftliche Psychologie und Psychotherapie (Petzold/Märtens 1999), Biologie, Evolutionspsychologie und Neurowissenschaften³⁷ (2009a; Hüther/Petzold 2012; Lamacz-Koetz 2009), aber auch empirische Sozialwissenschaften (1998a/2007a, 2012a). Bei vielen Therapierichtungen fehlt ein solcher Anschluss, ja fehlt Anschlussfähigkeit. Ein Therapieverfahren kann heute aber nicht mehr alles Wesentliche aus sich

³⁵ Bei Jahresangaben ohne Namen handelt es sich um Arbeiten von H. Petzold. In der Folge werden Werke in der alleinigen Autorenschaft von Hilarion Petzold nur mit der Jahreszahl und der Jahrgangssigle zitiert. Mit Blick auf das umfangreiche Gesamtwerk werden die Siglen der »*wissenschaftlichen Gesamtbibliographie*« 1958–2013 (Petzold 2014a) beibehalten. Die sonstigen im Text zitierten Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen bzw. Texte, an denen Petzold beteiligt ist, sind in der Gesamtbibliografie zugänglich: Polyloge 1, 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.ph>.

³⁶ Petzold/Orth/Sieper 2010; Petzold/Sieper 2012e

³⁷ 2006j, 2008g; Petzold/Sieper 2007a

selbst heraus entwickeln. In dieser Annahme und Praxis liegt das gravierendste Problem nicht nur der traditionellen Psychoanalyse (Leitner/Petzold 2008), sondern auch vieler Therapieschulen. Bei aller Verbundenheit mit den Naturwissenschaften sollte die Verbindung zu Kulturwissenschaften allerdings nie verloren gehen, wie es Vygotskij, Lurija und andere Protagonisten der »kulturbeschichtlichen Schule« und ihre modernen Weiterführungen gezeigt haben (Yasnitsky et al. 2014). Das war uns in dieser Linie auch stets ein Anliegen der Integrativen Therapie (Sieper/Orth/Schuch 2007; Petzold/Orth/Sieper 2014a).

2. Klinische Theorie im »Tree of Science«

In der klinischen Theorie der IT findet sich eine Reihe von Wissensfeldern, die von jedem umfassenden Psychotherapieverfahren ausgearbeitet werden müssen (Petzold 2014c):

- allgemeine Theorie der Psychotherapie (2003a; Sieper 2006; Märtens/Petzold 2002; Sieper et al. 2007)
- Theorie und Methodik der Psychotherapieforschung (Märtens/Petzold 1995; Steffan/Petzold 2001)
- Persönlichkeitstheorie (2003a, 2012a; Höhmann-Kost/Siegele 2004)
- Entwicklungstheorie (1993c, 1994j, 2004a; Petzold/Horn/Müller 2010; Sieper 2007b)
- Gesundheits-/Krankheitslehre, Diagnosik (2003a, 1996f; Leitner 2010; Osten 2000, 2011; Petzold/Orth/Sieper 2014b)
- spezielle Theorien der Psychotherapie (2003a; Petzold/Sieper 2008a; Petzold/Wolf et al. 2002; Schay/Liefke 2009; Waibel/Jacob-Krieger 2009).

Natürlich ist es nicht möglich, bei einem komplexen Verfahren wie der IT in einem Übersichtsartikel all diese Positionen zu behandeln. Hier muss die aufgeführte Literatur genutzt werden. Deshalb seien exemplarisch einige Themenbereiche herausgegriffen.

2.1 Allgemeine Theorie der Therapie

Hier geht es um das Therapieverständnis des eigenen Ansatzes von Therapie, um die konsistente Verbindung von metatheoretischen Positionen und Annahmen klinischer Theorie und Praxis (2003a; Sieper et al. 2007) sowie um die Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse aus relevanten Referenzdisziplinen (Psychologie, Biologie, Neuro- und Sozialwissenschaften, Philosophie etc.). Das macht zu allererst eine elaborierte »Theorie der Integration« bzw. des *Integrierens* erforderlich, die wir über viele Jahre entwickelt haben (1982, 2009k; Sieper 2006:38). Zentral ist das Verstehen von Bewusstseins- und Veränderungsprozessen in der und durch Therapie. Wir haben dazu eine »komplexe Theorie des Bewussten und Unbewussten« erarbeitet (1988a/2003a, S. 181–298; Grund, Petzold et al. 2004; Orth 1994a), weiterhin eine »komplexe Theorie des Lernens und Lehrens« (Sieper/Petzold 2002/2011) – das Lehren wird oft nicht thematisiert (vgl. aber Lukesch/Petzold 2011). Mit der integrativen Veränderungstheorie kommt unser »komplexer Verhaltensbegriff« in den Blick: Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, Handeln, physiologische Reaktionen sind »Verhalten«³⁹. Nach unserer neurobiologisch fundierten »komplexen Lerntheorie« (1974k, S. 309ff.; Sieper/Petzold 2002) geschieht »Lernen«, d.h. Veränderung, differenziell, bereichsspezifisch *und* holografisch durch Synergieeffekte, durch Ereignisse von »*vitaler Evidenz*« (das ist die Synergie von körperlichem Erleben und »*Mentalisierungen*«, d.h. emotionaler, motivationaler und volitionaler Erfahrung und kognitiver Einsicht in der zwischenleiblichen, »wechselseitigen Empathie« *interpersonaler Bezogenheit*, 2003a, S. 694f.). Diese Erfahrungen werden im »Leibgedächtnis« (z.B. neurophysiologisch, aber auch

³⁸ 1982, 1993a, 2008f; Sieper 2006; Sieper et al. 2007

³⁹ vgl. die Integrative Emotionstheorie und die Willentheorie, 1992b, 1995g, 2001i; Petzold/Sieper 2007

immunologisch) festgehalten. Theorien zum persönlichen/autobiografischen und zum kollektiven Gedächtnis, das Grundlage aller Mentalisierungsvorgänge ist (1992a/2003, 2008b, e), werden für das »Lernen von Fähigkeiten/*Kompetenzen*« und das »Lernen von Fertigkeiten/*Performanzen*« über *Mentalisierungen* (sensu Vygotskij u. Petzold) erforderlich. Diese »Vygotkische Perspektive« (Jantzen 2008), der der Integrative Ansatz in vieler Hinsicht verpflichtet ist (Petzold/Sieper 2005; Yasnitsky et al. 2014), verlangt natürlich die Umsetzung von Gelerntem in praktische Handlungsvollzüge, was wiederum neurozerebrales Lernen bewirkt (Sieper/Petzold 2002). In der Tat: *You never use the same brain twice*, wie der englische Neurobiologe und Direktor des Max-Planck-Instituts Leipzig, Robert Turner (2009), treffend die Neuroplastizität des Gehirns gekennzeichnet hat. Diese Wissensstände fundieren unsere Strategien des Lernens durch multiple Stimulierung, Bereitstellung von Affordances (Gibson 1977; z.B. in Garten- und Landschaftstherapie, 2013g), Faszination und Überraschung (Petzold/Moser/Orth 2012; Orth/Petzold 1998a) sowie durch *bahnendes Üben*, wie es in der vierten, auf »Neuorientierung« gerichteten, behavioralen Phase des »*tetradischen Prozessmodells*« der Integrativen Therapie geschieht (1974j; Chudy/Petzold 2011). Komplexes Lernen wird gefördert durch »mentales Willens-Training« (Petzold/Sieper 2008a), Vermitteln »multisensorischer Erfahrungen« etwa in Naturtherapie (2013g, Petzold/Orth-Petzold/Orth 2013), Techniken der »emotionalen Modulation« durch Gebrauch von Emotionsmimik, Einstimmen »sanfter Gefühle« etc. (1995g, 2005r; Petzold/Sieper 2012e). Das erfordert eine solide emotions- und volitionstheoretische Position, die in der IT erarbeitet und klinisch erprobt wurde (2003a, Bd. II; Petzold/Sieper 2008a, Bd. II). Ein weiteres Thema ist in diesem Kontext Theorie und Praxis des Umgangs mit *Sprache* (2010f; Petzold/Orth 1985a) und *Nonverbalität* (2004h), mit »dichten Beschreibungen« (Orth/Petzold 2008) und »narrativer Praxis« in der integrativen Biografiearbeit (2003a, S. 625ff., 649ff., 2003g). Es geht z.B. um die Funktions- und Wirkweisen von Therapie, ihre »Wege der Heilung und Förderung« (1988n; Petzold/Orth/Sieper 2006), ihre Wirkfaktoren – wir haben 14 herausgearbeitet (1993p) – und die *Ziele* von Behandlungen (Petzold/Leuenberger/Steffan 1998).

All das erfordert einen Anschluss an die Wissensstände der Grundlagenforschung und an relevante Forschungsergebnisse ihrer Referenzdisziplinen, ohne die heute keine Therapie mehr auskommen kann und die beständig rezipiert, adaptiert und integriert werden müssen und auf deren Basis die eigenen Positionen zu hinterfragen, zu bezweifeln und ggf. zu revidieren sind (2014e, f). Die Integrative Therapie ist diesem Prinzip seit ihren Anfängen gefolgt.

2.2 Entwicklungstheorie

Die Integrative Therapie stand und steht mit ihren Konzepten stets auf dem Boden der empirischen Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychobiologie der »Lebensspanne«⁴⁰. *Entwicklung* erfolgt grundsätzlich in Kulturen als *Enkulturation* (2008b), in Ökologien – Stadt, Land, Gebirge, Küste, Kleinwohnung, Villa, Nobel- oder Elendsquartier – als *Ökologisation* (2006p) und natürlich in sozialen Kontexten als *Sozialisation* (2006p, 2012a, Müller/Petzold 1998). Sie geschieht in *Polyaden* (Wir-Netze mit Dyaden- und Triadenkonstellationen als strukturelle Sonderfälle, aber: Nie hat eine Dyade bzw. Triade allein überlebt). Die Entwicklungspsychologie unterstützt auf ihrer Theorieebene unsere auf metatheoretischer Ebene vertretene philosophische Position »*Sein ist Mit-Sein*«. Weil PsychotherapeutInnen zumeist in Dyaden arbeiten, sieht man Entwicklung dominant dyadisch. Man ist hier einseitig dem Paradigma Freuds (und Bubers) gefolgt und nicht dem von Moreno (1934/53, 1946)⁴¹, der soziale Netzwerke, Polyaden fokussiert. Entwicklungsgeschehen ist strukturell *interaktional* in Netzwerke, Konvois eingebunden (Hass/Petzold 1999), ist grundsätzlich *kommunikativ* (1988h), sonst drohen Marasmus und Deprivationseffekte. Es wird durch Genexpressionen in »sensiblen Phasen« und

⁴⁰ 1992e/2003a, 1992d, 1999b; Rutter 2002; Sieper 2007

⁴¹ vgl. 1972a, 1978k, 1984b

von passenden oder unpassenden bzw. fehlenden oder toxischen/traumatischen Umweltantworten bestimmt, also von *positiven Stimulierungen* und von *negativen* und *defizitären* (d.i. Distress, Hyperstress, vgl. 2003a; Petzold/Orth/Sieper 2006, S. 634) in Einflussketten (*chains of adverse, protective, and deficit events*, vgl. Petzold/Goffin/Oudhof 1991; Rolf et al. 1990). Mit dieser stimulierungstheoretischen entwicklungspsychobiologischen Orientierung führte Petzold mit seinen MitarbeiterInnen die Konzepte »protektive Faktoren und Resilienz« in das psychotherapeutische Feld ein und entwickelte entsprechende Praxisstrategien⁴². Entwicklung ist nicht auf Kindheit und Jugend begrenzt. Die Ereignisketten bzw. Stimulierungskonstellationen kommen über die gesamte Lebensspanne hin zur Wirkung und bedingen Gesundheit und Krankheit.

2.3 Persönlichkeitstheorie

Persönlichkeit entwickelt sich aufgrund dieser Ereignisketten und der aus ihnen wirksam werdenden Stimulierungsströme durch *Interaktionen* und *Kommunikationen* in Sozialisation, Enkulturation, Ökologisation von einem »archaischen Leibselbst« zu einem »reifen SELBST« (1992a, 2012a; Höhmann-Kost/Siegele 2004), das über ein prozessuales »ICH« als Gesamtheit von »primären, sekundären und tertiären Ichprozessen« verfügt (Petzold/Orth 1994), durch die sich über Umweltinteraktionen »IDENTITÄT« mentalisierend durch Fremd- und Selbstattributionen und deren Bewertung (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*) konstituiert (2001p, 2003a). Identität ist immer von beidem bestimmt (so die Identitätsforschung, 2012a). Persönlichkeit kann ohne soziale Netzwerke, Konvois, nicht entwickelt werden, resultiert also aus *Synergieeffekten* bzw. *Konvergenzen* in den *Konvois* der PatientInnen. *Konvoi* ist ein sozialpsychologisches Konzept für das »Netzwerk in der Zeit«, das wir in den klinischen Kontext übertragen haben (Hass/Petzold 1999). In der Diagnostik müssen die Persönlichkeitsdimensionen spezifisch berücksichtigt werden (Osten 2000, 2011; Petzold/Orth 1994).

2.4 Krankheits- und Gesundheitstheorie

Verdinglichende Lebenszusammenhänge »multipler Entfremdung« und lebensfreundliche, konviviale Milieus der »Zugehörigkeit« (so die anthropologische Krankheits- und Gesundheitstheorie, 1987d, 1993a/2003a) und *interagierende Ketten protektiver, kritischer* und *defizitärer Einflüsse* bestimmen als »pathogene und salutogene Stimulierungskonstellationen« nebst genetischen Dispositionen (so die klinische Krankheits- und Gesundheitstheorie) in ihrer *Synergie* bzw. *Konvergenz* die Gesundheit (2010b; Ostermann 2010) *und/oder* Krankheit von Menschen (1996f/2013; 2003a; Petzold/Schuch 1992): Sie bestimmen weiterhin die Ausbildung von *Resilienzen* oder von *Symptomatiken* (2003a; Petzold/Müller 2004) und das Generieren von *Ressourcen* und *Potenzialen* (1997p/2007a). Nur prospektive, longitudinale klinische Entwicklungs- und Karriereforschung (Petzold/Hentschel 1991; Zanarini 2012) kann mit hinlänglicher Sicherheit Aussagen über das Entstehen von Gesundheit und Krankheit aber auch über Therapieerfolge bzw. -mißerfolge machen (Petzold 2012e; Gundersun et al. 2013; Zanarini 2009). Diagnostik muss diese Perspektiven aufnehmen⁴³, und natürlich muss die Therapie von Störungen solche Erkenntnisse berücksichtigen, etwa in der Traumatherapie⁴⁴, in der Depressionsbehandlung⁴⁵, in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen⁴⁶ oder

⁴² Petzold/Goffin/Oudhof 1991; Müller/Petzold 2003, 2004

⁴³ 1993p, 2012e; Petzold/Osten 1998; Müller/Petzold 1989

⁴⁴ 2001m; Petzold/Wolf et al. 2000, 2002

⁴⁵ van der Mei/Petzold/Bosscher 1997; Petzold/Orth/Sieper 2014b

⁴⁶ 2012e

psychosomatischer Störungen⁴⁷, in der Suchtherapie⁴⁸ – Behandlungen, die natürlich auch evaluiert wurden – mit guten Effektstärken⁴⁹.

Auch auf dieser Ebene des Tree of Science ist alles *interaktional* konzipiert. Es wird mit *Kon-Strukturen* theoretisiert, die sich auch in der Praxeologie fortschreiben müssen. Wir springen zu dieser nächsten Ebene und nennen dort wiederum nur einige Items.

3. Praxeologie

Praxeologie als Wissenschaftsbereich, der Theorien und Forschung zur Praxis generiert und Methodenentwicklung betreibt, ist in ganz besonderer Weise von *Kon-Strukturen* bestimmt. Sie ist eine sehr konkrete Wissenschaft »von der Praxis, über die Praxis, in der Praxis und für die Praxis«⁵⁰. Sie befasst sich (zumeist enggreifend) empiriegestützt mit Methoden, Techniken, Medien, Prozessen und ihrer Wirksamkeit bzw. ihren Nebenwirkungen, arbeitet zu Settings und spezifischen PatientInnengruppen⁵¹, wobei seit ca. 2000 in der sogenannten »Dritten Welle der IT« (2002a, 2014c) die Perspektiven Gender, Diversity, Inklusion⁵² und Maßnahmen bündelnde Casework-Methodik stärker berücksichtigt werden (Jüster 2007; Petzold/Orth/Sieper 2014b). Man kommt dabei ohne Forschung und unmittelbaren Kontakt mit Praktikern und mit den Patientinnen und Patienten nicht aus (2006r; Steffan/Petzold 2001).

Methoden- und Medientheorie: Methoden, Modalitäten, Techniken, Medien⁵³ müssen *Kommunikation, Interaktion, Ko-respondenz, Kooperation* fördern. IT-typisch ist die Kombination von *konfliktzentriert-aufdeckender* (psychodynamischer), *übungszentriert-funktionaler* (behavioraler) und *erlebniszentriert-stimulierender* (experienzieller) *Behandlungsmodalität* (1988n, 45, 552ff., 2003a, 1082f.). In allen kommt »komplexes Lernen« in »Zonen der nächsten Entwicklung« sensu Vygotskij, d.h. in optimaler Passung zu den PatientInnen zum Tragen (2012e). Das Gleiche gilt für die Kombination von Settings. Mit dem von uns inaugurierten und entwickelten Konzept der »kreativen Medien« (1965, 1971h, 1977c) und der »intermedialen Arbeit« sowie mit unserer Praxis, »künstlerische Methoden« in Therapien zu verwenden⁵⁴, werden theoriegeleitete Farben, Formen, Collagen, Puppen, Masken, Instrumente, Bewegung und Poesie eingesetzt⁵⁵, um in semiprojektiver Diagnostik (Müller/Petzold 1998) komplexe Zusammenhänge zu erfassen und sie differenziell therapeutisch zu bearbeiten. Auch mit meditativen Wegen z.B. aus den Budokünsten⁵⁶ und mit Übungen aus den antiken Traditionen des geistigen Lebens (1983e, 2004l; Hadot 1999), wird gearbeitet – etwa in der Willensübung, der Angstbewältigung, in Traumatherapie, Trauer- und Trostarbeit⁵⁷.

Forschung

Die Integrative Therapie ist in mehreren naturalistischen Studien mit komplexen Designs (Befragung von Angehörigen, Netzwerkerfassung und Körperperspektiven) und in kontrollierten Studien untersucht worden mit guten Wirksamkeitsergebnissen (Leitner et al. 2009; Petzold/Hass et al. 2000; Steffan 2002), störungsspezifisch in der Behandlung von somatoformen Störungen (Müller et al. 2003), bei depressiven Störungen (van der Mei/Petzold/Bosscher 1997) und

⁴⁷ Heil 1991, 1997; Heil/Petzold 1980; Leitner/Sieper 2008

⁴⁸ 1974c; Petzold/Schay/Scheiblich 2006

⁴⁹ Heil 1997; Leitner et al. 2009; Petzold/Wolf et al. 2000; Petzold/Hass et al. 2000; Steffan 2002

⁵⁰ 1993a/2003a; Orth/Petzold 2004

⁵¹ 2004a, 2005a; Petzold/Schay/Scheiblich 2006

⁵² Orth 2002; Petzold/Sieper 1998; Gahleitner/Ossola 2007; Petzold/Orth 2011; Schigl 2012

⁵³ 1993a, 1993h; Petzold/Orth 1990a/2007

⁵⁴ 1971k; Sieper 1971; Petzold/Orth 1985, 1990a, 1994a; Petzold/Orth/Sieper 2008b; Petzold/Brühlmann-Jecklin et al. 2008

⁵⁵ zu Puppen: 1972d, 1975d, 1982h, 1983a; Petzold/Koch 2013

⁵⁶ Petzold 1974d, 1993; Petzold/Bloem/Moget 2004

⁵⁷ Hadot 1991; Petzold 1983e, 2001m, 2004l

Traumabelastungen (Petzold/Wolf et al. 2000; Schay/Liefke 2009) und Suchterkrankungen (Petzold/Schay/Scheiblich 2006). Außerdem wurde ihre Ausbildungs- und Supervisionspraxis in zahlreichen Studien mit sehr guten Ergebnissen beforscht (Petzold/Hass et al. 1995; Petzold/Rainalds et al. 2006; Ebert/Oeltze/Petzold 2003; Schigl/Petzold 1997).

4. Praxis

Nach integrativem Verständnis steht praktisches Tun in der Therapie ganz unter dem Signum der *Inter- und Kon-Strukturen*. IT als *life span developmental approach* hat Praxisformen für Kinder und Jugendliche, aber auch für alte Menschen entwickelt (Sieper 2007b). Sie wird dyadisch (Einzeltherapie), in Gruppen und Netzwerken⁵⁸ in Therapeutischen Gemeinschaften⁵⁹ und in Familien⁶⁰ angewandt.

In sehr vielen Therapien muss es, schaut man realistisch auf die Situationen der PatientInnen, um »Veränderungen des Lebensstils« gehen, um »Richtungswechsel auf dem Lebensweg« (Petzold/Orth/Sieper 2008a).

Praxisbeispiel aus der »Dritten Welle der IT«

Die Praxis der IT variiert je nach Störung, Komorbidität, Grad der Chronifizierung, Alter, Lebenslage etc. Ein umfangreiches Archiv standardisierter Behandlungsjournale mit differenziert dokumentierten Therapieprozessen⁶¹ (Salahshour/Petzold/Orth-Petzold 2013) informiert hierzu.

Hier soll ein 38-jähriger Patient F. vorgestellt werden⁶²: Lagerist, arbeitslos, beide Eltern lebend, geschieden, ein jüngerer Bruder. Diagnose »majore Depression« (DSM-IV) bzw. eine »mittelgradige bis schwere Depression« (ICD-10 F 32.2, IDS 39), seit acht Jahren diagnostiziert, also chronifiziert. In der Komorbidität finden sich, erkrankungstypisch Angststörungen, weiterhin leichter Cannabis- und Alkoholabusus (Hirschfeld 2001; Grant 1995; Kessler et al. 1996). F. wurde mit Antidepressiva (SSRI) erfolglos behandelt, zwei stationäre Aufenthalte mit mäßiger, aber nicht anhaltender Besserung. Zwei Jahre psychoanalytische Vorbehandlung blieb ohne Ergebnis und erzeugte eine Negativhaltung Psychotherapie gegenüber. Der Patient kommt in die psychotherapeutische Praxis der AutorInnen – motiviert durch eine neue Beziehung mit einer lebenserfahrenen Frau (42 J., Drogerieverkäuferin, seit Kurzem arbeitslos, aber mit guter Vermittlungsperspektive, eigene positive Vorerfahrung mit Gesprächstherapie). Die auf die ICD-10/DSM-IV-Diagnose folgende IT-spezifische »prozessual-diagnostische und syndromanalytische Exploration« (1993p; Petzold et al. 2014b; Petzold/Osten 1998; Osten 2000, 2011) ergibt in der anamnestischen *Karriereanalyse* (Petzold/Orth 1993a/2012) eine chaotische Kindheitssituation mit vielen belastenden und wenigen protektiven Faktoren (Petzold/Goffin/Oudhof 1991; Petzold/Müller 2004). Der Vater war Alkoholiker und gewalttätig, besonders der Mutter gegenüber (Traumaerfahrung für F.). Sie ist selbst depressiv und zieht die beiden Brüder nach der Scheidung, als F. 6 Jahre alt ist, tatkräftig unterstützt von ihrer Mutter alleinerziehend auf. F: »Ohne die Oma wär' nichts gegangen!« Es kommt bei F. zu deutlichen Parentifizierungstendenzen (Hooper 2011). Er übernahm früh »Verantwortung«, was zu einer gewissen Resilienzbildung führte (»Mutter, wir schaffen das schon!«). Der Vater meldete sich nie wieder. Abbruch einer Lehre, gelungene Zweitlehre. *Netzwerke-/Konvoianalyse* (Hass/Petzold 1999): Mehrfacher Abbruch von Beziehungen zu Partnerinnen, kaum Freunde, kaum Kontakt zu Mutter und Bruder. Im aktuellen Netz ein langjähriger Freund, eine neue

⁵⁸ (1985e, Orth, Petzold 1995; Hass, Petzold 1999; Petzold, Frühmann 1986)

⁵⁹ (1974b, Petzold, Vormann 1981; Petzold, Schay, Scheiblich 2006)

⁶⁰ (1973f, 1995b, 2010g; Petzold, Josić, Erhardt 2006)

⁶¹ <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php> (28.2.2014)

⁶² Das Behandlungsbeispiel wurde anonymisiert.

Partnerin sonst kaum Kontakte. *Lebenswelt-/Lebenslageanalyse*: Hartz-IV, ressourcenarm, kleine, heruntergekommene Wohnung in schlechtem Viertel. *Leibfunktionsanalyse*: schlechter Allgemeinzustand, keinerlei Kondition (Waibel/Petzold 2009), verspannt, fehlernährt, subassertive Mimik und Gestik, der »informierte Leib« (2002j) offenbar eingeschüchtert und defensiv. *Persönlichkeits-/Identitätsdiagnostik*: gute Intelligenz, selbstunsichere, ich-schwache Persönlichkeit, ausgeprägte Willensschwäche, alle »Identitätssäulen« beeinträchtigt (2012a, S. 454ff., S. 505ff.).

IT-spezifische Indikation: multimodale Depressionsbehandlung, Willenstherapie mit differenziellem Maßnahmenbündel (*bundling*, Petzold/Orth/Sieper 2014b; Petzold/Sieper 2008a, S.516ff.) als »intermittierende Fokale Therapie« (IFK, ebd., S. 520ff.; 1993p) in mittelfristiger »Karrierebegleitung« (Petzold/Hentschel 1991). Fokus in der *therapeutischen Beziehung* ist: »*interiosierungsorientiertes*« Reparenting zur Kompensation fehlender väterlicher und mütterlichen Qualitäten (2012e), Lernen neuer Fähigkeiten/Fertigkeiten durch Erweiterung von Potenzialen im Sinne ressourcenorientierter Vygotskij'scher Förderung in »*Zonen nächster Entwicklung*« (1997p, 2012e; Jantzen 2008) sowie Veränderung des »*depressiven Lebensstils*« (2012a, 543ff.).

Der Kontakt in den drei probatorischen Sitzungen (davon eine mit der Partnerin) ist gut. Das Verfahren der IT mit seiner Grundregel (2000a) wird vorgestellt, auf mögliche Nebenwirkungen wird hingewiesen (Märtens/Petzold 2002). Das Projekt der »Lebensstilveränderung« wird mit seinen drei Maximen – »*Mache Dich selbst zum Projekt! Nutze jede Gelegenheit als Chance! Vertraue Deinem Gehirn!*« – psychoedukativ dargelegt. Es erfährt von F. und seiner Partnerin »*informed consent*« (Leitner 2009).

Wie bei einem derartigen Befund IT-üblich, wird eine internistische Untersuchung angeregt. Die Ernährung wird umgestellt. Vitamin D, da weit unter dem Normwert, wird substituiert, ebenso Eicosapentaensäure (EPA) durch Omega-3-Ergänzungsnahrung – beides hat, wie auch Folsäure und Vitamin B12, positive Effekte bei Depressionen (Anglin et al. 2013; Permoda-Osip et al. 2013; Sublette et al. 2011). Mangelzustände hingegen haben schlechte Auswirkungen und sind oft mit niedrigem sozioökonomischen Status verbunden (Miyaki et al. 2013). Der medizinische Zugang und die gute Kooperation von Arzt und Psychotherapeut, so das Paar, bestärkte sein Vertrauen in die integrative Behandlung. F. nimmt auf Anraten des ärztlichen Kollegen die SSRI-Medikation wieder auf. Sie war bei den Vorbehandlungen nach ca. zehn Tagen, also zu früh, abgebrochen worden. Es wird auf Citalopram gewechselt und ein Ausschleichen nach Aufbau einer guten Kondition angekündigt. Eine Sexualberatung, oft vernachlässigt, soll möglichem Libidoverlust vorbeugen. Das Paar – die Partnerin ist sportiv, ein Glücksfall für F. – nimmt im Rahmes eines Angebots des Breitensports an einer Nordic-Walking-Gruppe teil, nachdem ihm die Erfolge in der Depressionsbehandlung aus unseren ausdauertherapeutischen Untersuchungen vorgestellt worden sind (van der Mei/Petzold/Boscher 1997; Waibel/Petzold 2009). Auch Wochenendwandern im Alpenverein wird mit Blick auf landschaftstherapeutische Effekte durch multiple Stimulierung des »going green« (2011g, h) eingeplant: insgesamt ein gutes »*Bündel an Maßnahmen*«. Die Umsetzung ist ein Kampf für F. und seine Partnerin, der aber auch durch seinen langjährigen Freund unterstützt wird. Ein Teil der Therapiestunden wird als »case mangement« auf Motivationsarbeit für das *bundling* verwandt (Jüster 2007). Auf der interpersonalen Therapieebene wird auf die Situationen der Kindheit geschaut: auf die Verängstigungen – auch die der verängstigten Mutter, die wenig leibliche Zuwendung geben konnte (1988n, S. 354ff.) – und auf den fehlenden Vater – beides Defiziterfahrungen für F. F. wird für sein daraus resultierendes defensives Interaktionsverhalten sensibilisiert. F.: »Ich musste doch immer stark sein, viel zu viel und viel zu früh, bis ich nicht mehr konnte!« Dafür wird jetzt Hilfe und Unterstützung durch die Therapie zugesagt: »Jetzt tust du es für dich und du erhältst Hilfe«. Psychoedukativ wird vermittelt, dass ein assertiveres Verhalten und Ausstrahlung von Selbstvertrauen im Alltag notwendig seien und eingeübt werden können, was *in vivo* und mit »Behaviourdrama«, wie es Petzold (1971e, 1977f) entwickelt hat, angegangen wird. In dem integrativen »Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy« (CBASP), der Depressionsbehandlung von James P. McCullough (2006; Schramm et al. 2006),

finden sich heute ähnliche Perspektiven. Im intersubjektiven, leibzentrierten Ansatz der IT aber wird darüber hinaus erfahrbar gemacht, wie der »depressive Leib« wieder ein »expressiver Leib« werden kann (1988n, 254ff.; Orth 1994b). Biografische Szenen werden in »Zonen der nächsten Entwicklung« sensu Vygotskij evoziert und durchgearbeitet (2012e; Jantzen 2008). Angst- und Verspannungsmimik und –haltungen werden, wenn sie aufkommen, *in situ* verändert (2002j, 2003a, S. 1081ff.) durch »Aufsetzen« einer beruhigten Mimik, Einnahme einer entspannten Haltung, Aufrufen eines »inneren Beistandes« (1975m) – F.s Großmutter und ihrer couragierten leiblichen Haltung. In einer wichtigen Sequenz von Sitzungen mit *expressivem Malen* kommt F. mit Angst und Schmerz, aber auch mit Aggressionen gegenüber dem Vater in Kontakt und kann diese Gefühle spüren und auf der Leibebene zulassen – ungewöhnlich für seine sonstige depressive Gedämpftheit. Er erhält dabei leibtherapeutische Unterstützung für den Gefühlsausdruck und Trost für seinen Schmerz. *Trostarbeit*, in der IT zur notwendigen Ergänzung der *Trauerarbeit* entwickelt (1988n, S. 126ff., 2004b, 2012f), wird für F. besonders wichtig, aber auch die Ermutigung, eine selbstbehauptende Mimik und Haltung einzunehmen, die durch *movement produced information* (MPI) die zerebrale Physiologie verändert (2003a, S. 642ff., 1080f; Freitas-Magalhães 2010). Mit veränderter Mimik und Haltung sowie Atemstütze durch Übungen aus dem Budo (Petzold/Bloem/Moget 2004) schaut F. nochmals auf die Szenen. Diese »erlebe Beherztheit« (*experienced assertiveness*) greift – einen leiblichen *Habitus*⁶³ aufbauend – tiefer als die üblichen und durchaus nützlichen behavioralen Selbstbehauptungstrainings (Ullrich/de Muynck 2002; Williams 2012). F. soll diese Erfahrung in seine Außenrealität übertragen. Die stimmungsverändernde MPI-Arbeit ist typisch für die IT (2002j, 2003a; Petzold/Sieper 2012a) und wird auch als Übungsaufgabe für den Alltag mitgegeben (Neugierde-, Freundlichkeits-, Selbstsicherheitsmimik-Aufsetzen, auch wenn es emotional noch nicht gespürt wird!). Der freundliche, wohlwollende Zuspruch in der Therapie, aber auch von Partnerin und Freund kann aufgenommen und *interiorisiert* werden (2012e). Hausaufgabe ist es, gute Sätze aufzunehmen, aufzuschreiben und sich selbst gegenüber auszusprechen, z.B. »F., Du bist liebenswert!« zur Förderung von Interiorisierungsprozessen (2014ge). Die Symptomatik bessert sich (IDS 29). Nach sechs Monaten bei insgesamt 16 zurückgelegten Kilometern in drei bis vier Nordic-Walking-Terminen pro Woche und verbesserter Stimmungslage wird die Medikation ausgeschlichen. Dabei kommt es zu einer Krise, auch in der Partnerschaft, die therapeutisch nur mühsam aufgefangen werden kann. Die Therapie wird intermittierend ohne Medikation, aber mit der Option, diese wieder aufzunehmen, weitergeführt. F. kann sich derzeit noch nicht vorstellen, wieder Arbeit zu finden oder einer Arbeit nachgehen zu können, ist aber bereit, in eine Selbsthilfegruppe für Arbeitslose zu gehen (Hartz/Petzold 2010, 2013).

Prognostisch ist der Verlauf bislang günstig, dank der engagierten Mitarbeit der Partnerin, der IT-Kombination von Behandlungsmodalitäten und der Maßnahmen des »Bündels« (Wandergruppe etc.), durch das sich inzwischen auch das soziale Netzwerk erweitert hat, was meist einen positiven Effekt hat (1979c). Dennoch ist mit erneuten Einbrüchen zu rechnen und es muss noch eine längere therapeutische Begleitung ins Auge gefasst werden. Darüber besteht bei allen Beteiligten Konsens.

⁶³ Sensu Bourdieu 2011; vgl. Kraus/Gebauer (2002).

Zusammenfassung: Integrative Therapie als methodenübergreifende Humantherapie (Teil I Theorie, Teil II Praxis)

Die Beiträge stellen den aktuellen Stand der Integrativen Therapie als Integrative Humantherapie in Theorie und Praxis dar und ihre Beziehung zur den verschiedenen Orientierungen in der Psychotherapie z. B. der Humanistischen Psychotherapie, mit der sie Schnittflächen hat wie auch zum systemischen Paradigma.

Schlüsselworte: Integrative Therapie, Humantherapie, Humanistische Psychologie, Neues Integrationsparadigma, Methodenintegration

Summary: Integrative Therapy a Transmethodological Humane Therapy (Part I Theory, Part II Practice)

These chapters are expounding the actual state of the art of Integrative Therapy as an Integrative Humane Therapy in Theory and Practice and its relation towards other orientations in psychotherapy, e.g. Humanistic Psychotherapy, where it has links but also with the systemic paradigm.

Keywords: Integrative Therapy, Humane Therapy, Humanistic Psychology, New Integration Paradigma, Method-Integration

Literatur

- Anglin, R.E.; Samaan, Z.; Walter, S.D. & McDonald, S.D. (2013): Vitamin D deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 202, 100–7.
- Anochin, P.K. (1967): Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. Jena (Fischer VEB).
- Bachtin, M.M. (2008): Chronotopos. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Bernstein, N. A. (1967): The co-ordination and regulation of movements. Oxford (Pergamon Press).
- Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz (Konstanzer Universitätsverlag).
- Bourdieu, Pierre (2011): Zur Genese der Begriffe Habitus und Feld. In: Ders.: Der Tote packt den Lebenden. Hamburg (VSA 59-78).
- Breil, J. (2010): Hausaufgaben in der Psychotherapie. Lengerich (Pabst).
- Call, J., Tomasello, M. (2008): Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Science* 12, 187–192.
- Derrida, J. (1986): Positionen. Graz (Böhlau).
- Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt/M. (Suhrkamp Verlag).
- Egger, J. (2012): Menschenbildannahmen in der verhaltenstheoretischen Psychotherapie. In: Petzold (2012f), S. 447–408.
- Ferenczi, S. (1919/1972): Hysterische Materialisationsphänomene. In: Ferenczi, S. (1972): Schriften zur Psychoanalyse II (Hg.: M. Balint). Frankfurt (Fischer), S. 11–24.
- Foucault, M. (1991): Die Ordnung des Diskurses. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Foucault, M. (2007): Ästhetik der Existenz. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Freitas-Magalhães, A. (2010): Emotional Expression: The Brain and the Face. Bd. I (2009), Bd. II (2010). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Gallagher, S. (2005): How the body shapes the mind. New York (Oxford Univ. Press).
- Geuter, U. (2008): Ein Universalgelehrter der Psychologie. Das Portait: Hilarion Petzold. *Psychologie Heute* 2008(2), 36–41.
- Gibson, J.J. (1977): The Theory of Affordances. In: Shaw, R. & Bransford, J. (Hg.): Perceiving, Acting, and Knowing: Toward an Ecological Psychology. Hillsdale, NJ (Lawrence Erlbaum), S. 67–82.
- Grant, B.F. (1995): Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults. *Journal of Substance Abuse* 4, 481–87.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen (Hogrefe).
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).
- Gunderson, J. (2011): Borderline Personality Disorder. *The New England Journal of Medicine* 2011 (364), 2037–2042.
- Gunderson, J. G.; Weinberg, I. & Choi-Kain, L. (2013): Borderline Personality Disorder, *FOCUS* 2013 (11), 129–145.
- Habermas, J. (2004): Wege aus der Weltunordnung. *Blätter für deutsche und internationale Politik* 2004(1), 27–45.

- Habermas, J. (2005): Zwischen Naturalismus und Religion. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Hadot, P. (1999): Wege zur Weisheit oder Was lehrt uns die antike Philosophie? Frankfurt/M. (Eichborn Verlag).
- Hartz, P. & Petzold, H.G. (2013): Wege aus der Arbeitslosigkeit. Minipreneure – Chancen für Menschen, die ihr Leben neu gestalten wollen. Wiesbaden (Springer VS).
- Hassler, F. (2012): Neuromythologie. Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung. Bielefeld (transcript).
- Heinl, H. (1990): Störungen in der Arbeitswelt als Ursache psychosomatischer Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane. *Gestalt und Integration* 1, 53–57.
- Heinl, H. (1997): Ein Integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome des Bewegungssystems. *Integrative Therapie* 3, 316–330.
- Hirschfeld, R.M.A. (2001): The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 6, 244–254.
- Höhmman-Kost, A. & Siegele, F. (2004): Integrative Persönlichkeitstheorie. *POLYLOGE* 11/2004. URL: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Hoehmann-Siegele-Persoenlichkeitstheorie-Polyloge-11-2004.pdf> (Stand: 28.02.2014).
- Janich P. (2000): Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung. München (Beck).
- Janich, P. (2006): Was ist Information? Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Jantzen, W. (2008): Kulturhistorische Psychologie heute – Methodologische Erkundungen zu L.S. Vygotskij. Berlin (Lehmanns Media).
- Jüster, M. (2007): Integrative Soziotherapie. In: Sieper, J.; Orth, I.; Schuch, W. (Hg.) (2007), S. 491–528.
- Kessler, R.C.; Nelson, C. & McGonagle, K.A. (1996): Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 168 (suppl 30), 7–30.
- Krais, B. & Gebauer, G. (2002): Habitus. Bielefeld (transcript).
- Lamacz-Koetz, I. (2009): Neurobiologische Konzepte und ihre Bedeutung für die Integrative Therapie *POLYLOGE* 06/2009. URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2009-lamacz-koetz-i-neurobiologische-konzepte-und-ihre-bedeutung-fuer-die-int-therapie.html> (Stand 28.02.2014).
- Leitner, A. (2009): Von der COMPLIANCE zur ADHERENCE, von INFORMED CONSENT zu respektvollem INFORMED DECISION MAKING. *Integrative Therapie* 35(1), 71–87.
- Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien (Springer).
- Leitner, A. (2011): »Wo viel Licht ist, dort ist auch Schatten«. Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch Psychotherapie, Supervision und Beratung. *Schwerpunktheft Integrative Therapie* (1–2). Wien (Krammer). Leitner, A.; Liegl, G.; Märtens, M. & Gerlich, K. (2009): Endbericht Effektivität der Integrativen Therapie. Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie. Donau-Universität. Krems. In: Leitner (2010), S. 257–295.
- Leitner, A.; Märtens, M.; Höfner, C.; Koschier, A.; Gerlich, K.; Hinterwallner, H.; Liegl, G.; Hintenberger, G. & Schigl, B. (2012): Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie 2007–2012. URL: <http://www.donau-uni.ac.at/de/departement/psymed/forschung/psychotherapiesupervision/projekt/id/12096/index.php> (Stand: 28.2.2014).
- Leitner, A. & Sieper, J. (2008): Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik – Das bio-psycho-soziale Modell des integrativen Ansatzes. *Integrative Therapie* (3), 199–242.
- Levinas, E. (1983): Die Spur des Anderen. Freiburg (Alber).
- Linehan, M.M. (1995): Understanding Borderline Personality Disorder: The Dialectic Approach program manual. New York (Guilford Press).
- Luhmann, N. (1968): Zweckbegriff und Systemrationalität. Über die Funktion von Zwecken in sozialen Systemen. Tübingen (Mohr).
- Lurija, A.R. (1992): Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie. Reinbek (Rowohlt).
- Lurija, A. (2007): Die Stellung der Psychologie unter den Sozial- und den Biowissenschaften. *Integrative Therapie* (4), 389–398.
- Märtens, M.; Petzold, H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz (Grünewald).
- McCullough, J.P. Jr. (2006): Treating Chronic Depression With Disciplined Personal Involvement: CBASP. New York (Springer).
- Merleau-Ponty, M. (1942): La structure du comportement. Paris (Gallimard). [Dt. (1976): Struktur des Verhaltens. Berlin (de Gruyter)]
- Merleau-Ponty, M. (1945): Phénoménologie de la perception. Paris (Gallimard). [Dt. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin (de Gruyter)]
- Miyaki, K.; Song, Y.; Taneichi, S.; Tsutsumi, A.; Hashimoto, H.; Kawakami, N.; Takahashi, M.; Shimazu, A.; Inoue, A.; Kurioka, S. & Shimbo, T. (2013): Socioeconomic status is significantly associated with the dietary intakes of folate and depression scales in Japanese workers (J-HOPE Study). *Nutrients* 2, 565–78
- Moreno, J.L. (1934): Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations, Washington (Nervous and Mental Disease Publ. Co.); erw. Ausg. (1953): Beacon (Beacon House).
- Moreno, J.L. (1946): Psychodrama, Bd. I. Beacon (Beacon House).
- Müller, I.; Czogalik, D. & Heinl, H. (2003): Auszug aus der Evaluationsstudie über die therapeutische Arbeit von Hildegund Heinl. In: Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Wien (Kramer), S. 477–598.
- Nussbaum, M.C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Oeltze, H.-J. (1997): Intermediale Arbeit. In: Müller, L. & Petzold, H.G. (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. *Integrative Modelle und Methoden*. Stuttgart (Gustav Fischer). S. 113-136.
- Orth, I. (1993): Integration als persönliche Lebensaufgabe. Vortrag, 3. Deutscher Kongreß für Gestalttherapie und Integrative Therapie 25.–28.02.1993. München. In: Petzold, H.G. & Sieper, J. (1993a). S. 371-384.

- Orth, I. (1994a): Das Unbewußte in der therapeutischen Arbeit mit künstlerischen Methoden und kreativen Medien – Überlegungen aus der Sicht Integrativer Kunsttherapie. *Integrative Therapie* (4), 312–339.
- Orth, I. (1994b): Der »domestizierte Körper«. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. *Gestalt (Schweiz)* 21, 22–36 und *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1/1994, 4–19. URL: file:///C:/Users/HP/Downloads/orth_domestiziert.pdf (Stand: 28.5.2014).
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse »konvivaler« Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie* (4), 303–324.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. München (Reinhardt).
- Osten, P. (2011): Integrative Psychotherapeutische Diagnostik. *POLYLOGE* Ausgabe 14/2011. URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2011-osten-peter-integrative-psychotherapeutische-diagnostik.html> (Stand: 28.2.2014).
- Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Wiesbaden (Springer VS).
- Perls, F.S. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Paderborn (Junfermann).
- Permoda-Osip, A.; Dorszewska, J.; Skibinska, M.; Chlopocka-Wozniak, M. & Rybakowski, J.K. (2013): Hyperhomocysteinemia in bipolar depression: clinical and biochemical correlates. *Neuropsychobiology* (4), 93–6.
- Petzold, H.G. (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn (Junfermann).
- Petzold, H.G. (1984a): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde. Paderborn (Junfermann).
- Petzold, H.G. (2001a): Integrative Therapie – Das »biopsychosoziale« Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein »lifespan developmental approach«. Paderborn (Junfermann).
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a, 1992a, 1993a. Paderborn (Junfermann).
- Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien (Krammer).
- Petzold, H.G. (2014): Gesamtbibliographie 1958–2013. *Polyloge* 1/2014. URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2014-petzold-h-g-2014-wissenschaftliche-gesamtbibliographie-1958-2014.html> (Stand: 28.2.2014).
- Petzold, H.G.; Beek, Y. v. & Hoek, A.-M. v.d. (1994a): Grundlagen und Grundmuster »intimer Kommunikation und Interaktion« – »Intuitive Parenting« und »Sensitive Caregiving« von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold, H.G. (Hg.) (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2: . Paderborn (Junfermann), S. 491–646.
- Petzold, H.G.; Moser, S. & Orth, I. (2012): Euthyme Therapie – Heilkunst und Gesundheitsförderung in asklepiadischer Tradition: ein integrativer und behavioraler Behandlungsansatz »multipler Stimulierung« und »Lebensstilveränderung« in: *Psychologische Medizin*, Heft 3, 18–36 und 4, 42–59 und in: *Textarchiv* 2012. URL <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-moser-orth-2012-euthyme-therapie-heilkunst-asklepiadische-tradition-integrativ-behavioral.pdf> (Stand: 28.2.2014).
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn (Junfermann).
- Petzold, H.G. & Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung. *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* (8), 392–447.
- Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld (Aisthesis).
- Petzold, H.G.; Orth, I. & Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben – Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien (Krammer).
- Petzold, H.G.; Orth, I. & Sieper, J. (2014a): »Mythen, Macht und Psychotherapie«. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld (Aisthesis, im Druck).
- Petzold, H.G.; Orth, I. & Sieper, J. (2014b): Die »Dritte Welle«. Neue Wege der Psychotherapie. Integrative Therapie, Humantherapie, Multimodale Praxis. Wiesbaden (Springer VS, im Druck).
- Petzold, H.G.; Sieper, J. & Orth, I. (2012): Literaturressourcen der Integrativen Therapie – Zentrale Themen und Konzepte in den Originaltexten ihrer Begründer. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE*: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 22/2012. URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/22-2012-petzold-sieper-orth-literaturressourcen-der-integrativen-therapie-originaltexte.html> (Stand: 28.2.2014).
- Premack, D.G. & Woodruff, G. (1978): Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences* 4, 515–526.
- Prinz, W. (2013): Selbst im Spiegel. Berlin (Suhrkamp).
- Reil, J.Ch. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung, Halle (Curtsche Buchhandlung).
- Ricœur, P. (1990): *Soi-même comme un autre*. Paris (Seuil). [Dt. (1996): Das Selbst als ein Anderer. München, Freiburg (Wilhelm Fink)]
- Ricœur, P. (2000): *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris (Seuil). [Dt. (2004): Gedächtnis, Geschichte, Vergessen. München (Fink)]
- Ricœur, P. & Changeux, P. (1998): *Ce qui nous fait penser*. La nature et la règle. Paris (Odile Jacob).
- Rolf, J.; Masten, A.S.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K.H. & Weintraub, S. (1990): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge (Cambridge University Press).
- Rutter, M. (2002): Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development* (1), 1–21.
- Salahshour, K.; Petzold, H.G. & Orth-Petzold, S. (2013): Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik. Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung. *Integrative*

- Therapie (3–4), 309-407. und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html> (Stand: 28.02.2014).
- Schramm, E.; Schweiger, U.; Hohagen, F.; Berger, M. & McCullough, J.P. Jr. (2006): Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. CBASP. München (Elsevier).
- Schay, P. & Liefke, I. (2009): Sucht und Trauma: Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden (Springer VS).
- Segal, Z.V.; Williams, J.M. & Teasdale, J. (2008): Die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen (DGVT-Verlag).
- Sieper, J. (1971): Kreativitätstraining in der Erwachsenenbildung. Volkshochschule im Westen (2), 220–221.
- Sieper, J. (2005): Zum Andenken an Hildegund Heintl + 27.12.2005, Polyloge 13/2005. URL: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/sieper-zum-andenken-an-hildegund-heintl-27-12-2005-13-2005.pdf>. (Stand: 28.5.2014)
- Sieper, J. (2005a): Stichwort: Orth, Ilse. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P. & Nemeskeri, N. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien (Springer) S. 352-355.
- Sieper, J. (2005b): Stichwort: Petzold, Hilarion Gottfried. In: Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P. & Nemeskeri, N. et al. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien (Springer). S. 488 - 491
- Sieper, J. (2006): »Transversale Integration«: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie – Einladung zu korrespondierendem Diskurs. Integrative Therapie (3/4), 393–467 und erg. in Sieper, Orth, Schuch (2007), S. 393–467. POLYLOGE 14/2010. URL: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html> (Stand: 20.05.2014)
- Sieper, J. (2007b): Integrative Therapie als »Life Span Developmental Therapy« und »klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit« mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen. Gestalt & Integration, Teil I 60, 14–21, Teil II 61 (2008), 11–21. Update 2011, in: www.fpi-publikation.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 URL: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html> (Stand: 28.05.2014)
- Sieper, J.; Orth, I. & Schuch, H.W. (Hg.) (2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG – Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld (Edition Sirius, Aisthesis Verlag).
- Steffan, A. (2002): Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin (Logos).
- Steffan, A. & Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. (Charta-Colloquium IV). Integrative Therapie (1), 63–104 und in: Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien (Krammer Verlag), S. 447–491.
- Stumm, G., Pritz, A., Gumhalter, P. & Nemeskeri, N. (2005): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien (Springer).
- Sublette, M.E.; Ellis, S.P.; Geant, A.L. & Mann, J.J. (2011): Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. Journal of Clinical Psychiatry (12), 1577–1584.
- Turner, R. (2009): We never use the same brain twice. Vortrag Physikalisch-Technische Bundesanstalt Institut Berlin, 10.02.2009. URL: <http://www.ptb.de/de/aktuelles/archiv/vortraege/2009/abstracts/koll090210.html> (Stand: 28.02.2014).
- Ullrich, R. & de Muynck, R. (2002): ATP: Anleitung für den Therapeuten. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. 2. Aufl. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Waibel, M. & Jakob-Krieger, C. (Hg.) (2009): Integrative Bewegungstherapie. Stuttgart (Schattauer).
- Williams, C. (2012): Overcoming Depression and Low Mood. A Five Areas Approach. 3. Aufl. London (Routledge, Chapman & Hall).
- Yasnitsky, A. (2011): Vygotsky Circle as a Personal Network of Scholars: Restoring Connections Between People and Ideas. Integrative Psychology & Behavioral Sciences 45, 422–457.
- Yasnitsky, A.; van der Veer, R. & Ferrari, M. (2014): The Cambridge Handbook of Cultural-Historical Psychology. Cambridge (Cambridge Univ. Press).
- Zanarini, M. C. (2009): Psychotherapy of borderline personality disorder. Acta Psychiatr Scand. 5, 373–377.
- Zanarini, M. C. (2012): Diagnostic Specificity and Long-Term Prospective Course of Borderline Personality Disorder. Psychiatric Annals 2, 53-58.
- Zundel, R. (1993): Ein Gang durch viele Landschaften: Hilarion Petzold – sein Schlüsselwort für die moderne Therapie heißt Integration. In: Petzold, H.G. & Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation. Band 1. Paderborn (Junfermann), S. 407–419, aus: Zundel, R. (1987): „Die Zeit“ 17.04.1987 <http://www.zeit.de/1987/17/ein-gang-durch-viele-landschaften> (Stand: 28.05.2014)