

# POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

### In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 04/2000

## Psychotherapie der Zukunft — Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie<sup>1</sup>

*Hilarion Petzold*<sup>\*</sup>, Düsseldorf/Amsterdam<sup>2</sup>

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen. <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Die Arbeit hat die Siegle 1999p. Erschienen in: *Integrative Therapie* 4/99, Seite 338-393

# Psychotherapie der Zukunft — Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie<sup>1</sup>

*Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam<sup>2</sup>*

*An der Schwelle zum nächsten Millennium ist es naheliegend, über die „Psychotherapie der Zukunft“ nachzudenken, was auch immer mit einem Nachdenken über Vergangenheit und Gegenwart der Psychotherapie verbunden sein muss, wenn man in den Diskursen (Foucault) des Wissens und im Meer der Komplexität der Modernisierungsprozesse hinlänglich sicher navigieren will. Der Deutsche Psychologentag in Würzburg hatte 1998 dieses Thema für sein Abschlussforum aufgeworfen, „am Vorabend“ des bundesdeutschen Psychotherapiegesetzes. Der vorliegende Text, als Referat auf dem Abschlussplenum gehalten, ist als ein vom Zeitgeschehen getöntes Dokument zu sehen, dessen Plädoyer für eine korrespondierende, d.h. diskursive, kollegiale und kritische Kultur der Psychotherapie als Humantherapie mit einer evidenzbasierten Orientierung das letzte Heft im letzten Jahrgang dieses Millenniums abschließen soll.*

## 1. Ein Kontext von Machtspielen: ärztliche und psychologische Psychotherapie

Die Psychotherapie ist gegenwärtig in einen Kampf um Macht, Rechte, Glaubensfragen und Territorien hineingeraten<sup>3</sup>, dessen Verlauf, Begleitumstände und Ausgang ihre Qualität und Charakteristik auf Jahre, Jahrzehnte wohl, bestimmen werden. Unter einer *Foucaultschen* Perspektive<sup>4</sup> muss man sagen, dass die fachlichen und zwischenmenschlichen Diskurse von Freiheit, Emanzipation, Kollegialität<sup>5</sup> — Kernanliegen jeder Psychotherapie und Supervision<sup>6</sup> — derzeit eingeschränkt werden, bedroht sind und die „Sorge um das Patientenwohl“, das „Streben nach wissenschaftlichem und fachlichem Fortschritt“ und die „Pfleger einer qualitätsvollen und kollegialen Professionalität“ in den Hintergrund treten — und das ist nicht gut für die Zukunft der Psychotherapie. Deshalb will ich mich mit diesem Kontext näher befassen.

Die „Psychotherapie der Zukunft“ ist eng mit der Frage nach der „Zukunft der Psychotherapie“ verbunden. Wie *Goethe* in den *Annalen* deutlich gemacht hat, gilt: „Man kann eigentlich Zukunft nur gewinnen durch Reflexion von Vergangenheit.“ Und ich möchte hinzufügen: durch Reflexion von Gegenwart. Welche Zukunft Psychotherapie hat oder was die Psychotherapie der Zukunft sein wird, d.h. wie

wir — die PsychotherapeutInnen — sie gestalten werden, hängt wesentlich damit zusammen, wie die Vergangenheit gestaltet wurde und wie die Gegenwartssituation gestaltet wird! Und wir sehen ja, wie massiv die Beeinflussung unserer jetzigen Gegenwartssituation der gesetzlichen Regelungen und Verteilungskämpfe der Schulen sich auf die Entwicklung des psychotherapeutischen *Feldes*<sup>7</sup>, der psychotherapeutischen Landschaft auswirkt. Ich denke an die Gesetzesregelungen, nicht nur in Deutschland, die Gesetzesvorbereitungen in der Schweiz, das österreichische Psychotherapiegesetz, davor das italienische Gesetz, das niederländische, das wieder einen anderen Akzent bringt, die Regelungen in Großbritannien. All dieses wirkt ja auf uns, die PsychotherapeutInnen, und auf die Psychotherapie, und oftmals wird dabei auch dieser breite *europäische Rahmen* übersehen. Als Ordinarius für Psychologie an der Freien Universität Amsterdam habe ich eine europäische Perspektive. Es gab in Deutschland unter den psychologischen Kolleginnen und Kollegen Verbände, die gebannt darauf fixiert waren, ein Gesetz „um jeden Preis“ zu bekommen, eine leistungsrechtliche Regelung, ein Berufsgesetz, möglichst mit einem hohen Sicherheitspotential. Dabei war und ist man aus Angst in den Machtspielen und Territorialkämpfen der Professionen bereit, den eigenen Berufsstand, die eigene Identität als Psychologen hintanzustellen und eine *Zwangsehe* mit der Ärzteschaft einzugehen — die bekanntlich auch die Ärzte letztlich nicht wollen — zu Lasten der Psychotherapie, wie ich meine. Ich persönlich, als ich im September 1998 gehört habe, dass die Ärzte aus den beabsichtigten Regelungen „aussteigen“ wollten, habe mir gesagt: „Gott sei Dank! Wenigstens sind die vernünftig genug, eine solche Zwangsehe nicht einzugehen!“ Wenn, sollte man so etwas *im guten Konsens* tun, denn nur daraus kann fruchtbare Kooperation erwachsen, aber doch nicht so! Letztendlich ist es anders gekommen — und die Folgen werden bitter werden. Was nämlich in deutscher Gründlichkeit der Verrechtlichung und ärztlicher Standespolitik geschehen wird, ist absehbar: eine „subordinative Integration“ — und um eine solche handelt es sich *de facto* doch. Das bedeutet: die psychologische Psychotherapie über Jahrzehnte unter die Bedingungen des medizinischen Modells zu stellen, mit gravierenden Auswirkungen für die Zukunft der klinischen Psychologie und psychologischen Psychotherapie. Eine *Psychologische Psychotherapie* — es gibt natürlich nicht nur die Psychologische Psychotherapie, auch das ist völlig klar — eine Psychologische Psychotherapie also muss *in ihrem eigenen Recht* und in ihrem eigenen Freiraum arbeiten, denn nur so kann sie sich entwickeln und ihren Beitrag zum **Gesamtbild einer professions- und schulenübergreifenden Psychotherapie** leisten, und nur so wird sie die möglichen Beiträge, die aus der *ärztlichen Psychotherapie* kommen, aufnehmen können. Nur so werden beide *communities* zu einer *übergreifenden Dis-*

*ziplin und Praxis* „Psychotherapie“ finden können, die korrespondierend, d.h. diskursiv und kollegial, ihre Proprien definiert und entwickelt. *Diskurs* bedarf einer *Souveränität* und *Parrhesie*, d.h. der „wahrhaftigen Rede“ der am Diskurs beteiligten Subjekte und *communities*<sup>8</sup>. Die psychologische „*scientific and professional community*“ kann und muss in Ko-respondenz mit der nichtpsychologischen und der ärztlichen Psychotherapie arbeiten und könnte aus solch „transdisziplinärer Kooperation“ auch sicher Fruchtbare schaffen, aber bestimmt nicht mit einer solchen Einschränkung ihrer Bewegungsspielräume. In der Anbindung auf Jahrzehnte an ein dominierendes „medizinisches Modell“, wie immer sich dieses auch entwickeln wird, wird das „psychologische Modell“, das mit der *Gesundheitspsychologie* die Dimensionen von Gesundheit und Wellness<sup>9</sup> und mit der Sozialpsychologie<sup>10</sup> die Sozialität viel stärker und auch in anderer Weise einbezieht<sup>11</sup> als die traditionelle Medizin, in Zukunft an einer solchen Zwangsehe heftig leiden — letztlich auch die ärztliche Psychotherapie, die von der Psychologie stets wichtige Impulse erhielt. Natürlich muss man fragen, wie es dazu gekommen ist. Und die Frage nach der Gegenwart impliziert immer die Frage nach der Geschichte. Ich habe da einige Aspekte angedacht, die mir wichtig erscheinen, um die Frage nach der Zukunft besser angehen zu können, Aspekte in der Geschichte des psychotherapeutischen Feldes.

## 2. Disunity, Konflikte, Spaltungen

Die Themen „Konflikte“ und „Spaltung“ haben in der psychotherapeutischen Theoriebildung eine gewichtige Tradition, von *Freud* bis *Kohut*, von *Perls* bis *Petzold*. Dabei war das Feld der Psychotherapie selbst stets recht uneins und zerspalten. Zwar braucht der wissenschaftliche und klinisch-fachliche Diskurs *Auseinandersetzung*, um sich entwickeln zu können — wie z.B. zwischen Gestalttherapie und Integrativer Therapie' — und um sich wieder als kooperierende Verfahren *zusammensetzen* zu können. Aber der Streit überwog — das sollte zu denken geben. Was haben diese Themen mit den Psychotherapeuten zu tun, mit ihrer Praxis des Umgangs miteinander, mit den vielen Spaltungs- und Fragmentierungsphänomenen, die man im psychotherapeutischen Feld findet? Einigen Punkten will ich nachgehen.

### 2.1 Spaltungen zwischen Berufsgruppen

Ich möchte als ersten Punkt die Aufsplitterung dieses Feldes selbst in eine *ärztliche Psychotherapie*, eine *psychologische Psychotherapie* und

eine *nichtpsychologische Psychotherapie* noch einmal ins Bewusstsein rufen. Die nichtpsychologische Psychotherapie wird von Psychologen leider meistens mit den gleichen Stigmatisierungen und Ausgrenzungstendenzen bedacht wie die Psychologische Psychotherapie von ärztlichen Psychotherapeuten und den standespolitischen Vertretern der Ärzte<sup>13</sup>. Und man muss hier, wenn man das ein bisschen nüchtern anschaut, fragen: Warum denn? Nicht nur die Psychologie ist Quelle der Psychotherapie, nicht nur die Medizin, sondern es gibt auch andere Human- und Sozialwissenschaften. Und wenn man dann in die Psychotherapieforschung hineinschaut — das ist ja meistens amerikanische Forschung — sieht man, dass in ganz vielen Studien, die positiv im Ergebnis sind, klinische Sozialarbeiter Therapeuten waren (MSW, Masters of Social Work) oder Erziehungswissenschaftler (EdDs, Educational Doctors). Das ist ja nicht nur durch die Consumer-Report-Studie<sup>14</sup> dokumentiert. Man braucht einfach die Studien, die *Graue* (et al. 1994) ausgewertet haben, anzusehen, dann stellt man fest, dass offenbar effektive Psychotherapie auch von anderen Berufsgruppen gemacht werden kann als von Psychologen. Ich denke, das sollten wir als Psychologen reflektieren und auch unsere Berufspolitik einmal daraufhin betrachten. Denn *Psychotherapie* als Profession leidet an dieser Aufsplitterung des psychotherapeutischen Feldes in eine ärztliche, eine psychologische und eine nichtpsychologische — sagen wir „humanwissenschaftliche“ — Community. Wir bekommen aus diesem Grunde für die Psychotherapie keine schlagkräftige Professional Community. Der Begriff der „Professional Community“<sup>15</sup> ist parallel gebildet zu dem der „Scientific Community“ (*Kuhn*). Und Professional Communities haben im „Feld“, im „Markt“ nur Kraft, wenn sie sich potent, klar, eindeutig profilieren und ihre Interessen auch gemeinschaftlich vertreten. Wenn ich die Geschichte des Psychotherapeutengesetzes von der Psychiatrie-Enquete 1975, vom ersten Hearing 1978 bis heute betrachte — ich war dabei, ich war in all diesen 25 Jahren berufspolitisch aktiv —, wenn ich all das betrachte, was geschehen ist und wie es geschah, denke ich, eines der größten Hindernisse für ein angemessenes Gesetz war die Uneinigkeit des psychotherapeutischen Feldes. Amerikanische Therapieforscher sprechen von der „*disunity*“ des Feldes (*A. Mahrer*) oder sogar von seiner „Balkanisierung“. Dieser Ausdruck wurde von *W. Bevan*<sup>16</sup> vor dem Balkankrieg geprägt! Man muss sich nicht wundern, dass bei einer solchen Lage nichts weitergeht oder die richtige Richtung verfehlt wird.

Wir waren seinerzeit [1979] wegen eines Psychotherapeutengesetzes mit einer Gruppe von Leuten (Ärztinnen, Psychologen, Sozialwissenschaftler) bei Frau *Schleicher* im Ministerium gewesen, und die beiden Ärztinnen und ich als Professor an einer medizinischen Interfakultät haben sich vorgestellt, und da hat sie gesagt: „Ja, mit Ärzten

kann man reden." Die psychologischen Kollegen verstummten nach diesem „Mit Ärzten kann man ja reden!“. Sie hat dann sehr deutlich gesagt: „Ja, solange das Chaos dort [bei den Psychologen und Psychotherapeuten] herrscht, wird da auch nichts gehen!" Nun hat Frau *Schleicher* eine spezifische Position gehabt, das muss man durchaus sehen. Sie hatte wohl auch einen Bias persönlicher Art, das zeigt diese Aussage, und trotzdem ist daran natürlich etwas wahr.

Solange ärztliche und psychologische und nichtpsychologische Psychotherapeuten kein *Konsensmodell* finden — und zwar nicht nur unter dem Druck aktuell anstehender oder vollzogener gesetzlicher Regelungen, sondern aus wechselseitiger Wertschätzung ihrer Kompetenzen und aus Engagement für eine *gemeinsame Profession, die Psychotherapie* —, so lange bleibt die Position schwach und schwächt sich das Feld durch die Politik wechselseitiger Abwertung nach innen und außen. Wer soll ein solches verstrittenes Feld ernst nehmen? Eine diskursive Kultur und Konsensmodelle wären eigentlich ein Desiderat für die Jahrzehnte von Psychotherapiegeschichte als Geschichte der „Glaubenskämpfe“ zwischen den „Konfessionen“<sup>17</sup>, „Schulen“ und „Berufen“ gewesen<sup>18</sup>. Solange es keine Ko-respondenzen<sup>19</sup> mit hinlänglichen Einigungen zwischen den konkurrierenden Gruppen darüber gibt, worum es in der Psychotherapie geht und wie sie im Bereich der Heilkunde implementiert wird, so lange wird es auch schwierig bleiben, die *Profession Psychotherapie*, die sicher ein übergreifendes Moment hat und aus unterschiedlichen Professionen und Orientierungen gespeist wird — Psychologen, Nicht-Psychologen, Ärzte — wirklich so zu vertreten, wie es ihr zukommt. Hinzu kommt dann, dass bei einer solchen „*disunity of the field*“ für eine übergreifende Disziplin auch keine übergreifende, starke „Scientific Community“ entstehen kann. Psychotherapie — dies ist meine Meinung und eine Aussage für ihre Zukunft — braucht ihre eigene „*Scientific Community*“, um eine „*evidence based practice*“<sup>20</sup> zu entwickeln. Nicht nur psychologische, klinisch-psychologische Psychotherapieforschung<sup>21</sup>, die wahrscheinlich das Kernfeld ausmacht, ist erforderlich, sondern auch die klinischen Sozialwissenschaften, die Neurowissenschaften und die großen Bereiche psychiatrischer und psychosomatischer Forschung und Praxis müssen im Felde der Psychotherapie in der Theoriebildung und Methodenentwicklung mitwirken können. Nur so kann eine konsistente und innovative „*Scientific community*“ und eine „*Community of Practitioners*“ mit der *Kultur*<sup>22</sup> einer „fundierten Kollegialität“<sup>23</sup> *aufgebaut* werden und eine „*Feld- und Kulturentwicklung*“<sup>24</sup> (analog zu Organisationsentwicklung und -kultur verstanden) erfolgen, durch die wir für unsere Patienten, aber auch für unsere eigene Kompetenz und Performanz das Beste, was gerade im Feld *evidenzbasiert* und *ko-respondenzbasiert* vorhanden ist, auch nutzen können.

Nun ist es ja nicht gerade das Wesen des Menschen, dass er stets aus Vergangenen lernt. Aber zumindest kann er gewisse Einsichten haben, die dazu führen, dass er seine Handlungsweisen verändert oder weiteres dysfunktionales Handeln zumindest mit einem schlechten Gewissen tut. Ich möchte deshalb an dieser Stelle dafür eintreten, dass um der *Zukunft der Psychotherapie* willen Psychologen und psychologische Fachverbände, Berufsverbände und Psychotherapieverbände von Ärzten und Nichtpsychologen versuchen, diese Berufsgruppenkriege und den Schulenkampf zu überwinden - das schließt fairen Streit in fachlichen Fragen nicht aus. Denn selbst mit dem „Psychotherapiegesetz“ werden aufgrund der bestehenden Bundesverwaltungsgerichtsurteile die „Heilpraktischen Psychotherapeuten“ auch weiterhin arbeiten. Mit der Perspektive - die durchaus zu denken ist -, dass die Psychotherapie oder wesentliche Bereiche von ihr aus der Regelversorgung herausfällt oder auch ein großer Teil von Psychologen, die nicht in den Richtlinienverfahren ausgebildet sind, keine Kassenleistungen erhalten werden oder solche, die eine Richtlinienausbildung haben, keine Niederlassung bekommen, ist zu berücksichtigen, dass der „Markt“, das „Feld“ der Psychotherapie neben den Ärzten auch von den nichtpsychologischen Psychotherapeuten bestimmt werden wird. Da sollten wir uns keine Illusionen machen. Und es geht auch nicht an, dass man sagt: „Na gut, die machen schlechtere Psychotherapie!“ Das ist wettbewerbsrechtlich problematisch und wissenschaftlich nicht begründbar. Wir haben gerade eine Studie<sup>25</sup> laufen, an der qualifiziert ausgebildete nichtpsychologische und psychologische Psychotherapeuten als Behandler mitarbeiten, und da finden sich keine signifikanten Unterschiede. Ich meine also, dass wir eher nach dem „Konsensusmodell“ versuchen sollten, auch mit anderen akademischen Berufsgruppen, die Psychotherapie ausüben (Ärzte, Diplompädagogen, Diplomsoziologen), in Kontakt zu kommen, zumal die schulengebundenen Psychotherapieverbände und die sich jetzt abzeichnenden schulenübergreifenden Bewegungen unter diesen Psychotherapieverbänden - ich erwähne die „Schweizer Psychotherapiecharta“<sup>26</sup> genauso wie die Situation in Österreich oder hierzulande die AGPF<sup>27</sup> - ein interessantes Entwicklungspotential haben. Wo verschiedene Berufsgruppen und unterschiedliche Schulen da sind und zusammenkommen - selbst wenn es unter dem Druck der Situation von Gesetzesvorhaben oder -regelungen geschieht, dass diese Schulen in Dialog kommen -, entsteht auch die Chance, dass sie innovative schulenübergreifende Konzepte und Modelle entwickeln. Die Aufsplitterung des psychotherapeutischen Feldes muss aktiv von allen beteiligten Berufsgruppen, Schulen und Richtungen im Sinne eines Konsensusmodelles angegangen werden, weil wir nur dann diese Disziplin, diese Wissenschaft und Praxis, diese Profession, dieses Feld und diesen Markt optimal strukturieren

können, und wir nur dann zu *guten, fairen Konkurrenzen* kommen, nicht zu destruktiven, und Konkurrenz — eine Binsenweisheit — belebt das Geschäft. Diese Perspektive aber muss noch überschritten werden, denn wir haben es in der Psychotherapie auch mit Populationen zu tun, mit vielen, vielen Menschen, die für frei finanzierte Therapien nicht in Frage kommen, weil sie kaum finanzielle Möglichkeiten haben und ihre Situation desolat ist. Konkurrenzgerangel wird hier nichts lösen können, vielleicht aber regionale Kooperationen von Psychotherapeuten gegenüber Kostenträgern und Kommunen. In Regionen wie München, Zürich, Köln, wo wir ein Überangebot von Psychotherapeuten haben, wird am besten gemeinsam darüber nachgedacht werden müssen, in welcher Weise man Hilfsmöglichkeiten *für* diese Patientengruppen und *mit ihnen* erschließt und wie man den „freien Markt“ der Selbstzahler positiv nutzen kann. Eine in Berufsgruppen und Schulenzugehörigkeiten zersplitterte Profession wird wenig Innovationskraft und Durchsetzungsvermögen für sich und die ressourcenschwachen Patienten sowie wenig Erfolg im „Markt“ der ressourcenstarken Klienten haben.

## 2.2. *Der „split“ zwischen Theoretikern und Praktikern, Forschern und Klinikern — ein Hindernis für eine korrespondenzbasierte und evidenzbasierte Psychotherapie*

Eine weitere für die Zukunft der Psychotherapie nachteilige Situation, neben der der Zersplitterung in Schulen und Berufsgruppen, auf die ich hinweisen möchte, ist die Aufteilung des psychotherapeutischen Feldes in *Theoretiker* und *Praktiker, Forscher* und *Kliniker*<sup>28</sup>. Der Bruch zwischen der universitären Forschung und Lehre und der Lehre von Psychotherapie durch Psychotherapieverbände und die von ihnen getragenen Institute, die untereinander oft in einem permanenten Gegeneinander stehen, die aber auch hin zur universitären Forschung und Lehre sich in einer konfrontativen Position oder in einer ignorierenden Position befinden — dieses Gegeneinander statt eines korrespondierenden Miteinanders ist für das ganze Feld und für unsere Profession, die Psychotherapie, schädlich. Es werden hier Dialoge stattfinden müssen, ein Austausch, der Entwicklungen, der Qualität möglich macht. Auch zwischen den beiden großen Gruppen der Praktiker, die untereinander auch nicht sehr gut verbunden sind, nämlich die in freier Praxis niedergelassenen Psychotherapeuten und jene, die in klinischen und rehabilitativen Einrichtungen sowie in Beratungsstellen arbeiten, müssen Gespräche — fachlicher und berufspolitischer Art — stattfinden. Weil diese Gruppen so unverbunden sind, können sie berufspolitisch gar nicht an einem Strang ziehen



bzw. die einen ziehen gegen die anderen. Man sieht das daran, wie Übergangsregelungen gestaltet werden, wie schwierig es für Kolleginnen und Kollegen ist, die jahrelang in klinischen Einrichtungen erfolgreich arbeiten, hier eine Lücke zu finden. Die freie Wahl der Berufsausübung wird eingeschränkt, wenn ich nicht von der Klinik in die freie Praxis wechseln kann, wie das bei anderen Berufen (z.B. Anwälten) möglich ist.

Weiterhin muss die vielfache Zerspaltenheit des Feldes der Psychotherapeuten zur universitären Lehre und Forschung hin, der Hiatus zwischen Klinikern und Praxikern überdacht werden, und hier müssen Probleme konkret angegangen werden. Das geht m.E. nicht, wie es leider durch einige Professorenkolleginnen und -kollegen zum Teil geschieht, in einer undialogischen Top-down-Bewegung nach dem Motto: „Wir machen die Forschung und sagen euch, wo es langgeht!“ Dann muss man sich natürlich nicht wundern, dass die Forschungsergebnisse nicht zur Kenntnis genommen werden<sup>29</sup>. Ohne die Zurkenntnisnahme und die praxeologische Umsetzung der *Evidenz* von Forschungsergebnissen wird aber die Zukunft einer *evidenzbasierten* Psychotherapie nicht so gut aussehen.

Seit dem Aufkommen der „Evidence Based Medicine“<sup>30</sup> als „Prozess des systematischen Suchens, Bewertens und Nutzens von neuen Untersuchungsergebnissen für klinisches Handeln“<sup>31</sup> ist eine Brücke zwischen Wissenschaftlern und Praktikern begehbar, die auch für die Psychotherapie, ja für alle helfenden Berufe neue Perspektiven eröffnet<sup>32</sup>. Dass dieser Zug fährt, zeigt das Entstehen von Informationslinien, Fachpublikationen wie „*Evidence-Based Mental Health*“. Weil die Forschung beständig neue und relevante Ergebnisse hervorbringt, ist für die Zukunft der Psychotherapie die permanente Nutzung dieser Ergebnisse zum Patientenwohl ein „Muss“, aus ganz ähnlichen Gründen, wie sie für die Medizin geltend gemacht wurden: (1) Wissenschaftliche Untersuchungen generieren täglich neue Fakten, die bedeutsame Veränderungen in der Patientenbehandlung nach sich ziehen; (2) Praktizierende Ärzte - und das gilt sicher auch für psychologische Therapeutinnen - bleiben meistens nicht auf der Höhe des neuen Wissen in ihren Fachgebieten, was (3) zur Folge hat, dass die Qualität der Behandlungen mit der Zeit immer weiter sinkt, und (4) Nachschulungen allein die klinische Kompetenz nicht verbessern<sup>33</sup>.

Bislang war die Psychotherapie wesentlich „*opinion-based*“, gegründet auf die klinische Erfahrung und Ingeniosität von Schulenbegründern. Das war das überwiegende Paradigma der psychotherapeutischen Wissens- und Schulungsbildung in diesem Jahrhundert. Heute aber müssen wir mit Blick auf das kommende Zentenarium sagen: dieses Paradigma ist ausgelaufen, „*this is the end of a period*“, aber nicht, weil wir ins „*age of aquarius*“ (Musical Hair) gelangt sind. Der „*body of knowledge*“ der Psychotherapie und ihrer Quell- und Referenz-

wissenschaften ist derartig umfangreich geworden, die Notwendigkeit, „*opinions*“ empirisch zu verifizieren, ist so unverzichtbar, dass es Schulengründungen durch Einzelpersonen, wie es seit den Zeiten von *Freud, Moreno* bis *Perls, Rogers* und *Berne* üblich war, nicht mehr möglich sind<sup>34</sup>. Natürlich bleiben Meinungen wichtig, aber sie müssen überprüft werden, und dabei bilden sich unterschiedliche „*Levels of scientific evidence*“, die *Cooke & Sacket* wie folgt klassifizieren (Klassifikation der Levels wissenschaftlicher Evidenz):

- Harte Evidenz beruhend auf mindestens einem systematischen Review, das verschiedene kontrollierte randomisierte Studien mit gutem Design einschließt.
- Harte Evidenz beruhend auf mindestens einer kontrollierten randomisierten Studie angemessener Größe mit gutem Design.
- Evidenz beruhend auf nicht-randomisierte Studien mit gutem Design, einzelne Gruppen vor-nach, Kohorten-Studie, Serien in zeitlicher Abfolge oder Fall-Kontroll-Studie.
- Evidenz beruhend auf nicht-experimentellen Studien mit gutem Design, die von mehr als einer Forschergruppe durchgeführt wurden.
- Meinungen respektierter Experten, beruhend auf kritischer Evidenz, deskriptive Studien oder Berichte von Expertenkomitees<sup>35</sup>.

Aus dieser Auflistung wird deutlich, dass ein dringender Ko-respondenzbedarf zwischen den Protagonisten der unterschiedlichen *levels* angesagt ist: zwischen den Vertretern verschiedener Forschungsparadigmen, Klinikern und Forschern, denn wer bestimmt, *was wie* mit welchen Ansätzen, Instrumenten, Intensitäten beforscht wird? Und wer bewertet die Bedeutsamkeit der Evidenz? Das von den Protagonisten der medizinischen EBM favorisierte Paradigma randomisierter kontrollierter Studien (die natürlich auch ihre Probleme haben<sup>36</sup>), wie es das Klassifikationsschema aufzeigt, ist nicht notwendigerweise für die Psychotherapie in gleicher Weise gültig. Es könnte sich mit diesem Paradigma ein „*evidence bias*“ einschleichen, wie er sich in der Grawe-Übersicht<sup>37</sup> schon zeigt, was Konsequenzen zeitigt: weil über Körperpsychotherapie oder auch zu den kleineren Psychotherapieverfahren noch wenig Studien vorliegen, fallen sie aus der Evidenz, damit aus der Anerkennung, damit aus der Möglichkeit auszubilden, aus der Möglichkeit, in breiter Weise Patienten beforscht zu behandeln, um auf einer solchen Basis um Anerkennung ansuchen zu können. Sie werden damit marginalisiert und ausgetrocknet. Ein *circulus vitiosus!* Das kann nicht im Interesse der wissenschaftlichen Disziplin „Psychotherapie“ liegen und auch nicht im Interesse der PatientInnen. Darum erfordert eine evidenzbasierte Psychotherapie den Diskurs, die Ko-respondenz zwischen allen Beteiligten, Konsens über Forschungsprojekte und -linien, denn es kann nicht

nur dem Forschungsinteresse einzelner Institute und Protagonisten von Richtlinienverfahren überlassen werden, was in der Psychotherapie erforscht wird. Praktiker, Kliniker und Patienten müssen Interessen anmelden können, sie müssen die Forschungsergebnisse in ihrer Wertigkeit diskutieren können— es genügt nicht eine Auswertung der Evidenzen anhand von Checklisten, so nützlich sie auch sind'. Sie müssen mit den Forschern und Patienten in Ko-respondenz, d.h. Begegnung, Auseinandersetzung, Diskurs<sup>39</sup> treten, um die *evidenzbasierte Psychotherapie* durch eine *ko-respondenzbasierte Psychotherapie* zu unterfangen.

Aber das ist nicht nur eine Sache der Praktiker, sondern im Wesentlichen eine Sache der Forscher, denn es gibt keine Ko-respondenzforen, kaum Kontaktflächen und keine institutionalisierten Diskussionen bzw. Diskursprozesse, wo zwischen Praktikern und Forschern herausgearbeitet wird, wo vielschichtige Probleme liegen und woran Praktiker und Patienten im klinischen Bereich, und mehr noch in der freien Praxis, Interesse haben, welches ihre Anliegen sind, wo man sich einigt, was für Behandlungen aus der Sicht von Forschern, Klinikern und Patienten wichtig ist und wo relevante Informationen fließen, z.B.: Was gibt es an guten Evaluationsinstrumenten, die man selber relativ schnell auswerten und die man auch in eine Praxis integrieren kann<sup>40</sup>, ohne dass man — mit riesigen Fragebögen und Stapeln von Testblättern belastet — dann irgendwann resignativ aufgibt? Hier fehlt es also sehr an partnerschaftlichem Dialog ohne die akademiale Hybris von Universitätsprofessoren, der ich immer wieder begegne und die mir leider zuweilen auch einmal unterläuft, und da muss man sich revidieren. Ein Weiteres: Warum wird von den Forschern das, was sie erforscht haben, so schlecht präsentiert? Man weiß doch, wie Praktiker lesen oder nicht lesen, auch wenn sie ein Psychologiestudium haben<sup>41</sup>. Man weiß auch, wie Empirie im Studium oft erlebt wird. Sie wird häufig so trocken und lebensfern vermittelt, dass die Leute irgendwie abwinken und froh sind, wenn sie die „Scheine“ haben. Hinterher schaut dann kaum jemand mehr auf Texte mit Statistiken. Hier müsste es anfangen, dass man im Studium eine empiriefreundliche, *forschungsfreundliche* Kultur entwickelt, und dass später Forscher ihre Dinge so darstellen und zugänglich machen, dass der Praktiker sagt: „Ja, da hab ich was 'von!'“ Nur so wird eine *evidenzbasierte* Psychotherapie möglich. Ich denke, in Zukunft müssen Praktiker auf Forscher zugehen und Forscher auf Praktiker, so dass es eine wechselseitige Bewegung wird und es zu einer *korrespondenzbasierten* Psychotherapie kommt. **Evidenzen ohne Ko-respondenzen bleiben ineffektiv.**

### 2.3 Der „Split“ zwischen Therapeutinnen und Patientinnen

Meine letzte Bemerkung zu diesen Aufspaltungen und ihren negativen Konsequenzen ist, dass in der Generierung von Forschungsfragen unsere „Kunden und Partner“, unsere Patienten, nicht einbezogen werden. Neben den erwähnten Aufspaltungen des psychotherapeutischen Feldes zwischen den professionellen Gruppierungen und Untergruppierungen in Ärzte, Psychologen, Nichtpsychologen, Forscher und Praktiker haben wir noch eine Abspaltung des gesamten psychotherapeutischen Feldes zu den *Patienten* bzw. zu den *Klienten* hin. Ich halte diese Begriffe immer sehr genau auseinander: Jemanden, der mit seinem Leben überhaupt nicht mehr klar kommt, der eine schwere Symptomatik hat, der stationär oder intensiv behandelt werden muss, also massiv *Hilfe* braucht, bezeichne ich als „*Patienten*“. Jemanden, der nur eine *Hilfestellung* braucht, sonst aber einigermaßen klar kommt, den können wir „*Klient*“ nennen. Und natürlich sind diese Menschen in einem bestimmten Sektor ihres *Rollenrepertoires* auch alle „*Kunden*“ und sie sind auch, wenn der Therapieprozess halbwegs gut läuft, „*Partner*“<sup>42</sup>. Ich halte in der Psychotherapie von einem *einseitigen* und generalisierenden Konzept der *Kundenorientierung*<sup>43</sup> recht wenig, vom Konzept einer „*fundierten Partnerschaft*“ jedoch sehr viel. Wenn wir also künftig ein *differenziertes Kundenparadigma* für die Psychotherapie aufgreifen — ich halte es durchaus für ein wichtiges Paradigma —, dann muss man aber auch sehen, dass es Menschen gibt, die zu uns kommen und in ihrer Identität, ihrem Rollenspektrum eine sehr starke, faktische Patientenrolle haben, die man nicht einfach zu „*Kunden*“ umattribuieren kann. *Niemand wird dadurch gesund.*

Wir sollten als Psychotherapeuten diese Patientenseite auch in unserer Berufspolitik sehr ernsthaft sehen und unterstützen. Denn *Patient* sein heißt auch, *Patientenrechte* zu haben. Patienten haben Rechte an die Solidargemeinschaft und diese Patientenrechte sind gesetzlich abgesichert. Wir werden noch froh sein, gerade für unsere schwerkranken Patienten, Patienten aus benachteiligten Schichten, sogenannte „*Unterschichtspatienten*“ (ich mag den Begriff nicht und verwende deswegen lieber „*benachteiligte Schichten*“), wir werden also noch froh sein, wenn wir auf *Patientenrechte* pochen können und werden sie, soweit es irgend geht, bewahren und sichern müssen. Ein *undifferenzierter Kundenbegriff* wird Schaden anrichten. Für die Behandlung, den Umgang, die Interaktion mit den Menschen, die zu uns kommen, ist es dann wichtig zu sehen: Was ist in ihrem Rollenrepertoire das *Patientensegment*? Wo sind sie durchaus *Klienten*, die valide ihre Umgebung strukturieren, ihr Leben strukturieren können? Wo sind sie *Kunden* im Sinne einer modernen Kundenorientierung, wo der Kunde nicht „*König*“, sondern wo der Kunde „*Partner*“ ist. Das

ist eine ganz andere Ideologie als die *coole* Marktorientierung für die solventen Selbstzahler. Deshalb plädiere ich für einen „differenziellen Kundenbegriff“ im psychotherapeutischen Kontext. Menschen, die zu uns kommen, sind angesprochen als hilfesuschende *Patienten*, zugleich auch als ratsuchende *Klienten*. Sie sind aber auch Kunden, die eine Dienstleistung bezahlen und - wesentlich - *Partner im zwischenmenschlichen Bereich*, im Intimitätsrahmen einer psychotherapeutischen, helfenden, beratenden Beziehung und partnerschaftlichen Begegnung<sup>45</sup> und das darf - trotz wirtschaftlicher Realitäten und kundenbezogener Serviceleistungen - nicht technokratisch verkürzt werden, sondern ist ein zentrales, ja konstitutives Element von Psychotherapie. Dies zu bewahren ist für die Zukunft der Psychotherapie grundlegend. Ich denke, diese Abspaltung der Psychotherapeuten zum Bereich der Patienten hin, und die sind eine beachtenswerte gesellschaftliche Größe, vergibt ein großes Potential.

Die undifferenzierte, generalisierende Umetikettierung der Patienten zu „*Kunden*“ löst strukturelle Probleme der Therapeut / PatientIn-Beziehung nicht, sondern produziert - wieder einmal - durch dieses neue Label, zu dem Patienten nicht befragt wurden, sondern das ihnen „aufgedrückt“ wird, „strukturelle Gewalt“ und fremdverfügte Identität<sup>46</sup>. Und daran ändert auch die wohlmeinende Absicht nichts (so sie denn wirklich da ist). In der traditionellen Psychotherapie, besonders im tiefenpsychologischen Paradigma, also im Umfeld der „Abstinenzregel“ und der „psychoanalytischen Grundregel“, nach der der Patient alles ohne Vorbehalt offenbaren soll und sogar sein „kritisches Urteil“ beiseite schieben solle, wo die Kur in der Abstinenz und der Entbehrung stattfinden solle - so *Freud* -, ja man da darauf achten müsse, dass der Patient nicht vorschnell von seinem Leiden entlastet werde' (denn das sei ja der Motor der Therapie), wird der Kundenbegriff die Aporien vertiefen, statt Widersprüche auflösen. Meiner Meinung nach wurde mit *Freuds* - von seinen Nachfolgern nicht revidierten - Empfehlung, Leiden nicht so schnell und gut wie möglich zu beseitigen, eine Art kollektives Milgramexperiment initiiert, denn diese Empfehlung gründet auf keiner wissenschaftlich fundierten Position. Sie ist nie empirisch beforscht worden. Die Patienten wurden hierzu nie befragte, um Zustimmung gebeten, über „Risiken und Nebenwirkungen“ aufgeklärt. In der Verhaltenstherapie hat es ähnliche Auswüchse gegeben - ich erinnere nur an die „Behandlung“ von Homosexuellen mit elektrischen Stromstößen über den Plethysmographen oder entwürdigende Disziplinierungen von Psychiatriepatienten in *token economy* Programmen. Auch der Mittelschichtbias der Psychotherapie und die Ausgrenzung „wirklich schwieriger“ Patienten muss reflektiert und revidiert werden. Wenn *Grave* und - traditionellerweise - Gestalttherapeuten<sup>49</sup> die verantwortliche Mitwirkung des Patienten (die natürlich einen guten

Outcome mitbestimmt) so stark unterstreichen, wird dies zu einem Ausschlusskriterium und zu einer erneuten Stigmatisierung gerade für die Verletzten, misstrauischen, resignierten und oftmals durch schlechte oder iatrogene Therapie zusätzlich geschädigten schwerkranken Patienten, wo es die Aufgabe der Psychotherapie wäre, zunächst einmal Motivationsarbeit für *compliance* zu leisten. In den Forschungseinrichtungen, in denen gute Psychotherapieergebnisse generiert werden, z.B. Ambulatorien und Praxisstellen von Universitäten - ich war fast zehn Jahre lang (1980-89) an *Grawes* Abteilung Gastprofessor und habe über lange Zeit die Supervision in ihrer Praxisstelle durchgeführt -, finden sich diese desolaten Patienten nicht. Gerade diese aber brauchen Hilfe und belasten die öffentlichen Haushalte durch Chronifizierungen.

Derartiges sollte es für die *Zukunft in der Psychotherapie* nicht mehr geben, auch wenn gerade die „Richtlinienverfahren“, in deren Praxis die geschilderten und andere disziplinierende Strategien konzeptualisiert und angewandt wurden (und z.T. modifiziert noch angewandt werden), heute die *Richtung* angeben. Haben Patientenverbände an der Festlegung der „Richtlinien“ mitgewirkt? Natürlich nicht! Und das ist nicht nur ein Problem der Politiker, sondern auch der Psychotherapeuten und ihrer verbandlichen Vertretungen, denn die fehlende Mitsprache von Patientenvertretern ist schlecht für die Zukunft der Psychotherapie, die einmal einen kulturkritischen Anspruch und eine emanzipatorische Zielsetzung hatte - und eine solche steht letztlich für „*trustworthiness*“, von der zu wenig gesprochen wird, und auch für *Qualität* und *Wirtschaftlichkeit*. Wenn wir den Menschen helfen wollen, müssen wir ihnen mit einer *vertrauenswürdigen* Haltung und mit *angemessenen Mitteln* helfen.

Wir dürfen nicht auf obskurantistischen und bis heute nicht von den „*communities*“ revidierten Annahmen basierend sagen: „Abstinente Neutralität ist der richtige Interventionsstil, Patienten brauchen diese Entbehrung, denn das gibt eine bessere Heilung“. Oder: Wer hat in der Verhaltenstherapie überprüft, ob *Reizexpositionen* in der Behandlung von Angststörungen oder bei PTSD nicht „**Risiken und Nebenwirkungen**“ als „Langzeitwirkungen“ haben, z.B. eine De-sensibilisierung in Richtung eines therapieinduzierten „*numbing*“ mit *immunsuppressiven* Begleit- oder Folgeeffekten (es spricht einiges für derartige Risiken von behavioralen Standardbehandlungsmethoden bei Angststörungen und PTSD oder neuen, m.E. in dieser Hinsicht nicht unbedenklichen Methoden wie das Kurztherapieverfahren EMDR), denn es fehlen psychophysiologische und immunologische Untersuchungen, die die potentiellen Risiken von Expositions- und Habitualisierungstechniken ausschließen. Es fehlt *Schadensforschung*.<sup>50</sup>

Ich denke, das sind Dinge, die wir reflektieren müssen im Hinblick auf unsere Forschungen, bei Bewertungen von Behandlungen und für das Einbeziehen und die Mitsprache von Patienten. Patienten sind für die Forschung und auch in berufspolitischer Hinsicht nicht zu unterschätzende Partner. Wenn wir sie in die Partnerschaft nicht aktiv einbeziehen und stattdessen Positionen praktizieren, wo Patienten ständig unmündig gehalten werden, bleibt *Psychotherapie auch in Zukunft* eine mehr oder weniger subtile Disziplinierungsmaschinerie, wie *Foucault* und *Berger* und *Luckmann*<sup>51</sup> es in ihren Analysen gezeigt haben. Das zeigte sich z.B. darin, dass in allen Hearings zum PTG hierzulande im Unterschied zur Schweiz *PsychotherapiepatientInnen* durch keine Patientenstiftungen oder -verbände vertreten waren, also keine eigenen Interessensvertretungen hatten und Psychotherapeuten sich in der Vergangenheit auch nicht darum gekümmert haben, dass sie solche aufbauen, weil sie das *Stigma psychisch Kranken gegenüber* in einer gewissen Weise auch mittragen und aufrecht erhalten. Es ist ja nicht von ungefähr, dass ausgerechnet bei der Psychotherapie, wo doch die geistig-seelische Gesundheit eines Volkes als eines der höchsten Güter angesehen werden muss, mit den Kürzungen, Einsparungen, Zuzahlungen begonnen werden sollte. Das müssen wir uns, so denke ich, als Psychotherapeuten und Psychologen anschauen — auch die Rolle, die unsere schlechte und zerstrittene berufs- und gesundheitspolitische Praxis hier gespielt hat! Wenn wir Compliance haben wollen, meine ich, müssten wir für die *Zukunft der Psychotherapie* unseren Patienten gegenüber völlig andere Formen des Umgangs und der Mitwirkung entwickeln. Die rigide Verrechtlichung der Psychotherapie und ihre Folgen werden uns dazu zwingen, und auch die *Richtlinienverfahren* werden daran noch bitter leiden.

Es gibt natürlich auch durchaus nützliche Aspekte für die Zukunft zur Sicherung von Patientenrechten: Bei jeder Behandlung muss der Arzt — jetzt auch der Psychotherapeut — den Patienten auf „Risiken und Nebenwirkungen“ aufmerksam machen. Und er muss ihm — nicht nur auf Anfrage — die Modalitäten der Therapie erklären, z.B. wie Psychotherapie wirkt. Es mögen sich einmal die den humanistischen und tiefenpsychologischen „Schulen“ angehörenden TherapeutInnen fragen, ob sie ihren Patienten wirklich rechtsrelevant erklären können, *wie Psychotherapie wirkt*, und ob sie Möglichkeiten haben, über „Risiken und Nebenwirkungen“ wie z.B. Suizidalität, depressive Einbrüche oder die Möglichkeit des Auftretens somatoform-

mer Störungen oder Psychosen so zu informieren, wie man das bei „Patienten“ im medizinischen Bereich tun müsste und wie wir es eigentlich jetzt schon in der Psychotherapie tun müssen. Denn kommt es zu einem Prozess, wird vorgängige Rechtsprechung aus dem ärztlichen Bereich hier als rechtsbildend herangezogen. Die amerikanischen Verhältnisse sind bekannt. Die Zwangsehe mit der Medizin,

die ja vielen erstrebenswert war, verschärft diese Situation. Sie schien aus der Angst, kein Gesetz zu bekommen (obwohl die umliegenden EG-Länder Gesetze für psychologische Psychotherapeuten haben und man auf die rechtlichen Harmonisierungen warten könnte), geboren und ist letztlich nicht im Interesse der psychologischen Psychotherapeuten und ihrer Patienten<sup>52</sup>.

Ich denke, es ist auch eine Sache der Psychotherapeuten, dass sie keine Foren für den Diskurs mit ihren Patienten bzw. Ex-Patienten haben. Und wir könnten, wenn wir sie als Kunden, Partner, Mitarbeiter betrachten (was wir ja natürlich in der Theorie tun, aber in der Praxis konterkarieren), dieses große gesellschaftliche Potential auch nutzen, indem wir mit Patienten partnerschaftlich kooperieren, Menschen ermutigen, für ihre eigenen Belange, z.B. Patientenrechte, optimale Therapiebedingungen, einzutreten auf der Ebene von Patientenverbänden, die mit Therapeutenverbänden zusammen arbeiten. Gelänge dies — denn wir haben gemeinsame Anliegen — könnten wir eine andere Zukunft von Psychotherapie haben.

Es heißt, man solle „Kunden“ über das Produkt, und da stimme ich vollauf zu, informieren: was es leistet, was es wert ist, was man mit ihm machen, mit ihm gewinnen kann, welche Schwächen und Risiken es hat. „Patienten“ müssen wir über dies alles informieren! Hoffentlich erfolgt dies nicht als lästige Pflichtübung, sondern so, dass Menschen durch ein *Empowerment*<sup>53</sup>, welches sie nicht in der Ignoranz hält, auch zunehmend in die Lage versetzt werden, für ihre Belange im Gesundheitssystem und für eine menschengerechte, effektive Psychotherapie einzutreten. Das Patientenurteil und der Patientenwille müssen letztlich bestimmen oder doch gewichtig mitbestimmen, was als gut, sinnvoll und wirksam anzusehen ist und welche Therapiemethoden einbezogen werden sollen — nicht nur die Therapieforscher und die Funktionäre von Therapieschulen und Therapeutenverbänden.

### 3. Zerstrittene „Schulen“ und „Grundorientierungen“ und die Fragen nach der alleinseligmachenden Methode oder der Territorialmacht

Neben Aufsplitterung des psychotherapeutischen Feldes quer durch die Berufsgruppen, neben der Unverbundenheit zwischen der „community of professionals“ und der „community of patients/clients“ wiegt die Zersplitterung in sich bekämpfende oder abwertende psychotherapeutische Schulen<sup>54</sup> ohne hinreichenden, schulenübergreifenden gemeinsamen Fundus schwer. Die *Psychotherapie ist als Nachfolgerin der Seelsorge*<sup>55</sup> — und das ist historisch in keiner Weise aufgear-



beitet worden — mit der Hypothek ekklesialer Territorialkämpfe belastet, insbesondere die Psychoanalyse und die tiefenpsychologischen Schulen. Obwohl *Max Graf* schon relativ früh die Parallelen zu innerkirchlichen Glaubenskämpfen aufzeigte<sup>56</sup>, als *Freud* „Adler und seine Bande“ verbannt hatte, und den „brutalen und heren *Jung*“ oder „*Steckel*, das Schwein“ — so *Freuds* Äußerungen — ausgrenzte“, haben diese dogmatischen Kämpfe um die „rechte Lehre“, die im psychotherapeutischen Feld von Anfang an tobten, bis heute nicht aufgehört — dies ist nicht zu verwechseln mit diskursiven Auseinandersetzungen (sensu *Habermas*), wo das bessere Argument zählt und mit Korrespondenzen, wo es zu „respektvollem Dissens“ kommt<sup>58</sup>.

Und das ist nicht reflektiert worden. So geht die wechselseitige Stigmatisierung weiter: die andere Gruppe habe den falschen Therapieansatz/Glauben, die andere Fraktion habe die falsche Methode, man selbst aber die richtige, die Positionen der anderen Schulen seien beim jetzigen Stand der Forschung einfach nicht mehr zu halten. Auch wenn dies wahr ist und benannt werden muss, verfängt das gute Argument nicht mehr, wenn vertreten wird, die eigene Richtung sei „das einzig Wahre“ usw. usw...; dies hat das bundesdeutsche Gesetzgebungsverfahren mit seinen unschönen Begleiterscheinungen<sup>59</sup> gezeigt. Ich finde es bedrückend, dass bestimmte Tiefenpsychologen als psychologische Psychotherapeuten und auch ärztliche Psychotherapeuten z.B. als Psychoanalytiker in massiver Ausblendung der Ergebnisse der Sozialpsychologie, der klinischen Psychologie und der Allgemeinpsychologie oder auch in Ignoranz oder Ignorierenwollen diskursanalytischer (*Foucault*) oder dekonstruktivistischer (*Derrida*) historischer Reflexionen<sup>60</sup>, diese ganze Prozedur mit den „Richtlinienverfahren“ mitgemacht haben. Wofür haben wir sozialpsychologisches Wissen und Forschung, die genau diese Phänomene der Minderheiten- und Großgruppenbildung, der Sicherung von Herrschaftsstrukturen, der Stigmatisierung und Ausgrenzung, der kollektiven Kognitionen untersucht haben — vgl. *Serge Moscovici* (bei dem ich Sozialpsychologie hörte) mit seiner bahnbrechenden Untersuchung zum Bild der Psychoanalyse in der Öffentlichkeit<sup>61</sup> sowie seine Minderheitenforschung<sup>62</sup> —, wenn man hier zwei durch Anciennität und die spezifisch deutsche Situation *saliente* Verfahren arbiträr bevorzugt? Wir haben das in anderen Ländern in dieser Prononciertheit nicht - in den Vereinigten Staaten nicht, den Niederlanden, in Italien, Österreich nicht — dass zwei bzw. drei „Richtlinienverfahren“ durch ihre Funktionäre einen solchen alleinigmachenden Anspruch erheben können, und dabei gab bislang zumindest ein ärztlich dominiertes Richtlinienverfahren — die Psychoanalyse — den Ton an. Bei den „Richtlinientherapien“ in ihrer konkreten Anwendung *unter Richtlinienbedingungen in der Praxis* wird mit fiktiven Ansprüchen einer besonderen Qualität und mit behaupteten

Qualitätssicherungsstandards operiert, für deren *reale Effektivität* ein solider empirischer Nachweis bislang nicht erbracht wurde und die wahrscheinlich einer solchen Überprüfung wohl auch nicht standhalten würden. Es ist ja so, dass im verhaltenstherapeutischen Bereich ein großer Teil der Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit *eben nicht* in der freien Praxis erhoben wurde, für die sie aber nun in Anspruch genommen werden, sondern in spezifischen universitären bzw. klinischen Forschungssituationen, so dass diese Ergebnisse nicht einfach auf die freie Praxis unter Richtlinienmodalitäten übertragbar sind, in der bekanntermaßen psychoanalytische Kurzzeittherapeuten und Verhaltenstherapeuten reichlich von Gestalttherapie und vielen anderen humanistisch-psychologischen Methoden Gebrauch machen<sup>63</sup>. Den Mangel an Ergebnissen zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Standardmethode der Langzeittherapie<sup>64</sup> kennen wir alle, und auch die forschungsmethodischen Probleme, die dabei eine Rolle spielen. Die Verfahren, die in der Psychoanalyse empirisch nachgewiesen wirksam sind, sind mittelfristige Formate und Kurzzeitansätze<sup>65</sup>, die praxeologisch reichlich durchgesetzt sind mit Elementen der humanistischen Psychologie, den erlebnisaktivierenden Methoden, wie sie etwa aus dem Gestaltbereich, dem Focusing oder dem szenischen Ansatz des Psychodramas sowie „systemischen“ Konzepten kommen.

Man kann durchaus historisch rekonstruieren, wie diese Dinge in die Behandlungsinstrumentarien dieser neueren Psychoanalyse hereingekommen sind. Dennoch wird — trotz breiter Polemik in der Psychoanalyse gegen „positivistische Wissenschaftskriterien“ (z.B. in der Grawe-Debatte, aber nicht nur dort) und trotz des mageren Outcomes für die Standardmethode unter Anlegung dieser Forschungskriterien, die vielleicht wirklich nicht das „Maß der Dinge“ sind, für die berufspolitische bzw. standespolitische Argumentation auf eine nicht gerade breite und überzeugende Basis von Studien zu Spezialverfahren bzw. zu Teilverfahren der Psychoanalyse Bezug genommen, die in keiner Weise repräsentativ sind. Und wenn man dann in die Psychotherapieforschung ein bisschen genauer hereinschaut, kommt es zu Fragen über Fragen<sup>66</sup>. Für mich ist es ein Rätsel, wie wir als Psychologen mit unserem Fundus methodenbewussten Forschungswissens es zulassen konnten, dass Funktionäre von Therapierichtungen und Interessengruppen mit „Forschungsergebnissen“ politisch so agiert haben, Daten, die nichts als „Zwischenergebnisse“ einer sich rasant entwickelnden Psychotherapieforschung sind, die zur Zeit der Publikation des *Meyer/ Grawe-Gutachtens* [1991] schon wieder in Bewegung waren und die fachliche Auseinandersetzungen zwischen Schulen, die im wissenschaftlichen Diskurs erst gerade angedeutet sind, derart politisiert werden konnten. Es geht ja gar nicht nur um die Problematik von Metaanalysen, die einseitig hochgespielt

wurde, es geht um Studien zur „Passung“, zu Patienten-, Therapeuten- und Settingvariablen und die *völlig vernachlässigten Genderfragen*<sup>67</sup>. Es gibt eben Therapeuten, die arbeiten gut und andere, die arbeiten schlecht, ganz unabhängig von Schulenzugehörigkeit und Methodenwahl. Wirklich solide Aussagen über „besser und schlechter“ sind noch nicht möglich. Das Verkünden endgültiger Wahrheiten ist „unseriöses Jahrmarktgeschrei“, und obgleich seriöse psychoanalytische Psychotherapieforscher dies immer wieder betont haben<sup>68</sup>, das also auch für die Psychoanalyse gilt, verkaufen ihre berufspolitischen Funktionäre sie als überlegenes Verfahren.

Die frühe Psychotherapieforschung war fast exklusiv auf die Schulen bzw. auf die Methoden orientiert. Heute stehen ganz andere Fragen im Vordergrund, wie z.B. störungsbildspezifische Behandlungen<sup>69</sup>. Dennoch wurde und wird im berufspolitischen Feld die methodenorientierte Forschung als Argument, als Pseudoargument, zur Legitimierung der Richtlinienverfahren eingesetzt, um einen für die *Zukunft der Psychotherapie verhängnisvollen Kahlschlag* einer sinnvollen und für die Innovation notwendigen Methodenvielfalt<sup>1</sup> — ich spreche nicht vom „Psychoboom“<sup>172</sup> — zuzulassen. Die ganze Frage der *Passung* zwischen Patient und Therapeut, die unabhängig von den Methoden ist, die Frage der *Patientenvariable*, die unabhängig von der Methode ist, wird ausgeblendet und natürlich die Frage der *Therapeutenvariable*, die nicht ganz unabhängig von der Methode zu sein scheint (Suchen Therapeuten sich Verfahren, deren Orientierungen bzw. Einseitigkeiten mit Einseitigkeiten der eigenen Persönlichkeit korrelieren<sup>73</sup>? Es spricht einiges dafür.) Das alles weiß man, man weiß, dass die Verhaltenstherapie eine äußerst heterogene theoretische Basis hat und eine genauso heterogene Praxeologie (Warum auch nicht?), dass in der Psychoanalyse beständig und zu Recht von der „Krise der Theorie“ gesprochen wird und das Verfahren in sehr vielen Bereichen nicht auf dem Stand aktueller psychologischer Wissenschaft ist, sich aber auch beständig modernisiert<sup>1</sup> und in anderen Bereichen wichtige Beiträge zur Psychotherapie leistet. Was ist „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“? Das Standardwerk von Wyss<sup>75</sup> beantwortet diese Fragen nicht. Ein empirisch abgesichertes oder theoretisch einigermaßen *konsistentes* Verfahren oder eine Gruppierung von Verfahren ist da nirgends zu finden. Das Konzept der „Tiefenpsychologie“ als **Umbrella-Bezeichnung** für die vielfältigen Psychoanalyseabkömmlinge im psychotherapeutischen Feld ist bis heute relativ nebulös geblieben und bedürfte, um wirklich fruchtbar zu werden, einer Präzisierung durch eine übergreifende Bewusstseinstheorie (d.h. Theorie bewusster und unbewusster Prozesse)<sup>76</sup>, die Anschluss an die modernen Neurowissenschaften<sup>77</sup> bietet und eine differenzierte therapierelevante Hermeneutiktheorie<sup>78</sup>, die die philosophische Hermeneutik (*Schleiermacher, Dilthey, Gadamer*) so-

zialwissenschaftlich und klinisch unterfängt (*Ricoeur, Lorenzer, , Habermas*<sup>79</sup>) und mit Rückgriff auf die empirische und *klinische Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*<sup>80</sup> eine „narrative Kultur“<sup>81</sup> des Umgangs mit der eigenen Lebensgeschichte und der aktiven Gestaltung eigener Lebensentwürfe in den relevanten sozialen Netzwerken<sup>82</sup> und Interpretationsgemeinschaften (*social worlds*<sup>83</sup>) entwickelt. Eine dieserart ernüchterte und präzisierte Tiefenpsychologie, die Anschluss an den Fundus der „allgemeinen Psychologie“ gefunden hat und ihrerseits zu ihr beiträgt, ist durchaus als ein *wünschenswerter* methodenverbindender, integrativer Ansatz zu sehen, wie er sehr profiliert von *Dieter Wyss* in seinem monumentalen Gesamtwerk zu einer *integrativen anthropologischen Psychotherapie* entwickelt wurde<sup>84</sup>, wie ihn jetzt in beeindruckender Weise *Deneke*<sup>85</sup> vorgelegt hat und wie er auch für meinen Ansatz einer *integrativen, entwicklungsorientierten Psychotherapie*<sup>86</sup> angenommen werden kann, auch wenn er *behaviorale* und *systemische* Komponenten integriert. Die genannten Ansätze versuchen in ihrer Weise, den tiefenpsychologischen Diskurs zu präzisieren, wobei sie ihn auch immer wieder überschreiten. Trotz des wissenschaftstheoretisch, wissenschaftlich und klinisch bisher völlig ungeklärten Status der „tiefenpsychologischen Orientierung“ erscheint sie derzeit als ein *de facto* von Psychoanalytikern dominiertes „drittes“ Richtlinienverfahren, nicht zu reden von dem weitgehenden Fehlen empirischer Wirksamkeitsnachweise. Es wäre dagegen nichts zu sagen, wenn man hier im Sinne der Offenheit für Entwicklungen von einem „Verfahren in Entwicklung“ sprechen würde und anderen Verfahren einen ähnlichen bzw. denselben Status zubilligen würde.

Bei all diesen geltend zu machenden kritischen Vorbehalten hat man es in der deutschen „*professional community*“ der Psychotherapeuten, klinischen Psychologen und Psychiater zugelassen, dass zwei bzw. drei *Richtlinienverfahren*, die sich im medizinischen Bereich etablieren konnten, auch weiter die *Richtung* angeben können und die systemischen, humanistischen, integrativen, körperorientierten, entwicklungsorientierten Verfahren ausgrenzen, Ansätze, die theoretisch und methodisch keineswegs schlechter dastehen — sicher nicht schlechter als die Ideologeme der meisten „tiefenpsychologischen Schulen“. Das ist nicht gut für die Zukunft der Psychotherapie. Ich denke, dass wir als Psychologen unser allgemeinpsychologisches Wissen und unser forschungsmethodisches Wissen ernst nehmen und sagen müssen: „So geht das nicht!“ Ich meine, dass darüber auch ein Konsens erfolgen müsste. Denn was hat diese Politik der berufspolitisch aktiven psychoanalytischen Funktionäre (die auch die „tiefenpsychologischen“ steuern) und die ich hier im *Engagement* für die Psychotherapie angreifen muss, für die Psychologie und Psychotherapie gebracht<sup>87</sup>, diese Politik der Hegemonialansprüche und Aus-

grenzungen, wie sie sie in den letzten Jahren (und eigentlich schon immer)<sup>88</sup> betrieben haben? Ich habe in einigen dieser Gremien gesessen und ich fand es teilweise katastrophal, wie diese etablierten Gruppen unter Führung von gewissen Standes- und Schulenvertreterinnen - ich stigmatisiere damit nicht die Psychoanalyse, sondern attackiere gewisse psychoanalytische Funktionäre! - zum *Nachteil ihrer/unserer psychologischen Profession* agiert haben. Das muss benannt werden! Dreimal wurden Anträge der GWG unter psychoanalytischer Ägide abgelehnt<sup>89</sup>!

Wir müssen kritisch reflektieren, wie dieser berufspolitische Weg in den letzten 20 Jahren gelaufen ist. Was hat uns das Fehlen eines wirklich guten, diskursiven, nicht ausgrenzenden Konsensusmodells eingebracht? Ich finde, wenn wir diesen Fragen nicht nachgehen und mit ihnen weiterkommen, werden auch in *Zukunft* die Schulendogmatik und Methodenhermetik, die Eigenbröteleien der therapeutischen schulengebundenen Glaubenssysteme noch weiterwirken. Davon bin ich überzeugt. 100 Jahre Tradition des Schulenstreits lässt man nicht so einfach und ohne systematische Aufarbeitung hinter sich. Ich bin hier nicht sehr optimistisch, denn Menschen haben eine Tendenz zur *Territorialität*. Die Arbeiten von *Gniech*<sup>90</sup> aus Bremen zeigen: Sie haben auch eine Tendenz, „kognitive Territorien“ und Machtbereiche abzustecken und zu verteidigen. Sie haben weiterhin ein hohes Identifikationsbedürfnis<sup>91</sup>, was zur Ausbildung und Persistenz von „Schulen“ führt, und ich denke, das wird man nicht ignorieren können. Für mich wäre ein Weg für die Zukunft der Psychotherapie eher der, dass die „Schulen“ weniger territorialstrategisch agieren und integrativer werden. Sie müssen auch in der Konfrontation mit den Forschungsergebnissen der Psychologie, Sozial- und Neurowissenschaften integrativer werden. Man schaue sich einfach einmal Konzepte wie „Primärprozess und Sekundärprozess“ oder „Unbewusstes“ im Lichte der Neurowissenschaften und der kognitiven Psychologie an oder der Emotionspsychologie und der Gedächtnisforschung. Das sind doch Konzepte, die in ihrer traditionellen Form nicht mehr tragen. Die Psychoanalyse wird sich um der Psychoanalyse willen hier neuen Paradigmata öffnen müssen, genauso wie die Verhaltenstherapie die immer noch wirksamen atomistischen Konzeptualisierungen - etwa in Richtung eines systemischen Paradigmas - überwinden muss. Die Richtlinienverfahren müssten die Ergebnisse der longitudinalen und klinischen Entwicklungspsychologie integrieren<sup>92</sup>! Denn nur sie lässt ein fundiertes Verständnis der *Salutogenese*<sup>93</sup> und der *Pathogenese* in der Dialektik von Schutz-, Resilienz- und Risikofaktoren<sup>94</sup> zu - hier sind Nicht-Richtlinienverfahren weiter! Es ist ja nicht nur so, dass die Babyforschung<sup>95</sup>, die Kleinkindforschung und die Longitudinalforschung<sup>96</sup> dem *einseitigen* Konzept „früher Störungen“ die Basis entzieht und so die Krankheitslehre der traditio-

nellen Psychoanalyse erschüttert, sie zeigt auch das verkürzte Verständnis von menschlicher Entwicklung in der Verhaltenstherapie auf, die sich bislang mit entwicklungspsychologischen Fragen kaum auseinandergesetzt hat<sup>97</sup> — und Gesundheit bzw. Krankheit sind Entwicklungsprozesse. Es geht mir nicht darum, die Richtlinienverfahren als solche zu diskreditieren — sie haben Stärken, aber auch Schwächen — sondern darum, exemplarisch aufzuzeigen, dass diese Verfahren (was ihre Vertreter wissen sollten) keineswegs auf einem besseren Stand sind als viele Nicht-Richtlinienverfahren und dass wir das Wissen und die Methodik, die Erfahrung und „*clinical wisdom*“ aller fundierten und innovativen Therapierichtungen für eine *gute Zukunft der Psychotherapie* und für die *Psychotherapie der Zukunft* brauchen. Es ist durchaus so, dass in allen großen Therapieschulen, nicht nur in den tiefenpsychologischen, sondern auch in den sogenannten humanistisch-psychologischen Methoden, sich sehr viele Obskurantismen finden<sup>98</sup>, mit denen man diese Richtungen konfrontieren muss<sup>99</sup>. Und auch der behaviorale Diskurs wird sich mit seinen Technizismen und anthropologischen Verkürzungen auseinandersetzen müssen, wie dies vereinzelt schon geschieht<sup>100</sup>. Dann wird es vielleicht zum übergreifenden Konsens zwischen dem einen oder dem anderen Paradigma kommen, zu gemeinsamem Boden, und es wird noch genügend an Eigenständigkeit und Originalität in den „Schulen“ verbleiben. Diese Eigenständigkeit birgt leider auch das Potential zur *disunity*, zum wechselseitigen Bekämpfen, zur Etablierung von Privilegien, zur Territorialmacht und Ausgrenzung. Dieses Negativpotential würde eigentlich nur durch einen *konstruktiven Diskurs miteinander*, durch *Ko-respondenzprozesse*<sup>101</sup> in Bann gehalten, einem Diskurs, der Schulen nicht stigmatisiert oder völlig ausgrenzt oder Fronten zwischen Berufsgruppen aufrichtet. Man sehe auf die ungute Diskussion, die in der Schweiz zwischen den akademischen Psychologen und dem nichtpsychologischen Psychotherapeuten der Schweizer Psychotherapiecharta abgelaufen ist und die Entwicklungen ziemlich blockiert. Die Gewinner sind die Krankenkassen. Die beiden Verbände SPV und FSP streiten sich, und die Kassen machen ein Moratorium. Auseinandersetzungen dieser Art sind nicht fruchtbar, sondern wir müssen die Probleme „lösungsorientiert“ angehen, um dieses modische Schlagwort hier zu verwenden, und schauen, wie wir miteinander „Bremsen im Kopf“ überwinden können. Das geht nicht, indem man einfach gewachsene Strukturen — wie z.B. Therapieschulen, die auch mir nicht sonderlich gefallen, denn ich bin kein Freund von Schulendogmatismus, das weiß man von meinen Veröffentlichungen her — wenn man also gewachsene Strukturen übergehtim.

Ich habe ja sehr früh in meiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit begonnen, psychotherapeutische Wissensbestände und Praxeologien zu verbinden, denn *Konnektivierung ist das wesentlichste*

Moment von Integration, nicht etwa die Assimilation von Verfahren<sup>4</sup>. Und auf diesem Boden habe ich versucht, integrative Konzepte zu entwickeln<sup>105</sup> — das *Navigieren*<sup>106</sup> in Wissensräumen ist wichtiger als das Festhalten an monolithen Diskursen —, und hier sehe ich auch die Zukunft<sup>107</sup>. Aber man wird über die großen Bewegungen der Therapieschulen, in denen Menschen sozialisiert worden sind, in die sie Gefühle investieren, nicht einfach hinweggehen können. Wenn konservative Strömungen in den Schulen Entwicklungen bremsen, sind die „Bremsen“ nicht nur kognitiver Art, sondern haben ihren Sitz im limbischen System, und dessen basale emotionale Prozesse sind bekanntlich gar nicht so leicht zu modifizieren<sup>108</sup>. Also müssten wir schauen, wie eine kooperative Plattform zwischen den Schulen herzustellen ist, die Feindbilder und Territorialkämpfe vermeidet. Die Zukunft der Psychotherapie in diesem Land wird sicherlich wesentlich davon abhängen, ob dies gelingt, denn wenn es Sieger und Besiegte gibt, ist dies für eine beziehungsorientierte *Profession* wie die Psychotherapie fatal, weil dadurch Entwicklungen und Integrationsbemühungen blockiert werden.

#### 4. Überwindung von Dualismen, Integrationsbemühungen, Konnektivierungen — Wege zu einer Humantherapie auf humanwissenschaftlicher Grundlage

Wenn man Psychotherapie und Psychologie begrifflich betrachtet, und damit komme ich zu einem weiteren Punkt, dann fällt natürlich mit den Begriffen, dem „psycho“ in den Komposita sofort das Problem dualistischer Konzeptualisierung ins Auge, die Körper-Seele-Spaltung, das „*body mind problem*“. Die „Humanistische Psychologie“<sup>109</sup> hatte seinerzeit ihre Forderung nach einer „ganzheitlichen“ Sicht des Menschen gegen den anthropologischen Reduktionismus der damaligen akademischen Psychologie in den USA erhoben, aber sie griff mit ihrem Programm zu kurz — etwa mit der völligen Vernachlässigung des *Body/Brain-Mind Problems* der philosophisch wie neurowissenschaftlich unbedarften Bewusstseinskonzeption<sup>o</sup> (es sei nur auf das um die „*consciousness*“ verkürzte „Awareness-Konzept“ der Gestalttherapie verwiesen). Nach Rogers, ihrem letzten renommierten Vertreter, ist sie in die Bedeutungslosigkeit gefallen, oder ihre Adepten sind in die „transpersonale Psychologie“ (*whatever that may be*) abgedriftet. Das ist bedauerlich, weil eine ganzheitliche und differentielle Sicht des Menschen mit seinem Kontext/Kontinuum als die Entwicklung zu sehen ist, in die die Psychologie mit ihren modernen Teildisziplinen geht — die *ökologische Psychologie*, mit ihren Ausfaltungen zu einem „*dynamic systems*“ Ansatz<sup>12</sup>, die *evolutionäre*

*Psychologie*<sup>113</sup>, die besonders für die Entwicklungspsychologie Bedeutung hat<sup>114</sup>, die *Psychobiologie*, die *Neuropsychologie*<sup>115</sup>. Hier liegen die bedeutenden Entwicklungen der Zukunft in der Psychologie, die auch für die Psychotherapie zentrale Erkenntnisse bieten werden, so lange durch die gewichtigen Akzente, die moderne Sozialpsychologie und Soziologie, d.h. die Sozialwissenschaften setzen, einem verkürzenden Biologismus gesteuert wird. Die verschiedenen Orientierungen gehören ja zusammen, wenn man das „*Individuum und seine Welt*“ verstehen will, und darum ist es Psychologen von *Wilhelm Wundt* über *Kurt Lewin* bis *Hans Thomae*<sup>116</sup> gegangen. Und das war immer auch mein Anliegen: den Menschen in seinem Lebenszusammenhang zu verstehen, wie die nachstehende, 1968 konzipierte Graphik zeigt:

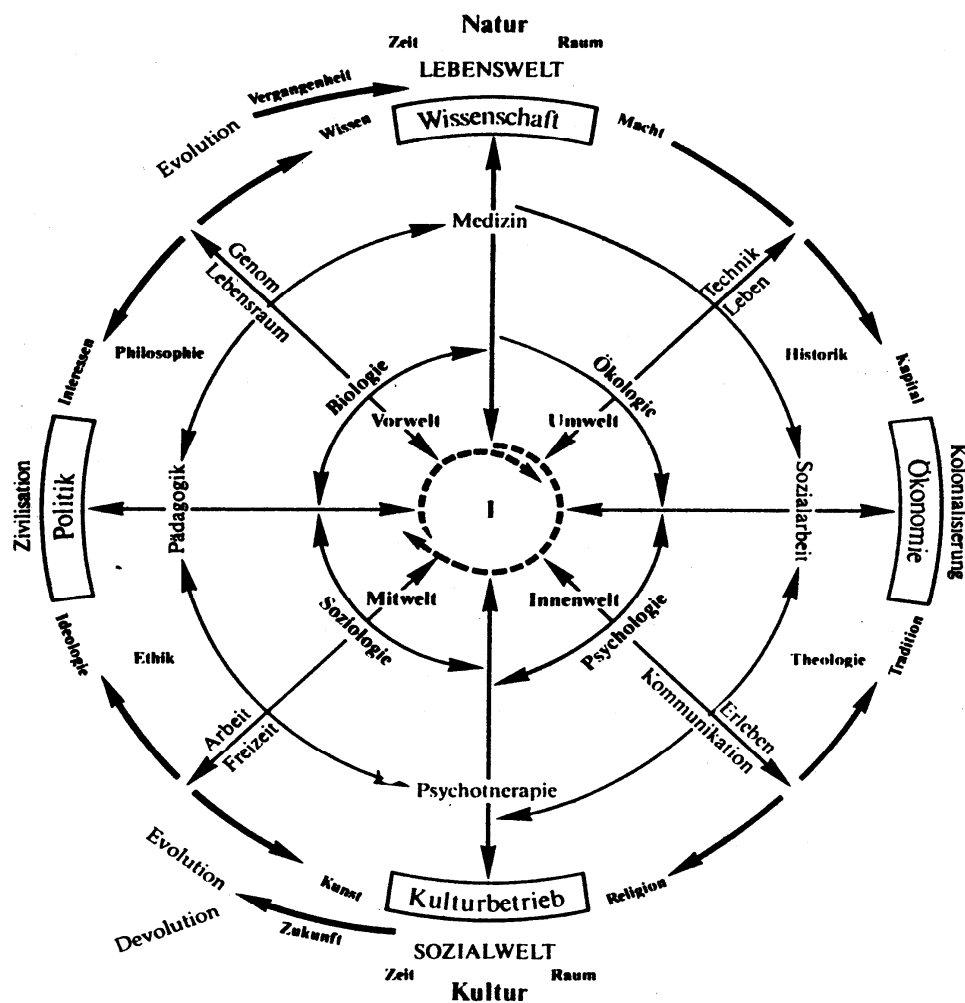


Abb.: Das Individuum und seine Welt—die Sicht der Integrativen Therapie (revidiertes Diagramm nach Petzold 1968a aus Petzold 1992a, 478).

*Psychologie*, in einem solchen Kontext gesehen und aufgefasst, ist in eminenter Weise eine Humanwissenschaft und zwar eine generalistische! Das gilt uneingeschränkt auch für die Psychotherapie. Ich spreche deshalb viel lieber von *Humantherapie* oder allgemein von *Integrativer Therapie*. Ich denke, dass die verkürzte Anthropologie vieler „*Psychotherapiekonzepte*“ in den Therapieschulen sowohl in der Gene-



rierung von Forschungsfragen als auch in der Berücksichtigung von Forschungsergebnissen und damit für die Entwicklung von integrativen Behandlungsstrategien, die nicht nur Psychotherapie betreiben, äußerst nachteilig war und dass eine gute Entwicklung für die Zukunft genau diesen Dualismus überwinden muss. Wenn wir die Übersicht von *Klaus Grawe* und seinen MitarbeiterInnen *Bernauer* und *Donati* einmal ansehen — ich will hier nicht auf Fragen der Effizienz von Methoden der Psychotherapieschulen und der schulenspezifischen Forschung eingehen — fällt auf, dass der gesamte Bereich der Forschung aus dem sporttherapeutischen Feld nicht vorhanden ist.

Es gibt aber, und das kann man mit Fug und Recht sagen, sehr gute Therapieansätze z.B. für Major Depressions durch Formen *cardiovascularpulmonären Ausdauertrainings*. Wir haben das in mehreren großen Studien untersucht, den sogenannten „Amsterdamer Laufstudien“, wo wir zeigen können, dass *running-therapy*, Lauftherapie oder andere Formen cardiovasculären Ausdauersports positive Effekte erzielen<sup>17</sup> und effektiver sind als z.B. supportive psychodynamische Gesprächstherapie<sup>18</sup>. Wir verglichen dann eine Laufgruppe mit Patienten, die ein hochpotentes Antidepressivum bekamen, eine sehr wirksame medikamentöse Depressionstherapie, die in der Regel psychotherapeutischen Ansätzen überlegen ist. Wir fanden in dieser Studie folgendes: Patienten in Laufgruppen und die Patienten mit Medikation zeigen auf allen Messinstrumenten gleiche Wirkung, d.h. also, dass die Lauftherapie und die medikamentöse Therapie gleichwertig wirkt<sup>19</sup>, mit dem kleinen aber feinen Unterschied, dass die Leute, die ein solches Laufprogramm absolviert haben, den zusätzlichen Gewinn einer Konditionsverbesserung haben. Ich führe das an, weil ich meine, dass die psychophysiologischen Relaxationsmethoden, die sporttherapeutischen Methoden, die lauftherapeutischen Ansätze, die leib- und bewegungstherapeutischen Verfahren stärker berücksichtigt und in die Psychotherapie integriert werden müssen.

Wenn *zeitextendierter psychophysiologischer Stress*, chronifizierter Distress und „*daily hassles*“, traumatischer Stress gar, zu den bestgesichertsten Krankheitsursachen zählen<sup>120</sup> und eine generalisierte „*stress physiology*“ produzieren (Bluthochdruck, muskuläre Verspannungen, Fehlathmung etc.)<sup>21</sup>, so sind das Störungen, die allein *verbaltherapeutisch* nicht bzw. nicht adäquat behandelt werden können, und so bleiben in sehr vielen psychotherapeutischen Praxen tagtäglich behandlungsbedürftige Stresssymptome unbehandelt — ein verändertes Problembewusstsein, selbst eine Umstellung eines stressreichen Lebensstils verändert noch nicht ein dysreguliertes Immunsystem und eine fehlgesteuerte „*relaxation response*“<sup>122</sup>. Das Umlernen des Leibes, das Verändern der Muster einer „*stress physiology*“<sup>123</sup> in Richtung einer „*wellness physiology*“<sup>124</sup> erfordert nicht weniger Arbeit und Fachkompetenz als die Auflösung einer Übertragung oder Verände-

rung einer negativen Kontrollüberzeugung. Beides muss in einem modernen, integrativen Behandlungskonzept Hand in Hand gehen. Jeder Überlegenheitsgestus von Verhaltenstherapeuten oder Psychoanalytikern, z.B. den körperorientierten Therapieverfahren gegenüber, ist deshalb unangebracht. Die Entwicklungen in der Hirnforschung, der Neurophysiologie und der Immunologie<sup>125</sup>, integrierte Modelle wie die von *Damasio*, *Hüther* oder *LeDoux*<sup>126</sup> legen vielmehr nahe, dass Psychotherapie und Körpertherapie jeweils ihren „*body of knowledge*“ in integrative Modelle der Behandlung einbringen sollten und dass auch soziotherapeutische und sozialinterventive Behandlungspraxeologien<sup>127</sup> einbezogen werden müssen, denn netzwerktherapeutische Interventionen stehen - wie Metaanalysen zeigen - in der Wirkung psychotherapeutischen nicht nachm. Und auch auf „notherapeutische“ Praxen, meditative oder sinnorientierte Behandlungskonzepte gilt es zu schauen<sup>129</sup>, denn sie zeigen Wirkungen<sup>130</sup>. Man muss diesen Ausblendungen, die durch die verkürzte Anthropologie der Psychotherapieschulen entstanden ist, sowohl zum Leibe hin wie auch zur Sozialität und zur Spiritualität hin, überwinden. Das ist kein Plädoyer für gewisse neoreichianische Obskurantismen in der Körpertherapie und auch keines für transpersonale New-Age-„Therapien“<sup>131</sup>, aber Leiblichkeit, Sinn- und Wertefragen, Probleme sozialer Netzwerke, *lifestyle communities*<sup>132</sup> und mikroökologischer Kontexte<sup>133</sup> dürfen meines Erachtens nicht weiter aus der Psychotherapie ausgegrenzt werden. *Verbindungen* sind angesagt, blickt man auf die Komplexität dieser Zusammenhänge<sup>134</sup>. Ich finde Meaning- und Wisdom-Programme<sup>135</sup>, wie es sie in der amerikanischen Therapieszene ja schon seit längerem gibt, prinzipiell nicht schlecht. Menschen haben Sinnfragen und Sinnprobleme mit durchaus gesundheitsrelevanten Implikationen<sup>136</sup>, und die sind auch von bestimmten Therapieschulen aufgegriffen worden: *Frankl*, *Binswanger*, *Boss*, in gewisser Weise *Jung*. Die Richtlinienverfahren haben *Leib* und *Geist*, *Sozialität* und *Ökologie* aber offenbar wegen der „Psycho-Zentrierung“ nicht gesehen, und das muss in künftigen „ganzheitlichen“ und „differentiellen“ Modellen von Therapie - Humantherapie - überwunden werden<sup>137</sup>.

Schwerwiegend finde ich die massive Ausblendung des sozialen Bereiches in den Therapieschulen - *Morenos* Ansatz und die Familientherapie sind hier auszunehmen - obwohl es einen Riesenfundus an Social Network und Social Support Research gibt<sup>138</sup>. Er wurde - von wenigen verhaltenstherapeutischen und integrativen Kollegen einmal abgesehen<sup>139</sup> - in der Praxis der Psychotherapie nicht zur Kenntnis genommen und erst recht nicht berücksichtigt. Ich denke, dass dieser ganze Bereich der Netzwerktherapie, der „*convoy therapy*“<sup>140</sup> mit den darin angesiedelten Konzepten des „*social support*“, der „protektiven Faktoren“, der „Resilienzfaktoren“ (der Widerstandsfähig-

keit also), mit den Konzepten der Salutogenese, der Wellness, des Empowerments für die Zukunft eine weitaus größere Bedeutung in der Therapie erhalten muss, als dies bisher der Fall war. Das wird umso klarer, wenn man *Konvois* als Sozialisationsagenturen begrift, Netzwerke als „Matrizen von Identität“, in denen Menschen als „produktive Verarbeiter von Realität“ (*Hurrelmann*)<sup>141</sup> und „*maker of their own identity*“<sup>142</sup> in Erzähl- und Handlungsgemeinschaften<sup>143</sup> narrative, aktionale und kooperative *Identitätsarbeit*<sup>144</sup> leisten, und das über die ganze *Lebensspanne* hin, in lebenslanger Entwicklung<sup>145</sup> und in einem aktiv mitgestalteten lebendigen Sozialisationsprozess. Identitäts- und sozialisations-theoretische Überlegungen mit ihren gender-theoretischen Implikationen<sup>146</sup> werden in einer Psychotherapie der Zukunft in sich massiv flexibilisierenden Kulturwelten<sup>147</sup> eine immer größere Bedeutung gewinnen, weil der Einfluss flexibler „*lifestyle communities*“, das Leben und Ausgestalten von *lifestyles* als Formen einer *Lebenskunst*<sup>148</sup> als wesentliches Thema von Menschen in der Zukunft auch zentrales Thema der Psychotherapie werden wird, wie der *lifestyle research* und die *Identitätsforschung* jetzt schon erkennen lassen<sup>149</sup> und das Faktum der bewussten *Netzwerkpflege*<sup>150</sup> und des *identity stylings*<sup>151</sup>, wie es sich in den modernen *lifestyle communities* findet. (Sie werden leider in professionellen Kreisen als oberflächlich, kommerzialisiert, modisch, anomisch stigmatisiert<sup>152</sup> in Verkennung der soziologischen, sozial-hygienischen und identitätsstiftenden Relevanz von *lifestyles*, d.h. auch ihrer Bedeutung für Psychotherapie, Beratung und Coaching.)

Wofür haben wir eine so gut entwickelte Sozialpsychologie<sup>153</sup> und Gesundheitspsychologie<sup>154</sup>, wenn sie in der klinischen Psychologie und auch in der Counseling Psychology<sup>155</sup> noch so wenig und in der Psychotherapie kaum zur Kenntnis genommen werden? Ich habe das nie verstanden. Ich denke, dass hier Verkürzungen am Werke sind, die unter der Ägide des tiefenpsychologischen Paradigmas auch in die behavioralen und vor allen Dingen auch in die humanistisch-psychologischen Verfahren eingehen. Hier müssen wir weiterschauen in Richtung einer breiteren anthropologischen und psychologischen Konzeption<sup>156</sup> und auch in Richtung der Bedürfnisse, die die Patienten als Personen und als Kunden haben. Auch hier wird Dialog, Diskurs zwischen den Richtungen, Disziplinen, Berufsgruppen, Schulen, zwischen Therapeuten und Patienten notwendig, *Ko-responsenzen*, die eine *multidisziplinäre*, *interdisziplinäre* und — hoffentlich — *transdisziplinäre* Qualität gewinnen (um diese von *Nicolescu*, *Morin*, mir u.a. vertretene Differenzierung<sup>157</sup> hier zu verwenden).

Wie kommt man zu so einer breiten Sicht? Ich selbst bin folgenden Weg gegangen: Ich habe von 1963-1971 in Frankreich studiert, Philosophie bei M. *Foucault*, G. *Deleuze*, G., *Marcel*, P. *Ricoeur* gehört, bei S. *Moscovici* Sozialpsychologie, bei G. *Marcel* habe ich promoviert. In

diesen 60er Jahren entwickelte sich der poststrukturalistische Diskurs, der darauf abzielt, die großen „Metaerzählungen“, wie *Lyotard* weltanschauliche Systeme (die idealistische Philosophie, den Katholizismus, die Psychoanalyse etc.) nannte, in Frage zu stellen zugunsten einer *Pluralität von Konzepten*, wie dies der Situation einer „radikalisierten Moderne“ (*A. Giddens*) entspricht. Die Globalisierung der Märkte und die Pluralisierung der Wissenschaft hat diese Sicht bestätigt — die „Zwei-Methoden-Therapie“ der Richtlinienverfahren aber, die jetzt den Status von „Konkordatskonfessionen“ erhalten sollen, steht jenseits eines Diskurses der Moderne und es wundert mich, wie kritische Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker dies zulassen konnten.

## 5. Inter- und Transdisziplinarität — Entwicklungsschritte zu einer übergreifenden evidenz- und ko-respondenzbasierten Identität und Kultur des therapeutischen Feldes

*Deleuze, Guattari, Derrida* haben Vielfalt, rhizomatische Vernetzung<sup>158</sup>, *Konnektivierung* von Konzepten gefordert und eine solche Sicht wird heute von „hoffähigen“ Richtungen, z.B. durch systemtheoretische, konnektionistische, neurowissenschaftliche- und chaostheoretische Überlegungen durchaus gestützt. Die poststrukturalistischen Denker haben sich vor allen Dingen gegen jede Form des Dogmatismus gewandt<sup>159</sup>. Hier liegt einer meiner Hintergründe, eine „Integrative Therapie“ als transversalen<sup>160</sup> schulenübergreifenden, methodenverbindenden und „multimodalen“<sup>161</sup> Ansatz zu entwickeln<sup>162</sup>. Andere gewichtige Hintergründe liegen für mich bei den Ergebnissen der klinisch-psychologischen Forschung<sup>163</sup>, Psychotherapieforschung und longitudinalen Entwicklungsforschung<sup>164</sup>. Es gibt keine großen *Metanarrationen* mit *legitimierbaren* Letzterklärungsansprüchen (*Lyotard*)<sup>165</sup> mehr, weder in der Philosophie, noch in der Politik, noch in der Psychotherapie. *Das ist jetzt unsere Metaerzählung*<sup>166</sup> — und die bietet „common ground“.

Man sollte — zumindest im politischen und im wissenschaftlichen Diskurs — als Psychologenschaft alleinseligmachenden Ansprüchen entgegentreten, jenen, die behaupten, Psychoanalyse sei „besser“ oder wirksamer als *Rogers'* Gesprächstherapie oder *Perls'sche* Gestalttherapie, wie die „Gutachter“ des Richtlinienausschusses befanden, gegen dessen Entscheidung es kein Rekursrecht gab, der die Gutachten nicht offenlegte und bei dem Vertreter der Richtlinienverfahren über die Zulassung anderer Verfahren entscheiden, was jeder seriösen gutachterlichen Praxis entgegensteht<sup>167</sup>. Man müsste hier als *Berufsstand* über demokratische Regeln, über Legitimierung, Interes-

senvermischung, über Vorteilsnahme, Befangenheit und Fehlentscheide, aber auch über die Pluralität der Wissenschaft und der Heilkunde offensiv sprechen in institutionalisierten Diskursen, um zu einer *ko-respondenzbasierten* Kultur zu kommen. Das „Ko-respondenzmodell“<sup>168</sup>, wie es in der Integrativen Therapie als Diskursmodell mit erkenntnistheoretischen und praxeologischen Zielsetzungen entwickelt wurde, und das durch ein *Ko-respondieren* in Begegnung und Auseinandersetzung über relevante Probleme *Konsens* (ggf. darüber, dass man einen respektvollen Dissens hat), *Konzept* und *Kooperation* ermöglicht, böte die Grundlage für eine **ko-respondenzbasierte Psychotherapie**, in der auf allen Ebenen und zwischen allen Gruppierungen, Forschern und Praktikern, TherapeutInnen und PatientInnen, Psychoanalytikern und GestalttherapeutInnen usw. *konsensorientierte* Begegnungen und Auseinandersetzungen stattfinden, respektvoller Dissens praktiziert wird und jeder Form der Hegemonialisierung eine Absage erteilt wird. *Ko-respondenzbasierte Psychotherapie* ist auch der Boden, auf dem eine *evidenzbasierte Psychotherapie*<sup>169</sup> entwickelt und fruchtbar gemacht werden kann (cf. infr.), ansonsten wird Evidenzbasierung zum „schlagenden Argument“ im Schulenstreit, wie die Geschichte der GWG-Anträge erwarten lässt. Dieser Ausschluss ist ein Skandalon, das alle Psychotherapeuten — auch Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytiker — auf die Barrikaden bringen sollte. Aber nichts geschah, keine solidarischen Aktionen der anderen Therapieverbände, der Berufsverbände, keine konzertierten Proteste — man übergeht das! Soll Psychotherapie eine gute Zukunft haben, müssen wir lernen, mit *Pluralität* als konstruktivem Moment von Therapie umzugehen, und müssen in ultrakomplexen Lebenswelten gerade im Bereich eines zusammenwachsenden Europas und gerade unter dem Stichwort Globalisierung auch sehen, wie zeitgebunden, wie ethnengebunden, wie kulturgebunden unsere psychotherapeutischen Konzepte sind. Es geht schon mit Migranten und Flüchtlingen nicht mehr an, so zu arbeiten, wie die traditionellen Schulen es vorgeben. Deshalb sollte die Vielfalt der Ansätze eine übergreifende Position sein, die alle Psychotherapieschulen als „*common ground*“ vertreten, genauso, wie sie ihre Fundierung in den Wissensbeständen moderner Psychologie, Neuro- und Sozialwissenschaften als einen gemeinsamen Boden ansehen sollten.

Im Rahmen der neueren französischen Kultur- und Wissenschaftsphilosophie wurden Konzepte entwickelt, und ich habe da ein wenig mitgedacht<sup>171</sup>, wie Wissenschaften und Kulturen unter *mehrperspektivischem* Blick betrachtet werden können, um zu besseren *Konnektivierungen* — ein Kernkonzept Integrativen Denkens<sup>172</sup> — zu kommen: *Monokulturell* und *monodisziplinär*, jede Schule, jede Disziplin argumentiert vor sich hin, sozusagen in einem fast autistischen Diskurs. Oder *multikulturell*, *multidisziplinär*: dann redet man miteinander noch we-

nig, aber weil man weiß, dass die anderen da sind, lässt man sie in Frieden, solange genügend Ressourcen vorhanden sind, man diskutiert — mäßig konnektiviert — nebeneinander her. Wir befinden uns heute in einem *multikulturellen* Stadium, sowohl auf der europäischen Ebene wie auch in der Psychotherapie. Vielleicht wird man sich notgedrungen oder auch nicht notgedrungen, z.B. aus Neugierde, an einen Tisch setzen und kommt dann durch intensivierte *Konnektivierung* einen Schritt weiter, zu dem, was wir als *interkulturell* oder *interdisziplinär* bezeichnen, d.h., wir diskutieren ein Problem aus der Sicht unterschiedlicher Therapieschulen oder unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, wo jede Herkunftsschule oder die Herkunftsdisziplin durchaus ihren gleichberechtigten Platz hat, man auf den anderen hört, ihn einlädt, auf gleicher Ebene mitzuwirken. Man steht nicht mehr wie im *Multi-Modell* nebeneinander, sondern im *Inter-Modell* kommt es zu einer Gesprächsebene, zu einer *konnektivierten* Zusammenarbeit (man kann das an der Zahl der e-mails ablesen), weil man erkannt hat, dass man die „Andersheit des Anderen“ (*Ldivinas*)<sup>173</sup> zu einer eigenen Entwicklung braucht. Es ist bedrückend zu sehen, mit welcher Selbstgefangenheit und welchem Interessenegoismus die psychologischen Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren, die anderen Verfahren psychologischer Psychotherapie ausgegrenzt haben, mit einem fragwürdigen Qualitätsargument. Besteht kein Interesse an kritischen Diskursen? Spezifische Wirkungsnachweise, über „*common factors*“, allgemeine Wirkfaktoren<sup>174</sup> hinaus, sind beim jetzigen Stand der Forschung für die Main-Stream-Psychoanalyse (eine Mainstream-VT kann ich schwer ausmachen) und die Breitband-VT<sup>175</sup> nicht überzeugend gesichert<sup>176</sup>. Warum also Ausgrenzung zu Lasten einer *übergreifenden* „*Psychotherapie*“, einer *übergreifenden Identität* von Psychotherapeuten, eines *übergreifenden psychotherapeutischen Feldes*, das auf dem Boden klinisch relevanter Wissenschaften, vornehmlich der Psychologie, aber auch anderer Disziplinen, der Neuro- und Sozialwissenschaften, sich gerade zu entwickeln beginnt? Neben dem Verweis auf „*common factors*“ als „unspezifischen“, „allgemeinen Wirkfaktoren“ aller Therapieformen, die eine gemeinsame Plattform bieten und zur Zeit immer noch — auch für die Richtlinienverfahren — die wesentlichste Grundlage, was das Erzielen von Wirksamkeitsnachweisen anbetrifft, bietet, müssen wir zu *spezifischen* oder „*divergent factors*“ kommen, durch die sich Richtungen unterscheiden. Das aber geht nur in seriösen Vergleichen, für die man derzeit den „humanistischen“ und „systemischen“ Verfahren die Infrastruktur zerschlägt. Durch den *de facto* Schutz des Psychotherapeutentitels für die Richtlinienverfahren können — juristisch streng genommen — andere Verfahren keine Psychologischen Psychotherapeuten mehr ausbilden, und das heißt auch, sich nicht mehr entwickeln, nicht mehr forschen. Sie haben keine Chancen, weil die

Richtlinienverfahren ihnen die Zukunft nehmen! Wer hat diese Konsequenzen überdacht oder gar beabsichtigt, gewollt? Hat man den Sensus für den „*common ground*“ von Psychotherapie — die beziehungsorientierte Arbeit mit Menschen — so weit hintangestellt? Ihn vielleicht nie ausreichend entwickelt, so dass *consensus*, eine Konsensgemeinschaft nicht entstehen konnte?

Wir müssen deshalb an dieser Stelle auch zu den *common concepts* kommen, weil manchmal unter unterschiedlichen Namen genau die gleiche Sache gemeint ist, wir also *funktionale Äquivalente* haben<sup>17</sup>, aber es gibt auch wesentliche „*divergent concepts*“. Die Psychotherapie der Zukunft braucht einen *pluralen Theoriediskurs*, keine Zweiparteienlandschaft oder gar zwei *Konfessionen*! Sie braucht *interkulturellen* Austausch, denn Psychotherapieschulen sind ja auch *Kulturen* im Sinne des organisationswissenschaftlichen Kulturbegriffes<sup>18</sup>. Jede psychotherapeutische Richtung, jeder Berufsverband hat auch seine Kultur. Die unterschiedlichen Kulturen sind prinzipiell ein Reichtum. Sie führen leider auch sehr oft zu xenophobischen Haltungen und Ausgrenzungsphänomenen, weil man die eigene *Identität* leider immer noch in (zumeist abwertender) Abgrenzung zum anderen definiert, ohne dabei zu bemerken, dass die Grenze Kontaktfläche und Angrenzung, Trennungslinie und Abgrenzung *in Einem ist* und an den Grenzen der „Heterotopien“ (*Foucault*), der „Orte des Anderen“, Ereignisse möglich sind, in denen „Blitze des Werdens“<sup>17</sup> aufflammen. Wenn wir also dahin kommen, dass wir die korrespondierenden Qualitäten der Begegnung, der Auseinandersetzung, des Zusammensetzens im Diskurs weiter entwickeln und pflegen, gibt es vielleicht die Möglichkeit, den *interdisziplinären* Diskurs zu überschreiten und zu *transdisziplinären* Konzepten oder zu *transkulturellen* Modellen zu kommen<sup>18</sup>. Und nur wenn uns das gelingt — und das gilt für Europa wie für die Psychotherapie und natürlich für die Psychotherapie in Europa —, werden wir eine Zukunft als ein gemeinsames Feld haben. Diese *Transqualitäten* radieren nicht das weg, was an gewachsenen Traditionen da ist, zerstören genauso wenig die *Identität* der einzelnen „Schulen“ mit ihren einzelnen Diskursen, wie sie nicht die einzelnen Identitäten der einzelnen Völkerschaften in Europa mit ihren Sprachen und ihren Eigenheiten bedrohen, sondern sie schaffen etwas Neues, Übergreifendes.

Ich lehre als Ordinarius an einer niederländischen Universität, bin in slawischen Ländern immer wieder Gastprofessor, war lange in der Schweiz und lange Zeit in Österreich Gastprofessor, immer mit dem „neutralen“ Standort in Holland als Basis. Ich leite in Deutschland die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“<sup>18</sup>, staatlich anerkannte Einrichtung der Weiterbildung, spreche etliche europäische Sprachen und ich muss sagen, ich bin froh, Europäer zu sein. Einer der Lieblingsprüche meines Vaters war: „So viele Sprachen man

spricht, so viele Herzen hat man!" Und ich kann das nur bestätigen. Man muss das auch für die „*Sprachen der Psychotherapie*“ sagen. Jede Richtung hat ja ihre eigene Sprache. Ich habe meine psychotherapeutische Lern- und Lehrzeit auf einer analytischen Couch begonnen — eine feingliedrige, präzise Sprache wurde dort gesprochen. Ich habe dann die aktionale Sprache des Therapeutischen Theaters, des Psychodramas<sup>182</sup> und die „nonverbale Sprache“ der „neuen Körpertherapien“<sup>183</sup> gelernt, habe einige gute „Sprachkurse“ in der Verhaltenstherapie gemacht (ich war 1971 in Frankreich lehrend, auf dem Ersten Europäischen Verhaltenstherapiekongress in München der einzige französische Vertreter für VT. Es gab damals kaum VT in Frankreich). Ich habe damals über „Behaviourdrama“ gearbeitet, eine besondere Form des verhaltenstherapeutischen Rollenspiels, die ich praktiziert und entwickelt habe<sup>184</sup>. Rollenspiel war damals eine der Kerntechniken moderner Verhaltenstherapie. Zu den „Sprachen“ kam noch die „*emotional language*“ der Gestalttherapie<sup>185</sup> hinzu, die „bildhafte Sprache“ der „neuen Kreativitätstherapien“<sup>186</sup> und einiges andere. Ich muss sagen, ich bin froh, diese Vielfalt von Richtungen mit ihren unterschiedlichen Konzepten, Fachsprachen und Praxen in meinem Begriffs- und Handlungsrepertoire zu haben. Ich bin froh, eine Vielfalt von theoretischen Perspektiven zu haben, und verstehe mich selber *nicht* als *Eklektiker*, wobei gegen einen „systematischen Eklektizismus“ (etwa im Sinne von *Garfield* oder *Plaum*)<sup>187</sup>, gar nichts zu sagen ist. Das ist besser als das Kauderwelsch des „wilden Eklektizismus“ oder die artifizielle Qualität eines „psychotherapeutischen Esperanto“, wie ich es ein wenig bei *Prochaskas* „transtheoretischem Ansatz“<sup>188</sup> sehe.

In einer Zeit, wo wir über die „wirklichen“ Wirkungen und Wirkprinzipien von Psychotherapie noch so wenig wissen<sup>189</sup> und noch so viel mit *Heuristiken*<sup>190</sup> arbeiten müssen, ist gegen eklektische Richtungen, Kollegen, die um die Systematisierungen von Heuristiken bemüht sind, nichts zu sagen. Sie sind letztlich wissenschaftlich seriöser als die auf fragliche Sicherheiten von Teilergebnissen rekurrierenden Kollegen, Ergebnisse, die nur Aspekte aufklären und dennoch verfahrensgebundene Hegemonialansprüche legitimieren sollen, die weiterhin so verwandt werden, dass kleinere psychotherapeutische Verfahren, über die noch nicht so viele Daten vorliegen (u.a. durch einen Forschungsbias, denn wer entscheidet, welche Verfahren beforscht werden und welche nicht — die Hochschullehrer, die schon einer bestehenden Orientierung anhängen, wodurch es zu einer „indirekten Vorteilsnahme“ kommt), in den Bereich der Scharlatanerie gerückt werden. Das dürfen Psychologen nicht zulassen, wenn sie ihr kritisches Forschungsverständnis nutzen wollen für die Zukunft ihrer Disziplin und die Zukunft der Psychotherapie.



Ich hatte Ende der sechziger Jahre meine Auseinandersetzung mit Wissenschaftstheorie und Erkenntnistheorie dazu benutzt, zu versuchen, in den verschiedenen Therapieansätzen, die ich erlebt, erfahren, erlernt hatte, *Transqualitäten* zu finden, übergreifende Prinzipien und grundsätzliche Differenzen. *Vergleichende Psychotherapieforschung* wird im systematischen Theorienvergleich, so postulierte ich 1970, „*common and divergent concepts*“<sup>191</sup> finden, genauso wie ein empirischer Vergleich, etwa durch Prozessforschung, „*common and divergent factors*“ findet. Ich glaube, in diese Richtung wird unser Weg in die Zukunft führen. Wir hätten viel voneinander zu lernen! Ich glaube nicht, dass es eine *allgemeine Psychotherapie*<sup>192</sup> im Sinne einer *Grundorientierung* geben wird, wohl aber im Sinne eines allgemeinen praxeologischen Fundus *an übergreifendem klinisch-methodischem Wissen* und an psychologischen, sozial- und neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, auf die keine Richtung mehr verzichten kann, und wohl eine *allgemeine Psychotherapiewissenschaft*<sup>193</sup>, denn eine solche Wissenschaft ist wichtig. Es wird wohl auch eine „*Psychologische Psychotherapie*“<sup>194</sup> geben, und das ist gut so, aber es ist nicht die ganze Psychotherapie, und sie wird von der ärztlichen und human- bzw. sozialwissenschaftlich fundierten Therapie Vieles aufnehmen müssen (dies gilt natürlich auch *vice versa*). Und ich hoffe auch, dass es eine „*allgemeine Psychotherapeutenschaft*“ mit einer *übergreifenden psychotherapeutischen Identität* geben wird, mit der wir uns als „Professional Community“ organisieren.

## 6. Multimodale Behandlungen, Beratungen, Coachings, versatile Praxen und differentielle/integrative Therapie - Paradigmen der Zukunft

Ich meine, dass es ein Feld vielfältiger Diskurse geben werden muss, wo man mit Wertschätzung und Respekt und Neugierde auf den Anderen hört, und dass es einige *übergreifende* Grundergebnisse (etwa zu *common factors*, Patientenvariablen), aber auch einige *spezifische* Resultate der Psychotherapieforschung geben sollte (z.B. zu störungsbildspezifischen Behandlungen, zu Genderfragen — ein immer noch vernachlässigter Bereich —, zu besonderen Zielgruppen und *client systems*). Diese Ergebnisse könnten dann in verschiedenen Schulen und Methoden umgesetzt werden. Es findet sich schon seit längerem eine Bewegung zu einer „Integrativen Therapie“ — begründet oder vertreten in den deutschsprachigen Ländern u.a. durch *Petzold, Pongratz, Strotzka, Wyss* und andere und in gewisser Weise auch durch *Bastine, Grawe, Kemmler*, sowie in den USA durch *Thorne, Norcross, Goldfried, Stricker, Prohaska, Garfield, Wachtel* usw. (es handelt sich ja in den Vereinigten Staaten um eine recht große, vielfältige

Gruppe). In diesem „neuen Integrationsparadigma“<sup>195</sup>, wie ich es genannt habe, zeichnet sich schon so etwas wie eine Richtungs- oder Schulbildung ab<sup>196</sup>, die zum Teil Ausdruck der Möglichkeiten von *differentiellem* Vorgehen und Konzeptualisieren ist. Man schaue hierzu in die Geschichte der Psychologie und Psychotherapie. Bislang ist man nie an der Schulbildung vorbeigekommen. Heute aber haben wir die Chance - und darin liegt die Zukunft der Psychologie wie der Psychotherapie -, aus dem *ekkesialen Diskurs*' der wechselseitigen Verbannung, vom Schulendogmatismus weg zu flexiblen *klinischen Orientierungen, differentiellen Vorgehensweisen*<sup>198</sup> und versatilen Praxen zu kommen und aus der Tradition der Ausgrenzung und Stigmatisierung auszusteigen, um in einer respektvollen Weise miteinander zu arbeiten und zu diskutieren - wo notwendig, auch durchaus kritisch<sup>199</sup>. Das alles führt zu einer Erweiterung des Wissens, der Sichtweisen, des Behandlungsspielraumes, der professionellen Identität, des Verständnisses der eigenen Profession bis in die Gestaltung der Praxis hinein.

Man wird damit zu neuen und weitgreifenden Behandlungsformen unter Einbeziehung von Beratung und Coaching kommen, zu einer *versatilen*, d.h. flexiblen, wandelbaren, vielseitigen, beweglichen Praxis. In der Psychotherapie der Zukunft werden Therapeutinnen in ihren Praxen neben der klinischen Behandlung für ihre Patientinnen, Klientinnen, Kundinnen verschiedene Beratungsleistungen anbieten und den ganzen Fundus der Counseling Psychology<sup>m</sup> nutzen, wobei *personality coaching, professional coaching, health coaching*, Entspannungs- und Running Therapy<sup>m</sup> mit im Leistungsspektrum der Praxis rangieren. In flexibilisierenden Bezugswelten mit hohen Anforderungen werden Patienten von derartigen Zusatzleistungen der Praxen profitieren und Klientinnen wegen solcher Zusatzleistungen - z.B. Coachings<sup>202</sup> - in die Praxen kommen. Durch verfallende Punktewerte und die zu erwartende *gnadenlose Auslastung* der Psychotherapeutinnen in den Praxen, wenn sie „auf ihr Geld“ kommen wollen, wird es auch aus Gründen der Psychohygiene, Burnoutprophylaxe und Arbeits- und damit Lebensqualität für Psychotherapeutinnen notwendig und sinnvoll sein, Beratungs- und Coachingleistungen in flexiblen kunden- und dienstleistungsorientierten Praxen anzubieten und durch eigene Weiterbildung auch Supervision und Trainings in der Palette zu haben, denn mehr als dreißig Stunden konventionelle Richtlinienpsychotherapie pro Woche sind schlichtweg - besonders, wenn man engagiert arbeitet - eine hohe Belastung, mehr Stunden sind als gesundheitsschädlich zu betrachten und schlagen sich auf die Behandlungsqualität, ja können zu „riskanter Therapie“<sup>203</sup> führen. In einer modernen *versatilen Praxis*, die ein breites Dienstleistungsspektrum hat und in der Psychotherapeutinnen in Praxisteamen multitheoretisch und multimodal behandeln, Supervision und Intervention nut-

zen, multiprofessionell mit Kreativ-, Leib- und SporttherapeutInnen kooperieren, wird *deformation professionelle*, Burnout, Patientenmüdigkeit vorgebeugt sowie Qualität entwickelt und gesichert<sup>204</sup>. Die Therapeutin wechselt verbalorientierte Stunden mit solchen, in denen Leib-, Sport- und Kreativthemen im Vordergrund stehen und hat damit eine lebendige, attraktive, effektive und persönlich befriedigende Praxis. Das verlangt natürlich auch eine persönliche Versabilität, d.h. Vielseitigkeit, Kreativität und Flexibilität, die PatientInnen und KlientInnen (auch im Sinne des „*imitation learning*“, des Lernens am Modell) zugute kommt.

Bei komplexen Patientensituationen könnte man dann vielleicht sagen: Gut, die *Angststörungen* dieses Patienten behandelt man derzeit am erfolgreichsten mit Expositionstechniken<sup>205</sup>, aber bei dem Patienten ist neben der Angststörung noch die *Sinnfrage* ein Problem, sein *soziales Netzwerk* ist zerbrochen und er ist in seiner *Leiblichkeit* völlig verspannt und dysreguliert. Als am Patientenwohl interessierte Kliniker und Praktiker müssen und können wir in einer solchen Situation multimodal und methodenplural arbeiten<sup>206</sup>. Wir müssen uns dem *sozialen Netzwerk* zuwenden, z.B. mit Hausbesuchen, Netzwerksessions<sup>207</sup>. Wir müssen vor allen Dingen auch die *Leibdimension*<sup>208</sup> berücksichtigen, z.B. durch Entspannungs- und Lauftherapie, die auch dem Therapeuten gut tut. Und wo wir diese Dinge nicht selbst durchführen können oder wollen, werden wir zusammenarbeiten in einem *intermethodischen Behandlungscurriculum* bzw. *-plan*, an dem ggf. mehrere Therapeuten mit ihren Spezialisierungen mitarbeiten. In Kliniken und Tageskliniken ist dies seit langem Standard und erprobt. Warum nicht in freier Praxis, wo weiterhin ein *monomethodischer* Ansatz vertreten, ja propagiert wird? Dahinter stehen *ausschließlich* monetäre Interessen, Territorialegoismus, die Hermetik der Einzelpraxen und die fehlende Erfahrung vieler niedergelassener Praktiker, dass versatile Praxen und methodenübergreifende Kooperationen nützlich, effektiv, interessant und *profitabel* sein können, wenn man sie gezielt entwickeln und gesundheitspolitisch vertreten würde.

## 7. Komplexe und Integrative Therapie (KIT) — Persönliche Positionen zu einer kreativen und „nachhaltigen“ Humantherapie

Viele Positionen, die ich hier vertrete, stammen aus dem Fundus und der Entwicklungsdynamik der *Integrativen Therapie* und *Integrativen Supervision*, die sich in einem permanenten Differenzierungs-, Integrations- und Entwicklungsprozess befinden<sup>209</sup>. Es wurde deshalb auch immer wieder auf eigene Literatur verwiesen, um Entwick-

lungen zu kennzeichnen, wie sie sich auch in anderen Orientierungen finden. Das Feld ist lebendig! Ich möchte abschließend noch kurz meinen „persönlichen“ Ansatz und meine Vision umreißen: Ich arbeite beziehungsorientiert<sup>20</sup> mit *Komplexen* und *Integrativen Therapiecurricula* (KIT), fokalthérapeutisch<sup>21</sup> und in narrativer Praxis<sup>22</sup>. In ihnen fokussiere ich meine Arbeit sehr stark im *Leib-, Netzwerk- und Social-World-Konzept*<sup>23</sup>. Netzwerk und Konvoi umfassen die Zahl der für den Patienten relevanten Personen, *social worlds* die Konsensgemeinschaften in Netzwerken, die Werte und Weltansichten teilen<sup>24</sup>. Weiterhin wird *Leib* als etwas anderes als der *Körper* gesehen. Der Leib als das „*inkarnierte Subjekt*“ im sozialen und ökologischen Kontext /Kontinuum kennzeichnet den Menschen als Ganzen. In jeder Lach- und Gramfalte wird deutlich, dass unsere Kognitionen, unsere Emotionen und Volitionen auch eine leibliche Dimension haben, und diese ist neben der leibphänomenologischen Position<sup>25</sup> und einer genealogisch-strukturalistisch orientierten Sicht auf den Körper (*Foucault*)<sup>26</sup> auch eine psychobiologische, neurowissenschaftliche und psychoneuroimmunologische<sup>27</sup>. Die Erkenntnisse dieser letztgenannten Disziplinen, gerade mit Blick auf depressive, posttraumatische und Angststörungen, werden die Psychotherapie der Zukunft sehr verändern. Die klassischen psychodynamischen Modelle der Entstehung — und damit auch der Behandlung — der meisten Psychosomatosen sind obsolet<sup>28</sup>. Die „*major depressions*“ und Angststörungen werden, was die spezifische Symptomatik anbelangt, zunehmend durch die Fortschritte moderner Medikation behandelbar, weil wir die neurophysiologischen Prozesse und ihre Interaktion mit dem Immunsystem immer besser verstehen und beeinflussen lernen. Bei der Behandlung von Depressionen wird die Kombination von medikamentösen Maßnahmen, die den Serotoninhaushalt beeinflussen, die immunologisch ansetzen und in die Stressphysiologie eingreifen<sup>29</sup>, die heute schon sehr guten Ergebnisse noch verbessern, so dass sich *Freuds* späte Aussage bewahrheitet, dass wir dereinst die hirnpfysiologischen Bedingungen seelischer Erkrankungen so weit erforscht haben werden, um mit medikamentösen Behandlungen das seelische Geschehen zu steuern.

An einem Beispiel aus meiner Praxis sei ein solches integratives Vorgehen kurz umrissen: Es handelt sich um einen 47-jährigen, verheirateten, kinderlosen depressiven Patienten aus der unteren Mittelschicht, ein Werkstoffprüfer, der auf Grund seiner Erkrankung aus dem Arbeitsprozess gefallen ist. Jahrelang wurde er von seinem Hausarzt mit einer unzureichenden Medikation und gelegentlichen Gesprächen behandelt. Viel zu spät und durchaus chronifiziert kommt er in eine spezialisierte Therapie. Die depressive Störung ist nach ICD 10 / DSM IV diagnostiziert, Komorbiditäten sind abgeklärt. Es finden sich hier Angststörungen, die ja sehr häufig als Vorläufer-

und Begleitstörungen von Depressionen auftreten<sup>220</sup>. Es wurde die initiale Prozessdiagnostik<sup>221</sup>, ggf. unter Einsatz semiprotektiver Verfahren<sup>222</sup>, durchgeführt — z.B. Leibfunktionsdiagnostik<sup>223</sup>, Netzwerkdiagnostik<sup>224</sup>, Ich-Funktionsdiagnostik<sup>225</sup>, Identitätsdiagnostik<sup>226</sup>. Die depressive Symptomatik imponiert auf vier Items der DSM-IV Checkliste, Ängstlichkeit ist bei dem Patienten eine stark ausgeprägte Komorbidität, die Leibfunktionsanalyse ergibt einen schlechten Konditionsstatus, dysregulierten Tonus, eingeschränktes Atemmuster, eine „blande Stressphysiologie“<sup>227</sup>; Dekarnationsphänomene<sup>228</sup> zeigen sich, z.B. kraftlose, kalte Hände, „abgestorbene“, starre Gesichtsmimik, retroflexives Blickverhalten („tote“ Augen, keine Blickkommunikation), keine ad-gressiven Verhaltensmöglichkeiten, Subassertivität, Libidoverlust; das Netzwerk ist ausgedünnt, ressourcenarm oder wird auf Grund von sozialem Rückzug des Patienten nicht genutzt; die Beziehung des Patienten zu seiner Partnerin ist kaum noch tragfähig. Jegliche Zukunftsorientierung und Hoffnung auf berufliche Neuorientierung scheint erloschen, und es haben sich negative *kognitive* (*negative appraisals and control parameters*), *emotionale* (*learned helplessness*, Selbstabwertung, Negativierung) und *dysfunktionale volitive Stile*<sup>229</sup> (Entscheidungsunfähigkeit, Willensschwäche, fehlendes Durchhaltevermögen) etabliert. Spontanität und Kreativität sind weitgehend abhanden gekommen. Es liegt vor uns ein Bild einer „Major Depression“ mit einem mehr oder weniger hohen Grad an Chronifizierung, Begleitsymptomatik und sozialer Desintegration. Blickt man aber auch in einer ressourcenorientierten Sicht auf die Möglichkeiten und Potentiale des Patienten<sup>230</sup>, so wird man feststellen, dass er eine schöne Wohnung hat, er Musik liebt, noch einen guten Freund hat, über gute handwerkliche bzw. heimwerkerische Fähigkeiten verfügt, Tiere und Natur liebt, obwohl er heute kaum noch hinaus geht, früher einmal sehr sportlich war, über politische Fragen nachdenkt und ein soziales Bewusstsein hat, also eine zwar angeschlagene aber doch fundierte Wertewelt (ehemaliger Jungsozialist). Das alles sind Anknüpfungspunkte, in denen *Probleme* des Typus A (Katastrophen), soweit es möglich ist, in Probleme des Typus B (Aufgaben und Herausforderungen) umgeformt werden (*reframing*) und Ressourcen und Potentiale aktiviert werden. Es kommt aber nicht nur eine defizitorientierte Sicht zum Tragen, sondern es werden Persönlichkeitsentwicklung sowie Gesundheitsförderung mit in die therapeutischen Maßnahmen durch Strategien des Gesundheits- und Persönlichkeitscoachings einbezogen, denn nur wenn der allgemeine Gesundheitszustand, die Vitalität, die Netzwerksituation, die Arbeitssituation (ggf. das konstruktive Meistern der Situation endgültigen Arbeitsverlustes durch andere sinnstiftende Tätigkeiten), d.h. die gesamte Lebenssituation verbessert wird, ist mit einer dauerhaften Beseitigung der depressiven Störung zu rechnen.

Ein solches Störungsbild mit seiner ganzen komplexen psychosozialen Problematik war schon in der „Psychotherapie der Vergangenheit“ nur sehr schwer zu behandeln. Die manualisierten Psychotherapien geben uns wenig an Information über derartige Behandlungen. Die guten oder hinlänglich guten Ergebnisse vorselektierter Patienten der meisten Outcomestudien der klinischen Psychotherapieforschung<sup>231</sup> geben uns wenig Information für die erforderlichen umfassenden Rehabilitationsziele. Oft hat man den Eindruck, dass Patienten wie der oben kurz vorgestellte in der empirisch beforschten Population — praktisch aller großen Psychotherapieschulen, nicht zuletzt der Richtlinienverfahren — nicht vorkommen. Schon *Freud* hatte mit dieser Patientengruppe große Schwierigkeiten: er affirmierte — und das galt nicht nur für damals, das gilt noch heute<sup>232</sup> —, dass die Psychoanalyse für die „Massenanwendung“<sup>233</sup> nichts zu bieten habe: „Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun“<sup>234</sup>. Sollte eine Arbeit mit Breitenwirkung möglich und finanzierbar werden, werde man das „reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren haben“<sup>235</sup>. (In der Tat verwenden heute viele Psychoanalytiker trotz des Vorhandenseins psychodynamischer Kurzzeitinterventionen<sup>236</sup> für die Traumatherapie das Schnellverfahren EMDR<sup>237</sup>.)

Hatten diese „schwierigen“ Patienten in der „Psychotherapie der Vergangenheit“, die sich vielfach auf YAVIS-Patienten zentrierte<sup>238</sup>, keine Chancen, ist es fraglich, ob sie es in der „Psychotherapie der Zukunft“ haben werden. „Lohnt“ es sich, in solche Patienten zu investieren? Es lohnt sich, schaut man auf die volkswirtschaftlichen Kosten von Chronifizierungen über eine potentielle Zeit von 10-30 Jahren. Daher wird es unbedingt erforderlich, Chronifizierungen und Späterkennungen zu vermeiden. Viele schwere psychische Störungsbilder müssen in *Vorsorgeuntersuchungen* mit abgeklärt werden. Damit würden die Behandlungs- und Rehabilitationschancen wesentlich steigen, denn zu späte und unzureichende Behandlungen haben lange Rehabilitationsprozesse im Gefolge, und manche Patienten sind auf Grund iatrogenen Vorbehandlungen oder verschleppter Krankheitsprozesse gar nicht mehr *nachhaltig*, d.h. umfassend ansetzend auf dauerhafte Wirkung abzielend, zu heilen. Die vielfach vorfindliche Haltung, solche PatientInnen „abzuschreiben“ — bei Kostenträgern oder auch bei TherapeutInnen — ist nicht nur inhuman, sondern auch unökonomisch, sofern man Möglichkeiten hätte, solche Patienten erfolgreich zu behandeln und zu rehabilitieren. Man müsste allerdings in sie investieren, komplexe Behandlungsansätze koordiniert zum Einsatz bringen und zwar so, dass sie als solche finanziert werden. Bislang sind Patienten weitgehend auf eigene Mittel, das Engagement und die Ingeniosität ihrer TherapeutInnen und ihren eigenen Einsatz angewiesen, wenn ein solches „*komplexes und integratives The-*

*rapiecurriculum*" (KIT) geplant und umgesetzt werden soll, z.B. im Rahmen einer Integrativen Fokal- und Kurzzeittherapie (IFK)<sup>239</sup>.

Für den Patienten unseres Beispiels waren als Richtziele anzusehen: Symptombeseitigung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Dafür sind in einem KIT folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. *eine moderne antidepressive Medikation* (in Koordination mit dem Psychiater);
2. *eine intermittierende fokale Therapie* (IFK) als mittelfristige Karrierebegleitung oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie, die folgende mögliche Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts enthält:
  - Veränderung von negativen Kognitionen, z.B. sensu *Beck*<sup>241</sup> und dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen<sup>242</sup>, Aufbau von positiven „kognitiven Stilen“;
  - Veränderung von negativen Emotionen, z.B. dysfunktionalen „emotionalen Stilen“, erlernter Hilflosigkeit, sensu *Seligman*<sup>243</sup>, Hoffnungslosigkeit, Resignation durch emotional modeling<sup>244</sup>;
  - Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen volitiven Stilen<sup>245</sup>, *Willensempowerment*;
  - Veränderung dysfunktionaler kommunikativer Stile zu funktionalen.
3. *Netzwerktherapeutische Maßnahmen*<sup>246</sup> zur Förderung der *Connectedness* mit folgenden möglichen Schwerpunkten:
  - Stärkung des familialen Netzwerkes durch Familien- bzw. Paartherapiesitzungen; Ermutigung, ein Haustier anzuschaffen (*pet therapy*)<sup>247</sup>.
  - Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des amicalen sozialen Netzwerkes mit einer guten Erzählstruktur<sup>248</sup>, *Netzwerkenrichment*;
  - Aufbau eines *kollegialen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Gesprächskultur, z.B. in Umschulungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen;  
Aufbau eines Kontaktnetzes etwa in sportiven bzw. erwachsenbilderischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements, *Netzwerkempowerment*.
4. *Leib-, Bewegungs- und Sporttherapeutische Maßnahmen*<sup>249</sup> mit folgenden möglichen Schwerpunkten:
  - Running Therapy speziell für die depressiven Störungen<sup>230</sup>;
  - Tonusregulation, Entspannungstraining, Atemaktivierung;
  - Konditionsaufbau, *body enrichment*;
  - Förderung eines gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstils (Ernährung, Ausdauersport).

5. *Agogische' und Kreativtherapeutische" Maßnahmen* mit dem Ziel:  
 Förderung der beruflichen Reintegration, des Arbeitsverhaltens und der Belastungsfähigkeit;  
 Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens;  
 Förderung der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks (*enrichment*);  
 Förderung von Interessen und Freizeitgestaltung (Gesprächskreise, Hobbies, Naturerleben)<sup>253</sup>.
6. *Metatherapeutische Maßnahmen*<sup>254</sup> mit emanzipatorischen Zielen:  
 Verarbeitung der Krankheitserfahrung als solcher, d.h. Be- und Verarbeitung der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen;  
 Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung;  
 Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen<sup>255</sup>;  
 Bewusstwerden, was im Leben zählt, gut tut und wichtig ist, um dem im Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher „Lebenskunst“<sup>256</sup> nachzugehen.

Mit einem solchen komplexen und *multiprofessionell* durch ein „Netzwerk von Helfern“ durchgeführten und von einem integrativ und differentiell arbeitenden Therapeuten koordinierten Programm, das dem Faktum Rechnung trägt, dass der Mensch in seinen sozialen und ökologischen Beziehungen ein „Ganzes“ ist, sind Erfolge zu erreichen. Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden eines in so umfassender Weise beeinträchtigten Menschen muss auch in umfassender Weise in Angriff genommen werden, weil nur in der *gesamten, nachhaltigen Sanierung* einer desolaten Lebenssituation, in der Nutzung aller noch vorhandenen gesunden Potentiale und Ressourcen auch eine **nachhaltige** Wirkung erzielt werden kann. Und **Nachhaltigkeit** der Behandlung wird in einer „Psychotherapie der Zukunft“ eine bedeutende Rolle spielen. Nur sie ist letztlich auch ökonomisch, verhindert Chronifizierungen, sekundäre Schädigungen durch unvollständige und fragmentierte (d.h. potentiell iatrogene)<sup>257</sup> therapeutische Maßnahmen, die die Motivation und das Vertrauen des Patienten verschleifen und eine *Erosion der Selbstheilungskräfte* und des Erholungsverhaltens als Folge haben. Deshalb ist auch die Metareflexion des Krankheitsgeschehens, des gesellschaftlichen Kontextes und - in emanzipatorischer Absicht - der Erfahrungen (gute wie schlechte) mit Therapie und ihren Ideologemen wichtig - bislang noch völlig vernachlässigte Fragestellungen, genauso wie die einer **persönlichen Lebenskunst**.



Durch den Einbezug der Medikation und der Sporttherapie wird die Psychotherapie nicht überflüssig, sie wird spezifischer, psychotherapeutischer, integrativer. In der Integrativen Therapie arbeiten wir „multimodal“<sup>258</sup>, d.h. mit verschiedenen Modalitäten: z.B. übungszentriert-funktional (z.B. entspannungs- und sporttherapeutisch<sup>259</sup>), erlebniszentriert-stimulierend, (z.B. kreativitätstherapeutisch<sup>260</sup>), konfliktzentriert-aufdeckend<sup>261</sup>, soziotherapeutisch-supportiv<sup>262</sup>, medikamentös<sup>263</sup>. In diese Richtung wird auch die Psychotherapie der Zukunft gehen. Ich hatte schon 1974<sup>264</sup> von einer „*multimodalen Therapie*“ gesprochen und sie praxeologisch ausgearbeitet, unabhängig von A. Lazarus<sup>265</sup>. Die Entwicklungen sind in diese Richtung weitergegangen<sup>266</sup> und werden in diese Richtung weitergehen. Dabei werden Patientinnen immer mehr als mündige Partnerinnen, als Ko-diagnostiker und Mitwirkende in ihrer Psychotherapie<sup>267</sup> eine Rolle spielen und die Behandlungen werden neben Fragen der Symptombeseitigung oder -veränderung (*curing*), Fragen der Lebensbewältigung (*coping*), der Unterstützung (*supporting*), aber auch der Erweiterung von Kompetenzen (*enlargement*), der Bereicherung der Lebensqualität (*enrichment*) und der Förderung von Souveränität (*empowerment*) einbeziehen (*Petzold*)<sup>268</sup>. Longitudinale Entwicklungspsychologie<sup>269</sup> in klinischer und gesundheitspsychologischer Ausrichtung<sup>270</sup> werden dabei immer größere Bedeutung gewinnen, aber auch die Berücksichtigung sozialer Zusammenhänge, Netzwerke, Konvois', salutogener Mikroökologien<sup>272</sup> und gesellschaftlicher Bedingungen und Einflüsse — *Zeitgeist*“, ökonomische Verhältnisse<sup>274</sup> — Wissensbestände, in denen wir lernen müssen, kompetent zu *navigieren*. Es wird damit ein „*erweiterter Therapiebegriff*“ prägnanter, wie er in der Integrativen Therapie seit ihren Anfängen vertreten und entwickelt wurde, und dessen Orientierungen sich zunehmend im gesamten psychotherapeutischen Feld verbreiteten. Er hat vier Dimensionen:

1. Therapie hat eine *klinische*, d.h. kurative und palliative Dimension. Deren Ziel ist es, Pathologie zu beseitigen oder zu mindern im Sinne des medizinischen Modells, wobei man in zentraler Weise die *Frage nach Hilfe*, das *Unterstützungsbegehren* der Patientinnen berücksichtigt.
2. Therapie hat eine *salutogene*<sup>275</sup>, d.h. gesundheitsfördernde<sup>276</sup> und -erhaltende Dimension. Ziel ist es, einen gesundheitsbewussten und —aktiven Lebensstil zu fördern im Sinne des (gesundheits-)psychologischen Modells<sup>277</sup>, das die *Fragen der Klientinnen* und ggf. *Kundinnen* nach Gesundheit (*health*), Leistungsfähigkeit (*fitness*) und Wohlbefinden (*wellness*) und guten sozialen Beziehungen (*connectedness*)<sup>278</sup> in Form von Aktivitäts-, Gesprächs- und Erzählgemeinschaften<sup>279</sup> berücksichtigt.

3. Therapie hat eine *persönlichkeitsentwickelnde*<sup>280</sup>, d.h. die persönliche *Souveränität*<sup>281</sup>, die *Ressourcen* und *Potentiale* des Subjekts<sup>282</sup>, seine personalen und sozialen Kompetenzen und Performanzen fördernde Dimension, in der die *Entwicklungsaufgaben*<sup>283</sup> des Menschen, seine Fragen nach Persönlichkeitsbildung, Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis, Selbstverwirklichung<sup>284</sup>, seine Lebenskunst<sup>285</sup> als Fähigkeit der „Sorge um sich“<sup>286</sup> und um Andere<sup>287</sup> in persönlich gelebter Ethik<sup>288</sup> praktizierter Verantwortung<sup>289</sup> für die gemeinsame Lebenswelt berücksichtigt werden.
4. Therapie hat eine *kulturschaffende* und *kulturkritische* Dimension, ist Kulturarbeit<sup>290</sup>. Sie fördert nicht nur die *Exzentrizität*, mit Blick auf persönliche, sondern auch auf die gesellschaftliche Situation und die Kraft und den Mut zur Offenheit, Klarheit und freimütigen Rede, d.h. zur Parrhesie<sup>291</sup>, die Devolution<sup>292</sup> und Entfremdung<sup>293</sup> entgegentritt und für ein „gutes Leben“<sup>294</sup> in kultureller Vielfalt und Freiheit<sup>295</sup> eintritt. Sie ermutigt und berücksichtigt die *Fragen des Mitbürgers nach den Möglichkeiten, sich in der Gesellschaft, einer civic society*<sup>296</sup>, zu engagieren und sie aktiv mitzugestalten (in Bürgerinitiativen, kulturellen, humanitären, ökologischen, politischen Projekten etc.) Nicht nur für Menschen im Klientenstatus, auch Patienten können von einer bewussten Teilnahme an solcher Gesellschafts- und Kulturarbeit für ihre Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung profitieren

Die Psychotherapie hat Zukunft, wenn sie sich an diesen vier aufgezeigten Dimensionen profiliert, vertieft, und diese als Möglichkeiten entwickelt und vernetzt. Die aufgewiesenen Dimensionen stehen vor dem Hintergrund von Überlegungen aus dem Therapieverständnis des *Integrativen Ansatzes*, seiner anthropologischen und gesellschaftstheoretischen Sicht, und dieser leistet damit — wie jede andere therapeutische Grundorientierung — einen Beitrag zur „Psychotherapie der Zukunft“. Wenn wir vor diesem Hintergrund (genderbewusst<sup>297</sup>) sagen, der „Mensch als Mann und Frau ist *Leib im Kontext und Kontinuum*, Leibsubjekt in der Lebenswelt“, Bürger in der Zivilgesellschaft<sup>298</sup>, so wird der Kontext, der soziale und mikroökologische Kontext, von uns nicht auszublenden sein. Wenn wir vor diesem Hintergrund sagen, jede Volition, Emotion und jede Kognition hat eine leibliche Basis, ist dabei die Frage sekundär, ob nun die Kognitionen die Emotionen und Volitionen bestimmen oder, wie neuere Forschungen zeigen, die Emotionen sehr stark die Kognition beeinflussen<sup>299</sup>. (Diese Fragen nach der Henne und dem Ei halte ich für unfruchtbar.) Es geht um die Konnektivierungen<sup>300</sup>, die Zusammenhän-

ge, um die *Synergien*. Ich finde es wesentlich, dass wir in der Zukunft diese Bereiche leibtherapeutischer Arbeit und der Arbeit mit ökologischen<sup>301</sup> und sozialen Kontexten<sup>302</sup>, der Sinn- und Wertefrage<sup>303</sup> mit aufnehmen in die psychotherapeutische Tätigkeit und vor allen Dingen auch in unsere berufspolitischen Strategien. Krank wird man „am Leibe“, auch wenn man „an der Seele“ krank ist. Jeder Depressive hat eine Vielzahl spezifischer somatischer Störungen, das kann ich nicht ausblenden, denn sie wirken auf mich als Beobachtenden, als Diagnostiker<sup>304</sup>, Therapeut, als Mitmensch leiblich-konkret. In der Leiblichkeit liegt auch meine eigene Betroffenheit und mein Mitleiden mit dem Patienten und dadurch ist er nicht nur Klient oder Kunde, sondern *bedeutungsvoller Anderer (Ldvinas)*<sup>305</sup>, Mitsubjekt (*Marcel*)<sup>306</sup>, in fundierter Partnerschaft (*Petzold*)<sup>307</sup>. Und diesem Mitleiden will ich mich aussetzen, denn darin liegt für mich (und auch für andere Kolleginnen und Kollegen) eine starke Motivation der Hilfeleistung. Ich halte wenig von diesen Thesen über die „hilflosen Helfer“. Die Helfer sind äußerst leistungsfähig und können sehr viel tun, besonders wenn sie sich zusammenschließen. Man sollte sich nicht selbst stigmatisieren, sondern seine „*persönliche Souveränität*“ bekräftigen, man sollte aber auch nicht wechselseitig abwerten, sondern aus einer Haltung „*fundierter Kollegialität*“ Koalitionen suchen. Man muss sich aber auch gegen unkollegiale Angriffe abgrenzen. Die naheliegenden Koalitionen müssten meine Kollegen sein, wenn sie mir meinen Platz lassen, wie ich ihnen Raum lasse und bereit bin, auf sie zu hören. Wenn wir zu einer solchen „*fundierten Kollegialität*“ und zu einer „*diskursiven Kultur*“<sup>308</sup> kommen, in der wechselseitige Unterstützung, Wertschätzung, fachliche Lernbereitschaft und faire Auseinandersetzung die Leitprinzipien sind, werden wir eine gute Zukunft haben. Ansonsten werden die unendlichen Streitereien weitergehen.

Neben den Kolleginnen und Kollegen muss ich auch auf meine *Partner* schauen. Meine Patientinnen, Klientinnen sind meine Partner (und sie sind in bestimmten Aspekten und Situationen auch meine Klienten und Kunden). Auch mit ihnen muss ich zu einer „*fundierten Partnerschaft*“ finden, nicht als Lip-Service: „Na klar, Partnerschaft, Rogers und so,“ sondern ich muss wirklich diese Partnerschaft ernst nehmen dadurch, dass ich auch Patienten in das Nachdenken über die „*Zukunft der Psychotherapie*“ und die „*Psychotherapie der Zukunft*“ einbeziehe. Wenn wir „*fundierte Kollegialität*“ zwischen Psychotherapeuten, Kolleginnen und Kollegen aus allen Schulen und Richtungen in einer *Einheit* der Disziplin und Profession bei prinzipieller Verschiedenheit (*unity in diversity*) verwirklichen und „*fundierte Partnerschaftlichkeit*“ mit Patienten aus einer Haltung „*persönlicher Souveränität*“ und „*sozialen Engagements*“<sup>309</sup> realisieren können, hat Psychotherapie als Heilkunde, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung, hat die Arbeit mit unseren Patienten und

für unsere Patienten Zukunft, hat die Arbeit für unsere Profession als Psychotherapeuten Zukunft, und dann werden wir die „Psychotherapie der Zukunft“ auch wieder miteinander in *Ko-responzenz* und *Diskurs* neu bestimmen, entwickeln und gestalten können, womit wir auch einen Beitrag zur *Kulturarbeit* in einer humanen Gesellschaft leisten.

#### Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer Auseinandersetzung mit den neueren Entwicklungen im psychotherapeutischen Feld wird über die „Psychotherapie der Zukunft“ und damit über die „Zukunft der Psychotherapie“ nachgedacht: Wichtigste Aufgabe wird sein, Dualismen und Zerspaltenheiten zu überwinden: Körper/Seele, Individuum/Gesellschaft. Aber auch Antagonismen bzw. Polarisierungen gilt es anzugehen: zwischen den Berufsgruppen, z.B. Ärzten/Psychologen, zwischen den Schulen und Verfahren, z.B. Richtlinienverfahren/Nicht-Richtlinienverfahren, Psychoanalyse/Rogerianische Gesprächspsychotherapie etc. Es geht darum, „common ground“ zu finden und zu bauen, „*unity in diversity*“ in einer übergreifenden Profession und Disziplin „Psychotherapie“ und in der Kooperation mit unseren *Partnern*, den Patienten und Klienten.

Summary: *Psychotherapy of the Future. Reflections on the Future and Culture of a Co-responding and Evidence Based Human Therapy.*

Discussing recent developments on the field of psychotherapy „psychotherapy of the future“ and the „future of psychotherapy“ are reflected. The most important task will be to overcome dualism and disunity: body/mind, individual/society but also antagonisms and polarizations between professions e.g. medical doctors/psychologists, between schools and approaches of approved methods and not-approved methods, e.g. psychoanalysis/Rogerian client centered psychotherapy etc. It will be necessary to find and to build „common ground“, „unity in diversity“ in an all encompassing profession and discipline and in the cooperation with our *partners*, the patients and clients.

keywords: future of psychotherapy, integrative psychotherapy, evidence based psychotherapy

#### Anmerkungen

- 1 Abschlussvortrag auf dem 4. Deutschen Psychologentag, 19. Kongress für Angewandte Psychologie, 5. Oktober 1998 in Würzburg, Abschlusspodium. Für die Veröffentlichung sprachlich leicht bearbeitet und mit Anmerkungen sowie einigen Ergänzungen versehen, behält der Text die Form des Vortrags.
- 2 Freie Universität Amsterdam, Faculty of Human Movement Sciences; Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
- 3 vgl. Petzold, Orth 1999a; Geuter 1999
- 4 Petzold, Orth, Sieper 1999
- 5 Petzold, Orth 1998/12
- 6 Petzold 1998a; Petzold, Sieper 1999; Petzold, Ebert, Sieper 1999
- 7 Zu einem sozioökologischen, die Sichtweisen *Lewins, Gibsons, Bourdieus* verbindenden und überschreitenden Feldbegriff vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999
- 8 Petzold, Ebert, Sieper 1999
- 9 Becker 1997; Haisch, Zeitler 1991

- 10 Stroebe et al. 1996  
11 Hurrelmann 1988  
12 vgl. die Kontroversen Petzold/Staemmler und Buchholtz/Petzold: Buchholtz 1998; Petzold 1998f, 198711  
13 Geuter 1999  
14 Seligman 1996  
15 vgl. die Definition in Petzold 1998a, S. 113  
16 Bevan 1991; Mahrer 1985  
17 Grawe et al. 1994  
18 vgl. Petzold 1995h  
19 Petzold 1991e  
20 vgl. Davidoff et al. 1995; Rosenberg, Donald 1995; Sacket et al. 1996; Gray 1998; Brown et al. 1998  
21 Petzold, Märtens 1999a; Jacobi, Poldrack 2000  
22 zum Kulturbegriff, in dem Kulturen definiert werden als ein Gesamt „kollektiver Kognitionen und  
emotiona-  
ler und volitiver Lagen“, vgl. Petzold 1998a, 214, 312  
23 Petzold, Orth 1998b  
24 vgl. zu dem Begriff Petzold, Ebert, Sieper 1999  
25 Petzold, Märtens, Hass, Steffen 1999  
26 Petzold 1996c  
27 AGPF = Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände; vgl. Dudler, Sieper, Zimmermann 1997  
28 vgl. Petzold, Märtens 1999a  
39 Grawe 1992  
30 Davidoff et al. 1995; Gray 1998; Rosenberg, Donald 1995; Sacket et al. 1996, 1997  
31 Evidenc-Based Medicine Working Group 1992  
32 Crombie 1998  
33 Sacket et al. 1997  
34 Bandler, Farelli, Pesso u.a. können mit Blick auf die Erfordernisse für ein elaboriertes Psychotherapieverfahren kaum als Schulengründer bezeichnet werden, sondern als Protagonisten methodischer Variationen  
35 Cooke, Sacket 1996  
36 Krauthauser, Bassler 1997; McKay et al. 1995; Mother et al. 1998  
37 Grawe et al. 1994  
38 Petrak et al. 1999  
39 Petzold 1991e  
40 vgl. Grawe 1998; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998  
41 Für Mediziner liegen da konkrete Zahlen vor, Sacket et al. 1997  
42 Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998  
43 Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998  
44 differenziert nach Alter, Gender, soziale Schicht, Ethnie vgl. ibid.  
45 Petzold, Orth 1999a  
46 vgl. Petzold, Petzold, Rodriguez-Petzold 1998; zu einem neuen, psychotherapielevanten Identitätskonzept vgl. Müller, Petzold 1999  
47 vgl. hierzu und zu anderen parentifizierenden Freud-Positionen Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998  
48 Petzold, Orth 1999a  
49 Staemmler 1999b  
50 Märtens, Petzold 1999  
51 Berger, Luckmann 1970; Foucault 1978, 1989  
52 vgl. Köthke et al. 1999; Center 1999  
53 Petzold, Orth, Sieper 19956  
54 Norcross 1995  
55 Petzold, Orth 1999a  
56 Graf 1942  
57 Gay 1989  
58 Petzold 1991e; Staemmler 1999b; *Staemmler* verkennt meine engagierten Beiträge in meiner Kritik der Gestalttherapie, ihrer *im* Kern ahistorischen Position (die auch durch das Fehlen einer Entwicklungspsychologie bestätigt wird), auch wenn sich *periphere* Äußerungen anderer Art finden, *ihregrundsätzlich* unhermeneutische Orientierung, auch wenn sich *okkasionelle* Hinweise auf „Verstehen“ finden (*Staemmler* 1999a; *Petzold* 1999c). Die Gestalttherapie wird sich mit den von mir kritisierten Punkten vertieft auseinandersetzen müssen, wenn sie als klinisches Verfahren weiterkommen will. *Staemmler* (loc.cit.) missinterpretiert meine streitbaren Repliken (*Petzold* 19980 auf Unterstellungen (*Buchholtz* 1988)- man kann nicht nicht alles stehen lassen, man muss auch Kritik üben (*Petzold, Orth* 1999) -, aber es ist wichtig, dass man seine Motive offenlegt, in den Sachen seriös argumentiert, sich um eine „diskursive Kultur“ bemüht (*Petzold* 19971) und bereit ist, sich zu revidieren. *Staemmler*, der sich erfreulicherweise in vielerlei Hinsicht um eine Öffnung des gestalttherapeutischen Diskurses bemüht, verkennt auch *Grawes* Intentionen, wenn er bei seinem Ansatz von „clgjä vu“ spricht. Die Intention integrativer Ansätze, ihre Innovation besteht wesentlich in der *Zusammenschau* von Vorhandenem. So sehe auch ich einen Teil meiner Arbeiten. *Staemmler* stellt- ähnlich wie *Domes* - m.E. Grundpositionen seines Verfahrens nicht ausreichend in Frage, sondern erweitert sie konzeptdyston (z.B. Gestalttherapie um die Hermeneutik, *Smeinder* 1999a).  
59 ...und die noch unschöneren Fortsetzungen - ich denke da an den Zwangskonvertitenunterricht der „Nachqualifizierung“ und den z.T. entmündigenden Zulassungsprozess.  
60 Mazumdar 1998  
61 Moscovici 1961, 1976; Stroebe et al. 1996  
62 Moscovici 1979  
63 Thomas, Schmitz 1993; Geuter 1999  
64 Sandelt et al. 1999  
65 Strupp, Binder 1991  
66 Petzold, Märtens 1999a

- 67 vgl. Petzold 1998h; Benhabib 1999  
68 Tschuschke, Heckroth, Tress 1997  
69 Grawe 1998; Jacobi, Poldrack 2000  
70 Petzold 1992o; 1998j  
71 Petzold, Orth 1997c  
72 Bach, Molter 1976  
73 Clever, Rechtien 1991  
74 Leuzinger-Bohleber et al. 1998; Leuzinger-Bohleber, Pfeifer 1998  
75 Wyss 1977  
76 vgl. Petzold 1988a,b; Mentzinger 1994;  
77 vgl. Perrig et al. 1993; Kandel et al. 1996  
78 vgl. Petzold 1988a; 1998e, 125ff, 153ff; Petzold, Orth 1999, 110ff  
79 Rutter 1988; Petzold 1991a,o; Oerter et al. 1999  
88 Oerter et al. 1999; Petzold 1994j; 1992d; Staemmler 1998; Rutter 1988; Osten 2000  
81 Petzold, Petzold 1991b; Petzold 1999k  
82 Laireiter 1993; Hass, Petzold 1999  
83 Petzold 19990  
84 Wyss 1982  
85 Deneke 1998  
86 Petzold 1991a; 1992a; 1993a  
87 Geuter 1999  
88 Caste] 1973;  
89 Die vierte Ablehnung im November 1999 durch den „Wissenschaftlichen Beirat“ erfolgte dann ironischerweise unter der Ägide des behavioralen Richtlinienverfahrens.  
90 Gniech 1983  
91 Hernegger 1978  
92 Oerter et al. 1999; Petzold 1993c; 1994)  
93 Antonovsky 1987; Schüffel et al. 1998; Petzold, Goffin, Oudhof 1993  
94 Petzold et al. 1993; Petzold 1995a,b  
95 Petzold 1994j; Domes 1993  
96 Rutter 1988; Schroots 1993  
97 Grawe 1998 konzipiert das ausdrücklich in seinem Schlusskapitel  
98 Petzold, Orth 1999a  
99 Goldner 1997; Köthke et al. 1999; Sponzel 1995  
100 Wagner, Becker 1999; Wagner 1999  
101 Petzold 1991e  
102 So positiv ich auch *Klaus Grawes* (1998) Ansatz gegenüberstehe, so teile ich nicht seine Position, die Arbeit der traditionellen Schulen als obsolet anzusehen, man muss sie vielmehr gründlich sichten auf Brauchbares und Überholtes.  
103 vgl. Petzold 1998f  
104 Petzold 1965; 1974j; 1992a  
105 Müller, Petzold 1998; Petzold, Ebert, Sieper 1999  
106 Castonguay, Golfried 1997; Sponzel 1995; Märtens, Petzold 1995a,b  
107 Hüther, Adler, Rüther 1999; Nathan et al. 1995; Le Doux 1992; Aggleton 1992  
108 Quittmann 1985  
109 Vgl. Mentzinger 1994; Petzold 1991a, 153-232  
110 Zundel, Fittkau 1989; zu kritischen Fragen vgl. Petzold, Orth 1999  
111 Gibson 1979; Vallacher, Nowak 1994; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994  
112 McFarland 1999; Richardson 1998; Barkow 1992; Petzold 1986h  
113 Buttenworth 1985; Chasiotis 1999; Petzold 1994j  
114 Birbaumer, Schmidt 1999  
115 Thomae 1968/1988  
116 van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bosscher 1992  
117 Bosscher, van Tilburg, Mellenbergh 1993  
118 van der Mei et al. 1997  
119 Traue 1998; Mazure 1995; Hüther 1998; Gottlieb 1997; Gannon, Pardi 1989; Chrousos et al. 1995  
120 Hüther 1997; 1999  
121 Benson et al. 1974, 1975, 1977; Jacobs, Benson 1996  
122 Everly 1989; Palmer, Dryden 1995, 1996;  
123 Hafen et al. 1996; Ammann, Wipplinger 1998; Kremsner, Kurz 1996;  
124 Schedlowski, Tewes 1996; Zänker 1991; Kandel et al. 1996; Birbaumer, Schmidt 1999  
125 Damasio 1994; LeDoux 1996; Hüther 1996, 1997  
126 Hass, Petzold 1999  
127 Röhrle et al. 1998, 29ff  
128 Petzold 1983e; Debats 1996  
129 Andritzky 1999  
130 Goldner 1997; Petzold, Orth 1999  
131 Müller, Petzold 1999  
132 Saup 1993; Petzold, Orth 1998b  
133 Hafen et al. 1996  
134 Debats 1995  
135 Andritzky 1999  
136 vgl. Petzold 1991a; 1992a; 1993a  
137 Laireiter 1993; Röhrle 1994

- 138 Röhrle et al. 1998; Hass, Petzold 1999; Laireiter 1993  
139 Petzold 1995a,b; Kahn, Antonucci 1980a, b  
140 Hurrelmann 1988, 1995  
141 Brandstädter 1985, 1992  
142 Petzold, Petzold 1991; Petzold 1999k; Rappaport 1995  
143 vgl. die komplexe Identitätskonzeption der Integrativen Therapie: Petzold 1991o; Petzold, Sieper 1998; Petzold, Mathias 1983; Müller, Petzold 1999  
144 Kohli 1978; Hurrelmann 1988; vgl. das differentielle Sozialisationskonzept der Integrativen Therapie: Müller, Petzold 1999; Petzold, Ebert, Sieper 1999  
145 Petzold 1998h; Haußer 1995; Keupp, Höfer 1997; Craib 1998  
146 Sennett 1997  
147 Schmid 1999  
148 vgl. zum Ganzen Müller, Petzold 1999; Keupp, Höfer 1997  
149 Ehrenberg 1999  
150 vgl. Rubriken wie *Styling Guide* in Lifestyle-Magazinen wie z.B. *Men's Health* 1 (1999), 114-128, *Max* 9 (1999), 164ff., 255ff; *Lieben und Leben*, *Cosmopolitan* 1 (2000), 46ff. „Futter für die Seele“ oder *Amica* 1 (2000), 58-103 „Der Sinn des Lebens“ — die beiden letztgenannten features gar nicht schlecht ...  
151 so Schmid 1999; Assheuer 1999; vgl. aber die „new values“ in den communities wie Freundschaft, Verlässlichkeit, Vertrauen, reliable business etc., z.B. die Unternehmensphilosophie des Innovationstalents *Oliver Bormann* (*Max* 11/1999, 171ff) oder die in der voranstehenden Anmerkung zitierten *Amica*-Artikel  
152 Stroebe et al. 1996  
153 Haisch, Zeitler 1991; Becker 1997; Stroebe 1998  
154 Nestmann 1998; Feltham 1999; Thistle 1998  
155 Petzold 1991a; Becker 1997; Wagner 1999  
156 Nicolescu 1996; Morin 1997; Petzold 1998a  
157 Deleuze, Guattari 1977  
158 Mazumdar 1998; Deleuze 1997  
159 Guattari 1964; Petzold 1974j, 1998a; Welsch 1987  
160 Petzold 1988a, 1974j, 302, Diagramm III; Lazarus 2000  
161 Petzold 1965, 1974j, 1988n  
162 Petzold, Märtens 1999a; Grawe et al. 1994; Dobson, Craig 1998; Wagner, Becker 1999  
163 Petzold 1993c, 1994; Oerter et al. 1999; Petzold, Märtens 1999; Dobson, Craig 1998  
164 Lyotard 1986  
165 vgl. Welsch 1987  
166 Eine besser geregelte, aber gleichfalls problematische Situation findet sich derzeit im „wissenschaftlichen Beirat“, der wiederum die Gesprächspsychotherapie ablehnte.  
167 Petzold 1978c, 1991e  
168 Gray 1998; Sacket et al. 1996; Davidoff et al. 1995; Kleijnen et al. 1995; Rosenberg, Donald 1995  
169 Der Skandal ist nun vollständig, als mit der neuerlichen Ablehnung der Gesprächspsychotherapie durch den wissenschaftlichen Beirat jegliche Solidaritätskundgebungen der etablierten Verfahren unterblieben. Das ist (ähnlich wie die Nachqualifikationen) in der neueren Wissenschaftsgeschichte einmalig. Die Unterdrückung der Psychoanalyse in den ehemaligen kommunistischen Ländern im Schatten des Stalinismus oder im Nationalsozialismus müsste doch bei Vertretern dieses Verfahrens — man sollte meinen, sie seien da höchst sensibilisiert — Solidaritätsaktionen freisetzen, wo die Freiheit der Theorieentwicklung und klinischer Praxis bedroht wird, zumal bei dem kulturkritischen Anspruch, den die Psychoanalyse immer für sich reklamiert. Und wie will sie Solidarität erwarten, wenn sie — was voraussehbar ist — selbst (wieder einmal) unter Druck gerät?  
170 Petzold, Ebert, Sieper 1999  
171 „Integration ist nicht — wie bei Perls — Assimilation, sondern die Konnektivierung von Verschiedenem in unterschiedlichen Integrationsdichten, auf unterschiedlichen Integrationsniveaus, mit unterschiedlichen Integrationsstilen, aber stets so, dass Differentes nicht assimiliert wird, Differentes als Differentes bleiben kann-integriert durch Konnektivierung.“ (aus *Petzold* 1998f, 26)  
172 Ldvinas 1983; Petzold 1996j  
173 vgl. Garfield 1992; Petzold, Märtens 1998b; Schmid, Grawe 1999  
174 Grawe et al. 1994  
175 Arkowitz 1992  
176 vgl. Petzold 1974j, 300  
177 vgl. Petzold 1998a, 244, 312; Petzold, Ebert, Sieper 1999  
178 Mazumdar 1998  
179 Petzold, Ebert, Sieper 1999; Petzold 1998a  
180 Petzold, Sieper 1993/1996; Petzold 1998h; Sieper 1985  
181 Petzold 1972a, 1973a  
182 Petzold 1974k, 1977n  
183 Petzold, Osterhues 1972; Petzold 1977f  
184 Petzold 1973a  
185 Petzold, Orth 1990a; Petzold, Sieper 1993  
186 Garfield 1992; Flaum 1988  
187 Prochaska, DiClementi 1992  
188 Jacobi, Poldrack 2000  
189 Petzold 1988n, 267f.; Grawe et al. 1994  
190 Petzold 1970c  
191 Grawe et al. 1994; Wagner, Becker 1999  
192 Petzold 1994g  
193 Grawe 1998  
194 Petzold 1992g  
195 Sponcel 1995; Stricker, Gold 1993

- 196 Petzold 1995h  
197 Petzold 1993h  
198 Petzold, Orth 1999a  
199 Crochan 1997; Nestmann 1998; Dryden 1989  
200 van der Mei, Petzold, Bosscher 1997  
201 Schreyögg 1995; Rauen 1999  
202 Petzold 1999h  
203 Laireiter, Vogel 1998  
204 Margraf, Schneider 1989  
205 Butollo et al. 1999  
206 Hass, Petzold 1999  
207 Hütter 1997; Petzold 1985g  
208 Exemplarisch haben wir dies an der Entwicklung unseres Supervisionskonzeptes von 1968 bis 1999 dokumentiert, vgl. Petzold, Ebert, Sieper 1999  
209 Ich sehe Psychotherapie als eminent beziehungsorientiert (Petzold 1990g), ihre *Relationalitäten* (idem 1991b, 1996k) als Formen der Affiliation (Stroebe et al. 1996) und der „adult-attachment“ and „connection“ (Feeney, Noller 1996; Josselson 1995)  
210 Petzold 1993p  
211 Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997; Wiedemann 1986  
212 Petzold 1985a, 206ff  
213 Petzold, Petzold 1991; Hass, Petzold 1999  
214 Marcel 1985; Merleau-Ponty 1945; Schmitz 1989, 1990  
215 Foucault 1978a,b; Mazumdar 1998; Dauk 1989; Petzold, Orth, Sieper 1999  
216 Hütter et al. 1999; Gottlieb 1997; Aggleton 1992; Stedlowski, Tewes 1996; Zänker 1991  
217 Deneke 1998  
218 Zobel et al. 1999; zu Stress und psychiatrischen Erkrankungen vgl. Mazure 1995  
219 Wittchen, Vossen 1992  
220 Osten 2000; Petzold, Osten 1998  
221 Müller, Petzold 1998  
222 Orth, Petzold 1997  
223 Hass, Petzold 1999  
224 Petzold, Orth 1994  
225 Kames 1992; Müller, Petzold 1999  
226 van der Mei, Petzold, Bosscher 1997  
227 Petzold 1993a, 11591.; Orth 1994  
228 Petzold 2000  
229 Petzold 1997p  
230 Jacobi, Poldrack 1999  
231 Thomas 1986  
232 Freud 1919, 248  
233 Freud 1919, 248  
234 Freud 1919, 249  
235 Horowitz 1986; Horowitz, Kaltrieder 1995  
236 Shapiro (1995) setzt statt der schwingenden Uhr der alten Hypnotiseure den bewegenden Finger ein - letztlich eine Desensibilisierung im Hypnoid. Die anfänglich behaupteten überragenden Erfolge können jetzt nach dem Erscheinen zahlreicher kontrollierter Studien nicht bestätigt werden (z.B. Wilson, Becker, Tinker 1995), sie liegen im Normalbereich anderer Behandlungen (Poldrack, Znoj 1999). Die spezifische Wirkung der Augenbewegung konnte nicht erwiesen werden (Eschenröder 1995).  
237 Grawe et al. 1994, 214, 752  
238 Petzold 1993p  
239 Petzold 1992a, 901ff  
240 Beck 1976  
241 Flammer 1990  
242 Seligman 1979  
243 Petzold 1992a, 799ff  
244 Petzold 2000  
245 Hass, Petzold 1999; Petzold 1994e; Feeney, Noller 1996; Josselson 1995  
246 Pet therapy vgl. Griffenhagen 1991; Olbrich 1987; Petzold 1969b, 1988n, 481- die Anschaffung eines Haustieres (pet), z.B. eines Hundes oder einer Katze, hat für viele Menschen einen anspruchsvollen heilsamen Effekt, insbesondere in Verbindung mit Naturerleben (z.B. Spaziergänge mit dem Tier); Petzold, Orth 1998b  
247 Petzold, Petzold 1991b; Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997; Wiedemann 1986  
248 Petzold 1996a; Voutta-Voss 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bosscher et al. 1998  
249 Bosscher 1992; Bosscher et al. 1998  
250 Petzold, Reinhold 1983; Sieper, Petzold 1993  
251 Petzold, Orth 1985, 1990  
252 Petzold, Orth 2000  
253 Petzold 1994a, 1994c  
254 Petzold, Orth 1999a  
255 Schmid 1999; Foucault in Mazumdar 1998  
256 Petzold 1999h  
257 Petzold 1974j, 302  
258 Voutta-Voß 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997  
259 Petzold, Orth 1990  
260 Petzold 1988n, 437



261 Petzold, Thomas 1994  
 262 Birchler 1997  
 263 Petzold 1974j, 302  
 264 Lazarus 2000  
 265 Grawe 1998  
 266 Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1998; Howe 1993; McLeod 1990  
 267 Petzold, Orth 1998b; Petzold, Orth 19956; Petzold, Steffan 1999b  
 268 Schroots 1993; Rutter 1988  
 269 Petzold, Orth 2000; Petzold 1993j  
 270 Hass, Petzold 1999  
 271 Petzold, Orth 2000  
 272 Petzold 1989f  
 273 Petzold 1994c  
 274 Schüffel et al. 1998  
 275 Amman, Wipplinger 1998  
 276 Becker 1995; Traue 1998  
 277 Hass, Petzold 1999; Josselson 1995  
 278 Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997  
 279 Petzold, Steffan 1999b  
 280 Petzold, Orth 1999a  
 281 Petzold 1997p  
 282 Havighurst 1948  
 283 Laireiter 1999; Petzold, Steffan 199913  
 284 Schmid 1999  
 285 Foucault 1986c  
 286 Petzold, Orth, Sieper 1999  
 287 Levinas 1983; Petzold 1992a, 500ff  
 288 Petzold 1991e  
 289 Petzold 1987d; Petzold, Orth 1999  
 290 Petzold, Ebert, Sieper 1999  
 291 Petzold 1986h  
 292 Petzold 1987d  
 293 Steinfath 1998  
 294 Berdjaev 1994; Petzold 1971 Ha  
 295 Bukow 1999; Nölke 1997; Lauth 1992; Klein, Schmalz-Bruns 1997; Somers 1998  
 296 Petzold 1998h; Benhabib 1995  
 297 Bukow 1999; Lauth 1992; Nölke 1997; Somers 1998  
 298 LeDoux 1996, 1999  
 299 Petzold 1998f, 1998a, 131, 176  
 300 Petzold, Orth 2000; Saup 1993  
 301 Hass, Petzold 1999  
 302 Petzold 1983d; Debats 1996  
 303 Petzold, Osten 1998; Osten 2000  
 304 Ldvinas 1983  
 305 Marcel 1967, 1985  
 306 Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1993  
 307 Petzold 1990n; Petzold 19971  
 308 So das 4. Richtziel im Ausbildungscurriculum der Integrativen Therapie (Petzold 1996a, 603)

## Literatur

- Achterberg, J.* (1989): Heilung durch Gedankenkraft. München: Scherz.  
*Aggieton I.P.* (1992): The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory and Mental Dysfunction. London: Wiley-Liss.  
*Amann, G., Wipplinger R.* (1998): Gesundheitsförderung. Tübingen: dgvt-Verlag.  
*Anderson, P.A., Guerrero, L.* (1997): Handbook of communication and emotion. London: Academic Press.  
 — (1987): Comprehensive guide to wellness medicine. New Canaan: Keats Publishing.  
*Andrúcky, W.* (1999): Religiöse Glaubensmuster und Verhaltensweisen. Ihre Relevanz für Psychotherapie und Gesundheitsverhalten. *Integrative Therapie* 25/1, 8-41.  
*Antonovsky, A.* (1987): Unraveling the mystery of health. London: Jossey Bass.  
*Arkowitz, H.* (1992): A common factors therapy for depression. In: *Norcross/Goldfried* (1992), 402-432.  
*Assheuer, T.* (1999): Der Holla-Effekt. *Die Zeit* 34, 33f.  
*Bach, G., Molter, J.* (1976): Psychoboom. Düsseldorf: Diederichs.  
*Barkow, I.* (1992): The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture. New York: Oxford Univ. Press.  
*Baum, A., Cohen, L., Hall, M.* (1993): Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine* 55, 274-286.  
*Baumeister, R.F., Tice, D.M., Heatherton, T.F.* (1995): Losing control. How and why people fall at self regulation. London: Academic Press.  
*Beck, A.T.* (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International University Press.  
*Becker, P.* (1995): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung. Göttingen: Hogrefe.

- (1997): *Psychologie der seelischen Gesundheit*. Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Benhabib, S.* (1995): *Das Selbst im Kontext*. Gender Studies. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Benson, H., Beary, J.F., Carol, M.P.* (1974): The Relaxation Response. *Psychiatry* 37, 37-45.
- , *Greenwood, M.M., Klemchuck, H.* (1975): The Relaxation Response: Psychophysiological Aspects and Clinical Applications. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 6/1-2, 87-97.
- *Kotch, J.B., Crassweller, K.D., Greenwood, M.M.* (1977): Historical and clinical considerations of the Relaxation Response. *American Scientist* 65, 441-445.
- Berdajev, N.* (1954): *Von des Menschen Knechtschaft und Freiheit. Versuch einer personalistischen Philosophie*. Darmstadt: Holle.
- Berger, P.L., Luckmann, T.* (1970): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bernard, L.C., Krupat, E.* (1994): *Health Psychology. Biopsychosocial factors in health and illness*. Fort Worth: Hartcourt Brace.
- Berens, W.* (1991): A sermon of sorts in the three plus parts. *American Psychologist* 37, 1303-1322.
- Beyer, M.* (1993): *Brainland. Mind Mapping in Aktion*. Paderborn: Junfermann.
- Birbaumer, N., Schmidt, A.F.* (1999): *Biologische Psychologie*. Berlin u.a.: Springer (4. Aufl.)
- Birchler, P.* (1995): *Medikamentenverschreibung in der integrativen Therapie*. In: Tagungsberichte der Zürcher Gestalttage, Zürich: Schweizer Gestaltverein.
- Boscher, R.J.* (1992): *Runningtherapie bij depressie*. Amsterdam: Thesis.
- , *Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.I.* (1993): *Hardlopen en depressie. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 6.
- , *Tilburg, W. van, Mellenbergh, G.I.* (1997): *Running and Depression*. In: *Vermeer, A., Bosscher, Broadhead, G.D., Movement Therapy across the Life-Span*. Amsterdam: VU University Press, 240-255.
- Bouchard, C. et al.* (1994): *Physically activity, fitness and health*. Champaign: Human Kinetics.
- Bradburn, N.M.* (1969): *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Brandstädter, J.* (1985): *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne: Zum Aufbau eines entwicklungspsychologischen Anwendungskonzepts*. In: *Brandstädter, J., Gräser, H.* (Hg.): *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne*. Göttingen: Hogrefe, 1-15.
- (1992): *Personal control over development. Some developmental implications of self-efficacy*. In: *Schwarzer, R.* (Hg.): *Self-efficacy: Thought control of action*. New York: Hemisphere, 127-145.
- Brines, R., Hoffman-Goetz, L., Klarlund-Pedersen, B.* (1996): *Can you exercise to make your immune system fitter? Immunology Today* 6, Vol. 17, 252-254.
- Brown, M.M., Brown, G.C., Sharma, S., Garret, S.* (1999): *Evidence-based medicine, utilities, and qualities of life. Curr Opin Ophthalmol* 92 (11), 669-671.
- Buchholtz, F.* (1988): *Gestalt und Integration - ein Diskussionsbeitrag zur Klausurtagung des FPI-Lehrkörpers am 27.01.1989. Gestalt-Bulletin* 2/88-1/89, 51-54.
- (1998): *Gestalt und Integration II. Gestalt (Schweiz)* 32, 44-47.
- Bukowi, W.D.* (1999): *Die Zivilgesellschaft in der Zerreißprobe: Wie reagieren Gesellschaft und Wissenschaft auf die postmoderne Herausforderung?* Opladen: Leske + Budrich.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A.* (1999): *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Huber.
- Butterworth, G.* (1985): *Evolution and developmental psychology*. Brighton: Harvester Press.
- Buzan, T., Buzan, B.* (1993): *The Mind Map Book*. London.
- Castel, R.* (1973): *Le psychanalyse*. Paris.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R.* (1997): *Die Zeit ist reif für eine Psychotherapie-Integration, Integrative Therapie* 23, 243-272.
- Chasiotis, A.* (1999): *Kindheit und Lebenslauf: Untersuchungen zur evolutionären Psychologie der Lebensspanne*. Bern: Huber.
- Chrousos, G.P., McCarty, R., Pacak, K., Cizza, G., Sternberg, E.M., Gold, P., Kventnansky, R.* (1995): *Stress: Mechanisms and Clinical Implications. Annals of the New York Academy of Sciences*, Bd. 771.
- Clever, L., Rechten, W.* (1991): *Psychotherapie als berufliche Umwelt. Gestalt Si Integration* 2/1990-1/1991, 160-174.
- Cooke, J., Sackett, D.* (1996): *Evidence-based obstetrics and gynaecology. Baillieres Clin ObstetricsGynaeco* 110, 551-567.
- Craib, J.* (1998): *Experiencing Identity*. London: Sage
- Croachan, L.* (1997): *Carver Counselling. A narrative approach*. London: Sage.
- Crombi, I.* (1998): *The pocket guide to critical appraisal: A handbook for health care professionals*. London: BMJ-Publishing Group.
- Dagenbach, D., Carr, T.H.* (1994): *Inhibitory Processes in attention, memory and language*. London: Academic Press.
- Damasio, A.* (1994): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken, Handeln des menschlichen Gehirns*. München: List.
- Dauk, E.* (1989): *Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen*. Berlin: Reimer.
- Davidoff, F., Haynes, B., Sackett, D., Smith, R.* (1995): *Evidente based medicine. British Journal of Medicine* 310 (4), 1085-1086.
- Davis, M.* (1992): *The Role of the Amygdala in Fear and Anxiety. Annual Review of Neuroscience* 15, 353-375.
- Debas, D.L.* (1996): *Meaning in Life. Psychometric, clinical and phenomenological aspects*. Diss. Universität Groningen. Enschede: FEBO Druck.
- Delenze, G.* (1997): *Foucault*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- *Guattari, F.* (1977): *Rhizom*. Paris 1976; dtsch.: *Rhizom*. Berlin: Merve Verlag.
- Deneke, F.-W.* (1998): *Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten*. Stuttgart: Schat-tauer.
- Devine, P.G., Hamilton, D.L., Ostrom, T.M.* (1993): *Social cognition. Impact an social psychology*. London: Academic Press.
- Dlugosch, G.E., Krieger, W.* (1995): *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt a.M.: Swets Test Services.
- Dobson, K.S., Craig, K.D.* (1998): *Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology*. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- , *Shaw, B.F.* (1988): *The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. Journal of Conult. Clinical Psychology* 56, 673-680.
- Dornes, M.* (1993): *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a.M.: Fischer.

- Drinkwater, B.L. (1994): Physical activity, fitness, and osteoporosis. In: Bouchard, C. et al. (1994), 724-736.
- Dryden, W. (1989): Key Issues for Counselling in action. London: Sage.
- Dudler, A., Sieper, J., Zimmermann, C. (1997): Psychotherapeutische Schulen im Diskurs -20 Jahre AGPF. *Integrative Therapie* 23/4, 535-543.
- Ehrenberg, B. (1999): Das Netzwerk für ihre Karriere. *Mens' Health* 12, 186-200.
- Emmerkamp, P.M.G., Beuman, T.K., Blaauw, E. (1994): Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clinical Psychological Psychotherapy* 1, 95-100.
- Eschenröder, C.T. (1995): Augenbewegungs-Desensibilisierung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen - eine neue Behandlungsmethode. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 3, 341-371.
- Everly, G.S. (1989): A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York u. London: Plenum Press.
- Fagard, R.H., Tipton, C.M. (1994): Physical activity, fitnesses, and hypertension. In: Bouchard, C. et al. (eds.) (1994), 633-655.
- Feeney, J., Holler, P. (1996): Adult Attachment. London: Sage.
- Feltham, C. (ed.) (1999): Understanding the Counselling Relationship. London: Sage.
- Flemmer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirklichkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Foucault, M. (1978a): Die Subversion des Wissens. Frankfurt: Ullstein.
- (1978b): Dispositive der Macht. Berlin: Merve.
- (1986c): Die Sorge um sich. Bd. III. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- (1989): Überwachen und Strafen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. (8. Aufl.)
- Frackowiak, R., Friston, Frith, C.D., Dolan, R., Mazziotta, J.C. (1997): Human Brain Function. London: Academic Press.
- Freud, S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW Bd. XII, Frankfurt a.M.: Fischer (1978), 181-194.
- Friedlund, A.J. (1994): Human facial expression. An evolutionary view. London: Academic Press.
- Friedman, M.P., Carterette, E.C. (1996): Cognitive ecology. London: Academic Press.
- Gannon, L., Pardie, L. (1989): The importance of chronicity and controllability of stress in the context of stress-illness relationships. *Journal of Behavioral Medicine* 12, 357-372.
- Garfield, S.L. (1992): Eclectic Psychotherapy: A common factors approach. In: *Norcross/Goldfried* (1992), 162-195.
- Gay, P. (1989): Freud - eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Geuter, I.I. (1999): Die Psychotherapie und die Politik. Anmerkungen zum neuen Psychotherapiegesetz. *Psychotherapeut* 44, 322-326.
- Giacca, A. et al. (1994): Physical activity, fitness, and type-I diabetes. In: Bouchard, C. et al. (1994), 656-668.
- Gibson, H. (1979): The ecological approach to visual perception. Boston: Houghton Mifflin; dtsh.: Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung. München: Urban & Schwarzenberg.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. (1994): Handbook of human stress and immunity. London: Academic Press.
- Gniech, G. (1983): Über Reviere in der akademischen Psychologie. *Gestalt Theory* 4, 293-305.
- Goldner, C. (1997): Psycho-Therapien zwischen Seriosität und Scharlatanerie. Augsburg: Pattloch.
- Gotlib, B.H. (1997): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press.
- Graf, M. (1942): Reminiscences of Professor Sigmund Freud. *Psychoanal. Quarterly* 2, 465-476.
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- (1992): Therapeuten: unprofessionelle Psychospieler? *Psychologie Heute* 6, 22-28.
- Donati, R., Bernauer, P. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Gray, J.A. (1998): Evidence-based Health Care: How to Make Health Policy and Management Decisions. New York: Churchill Livingstone.
- Griffenhagen, S. (1991): Tiere als Therapie. München.
- Guattari, F. (1964): La transversalité. *Psychotherapie Institutionelle* 1, 91-106.
- Gudat, I. (1994): Physical activity, fitness, and non-insulin-dependent (type II)-diabetes. In: Bouchard, C. et al. (1994), 669-683.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J., Frandsen, K.J., Lee Smith, N. (1996): Mind, Body, Health. Boston: Allyn & Bacon.
- Haisch, J., Zeidler, H.-P. (1991): Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Asanger.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Verfahren. In: *Petzold/Märtens* (1999a), (in Druck).
- Haußer, K. (1995): Identitätspsychologie. Berlin: Springer.
- Havighurst, R.J. (1948): Developmental tasks and education. New York: McKay.
- Hemegger, R. (1978): Der Mensch auf der Suche nach Identität. Bonn: Habelt.
- Hinghofer-Szalkay, I.M. (1993): Pädagogische und anthropologische Aspekte von Wohlbefinden und Gesundheit. Eine kritische Analyse individueller Einflussgrößen. Dissertation, Karl-Franzens-Universität Graz (A).
- Holsboer, F. (1999): Stress und Hormone. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 50-53.
- Hornitz, M.J. (1986): Stress response syndroms. New York: Jason Aronson.
- , Kaltrieder, N.B. (1995): Brief therapy of the stress response syndrome. In: Everly, G.S., Lating, J.M. (Hg.): Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress. New York: Plenum, 231-243.
- Howe, D. (1993): On Bring a Klient- Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy. London: Sage.
- Hunt, M. (1984): Das Universum in uns. München: Piper.
- Hurrebmin, K. (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim: Juventa.
- (1995): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim: Beltz.
- Hilther, G. (1996): The Central Adaption Syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- (1997): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience* 16, 297-306.
- (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 6-11.

- , Adler, L., Rüther, E. (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, 2-17.
- Jacobi, F., Poldrack, A. (2000): Klinisch-Psychologische Forschung. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobs, G.D., Benson, H. (1996): Topographie EEG Mapping of the Relaxation Response. *Biofeedback and Self-Regulation* 21/2, 121-129.
- Josselson, R. (1995): The Space Between Us. Exploring the dimensions of Human Relationship. London: Sage.
- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980a): Convoys of social support: A life course approach. In: Kiesler, L.B., Morgan, J.N., Oppenheimer, V.K. (Hg.): Aging. New York: Academic Press, 383-405.
- Antonucci, T.C. (1980b): Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In: Boltes, P.B., Brim, O.G. (Hg.): Life-span development and behavior. New York: Academic Press, 253-286.
- Kaluza, G. (1999): Stress-Bewältigung und Gesundheit. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 54-56
- Kranes, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI) *Integrative Therapie* 18/4, 363-386.
- Kandel, E. 12., Schwartz, J.H., Jesse!, T.M. (Hg.) (1996): Neurowissenschaften. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kaplan, H.B. (1996): Psychosocial stress. Perspectives an structure, theory, life-course and methods. London: Academic Press.
- Keupp, H., Höfer, R. (1997): Identitätsarbeit heute. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kleijnen, J., de Vet, H.V.C., Rinkel, G.J.E., Keirse, M.J.N.C. (1995): De Cochrane Collaboration, systematische overzichten van kennis uit gerandomiseerd onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 139 (29), 1478-1482.
- Klein, A., Schmalz-Bruns, R. (1997): Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Kohli, M. (1978): Soziologie des Lebenslaufs. Neuwied: Luchterhand.
- Kühke, W., Rückert, I.-I.-W., Sinnand. (1999): Psychotherapie? Psychoszene auf dem Prüfstand. Göttingen: Hogrefe.
- Krauthausser, H., Bassler, M. (1997): Das Problem der Randomisierung bei Psychotherapiestudien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 47, 279-284.
- Kremsner, W., Kurz, R. (Hg.) (1996): Wellness. Wege zu höherer Lebensqualität. Graz (A): GEFAS und Karl-Franzens-Universität Graz.
- Kruger, L. (ed.) (1996): Pain and touch. London: Academic Press.
- Laireiter, A.-R. (1993): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Bern: Huber.
- (1999): Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie, DGVT-Verlag, Tübingen 1999.
- , Vogel, H. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt.
- LaPerriere, A., Antoni, M.H., Schneideman, N., fransen, G., Klimas, N., Caralis, P. (1990): Exercise Intervention Attenuates Emotional Distress and Natural Killer Cell Decrements Following Notification of Positive Serologie Status for HIV-1. *Biofeedback and Self-Regulation* 3, Vol. 15, 229-243.
- Lauth, H.J. (1992): Zur Relevanz theoretischer Diskurse: Überlegungen zu Zivilgesellschaft, Toleranz, Grundbedürfnissen, Normanwendung und sozialen Gerechtigkeitsutopien. Mainz: Joh. Gutenberg Universität, Institut für Politikwissenschaft.
- Lazarus, A. (1980): Innenbilder. Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. München: Pfeiffer.
- (2000): Multimodale Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- LeDoux, I.E. (1992): Brain Mechanisms of Emotion and Emotional Learning. *Current Opinion in Neurobiology*, Bd.2 /2, 191-197.
- (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- (1999): Das Gedächtnis für Angst. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 16-23
- Lee, I.-M. (1994): Physical activity, fitness, and cancer. In: Bouchard, C. et al. (1994), 814-831.
- Lepore, S.J. (1997): Social-environmental influences an the chronic stress process. In: B.H. Gottlieb (Hg.): Coping with chronic stress. New York: Plenum Press, 133-160.
- Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Koukkou, M. (Hg.) (1998): Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. 2 Bde. (Bd.1: Bestandsaufnahme, Bd. 2: Folgerungen für die psychoanalytische Praxis) München/Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- , Pfeifer, R. (1998): Erinnern in der Übertragung- Vergangenheit in der Gegenwart? Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science: ein interdisziplinärer Dialog zum Gedächtnis. *Psyche* 9/10, 848-918.
- Lhinas, E. (1983): La trace de lautre. Paris 1963. dtsh.: Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Luger, G.F., Johnson, P., Newman, J.E., Stern, C., Yeo, R. (1994): Cognitive science. Foundations and applications. London: Academic Press.
- Lytard. (1983?): Das postmoderne Wissen. Graz: Passagen Verlag.
- MacFarland, D. (1999): Biologie des Verhaltens: Evolution, Physiologie, Psychologie. Heidelberg: Spektrum.
- Mahrer, B.A. (1985): Underpinnings of today's chaotic diversity. *International Newsletter of Paradigmatic Psychology* 1, 17-19.
- Mann, L.T., Kupfer, D.J. (1993): Biology of Depressive Disorders. Teile A u. B. New York: Plenum Press.
- Marcel, G. (1967): Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund. Frankfurt: Knecht.
- (1985): Leibliche Begegnung. In: Petzold, H.G. (1985g): Leiblichkeit. Paderborn: Junfermann, 15-46.
- Margraf, J., Schneider, S. (1989): Panik - Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Märten, M., Petzold, H.G. (1995a): Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen. *Integrative Therapie*, 21/1, 7-44.
- Petzold, H.G. (1995b): Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. In: Metzner et al. (1995), 345-394.
- Petzold, H.G. (1999): Therapieschäden. Mainz: Grünewald. (in Vorb.)
- Maslow, A.H. (1977): Motivation und Persönlichkeit. Olten: Walter.
- Mazumdar, P. (1998): Foucault. Ausgewählt und vorgestellt von P. Mazumdar. München: Diederichs.
- Mazur, C.M. (1995): Does Stress cause psychotic illness? Washington: American Psychiatry Press.
- McKay, J., Alterman, A., McLellan, A., Snider, E., O'Brian, C. (1995): Effect of random versus non-random assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 70-78.
- McLeod, J. (1990): The Client's Experience of Counselling and Psychotherapy -A Review of the Research Literature. In: Mearns/Dryden (1990).

- (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.
- Mearns, D., Dryden, W. (eds.) (1990): Experiences of Counselling in Action. London: Sage.
- Mei, S. van der, Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie, *Integrative Therapie* 23/3, 374-428.
- Menzinger, T. (1994): Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie. Paderborn: Schöningh.
- Merleau-Ponty, M. (1945): Phänomenologie de la perception. Paris: Gallimard. dtsh. von Boehm, R. (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Miketta, G. (1994): Netzwerk Mensch. Den Verbindungen von Körper und Seele auf der Spur. Reinbek: Rowohlt.
- Moher, D., Pham, B., Jenes, A., Cook, D., Jadad, A., Moher, M., Tugwell, P., Klassen, T. (1998): Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet* 352, 609-613.
- Morgan, W.P. (1995): Physically activity and mental health. New York: Francis & Taylor.
- Morin, A. (1997): Ein konzeptueller Rahmen für Transdisziplinarität. Ein Interview mit Anne-Brigitte Kern. *Integrative Therapie* 1-2, 12-16.
- Moscovici, S. (1961): La psychanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires (2. Aufl. 1967).
- (1976): Forschungsergebnisse der Sozialpsychologie, 2 Bde., Kronenberg: Athenäum.
- (1979): Sozialer Wandel durch Minoritäten. München: Urban & Schwarzenberg.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1999): Identitätsstiftende Wirkung von Volksmusik – Konzepte moderner Identitäts- und Lifestyle-Psychologie für die Musiktherapie am Beispiel des Schweizer Volksliedes. *Integrative Therapie* 2-3, 187-250.
- Nathan, Musselman, D.L., Schatzberg, A.F., Nemeroff, C.B. (1995): Biology of Mood Disorders. Washington D.C.: APA Press.
- Nemeroff, C.B. (1996): The Corticotropin-Releasing Factor (CRF) Hypothesis of Depression: New Findings and New Directions. *Molecular Psychiatry*, 1/4, 336-342.
- (1999): Neurobiologie der Depression. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 24-31
- Nicolescu, B. (1996): La transdisciplinarité. Manifieste. Paris: Edition du Rocher.
- Niedenthal, P.M., Kitayama, S. (1994): The heart's eye. Emotional influences in perception and attention. London: Academic Press.
- Nieman, D.C. (1997): Exercise Immunology: Practical Applications. *Int. J. Sports Medicine* 18, 91-100.
- Nölke, A. (Hg.) (1997): Internationale Zivilgesellschaft. Leipzig: Leipziger Universitäts-Verlag.
- Norcross, J.C. (1995): Psychotherapie-Integration in den USA. *Integrative Therapie* 1, 45-61.
- Goldfried, M.R. (1992): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books.
- Oaksford, M., Brown, G. (1994): Neurodynamics and psychology. London: Academic Press.
- Oerter, R., v. Hagen, C., Röper, G., Noam, G. (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz: PVU.
- Olbrich, E. (1987): Tiere als „Therapeuten“. *Altenpflege* 2, 81-83.
- Orth, I. (1994): Der „domestizierte Körper“. Die Behandlung beschädigter Leiblichkeit in der Integrativen Therapie. *Gestalt (CH)* 21, 22-36.
- Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München: UTB-Reinhardt (überarb. und erw. Aufl.).
- Owens, M.f., Nemeroff, C.B. (1994): The Role of Serotonin in the Pathophysiology of Depression: Focus an the Serotonin Transporter. *Clinical Chemistry*, Bd. 40/2, 288-295.
- Palmer, S., Dryden, W. (1995): Counselling for stress problems. London: Sage.
- Panush, W. (1996): Stress Management and Counselling. London: Sage.
- Panush, R.S. (1994): Physically activities, fitness, and osteoarthritis. In: Bouchar, C. et al. (1994), 712-723.
- Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): Unbewusste Informations-verarbeitung. Bern: Huber.
- Petrak, F., Hardt, J., Nickel, R., Fiber-Egle, U. (1999): Checkliste zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität kontrollierter psychotherapeutischer Interventionsstrukturen. *Psychotherapeut* 44, 390-393.
- Petzold, H.G. (1965): Göragogie – nouvelle approche de l'education pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-16; dtsh. in: Petzold (1985a), 11-30.
- (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique. Paris: Inst. St. Denis. mimeogr.; auszugsweise dtsh. in: Petzold (1988n) 455-491.
- (1970c): Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et d'education corporelle comme integration. Paris. Auzugsweise dtsh. in: Petzold (1992b) 84-11f.
- (1971/11a): Bruchstücke eines unveröffentlichten Briefwechsels von Nicolaj Berdjaev. *Kyrios* 1, 21-50. — (1972a): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Paderborn: Junfermann. (2. überarb. u. erw. Aufl. 1977)
- (1973a): Gestalttherapie und Psychodrama. Kassel: Nicol.
- (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.
- (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold (1974j), 285-404; revid. in (1988n), 59-172.
- (1977f): Behaviourdrama als verhaltensmodifizierende Phase des tetradischen Psychodramas. *Integrative Therapie* 1, 20-39; auch in: Petzold (1982a) 219-233.
- (1977n): Die neuen Körpertherapien. Paderborn: Junfermann. auch: München: dtv (1992), 2. Aufl. 1993.
- (1978c): Das Ko-responzenmodell in der Integrativen Agogik. *Integrative Therapie* 1, 21-58; revid. und erw. in: Petzold (1991e).
- (1982g): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. (2. Aufl. 1987)
- (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt. Paderborn: Junfermann.
- (1983e): Nootherapie und „säkulare Mystik“ in der Integrativen Therapie. In: Petzold (1983d), 53-100.
- (1984): Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch. 2 Bde., Paderborn: Junfermann. (6. Auflage 1994).
- (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.
- (1985g): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- (1986h): Zur Psychodynamik der Devolution. *Gestalt-Bulletin* 1, 75-101.
- (1987d): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien – Wege gegen die ‚multiple Entfremdung‘ in einer verdinglichenden Welt. In: Richter, K. (Hg.): Psychotherapie und soziale Kulturarbeit – eine unheilige Allianz? *Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur*, Bd. 9, Remscheid, 38-95.

- (1987h): Rückschritte der Gestalttherapie. *Integrative Therapie* 4, 440-446.
- (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit. Repr. in *Petzold* (1991a) 153-332.
- (1988b): Zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks in der Integrativen Therapie. Repr.: *Petzold* (1991a) 98-152.
- (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I. Paderborn: Junfermann. (3. revid. u. überarb. Aufl. 1996a).
- (1989a): Gestalt und Rhizom - Marginalien zu Einheit und Vielfalt. In: *Petzold* (1991a) 397-411.
- (1989b): Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. *Gestalt und Integration* 2, 140-150.
- (1990g): Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen. Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg.
- (1990n): Ethische Konzepte für die Psychotherapie - Die diskursive und situationsbezogene Ethik der Integrativen Therapie. *Gestalt* 9 (CH) 6-12; revid. in (1992a) 500-515.
- (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann. — (1991b): Die Chance der Begegnung. Wiesbaden: Dapo. Repr. in (1993a), 1047-1087.
- (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik. Überarb. und erw. von (1978c); repr. in (1992a) 19-90.
- (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. Repr. in (1991a), 333-395.
- (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.
- (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: *Petzold* (1992a), 927-1040.
- (1992o): Nur zwei Grundorientierungen oder eine plurale Psychotherapie? *Integrative Therapie* 18/4, 467-471.
- (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold/Sieper* (1993), 267-340.
- (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann. — (1993c): Frühe Schäden, späte Folgen. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. I, Paderborn: Junfermann.
- (1993h): Grundorientierungen, Verfahren, Methoden - berufspolitische, konzeptuelle und praxeologische Anmerkungen zu Strukturfragen des psychotherapeutischen Feldes und psychotherapeutischer Verfahren aus integrativer Perspektive. *Integrative Therapie* 19 /4, 341-379 und in: *Hermer, M. (Hg.): Psychologische Beiträge*. Lenzen: Pabst Science Publishers (1994), 248-285.
- (1993p): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold/Sieper* (1993a), 267-340.
- (1994a): Mehrperspektivität - ein Metakzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision. *Gestalt und Integration* 2, 225-297 und in: *Petzold* (1998a) 97-174.
- (1994c): Metapraxis: Die „Ursachen hinter den Ursachen“ oder das „doppelte Warum“ - Skizzen zum Konzept „multipler Entfremdung“ und einer „anthropologischen Krankheitslehre“ gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Gestalt* (CH) 20, 6-28 und in *Hermer, M. (Hg.): Die Gesellschaft der Patienten*. Tübingen: dgvt (1995), 143-174.
- (1994e): „Psychotherapie mit alten Menschen- die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention. Vortrag auf der Fachtagung „Behinderung im Alter“ am 22-23.11.1993 in Köln. In: *Berghaus, H.C., Sievert, H. (Hg.): Behinderung im Alter*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 68-117.
- (1994g): Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: „Integrative Therapie“ und ihre Heuristik der „14 healing factors“ - theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. In: Weillig, N. (Hg.): Differenzierung und Integration. Köln: Kohelet Press (1995), 6-83.
- (1994p): Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- (1995a): Wegeleit und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher et al.* (1995), 169-280.
- (1995b): Integrative Kindertherapie als sozialökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsförderung. In: *Metzmacher/Petzold* (1996), 143-188.
- (1995h): Schulenübergreifende Perspektiven zu einer integrierten Psychotherapie und einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft - der Beitrag von Gestalttherapie und Integrativer Therapie, in: *Berufsverband deutscher Psychologen* (Hg.): Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, 71-94.
- (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und 2. (rev. u. überarb. Auflage von 1988n) Paderborn: Junfermann.
- (1996c): Schulenübergreifende Dialoge im „neuen Integrationsparadigma“: Vielfalt erhalten - Schulen des Integrierens - Humantherapie, Vortrag auf dem 1. Wiss. Kongress der die Charta f. Psychotherapie unterzeichnenden Ausbildungsinstitutionen und Fachverbände vom 10.-12.5.1996 in Zürich. *Gestalt* (CH) 6, 37-39.
- (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, „Kulturarbeit“ - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlass der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 22/4, 371-450.
- (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Levinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 22/2-3, 319-349. auch in: *Petzold/Orth* (1999a), 337-360.
- (1997): 25 Jahre integrative Therapie in Deutschland, Sonderheft *Integrative Therapie* 23/3. Paderborn: Junfermann.
- (1997l): Multitheoretische und transdisziplinäre Perspektiven für den Diskurs im supervisorischen Feld. *DGSv aktuell* 3, 24-26.
- (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 23/4, 435-471 und in: *Petzold* (1998a) 353-394.

- (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.
- (1998b): Konnektivierung, Integration, Pluralität – Auswirkungen der Moderne auch im psychotherapeutischen Feld. *Gestalt* (CH) 33, 26-64.
- (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgaben von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- (1998j): Gegen die Verarmung der Psychotherapie. Eine „Deutsche Akademie für Psychotherapie“ statt einer Zwei-Konfessionen-Regelung – Vorüberlegungen, Konzepte. In: *Petzold* (1998h), 535-538.
- (1999a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. 2. erw. Aufl. Paderborn: Junfermann (in Vorb.)
- (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In *Petzold/Orth* (1999a), 393-400.
- (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen–über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6, 41-62.
- (1999o): Hermeneutische Gestalttherapie? – Oder die Banalität „sprachlichen Handelns“? Düsseldorf /Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.)
- (2000): Der Wille in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (in Vorb.)
- , *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der* (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2, Paderborn: Junfermann, 491-646.
- *Bubolz, E.* (1979): Psychotherapie mit alten Menschen. Paderborn: Junfermann.
- *Ebert, W., Sieper, J.* (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parhiesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf /Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.). Der Text ist auch im Internet zugänglich: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt/supervisionskritik>.
- *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., Sieper, J.* (Hg.): Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. (1996) 173-266.
- *Gröbelbauer, G., Gschwend, I.* (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (CH) 32, 15-41 und in: *Petzold/Orth* (1999a), 363-392.
- *Hass, W., Märtens, M.* (1998): Qualitätssicherung durch Evaluation in der Psychotherapieausbildung. Ein Beitrag aus dem Bereich der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.): Qualitätssicherung in der Psychotherapie – ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag.
- *Leuenberger, R., Steffan, A.* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H., Strauß B.* (Hg.): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Erw. in: *Petzold* (1998h), 142-188.
- *Märtens, M.* (1998b): Wer und was wirkt wie in der Psychotherapie? Mythos „Wirkfaktoren“ oder hilfreiches Konstrukt? *Integrative Therapie* 24/1, 98-110.
- (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Opladen: Leske + Budrich. (in Druck)
- , *Hass, W., Steffan, A.* (1999): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. In: *Petzold* (1999a).
- *Mathias, U.* (1983): Rollenentwicklung und Identität. Paderborn: Junfermann.
- *Orth, I.* (1985a): Poesie und Therapie. über die Heilkraft der Sprache. Poesietherapie, Bibliothherapie, Literarische Werkstätten. Paderborn: Junfermann.
- (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- (1995b): Gruppenprozessanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen, *Integrative Therapie* 21/2, 197-212.
- (1997b): Wege zu „fundierter Kollegialität“ – innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. In: *Slembek, E., Geisner, B.* (Hg.): Feedback. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag.
- (1997c): Integrative Therapie im Kontext. Schulenergreifende Dialoge im „neuen Integrationsparadigma“: Vielfalt erhalten – Schulen des Integrierens – Humantherapie. *Integrative Therapie* 23/3, 226-242.
- (1998b): Ökopsychosomatik – die heilende Kraft der Landschaft. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG.
- (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- *Sieper, J.* (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie –Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: *Petzold et al.* (1995a), 119-179.
- (1999): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. in: *Petzold/Orth* (1999a), 15-66.
- *Osten, P.* (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.* (Hg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer. Erw. in: *Petzold* (1998h) 118-141.
- *Osterhues, U.J.* (1972): Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katalytischer Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold* (1972a), 232-241.
- *Petzold, Ch.* (1991a): Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz.
- (1991b): Soziale Gruppe, „social worlds“ und „narrative Kultur“ als bestimmende Faktoren der Lebenswelt alter Menschen und gerontotherapeutischer Arbeit. In: *Petzold/Petzold* (1991a), 192-217; repr. In (1992a) 871-986.
- *Rodriguez-Petzold, F.* (1998): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differenziellen Kundenbegriff“. Düsseldorf: Fritz Pels Institut (1996), erw. in *Gruppendynamik* 2 (1998), 207-230 und in: *Petzold* (1998a) 395-432.
- *Reinhold, K.* (1983): Humanistische Psychologie, Integrative Therapy und Erwachsenenbildung. In: *Garnitschik, K.* (Hg.): Festschrift für Ignaz Zangerle, Wien: Herold, 49-67.
- *Sieper, J.* (1998): Einige Überlegungen zur geschlechtsspezifischen Betrachtung von Identitätsprozessen, in: *Petzold* (1998h), 265-299.

- (1999): Wohin geht die Supervision? Kritische und metakritische Überlegungen zu Entwicklungen und zur „supervisorischen Kultur“. *DGSv aktuell* 3, 15-20.
- (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Paderborn: Junfermann (2. Aufl. 1996)
- *Steffan, A.* (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodellein der Integrativen Therapie-Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur (in Vorber.).
- , *Thomas, G.* (1994): Integrative Suchttherapie und Supervision, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Plaum, E.F.* (1988): Eklektizismus in der Psychologie. Aktuelle Diskussionsbeiträge. Heidelberg: Asanger.
- Poldrack, A., Znoj, H.* (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Jacobi/Poldrack* (2000), 283-302.
- Prochaska, J.O., DiClementi, C.C.* (1992): Theoretical integration. The transtheoretical approach. In: *Norcross/Goldfried* (1992), 292-325.
- Quick, E.K.* (1996): Doing what works in brief therapy. London: Academic Press.
- Quittmann, H.* (1985): Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Rappaport, J.* (1995): Empowerment Meets Narrative: Listening to Stories and Creating Stories. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, Nr. 5, 795-807.
- Rauen, C.* (1999): Coaching, innovative Konzepte im Vergleich. Göttingen: Verlag f. angewandte Psychologie.
- Richardson, K.* (1998): The origins of human potential: evolution, development and psychology. London: Routledge.
- Röhrlé, B.* (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- , *Sommer, G., Nestmann, F.* (1998): Netzwerkintervention. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rosenberg, W., Donald, A.* (1995): Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *British Medicine Journal* 310, 1122-1126.
- Rosenstock, L.M., Strecher, V.I., Becker, M.H.* (1988): Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 15, 173-183.
- Ruddies, G.H., Willi, E.* (1985): Denkzeichen. Denken sichtbar machen. München: Lexika-Verlag.
- Rutter, M.* (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- (1989) Pathways from childhood to adult life, *J. Child Psychology and Psychiatry* 123-51; dtsch. in *Integrative Therapie* 1/2 (1992).
- Sacket, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B.* (1997): Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.
- , *Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S.* (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medicine Journal* 312, 71-72.
- Sandel, R., Blomberg, I., Lazar, A., Schubert, J., Carlsson, J., Broberg, I.* (1999): Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. In: *Forum der Psychoanalyse* 4, 327-347.
- Saup, W.* (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schedlowski, M., Tewes, U.* (1996): Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akad. Verlag.
- Schmid, E., Grawe, K.* (1999): Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum* 6, 5-8.
- Schmid, W.* (1999): Philosophie als Lebenskunst. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schnitz, H.* (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A.* (1995): Coaching. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schroots, J.J.F.* (1993): Aging, health & competence. The next generation of longitudinal research. Amsterdam: Elsevier.
- Scheel, W., Brucks, U., Iohnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F., Schnyder, U.* (1998): Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft.
- Schulz, P.* (1999): Wenn Stress chronisch wird. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 12-15
- Seligman, M.E.P.* (1996): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer-Reports-Studie. *Integrative Therapie* 22/2-3, 264-287.
- Sennett, R.* (1997): Der flexible Mensch. Berlin: Berlin Verlag.
- Shapiro, F.* (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford; dtsh. Paderborn: Junfermann 1998.
- Shorr, J.E.* (1981): Psycho-Imagination. Hamburg: Isko-Press.
- Sieper, J.* (1985): Bildungspolitische Hintergrunddimensionen für Integrativ-agogische Arbeit an FPI und FPA, *Integrative Therapie* 11/3-4 340-359.
- Petzold, H.G.* (1993): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: *Petzold/Sieper* (1993a), 259-370.
- Somers, M.* (1998): „Citizenship“ zwischen Staat und Markt. Das Konzept der Zivilgesellschaft und das Problem der „dritten Sphäre“. *Berliner Journal für Soziologie* 4, 489-505.
- Speer, D.C.* (1998): Mental health outcome evaluation. London: Academic Press.
- Spivey, N.N.* (1996): The constructivist metaphor. Reading, writing and the making of meaning. London: Academic Press.
- Sponsel, R.* (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie IPPT. Erlangen: IEC.
- Saemmler, F.* (1998): Vorüberlegungen zu einer Theorie regressiver Prozesse in der Gestalttherapie. *Gestalt* (CH) 32, 3-14.
- (1999a): Hermeneutische Ansätze in der klassischen Gestalttherapie. *Gestalt* (CH) 36, 43-60.
- (1999b): Ddjà vu? Klaus Grawes „Psychologische Therapie“ - Eine Rezension und Evaluation aus gestalttherapeutischer Sicht. In: *Gestalttherapie* 2, 86-124.
- Steinfath, H.* (1998): Was ist ein gutes Leben? Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Stenberg, E.M.* (1997): Emotion and Disease: From Balance of Humors to Balance of Molecules. *Nature Medicine* 3, Heft 3, 264-267.
- , *Gold, P.W.* (1999): Psyche, Stress und Krankheitsabwehr. *Spektrum der Wissenschaft Dossier* 3, 32-39.
- Stricker, G., Gold, I.R.* (1993): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum.
- Stroebe, W.* (1998): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Ein sozialpsychologischer Ansatz. Eschborn: Klotz.
- Hewstone, M., Cadol, Stephenson, G.M.* (1996): Sozialpsychologie. Berlin: Springer.
- Strupp, H.H., Binder, J.L.* (1991): Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Svantesson, I.* (1993): Mind Mapping und Gedächtnistraining. Bremen:



- Thacher, B.W., Hallett, M., Zeffiro, T., Roy, E. (1994): Functional Neuroimaging. Technical Foundations. London: Academic Press.
- , Lyon, G.R., Rumsey, J., Krasnegor, N. (1996): Developmental Neuroimaging. Mapping the development of brain and behavior. London: Academic Press.
- Thistle, R. (1998): Counselling and Psychotherapy in Private Practice. London: Sage.
- Thomae, H. (1968): Das Individuum und seine Welt. Göttingen. (neu bearb. Aufl. 1988).
- Thomas, G. (1986): Unterschicht. Psychosomatik und Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Thomas, G.J., Schmitz, B. (1993): Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. eine empirische Untersuchung der Arbeitsunfähigkeits-Tage von 240 Klienten mit kassenfinanzierten Behandlungen. *Report Psychologie* 11-12, 9-11. *Time-Life* (1994): Mindpower - Gedächtnistraining. Neue Wege zur Steigerung der Gedächtnisleistung. Amsterdam. *Toga, A.W., Mazzionta, I.C.* (1996): Brain mapping. The methods. London: Academic Press.
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Tschuschke, V., Heckrath, C., Tress, W. (1997): Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- UC Berkeley (1991): The wellness encyclopedia. The comprehensive family resource for safeguarding health and preventing illness. Boston: Houghton Mifflin.
- Vallacher, R.R., Nowak, A. (1994): Dynamical systems in social psychology. London: Academic Press.
- Voutta-Voß, M. (1997): Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. *Integrative Bewegungstherapie* 1, 27-41 und *Integrative Bewegungstherapie* 2, 27-38.
- Wagner, R.F. (1999): Ein integratives Menschenbild einer an ethischen Dimensionen orientierten Allgemeinen Psychotherapie. In: *Wagner/Becker* (1999), 43-74.
- , Becker, P. (1999): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen: Hogrefe.
- Weiss, C. (1980): Wohlbefinden. Theorieentwurf und Testkonstruktion. Bielefeld: Kleine Verlag GmbH. *Welsch, W.* (1987): Unserer postmoderne Moderne. Weinheim: Acta Humaniora.
- Wheaton, & (1997): The nature of chronic stress. In: *B.H. Gottlieb* (Hg.): Coping with chronic stress. New York: Nenum Press, 43-74.
- Whipp, Casaburi, R. (1994): Physical activity, fitness and chronic long disease. In: *Bouchard, C.* et al. (1994), 749-761.
- Wiedemann, P.M. (1986): Erzählte Wirklichkeit. Weinheim: PVU.
- Wilson, G.T. (1996): Manual-based treatments. The clinical application of research findings. *Behav. Res. Therapy* 34, 295-314.
- (1997): Treatment manuals in clinical practise. *Behav. Res. Ther.* 35, 205-219.
- Witchen, H.-U., Vossen, A. (1996): Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. Häufigkeit und mögliche Implikationen. In: *Margraf, J.* (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1. Berlin: Springer, 217-231.
- Wycoff, J. (1993): Gedanken-Striche. Auf neue Ideen kommen, Probleme lösen mit Mindmapping. Freiburg:
- Wys, D. (1977): Die tiefenpsychologischen Schulen von ihren Anfängen bis zur Gegenwart Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- (1982): Der Kranke als Partner. Lehrbuch der anthropologisch-integrativen Psychotherapie, 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zänker, K. (1991): Kommunikationsnetzwerke im Körper. Psychoneuroimmunologie - Aspekte einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Zobel, A.W., Yassouridis, A., Frieboes, R.M., Holsboer, F. (1999): Prediction of medium-term outcome by cortisol response to the combined dexamethasone-CHR test in patients with remitted depression. *American Journal of Psychiatry* 156, 949-951.
- Zundel, E., Fitkau, B. (1989): Spirituelle Wege und transpersonale Psychotherapie, Paderborn: Junfermann.

#### Adressen des Autors:

Univ. Prof. Dr. Dr. Hilarion Petzold  
 Postgraduate Programme Supervision  
 Free University of Amsterdam  
 Van der Boerhorststraat 9  
 NL-1081 BT Amsterdam

oder:

Fritz -Institut  
 Kühn erstr. 49  
 40239 Düsseldorf

**Zusammenfassung: Psychotherapie der Zukunft - Reflexionen zur Zukunft und Kultur einer korrespondierenden und evidenzbasierten Humantherapie**

Vor dem Hintergrund einer Auseinandersetzung mit den neueren Entwicklungen im psychotherapeutischen Feld wird über die „Psychotherapie der Zukunft“ und damit über die „Zukunft der Psychotherapie“ nachgedacht: Wichtigste Aufgabe wird sein, Dualismen und Zerspaltenheiten zu überwinden: Körper/Seele, Individuum/ Gesellschaft. Aber auch Antagonismen bzw. Polarisierungen gilt es anzugehen: zwischen den Berufsgruppen, z.B. Ärzten/Psychologen, zwischen den Schulen und Verfahren, z.B. Richtlinienverfahren/Nicht-Richtlinienverfahren, Psychoanalyse/Rogerianische Gesprächspsychotherapie etc. Es geht darum, „common ground“ zu finden und zu bauen, „*unity in diversity*“ in einer übergreifenden Profession und Disziplin „Psychotherapie“ und in der Kooperation mit unseren *Partnern*, den Patienten und Klienten.

**Schlüsselwörter:** Zukunft der Psychotherapie, Integrative Psychotherapie, evidenzbasierte Psychotherapie

**Summary: Psychotherapy of the Future. Reflections on the Future and Culture of a Co-responding and Evidence Based Human Therapy.**

Discussing recent developments in the field of psychotherapy „psychotherapy of the future“ and the „future of psychotherapy“ are reflected. The most important task will be to overcome dualism and disunity: body/mind, individual/society but also antagonisms and polarizations between professions e.g. medical doctors/ psychologists, between schools and approaches of approved methods and not-approved methods, e.g. psychoanalysis/Rogerian client centered psychotherapy etc. It will be necessary to find and to build „common ground“, „*unity in diversity*“ in an all encompassing profession and discipline and in the cooperation with our *partners*, the patients and clients.

**Keywords:** future of psychotherapy, integrative psychotherapy, evidence based