

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.fpi-publikationen.de/polyloge

POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Ausgabe 03/2003

INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN

Hilarion G. Petzold, Düsseldorf, Amsterdam*, Zorica Josić, Belgrad**, Jutta Erhardt, Jülich***

*Aus dem Zentrum für IBT, Postgradualer Studiengang Supervision, Faculty for Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam; dem Studienschwerpunkt Psychotraumatologie, Zentrum für psychosoziale Medizin (Leitung Dr. A. Leitner), Donau-Universität, Krems und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen. - Der Beitrag erscheint auch in Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W., Integrative Suchttherapie, Bd. I, Opladen: Leske + Budrich.

**Aus der „Zentrum für Traumatherapie“ der „Association for Integrative Therapy, Trauma Therapy and Psychosocial Intervention“, Belgrade.

*** Aus dem Zentrum für IBT, Postgradualer Studiengang Supervision, Faculty for Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

1. Das Verfahren

Die „**Integrative Therapie**“, 1965 von *H. Petzold* begründet, zählt zu den ersten Ansätzen im Rahmen des „*neuen Integrationsparadigmas*“ der klinischen Psychologie und Psychotherapie (*Petzold* 1974j, 2002a; *Norcross, Goldfried* 1992). Ihre Quellen sind die „aktive Psychoanalyse“ *Ferenczis*, die „Gestalttherapie“ von *Perls*, das „Psychodrama“ *Morenos*, der seit den dreißiger Jahren Familien und Netzwerke behandelte (*Hass, Petzold* 1999), systemische und behaviorale Ansätze (*Sieper* 2001). Sie ist *Pierre Janets* Integrationsgedanken verpflichtet und verbindet mit *Serge Moscovici* (1990) und *Michael Rutter* (1994; *Robins, Rutter* 1990) moderne Sozialpsychologie und *life span developmental psychology* (*Petzold* 2002a). Integrative Therapie hat seit ihren Anfängen Familien, Netzwerke, Konvois in ihren „Lebenslagen“ behandelt (idem 1973f, 1979k, 1995e, 2000h) – nicht zuletzt in der Arbeit mit Suchtkranken (idem 1971e), Traumapatienten und Migranten (*Hass, Petzold* 1999, *Petzold, Wolf et al.* 2000) – und ein *biopsychosoziales* Modell vertreten (idem 2001a). Die FamilientherapeutInnen *Virginia Satir* und *Martin Kirschenbaum* gaben seit 1975 ihre ersten Weiterbildungskurse in Europa am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie“ und regten damit die Weiterentwicklung unserer Arbeit mit „**Integrativer Familientherapie**“ (idem 1973f und zusammenfassend 1995b) an, die Ressourcenarbeit (idem 1997p), kreative Medien (z.B. Skulpturen schon idem 1969b), nonverbale Kommunikation und Netzwerkaspekte akzentuiert (idem 1979c, 1993i), denn Familien stehen selbst in Netzwerkbezügen (Nachbarschaft, Arbeitskollegen, Schule etc.), was viel zu wenig gesehen wird.

Einige Grundkonzepte: Die INTEGRATIVE THERAPIE (IT) ist das Basisverfahren für die Methode der INTEGRATIVEN FAMILIENTHERAPIE (IFT). Sie ist dem herakliteschen prozessualen „*panta rhei*“ („alles fließt“) verpflichtet und sieht therapeutische Arbeit als eine *gemeinsame* phänomenologisch-hermeneutische Suchbewegung, einen gemeinschaftlichen Prozeß neurowissenschaftlich fundierten, „komplexen Lernens“ (*Sieper, Petzold* 2002) von TherapeutInnen und ihren PartnerInnen, den PatientInnen, den Familien in dialogischen, ja *polylogischen* Prozessen, da das *familiale* und *amicale Netzwerk*, das „Weggeleit“, der „Konvoi“ (*Kahn, Antonucci* 1980, *Petzold* 1995a), der signifikanten Anderen (*G.H. Mead*) stets real oder virtuell präsent ist: Es sind immer mehrere Sprecher und Zuhörer anwesend, wie *Mikhail Bakhtin* (1981) deutlich macht (*Petzold* 2002c), die miteinander in „**Ko-respondenz**“ stehen. Sie bestimmen in Konsens-Dissensprozessen Ziele und Verlauf einer Behandlung aus einer Position der „**Mehrperspektivität**“ – womit zwei „Kernkonzepte“ der IT genannt sind (idem 2002b). Die mehrperspektivische Betrachtungsweise beschreibt die Fähigkeit des „sensorischen Systems“, vielfältige Wirklichkeit aus unterschiedlichsten Blickwinkeln *wahrzunehmen*, des „mnestischen Systems“ sie aufgrund einer Vielfalt aktivierter Erfahrungen zu *erfassen*, und des „kognitiven Systems“ sie mit ihren Zusammenhängen zu *verstehen*, vorhandene Komplexität zu *erklären* – so der neurokognitive und hermeneutische Prozeß –, um Problemsituationen dann kooperativ zu *strukturieren* und in Performanzen, Prozessen „komplexen Lernens und Handelns“ (*Sieper* 2001) aktiv zu *verändern*. Die Reflexion dieses gesamten Prozesses mit seinen neurobiologischen Voraussetzungen als Metareflexion wird als „Metahermeneutik“ bezeichnet.

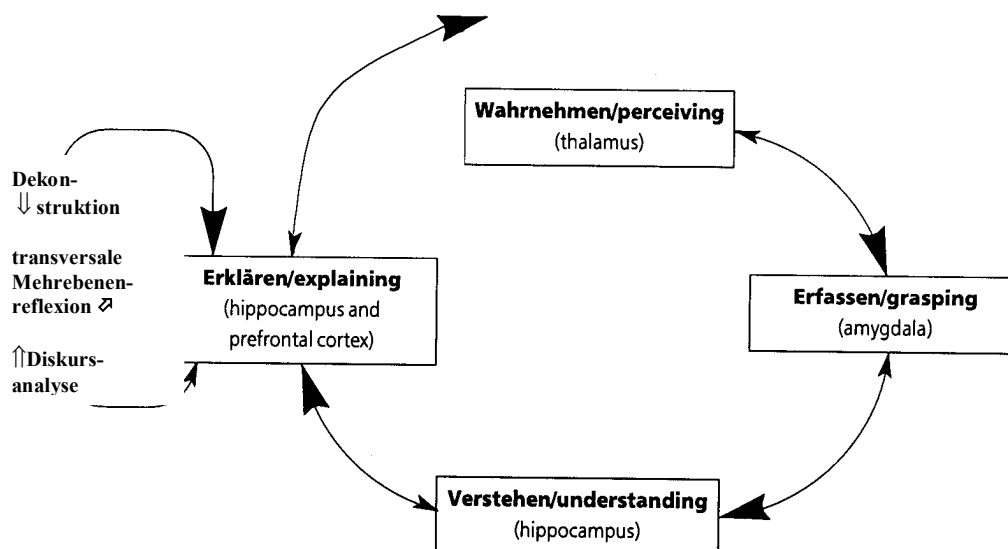


Abb. 1: Die hermeneutische Spirale „Wahrnehmen ↔ Erfassen ↔ Verstehen ↔ Erklären“ und ihre Überschreitung des Erklärens durch ↑ Diskursanalyse (*Foucault*), ↓ Dekonstruktion (*Derrida*), □ transversale Mehrebenenreflexion (*Petzold*) zu einer **Metahermeneutik** (aus Petzold 2002a).

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

Damit werden folgende strategische Vorgehensweisen möglich:

1. Steigerung der *Konnektivierung von Informationen* durch Förderung von Wahrnehmens-Erfassens-Verstehens-Erklärungsprozessen auf intra- und interpersonaler Ebene, was das „*Emergenzpotential von Systemen*“ (*Petzold* 1998a, 41f, 240, 336f), ihre Fähigkeit, neue Lösungen zu generieren (*Krohn, Küppers* 1992), fördert.
2. Förderung von *Mehrebenenreflexionen* (*Petzold* 1998a, 157) als Beobachtung zweiter ggf. dritter Ordnung (*Luhmann* 1991, 1992) und – dieses Modell überschreitend – als „Reflexion der Reflexion“, was Exzentrizität und Fähigkeit zur Metakommunikation, Metareflexion und Metalernen fördert.
3. Förderung von *Synchronisierungsleistungen* (*Petzold* 2002j; *Stamenov, Gallese* 2002) als der Koordination gemeinsamer Kognitionen, Emotionen und besonders auch Volitionen zu stimmigen und funktionsfähigen „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Petzold* 2000h).

Die Frage, wie Humansysteme lernen, muß in diesem Zusammenhang in der Therapie mit Familien und Netzwerken gestellt werden, und die Antwort wird sein, daß fungierendes/implizites und intentionales/explicites Lernen stattfindet (*Sieper, Petzold* 2002) durch multiple, nicht-lineare Konnektivierungen (*Ukhtomsky, Bernstein, Kelso*), die „Emergenzen“ (*Krohn, Küppers* 1992) hervorbringen. Das „Emergenzpotential“ (*Petzold* 1998a, 41f, 312f) von Systemen (personalen oder gruppalen) wird gesteigert, wenn man die Dichte der störungsarmen wechselseitigen Interaktion und Kommunikationen fördern kann, damit es zur *Emergenz* von neuen bzw. besseren Lösungen kommt. Dazu ist ein „Wille zum wechselseitigen Verstehen“ erforderlich. Manifestieren sich Störungen, bietet sich der systemische Weg der „Beobachtung zweiter Ordnung“ an, an welcher die Patienten unbedingt zu beteiligen sind (mit dem operativen Denken sensu *Piaget* auch für Kinder durchaus möglich). Das Beobachten des Verhaltens des Systems erschließt auch Wege, den eigenen Willen zu steuern (amplifizierend oder begrenzend), und auf diese Weise auch „kollektiven Willen“ zu koordinieren, was im Mehrpersonensetting unbedingt erforderlich ist. Die intersystemischen *Synchronisationsmöglichkeiten*, für die die Menschen durch Imitationslernen, soziale Empathie, Fungieren von „Spiegelneuronen“ (*Stamenov, Gallese* 2002) ausgerüstet sind, bilden für ein solches systemisch-theapeutisches Vorgehen gute Möglichkeiten.

In der handlungstheoretischen, *performanzzentrierten* (idem 2002 g) Umsetzung von Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen durch Anwendung der aufgezeigten Strategien kann sich ein Patient/eine Patientin oder eine Familie oder ein Netzwerk „selbst zum Projekt machen“ (*Petzold* 2000h; *Beck* 1996) und beginnen, ihr Leben, ihre soziale Situation zu verändern.

Aus den möglichen vielschichtigen Betrachtungsweisen von Wirklichkeit erwächst die Notwendigkeit, sich gemeinsam über sie zu verständigen, über sie zu korrespondieren, zu ko-respondieren in polylogischen Prozessen wechselseitigen Antwortens. Wir sprechen hier vom „Ko-respondenzmodell“. Ihm liegt ein *Koexistenzaxiom* zu Grunde: Mensch ist man immer nur als Mitmensch. Die *Würde* des Anderen – auch „patient dignity“ (idem 2002a) - liegt in dieser mitmenschlichen Verbundenheit und zugleich Andersheit, ja Fremdheit begründet. Das Intersubjektivitätskonzept der Integrativen Therapie zentriert mit *Levinas - Bubersche Dialogik* überschreitend - auf der „Andersheit des Anderen“ in seinem jeweiligen *Kontext* und *Kontinuum*. Dieses Prinzip gilt es Familien, Netzwerksegmenten, Konvois zu vermitteln, damit sie lernen, sich als „*Matrix von Identität füreinander*“ zu begreifen (*Müller, Petzold* 1999). In dieser konstituiert der Mensch mit seinen relevanten Anderen durch Selbst- und Fremdattributionen, d. h. erlebte, aufgenommene Informationen und deren kognitive und emotionale Bewertung, eine *vielfältige Identität* als „verkörperte“: *informed body*.

Identität ist immer eine „leibhaftige“, in „Fleisch und Blut übergegangen“ soziale Realität. Das ist in psychoneuroimmunologischer Konkretheit zu sehen. Im Ansatz der Integrativen Therapie und Integrativen Familientherapie werden aktuelle Forschungsergebnisse aus Biologie, Medizin, Psychologie und Psychotherapie berücksichtigt und in die ständige Weiterentwicklung der Konzeptionen eingebunden. Ihre Wirkungen

werden fortlaufend beforcht – auch auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen immer unter Einbeziehung der Angehörigen und auch unter Abschätzung von Risiken für das *familiale System*, für das individuumszentrierte Psychotherapie oft fatale Auswirkungen hat (Petzold 1994h; Petzold et al. 2000, 2001; Märrens, Petzold 2002), weil der „Patient Familie“ (H.-E. Richter) aus dem Blick geraten ist. Die Netzwerkstabilität und das Ressourcenmanagement des Netzwerks ist für Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der einzelnen Netzwerkmitglieder und des Gesamtnetzwerks von zentraler Bedeutung, denn mit Belastungen – etwa Traumatisierungen - ist in der Regel ein Ressourcenverlust „on multiple ecological levels such as family, organization, and community“ (Hobfoll, Dunahoo, Monnier 1995) verbunden ist, was zu intensiven Bemühungen mit ressourcentheoretisch fundierten Sozialinterventionen zur Verbesserung der Lebenslage (Petzold 2002h) führen muß.

INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE (IFT) entwickelte sich gleichsam zwangsläufig aufgrund der Tatsache, daß wir seit den ausgehenden 60er Jahren in unserer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, aber auch mit alten Menschen und Hochbetagten stets mit Familienmitgliedern, Angehörigen, Freunden, Nachbarn arbeiten mußten. Wir haben seit dieser Zeit stets mit ganzen Familien und Netzwerken bzw. Netzwerksegmenten gearbeitet. Auch in der IFT gilt der Grundsatz der „Integrativen Therapie“ multitheoretisch zu argumentieren, verschiedenen Folien theoriegeleitet zu konnektivieren, um eine eklektische Polypragmasie zu vermeiden.

Die Familie wurde in der IFT im Unterschied zu den meisten Ansätzen der Familientherapie von Anfang an in eine netzwerktheoretische Betrachtung gestellt und in eine dezidiert entwicklungspsychologische Perspektive, orientiert am *life span developmental approach* (Rutter 1994; Petzold 1981f). Netzwerke entwickeln sich, „wandern in der Zeit“, bilden einen „Konvoi“ (Kahn, Antonucci 1980; Hass, Petzold 1999). Das Fehlen einer „developmental perspective“ in der herkömmlichen Familientherapie wiegt schwer. In der IFT wird auf einer auf der Grundlage einer differentiellen neurowissenschaftlich gegründeten Gedächtnistheorie mit einem Ansatz „szenischer Aufzeichnung“ gearbeitet. Es geht um *Atmosphären, Szenen, Narrative* und *Scripts*, um *Erzählungen, Dramen* (Schank, Abelson 1977; Moreno 1946; Petzold 2001b) in Familien und damit um eine inszenierende, dramatische Qualität der Arbeit. Das Aufstellen und Dramatisieren von *Familienkulpturen* und *Familien szenen* (in der Moreno-Tradition seit den dreißiger Jahren Usus) findet sich in der IT (Petzold 1969b) seit Ende der sechziger Jahre und viele (M. Bosch, B. Hellinger u. a.) haben diese Techniken beim Seniorautor dieses Textes Anfang der siebziger Jahre in seinen Ausbildungsgruppen gelernt. Moreno (1937, 1940, et al. 1963) und seine Frau (Z. Moreno 1951, 1972) waren Pioniere der Familientherapie (vgl. Compernelle 1982), die auf familiäre Spontaneität setzten (Moreno et al. 1963). Im Unterschied zu den späteren wertekonservativen Entwicklungen von Hellinger (1995) zu rigiden strukturhypothetischen Deutungsschablonen oder Maria Boschs (Bosch 1989) humanistisch-psychologische Wachstumsideen in der *Satir*-Tradition blieb der Integrative Ansatz einerseits strikt phänomenologisch-hermeneutisch ausgerichtet: gemeinsame Phänomenbeobachtung, gemeinsame Interpretationsarbeit bilden die Grundlage des therapeutischen Vorgehens etwa in „Erzählgruppen“ (*narrative therapy*; McLeod 1997), „Familienkonferenzen“, „Skulpturierung“, psychodramatisches Rollenspiel, Arbeit mit kreativen Medien – andererseits zentriert der Ansatz auf eine systematische Referenz zu empirischen Forschungsergebnissen in Entwicklungs-, Sozial- und Familienpsychologie, Psychotherapie- und Netzwerkforschung und auf kritische Beziehung „systemischer“ Perspektiven aus dem „dynamic systems approach“ (Thelen, Kelso, Haken, Petzold 1974j in Rekurs auf den frühen Luhmann) – kritisch, weil das systemische Sprachspiel zuweilen erheblicher Ideologiebelastung unterliegt (vgl. Ebert 2001). Wenn wie bei unserem Ansatz von einem systemorientierten, sozialphänomenologisch-hermeneutischen Ansatz Integrativer Familientherapie und --beratung (IFT) sprechen, beziehen wir uns im Rekurs auf die Systemperspektive und die Systemmetaphern auf den „sozioökologischen, dynamischen Systemansatz“ im Sinne der ökologischen Systemtheorien (Ebert 2001; Gibson 1979; Kelso 1995; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold 1998a; Thelen, Smith 1994) als referentiellem Rahmen. Folgende Positionen seien herausgehoben:

1. Integrative Familientherapie, Familienberatung und Elternarbeit (IFT) ist einer sozialwissenschaftlichen Phänomenologie und ernüchterter Tiefenhermeneutik verpflichtet.
2. Sie sieht Familien eingebettet in übergeordnete soziale Netzwerke, die in den diagnostischen und interventiven Rahmen einbezogen werden müssen.
3. Sie ist sozioökologischen Perspektiven verpflichtet, nimmt den konkreten Lebensraum der Familie, ihre mikro-, meso- und makroökologische Situation in Blick und versucht, in diese hineinzuwirken.
4. Sie bezieht sozialisationstheoretische Perspektiven ein, insbesondere geschlechtsspezifische Rollen- und Verhaltensmuster und Wertorientierungen.
5. Aufmerksamkeit wird der Frage der Macht (Gehorsam, Kontrolle, Gewalt, Aggression in der Familie und ihrer Handhabung) geschenkt.

6. IFT ist dezidiert entwicklungspsychologisch ausgerichtet und berücksichtigt die kognitive, emotionale und kommunikative Entwicklungsebene jedes Familienmitgliedes - eine Perspektive, die die systemischen Schulen der Familientherapie weitgehend ausgeblendet haben.
7. Sie berücksichtigt dezidiert die "kollektiven Kognitionen" innerhalb der Familie und ihres sozialen Netzwerkes, weil bei Familienkonflikten häufig "spezifische social worlds hinter den einzelnen Familienmitgliedern gesehen werden müssen (z. B. der 79jährigen Großmutter und ihrer 21jährigen Enkelin und ihrer verschiedenen sozialen Bezugssysteme und Wertewelten).
8. Sie arbeitet nicht nur auf der Ebene der offenen familiären Interaktionen, sondern auch auf der Ebene der bewußten und unbewußten, in jedem Familienmitglied differenziell repräsentierten (d.h. verinnerlichten) Familie mit ihrer jeweils spezifisch gesehenen Familiengeschichte und der in dieser vorhandenen positiven und negativen Ereignisketten.
9. Es wird damit eine "Entwicklungspsychologie der Familie" als Perspektive eingeführt und es werden ihre "Convoy"-Qualitäten und Ressourcenlage betrachtet.
10. Es wird eine Mehrgenerationen-Familienperspektive betont, die dem Prinzip der "social inheritance" verpflichtet ist, also Sozialisationstraditionen untersucht, "believe systems" betrachtet, wobei sie sich aber von obskurantistischen Deutungsschemata abgrenzt (eine Überbetonung familiärer Mythen und familiärer Skripts, die kontextenthalten eine monokausale Ursache/Wirkungsmechanik in Gang setzen, vgl. *Petzold, Orth* 1999).
11. In der Mehrgenerationen-Familienarbeit werden die Bedürfnisse und Probleme jeder Generationsebene im Sinne der wechselseitigen Einflüsse der einen auf die andere Generation aufgenommen und bearbeitet, so daß z.B. die von Kindern und Enkeln verursachten Verletzungen für die Großeltern genauso Platz haben wie Positiv- und Negativeinflüsse von den Großelternenerationen zu den Enkeln hin.
12. Es wird mit protektiven und kritischen Lebensereignissen und Ereignisketten für die Familie und ihre Mitglieder gearbeitet.
13. Es wird auf die sozioökologischen Bedingungen familiärer Interaktion (social affordances, effectivities) Wert gelegt.
14. Es wird die Netzwerkorientierung und -einbettung untersucht und ggf. gefördert.
15. Es wird mit Familienklimata und Familienatmosphären gearbeitet.
16. Es wird nach zentralen Themen und Konflikten in der Familie Ausschau gehalten, und auf den Umgang mit diesen geachtet.
17. Es wird Übertragungskonstellationen in der Familie Aufmerksamkeit geschenkt, um mit ihren Mustern von Nähe und Distanz, Bindung, Lösung, Trennung umzugehen.
18. Es wird der Psychodynamik in der Familie und in der Familientherapie Aufmerksamkeit geschenkt, z.B. Übertragungskonstellationen (Was geschieht mit Eltern, die in einer familientherapeutischen Sitzung in Gegenwart ihrer Kinder eine Elternübertragung auf das Paar der Familientherapeuten entwickeln, in der Wahrnehmung und in den Augen ihrer Kinder? Welche Position [Großeltern?] erhalten hier die Familientherapeuten, und wie ist mit derartig komplexen Konfigurationen umzugehen?)
19. Welche bewußten und unbewußten Phantasien entstehen, welche spezifischen Abwehrmechanismen? - Perspektiven, denen die systemischen Ansätze zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt haben.
20. Es wird lösungs-, ressourcen-, potential- und konfliktorientiert gearbeitet. Der Ressourcenvorrat, die Konfliktkonstellationen werden berücksichtigt.
21. Es wird den Problemlösungs- und den Copingstrategien der Familie als Gesamtsystem Aufmerksamkeit geschenkt, seiner Tragfähigkeit und ihrer Belastung bzw. Erosion, ihrem Ressourcenmanagement.
22. Es werden die Wege, zu "shared meaning" zu finden, untersucht und damit die soziale Kompetenz und Performanz der Familie als Gesamtsystem betrachtet und entwickelt.
23. Es wird das „Familienkonzept“ der Familie und ihrer einzelnen Mitglieder – z. B. welche Vorstellungen haben sie von „guter Familie“? - in den Blick genommen und bearbeitet.
24. Es werden die Erziehungsideologien der Familie und ihr Herkommen untersucht.
25. Es werden die Lebensphilosophien, religiösen Orientierungen und Werte der Familie in die Arbeit einbezogen.
26. Es wird die „Erzählkultur“, „Spielkultur“ und die „Freizeitkultur“ der Familie betrachtet und entwickelt.
27. Es wird der emotionalen und kommunikativen Kultur zentrale Beachtung geschenkt.
28. Es wird der Umgang mit „Leiblichkeit“ und „Zwischenleiblichkeit“ zu einem Kernthema der therapeutischen Arbeit (einschließlich der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten -bewegungsaktiver/bewegungspassiver Lebensstil).
29. Es wird der Umgang mit Streß- und untersucht. (Was sind die Strategien des Umgangs mit „Streßereignissen? Wie sind die Möglichkeiten der Entspannung, der körperlichen Beruhigung?).
30. Es wird den Fragen des Zusammenhalts, der Loyalität, der Freiräume und der familiären Liebe eine zentrale Stelle gegeben.

Diese vielfältigen Perspektiven kommen je nach Erfordernis der therapeutischen Aufgaben und der Situation der Familie mehr oder weniger intensiv in der Familienarbeit zum Tragen. Auf jeden Fall sind sie als relevante Perspektiven der Diagnostik und Intervention von Therapeuten und Beratern in der Integrativen Familienarbeit zu betrachten. Einige der Perspektiven werden in den Prozeßbeispielen dieses Ansatzes deutlich werden.

In diesem Text sollen praxeologische Perspektiven aus der *Arbeit mit Familien* mit traumabetroffenen Mitgliedern aufgezeigt werden, die eine Suchtproblematik haben, denn IT kann in den *Formen* dyadischer Behandlung, der Gruppen-, Familien-, Netzwerks- und Wohngemeinschaftstherapie eingesetzt werden und hat hierfür spezifische Methodiken erarbeitet (*Petzold, Vormann* 1980).

2. Zur Praxis integrativer Netzwerk/Familienarbeit in der Suchttherapie mit Traumabetroffenen

Die Integrative Familien- und Netzwerktherapie verfügt über eine elaborierte Praxeologie – eine Theorie der Praxis (Bourdieu 1980; Petzold 2000h)- mit einem reichen methodischen Instrumentarium für die praktische Behandlung, das sie zum einen vielfältigen Quellen verdankt, zum anderen höchst produktiven Entwicklungen eigener Kokreativität (Petzold, Sieper 1993), Praxeologie unterscheidet sich von pragmatischer Behandlungsmethodik und -technik dadurch, daß sie von praxisrelevanten theoretischen „Leitprinzipien“ bestimmt ist, die das konkrete Tun, die Verwendung von Behandlungsansätze fundieren. Einige seien kurz angesprochen.

2.1 Alterzentrizität und Mutualität – kulturalistische und psychobiologische Perspektiven für die Praxeologie

Ausgehend von kontexttheoretischen und kulturalistischen Positionen, wie sie L. S. Vygotsky und M. M. Bakhtin, J. M. Baldwin und G. H. Mead -- in all ihrer Verschiedenheit -- vertreten haben, affirmieren wir die Einbettung der individuellen Entwicklung in kollektive evolutionäre Prozesse. Der Integrative Ansatz betont eine Dialektik von individuellen und kollektiven Lernprozessen (Sieper, Petzold 2002), was verlangt, daß individualisierende Betrachtungsweisen immer wieder überschritten werden müssen und klar ist: „**Ein Selbst wird am Anderen** -- oder es wird nicht!“ Anderer und Selbst -- ontogenetisch in dieser Reihung -- konstituieren in ihrer Verschränkung Persönlichkeit als „Selbst-mit-Anderen“, also keine monadistische sondern eine *alterzentrische* (Bråten 2002), intersubjektivistische, *polylogische* Persönlichkeitskonzeption (Petzold 2001p) ist angesagt, die die Mutualität, die Wechselseitigkeit der Lebensprozesse betont, eine Dialektik von „Unizität“ und „Plurizität“: „Ich bin Ich selbst und ich bin vielfältig!“ (ibid.). Multiperspektivische, integrative Konzeptualisierungen der Persönlichkeitstheorie gehen heute diesen Weg (idem 1992a, Stevens 1996), auf dem der Andere für „jeden Einen“, einen jeden bzw. einen jeglichen ins Zentrum der Prozesse rückt, die zu einer „eigenen“ Persönlichkeit führen sollen. Es kommt eine „strukturelle Mutualität“ in den Blick -- sie greift breiter als der Term in der Verwendung von Ferenczi (1934/ 1968) zur Kennzeichnung der Wechselseitigkeit in der therapeutischen Beziehung --, in der eine „Alterzentrizität“ gegenüber der traditionellen monadistischen, egologischen (Freud) Betrachtung, aber letztlich auch der „personzentrierten“ von Perls und Rogers am „Ich und Du-Paradigma“ von Buber ausgerichteten Sicht, betont werden muß, um letztlich zu einer ausgewogenen „Mutualität“, einer Wechselseitigkeit der Einflüsse, zu gelangen, die das Konzept eines „hegemonialen Ich“ gegenüber der „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1983, Petzold 1996k) und das eines konsistenten, „geschlossene Selbst“ gegenüber einem „pluralen Selbst“ (Rowan, Cooper 1999; Petzold 1992a, 2001p) relativieren. Eine solche Sicht wird neuerdings auch durch neurowissenschaftliche fMRI Untersuchungen gestützt (Vogeley et al. 2001; Vogeley, Newen 2002), die ein übergreifendes Modell nahelegen in der Kontroverse zwischen der „Stimulierungstheorie“ (Subjekte schließen von sich auf Andere) und „Theorie-Theorie“, wo eine „theory of mind“ Schlüsse auf die Position des Anderen, ein „mind reading“, erlauben (vgl. Carruthers 1996; Gopnik, Wellman 1992; Perner, Howes 1992). Die Untersuchung von Erwachsenen Subjekten mit Hilfe von fMRI Aufzeichnungen zeigt „eine signifikante Interaktion“ zwischen beiden Faktoren (Vogeley, Newen 2002, 146). Das „Mirror Neuron-System“ (MN), das ermöglicht, seine eigenen „mental states“ zu benutzen, um die inneren Lagen Anderer zu erschließen (Resonanzphänomene, Empathie, mind reading), spielt bei diesen Prozessen eine zentrale Rolle (Gallese, Goldman 1998; Stamenov, Gallese 2002). Es wird unter einer „phylogenetic developmental perspective“ sein Entstehen der „Umwelt-Organismus-Dialektik“ (Li, Hombert 2002; Falk 1991) verdanken: Die Umwelt bietet Anforderungen, der Organismus reagiert adaptiv und kreativ auf diese, so daß sich Aufforderungscharakter und Handlungsmöglichkeiten, verschränken -- Gibson (1979) hat dies bekanntlich in sein Konzept der „affordances“ gefaßt (vgl. zu Problemen der „Gibsonian perspective“ und der „MN perspective“ Bråten 2002, 282). In dieser Dialektik entwickeln sich die Hirnfunktionen, die Überlebenschancen optimieren.

Auch in der Ontogenese entwickeln sich differenzierte Wahrnehmung von Eigenem („Innerem“) und Anderem („Äußerem“) im dialektischen Wechselspiel von „Alter-mit-Ego“, wie die Arbeiten meines seinerzeitigen Kollegen in Amsterdam, Hanuš Papoušek (1991), und vieler anderer im transaktionalen bzw. interaktionalen Paradigma arbeitenden Säuglingsforscher nachgewiesen haben (Bråten 1998, 2002; Papoušek, Papoušek 1981, 1991, 1992; Trevarthen 1998; Petzold et al. 1994). In der Tat kann angenommen werden, daß ein zentraler Weg jeder Entwicklung „from shared actions to shared minds“ (Meltzoff 1993, 1999), eine Erkenntnis, die auch für die Therapie Konsequenzen haben muß (vgl. für die Kindertherapie Petzold 1995a,b). Für sozialinterventive Praxeologien stützen diese Ergebnisse eine Ausrichtung auf das „interaktio-

nale Paradigma Ko-respondenz“ (idem 1978c), in dem die *Alterzentrierung* und *Mutualität* die Grundlage bilden.

Mit *Lev Semënovič Vygotsky* (1992) sehen wir alle *intramentalen* Phänomene rückgebunden an *intermentale*: „Die Geschichte der kulturellen Entwicklung führt uns zur Geschichte der Persönlichkeitsentwicklung“ (ibid. 77). Persönlichkeit kann sich durch Lernen in „Zonen optimaler Proximität“ entwickeln, in denen Kultur als die Realität der Anderen vermittelt wird in einer Weise, daß sie ein „nicht wegzudenkender Teil“ der Persönlichkeit wird (ibid. 210). *Vygotsky* bezeichnet persönliche „Verhaltensentwicklung im Gegensatz zur natürlichen oder biologischen als *kulturel*“ (ibid. 211), aber **Kultur** gründet in **Natur** und die Biologie ist der Boden des Sozialen, obgleich die kategorialen Unterschiede stets im Blick bleiben müssen (*Plotkin* 1997; *Sperber* 1996).

Bakhtin(1981) zeigt, daß Entwicklungen immer in einer prinzipiell vielfältigen „Kultur als Präsenz der Anderen“ verwurzelt sind, Kultur, die in einer polyphonen Dialogik zwischen Menschen Ausdruck findet. Sinn kann nur in dieser entstehen, in unendlichen „Sinnverkettungen“ (idem 1979,355), in denen sich durch die Teilhabe an verbal-sinnhaften Kontexten“ wieder und wieder „Sinnpotentiale erschließen“ (ibid. 354).

Mit diesen konzeptuellen Referenzrahmen als Grundlage, betonen wir, daß soziales (gruppales, familiales) Sinnerleben in Gesprächen oder „Erzählungen als Handlungen“ vor dem Hintergrund kollektiver mentaler Repräsentationen (*Moscovici* 1990, 2001; *Petzold* 2003a) „zwischen“ Menschen, Mitgliedern von sozialen Gruppen, Freundeskreisen, Nachbarschaften, zwischen Familienmitgliedern geschieht, weil in diesem „zwischen“ und nur dort **Sinn** als „erlebter und vollzogener Sinn“ geschaffen wird. Diese Erkenntnis wird Grundlage aller sozialinterventiven *Praxeologie* als einer grundsätzlich auf „sinnstiftende“ Praxis zielende.

In Wechselseitigkeit, in Mutualität vollzogener und erlebter, erlebter und vollzogener **Sinn** -- „in dieser iterativen Dialektik geschöpfter Sinn, wird verstanden als ein Gewebe (*Kontextualität*) kollektiver Kognitionen, Emotionen, Volitionen und Aktionen von Menschen, die einen gemeinsamen, memorierbaren Grund (*Retrospektivität*), eine miteinander zu gestaltende Gegenwart (*Aspektivität*) und eine antizipierbare, zusammen zu erstrebende Zukunft (*Prospektivität*) teilen und teilen wollen“(*Petzold* 2001k). In solchem Wechselspiel werden „die Anderen ... Adressaten, und wir erwarten ihre Repliken, durch die wir wiederum Adressaten werden, wechselseitig Angesprochene und Ansprechende: **Mutalität**, die niemanden ausgrenzen will, *alterzentrisch* ausgerichtet ist und wo die Interagierenden, Ko-respondierenden sich mit *klarem, scharfen Bewußtsein* (gr. *akme*), mit einer umfassenden, vernetzten ‘*consciousness*‘ (idem 1991a) gewärtig sind: **Wir alle sind Menschen!**“ Das stiftet **Sinn**.

In Familien, sozialen Gruppen wird „sozialer Sinn“ geschaffen, kollektiver Sinn weitergegeben und, auf den spezifischen, vorfindlichen Kontext zugepaßt, werden auch Beiträge zum übergeordneten Millieu bzw. Horizont kollektiven Sinnes geleistet. „Hier existiere ‚ich‘ für den Anderen und mit Hilfe des Anderen. Die Geschichte der konkreten Selbsterkenntnis ist ohne die Rolle, die darin der Andere spielt, ohne daß man sich im Anderen widerspiegelt, undenkbar“ (*Bakhtin* 1979, 351). Die *Alterzentrizität*, die Zentrierung der Selbstwerdung im Anderen, der eigenen Biographie und Identität in der anderen Biographie und Identität -- dieses Denken einer „strukturellen Mutualität“, wie es in der „anthropologischen Formel“ der Integrativen Therapie „**Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**“ (*Petzold* 2002b) zum Ausdruck kommt, wird damit zur Leitlinie der integrativen Praxeologie. Modell für diese ist einerseits die in gesunden, als soziale Mikrowelten funktionierenden Familien als narrative Praxis stattfindende gemeinschaftliche familiäre „Biographiearbeit“ (idem 2001b), zwischen miteinander verbundenen Anderen und andererseits das in Szenen gelungener Kooperation „vollzogenes Alltagsleben“. Das mutuelle Miteinander der *Einen mit den Anderen* -- beides Ausdruck der Familienkultur und des familialen Zukunftsraumes -- wird zur „Matrix der Identität“ für jedes Familienmitglied (idem 2001p), in der ein jeder seine *Identitätsarbeit* zusammen mit seinen „signifikanten Anderen“ (*Mead*) leisten kann. Diese kulturalistische und identitätstheoretische Sicht, die Entwicklungspsychologie und Sozialpsychologie (*Moscovici* 1990; *Petzold* 1992a) auf dem Hintergrund eines evolutionstheoretischen Diskurses verbindet (idem 2003e) ist ein Spezifikum der Integrativen Familien- und Netzwerktherapie und ihrer Praxis. Aus diesen Überlegungen suchen TherapeutInnen dieses Ansatzes immer wieder den konkreten Lebensraum der Menschen, die private Sphäre, das „Privathaus“, das „Haus der persönlichen Bezüge“ -- so *Moreno* (1924/1970, 74) --, das Elendsviertel, das Lager usw. auf, um den Kontext der KlientInnen und ihre Lebenslage konkret zu erfahren und diese auch mitzugestalten in einer „Wanderung der Empfindungs-, Gefühls- und Gedankenreihen durch eine persönliche Welt“ (ibid. 75): mikrosoziökologische Interventionen (*Petzold* 1995a,b; *Rauh* 1982, 1996).

Zur „kulturalistischen“ Argumentation tritt immer die „psychobiologische“ hinzu, denn Kultur hat -- das sei nochmals unterstrichen -- auch eine biologische Seite und auf jeden Fall einen solchen Untergrund. Sie hat sich aus dem Boden der Biologie entwickelt.

2. 2 Praxeologie als koordinierte, ko-respondierende Interaktion

Was bedeutet das für die sozialinterventive Praxeologie? Im „sozialisatorischen Kontext“ spielen koordinierte Aktion, Synchronisierungen von Handlungen und die imitative Übernahmen von Haltungen und Verhalten von Anderen als vielfältige, wechselseitige Spiegelung und Widerspiegelung durch die Anderen eine zentrale Rolle. Und hier liegt eine weitere Spezifität der IFT, der mit ihrem neuro- und psychomotorischen Hintergrund zu tun hat (Petzold 1988n): Von Babyzeiten an interagieren Menschen in koordinierter Mimik, Gestik, Bewegung Grundlage auch emotionaler und kognitiver Koordination, in einer Verschränkung von „**Kompetenz und Performanz**“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, vgl. jetzt auch Weigand 2002 „competence-in-performance“). Störungen dieser koordinativen Fähigkeiten wiegen schwer (Leemrijse 2000). Integrative familientherapeutische Arbeit zentriert deshalb in ihrer Praxis auf koordinative, synchronisierende, imitative Funktionen und Aktionen im praktischen Vollzug und in imaginaler Praxis (Boschker 2001). TherapeutInnen müssen diese Funktionen fördern und insbesondere durch ihre eigene „kommunikative Kompetenz und Performanz“ ermöglichen. Eine effektive interaktionale **Performanz** etwa im Umgang mit Konflikten, in der Konfliktmoderation (Petzold 2003a), das Fördern von kommunikativen Reaktionen (*response facilitation*, Byrne 1995, 2003), das Anbieten von Affiliationsmöglichkeiten durch das Herstellen einer „gastlichen Atmosphäre“ unter Nutzung der entsprechenden nonverbalen „*affordances*“, das alles gehört zu den Kompetenzen, über die ein integrativer Familientherapeut und Netzwerker verfügen muß, denn er weiß: Alles Lernen findet in sozialen, polylogischen Konstellationen statt, und besonders gut, wenn diese seine „*response facilitation*“, ein automatisches Aufnehmen von Impulsen ermöglicht, so daß es zu „fungierenden Resonanzen“ kommt, die gleichsam „wie von selbst“ geschehen. Im integrativen Ansatz haben diese *Resonanzphänomene* große Bedeutung. Deshalb arbeiten wir gerne mit Interaktionsmöglichkeiten in „natural environments“, in Handlungen „vor Ort“, wo wir sehen und gesehen werden, handeln und kooperieren, denn „human observers typically imitate movements made by other individuals, having an understanding what the other individual is doing“ (Rizzolatti et al. 2002, 53). Die von Rizzolatti und seine Forschergruppe entdeckten „Spiegelneurone“ (idem 1996; di Pellegrino et al. 1992) bieten eine neurowissenschaftliche Grundlage für unsere mehr als dreißig Jahre in der Praxis mit Familien und Gruppen erprobte Strategie der „**direkten Kommunikation**“ (Petzold 1973f) als Mimik und Gestik einbeziehende Face-to-Face-Interaktion, der Ko-respondenz als „*joint competence and performance*“ in Therapie, Agogik, Selbsthilfe, die in allen Situationen des „*exchange learning*“, „*exchange helping*“ (Petzold, Schobert 1991) zum Tragen kommen: in „commotiblen Inter-Aktionen“, im „ko-respondierenden Aushandeln von Grenzen“, im „synchronisierten Handeln“, im „co-emoting“ (Petzold 1974j, 1978c, 1992a). „Wahrnehmen-und-Handeln-in-Kontext/Kontinuum“ sind unlösbar miteinander verschränkt. Diese Grunderkenntnis moderner, neurobiologisch fundierter Humanwissenschaften muß in den sozialinterventiven Praxeologien Niederschlag finden (idem 1998a; idem et al. 1994) -- so auch in der Familientherapie. Die *basale Imitationsfähigkeit*, wie sie die berühmten Untersuchungen von Meltzoff und Moore (1977, 1994, 1997) für Säuglinge seit den ersten Lebensstagen nachgewiesen haben, wird durch neuronale Aktivitäten, wie die der Spiegelneurone ermöglicht (Jacobini et al. 1999; Wohlschläger, Bekkering 2002). Sie bilden die Grundlage von „*joint action*“, zielgerichtetem, gemeinsamen Handeln, was -- evolutionsbiologisch betrachtet -- auch die Grundlage von höheren mentalen Funktionen wie differenzierter Empathie, Sprache, gemeinsamem Planen und prospektivem Handeln, ja jeder elaborierten Kulturleistung ist (Balter 1999; Clark 1997; Deacon 1997; Rizzolatti, Arbib 1998), die damit auch Selektionsvorteile bietet.

Die große, neue Erkenntnis, die die Neurowissenschaften uns heute bereitstellen, ist das Ausmaß der Gründung von höheren mentalen Funktionen in der Leiblichkeit: sie sind „*embodied*“ und zugleich in der sozioökologischen Situation: sie sind „*embeded*“ (Petzold 2002j; Nuñez, Freeman 2000). Diese Erkenntnisse sind in den Arbeiten wichtiger Referenztheoretiker des Integrativen Ansatzes, Vygotsky und Luria aber auch Merleau-Ponty vorweggenommen. Die evolutionsbiologischen und paläoanthropologischen Befunde (Berger 2000; Gibson, Ingold 1993; Li, Hombert 2002; Li 2003; Johanson, Edgar 1996) für die Entwicklungen der frühen Hominiden zum neuzzeitlichen Menschen aus koordinierten sozialen Interaktionen (motorischen, emotionalen, kognitiven) einerseits und die Ergebnisse der psychobiologischen Entwicklungsforschung (Bråten 1998, 2002; Meltzoff, Moore 1997; 1998; Papoušek 1994; Vihman 1996, 2002) andererseits, zeigen die *alterzentrische* und *mutualistische* Ausrichtung jeden Entwicklungsgeschehens, seine intersubjektive Grundlage (Trevarthen 1998), seine Verwurzeltheit im Dialogischen (Weigand 1991, 2002) oder besser **Polylogischen** (Petzold 2002c), denn es sind ja immer Gruppen, in denen Entwicklungen als Ko-Evolutionen stattfinden. „*Jede Dyade ist gelebte Mutualität! Keine Dyade aber steht jenseits eines „Wir“!*“

Diese kurz umrissenen Konzeptualisierungen kennzeichnen die Praxeologie der IFT und unterscheiden sie von anderen familientherapeutischen Richtungen. Sie geben ihr in der wünschenswerten vorhandenen Vielfalt der Ansätze (Schneider 1983) eine eigene Position. Ihre Ausrichtung am „kulturalistischen“ Paradigma

einerseits und dem „biopsychologischen“ Paradigma andererseits hat sicher mit der Orientierung des Seniorautors an der russischen Psychologie und Psychophysiologie (*Vygotsky, Lurija, Bernstein, Ukhtomsky*) in seinen Studientagen zu tun (*Sieper, Petzold 2002*), mit seinem Lehrgebiet der interventionsorientierten „life span developmental psycho- and neuromotorics“ und mit seiner Praxis der Arbeit in komplexen Kontexten mit Menschen, die sich in prekären, z.T. desaströsen Lebenslagen befinden (*idem 2000h*). Sie erfordern komplexe Praxeologien: für die Arbeit mit der Mehrgenerationenfamilie (*Petzold 1979k, 347ff*), bis zur Arbeit mit Teilfamilien, z.B. Alleinerziehenden, mit „*Fatum-Familien*“, die von schweren Schicksalsschlägen heimgesucht worden sind (*Petzold, von Schlippe 1990*). Außerdem führt die Arbeit vor Ort vom diagnostisch-therapeutischen Hausbesuch (*Rauh 1982, 1994*), bis zur Intervention im Kontext der Wohnung (*Petzold 1995b*) oder in Netzwerkkonferenz mit Kollegen am Arbeitsplatz bis zur Arbeit mit Nachbarschaften in der Stadteilarbeit (*Petzold, Zander 1985*) zu einer breiteren kontextualistischen, d.h. „netzwerkorientierten“ und „sozioökologischen“ Perspektive. Für jedes Setting in diesem breiten Spektrum müssen jeweils spezifische Techniken herangezogen, „entliehen“, zugepaßt oder neu entwickelt werden (*Hass, Petzold 1999*) und dafür sind die umrissenen konzeptuellen Leitlinien wesentlich.

Der Seniorautor sammelte seine familientherapeutischen Erfahrungen bei *Walter Kempler, Virginia Satir, Zerka Moreno, Adaline Starr*, konnte also aus dem Repertoire der *Satir*-Tradition schöpfen (*Satir 1973, 1975*), der psychodramatischen Familientherapie (*Starr 1977, Petzold 1979k*), aus der Gestaltfamilientherapie der *Kempler*-Orientierung (*Kempler 1976, Petzold 1976g*). Rollenspiele, strukturierte Übungen, Imaginationstechniken, Aufstellungen (*Petzold 1969b*), Interaktionsskulpturen (*Heinl 1986*), gespielte und gemalte Genogramme (*Heinl 1988*), Familienpanoramen werden im „**Paradigma der Mutualität**“ der Integrativen Praxeologie eingesetzt, das den Anderen -- „alterzentriert“ -- immer im Blick hat, den Prozeß zwischen dem Anderen und den Anderen und mir. Es wurden unter dieser Perspektive eine Fülle von Methoden in unserem Institut entwickelt und verfeinert und Arbeiten zur „vergleichen Familientherapie“ unternommen, um schulenübergreifende Perspektiven zu gewinnen (*Schneider 1983*).

Ein origineller Beitrag des Integrativen Ansatzes ist die mikroanalytische Arbeit mit Nonverbalität (*idem 1995b*) und mit Skulpturen, und Puppen, „kreativen Medien“ (*Petzold, Kirchmann 1990, 950f; idem 1987a, 1969b*). Sie hat besonders in der Arbeit mit Familien mit Kindern unmittelbare Zugänge eröffnet, die Familie in veränderungswirksame Aktivitäten zu involvieren, die „**Familienkultur**“ (*ibid.*) ihre Interaktions-, Konflikt- bzw. Streit- und ihre Spielkultur zu beeinflussen (*Frühmann 1991*). Immer werden, wo dies sinnvoll und angezeigt erscheint, Kleingruppenkonstellationen angestrebt, wo wechselseitige Unterstützung und Beratung möglich wird und auch etwaige dyadische Interaktionen einen Rückhalt finden. Vor diesem Hintergrund sollen nun Erfahrung aus der Integrativen Familien- und Netzwerktherapie mit traumabelasteten und suchtkranken Menschen berichtet werden.

3. Familien- und Netzwerkarbeit in der Suchttherapie mit Traumabetroffenen

Aus dem Bereich der Integrativen Therapie wurde seit Ende der sechziger Jahre Pionierarbeit in der Suchttherapie geleistet und schon damals wurde gesehen, daß traumatische Erfahrungen eine wichtige Einflußgröße beim Entstehen von Suchterkrankungen darstellt (*Petzold 1971c, 1974b; Petzold, Hentschel 1993; Petzold, Thomas 1994; Petzold, Scheiblich, Thomas 2000; Petzold, Schay, Ebert 2002*). Suchterkrankungen werden als komplexe *biopsychosoziale* Störungen angesehen, die ein *Netzwerk* betreffen. In Populationen, die durch Krieg, Flucht und Vertreibung traumatische Belastungen hatten, finden sich vermehrt Suchtprobleme: Alkoholismus und Drogenkonsum haben hier offenbar die Funktion, gleichsam als „beruhigende Medikation“ zu helfen, mit PTBS-Symptomatik (*van der Kolk et al. 2000*) fertig zu werden oder die belastenden Erinnerungen zu betäuben. In unseren Populationen sind es überwiegend männliche Familienmitglieder, die gefährdet sind: die Männer durch Alkoholismus, die Jugendlichen durch illegale Drogen über das ganze Spektrum – je nach Marktlage. Solcher Suchtmißbrauch einzelner Familienmitglieder belastet die Familie und ihr relevantes soziales Netzwerk zusätzlich, kann aber auch dazu führen, daß auch weitere Familienmitglieder oder die Gesamtfamilie ein Alkohol- oder Drogenproblem entwickeln (vgl. Prozeßbeispiel III).

Prozeßbeispiel I:*

Während des Krieges in Bosnien flüchtete eine muslimische Familie aus Sarajewo (Vater 49, Mutter 41, 1. Sohn 17, 2. Sohn 16, Tochter 13) in die Niederlande zu dem dort schon 15 Jahre lebenden Bruder des Vaters (verheiratet, zwei Söhne 9 und 11 Jahre), der eine Imbißbude betreibt. Die Wohnverhältnisse der beiden Familien sind beengt – 9 Personen auf 4 Zimmern (76 m²). Die *Lebenslage* (Petzold 2000h) der Familie ist schwierig. Dennoch ist der familiäre Zusammenhalt und die Unterstützungsbereitschaft der Verwandten gut. Außer einer (illegalen) Putzstelle der Mutter hat niemand in der Flüchtlingsfamilie eine Arbeitsmöglichkeit. Der Vater ist durch Mißhandlungen und das Miterleben des Todes von engen Freunden in den ethnischen Konflikten schwer traumatisiert (PTSD mit Intrusionen, Schlafstörungen, Angstzuständen, Depressionen, DSM-IV 309.81/F43.1). Er erhält seit seiner Ankunft in Holland, d.h. seit sechs Monaten Therapie – 5 Monate nach der letzten Traumaerfahrung, mehr als 3 Jahre nach der ersten massiven Traumatisierung. „Early Intervention Treatment“ erfolgte nicht. Eine Chronifizierung lag vor. Die jetzige Behandlung in einem Ambulatorium, bringt keine nennenswerten Symptomverbesserungen. Aufenthaltsbewilligungen waren stets befristet und führten zu einer erheblichen Unsicherheit aller Beteiligten. Die Sprachprobleme schränken Kontaktmöglichkeiten ein. „Man sitzt zu Hause und geht sich auf die Nerven“ – so der erste Sohn, der gelegentlich in der Imbißbude seines Onkels hilft. Auch er hat Grausamkeiten mit ansehen müssen und hat – wie auch die übrigen Geschwister und die Mutter unter der Flucht sehr gelitten. Die gesamte Familie wirkt verstört. PTSD-Symptomatik ist aber bei keinem anderen Familienmitglied festzustellen. Der erste Sohn beginnt zu trinken und Cannabis zu rauchen, was zu erheblichen Auseinandersetzungen mit dem Onkel führt. Die Familie gerät durch den teilweise exzessiven Alkoholabusus des Sohnes in Probleme. Die Gastgeber fühlen sich erheblich belastet und es kommt zu einer Erosion der Tragfähigkeit auf Seiten der beiden Cousins und des Onkels, die keine positiven Imitationsmodelle bereitstellen können. Man lebt diskordiniert nebeneinander her. Auf Initiative des Onkels wird schließlich eine ärztliche Konsultation und ein Beratungstermin für Vater, Onkel und diesen Sohn im Behandlungsprogramm des Vaters anberaumt. Bei der Familie bestehen große Ausweisungängste. Am ersten Beratungstermin kommt es zunächst zu Vorwürfen und Schuldzuweisungen an den Sohn, der sehr „gebremst“ aggressiv reagiert. Er könne die beständigen Vorwürfe nicht mehr ertragen. Er trinke nur deswegen und wegen der Enge, der Zukunftslosigkeit. Durch die vermittelnden Interventionen der Therapeuten (von denen einer serbokroatisch versteht, ansonsten dolmetscht der Onkel) wird darauf hingewirkt, dass alle Beteiligten bei den verbalen Interaktionen auch in Blickkontakt treten. So werden Mimik und Gestik wieder wahrgenommen, wird Berührtheit möglich, die schon lange nicht mehr wirksam wurde. Den beiden Erwachsenen ist klar, daß der Jugendliche die ganzen Geschehnisse nicht verarbeitet hat. Eine vorgeschlagene *Familienkonferenz (Kooperations-Treffen)* mit der Gesamtfamilie wird mit nicht sehr überzeugenden Gründen abgelehnt (man will die Frauen „draußen lassen“, so unser Eindruck) und kommt nicht zustande, wohl aber ein weiteres Treffen, an dem die übrigen männliche Familienmitglieder, der zweite Bruder und die beiden Cousins teilnehmen. Dabei wird deutlich, daß auch das eigenartige Verhalten des Vaters als belastend erlebt wird. So klar wurde das noch nie ausgesprochen. Beide Familien hatten unter einem „Ehrenkodex“ vieles noch nie offen besprochen. Hier erfolgt erstmals eine *Metakommunikation* der Situation. Die Therapeuten setzen auf die noch vorhandene Bereitschaft zur Hilfeleistung. Sie *erklären* die Symptomatik, die Traumabelastung, die Aktualbelastung, was als hilfreich erlebt wird, für die Cousins durch die *Konnectivierung* der Information ein *Erfassen* der Problematik und wechselseitiges *Verstehen* und Verständnis ermöglicht. Es motiviert die Cousins zur gegenseitigen Unterstützung, zu einer *Koordination* bzw. *Synchronisierung* ihrer Willensbemühungen. Weitere Treffen werden vereinbart, bei denen u.a. ein Aktivitätenprogramm vorwiegend mit sportlicher Ausrichtung geplant wird. Alle männlichen Familienmitglieder - der Vater ausgenommen - beginnen an einem Laufftreff mit anderen Migranten (*van der Mei, Petzold, Boscher 1997*) und einer therapeutisch orientierten Budo-Sportgruppe (Karate Do) teilzunehmen (*Bloem, Mogenet 1999, 2000*) - ein hervorragendes Koordinations- und Synchronisierungstraining, das in der Integrativen Therapie seit ihren Anfängen eingesetzt wird (vgl. *Petzold 1974j; Bettinaglio 1993; Roth 1993*). Das schlägt gut an, kräftigt den sozialen Zusammenhalt, stärkt das Selbstwertgefühl aller Beteiligten und verbessert die physische Kondition. Dem Sohn wird nach Rücksprache mit dem Vater und dessen Traumatherapeuten vorgeschlagen, zusammen mit dem Vater an den traumatherapeutischen Einzelbehandlungen teilzunehmen, was in das zuvor stagnierende Behandlungsgeschehen Bewegung bringt und bei dem Sohn Verarbeitungsprozesse anregt. Es entsteht ein „narratives Klima“ in dieser Situation, in der sich Vater und Sohn die belastenden Ereignisse berichten, sie teilen können. Auch in den weitergeführten Familienkonferenzen können jetzt „Geschichten“ polylogisch ausgetauscht werden in Anwesenheit der Therapeuten, die immer wieder auf das Prinzip der *„direkten Kommunikation“* als „Face-to-Face - Interaktion“ (*Petzold 1973f*) hinweisen. Gemeinsam werden Pläne gemacht, die Kontakte mit anderen bosnischen Familien auszubauen, so daß die Familien durch ein größeres Netzwerk entlastet werden konnten und insbesondere die Frauen eine breitere kommunikative Basis erhielten. Auch hier konnten zwei *Netzwerkkonferenzen* (mit 19 Teilnehmern, ml. 11, wbl. 7) organisiert werden mit dem Ziel, die Situation der Flüchtlinge insgesamt zu thematisieren und Möglichkeiten des „Exchange Learning/Exchange Helping“ - ein Kernkonzept der Integrativen Netzwerktherapie und Selbsthilfearbeit (*Petzold, Schobert 1991*) - anzuregen. Das Resultat waren regelmäßige selbstorganisierte Treffen von Netzwerkteilnehmern. Die Familie und der inzwischen alkoholranke Sohn, dessen Suchtverhalten zwar eingebremst ist (der Cannabis Konsum wurde aufgegeben), aber bei dem der Alkoholkonsum dennoch weitergegangen ist, stimmen einem stationären Aufenthalt in einer Fachklinik zu. Dieser wird durch zwei Familienkonferenzen begleitet, an denen jetzt auch die Mütter der beiden Familien und zwei inzwischen gewonnene Freunde aus der Netzwerkkonferenz teilnehmen. „Erzählbarkeit“ steht im Mittelpunkt, weiterhin werden Themen der praktischen Lebensbewältigung und der Zukunftsplanung anhand des Identitätsmodells der Integrativen Therapie (mit den 5 Kernbereichen: 1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit/Leistung, 4. Materielle Sicherheit, 5. Werte, vgl. *Petzold 1982v; Petzold, Schay, Ebert 2002*) besprochen. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung ist erfolgreich. Die Familie kann mit soziotherapeutischer Unterstützung der Berater ihre Wohnsituation verändern und findet eine eigene Wohnung, was als sehr entlastend erlebt wird. Die familiäre, amicale und voisinale Netzwerkunterstützung hält an und hilft insbesondere den Cousins und den Frauen. Die PTSD-Symptomatik des Vaters ist ein wenig gebessert, hat zwar immer noch einen massiven Krankheitswert, wird von der Familie aber besser getragen. Die Rückkehr der Familie nach Sarajewo auf eigenen Entschluß (wesentlich aufgrund des Sprachproblems, aber auch aufgrund der Unsicherheit bezüglich eines Daueraufenthaltes) beendet die Therapie. Der Sohn ist – so erfahren wir nach Rückfrage bei seinem Onkel – trocken geblieben. Die Symptomatik des Vaters soll unverändert sein. Der übrigen Familie gehe es den Umständen entsprechend gut.

* Wegen des verdinglichenden Charakters des Begriffes „Fall“ und in Betonung des Faktums, daß die TherapeutInnen auch Teil des Therapieprozesses sind, verwenden wir den Begriff „Fallbericht“ nicht, sondern sprechen stattdessen von „Prozeßbericht“ oder „Prozeßbeispiel“.

Erzählarbeit als Identitätsarbeit im sozialen Netzwerk und soziotherapeutischer Support (Petzold 2001b, 1997c) unter Betonung des Prinzips der **Mutualität**, *Ressourcenmanagement* (idem 1997p, Hobfoll et al. 1995; 1989) sowie synchronisations- und koordinationsfördernde *leibtherapeutische*, d.h. sport- bzw. bewegungs- und entspannungstherapeutische Maßnahmen (idem 1988n, 1993i, 2000g, 2003e) bildeten die Schwerpunkte dieser Intervention.

In den familientherapeutischen Arbeit mit sozialen Netzwerken (Laireiter 1993; Petzold 1979c; Hass, Petzold 1999; Röhrle 1994) wird in familienbezogene (*familiale*), freundschaftliche (*amicale*), berufsbezogene (*kollegiale*), schulbezogene (*scolare*), nachbarschaftliche (*voisinale*) Netzwerke differenziert und wie folgt definiert:

„Ein **soziales Netzwerk** ist das für exzentrische Beobachter eines sozioökologischen Kontextes mit Mikro- oder MesofORMAT vorfindliche und umschreibbare **multizentrische Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen** (und ggf. Institutionen), die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen (Kontakte, Begegnungen, Beziehungen, Bindungen, Abhängigkeiten in Ko-vois) und in konkreten oder virtuellen Austauschverhältnissen (z.B. wechselseitige Identitätsattributionen, Hilfeleistungen, Teilen von Informationen, Interessen, Ressourcen, Supportsystemen). Dabei können sich durch das Vorhandensein konkordanter und diskordanter **sozialer mentaler Repräsentationen**, das sind kollektive Kognitionen, Emotionen, Volitionen (z.B. Wirklichkeitskonstruktionen, Interpretationsfolien, Werte, Normen, Entscheidungsroutinen) in dem vorfindlichen Netzwerk als konkreter Realität der Interagierenden unterschiedliche **soziale Welten** als mentale Realitäten konstituieren“ (Petzold 2002g, vgl. Hass, Petzold 1999).

Diese Definition ist die Grundlage für das hier verwandte Netzwerkkonzept.

Der äußere und akute Anlaß von Familien, professionelle HelferInnen aufzusuchen, sind „*Netzwerk-turbulenzen*“, z. B. traumatische Lebensereignisse oder eine vorhandene oder von Eltern/Angehörigen/Freunden angenommene Suchtproblematik des Kindes oder des Jugendlichen. In einer breitgreifenden diagnostisch-anamnestischen Exploration des Kontextes/Kontinuums – statusdiagnostisch (ICD, DSM), IT-Diagnostisch, netzwerkanalytisch/diagnostisch (Osten 2000, Petzold 2000h) - gilt es zunächst abzuklären, inwieweit einerseits ein traumatischer Hintergrund gegeben und andererseits eine Suchterkrankung, sei sie stoff- oder nicht stoffgebunden, anzunehmen ist oder in der Entwicklung begriffen ist, oder ob eventuell primär eine andere psychische Veränderung vorliegt (Doppeldiagnose, Komorbidität, z. B. BPS oder Psychose), wie die Netzwerksituation und die Lebenslage mit ihren **Problemen**, **Ressource**, **Potentialien (PRP)**, (Petzold 1997p, Hobfoll et al. 1995) ist - z. B. prekär, arm an social support, destruktiv, desaströs.

Das das sozialwissenschaftliche Konstrukt der *Lebenslage* versucht, „die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die *Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz* zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein“ (Bäcker, Naegle 1991, meine Hervorhebung).

Es muß unter Berücksichtigung all dieser Perspektiven festgestellt bzw. festgelegt werden, wo die Behandlungsfoki liegen müssen, denn die „Fokuswahl“ (idem 2002a, Bd. III) wird wesentlich. Damit verbunden ist, in Akten „*sozialer Empathie*“ und „*sozialen Sinnverstehens*“ (Metzmacher et al. 1996) mit der Familie die Bedeutung und den Stellenwert der Traumaerfahrung und der Suchterkrankung im konkreten familiären Zusammenhang *wahrzunehmen*, zu *erfassen* und zu *verstehen* (siehe oben die Systematik der integrativtherapeutischen Hermeneutik), um zu sehen, ob eine mittel- oder längerfristige Therapie, eine Beratung oder auch ein Coaching (Petzold 2002g) der Familie bzw. des Netzwerkes indiziert ist. Für ein Verständnis von Sucht als wesentlich auch „sozialer Erkrankung“ ist die mit allen Beteiligten durchgeführte „*Netzwerkanalyse*“ wichtig als „*eine Methode zur Untersuchung sozialer Gefüge, sozialer Sinn-, Handlungs- und Unterstützungssysteme und der in ihnen ablaufenden materiellen, interaktiven und kognitiven Prozesse*“ (Hass, Petzold 1999). Orientierungspunkte sind dabei u.a. Größe und Dichte des Netzwerkes, Erreichbar- und Verfügbarkeit von protektiven Personen, Intensität, Qualität, Häufigkeit, Nähe/Distanz der Beziehungen (idem 1979c) sowie der Grad und das Ausmaß der Traumatisierung in der Familie oder der Familie als Ganzes: waren nur einzelne Familienmitglieder in der Traumasituation oder alle Mitglieder? Hat ein Einzelner oder haben mehrere Mitglieder ein positiv diagnostiziertes PTSD? Welcher Art ist die PTSD-Symptomatik der Einzelnen und wie wirkt sie sich auf der Ebene der Familie aus? Das sind wesentliche diagnostische Fragestellungen.

Oft findet man die Situation, daß bei jugendlichen Abhängigen auch Wünsche nach Autonomie und Loslösung aus dem Elternhaus und zugleich die ökonomische Abhängigkeit von Eltern oder Strafverfolgung wegen irgendwelcher Delikte im Vordergrund des Problemerlebens stehen und noch vor dem Suchtgeschehen oder der Traumabelastung rangieren, obwohl eine PTSD-Symptomatik besteht. Berechtigtes und unberechtigtes Mißtrauen, problematische Identitätszuschreibungen und Attribuierungen („du bist dumm, unverschämt, kriminell“), wechselseitige Entwertungen, Maßregelungen bestimmen nicht selten die Kontakte und Beziehungen zueinander. Hier wird oft genug die Stärke der *Motivation* des Jugendlichen wie auch – durch

network intervention im familialen, amicalen (Freunde des Jugendlichen), voisinalen (die Nachbarn) sowie im weiteren sozialen Netzwerk (z.B. im scolaren Netz der Mitschüler, Lehrer) gefördert, denn die Motivationen im Netzwerk werden über Erfolg oder Mißerfolg einer Maßnahme wesentlich entscheiden. Netzwerkkinterventionen umfassen Information aller „bedeutsamen Anderen“ durch Freundestreffen, Familienkonferenzen (Hass, Petzold 1999), Aufbau von Stützstrukturen, „protektiven Ketten“ (Petzold et al. 1993), so daß ein „Konvoi der Hilfeleistung“ und ein „pool von Ressourcen“ (idem 1997p; Hobfoll et al. 1995; Petzold, Hentschel 1991) entsteht.

Weiterhin wird zu untersuchen sein, inwieweit das Suchtgeschehen in der Familie eine Strukturierungshilfe darstellt, und zwar einerseits für die Orientierung der Eltern auf den Jugendlichen und andererseits für den Jugendlichen selbst. Er erlebt vielleicht die „Selbstbestimmtheit“ seines Handelns und seiner Befindlichkeiten als „Selbstwirksamkeit“ (Flammer 1990)) und den Aufenthalt in der Drogenszene als Form der Autonomie, was eine verhängnisvolle Fehlattribution ist. Die Szeneaktivitäten können ihm auch als „Distraktor“ – er lenkt sich damit von traumatischen Erinnerungen – das Miterleben von Grausamkeiten, Bombardierungen oder Beschuß, überstürzte Flucht, Anblick von Toten oder Verletzten - ab. Es gilt also den Umgang mit solchen Erfahrungen zu betrachten, aber auch intrafamiliale Phänomene von Macht, Gehorsam und Kontrolle - unter Umständen auch die Ausübung von Gewalt in der Familie - in den Blick zu nehmen, um dysfunktionale „Familienatmosphären“ (Petzold 1995e) zu verändern und Muster einer „positiven Souveränität“ auf allen Seiten der Beteiligten zu fördern.

Dabei bestimmt „Ko-respondenz“ als erlebnisaktivierender Polylog und prozeßbegleitendes, interaktives und kommunikatives Modell

maßgeblich Setting und Rahmen der integrativen familientherapeutischen Vorgehensweise. Das Ko-respondenzmodell begründet als metatheoretisches Fundament das Menschenbild der INTEGRATIVEN THERAPIE. Zugleich ist es ein handlungsleitendes dialogisch-polylogisch orientiertes Prinzip, das auch als therapeutische Intervention zum Tragen kommen kann. Es setzt die „erlebbare“ wechselseitige Anerkennung persönlicher Integrität voraus und beinhaltet die direkte und ganzheitliche Begegnung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene. Ziel sind *erlebbare* und *verhandelbare* „Konsens-Dissensprozesse“ im Netzwerk, in denen jede Sicht zählt und ernst genommen wird. Das ist *paradigmatisch* für Beziehungsgestaltungen. *Therapie und Agogik ist „Handeln um Grenzen in den Beziehungen des Netzwerkes“*. Das ermöglicht gemeinsame oder getrennte Lösungswege, was immer eine gewisse Kooperation einschließt. Die Verwendung von „kreativen Medien“, „szenischen Imaginationen“, „Rollenspielen“ in der Netzwerktherapie fördert diese Prozesse.

Prozeßbeispiel II:

Hier geht es um eine junge Kroatian, wir nennen sie *Zdenka* (21 Jahre), die mit ihrer Mutter und Großmutter in einem Flüchtlingslager lebt, in dem von uns psychotherapeutisch-soziotherapeutische Supportprogramme durchgeführt werden. Die Maßnahmen werden in Team- und Einzelsupervisionen durch den Seniorautor dieses Artikels begleitet.

Der Vater der Klientin war im Krieg verschollen. Als Kind hatte sie im Krieg – sie war damals, 1993, dreizehn Jahre alt – Grausamkeiten mit ansehen müssen. Die Mutter hatte gelegentliche stützende Einzelgespräche, welche die Probleme im Lagerleben und die dort vorherrschende *desolate Lebenslage* (Petzold 2000h) betrafen, sich aber bald als von der Sorge um ihre Tochter motiviert herausstellten. Sie selbst hatte offensichtlich eine PTSD-Symptomatik - überschießende Angstzustände (*hyperarousal*) mit Apathie (*numbing*) wechselnd, schlimme Erinnerungen (*intrusions*) -, was aber auf ihren Wunsch nicht Gegenstand der Gespräche sein sollte. Praktische Lebenshilfe war gewünscht und Hilfe, denn sie hatte Angst um ihre Tochter, wegen deren Männerbeziehungen und gelegentlichen Alkohlexzesse. Für ein Familiengespräch konnte sie sich zunächst nicht entschließen. Sie wolle die Tochter nicht zusätzlich belasten, wolle erst andere Möglichkeiten im Gespräch versuchen, ehe man an die Psychologen denken solle. Wir waren hier noch im Gespräch, da schießt eines Tages diese Klientin – ohne ersichtlichen Anlaß - auf ihre Tochter und verwundet sie (Hüftstreifschuß), woraufhin sie psychiatrisch untergebracht werden muß. Die Tochter ist im Schock, denn das Verhältnis zur Mutter war prinzipiell gut. In der Krisenintervention nach der Schußverletzung und in der sich anschließenden Therapie zeigt sich, daß auch *Zdenka* eine – wenngleich nicht sehr imponierende PTSD-Problematik hat: Gelegentliche Alpträume, manchmal Flashbacks oder Intrusionen. An komorbider Symptomatik finden sich Ängste und Schlafstörungen, die belasten. Jugend, Vitalität und – bis zu dem Zusammenbruch der Mutter – deren Unterstützung und die Zuwendung der Großmutter ermöglichen aber kompensatorisches Verhalten. Alkohol, gelegentlich weiche Drogen werden als Distraktoren aber auch sedierend konsumiert. Es entwickelt sich eine ausgeprägte Promiskuität (sich in die Arme eines Mannes flüchten, sich verlieren im Rausch der Sinnlichkeit) und gelegentliche Prostitution. Versuche von unserer Seite, therapeutische Gespräche anzubieten, gestalteten sich zu Beginn schwierig: eine gänzliche Verweigerung über das Ereignis zu sprechen, ansonsten eine unterkühlte Atmosphäre. In der Supervision schlägt der Supervisor ein Gespräch mit der Großmutter vor, die Therapeutin möge versuchen, sich dort Rat zu holen, wie man zu *Zdenka* Zugang finden könne, was sie motivieren, interessieren könne. Das Gespräch findet statt, zunächst mit Klagen über das „arme Kind“, das hier ganz verwerflose. „Aber man kann mit ihr einfach nicht reden. Die läßt sich nichts sagen!“ Für ihre Tochter hat sie viel Verständnis: „Die mußte ja wahnsinnig werden, mit all dem, was sie durchgemacht hat.“ Das Gespräch tut der alten Frau sichtlich gut, denn es ist schwer für sie, „auf die alten Tage“ noch so viel Elend erleben zu müssen. Uns wird klar, wie desolat in Krisengebieten doch die Situation alter Menschen ist. Sie sagt uns, daß *Zdenka* früher sehr gerne Handarbeiten gemacht habe. Eine wahre Künstlerin sei sie gewesen. Hier aber sei kein gutes Material zu bekommen, und Geld dafür sei auch nicht vorhanden. Wir nehmen die Anregung auf und besorgen für *Zdenka* schönes Stick- und Strickmaterial, worüber sie sich sehr freut. Das Eis scheint gebrochen. Nach einem Familiengespräch von Therapeutin, Klientin und Großmutter begann sie auf Zureden der alten Frau, an einer unserer Nähgruppen teilzunehmen, in de-

nen auch immer viel bei der Arbeit erzählt wird – sie haben eine gezielt eingesetzte, *narrationsmethodische* Orientierung. Außerdem wird gemeinsam gesungen und werden Spiele wie „rhythmische Nähen“, „Nähen mit alternierenden Sequenzen“ usw. (Prinzipien der motorischen Koordination, *Leemrijse* 2000) eingesetzt. Mit den schönen Dingen, die sie anfertigt, schmückt sie stundenweise, wenn sie da ist, ihren gemeinsamen Wohnbereich (sie nimmt sie ab, damit sie „nicht wegkommen“, wenn sie abwesend ist), Sie wecken in ihr, wie die supportiven therapeutischen Einzelgespräche zeigten, immer heftiger den Wunsch nach einem eigenen Zimmer, das sie gerne schmücken würde. Wir konnten sie weiterhin in eine Therapiegruppe von alleinerziehenden Müttern und von Frauen, mit einem verschollenen Familienmitglied aufnehmen (das einzige, einigermaßen passende Gruppenangebot, das zur Verfügung stand, zumal sie auch den Vater verloren hatte). Gruppentherapie und Nähgruppe verbessern die Netzwerksituation von *Zdenka* im Lager deutlich. In einem „Netzwerktreffen“ für mehrere Klientinnen zeigt sich: hier haben offenbar Vernetzungen stattgefunden. Die Einzeltherapie ging dann auch besser voran. Sie nahm am Entspannungstraining (IDR) teil. Allmählich wurde auch über die traumatisierenden Erfahrungen gesprochen. In der Lagerhaft zu Kriegsbeginn fanden regelhaft Vergewaltigungen statt. Die Mutter bot sich den Täter verschiedentlich an – sie könnten alles mit ihr machen, wenn sie nur ihre Tochter verschonen würden. Sie *opferte* sich, um ihr Kind zu schützen. Einige dieser Szenen mußte das Kind mitansehen. Es war geschockt, angeekelt, voller Scham. Alkohol und Drogen, so wurde ihr klar, dienten ihr, um zu vergessen und zu betäuben. Sexualität mit Männern sei für sie besonders gut, wenn sie ein wenig angetrunken sei. In der *narrativen* Qualität der Therapiesituation, wo Klientin und Therapeutin gemeinsam *erzählen* (die Therapeutin in dosiertem „self disclosure“ von den Bombennächten, die sie Belgrad erlebte) kommen auch die „traumatic events“ der Klientin auf, kann *Zdenka* über einige der schlimmen Ereignisse sprechen. Wenn sie zu überwältigend zu werden drohen, hält sie – wie von der Therapeutin geraten – inne, atmet tief durch, entspannt sich und kann fortfahren. (Sie nutzt die IDR-Relaxation, die sie in der Entspannungsgruppe gelernt hat, um überflutende *arousals* abzupuffern). Diese Therapiesitzungen verwenden mit den Erzählungen keine „Expositions-narratives“ (*Foa* 1995, 1997), wie sie in behavioralen Traumatherapien praktiziert werden, sondern organische, „spontane Narrationen“ in einem „Erzählklima“, dem „narrativen Klima“ eines „guten Miteinanders“ (Konvivialität, *Orth* 2002)), die durch Vermeiden von Hyperarousals bei gleichzeitiger „bewegender Qualität“ den Charakter „moderater Expositionen“ hatten (bei denen die Retraumatisierungsgefahr gering ist, vgl. *Petzold, Wolf, Landgrebe, Josic* 2000, 2002)). In Sitzungen über das aktuelle „soziale Netzwerk“ von *Zdenka*, um ihren Freundeskreis und ihre Ressourcen zu explorieren, wurde deutlich, daß es kaum supportive, wirklich verlässliche Beziehungen gibt. Aber es kommt ihr Vater auf, dessen Verlust sie nicht verwunden hat, von dessen Tod sie – im Unterschied zur Mutter und zur Großmutter, die an einer illusionären Hoffnung festhalten – überzeugt ist. Es entwickelt sich eine „mentale familientherapeutische Arbeit“. Die Patientin erzählt von ihrer Familie: „Wir waren, eine gute, wirklich glücklichen Familie, in der man sich lieb hatte und geborgen fühlen konnte. Das fehlt mir so furchtbar!“ – Therapeutin: „Aber sie haben da auch einen Schatz für ihr Leben.“ – Die Patientin stutzt: „Stimmt, die kleinen Kinder hier, ich meine die von den Müttern in unserer Gruppe ... ganz ohne Vater ..(weint). Ich hatte einen guten Vater und (weint mehr) und eine gute Mutter, aber jetzt ...“ – T.: „Warum, meinen Sie, ist sie denn so schlimm zusammengebrochen?“ – Z.: „Die ist einfach ausgeflippt, die konnte einfach nicht mehr ..., wegen mir auch.“ T.: „Warum das?“ – Z.: „Die hat ja nie was gesagt, immer alles reingefressen in sich, Kind paß auf dich auf. Das wars dann ... Ich verstehe nicht, versteh es einfach nicht. So ein Wahnsinn. Wie konnte sie das tun. Ich werd noch verrückt, wenn ich daran denke, so ein Wahnsinn ... ?“. Die Therapeutin hängt an dieser Frage gleichfalls fest, zumal die Mutter die Beratung wegen „ihrer über alles geliebten Tochter“ aufsuchte. In der Supervision wird ein Gespräch zwischen Enkelin und Großmutter vorgeschlagen, in der Hoffnung, zu gemeinsamen Prozessen des Verstehens- und Erklärens (siehe Abb. 1) zu kommen, einen „Sinn im Wahnsinn“ zu finden. Die alte Frau erweist sich als sehr unterstützend, lebenserfahren, und im Beisein der Therapeutin kann in der Familiensitzung auch ein Gespräch zwischen Enkelin und Großmutter in Gang kommen, das aus den klischeehaft-ritualisierten Kommunikationsmustern, die sich zwischen den beiden etabliert hatten, herauskommt. Auf *Zdenkas* Frage: „Warum hat Mutter das getan?“ antwortet die Großmutter: „Ich weiß es auch nicht wirklich. Sie war doch auch immer wieder verwirrt. Das hast Du ja auch gesehen. Sie hat sich damals für Dich geopfert. Vielleicht hat sie es nicht verkraftet, daß Du so viele Männerbeziehungen hast. Sie hat ja nicht gesehen, daß Du eine junge Frau geworden bist, mit einem eigenen Leben. Man fühlt und denkt heute eben anders. Durch das Lager hier, haben wir Dich immer noch als unser Kind gesehen! Vielleicht war es das.“ *Zdenka* wird nachdenklich. In der nächsten Einzelsitzung teilt sie ihren Entschluß mit, ihre Mutter in der Klinik zu besuchen und es mit den Männern und den Drogen mal zu lassen. Der Besuch verläuft ohne Probleme. Die Mutter ist – übermediziert – wenig ansprechbar, was die Tochter sieht und belastet. In weiteren Besuchen kann wieder eine Beziehung hergestellt werden, „wie sie eben mit einen seelisch kranken Menschen so möglich ist, das ist eben nicht wie früher“, meint *Zdenka* und kann das akzeptieren. In der Folge verliebt sie sich in einen anderen Flüchtling, der einen Handwerksberuf und sehr klare Zukunftspläne und -initiativen vorbereitet hat. Das gibt ihr Sicherheit, und sie hört gänzlich mit Alkohol- und Drogenkonsum auf. Das Paar erhält ein eigenes Zimmer in der Lageranlage, das sie in sehr erfinderischer Weise verschönt. Sie hat hier wirklich Talent. Über den Bruder des Verlobten, der in Australien lebt, erhalten sie Visas und reisen nach Australien mit der Zielsetzung (das alles ist von dem Verlobten und seinen Verwandten gut vorbereitet) dort zu leben. Einige Monate später wird die Mutter unter Dauermedikation entlassen. Sie lebt wieder in dem Lager. Die Tochter unterhält einen regelmäßigen Briefkontakt. Die Großmutter sorgt für die Beantwortung, weil die Mutter sehr antriebslos ist.

Das Beispiel macht verschiedene der zu Eingang aufgeführten Prinzipien deutlich:

Der Integrative familientherapeutische Ansatz arbeitet auch mit Teilfamilien, wo immer möglich, in einer Mehrgenerationenperspektive, wobei auch die Großelternsituation besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge bedarf (nach wie vor ein vernachlässigter Bereich der Familientherapie, *Petzold* 1979k; *Müller, Petzold* 2002). Es wird versucht, auch die Einbettung in außerfamiliale Netzwerke zu sehen und aufzubauen und zu stützen. Narrative Ansätze werden sowohl in der Trauma- wie in der Familientherapie bevorzugt eingesetzt (*Petzold* 2001b). Sie fördern Vertrautheit, Affiliation, das „Klima eines guten Miteinanders“: *Konvivialität*, eine therapeutische und alltagspraktische Qualität von größter Bedeutung (*ibid.*, *Orth* 2002). Auch die Beziehung zu dem Partner, mit dem sie schließlich auswandert, ist unter dieser Perspektive zu sehen. Die Longitudinalforschung hat gezeigt, daß Devianzkarrieren von jungen Frauen eine positive Veränderungschance haben, wenn sie einen „*non deviant spouse*“ finden (*Robins, Rutter* 1990), der eine zuverlässige Affiliation bietet und eine „Konvivialität“ im Sinne des Wortes ermöglicht, wobei *Zdenka* ihren Teil durch das Bereiten eines geschmückten Heims – wie ärmliche die Bedingungen auch sind – beiträgt.

Ein allgemein angebotenes Entspannungstraining (nach den Prinzipien der **Integrativen und Differentiellen Relaxation – IDR**, Petzold 2000g) kann in Einzel- wie auch in gruppentherapeutischen Sitzungen, die traumaorientiert arbeiten, nutzbringend einbezogen werden, wie das Beispiel zeigt. Trauma- und Suchttherapie brauchen unbedingt soziotherapeutische und agogische Maßnahmen (Petzold 1997c) – hier u.a. die Nähgruppe, das Netzwerktreffen -, um sinnvolle Beschäftigung, soziale Aktivität, Vernetzung in Alltagskontexten zu fördern. Und auch mikoökologische Interventionen – hier die Verschönerung des Wohnbereiches, die Ermöglichung des eigenen Zimmers – können bedeutsam sein. Den Ergebnissen der interventionsorientierten „ökologischen Psychologie“ kommen besonders in der Heim-, Stadtteil-, Lagerarbeit besondere Bedeutung zu (Saup 1993, Petzold, Zander 1985) und müßten vermehrt berücksichtigt werden.

Integrative Familien- und Netzwerktherapie ist besonders indiziert bei Jugendlichen, die noch bei ihren Eltern leben oder mit ihnen in Verbindung stehen (wollen), die mißbräuchlich Alkohol und Drogen zu sich nehmen, Spiel- bzw. Internetsüchtig sind oder bei denen zu vermuten ist, daß sie eine Bulimie oder Magersucht entwickelt haben. Trotz vielfacher - häufig negativer - Auseinandersetzungen im familialen Netzwerk und abwertender Aussagen über- und zueinander, ist in der Regel als Hypothese anzunehmen, daß Eltern für ihre Kinder die ersten und bedeutsamsten Bezugspersonen sind und vice versa, es sei denn das Gegenteil wird evident (z. B. chronischer Mißbrauch/Mißhandlung). In den Herzen der Kinder sind sie - im Guten wie im Bösen, ob positive oder negativ besetzt – immer präsent, auch bei Abwesenheit, Trennung oder Tod. Dies ist stets zu beachten. Besonders bei gemeinsam durchlittenen und durchlebten Traumaerfahrungen kann der familiäre Zusammenhalt sehr dicht sein, selbst wenn die Familienatmosphären negativ und belastend sind.

Prozeßbeispiel III

Eine 13 jährige Jugendliche wird mit ihrem Einverständnis zu einem Eingangs -Vorstellungsgespräch in die Beratungsstelle gebracht. Die Mutter hatte einen Monat zuvor mit zwei von ihren drei Kindern (9,13,17) fluchtartig das Haus verlassen, in dem sie mit ihrem Mann lebte. Die Familie war in eine *prekäre Lebenslage* (Petzold 2000h) geraten, in eine Situation völliger „Chaotisierung“ bei einer weitgehenden „Erosion der persönlichen“ Tragfähigkeit der einzelnen Familienmitglieder und des Netzwerkes insgesamt. Der Sohn leidet unter der Trennung vom Vater. Die Töchter sind froh, daß sie aus dem Tollhaus weg sind. Freunde und Verwandte hatten sich zurückgezogen, so daß externe Unterstützungsressourcen weitgehend fehlten. Aktueller Anlaß: Der Vater war wieder einmal unter Alkoholeinfluß gewalttätig geworden und hatte die Mutter mit dem Messer und der Äußerung, sie umbringen zu wollen, im Beisein ihrer Kinder bedroht – für die Mutter wie für die Kinder eine höchst belastende, ja traumatische Erfahrung. Das Mädchen sprach tonlos und bewegte sich nur langsam, als stünde sie unter sedierenden Medikamenten. Sie berichtet, dass der Vater in Abwesenheit der Mutter, also seit mehreren Monaten, sie aggressiv nachts aus dem Schlaf reißt, sie bedroht und beschimpft und kein Ende findet. Zurvor hat er immer viel Schnaps und Bier getrunken. Sie kann nicht mehr schlafen, hat nur noch Angst, Panik. Sie beschäftigt sich nur noch mit den sie gefährdenden Aktionen des Vaters, kann nicht mehr lernen und denkt an Selbstmord. Die Symptomatik verweist auf eine Traumatisierung. Die Mutter bagatellisiert die Aussagen ihrer Tochter (unter anderem wohl auch, weil sie sich in einer Ausbildung befindet und die einzige Betreuungsperson der Vater darstellt. Während der Lehrgänge übernachtet sie außerhalb, und wenn sie zu Hause ist, bleibt der Mann noch überwiegend nüchtern).

Ein Gespräch mit der Mutter ergibt, dass sie das Ausmaß der alkoholbedingten Schikane des Vaters nicht richtig eingeschätzt hatte. Die ältere Tochter ist nicht bei dem Umzug mit der Mutter mitgegangen, sondern lebt bei ihrem Freund, nachdem sie wegen Drogenmißbrauch (Alkohol und Cannabis) die Schule verlassen mußte.

Aufgrund der sich deutlich abzeichnenden psychischen Veränderungen der 13jährigen hatte die Lehrerin einen Termin mit einem ihr bekannten Psychiater vereinbart, und das Mädchen wurde als Notfall in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeliefert. Diese Tochter bricht den Kontakt zur Mutter ab und will nichts mehr von ihr wissen. Sie macht ihr zum Vorwurf, daß sie zu lange mit dem Wegzug vom Vater gewartet habe und daß sie in ihren Intimbereich eingebrochen sei, weil sie in ihrem Tagebuch herumgelesen habe, von ihren Selbstmordabsichten und daß sie sich vom Vater abhängig gemacht habe. Die Mutter, nun von zwei Kindern verlassen, vom ihrem Mann ernstlich bedroht, der sie auch für die nun entstandene Situation verantwortlich macht, ihr alle Schuld zuschreibt, greift nun selbst vermehrt zu Alkohol und Medikamenten, um sich zu entlasten und zu betäuben. Der vom Vater in das ganze Familiensystem hereingebachte Hyperstreß hat bei Tochter und Mutter also einen risikohaften Gebrauch von Suchtmitteln bewirkt.

Zielsetzungen für das Vorgehen: Es müssen die beteiligten Hilfsagenturen synchronisiert werden. Das familiäre System soll zumindest als Kernsystem (core of core: Mutter mit Kindern) gestützt und – wenn irgend möglich – erhalten werden. Es muß verhindert werden, daß sich aus dem okkasionellen Suchtmittelgebrauch vollausgebildete Suchterkrankungen entwickeln. Die konkrete *Lebenslage* (Petzold 2000h) und der Ressourcenbestand (idem 1997p), d.h. Wohnung, Unterhalt, Arbeits-, Schulsituation soll gestützt werden. In der Beratungsarbeit kann die Therapeutin *unmittelbar* nur und ausschließlich stützend mit der Mutter arbeiten. Sie hat aber stets das Gesamtnetzwerk im Blick. Erst die Klinik kann Familiengespräche ansetzen, in denen deutlich wird, daß der Vater unter Alkoholeinfluß real als gefährlich einzustufen ist und nicht kooperieren will und wohl auch nicht kann. Bei einer weiteren Eskalation der Ereignisse, muß auch der jüngste Sohn in die Psychiatrie aufgenommen werden. Später wird für beide Kinder eine Internatsunterbringung eingeleitet. Das Jugendamt wird eingeschaltet, mit dem Ziel, daß dem Vater das Sorgerecht entzogen und das Aufenthaltsbestimmungsrecht alleinig der Mutter zugewiesen wird. So ist ein Netz von kooperierenden Hilfsagenturen entstanden, die für die betroffenen Familienmitglieder Sorge tragen müssen – sie müßten auch das vom Zerfall bedrohte Netzwerk sichern. Solche Kooperationen verlaufen leider jedoch noch nicht optimal, weil die *Netzwerkperspektive* bei vielen Helfern zu schwach präsent ist und verfolgt wird.

Die Mutter wird weiterhin therapeutisch begleitet und ihr wird die Bedeutung der Netzwerkperspektive vermittelt. Sie versteht, daß es um das Netzwerk für sie und ihre Kinder geht. Das motiviert sie, unterstützt die therapeutischen Hilfen, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Medikamente werden abgesetzt. Die Besuche bei ihren Kindern sind aufgrund der Zurückweisungen und Schuldzuweisung für sie extrem belastend. Der Freundeskreis hat sich weitgehend verloren und ist durch Rückzugstendenzen der Mutter von weiterem Verfall bedroht. Der Mann ruft das Familien-, Freundes- und Helfernetzwerk an - vom Hausarzt angefangen bis zur Lehre-

rin und Therapeutin -, um alle Freunde und Anverwandten von der „Verruchtheit“ seiner Frau zu überzeugen. Zeitweilig ist die Therapeutin für die Mutter die einzige Stütze, und sie ist zugleich bemüht, das familiäre System zu stützen, indem sie die Kolleginnen in Klinik und Internat in diesen Prozeß einbindet, weil die Mutter momentan zu schwach ist und zu wenig Netzwerkunterstützung hat, mit ihren Kindern und für sie das Familiennetz zu erhalten. Der Vater ist völlig unkooperativ, ja destruktiv. Um dem weiter fortschreitenden „Verfall“ des familialen und sozialen Netzwerkes entgegenzuarbeiten, werden alle vorhandenen und sich bietenden Beziehungen in der Therapie auf Verlässlichkeit, Tragfähigkeit und protektives Potential untersucht. Depressive kognitive Einschätzungen (*appraisal*) der Frau über diese Beziehungen, ihre eigene Beziehungsfähigkeit und die emotionale Herabwürdigungen (*valuation*) ihres eigenen Wertes als Mensch – Negativstrategien, die ihr Identitätserleben herabziehen - werden geprüft, relativiert, umgewertet. Die Klientin wird immer wieder ermutigt, Schritte auf Menschen zu tun und auch mit den Kindern im Kontakt zu bleiben, ihnen aber Zeit zu geben. Das Ziel, das familiäre Netzwerk für die Mutter, aber auch für die Kinder zu erhalten, wird nicht aus den Augen verloren. Hier wird die Therapeutin für die Mutter zu einem Hilfs-Ich, welches stützend und strukturierend die Organisation der Lebensverhältnisse bzw. der *präkären Lebenslage* mit begleitet, wohlweislich mögliche Abhängigkeitsbedürfnisse mit im Blick behaltend. Nachdem sich die Situation beruhigt hat, will der Sohn aus dem Internat wieder nach Hause. Dies gestaltet sich schwierig, weil die Mutter sich eine kleinere Wohnung genommen hat. Die Tochter äußert sich nicht, aber sie nimmt wieder Kontakt zur Stadt und zu ehemaligen Freunden auf. Auch sie sucht nun das Gespräch mit der Therapeutin. Im Blick auf einen möglichen Wegfall der Versorgungsleistungen durch den Vater wird mit dem Rückbau der von der Klinik eingeleiteten Maßnahmen begonnen. Themen der Mutter sind nun ihre Verselbständigung und Fragen der Abgrenzung bzw. die Grenzen ihrer Kinder zu respektieren. In mehrere Familiengesprächen werden die individuellen Bedürfnisse erarbeitet, metareflektiert und eine Organisation des Zusammenlebens besprochen sowie die erforderlichen gemeinsamen Willensscheidungen synchronisiert (Petzold, Sieper 2003). Die Tochter holt sich im Einzel- sowie im Familiengespräch Rat und Hilfe bei Fragen des Schulwechsels, Schaffung einer neuen Wohnsituation. Der Sohn leidet sehr unter dem Verfall seines Vaters, den er regelmäßig besucht und den er von Herzen liebt. Auch hier erfährt er Anteilnahme von der Familie, d.h. der Mutter und den Schwestern, mit der er nicht gerechnet hat. Er hatte es bisher so erlebt, daß alle den Vater ablehnen oder ihn sogar hassen und er mit seiner Liebe nicht nur allein blieb, sondern sie auch verstecken mußte. So gelang es der Mutter mit den Kindern wieder ein familiäres zu Hause zu schaffen. Die Tochter blieb in Kontakt mit ihrer Therapeutin aus der Klinik, der sie persönlichere Dinge anvertraute und der eine ebenfalls wichtige stützende Funktion zukam.

Hier war es bedeutsam, keine Konkurrenz an den Schnittstellen der beteiligten Institutionen aufkommen zu lassen, um keinen Loyalitätskonflikt zu produzieren. Dies erwies sich als wichtig, weil sie auf diese Weise sich freiwillig auf eine weitere notwendige Behandlung in der Klinik einlassen konnte. Sie kam noch immer nicht mit sich zurecht, schnitt sich die Arme auf, zeigte eine hochaggressives, selbstschädigendes Verhalten, machte einem Selbstmordversuch. Hier hatte sich – wie nun deutlich wurde - ein behandlungsbedürftiges PTSD ausgebildet, so daß die familientherapeutische Arbeit und die klinisch-stationäre Traumatherapie ineinander greifen mußten.

Der Sohn wollte seinen Vater nicht allein verkommen lassen und bat die Therapeutin um Kontaktaufnahme zu dem Vater. Diese gab den Auftrag an ihren männlichen Kollegen weiter. Der Vater nahm das Kontaktangebot auf Wunsch des Sohnes an. Nach einem mehrmonatigen klinischen Aufenthalt, dem auch eine arbeitsplatzerhaltende Funktion zukam und in dem sich der Vater wieder „fangen“ konnte, hat die Familie nach vier Jahren – bei Aufrechterhaltung einer räumlichen Trennung - zum ersten Mal Weihnachten wieder zusammen gefeiert, einschließlich der älteren Tochter, die nach einem psychotischen Zusammenbruch und klinischem Therapieaufenthalt, ihre eigene Ausbildung – unterstützt von ihrem Freund – wieder aufnimmt und konsequent weiter verfolgen kann.

Die Familienbehandlung und die Aktivitäten des Helfernetzwerkes zentrierte in einer Phase völliger Chaotisierung im Familiensystem auf dem Erhalt des familialen Netzwerkes, selbst als es völlig auseinandergerissen schien. Von seiten der Familie selbst (Mutter, Sohn, Schwestern) kamen immer wieder auch Integrationssimpulse, die eine solche Arbeit unterstützten. Dabei können die Schuldzuweisungen – auch die des Vater – letztlich auch als ein Wunsch gesehen werden, das Familiensystem zu erhalten: „Ich will ja, daß alles gut wird, aber Du verhinderst es ja ... – Wenn Du schon früher weggegangen wärest, wäre alles nicht so gekommen, und wenigstens wir wären zusammen geblieben“ etc. Derartige „negativierte Kohäsionskräfte“ gilt es zu erkennen, umzupolen und zu nutzen. Deutlich wurde, wie familialer Hyperstreß „Entlastungskonsum“ von Suchtmitteln fördert, Wegfall von solchem Streß aber den Konsum auch herunterfährt, sofern sich (wie bei harten Drogen leicht möglich) noch keine schwerwiegende Abhängigkeit ausgebildet hat. Das „integrative“ Moment dieser Behandlung bestand in der *Konnektivierung* der Hilfsagenturen, der *Synchronisierung* auf das übergeordnete Ziel des Erhalts des Kernnetzwerkes und der Stabilisierung der *präkären Lebenslage*.

„**Präkäre Lebenslagen** sind zeitextendierte Situationen eines Individuums mit seinem *relevanten Konvoi* in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch und die Menschen seines Netzwerkes als *'bedrängend'* erleben und als *'katastrophal'* bewerten (kognitives *appraisal*, emotionale *valuation*), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder -verlust, Fehlen oder Schwächung 'protektiver Faktoren' gekommen ist. Die Summationen 'kritischer Lebensereignisse' und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine *Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit* beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so daß eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner 'supportiven Valenz' und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine *destruktive Lebenslage* eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen 'Verbesserung der Lebenslage' durch Ressourcenzufuhr kommt ...“ (Petzold 2000h).

Das voranstehende Prozeßbeispiel illustriert viele Aspekte dieser Definition des *integrativen und differentiellen Lebenslagekonzeptes*, z.B. den wichtigen Aspekt der „Erosion von Tragfähigkeit“, wie er sich etwa in einem „family burnout“ durch ein süchtiges Familienmitglied – hier der Vater - zeigt. Die Definition bietet einen hinlänglich umfassenden konzeptuellen Rahmen, um die schwierigen Situationen von PatientInnen oder eines Netzwerkes in einer nicht-reduktionistischen und die üblichen Sichtweisen der individuumszentrierten Therapieschulen erweiternden Weise zu betrachten und besser zu verstehen.

Der familientherapeutische Ansatz der IT versteht sich, und das ist ein Spezifikum, als Therapie mit dem *identitätsstiftenden* „Netzwerk in der Zeit“, mit dem „Konvoi“ (Hass, Petzold 1999, Kahn, Antonucci 1980), denn wir sind nicht allein auf unserem Lebensweg. Netzwerk- und Konvoianalyse als Lebenspanorama der „*chains of deficits, adverse and protective events*“ lassen Stabilität/Resilienz oder Instabilität/Vulnerabilität der Persönlichkeit mit ihren Strukturen *Selbst, Ich, Identität* (Petzold, Orth 1994; Petzold et al. 1993) erkennen.

Notwendige Voraussetzung für die Einleitung eines familien-/netzwerktherapeutischen Prozesses ist eine minimale Bereitschaft der Beteiligten, sich auf ein „KoopTreff“, ein „Treffen zu einem Kooperationsversuch“ – so unser Term - einzulassen, in dem die Formen der „Relationalität“ (Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit), der Grad der Affiliationen und die vorhandenen Reaktanzen (Stroebe et al. 1996) erkennbar werden, differentielle Motivationen (der Einzelnen) zu Veränderungen exploriert und ggf. aufgebaut werden. Dieses Kooperationstreffen stellt die gemeinsame Grundlage dar, auf der, wenn eine Kooperation erreicht werden kann, in einer Initialphase relevante „*Probleme, Ressourcen und Potentiale*“ (PRP) der Familie/des Netzwerkes herausgefunden und benannt werden, ein Gesprächs- und Erzählklima geschaffen wird, wo die sachlichen, aber auch die affektiven Perspektiven der TeilnehmerInnen gesammelt und ausgetauscht werden. „Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden“ (H. v. Keist) können die Teilnehmer/innen ihre jeweiligen Standpunkte erkunden, um die Ansichten der anderen Familien-/Netzwerkmitglieder und der TherapeutInnen erweitern und eine gewisse „Mehrperspektivität“ gewinnen. So werden in einer **Initialphase (I)** Schritte auf dem „Ersten Weg der Heilung und Förderung“, dem **Weg der Einsicht und des kognitiven Verstehens** (Petzold 2002a, b), gegangen. Der Austausch der Beteiligten über „kritische Lebensereignisse“, „Sachfragen“, „Traumabelastungen“, ihre emotionale und kognitive Bewertung (*valuation and appraisal*) ermöglicht neue Reflexionsebenen und macht sogar Metareflexionen über die Art der Verständigung oder Auseinandersetzung möglich, er läßt damit Zusammenhänge deutlich werden und wird damit *sinngebend* wirksam. Es können in einer solchen **Aktions- bzw. Interaktionsphase (II)** neue Erfahrungen miteinander und Einsichten über einander entstehen, in einer metareflexiven **Integrationsphase (III)** werden andere Realitätsbezüge und Chancen zur Minderung von Problemen, zur Lösung von Schwierigkeiten, zur Entfaltung und zum Wachstum persönlicher und familialer Identität erkennbar. Gelingt die Arbeit, erfolgen nach derartigen Auseinandersetzungen und Integrationen in einer **vierten Phase der Neuorientierung (IV)** aktive, volitions-gesteuerte Umsetzungen der kognitiven, emotionalen und volitionalen Erfahrungen in den Lebensalltag, wo dort auftauchende Transferprobleme in neuen „tetradischen Arbeitszyklen“ mit der Familie bearbeitet werden. Dabei wird für die „Formen der *Relationalität*“ (Kontakt/Kontaktlosigkeit, Beziehungsintensität/-armut, positive Bindung/dysfunktionale Abhängigkeit etc.) mit ihren prosodischen und nonverbalen – den Beteiligten oft nicht bewußten – Anteilen sensibilisiert, werden *protektive Faktoren* und *Resilienzen* aufgezeigt (Müller, Petzold 2001) und auf dem Hintergrund einer differenzierten Ressourcentheorie (an der es in vielen Formen der Familientherapie mangelt) alte Ressourcen aktiviert und neue erschlossen (Petzold 1997p).

Mit dem Eintritt der familialen oder amicalen Netzwerke in das System professioneller Hilfeleistung werden die „professionals“, z. B. TherapeutInnen zu einem Bestandteil des stützenden Feldes der Familie bzw. des einzelnen Familienmitgliedes im jeweiligen *sozialen Netzwerk* (numerische Zahl der vorhandenen Personen) mit den verschiedenen, in ihnen vorhandenen „*social worlds*“ (Gruppierungen mit gemeinsamen kollektiven *mentalen Repräsentationen*). Die Helfer – jetzt Netzwerkmitglieder - versuchen in möglichst transparenter Art die Werte, Regeln und Wissensbestände der „*social worlds*“ der Hilfesuchenden (Petzold 2002g) aufzuzeigen, zu nutzen und zu beeinflussen. Sie sind nicht nur Moderatoren, sondern WegbegleiterInnen, protektiver Faktor, „Schutzschild“ (Metzmacher et al. 1996). Dies verweist auf eine besondere Verantwortung der TherapeutenInnen, die sich neben der Handhabung der therapeutischen Beziehung (Petzold 1980g) auch auf die *partnerschaftliche* Mitgestaltung des „therapeutischen Raumes“ und bei Arbeit „vor Ort“ in der häuslichen Situation auch des „familialen Raumes“ erstreckt – jenseits dysfunktionaler Beziehungsmythen (Petzold, Orth 1999). Das macht wegen des komplexen Geschehens auch kontinuierliche Supervision unverzichtbar (Petzold 1998a). Die *therapeutische Beziehung* qualifiziert sich u. a. über Begriffe/Konzepte wie Wertschätzung, emotionale Wärme, Empathie, Verstehen aber auch Abgrenzung und Eindeutigkeit, *Parrhesie*, d.h. Klarheit, Offenheit, Mut zum „Wahrsprechen“ (Foucault) als „wertschätzende Konfrontation“, die gerade in der Arbeit mit Suchtkranken von unabdingbarer Wichtigkeit ist und auch für Traumabetroffene oft eine notwendige „wohlwollende Herausforderung“ ist, die „Traumawelt“ zu verlassen und sich dem „Leben in der Normalität“ wieder zuzuwenden. Sie umfaßt Formen der *Relationalität*, die auch gute Alltagsbeziehungen kennzeichnen: *Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung*, Formen, die viele Traumabelastete – ob süchtig oder nicht – und natürlich besonders die Abhängigen oft wieder neu erlernen müssen. TherapeutInnen sind in der IT intentional auf die Persönlichkeit des Patienten und der relevanten Netzwerkmitglieder ausgerichtet mit ihren gesunden Potentialen und ihren Störungen/Erkrankungen, der aktuellen Verfassung in

der *Lebenslage* – dieser aus der sozialen Ungleichheitsforschung stammende, sozialökologische und ökonomische Dimensionen einbeziehende Begriff ist wesentlich (idem 2000h). Das Gesamtbild entscheidet darüber, ob eher *konfliktorientiert* gearbeitet wird, mit gebotener „engagierter Distanz (1. Weg der Heilung und Förderung, idem 2002b) oder ob *nährend/nachsozialisierend* Defizite kompensiert werden können (2. Weg), aber auch *erlebnisaktivierend* „alternative Erfahrungen“ vermittelt werden (3. Weg), oder ob die Therapeutin *solidarisch* in konkreten Lebenssituationen an die Seite der Patientin tritt (4. Weg) bzw. wie die „vier Wege“ kombiniert werden. Nach *Mead* und *Goffman* müssen für gelingende Interaktionen, Arbeitsabläufe, Selbstinszenierungen „generalisierte Andere“ im Selbst präsent sein und wirksam werden und muß das Selbst in einer konsistenten Szene spielen bzw. handeln. Der Therapeut kann hier ein wesentliches „Modell“ (*Bandura*) werden, das über Imitationslernen funktionales Handeln vermittelt – für den Klienten als „Symptomträger“ und „Kompetenzträger“ wie für das familiale/amicale Netzwerk insgesamt. Die Haltungen des Therapeuten, seine konkreten *Kompetenzen* (Fähigkeiten, Wissen) und *Performanzen* (Fertigkeiten, Können) werden in konkreten Atmosphären und Szenen der Therapie erlebt, über von „Spiegelneuronen“ gestützte imitative Prozesse aufgenommen (*Rizzolatti et al. 1996; Stamenov, Gallese 2002; Sieper, Petzold 2002*) und damit *internalisierbar*. Sie werden durch die Qualität „*wechselseitiger Empathie*“ (*Ferenczi*) implementiert. Das psychoanalytische Übertragungskonzept wird so nicht nur als Re-inzenierung vergangener (pathologischer) Beziehungsmuster begriffen, sondern als ergänzendes und erweiterndes Strukturangebot durch Bereitstellung neuer bzw. alternativer Atmosphären, Szenen und Modelle für den Klienten/die Patientin und die relevanten Netzwerkmitglieder.

Eine begleitende *dyadische Therapie* (so nennen wir die „Einzeltherapie“ in der Netzwerkperspektive) - u. U. bei einem anderen Therapeuten - für den Jugendlichen, seine Partnerin oder die Eltern kann zusätzlich indiziert sein, wo sich besonders prägnante individuelle Problemstellungen abzeichnen, die sich von der Gesamtproblematik des Familienthemas abgrenzen oder Themen in den Bereich „schützenswerter Privatheit“ gehören oder wo aufgrund schwerer PTSD-Symptomatik spezifische traumatherapeutische Methoden eingesetzt werden müssen, wie das **IDR**, die **I**ntegrative und **D**ifferentielle **R**elaxation (*Petzold, Wolf et al. 2000, 2002*), eine kombinierte Bottom-up-/Top-down-Entspannungsmethode (from muscle to mind and from mind to muscle), die risikoarme, „moderate Expositionen“ erlaubt.

Aber auch derart spezifische Behandlungsansätze sind wirksamer einzusetzen, wenn das sozioökologische Bedingungsgefüge von Familien/Netzwerken soziotherapeutisch gestützt werden. „Aufsuchende“ Begleitung, Beratung, Moderation „in situ“ außerhalb des „schützenden Praxisraumes“ sind gängige Interventionsformen in der *Familien-* bzw. Netzwerkarbeit. Nur so kann das Netzwerk mit seiner „supportiven Valenz“, seinen Ressourcen als identitätstragende Säule genutzt, kann die *Prekarität* und die *Potentialität* der „Lebenslage“ (*Petzold 2000h*) erfaßt werden: z.B. finanzielle und räumliche Abhängigkeiten von Jugendlichen, Belastungen durch virulente PTSD-Symptomatik bei einem Familienmitglied etc., besondere Milieu- und Szeneinflüsse. So kann etwa deutlich werden: weil ein räumliche „Ausweichstelle“ bei einem stark eskalierenden Familienkonflikt kaum möglich ist - weil etwa benachbarte bzw. befreundete Familien nicht als Resource genutzt werden können, Eltern dies verhindern („die Schande“) - erfolgt eine „Flucht“ des Jugendlichen zu problematischen „Bekanntem“, auf die Straße, in die Szene, in den Drogen und Alkoholkonsum. Das Aufenthaltsbestimmungsrecht für Jugendliche liegt (sofern der Familie das Elternrecht nicht entzogen wurde) bei den Eltern, und dies ist ein nicht unbedeutender Macht-, Kontroll-, Einflußfaktor, aber auch ein konstruktives Handlungspotential, wenn es für „geregelt Ausweichstellen“ (etwa bei „netzwerktherapeutisch aktivierten“ Freuden oder Nachbarn) genutzt werden kann. Bedeutsame Lebensbedingungen der Familie müssen dabei berücksichtigt werden (z.B. das Ansehen im Dorf, Leben in einem Mehrgenerationenhaushalt, die Sozioökologie eines Bauernhofes, eines Handwerksbetriebes, einer Straße oder eines Quartiers etc.). Dieser Rahmen bestimmt nicht selten die Soziopathogenese und -salutogenese, die zu differenzierenden Belastungs-, Risiko-, Protektiv- und Resilienzfaktoren (*Petzold et al. 1993; Müller, Petzold 2001*), die aktuelle Bedeutung der Probleme und ihre prospektive Einschätzung durch die Beteiligten (einschließlich die der TherapeutInnen in ihren eigenen persönlichen und institutionellen Bedingungen).

Jeder Mensch ist nur in dem Feld seiner ihn umgebenden Einflüsse zu begreifen. Diese prägen die Interaktions- und Kommunikationsmuster, das Selbst- und Identitätserleben bzw. die entsprechenden Selbstdarstellungen und *Performanzen* durch ihren „*Aufforderungscharakter*“, die spezifischen *Anforderungen* und *Möglichkeitsbedingungen* (das sind *affordances* bzw. *social affordances* sensu *Gibson*, vgl. *Petzold 1995e*) des umgebenden sozioökologischen Feldes mit seinen Netzwerken, zu denen sich passende Reaktions-/Handlungsmuster als „Antworten“ (d. h. *effectivities*) herausgebildet haben. Im interaktiven/kommunikativen Geschehen können diese „*effectivities*“ als Handlungsantwort auf spezifische „Entwicklungsaufgaben“, „Belastungen“, „kritische Lebensereignisse“, „Traumaerlebnisse“, wie sie sich im Netzwerk konstellieren, sinnvoll oder dysfunktional sein, sich als problematische Verhaltensmuster - Relikte einer vergangenen Zeit - fortschreiben, weil die Netzwerkbedingungen sie „triggern“, bei *allen* Beteiligten.

Sie können sich sogar auf andere Netzwerke, losgelöst von den Ursprungs-konstellationen, generalisieren, so daß auch nur entfernt ähnliche „affordances“ (= Handlungsbedingungen, Möglichkeitsräume in der Schule, an der Arbeitsstelle, in der Therapeutischen Wohngemeinschaft etc.) als Auslöser für dysfunktionale „effectivities“ wirken können. Besonders bei Familien und ihren Mitgliedern, die traumatische Erfahrungen durchleben mußten, gibt es vielfach dysfunktionale „Trigger“, die Intrusionen, Traumaflashbacks, Hyperarousal aber auch Numbing-Reaktionen auslösen können.

Prozeßbeispiel IV:

Es geht um die Beratung eines Paares – serbische Kraina-Vertriebene - wegen des Alkoholproblems des Mannes, das den Fortbestand der Ehe gefährdet. Schon im Erstkontakt wird deutlich, daß der Mann an einem PTSD (DSM-IV 309.81/F43.1) leidet. Die intrusive Symptomatik (Kriterium B) ist ausgeprägt: Bilder aus dem Krieg kommen auf, propriozeptive Schmerzintrusionen an einer gut verheilten Wunde, nur des Nachts und selten kommt es zu akustischen Flashbacks. Er hört Schwerverwundete schreien. Ansonsten imponiert abgestumpfte Passivität (Kriterium C, numbing reaction). Angstzustände und schwere Depressionen machen das Zusammenleben mit ihm kaum noch aushaltbar. Die Familie wohnt mit den Eltern des Mannes zusammen, die auch für den Lebensunterhalt sorgen. Es wird deshalb zu einer Familienkonferenz geraten, die von den Großeltern unterstützt wird. So kommt die gesamte Familie in das Behandlungszentrum (Großvater 68, Großmutter 62, Vater 41, Mutter 36, Tochter 11, Sohn 9). Die Großmutter/Mutter des Vaters und die Ehefrau klagen wegen der Belastungen des Lebenskampfes. „Es reicht kaum zum Überleben“ – so die Großmutter – und: „Ich kann die Angstanfälle meines Sohnes kaum noch aushalten. Der arme Junge, ich kann ihm nicht helfen, wie soll ich ihm helfen ...?!“ Es folgen Vorwürfe an die Schwiegertochter, die ihrerseits nicht mit Vorwürfen spart, bis der Großvater – ein großer, ruhiger Mann - ein Machtwort zu Gunsten seiner Schwiegertochter spricht. Die beiden Frauen sind „aufgerieben“ (scheiden um den Großvater zu rivalisieren). Die Kinder sind stumm und verängstigt. Das Mädchen kaut Nägel. Die Familie ist am Rande ihrer Kräfte. Das System steht vor dem Kollaps: family burnout. Nur der Großvater, eine beeindruckende Erscheinung, wirkt ruhig und gefaßt. Er werde die Familie schon durchbringen. Mit dem Vater wurde eine Traumatherapie begonnen. Er war bei einer bewaffneten paramilitärischen Einheit in Kämpfe verwickelt, erlitt bei einem Gefecht eine Verwundung (Oberarmdurchschuß), wohingegen einer seiner Kameraden unmittelbar neben ihm unter schwerem Feuer seinen Verletzungen (Bauchschuß) nach schlimmem Toteskampf erlag. Diese Bilder und das Schreien seines Freundes verfolgten ihn seitdem. Der Alkohol helfe ihm da, betäube ihn. Der Vater zeige ihm gegenüber kein Verständnis. Er habe im Zweiten Weltkrieg als junger Mann Schlimmeres erlebt. Er trage jetzt die ganze Last des Lebenskampfes. (Seine Tüchtigkeit schwächt, wie in der Therapie deutlich wird, das Selbstwertgefühl des Sohnes). Die sozialökologische Exploration ergibt: in der sehr lauten Wohnung an einer Durchgangsstraße (das Elternschlafzimmer liegt zu Straße) werden beständig Intrusionen ausgelöst, besonders, wenn morgens um fünf die LKWs vorbeifahren, die ihn an Militärfahrzeuge erinnern (negative affordances, s.o.). Die Großeltern und die Kinder schlafen in einem durch eine Pappwand geteilten Zimmer zum Hof („Die Kinder müssen schlafen und der Großvater, denn der muß für uns alle hart arbeiten“ – so die Schwiegertochter). Es wird auf Vorschlag der Therapeutin abends eine Matratze in die zum Hof gerichtete Küche gelegt, um für die Schlafsituation Entlastung zu bieten. Zusätzlich zu dem von einem Allgemeinpraktiker verschriebenen Schlafmittel (Benzodiazepin), bei dem schon eine Abhängigkeit entstanden ist, wird wegen der massiven Depressionen einer SRI-Medikation begonnen und eine kombinierte integrative Gesprächs- und traumaspezifische Entspannungstherapie durchgeführt - Integrative und Differentielle Relaxation Traumaformat (**IDR-T**) genannt (vgl. *Petzold, Wolf, Landgrebe, Josic* 2002, 173-192). Da die Intrusionen ohnehin die schlimmen Bilder aufkommen lassen, wird vorgeschlagen, mit **IDR-T** gestützten „moderaten Expositionen“ zu arbeiten (durch Stretchingentspannung abrufbare Relaxationresponse, keine Detail-Vorstellungen des Traumageschehens, was mit einem geringen Retraumatisierungsrisiko verbunden ist, vgl. *ibid.* 182ff). Der Vorschlag allein löst bei dem Patienten schon Angstgefühle aus. Er wünscht die Anwesenheit seiner Frau bei der Behandlung und diese willigt nach einem Paargespräch ein. Sie halte ihn ohnehin, wenn er des Nachts seine Angstanfälle bekomme. Auf diese Weise kann auch das Moment der „zwischenleiblichen Beruhigung“ des **IDR-T** durch konditionierte Entspannungsresponse und stützenden Körperkontakt ohne Probleme eingesetzt werden. Die ersten Sitzungen verlaufen gut, das Erregungsniveau bleibt gering. Die Partnerin hat einen sehr beruhigenden Einfluß und ist auch im Nachgespräch stützend. Selbst verkraftet sie das Geschehen gut. In der expositiven Imagination schaut der Patient auf Anweisung der Therapeuten nicht zum verwundeten Freund herüber sondern ins Gelände. Die Erregung ist aushaltbar, klingt schnell ab. Der Patient fühlt sich nach der Exposition ruhig. Es tauchen nach einer Behandlung indes zu Hause Unruhezustände mit hohem Erregungsniveau auf, die aber durch den Körperkontakt mit der Partnerin und Aufrufen der im **IDR-T** eingeübten Relaxationresponse schnell abklingen. Die Familie ist aber beunruhigt. Bei der nächsten Sitzung kommt die Eltern mit. Sie wollen Informationen über die Behandlung und erhalten sie auch. Der Vater schlägt vor, er wolle mit in die Sitzung gehen, denn er wolle seinen Sohn „in seiner Not nicht alleine lassen“. Der Patient stimmt dem Angebot seines Vaters zu. Bei der Exposition kommt es – erstmalig in der Behandlung - zu einer akustischen Intrusion. Er hört das Schreien seines Kameraden. Die Exposition wird zweimal über Stretching-Relaxationresponse zurückgenommen. Beim dritten Angang beginnt der Patient plötzlich stark zu zittern und zu wimmern, und hier springt der Vater spontan hinzu, nimmt seinen Sohn fest in die Arme und hält ihn zusammen mit seiner Schwiegertochter. Der Patient beruhigt sich und beide Männer weinen miteinander. Beim Nachgespräch wird von dem Patienten auch die Mutter hinzugebeten und die Familie *erfaßt*, was mit dem Patienten geschehen ist, sie beginnt das PTSD als Krankheitsbild zu *verstehen*. Es werden noch zwei IDR-T-Sitzungen mit der Familie durchgeführt, die ruhiger verlaufen. Insgesamt nimmt die PTSD-Symptomatik in den folgenden Wochen ab. Der Patient hat seinen Alkoholkonsum nachhaltig eingeschränkt und kann ihn in der Folge, gestützt von seiner ganzen Familie, völlig aufgeben. Auch das Antidepressivum zeigte allmählich eine gewisse Wirkung. Die Depressionen nahmen ab, ohne ganz zu verschwinden. Der Behandlungserfolg ist seit einem halben Jahr stabil.

Integrative Traumatherapie im IDR-T-Format mit einem Traumapatienten als Integrative *Familientherapie* durchzuführen, wie in dem Prozeßbeispiel gezeigt, ist bei entsprechender Indikation (Ausschluß von PTSD bei den übrigen Familienmitgliedern und gute Belastungsfähigkeit) durchaus sinnvoll und hoch effektiv, weil hier familiäre Schutzprogramme, „Schutzschildfunktionen“ (*shielding*, *Petzold* 1995a), *protektive Reaktionen* (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993) aufgerufen werden und durch situative „affordances“ zur Wirkung kommen. Sozialökologische Mechanismen und genetisch disponierte Programme der Hilfeleistung für „pri-

mär Vertraute“, des „sensitive caregiving“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) kommen hier offenbar zum Tragen.

Obwohl die Familie in der Regel eine Stütze ist und sein sollte – und wo sie das nicht ist, wird in der Regel an der Wiederherstellung dieser Funktion zu arbeiten sein – kann es geschehen, daß immer wieder „emotionale Ansteckungseffekte“ aus dem Traumaerleben aufkommen durch die Familie insgesamt oder durch einzelne Mitglieder – hier besteht dann eine Kontraindikation für das im voranstehenden Prozeßbeispiel geschilderte Vorgehen. Hier sind Verarbeitungshilfen oft sehr schwierig, und es können zeitweilige räumliche Trennungen erforderlich werden. Die Familiengespräche und -konferenzen können für derartige Maßnahmen Einsicht und Kooperation schaffen, Extremreaktionen einzelner Familienmitglieder „abpuffern“. Sie können auch die Bereitschaft für die Mitarbeit an „mikroökologischen Modellierungen“ fördern wie: die Umgestaltung der Wohnung (mehr Farbe, Pflanzen, Bilder), um die „tristesse“ der Atmosphären zu verändern oder die Förderung von geselligen Anlässen, das Einladen von Freunden und Bekannten zu gemeinsamen Aktivitäten wie Kochen, Spielen, Erzählen, Singen. Auf diese Weise kann die Behandlung bei der Verschränkung von *Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln* (Petzold et al. 1994) ansetzen, bei der „**Performanz**“ des *Denkens* (Kognition), des *Fühlens* (Emotion), des *Wollens*, des *Handelns* (Aktion) des Klienten und seiner InteraktionspartnerInnen im jeweiligen Netzwerk bzw. Netzsegment. Der **Performanzansatz** wird heute auch in Supervision, in Sport- und Managementpsychologie zunehmend betont (Petzold 1998a; Hackfort et al. 2000; Schust 2000; Wittkuhn, Bartscher 2001). Oft muß die **Performanz** der PartnerInnen (der Eltern, Freunde etc.) nachhaltig verändert werden – und das ist nur durch Familien- bzw. Netzwerkkinterventionen möglich -, soll der Klient und sein Netzwerk eine Chance zu einer guten gemeinsamen Zukunft haben. Gelingt eine solche **Performanzmodifikation** nicht, kommt es oft zu destruktiven Entwicklungen: einem Zerbrechen oder einer *Erosion* familialer oder amicaler Bindungen, zu einer Negativkarriere, die dann ggf. erst nach längeren Karriererebegleitungen (Petzold, Hentschel 1991) in Hilfs- bzw. Ersatznetzwerken (Klinik, TGW, Substitutionsprogramm) durch therapeutische Maßnahmen verändert werden können. Wo immer möglich, sollte dabei im Sinne einer Netzwerksrestitution auch mit der Ursprungsfamilie und wichtigen Freunden früherer Netzwerke veränderungswirksam gearbeitet werden, weil dies dazu beiträgt, *internalisierte dysfunktionale Netzwerkkonstellationen* als Nachwirkungen von Familienkatastrophen wie Flucht und Vertreibung und als Auswirkungen des Suchtverhaltens einzelner Familienmitglieder noch nachhaltiger zu beeinflussen.

Die gesellschaftlichen Makro- und Mesokonstellationen, Kultur, Schichtzugehörigkeit, Bildung und ihre „socialworld“, d. h. ihre „mentale Repräsentation“ (idem 2002g) greifen maßgeblich in die familiäre und innerpsychische Dynamik und die faktische **Performanz** der Familie oder des Einzelnen ein und bestimmen den Rückgriff sowohl auf problematische Muster als auch auf *Ressourcen*, *Coping-* und *Creatingstrategien* (idem 1997p), auf *Attributionsstile* und *Kontrollüberzeugungen*, auf *Kommunikations-* und *Handlungsroutinen* (Flammer 1990). Wenn Therapeut und Patient nicht „fundamentalen Attributionsfehlern“ (Stroebe et al. 1996) erliegen sollen, ist das Verständnis von Struktur und Verhalten des Einzelnen, der Familie, der Freundeskreise (des Netzwerkes also) nur möglich, wenn man – wie aufgezeigt – Kontext und Zeitkontinuum mit ihren **PRP** einbezieht, um Netzwerke als „soziale Gefüge in Entwicklung“ (Salzinger 1990) mit ihrem Entwicklungspotential zu nutzen und ihrem Destruktionspotential zu verändern.

Ressourcenanalysen (Petzold 1997p) werden hier wichtig. Sie umfassen u. a. den Grad und den Radius sozialer Unterstützung und die Verankerung in größeren Netzwerken. Dabei wird der Umfang von verlässlichen Beziehungen (*significant caring others*) innerhalb oder außerhalb der Familie untersucht. Ebenfalls werden Persönlichkeitseigenschaften wie Flexibilität, die Fähigkeit zu einer positiven, stabilisierenden Kommunikation, zu Affektregulation und Identitätserleben mit den dazugehörigen Kontrollüberzeugungen in den Blick genommen. Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft, Kreativitätserleben und -erfahrungen (Csikszentmihalyi 1993) gehören genauso zu den *Ressourcen* (inneren) wie Sport, Hobbys und andere soziale Aktivitäten (äußere). Diese Aufzählung kann nur unvollständig sein, denn was als Ressource oder protektiver Faktor dienen kann, ist immer auch individuell bewertet, was in der Therapie herausgearbeitet werden muß, denn es gibt auch dysfunktionale Bewertungsmuster.

Neben den „*Risikofaktoren*“, den „*protektiven Einflüssen*“ und „*Ressourcen*“, gilt es auch den Bereich der Widerstandskräfte, der „*Resilienzen*“, einer Familie oder eines Individuums in den Blick zu nehmen, ein bislang noch sehr vernachlässigtes Thema (Müller, Petzold 2001), z. B. eine Disposition zur Vitalität, die Fähigkeit, sich an Leib und Seele zu erholen und Erschöpfung zu überwinden, das Gefühl sich Selbst nicht zu verlieren und sich der eigenen Handlungskontrolle zu versichern, die Flexibilität und Anpassungsbereitschaft und die Befähigung, Belastungen zu kommunizieren und damit Schutzfaktoren zu mobilisieren. *Resilienzen* stehen erhöhter *Vulnerabilität* und Kränkbarkeit, sowie erlernter Hilf- und Hoffnungslosigkeit (sensu Seligman) gegenüber. Für die Arbeit mit traumatisierten *Familien* insgesamt und in Sonderheit für die Beratung und Behandlung von Familien, in denen sich ein suchtkrankes *Familienmitglied* befindet, sind diese Perspektiven unverzichtbar, zumal in höchster Weise belastend ist, in der Familie Mitglieder mit virulen-

ter PTSD-Symptomatik oder mit einer Suchterkrankung zu haben. Das kann sehr leicht zu einer „*Erosion der persönlichen Tragfähigkeit*“ (idem 2000h) bei Familienmitgliedern ja dem gesamten Familiennetzwerk, zu „*family burnout*“ führen, was stützende Familien- und Elternarbeit erforderlich macht (Petzold, Hentschel 1993). Die Patienten und ihre an einer Netzwerkkintervention beteiligten Netzwerkmitglieder werden über diese Konzepte und ihren Nutzen in verständlicher Weise informiert: *Theorie als Intervention*. Das dient nicht nur dem unverzichtbaren „*informed consent*“ der Beteiligten, sondern auch dem „*empowerment*“ des Netzwerks, das seine Dynamik seinen **Probleme**, **Ressourcen** und **Potentiale (PRP)** verstehen lernt und zu einem gezielten *Ressourcenmanagement* finden kann.

Von den vielfältigen Themen, Strategien, Methoden in der Integrativen Familien- bzw. Netzwerktherapie können hier nur einige wenige angesprochen werden: der Austausch über die erlebten *Kommunikationsformen* und über *Familienatmosphären*, die sich in nicht unbedeutender Weise auch langfristig auf das Lebensgefühl niederschlagen, über ihre wesentlichen *Alltagsroutinen*, ihre *kognitiven*, *emotionalen* und – oft vernachlässigt – *volitionalen Stile*. Das Reflektieren (ggf. in „*exemplarischen Szenen*“ durch psychodramatische Reinszenieren) der familialen Spiel-, Streit-, Lernkultur, der Gesprächs- und Erzählkultur wird wesentlich. Erziehungsideologien, Vorstellungen über „die gute Familie“, die religiösen und moralischen Werte und Lebensphilosophien, Loyalitäten, Freiheit und familialer Zusammenhalt, Umgang mit Geld, Freizeit, Fernsehen, mit legalen Suchtmitteln u. a. können Thema werden und müssen mit Bezug auf die vorhandene Problemsituation, die Abhängigkeits- und Suchthematik angeschaut werden. Besonders differenziert muß mit der Traumathematik umgegangen werden: aus dem Respekt vor den KlientInnen und ihren furchtbaren Erfahrungen, aus der Achtsamkeit, Retraumatisierungen und negative Nebenwirkungen und Schäden durch die therapeutischen Maßnahmen zu vermeiden (Märtens, Petzold 2002). Ist eine *Kooperation* des Jugendlichen und des familialen Netzwerkes erreicht, erweist sich das als äußerst fruchtbar und die Arbeit des Netzwerkes am Netzwerk wird von den Beteiligten oft geradezu mit hohem Einsatz und Faszination betrieben, denn man beginnt, sich und die Anderen besser zu verstehen.

Besondere Bedeutung hat im Integrativen Ansatz der Aspekt des „*zwischenleiblichen*“ Miteinanders (Petzold 2002b) in der Familie. Der *Leib*, als der ganzheitliche Ausdruck und Präsenz einer Person, ist bei traumatischen Erfahrungen und natürlich bei Suchterkrankungen unmittelbar betroffen. Durchlebte Traumata, Gewalterfahrungen durch „*man made disaster*“ betreffen den Leib ganz unmittelbar. Aber auch der zur Betäubung, Ablenkung, aus Verzweiflung oder zur Euphorisierung eingesetzte entgleisende Konsum von Drogen, Alkohol, Süßigkeiten betreffen den Körper. Sie führen nicht nur zu einem Kontrollverlust gegenüber der Droge und der süchtigmachenden Konstellation, sondern auch zu einem „*leibhaftigen*“ Kontrollverlust. Der Leib, seine Affektregulation, sind ohnehin schon durch Traumaerfahrungen oft dysreguliert. Durch Suchtmittelkonsum entgleiten dem Patienten noch zusätzlich sein persönlicher Ausdruck und seine Selbststeuerung, und das führt bei seinen NetzwerkpartnerInnen oft zu einem Befremden, zuweilen zur Entfremdung. So wird der Austausch über Gefühle, über leibliche Befindlichkeiten, über sinnliche Begegnungen, über die Haltung, Mimik, Gestik, Tonfall schwierig. Besonders *Berührungen* werden häufig bei allen Familienmitgliedern hoch belastet (u.a. durch phantasierte oder reale Ansteckungsrisiken bei Hepatitis- oder HIV-Infektionen) und unterliegen unterschiedlicher Bewertungen, bis hin zu Rückzug und gänzlicher Ablehnung, was zumeist als sehr kränkend erlebt wird. IT greift diese Themen auf, bringt das Realitätsprinzip durch Information zur Geltung, trägt zur Entkrampfung, oft einem neuen Verständnis „*leiblicher Normalität*“ bei. Der Leib als die erlebte Schnittstelle vom DU zum ICH zum WIR, hat die „*szenischen Strukturen*“ und „*Skripts*“, die benignen und belastenden „*Atmosphären*“ der vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen und des Erlebens archiviert. Streicheln, Kuscheln, Erotik, Sexualität und andere Formen der Zuneigung regulieren sich nach Gewalterfahrungen, Traumatisierungen, Belastungen kaum von allein, sondern es bedarf der Enttabuisierung durch offene Kommunikation, besonnenes Gespräch, Metareflexion, damit die leiblichen und damit auch seelischen Verletzungen ihren Ausdruck finden können und eine restituierende, leiborientierte Therapie möglich wird (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002).

Im Integrativen Ansatz kommt die Netzwerk/Familienperspektive auch im sogenannten „*dyadischen Setting*“ (Einzeltherapie) zum Tragen, denn die Herkunftsfamilie ist im *Inneren eines Menschen repräsentiert*. In den Prozessen der Enkulturation und Sozialisation werden Menschen von ihrer Lebenswelt durchdrungen, gestaltet und geformt und sie selbst wiederum werden in ihren Netzwerken formender Bestandteil der Lebenswelt von Anderen bzw. für Andere, nicht zuletzt durch den Respekt gegenüber der „*Andersheit von Anderen*“ (*sensu Levinas*, vgl. Petzold, Orth 1999a). Alles Geschehen wird im „*Leibgedächtnis*“ archiviert, den cerebralen und den immunologischen Speicherungen, abgebildet in den Mustern der Verspannung, dysfunktionaler Haltungs- und Bewegungsperformanzen, den Äußerungen des „*expressiven Leibes*“ (Petzold 2002a). In der konkreten Auseinandersetzung mit den bedeutsamen Menschen des Lebenskontextes, der relevanten Netzwerke, in der „*virtuellen Netzwerkarbeit*“, d.h. der Arbeit mit den „*mentalen Repräsentationen*“ von Netzwerkkonstellationen lassen sich der „*Nachhall*“, die „*Beeindruckungen*“ von geliebten oder

gehaßten, indifferenten oder stützenden Personen (die „guten und bösen Geister“) im Selbst beeinflussen, verändern, denn diese wirken „von innen heraus“ und bestimmen unsere Einstellungen, Haltungen, unsere Lösungsstrategien, unsere Wahl anderer Beziehungspartner/innen, unsere Sicherheits- und Angstgefühle. Gerade für die Opfer-Täter-Problematik bei Traumaüberlebenden einerseits und bei der Täterarbeit andererseits (idem 2001m). Es lassen sich durch solche „virtuelle Therapie“ mit dem „virtuell präsenten“ familialen Netzwerk neue Formen der Abgrenzungen oder des Verständnisses finden. Die *in uns* anwesenden und wirksamen gestörten Beziehungsmuster mit ihren kognitiven, emotionalen und volitiven Komponenten sind eben nicht auf alle Ewigkeit in uns fixiert, sondern werden in der Interaktion und *Ko-respondenz* zwischen TherapeutIn, KlientIn (ggf. Gruppenmitgliedern) deutlich, erkannt, aktiviert, wiederbelebt, veränderbar. Sie müssen dann umgeübt, durch neue *Performanzen* korrigiert, ergänzt werden – denn Einsicht allein genügt nicht! Wirksame Faktoren für diesen Prozeß sind u. a.: die Erweiterung der „*Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs-, Sinnschöpfungskapazität*“ (Petzold 2002a, b) und das Nutzen des positiven „*suggestiven Geschehens im intersubjektiven Bezug*“ (Pohlen, Bautz-Holzherr 2001), die faktische Beeinflussung der inneren Dialoge und *Polyloge* der Kränkung, Abwertung, Festschreibung von Ohnmacht und Hilflosigkeit als Folgen von Belastungen, Trauma- und Gewalterfahrungen hin zu konstruktiven *Kognitionen, Emotionen* und *Volitionen* (Petzold 2001i), die in konkretem Handeln erprobt, gebahnt, „eingeschliffen“ werden müssen (Sieper 2001). Der Integrative Ansatz ist „*performanzzentriert*“. Effektive Performanzen als Inter-aktionen aber bedürften der gemeinsamen Arbeit, der Unterstützung durch die Familie, das Netzwerk, die Therapeuten, Freunde, „*significant caring others*“, die konkrete Hilfen und Ermutigung geben und als „*innere Beistände*“ (Petzold 2002a) im Selbst verinnerlicht werden. Sie ermöglichen dadurch als „*äußeres und inneres tragendes Netz*“ ein Lebensgefühl der Sicherheit und Souveränität – und das ist das stärkste Mittel sowohl gegen die Nachwirkungen traumatischer Erfahrungen als auch gegen die dysfunktionalen Betäubungs-, Flucht- und Bewältigungsmuster der Sucht.

3. Um abzuschließen:

Die INTEGRATIVE THERAPIE ist ein umfassendes Verfahren mit netzwerk/familientherapeutischen Schwerpunktbildungen, welches auf Support, Ko-respondenz, Mehrperspektivität und kollektive Einsichts- und Entwicklungsprozesse, auf persönliches und gemeinschaftliches „*komplexes Lernen*“ (Sieper 2001) in ressourcenaktivierten Netzwerken setzt. Es kann deshalb bei Traumabelastungen und Suchterkrankungen und bei der Kombination von beiden Störungen besonders gut und nachhaltig wirkend eingesetzt werden. Das vielschichtige Geschehen von Traumakontexten, der individuellen und familialen Traumabelastung und Suchtdynamik wird mit unterschiedlichen Sichtweisen zu erfassen versucht und in einem kontinuierlichen Prozeß der Dialoge und *Polyloge* auf die individuellen Bedürfnisse einer Familie und deren Mitglieder zugeschnitten. Der neuromotorische und biopsychologische Ansatz bietet die Möglichkeit leiborientiert die „*Traumaphysiologie*“, chronifizierte Dysregulationen anzugehen, aber auch leibliche Synchronisationsphänomene für den kommunikativen Bereich zu nutzen. Der sozioökologische Ansatz der IT bietet mit der Orientierung auf das *Feld*, das Netzwerk und mit seinem Verständnis der Verschränkung von inneren und äußeren Wirksamkeiten, ihren wechselseitigen Bedingtheiten, erweiterte Perspektiven an. Er vermag durch therapeutische Angebote in ambulanten und stationären Settings, mit Interventionen „*vor Ort*“, z. B. in der Wohnung der Familie, oder familientherapeutischen Sitzungen im Rahmen von Klinik- und Wohngemeinschaftsaufenthalten eine Beeinflussung des „*belasteten Systems*“ zu ermöglichen. Er trägt dazu bei, Netzwerke am Rande des Burnouts zu stützen, der Erosion der Tragfähigkeit der Familie entgegenzuwirken und dem traumatisierten und abhängigen Patienten, dem jugendlichen Suchkranken und seiner traumabetroffenen Familie durch die Behandlung einen „*Konvoi*“ an die Seite zu stellen, der in der erforderlichen Karriere- und Lebenswegbegleitung (Petzold, Henschel 1991) zur Überwindung der Traumabelastungen, des süchtigen Verhaltens und zu seiner persönlichen Reorientierung beitragen kann.

Zusammenfassung:

In diesem Artikel werden einige wesentliche Grundzüge der INTEGRATIVEN FAMILIENTHERAPIE im Hinblick auf die Behandlung und Unterstützung von Familien und Netzwerken mit TRAUMAERFAHRUNGEN und SUCHTPROBLEMATIKEN aufgezeigt. Die Verbindung dieser Problematiken tritt vermehrt auf, weil Alkohol und Drogen als eine Art Selbstmedikation verwandt werden um PTSD-Symptomatik zu überwinden und schrecklichen Erinnerungen zu entkommen. Grundlage ist die Arbeit mit einzelnen Familienmitgliedern oder mit der Gesamtfamilie bzw. mit dem sozialen Netzwerk, wie wir sie mit unseren MitarbeiterInnen in Behandlungsangeboten für Patienten aus dem Bereich von Traumaopfern, Flüchtlingen und

Migranten aus verschiedenen Ländern in den Niederlanden, in Jugoslawien und dem ehemaligen Jugoslawien, insbesondere in der Traumaberatungsstelle von ATIP, Belgrad, aber auch im Kontext von Suchtberatung durchführen. Es wird der Weg beschrieben, von den metatheoretischen Ausgangspunkten und klinisch-diagnostischer Erhebung von Krankheitsstatus und Assessment der Lebenslage zu Zielen und zu einer konsistenten Praxeologie mit Methoden sozialer Netzwerkinterventionen und des Ressourcenmanagements zu gelangen.

Summary

This article presents core positions of INTEGRATIVE FAMILY THERAPY in the treatment and support of families and social networks with TRAUMA EXPERIENCES and ADDICTION PROBLEMS. The connection of these problems is found with some frequency as alcohol and drugs are serving as a form of „medication“ to cope with PTSD symptoms and to escape from horrible memories. The basis of this text is work with family members or with families as a whole and with social networks, as we offer it with our co-workers in programmes for refugees, migrants and trauma survivors from various countries in the Netherlands and Jugoslavia or former Jugoslavia, particularly in the Trauma Counselling and Treatment Center of ATIB, Belgrad, but also in counselling services for addicts. The way is described how to arrive from concepts of integrative metatheory and theory to clinical diagnostic and assessment of the life situation as well as to treatment goals and a consistent praxeology using methods of network intervention and resourcing.

Key words: Integrative Therapy, Family Therapy, Social Network Therapy, Addiction, Trauma

Literatur:

- Bäcker, G., Naegele, G. (1991): Zur Lebenslage älterer Arbeitnehmer in der BRD. In: Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1991): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz Verlag, S. 66 – 85.
- Bakhtin, M.M. (1981): The Dialogic Imagination: Four Essays. Holquist, M. (Hrsg.). Übers. Caryl Emerson, C., Holquist, M. Austin: Univ. of Texas Press.
- Beck, P. (1996): Persönliche Projekte. Heidelberg: Asanger.
- Bettinaglio, A. (1993): Integrative Bewegungstherapie und Aikido in der Behandlung psychiatrischer Patienten. *Integrative Bewegungstherapie* 2, 10-22.
- Bloem, J., Moget, P.&Reynders, K. (1999): Budo als therapeutisch middel in de lichaamsgerichte psychotherapie en de psychomotorische therapie: een beschouwing. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 302-318.
- Bloem, J., Moget, P. (2000): Budo en psychosociale effecten: feit of fictie? Een literatuur review. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Hückeswagen.
- Bosch, M. (1989): Die entwicklungsorientierte Familienetherapie, in: Bosch, M., Ullrich, W. Die entwicklungsorientierte Familienetherapie nach Virginia Satir. Paderborn: Junfermann.
- Boschker, M.S.J. (2001): Action-Based Imagery. On thr Nature of Mentally Imagined Motor Actions. Enschede: Print Partners Iskamp.
- Compernelle, T. (1982): Moreno ein unbekannter Wegbereiter der Familientherapie. *Integrative Therapie* 3, 166-172.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). Das Flow-Erlebnis. Stuttgart: Klett – Cotta.
- Ebert, W. (2001): Systemtheorie und Supervision. Opladen: Leske + Budrich.
- Flammer, A. (1990). Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Foa, E.B., Molnar, C., Cashman, L. (1995): Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal for Traumatic Stress* 8, 675-690.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD. In: Yehuda, McFarlane (1997) 410-424.

* Wegen des verdinglichenden Charakters des Begriffes „Fall“ und in Betonung des Faktums, daß die TherapeutInnen auch Teil des Therapieprozesses sind, verwenden wir den Begriff „Fallbericht“ nicht, sondern sprechen stattdessen von „Prozeßbericht“ oder „Prozeßbeispiel“.

- Frühmann, R. (1991): Spiele zwischen Eltern und Kindern die Bedeutung der Spielkultur in Familien. *Gestalt und Integration* 2, 29-41.
- Gallese, V. (2001): From Grasping to Language: Mirror Neurons and the Origin of Social Communication. Towards a Science of Consciousness Section 4: Vision and Consciousness -- Introduction. *CogNet Proceedings*.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. (1996): Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119, 593-60.
- Gibson, J. (1979): Senses considered as perceptual systems. Boston: Houghton Mifflin.
- Hackfort, D., Munzert, J., Seiler, R. (2000). Handeln im Sport als handlungstheoretisches Modell. Heidelberg: Asanger.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märtens* (1999a) 193-272.
- Heinl, P. (1986): Die Interaktionsskulptur, *Integrative Therapie* 1/2, 77-109.
- Heinl, P. (1988): Kontext und Kommunikation: Koordinaten des Genogramms. *Integrative Therapie* 4, 365-375.
- Hellinger, B. (1995a): Familien stellen mit Kranken. Lehrvideo (3 Bände und Begleitbuch). Heidelberg: Carl Auer.
- Hellinger, B. (1995b): "Wenn man den Eltern Ehre erweist, kommt etwas tief in der Seele in Ordnung". Ein Interview. *Psychologie Heute* 6, 22-26.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. A., & Monnier, J. (1995). Conservation of resources and traumatic stress. In: *Freedly, J. R., Hobfoll, S. E.* (Eds.): *Traumatic stress: From theory to practice*. New York: Plenum Press.
- Kahn, R. L., Antonucci, T. C. (1980): Convoys over the life-course: Attachments, roles and social support. In: *Baltes, P. B., Brim, O.* (Hrsg.): *Life-span development and behavior*, Vol. 3 (253-286). New York: Academic Press.
- Kelso, J.A.S. (1995): *Dynamic patterns. The self-organization of brain and behavior*. Cambridge, Massachusetts: MIT-Press.
- Kempler, W. (1976): *Gestalt-Familientherapie*. Stuttgart: Klett.
- Krohn, W. Küppers, G. (1992): *Emergenz: Die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Laireiter, A. (Hrsg.) (1993): *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Konzepte, Methoden und Befunde*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Lakoff, G., Nuñez, R. (2001): *Where Mathematics Comes from: How the Embodied Mind Brings Mathematics Into Being*. New York: Basic Books.
- Leemrijse, C. (2000): *Developmental Coordination Disorder: Evaluation and Treatment*. Enschede: Print Partners Iskamp.
- Luhmann, N. (1991): Wie lassen sich latente Strukturen beobachten ? In: *Watzlawick, P., Krieg, P.*, *Das Auge des Betrachters*. München: Fink, S. 61-74.
- Luhmann, N. (1992): *Beobachtungen der Moderne*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- McLeod, J. (1997): *Narrative and Psychotherapy*. London u.a.: Sage Publications.
- Mead, G.H. (1973): Bedeutung. Aus: *Steinert, H.* (Hrsg.) (1973): *Symbolische Interaktion*. Stuttgart: Verlag Ernst Klett, S. 316 – 322.
- Metzmacher, B.; Petzold, H.G., Zaepfel, H. (Hrsg.) (1995): *Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute* (Band I, Band 2 1996). *Praxis der integrativen Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (1996): *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Moreno, J.L. (1924): *Das Stegreiftheater*. Potsdam: Gustav Kiepenheuer. 2. Aufl. (1970): Beacon: Beacon House.
- Moreno, J.L. (1937): Intermediate (insitu) Treatment of the Matrimonial Triangle. *Sociometry* 1, 124-163.

- Moreno, J.L. (1940): Psychodramatic Treatment of Marriage Problems. *Sociometry* 3, 1-23.
- Moreno, J. L. (1946): Psychodrama. Vol. I. Beacon: Beacon House.
- Moreno, Z. (1951): Psychodrama in a wll-babyclinic. *Group Psychotherapy* 1-2, 100-106.
- Moreno, Z. (1973): Psychodrame d'enfant .Paris: Epi.
- Moreno, J.L., Moreno, Z., Moreno, J. (1963): The first psychodramatic family. *Group Psychotherapy* 1, 1-35.
- Moscovici, S. (1990). Social psychology and developmental psychology: extending the conversation. In: *Duveen, G., Social Representations and the development of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press. S. 164-185.
- Moscovici, S. (2001). *Social Representations. Explorations in Social Psychology*. New York: New York University Press.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999). Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik - Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie Integrative Therapie 2-3, 187-250.
- Müller, L., Petzold, H.G., (2001). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven.(Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2001.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002b): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, Integrative Therapie 1.
- Norcross, J., Goldfried, M. (Hrsg.) (1992): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Nuñez, R. Freeman, W.J. (2000): *Reclaiming Cognition: The Primacy of Action, Intention and Emotion*. New York: Imprint Academic.
- Orth, I. (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 15/2002, auch in Integrative Therapie 4, 2002.
- Osten, P. (2000²): *Die Anamnese in der Psychotherapie*. München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Papousek, H. (1991): *Early human movements: Heritage and chance*, Inauguralvorlesung, Vrije Universiteit Amsterdam. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- Papousek, H., Papousek, M. (1981): Intuitives elterliches Verhalten im Zwiegespräch mit dem Neugeborenen. *Sozialpäd. Prax. Klin.* 3, 229-238.
- Papousek, H., Papousek, M. (1982): Die Rolle der sozialen Interaktionen in der psychischen Entwicklung und Pathogenese von Entwicklungsstörungen im Säuglingsalter. In: *Nissen, G. (Hrsg.), Psychiatrie des Säuglings- und des frühen Kleinkindalters*. Bern: Huber. S. 69-74.
- Papousek, H., Papousek, M. (1983): Biological basis of social interactions: Implications of research for an understanding of behavioural deviance. *J. Child. Psychol. Psychiatr.* 24, 117-129.
- Papousek, H., Papousek, M. (1991): Frühmenschliche Kommunikation: Biologisches Erbe und Entwicklungspotential. In: *Viebrock, H., Holste, U. (Hrsg.), Therapie, Anspruch und Widerspruch, Bremische Evangelische Kirche, Bremen*, S. 70-83.
- Papousek, H., Papousek, M. (1992): Early integrative and communicative development: Pointers to humanity. In: *Emrich, H.M., Wiegand, M. (eds.): Integrative biological psychiatry*. Berlin: Springer. S. 45-60.
- Petzold, H.G. (1969b^{*}): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Inst. St. Denis. Auszugsweise dtsh. in: *Petzold (1988n)* 455-491.
- Petzold, H.G. (1971c). Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: *Birdwood, G. Willige Opfer*. Rosenheim: Rosenheimer Verlag. S. 212-245.
- Petzold, H.G. (1971b). Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.
- Petzold, H.G. (1971e): Behaviourdrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas. Ref. auf der I. Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Modifikation und Therapie des Verhaltens. München 20.-23. Juli. In: *Samenspel* 6/7 (1975) 139-146.

* Die Siglen hinter den Jahreszahlen beziehen sich auf die Gesamtbibliographie von H. G. Petzold in 2002a.

- Petzold, H.G.* (1973f). Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen. In: *Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1973c): *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*. Paderborn: Junfermann. S. 271-289.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1974b): *Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen*. Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. (1983): Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie. D. Klotz.
- Petzold, H.G.* (1974j). *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann. 5 Aufl. (1998).
- Petzold, H.G.* (1976g). Vorwort zu: W. Kempler, *Gestalt-Familientherapie*. Stuttgart: Klett.
- Petzold, H.G.* (1979c): Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 "sozialen Atomen" alter Menschen. *Integrative Therapie* 1/2, 51-78.
- Petzold, H.G.* (1979k): *Psychodrama-Therapie*. Paderborn. Junfermann. 2. Aufl. (1985).
- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (1980g): *Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung*. Paderborn: Junfermann. S. 223 – 285.
- Petzold, H.G.* (1982v): An integrated model of identity and its impact on the treatment of the Drug addict. Proceedings of the 12th Int. Conf. on Drug Dependence, 22.-26.3.1982, Bangkok. International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne/Genf 1982, 260-276.
- Petzold, H.G.* (1985a): *Mit alten Menschen arbeiten*. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G.* (1981f). Grundfragen der menschlichen Kommunikation im Lebensverlauf, *Gestalt-Bulletin* 1/2, S. 54-69; repr. in: *Petzold, Stöckler* (1988) 47-64.
- Petzold, H.G.* (1987a): Puppen und Puppenspiel in der Integrativen Therapie mit Kindern. In: *Petzold, Ramin* (1987) 427-490.
- Petzold, H. G.* (1988n): *Integrative Bewegungen und Leibtherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1993i): Zur Integration motopädagogischer, psychotherapeutischer und familientherapeutischer Interventionen in der Arbeit mit geistig Behinderten. In: *Koch, U., Lotz, W., Stahl, B.* (Hrsg.). (1994): *Die psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen*. Bern: Huber. S. 226-240.
- Petzold, H.G.* (1994h): *Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen*. *Drogalkohol* (Schweiz) 3, 144-158.
- Petzold, H.G.* (1994j): *Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (1995a): *Weggeleitet und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie*. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- Petzold, H.G.* (1995b). *Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung*. Düsseldorf: Fritz Perls Institut und in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1996) Bd. II, S. 143-188.
- Petzold, H.G.* (1995e). *Integrative Eltern- und Familientherapie bzw. -beratung (IFT) - einige Kernkonzepte*. In: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel*, Bd. II, 189-199.
- Petzold, H.G.* (1996k): *Der-Andere-das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuell Lévinas (1906-1995)*. *Integrative Therapie* 2-3, 319-349.
- Petzold, H.G.* (1997c): *Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance?* In: *Sticht, U.* (Hrsg.) (1997): *Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch*. Freiburg: Lambertus. 57-115.
- Petzold, H.G.* (1997p): *Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung*. *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.
- Petzold, H.G.* (1998a). *Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis*. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G.* (2000g): *Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology*. *Integrative Therapie* 2/3, 367-388.
- Petzold, H.G.* (2000h). *Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III, 2000)*. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 01/2002.
- Petzold, H.G.* (2001a). *Integrative Therapie – Das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Ein „life-span developmental approach“*. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H.G.* „et al.“ (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 04/2001 auch in: *Integrative Therapie* 4/2002.
- Petzold, H.G.* (Hrsg.) (2001i): *Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte.* (Bd1, Bd. 2, 2002). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G.* (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, polylogischem SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm-POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit-03/2001.
- Petzold, H.G.* (2001m): Trauma und “Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“ 4, 344-412, auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002).
- Petzold, H.G.* (2001p): -Transversale Identität und Identitätsarbeit. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie. Düsseldorf/Hückeswagen, bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm-POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit-10/2001.
- Petzold, H.* (2002a). *Integrative Therapie.* 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H. G.* (2002b): *Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“.* Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002.
- Petzold, H.G.* (2002c): POLYLOGE und die „Würde des Differenten“: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Integrative Wege zu gerechter Praxis - Perspektiven „klinischer Philosophie“. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2002.
- Petzold, H.G.* (2002g): Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 05/2002.
- Petzold, H.G.* (2002h): „Klinische Philosophie“ – Menschen zugewandtes Lebenswissen von Natur und Kultur. Über die Quellen der Integrativen Therapie, Einflüsse und ReferenztheoretikerInnen: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 06/2002.
- Petzold, H.G.* (2002j): Der – informierte Leib embodied and embeded in Kontext/Kontinuum. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm-POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002.
- Petzold, H.G.* (2003a): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 01/2003
- Petzold, H.G.* (2003c): Aggression. Perspektiven Integrativer Therapie – Impulse zu Diskursen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - **01/2002.**
- Petzold, H.G.* (2003e): MENSCHENBILD UND PRAXEOLOGIE. 30 Jahre Theorie-und Praxisentwicklung am-Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (1972/2002). In: *Gestalt* (Schweiz) Heft 46 Teil I, 47 Teil II, 48 Teil III.
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold* (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.* (1993c): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. I: Frühe Schäden, späte Folgen. Paderborn: Junfermann. *Petzold* (1993c) 173-266.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A.* (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: *Petzold* (2001a) S. 277-355.

- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W. (1994): Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg: Lambertus. S. 89-105.
- Petzold, H.G., Hentschel, U. (1993): Drogenarbeit und Suchtkrankenhilfe an FPI und EAG - Konzepte, Innovation, Interventionen, Weiterbildung, Supervision. In: Petzold, Sieper (1993a) 619-633.
- Petzold, H.G., Kirchmann, E. (1990): Selbstdarstellungen mit Ton in der Integrativen Kindertherapie. In: Petzold, H.G., Orth, I. (1990): Die neuen Kreativitätstherapien. Paderborn: Junfermann, Bd. II, 933-974.
- Petzold, H. & Mathias, U. (1982): Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2002c): Gerontotherapie und ihre Wirkung – Methoden und Ansätze. *Integrative Therapie* 2.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4, 340-391.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Ramin, G. (1987): Schulen der Kindertherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2002): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden und Praxis. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Scheiblich, W., Thomas, G. (2000): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. (Hrsg.) (2000): Suchtmedizin. München u. Jena: Urban & Schwarzenberg. S. 322-341.
- Petzold, H.G., Schlippe, A. von (1990): Editorial. Die Familie und das schwerkranke Mitglied. Therapeutische Hilfen für Fatum-Familien. *Integrative Therapie* 4, 271-275.
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1991): Selbsthilfe und Psychosomatik. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde.. Paderborn: Junfermann. 2. Aufl. (1996).
- Petzold, H.G., Stöckler, M. (Hrsg.) (1988): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. *Integrative Therapie Beiheft* 13. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Thomas, G. (1994): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Vormann, G. (Hrsg.) (1980): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.: Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Zander, B. (1985): Stadtteilarbeit mit alten Menschen - ein integrativer Ansatz zur Verhinderung von Segregation. In: Petzold (1985a) 159-201.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (2001): Eine andere Psychodynamik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Rau, H. (1982): Das diagnostische Elterngespräch beim Hausbesuch als Teil einer familienorientierten Diagnostik. *Gestalt-Bulletin* 1, 94-117.
- Rau, H. (1996): Familienorientierte Behandlung in der Integrativen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Metzmacher et al. (1996) 401-434.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3, 131-141.
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., Gallese, V. (2000): Mirror neurons: Intentionality detectors? *Int J Psychology* 35, 205-205.

- Rizzolatti, G., Fogassi, L., Gallese, V. (2001): Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Review Neurosciences* 2, 661-670.
- Röhrle, B. (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Psychologische Bedeutungsvarianten und Perspektiven. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Robins, L.N., Rutter, M. (1990): Straight and devious pathways from childhood to adulthood. London: Oxford University Press.
- Roth, S. (1993): Aikido mit Drogenabhängigen. *Integrative Bewegungstherapie* 2, 23-28.
- Rowan, J., Cooper, M. (eds.) (1999): The plural self. Multiplicity in everyday life. London: Sage.
- Rutter, M. (1994): Continuities, transitions, and turning points in development. In: Rutter, M., Hay, D. (Eds.) (1994): Development through life. Oxford: Blackwell.
- Salzinger, S. (1990): Sozial networks in child rearing and child development. *Annals of the New York Academy of Sciences* 602, S. 171-188.
- Satir, V. (1973): Familienbehandlung. Freiburg: Lambertus.
- Satir, V. (1975): Selbstwert und Kommunikation. München: Pfeiffer.
- Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Stuttgart Kohlhammer.
- Schank, R.C., Abelson R.P. (1977): Scripts, plans, goals and understanding. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Schneider, K. (1983): Familientherapie in der Sicht der therapeutischen Schulen. Paderborn: Junfermann.
- Schust, G. H. (2000): Human Performance Management. Leonberg: Rosenberger Fachverlag.
- Sieper, J. (2001): Das behaviorale Paradigma im „Integrativen Ansatz“ klinischer Therapie, Soziotherapie und Agogik: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama und Transfertraining. *Integrative Therapie* 1, 105-144.
- Sieper, J. Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“– Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie: Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2002.
- Stamenov, M., Gallese V. (2002): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. New York, Amsterdam: John Benjamins.
- Starr, A. (1977): Psychodrama rehearsal for living. Chicago: Nelson-Hall.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Stephenson, G.M. (Hrsg.) (1996): Sozialpsychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Thelen, E., Smith, L.B. (1994): A dynamic systems approach to the development of cognition and action. Cambridge: MIT Press.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress: Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann.
- van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Streß, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie* 3 374-428.
- Wittkuhn, K., Bartscher, T. (2001): Improving Performance. Neuwied: Luchterhand.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C. (eds.) (1997): Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. New York: The New York Academy of Sciences.