

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund
Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach
Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

Ausgabe 24/2008

**Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung
in der Psychotherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie**

*Hilarion Petzold, Düsseldorf, Anton Leitner, Krems, Johanna Sieper, Hückeswagen, Ilse
Orth, Düsseldorf**

(2008)

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen ([mailto: EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Info:[http://www.Integrative Therapie. de](http://www.IntegrativeTherapie.de)) und aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems (<mailto:anton.leitner@donau-uni.ac.at> Info: <http://www.donau-uni.ac.at/psymed/it>).

Aus- und Weiterbildungen sind Maßnahmen „beruflicher Sozialisation“, die als solche Menschen beeinflussen und formen. In ganz besonderer Weise gilt das für therapeutische Ausbildungen, in denen zu einem nicht unbedeutenden Teil – nämlich durch **Selbsterfahrung**, **Selbstmodifikation**, **Eigen- und Lehrtherapie**, **Lehranalyse**, **Kontrollanalyse**, **Supervision** – in einer „**Theorie-Praxis-Verschränkung die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt**“ wird. Dafür muss der **institutionelle Rahmen** mit seiner, die Mitwirkung aller Beteiligten ermöglichenden Infrastruktur geeignet sein, die Fachlichkeit und Sicherheit bietet, und es muss ein breiter, permanent geschulter und weitergebildeter, genderpluraler Lehrkörper an DozentInnen und LehrtherapeutInnen Modelle bereitstellen, von denen die KandidatInnen und mit denen zusammen sie lernen können und bei dem auch eine Offenheit gewährleistet ist, denn auch von KandidatInnen kann gelernt werden. Nur rekursive Lernprozesse in sind letztlich weiterführend. Sie sind von Wohlwollen und wechselseitigem Respekt getragen (Petzold, Orth, Sieper 2004; Petzold 2000a) (Petzold, Orth, Sieper 2004)

1. Vorbemerkungen zum Kontext: zwischen Kontrolle und Freiraum, Konformität und Emanzipation

„Je selbstsicherer man wird, desto unbefangener,
lustvoller und kreativer kann man zweifeln“ (Petzold 1971k)

„Ich will, dass die Integrative Therapie in Österreich anerkannt
wird“. (Leitner 24.10. 2000 bis 12.12.
2005)

Neuerlich beginnt man sich erfreulicher Weise den Fragen der Methodik und Didaktik in der Psychotherapie wieder verstärkt zuzuwenden (Reichel 2007) und zwar forschungsgestützt, was uns seit langem ein Anliegen ist (Leitner 2003; Petzold, Sieper 1976; Petzold 1980q, vgl. insbesondere: Petzold, Orth, Sieper 1995a). Das ist eine begrüßenswerte Entwicklung, denn gute *Ausbildungsqualität*, durch die fachliche Erkenntnis in optimaler Weise in die Praxis umgesetzt wird, ist die Voraussetzung für eine gute *Behandlungsqualität*. Dieser Zielsetzung dient der nachfolgende Text zum Themenkomplex „Lehrtherapie“, mit dem unsere nach wie vor grundlegenden Ausführungen in dieser Sache (Frühmann 1994; Petzold, Orth 1993a; Petzold 1993m) ergänzt werden und ein Anschluss an neue Theorieentwicklungen (Leitner 2007; Petzold, Orth, Sieper 2004; Petzold, Sieper 2007; Sieper, Orth, Schuch 2007; Petzold 2004h, I) hergestellt werden soll.

In den empirischen Untersuchungen zur Ausbildung am „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ an der Donau-Universität Krems (Leitner 2003, 2004, 2005) und an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (Petzold 2005s; Petzold, Rainals, Sieper, Leitner 2006) – nicht zuletzt auch zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung (Petzold, Steffan 1999a, b) – konnte für unseren Ansatz eine hohe Bewertung dieser Ausbildungskomponenten festgestellt werden. Die Lehrtherapien wurden als sehr gut (1.2) eingeschätzt. Besonders imponiert, dass in allen Untersuchungen die „**erfahrene Wertschätzung**“ (der integrativen LehrtherapeutInnen von ihren SeniorausbilderInnen, der AusbildungskandidatInnen in Integrativer Therapie von ihren LehrtherapeutInnen und der PatientInnen von ihren integrativen Therapeutinnen) der Bereich ist, der am höchsten bewertet wurde (vgl. Petzold, Rainals et al.2006). Die internationale Forschung allerdings kommt in breiten Untersuchungen und Forschungsergebnissen zu den Faktoren, die in besonderer Weise die **Behandlungsqualität** von PsychotherapeutInnen fördern zu einer kritischen Bewertung der Bedeutung von Selbsterfahrung. Ihr komme für die Qualifizierung von TherapeutInnen geringere Bedeutung zu als etwa die klinische Erfahrung in der unmittelbaren Arbeit mit PatientInnen oder die Praxisbegleitung und Supervision:

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. (2005): How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. Washington: American Psychological Association.

Insbesondere der Wert langer, im traditionellen tiefenpsychologischen Duktus durchgeführter Lehranalysen/Lehrtherapien darf für die Entwicklung *therapeutischer Kompetenz und Performanz* aufgrund der gewonnenen Ergebnisse bezweifelt werden und muss neue Diskussionen und Bewertungen erfahren sowie zu neuer Forschung führen. Vor allen Dingen muss dabei gefragt werden, welche Form von lehrtherapeutischer **Selbsterfahrung** die BehandlerInnenqualität der Auszubildenden fördert, von welchem **Selbst** man unter persönlichkeits-theoretischer Betrachtung (Petzold 2003a, 436ff) spricht, dessen Erfahrung man fördern will (vgl. unsere Untersuchungen Petzold, Steffan 1999a, b), von welchen **Zielen** man mit welchem zieltheoretischen Hintergrund (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) für die Entwicklung therapeutischer **Kompetenz** und **Performanz** redet, mit welchen Mitteln und Wegen man weiterhin die Erreichung dieser Ziele betreiben will, d. h. aufgrund welcher Konzeption des **Lernens**, denn „Lernen ist das Ermöglichen von Veränderung“. Ein Therapieverfahren, das in seiner *Theorie zu Lernprozessen* nicht klar ist, hat keinen soliden Boden zur Initiierung von Veränderung – sei es in Patiententherapien oder Lehrtherapien. Die „**komplexe Lerntheorie**“ des Integrativen Ansatzes (Sieper, Petzold 2002) hat unsere Positionen deutlich dargelegt. Es wird also wichtig sich klar zu machen, um welche *qualifizierungsrelevante Ziele und Prozesse* es in lehrtherapeutischer Selbsterfahrung gehen muss, wenn sie als Qualifizierungsmaßnahmen Effizienz haben sollen. LehrtherapeutInnen müssen genau hierauf ihr Augenmerk setzen.

Weiterhin ist es gut, sich „genealogisch“ über die **Diskurse** (Foucault 1974) Rechenschaft zu geben, die in der eigenen Konzeption von Lehranalysen, Lehrtherapien, Selbsterfahrung zum Tragen kommen (können), da es **implizite Ziele** – von verborgenen Diskursen und Machtdispositiven bestimmt – und **explizite Ziele** (die von den impliziten durchaus durchfiltert sein können) gibt, deren Hintergründe bewusst werden müssen, um die Funktionen der Inhalte und Ziele vermittelnden Prozesse des „(Be)lehrens und des Lernens“ in Therapie und Therapieausbildung auf verdeckte „dysfunktionale Ideologien“ und „Machtdispositive“ (vgl. hierzu Petzold, Orth 1999a, 125ff) zu untersuchen. Solche Prozesse sind **strukturell prekär**, denn sie stehen **zwischen Kontrolle** (es soll ja positives Wissen vermittelt werden) und **Freiraum** (der eigenständige Aneignung, Weiterentwicklung, Zweifel, Ablehnung ermöglicht), zwischen **Konformität** und **Emanzipation**. Dessen müssen sich Auszubildende und Auszubildende bewusst sein und zu solcher Bewusstheit will dieser Text beitragen.

Sind Prozesse der Lehre durch Konformitätszwänge und Ideologisierung auf die Etablierung *einer* wahren Doktrin gerichtet, der sich das Subjekt unterordnen muss, auf eine dominante Sicht von Normalität, eine normierte (psychoanalytische, gestalttherapeutische, jungianische, integrativtherapeutische etc.) Identität oder eröffnen sie Freiräume zur **persönlichen Emanzipation**, einer „emanzipierten Identität“ – so die integrative Identitätstheorie (Petzold 2001p, 2003a) – zum Gewinn von **persönlicher Souveränität** (Petzold, Orth 1998a). Sind die institutionellen Strukturen nach demokratischen Prinzipien (z. B. staatliche Bildungseinrichtungen, Akademie oder Universität, mit gesetzlich geregelter Gremienstruktur) oder nach Modellen hierarchischer Machtsicherung für spezifische Interessengruppen aufgebaut? Die Integrative Machttheorie (ibid. Orth, Petzold, Sieper 1995b; Petzold 1998a; Haessig 2007) bietet für die Analyse solcher Fragen einen guten Boden.

Es sollte bis hierher durch die Verweise auf die relevante Literatur aus dem Fundus der Integrativen Therapie schon deutlich geworden sein: Lehrtherapie verlangt, das

man mit den **Grundpositionen** des eigenen Verfahrens und mit ihrem **Herkommen** so weit vertraut ist, dass man sie überzeugend vermitteln kann, dass man sie dem eigenen **Zweifeln** aussetzen kann und sie mit dem **Zweifeln** derjenigen, die in Prozessen ihrer Lehrtherapie „**Positionen**“ zu gewinnen suchen, in **Ko-respondenz** (Petzold 1978c, 1991e) bringen kann, so dass „**weiterführende Kritik**“ (siehe unten) möglich wird. Das **Ko-respondenzmodell**, das ein Aushandeln von **Positionen** und **Grenzen** ermöglicht, wird auch hier zum Kernstück des Integrativen Ansatzes, in dem Ko-respondenz Kandidatinnen **Angrenzungen** ermöglicht, ohne sie zu vereinnahmen. Eine solche Haltung ist nicht einfach, verlangt sie doch, anzuerkennen, dass der eigene Ansatz immer auch nur einer unter mehreren Möglichkeiten der Wirklichkeitsinterpretation ist, und deshalb keinen universalistischen Erklärungsanspruch haben kann, dass er Fehler haben kann, dass es andere wertvolle Sichtweisen gibt, die auch **wertzuschätzen** sind. Eine solche Haltung **muss man wollen** (Petzold, Sieper 2007a). Sie hat allerdings mit unspezifischer Toleranz nichts zu tun, denn die eigene klare **Position** zeigt auch, was man für sich nicht will und wo man auch einen grundsätzlichen Dissens hat oder haben muss (etwa militanten Fundamentalismen religiöser und ideologischer Art).

1. 1 Zu historischen Traditionen und Hintergrunddiskursen psychotherapeutischer Lehrtherapie und Selbsterfahrung

Wir schreiben diesen Text auch, um klar zu machen, worum es uns in integrativen Therapieausbildungen (und damit auch Therapien) geht: um das Ermöglichen eigener „**Positionen** als Standorten auf Zeit bei Themen, mit denen man noch zu Gange ist“ (Petzold 2000h; Derrida 1986), gewonnen in Prozessen diskursiver Auseinandersetzung, in denen das „bessere Argument zählt“, wie es Habermas (1971, 1981) in seiner Diskurskonzeption und wir in unserem Ko-respondenzmodell (Petzold 1978c) gezeigt haben, **Positionen** und **Konzepte**, die man daraufhin überprüft, ob man sie mit einer **Konsensgemeinschaft** – hier die der Integrativen Therapie – teilt und teilen will. Es wird hier also keineswegs einem positionslosen oder einem privatistischen Individualismus das Wort geredet, sondern auch ein „hinlänglicher Konsens“ und eine „engagierte Gemeinschaftsfähigkeit“ eingefordert, denn ohne diese kann man keine Ausbildung durchführen oder auch keine wissenschaftlich fundierte, seriöse Therapie betreiben. Man ist ja auf die Theorie- und Forschungsarbeit einer „scientific community“ und deren Anschluss an übergeordnete Wissenschaftsdiskurse (der Psychologie, Therapieforschung, Neurowissenschaften) angewiesen. TherapeutInnen stehen *strukturell* in der Gefahr entweder in unkritischer Überidentifikation „Schulenanhänger und Jünger“ zu werden oder in privatistischer Unverpflichtetheit „ihr Ding“ zu machen. Beides finden wir in der Geschichte und Gegenwart der Psychotherapie und beides erscheint uns dysfunktional.

Wir wollen ein „**emanzipiertes Miteinander**“ – keine leichte Aufgabe, wie wir aus Jahrzehnte langer Arbeit in diesem Kontext wissen.

Integrative Therapie ist *geschichtsbewusst* (grundlegend Petzold 2008b, 2007p). Das zeigt die Vielzahl therapiehistorischer Arbeiten (Leitner 2006; Petzold 1980j, k, 2006g; Petzold, Orth 1999a; Schuch 2003). Von Geschichte ist zu lernen, - ein schwieriges Unterfangen -, Geschichte ist Nachwirkung im Gegenwärtigen. Wir stehen in der Geschichte der Psychotherapie und ihren Hintergrunddiskursen, die wir kennen müssen, um zu wissen, was wir von diesem „Erbe“ (manchmal ist es eine Hypothek) wollen oder nicht wollen. Wir wollen, es sei wiederholt „**emanzipiertes und konviviales Miteinander**“.

Wir wollen nicht, was *Freud* von seinen „Schülern“ verlangte: dass sie die „reine Lehre“ erkennen/anerkannt müssen, um dann „nun einmal rettungslos zum 'wilden Heer' [zu.sc.] gehören“ (*Freud/Groddek* 1974, 14), welches diese Lehren bewahrt und vertritt. Das von *Freud* berufene „geheime Komitee“, das „Dissidenten“ ausschloss (*Wittenberger, Tögel* 1999, 2001, 2003), ist ein beredter Ausdruck eines Geistes der Orthodoxie und Indoktrination, der in den Anfängen und in der Blütezeit der Psychoanalyse sehr stark war, und den wir *nicht wollen*, da er auch leider mit massiven Obskurantismen verbunden war (vgl. die Beiträge von *Grünbaum, Sulloway* u.a. in *Leitner, Petzold* 2008). Da er sich aber im Felde der Psychotherapie – auch außerhalb von Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, selbst in der Gestalttherapie (*Petzold* 2006s, 2007j) – vielfach reproduziert hat, und dabei Lehrtherapie und Selbsterfahrung eine große Rolle zu spielen scheinen, sei wieder einmal ein Blick auf die Geschichte geworfen, nicht um *Freud* oder die Psychoanalyse zu diskreditieren, sondern um zu versuchen aus der Geschichte der Psychotherapie zu lernen (*Leitner, Petzold* 2008). Dabei lassen wir immer wieder Psychoanalytiker zu Wort kommen, die ihr Verfahren in der Absicht „weiterführender Kritik“ in den Blick nahmen.

Max Graf (1942, 473), der Vater des „kleinen Hans“, beschreibt das Klima der frühen Psychoanalyse treffend: „Freud als das Oberhaupt der Kirche exkommunizierte Adler, er stieß ihn aus der offiziellen Kirche aus.“ Ähnlich konkludiert *Domann* (1994, 50) „Freud war der *Papst der Psychoanalyse*“. Ihm und seinen unmittelbaren Schülern, insbesondere dem für die Institutionalisierung der Psychoanalyse so wichtigen „Berliner Institut“ unter *Abraham* und *Sachs*, ging es um die „Reinheit der Lehre“ (ibid. 50) und die Abwehr von „Dissidenz“, und damit hören jede **Ko-responsenz, Polylogik** und **Diskursivität** auf (*Petzold* 1991e, 2002c).

„Wer von ‚Dissident‘ und ‚Dissidenz‘ spricht, hat den Boden wissenschaftlichen Denkens bereits verlassen und den des Glaubens betreten ... in der Wissenschaft gibt es stattdessen den Dissens, d. h. das Prinzip, Gegenstände kontrovers zu diskutieren, weil es keine Glaubenssätze gibt (geben sollte), die a priori feststehen und nicht kritisch untersucht werden dürfen“ – so *Cremerius* (1984, 364).

Der kritische Aufsatz über das psychoanalytische Ausbildungssystem von *Cremerius* (in: *Frühmann, Petzold* 1994, 57-91) ist ein „Muss“ für jeden, der PsychotherapeutInnen ausbildet. Das Prinzip kritischer Wissenschaftlichkeit sollte deshalb auch als leitend für den lehrtherapeutischen Prozess und die Reflexion von psychotherapeutischen Ausbildungssystemen gelten, die – es sei nochmals unterstrichen – die Herausbildung von **Positionen** fördern soll, und das sind nach *Derrida* (1986), an dem sich der Integrative Ansatz hier orientiert, *Standorte auf Zeit bei Fragen, mit denen man noch zugange ist*. Jedes einzelne Ergebnis eines lehrtherapeutischen Prozesses, einer Ausbildungserfahrung muss deshalb als „**Gewinn einer Position**“ gesehen werden und sei es die, dass man sich ein Prinzip des Ausbildungsverfahrens, eine Position des Lehrtherapeuten nicht zu eigen machen kann, sondern eine **andere Position** beziehen will, für die dann allerdings gute Gründe einzufordern sind, da sonst ein weiterführender Diskurs, ein Ko-respondieren als „Begegnung und Auseinander-setzung“ (*Petzold* 1978c) – um sich ggf. dann wieder zusammen setzen zu können – nicht stattfinden kann. Wo immer Systeme „diskursarm“ werden, sollte die Situation ko-respondierend betrachtet werden. Ausbildungssysteme sollten deshalb beständig auf ihre diskursiven Strukturen untersucht werden (wobei zu fragen ist: sind z. B. alle Beteiligten – Institutsleitung, DozentInnen, AusbildungskandidatInnen, Personal – in den Entscheidungsgremien vertreten?, vgl. EAG *Akademiesatzung, Gestalt & Integration*

1998). Auch die diskursiven Traditionen, in denen Felder, Bewegungen, Institutionen stehen, schließlich ihre Strukturen und Ausbildungskonzeptionen und deren Umsetzung in die Ausbildungspraxis (was empirische Evaluationen erforderlich macht, vgl. *Petzold, Hass et al. 1995*), sind in den Blick zu nehmen. Derartige Themen wurden im Integrativen Ansatz systematisch behandelt. Er hatte seit den Anfängen seiner Ausbildungspraxis differenzierte curriculare Modelle entwickelt (*Petzold, Sieper 1972a, b, 1976*) und beständig elaboriert und überprüft, wie man das in kaum einem anderen Therapieverfahren findet.

Auch auf schulenübergreifender Ebene sind wir diesen Fragen nachgegangen mit dem ersten Buch über die Ausbildungskonzepte in den einzelnen Therapierichtungen im Felde der Psychotherapie, ein Text, der bis heute für Thema unverzichtbar ist – für LehrtherapeutInnen und KandidatInnen:

Frühmann, R., Petzold, H.G., 1993a [1994]: Lehrjahre der Seele. Lehranalyse, Selbsterfahrung, Eigentherapie in den psychotherapeutischen Schulen. Junfermann, Paderborn. Mit Beiträgen von A. Freud, G. Condrau, J. Cremerius, G. Domann, G. Lehmkuhl, P. Kutter, T. Moser, I. Orth, R. Schindler, D. Schmelzer u.a.

In diesem Werk war uns aufgefallen, dass man regelhaft die Geschichte der Lehranalyse mit *Freud* beginnen lässt, mit seiner „Selbstanalyse“ (1887 – 1904, begleitet von seinem Freund *W. Fliess*), die als eine historische Großtat gefeiert wurde – im Detail dokumentiert von *Didier Anzieu 1972*, dessen Vorlesung zur „L’autoanalyse de Freud“ wir (*Petzold/Sieper*) in Paris fasziniert besucht hatten. Ab 1905 begann *Freud* einige seiner Schüler auf Spaziergängen zu analysieren und forderte auf dem Nürnberger Kongress im gleichen Jahr, dass ein Psychoanalytiker sich selbst einer Psychoanalyse unterziehen müsse. Aber, wie *Schindler (1994, 28)* in seinem historischen Abriss zur psychoanalytischen Ausbildung feststellt, ist „Tatsächlich [...] die erste Generation der Psychoanalytiker so gut wie ohne Lehranalyse ausgekommen“. Ihre verpflichtende Einführung wird nach mehrfachen Ablehnungen (z. B. 1918 beim Kongress in Budapest) erst 1925 auf dem Kongress in Bad Homburg beschlossen. Rolle und Funktion der Lehranalyse ist umstritten geblieben (*Cremerius 1994*), und diesen strittigen Diskurs zu rezipieren, lohnt der Mühe. Im Integrativen Ansatz haben wir das unternommen und demgemäß auch durchaus nicht Lehrtherapien unkritisch und vollumfänglich in der *Freudschen* Traditionslinie übernommen. Wir stimmen indes mit einigen von *Freuds* Position in den „Vorlesungen“ überein, die wir allerdings anders gewichten als der „Gründervater“ der Psychoanalyse:

„Psychoanalyse erlernt man zunächst am *eigenen Leib*, durch das Studium der eigenen Persönlichkeit ..., allerdings sind dem Fortschritt auf diesem Weg bestimmte Grenzen gesetzt. Man kommt viel weiter, wenn man sich von einem kundigen Analytiker analysieren lässt¹“ *Freud GW XI, 12*, unsere Hervorhebung).

„Am *eigenen Leibe erfahren*“ – das haben wir in unseren Analysen bei *V. N. Iljine (Petzold, Sieper)* in der *leiborientierten* Arbeit der Tradition *Ferenczis* erlebt (*Petzold 1969c, 2006g*), die hiermit schon ganz anders orientiert war, als *Freud* das mit dieser Formulierung meinte. *Ferenczi* als Quellautor der Integrativen Therapie (idem 2007w) hatte überdies immer ein Moment der „Mutualität“, der Wechselseitigkeit der Öffnung des seelischen Erlebens zwischen Analytiker und Analysand vertreten – wir finden das schon bei *Seneca* in seinen Beziehungen zu den von ihm begleiteten Menschen (Schülern, Freunden, PatientInnen, siehe unten 1.2).

¹ Damit kommt auch die Defizienz von *Freuds* Selbstanalyse in den Blick, die *Ferenczi* kritisch thematisiert und später *Freud* als Freund anbietet, ihn zu analysieren (vgl. *Antonelli 2003; Petzold 2006w*).

Das „**am eigenen Leibe**“ gewann damit als „wechselseitige Berührung aus Berührtheit“ (Petzold 1970c, Eisler 1991) die Dimensionen des „**Zwischenleiblichen**“, wie wir sie aus unserer Rezeption der **intersubjektiven** Leibkonzepte von G. Marcel und M. Merleau-Ponty erarbeitet hatten (Petzold 1985g; Leitner 2001; Bolhaar, Petzold 2007). Petzold und Sieper haben auf dieser Basis in der PatientInnenarbeit einen **integrativen Stil** entwickelt. Er verbindet **leiborientierte Behandlung**, ko-respondierende agoische² **Entwicklungsförderung** und gemeinsame Gestaltung in **kokreativer Poiesis** zur „Veränderung von Lebensstilen“. Diese Form der Arbeit haben sie in den von ihnen durchgeführten Lehranalysen der „ersten Generation“ integrativer TherapeutInnen (z. B. Heintl, Orth, Manger, Pahl u.a.) weitergeben.

Die Rückbindung an die Analysetradition *Freuds* war für uns durch den Einfluss der *Ferenczi*-Tradition (Petzold 2007h; Schuch 2007) gebrochen, die in einer ganz anderen Weise „dialogisch“ war, der „Mutualität“ verpflichtet. Der Kontakt zu *Ricœur* mit seiner wohlwollend-kritischen *Freud*-Lektüre (Ricœur 1965), die die Tiefenhermeneutik begründete, vermittelte uns seinen historisierenden Blick und sein vernetzendes Denken (Petzold 2005p), eine andere „Erzählung“ über das Herkommen der Psychoanalyse, eine andere Sicht, sie zu interpretieren. Die Leistung der Selbstanalyse *Freuds* war ja keineswegs solitär, das zeigt nicht nur die Selbstanalyse *Augustins* in den *Confessiones* – sie ist voll von tiefen Erkenntnissen über Bewusstes und Unbewusstes, Kindheitseinflüsse, Gedächtnis, Zeit, Affekte –, sondern auch die Tradition der Selbstreflexion in der Philosophie seit den Pythagoreern und der begleiteten „Arbeit an sich selbst“ durch die antike Seelenführung (Hadot 1991, 2001), die im Integrativen Ansatz Niederschlag gefunden hatten (Petzold 2001m, 2004h, Petzold, Sieper 2002, 2007c).

Auch der Kontakt zu *Foucault* (Petzold 2001l, 2004e), der von *Nietzsche* inspiriert die antiken Gedanken der „Sorge um sich“ und der „Lebenskunst“ – Anliegen von *Sokrates* – aktualisierte (Foucault 1985, 2007) war uns hier nützlich. Überdies zeigte *Foucault* mit seinen genealogischen Analysen zu den abendländischen Diskurstraditionen ein Fortwirken der ekklesialen „Pastoralmacht“ (Foucault 1982) in Psychiatrie, Psychoanalyse und Psychotherapie (idem 1969; Dauk 1989; Petzold, Orth, Sieper 2000a). Er entwickelte Instrumente zur Diskurs- und Dispositivanalyse von Machtverhältnissen (Foucault 1978a, b), die uns zu machtanalytischen Reflexionen und Selbstreflexionen angeregt haben (Petzold, Orth 1999a) und zu einer institutionellen Praxis, die bei der Gründung der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ sich bewusst an die emanzipatorisch ausgerichtete Gesetzgebung des nord-rheinwestfälischen Erwachsenenbildungsgesetzes gebunden hat (Sieper 1985). Verbunden mit der Foucaultschen Sicht war eine kritische Haltung gegenüber der konservativen psychoanalytischen Praxis von Ausbildung und Lehrtherapien (sie dominiert auch im übrigen tiefenpsychologischen Feld immer noch), wie sie in Bereichen der Psychoanalyse selbst problematisiert worden war. Der „kritische Flügel diagnostiziert die Situation [der psychoanalytischen Institutionalisierung, sc.] korrekt als die einer institutionalisierten Geheimgesellschaft: Vater-abhängig und Macht-orientiert“ (Schindler 1994, 30), zweifellos auch ein „Männergeheimbund“, denn in der von *Freud* inszenierten „Mittwochgesellschaft bei Prof. Freud“ trafen sich Männer, wie *Nunberg* in der Einleitung zu den Protokollen schreibt. Die historischen Hintergründe z. B. von „Mittwochgesellschaft“ und

² **Agogisch** von *agogein*, führen, leiten (Pädagogik, Andragogik, Geragogik), ein Begriff aus der personbezogenen Erwachsenenbildung (ursprünglich in den Niederlanden), der eine psychagogische Ausrichtung beinhaltet, die heute oft auch durch den Begriff **psychoedukativ** gekennzeichnet wird und verdeutlicht: therapeutische Prozesse beinhalten immer auch einen bedeutsamen Faktor des Lehrens und Lernens.

„Geheimen Komitee“ und der aufkommenden Ausbildungsstruktur mit Institutionalisierung, Lehranalysen bzw. Lehrtherapien aus den Anfängen der Psychoanalyse sind von der psychoanalytischen Historiographie sorgfältig untersucht worden, allerdings ist man leider nicht in diskursanalytischer Betrachtung zu Traditionslinien in der abendländischen oder morgenländischen Geistesgeschichte zurückgegangen. Historische Bezüge und strukturelle Analogien zu Männerbünden und Bruderschaften – Ordensritter, Templer, Futuwwa-Bünde, al-Banna, Tariqa, Logen, kabbalistischen Bewegungen und andere mystische Traditionen (*Abdullah* 1980; *Biedermann* 2004; *Blazek* 2001) sind bislang kaum untersucht worden (vgl. aber *Bakan* 1964), obgleich bekannt ist, dass *Freud* der Loge B'nai B'rith (תִּירְב יוֹב, „Söhne des Bundes“) des Israelitischen Humanitätsvereins „Wien“ seit dem 29. September 1887 bis zu seinem Lebensende angehörte und 21-mal vor ihr sprach. Untersuchungen zu Struktur analogien für das Verstehen *geschlossener* ideologischer Bewegungen können erhellend sein (*Wittenberger* 2006; vgl. auch *Daecke* 2006, 2007 für den New-Age-, New-Era-Kontext) – und Psychotherapieverfahren tendieren dazu, zu ideologischen Bewegungen zu werden, besonders wenn sie keinen oder nur einen schwachen Anschluss an empirische Wissenschaft und kritische philosophische Communities haben. Hier soll nur kurz auf zwei Diskurse verwiesen werden.

1.1.1 Die kryptoreligiöse Tradition – Kabbalistisch-chassidistische Einflusslinien

Die Rolle des Judentums (*Cohn-Sherbock* 2000) in den Konzeptualisierungen *Freuds* ist in der psychoanalytischen Literatur immer wieder angesprochen, aber niemals systematisch und umfänglich bearbeitet worden, obwohl die Thematik insgesamt höchst relevant ist und die Rolle und Bedeutung des Judentums für die Psychoanalyse differenziert aufgearbeitet werden müsste, sieht man auf die Einflüsse, die die Traditionen jüdischer Theologie und Mystik (*Grötzing* 2005) auf jüdische psychoanalytische Denker ausgeübt hat (*Kaucic* 1989), insbesondere die *Kabbala* (הלְבָקָה, hebr. „Überlieferung“, *Sholem* 1980) und der Chassidismus (מִיִּדִיסָה, *Chassidim* der „Fromme“, *Dubnow* 1931), sowie die kontrastierende jüdische Aufklärung, die *Haskala* (הַלְכֶשָׁה, *Schulte* 2002), welche mit ihren Anhängern, den Maskilim, die die volle Emanzipation und Integration der Juden in das Bürgertum vertraten und mit *Moses Mendelssohn* (* 1729, † 1786) einen bedeutenden Protagonisten hatten – *Lessing* setzte ihm mit seinem *Nathan* ein unübergebares Denkmal.

In diesem Spannungsfeld standen viele jüdischen Anhänger der Psychoanalyse: es seien hier nur exemplarisch *Erich Fromm*, *Georg Langer* oder *Manes Sperber* und *Erich Neumann* genannt für ein Spektrum an Positionen zwischen Freudomarxismus, psychoanalytischer Literatur (ein wenig beachtetes und doch wichtiges Genre) und Jungianischer Weltdeutung, bei denen sich diese Einflüsse finden. Auf diese Zusammenhänge können hier nur knappe Hinweise gegeben werden, die dazu dienen, die Aufmerksamkeit auf die Geschichte des Denkens in *mehrgenerationaler* Ausrichtung zu lenken, wie sie sich in jeder individuellen Lebensgeschichte finden, die natürlich in Zeitgeist und kollektivhistorische Strömungen eingelassen sind

Petzold, H.G., 1989f. Zeitgeist als Sozialisationsklima - zu übergreifenden Einflüssen auf die individuelle Biographie. Gestalt und Integration 2, 140-150.

Unser Denken, Fühlen und Wollen ist nicht geschichtslos und diese Geschichte als „social inheritance“ – allein schon über die Sprachsozialisation subtil und breit greifend vermittelt – sollte in Lehrtherapien nicht fehlen, die damit auch

zeitgeschichtliche Kontexte und ihre Einflüsse über zwei, drei Generationen in den Blick nehmen sollten, und sei es nur im Sinne einer Sensibilisierung für diese Thematik.

Freud vermerkt, dass sein Vater *Jakob* – in Tysmenitz in Galizien (Ukraine), einem Zentrum der jüdischen Gelehrsamkeit mit einer Jeschiwa (Talmud-Hochschule) aufgewachsen – die ersten 20 Jahre seines Lebens unter dem Einfluss des Chassidismus verbracht habe. Als Reisehändler ist er aber wohl auch mit dem aufgeklärten Judentum der Haskalah in Kontakt gekommen. Wir wissen aus den Dokumenten von *Freuds* Selbstanalyse und seinen Lebenszeugnissen, wie bedeutsam und vielschichtig die Beziehung zu seinem Vater *Jakob* war (*Krüll* 1992; *Masson* 1984). Das wird auch durch *Freuds* Vorliebe für die Geschichte von *Jakob* und seinen Söhnen illustriert. „Mit Josef, dem liebsten Sohn Jakobs hat sich Freud immer identifiziert. Wie Josef war er seinem Vater 'im Alter' geboren worden; wie Josef war er ehrlich und gescheit; wie Josef wurde er ein Traumdeuter“ (*Krüll* 1983). Den Tod des Vaters bezeichnete *Freud* als das „wichtigste Ereignis im Lebens eines Mannes“ und nach dem Tod seines Vaters [1896 mit 81 Jahren] musste er durch eine schwere Krise gehen, bis er selbst die „Rolle des Vaters“, nämlich als Urheber der psychoanalytischen Bewegung, übernehmen konnte, eine Rolle, die er in seinem wissenschaftlichen Selbstverständnis sein Leben lang beansprucht und wahrgenommen hat. *Sigmund Freud* wuchs in dem erwähnten Spannungsfeld des Nachhalls von jüdischer Orthodoxie und des Strebens nach Liberalität auf, wie es für viele Juden seiner Generation charakteristisch war. Die diskursanalytische Historiographie *Foucaults* hat uns gezeigt, wie sich in solchen Milieus des scheinbar Neuen, die alten Diskurse verdeckt fortschreiben (*Bublitz et al.* 1999; *Petzold, Orth* 1999a). Weshalb wir in der Integrativen Therapie unsere eigenen Herkunftsdiskurse immer wieder ideengeschichtlich reflektiert haben und reflektieren (*Petzold* 2002h, p; *Petzold, Orth* 2004; *Petzold, Sieper* 1977; *Sieper, Orth, Schuch* 2007; *Sieper, Petzold* 2002), die Quellen unseres Denkens offen legen (vgl. unsere Zitierpraxis, idem 2007h), Ideologien als solche kennzeichnen. *Levinas* und *Ricœur* sahen wir immer als bewundernswerte Beispiele für eine klare Trennung von philosophischem und theologischem Werk (*Haessig, Petzold* 2005; *Petzold* 2005p).

Wir wissen heute um die immense – man kann durchaus sagen existentielle – Bedeutung, die das Thema Religion im Werk von *Freud* in offener und verdeckter Form hatte. Seine späte Moses-Monographie macht das in eindrücklicher Weise deutlich. In der so genannten „Psychoszene“ besteht bis heute eine starke Tendenz zu neoreligiösen und magischen Praktiken (*Goldner* 1999; *Petzold, Orth* 1999, 2004; *Daecke* 2006, 2007), als New Age Ideologie oder „Spiritualität“ transportiert, mit Tarot und Astrologie in der Praxis vermischt. Aus integrativer, diskursanalytischer Sicht lehnen wir das im professionellen Kontext ab, was nicht heißt, das wir persönliche Religiösität und Glaubenshaltungen (wozu auch ein „bekennter Atheismus“ zu zählen ist, vgl. derzeit *Dawkins, Dennet* und *Harris* oder mit anderer Qualität *Habermas* 2005) nicht respektieren. Das gilt für uns auch für Formen der Seelsorge im privaten Bereich, allerdings als religiöse Seelsorge und nicht in Form der Psychotherapie als Seelsorge (*Petzold* 2005), wie es *Freud* mit der Idee der „säkularen Seelsorge“ vertrat. Wir stimmen *Grawe* (et al. 2004) vollauf zu, wenn er meint, dass es in den Psychotherapieschulen heute vielfach noch darum gehe, von der „Konfession zur Profession“ zu gelangen.

Analogien von Psychotherapieschulen und -formen zu religiösen Konzepten und Institutionen sind keine Evidenzen, dazu müssen sie natürlich möglichst zu faktischen Verbindungen substantiiert werden, dessen sind wir uns wohl bewusst. Es ist nicht Ziel dieser Arbeit, solche Evidenzen zu erarbeiten – eine Aufgabe von

(möglichst schulenunabhängigen) HistorikerInnen und SoziologInnen (ein beeindruckendes Beispiel für solche Arbeit liefert die Arbeit der Soziologin *Karin Daecke* 2006, 2007). Es sei hier allein auf einige „*striking analogies*“ verwiesen, die genügend Evidenztendenzen mobilisieren können, um einen „*produktiven Zweifel*“ gegenüber psychotherapeutischen Traditionen in Gang zu setzen.

In *Freuds* Psychoanalyse verdient u. a. Folgendes Zweifel: Die dominante, „patriarchalische“ Rolle des Mannes, die fehlende Theorie einer psychosexuellen Entwicklung der Frau, die Attribuierung der Urangst an den Geburtsvorgang – eine Männerphantasie, bei *Rank* zum Geburtstrauma verdichtet als eine Fortschreibung des Erbsündenmythos (wobei hingegen die Beschneidung des Mannes von *Freud* nie theorierelevant verarbeitet wurde. Sie scheint sich indes in seinem Kastrationstheorem zu zeigen, vgl. *Petzold, Orth* 1999a 98). – All das verweist auf kryptoreligiöse Einflusslinien. Auch die sich eher als talmudischen Reinheitsgeboten entlehnt lesende Entwicklungslehre (oral, anal, urethral) oder die Lehre vom „Unbewussten“ können an diese Traditionslinie rückgebunden werden. Natürlich gab es in der psychiatrischen Theorie des 19. Jahrhunderts (u.a. differenziert bei *Carus, Hartmann, Janet*) oder bei den Philosophen *Schelling, Schopenhauer* und *Nietzsche* ausgearbeitete Theorien des Unbewussten (*Ellenberger* 1985), die *Freud* zweifelsfrei bekannt waren, auch wenn er auf sie nicht verweist, um eine Entdeckerpriorität zu reklamieren, aber es kann ein Bezug zum Unbewussten auch noch in einer kabbalistisch-chassidistischen Tradition verortet werden:

In der Kabbala ist die „Nuss“ – mit sichtbarer Schale und unsichtbarem Kern ein umfassendes Bild für Gott, Schöpfung und Thora, für die Wirklichkeit mit ihrer mystischen Natur, die sich *latent* unter der *manifesten* äußeren Schale verbirgt (bei *Freud* haben wir dann den latenten und manifesten Trauminhalt). Die Suche nach dem Verborgenen bestimmen Kabbala und Chassidismus, der dem exoterischen den esoterischen Schriftsinn entreißen will. Er ist bemüht, die Nuss mit der geheimen göttliche Botschaft der Thora zu knacken. Im Sohar (Hauptwerk der Kabbala, im Hauptteil von *Moses Ben Schem Tov de Leon* [† 1305] verfasst) heißt es in einem mystischen Midrasch zum Buch Ruth über das Hohelied 6, 11: „*Die Worte der Thora werden mit einer Nuss verglichen. Wie ist das zu verstehen? Genau wie die Nuss eine äußere Schale und einen inneren Kern hat, so enthält auch jedes Wort der Thora ein äußeres Faktum, Midrasch, Haggada und Geheimnis (Sod), wobei jedes einen tieferen Sinn vorstellt als das Vorangehende.*“ Dieser Sinn wird sprachlich gefasst, wie auch die Schöpfung und Offenbarung **durch das Wort** als „Sprachhandlung“ geschah. Die praktische Kabbala wollte dann konsequent die Wirklichkeit durch sprachliche Formeln beeinflussen. So auch der Weg des *Sigmund Freud* und seiner Psychoanalyse: „Worte, Worte nichts als Worte, wie Prinz Hamlet sagt“ – das sei der Heilungsweg der Analyse, wie er betonte.

Die rabbinischen Literatur berichtet von den „früheren Frommen“, den Chassidim, die gleichsam als Vorbilder der Lebensführung in den kollektiven Mentalisierungsprozessen des Judentums zur Zeit *Freuds* lebendig waren. Sie gelten als Wundertäter, Heiler, Medizinmänner. Ihre Geschichten werden erzählt wie die des Regenmachers *Choni Hamagel* und des Gesundheitsbeters/Heilers *Rabbi Chanina ben Dossa*. In der osteuropäischen, um 1735 von *Baal Schem Tov* in Polen und der Ukraine (dem Herkunftsgebiet der Familie von *Freuds* Vater) gegründeten chassidistischen Bewegungen sammelten sich die *Chassidim* um ihren „Rebbe“ (jiddisch Rabbi), der als „Zadik“ („Gerechter, Bewahrter“), als geistiger Führer spirituelle Belehrung, Rat, Lebenshilfe, zuweilen Heilung bot – oftmals in Form von Erzählungen und Gleichnissen – und seine Lehre an seine Schüler weitergab. *Rabbi Nachman von Bratslav*, Urenkel des *Banal Schem Tow*, ist als Gründer einer eigenen

chassidischen Richtung, des *Bratslaver Chassidismus*, besonders durch *Buber* (2000) auch im Westen berühmt gewordenen Beispiel für einen Zaddik, der eine Lehre mit umfassenden Erklärungsanspruch entwickelte. Erwähnt sei Idee, dass Göttlichkeit überall, auch im Bösen (vgl. *Freuds* Todestrieb im Lebendigen), enthalten ist. Spezifisch ist auch die Doktrin, *Zweifel* an der Existenz des Schöpfers zu erwecken (vgl. *Freud* als ein Vertreter der Ideologien des „Verdachts“, wie *Ricœur* 1965 aufzeigte). Obwohl der Mensch tief in die Abgründe des Zweifels geraten kann, liegt genau darin aber seine Rettung: „Und das Sinken geschieht um des Steigens willen“, wie *Nachman* lehrte.

Es ist davon auszugehen, dass bei *Freud* und bei vielen jüdischen Psychoanalytikern der ersten und zweiten Generation die Ideen des Chassidismus Teil ihrer „kollektiven mentalen Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b) waren. *Freud* ist von einem immensen Sendungsbewusstsein bestimmt, sein Werk und seine Lebensdokumente bezeugen das eindrücklich. Er entwickelt eine Lehre mit umfassenden Erklärungsanspruch, gruppierte Schüler um sich (beginnend mit der Mittwochsgesellschaft), die ihm die von ihm selbst auch beanspruchte letztendliche Deutungsmacht zuschrieben (wer sie nicht akzeptierte geriet in die Dissidenz). Sie reisten zu ihm, um sich analysieren zu lassen, wie die Chassidim zum *Zaddik* zu reisen verpflichtet waren, mit ihm seelsorgerliche Gespräche führten und Weisungen für ihr Leben erhielten, denn für den Chassiden „das Wichtigste ist, was er aus dem Munde des Zaddik hört“. *Freud* sah die Psychoanalytiker als eine Elite (und sie verstanden sich selbst so – z. T. bis heute). Er traute der herkömmlichen Medizin und dem einfachen Volk eine Befreiung von den Neurosen nicht zu, ähnlich wie Erlösungsarbeit im Chassidismus nicht jedermann zugetraut wird, sondern Aufgabe religiöser Spezialisten, der Zaddikim ist, die sie für die gewöhnlichen Chassidim übernehmen.

„Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker wieder eine Stelle finden. Aber wie immer sich auch diese *Psychotherapien fürs Volk* gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiss die bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind“ (Wege der psychoanalytischen Therapie, 1919, Studienausgabe, Ergänzungsband 1982, S. 249, unsere Hervorhebungen).

Um solche Erlösungs- und Heilungsarbeit zu machen, muss man aber selbst ein Zaddik, ein Bewährter, geworden sein, die Lehre verstanden haben und praktizieren. *Freud* meinte in ähnlicher Weise dass es,

„überhaupt so schwer ist, dem, der nicht selbst Psychoanalytiker ist, einen Einblick in die Psychoanalyse zu geben. Sie können mir glauben, dass wir nicht gern den Anschein erwecken, als seien wir Geheimbündler und betreiben eine Geheimwissenschaft. Und doch mussten wir erkennen und als unsere Überzeugung verkünden, dass niemand *das Recht hat, in die Psychoanalyse dreinzureden*, wenn er sich nicht bestimmte Erfahrungen erworben hat, die man nur durch eine Analyse an seiner eigenen Person erwerben kann“ (Vorlesungen, Neue Folge 31, Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit, 1933, StA, S. 507).

Ideologische (religiöse, politische etc.) Gemeinschaften haben die Tendenz, sich um (meist männliche) Leitfiguren zu gruppieren. Die christliche Tradition der Konfessionen, Orden und der verschiedenen religiösen Wege – bis hin zu dem, was man zumeist diskriminierend als Dissidenten oder Sekten bezeichnet – dokumentiert das hinlänglich, die jüdische nicht minder. Da Juden und Christen in der Regel auch sich überlappende Kulturräume teilten, sind wechselseitige Beeinflussungen

anzunehmen und nachzuweisen – so zwischen den chassidischen Aschkenasim im Deutschland des 12. und 13. Jahrhunderts, deren Lehre ihren Niederschlag „Sefer Chassidim“, im volkstümlichen „Buch der Frommen“, hat und die mit der christlichen Mystik und Askese dieser Zeit wetteiferten. Auch *Freud* erlebte diesen Doppelleinfluss der Kulturräume etwa durch sein heiß geliebtes katholisches Kindermädchen.

„Diese Kinderfrau war Tschechin und katholisch. Sie hatte den kleinen Jungen sehr beeindruckt. Es scheint so, als sei sie ihm in mancher Beziehung wichtiger gewesen als die Mutter. Zum mindesten sind Freuds Träume, von denen wir wissen, voll von Bildern, in denen die Kinderfrau als mütterliche Gestalt vorkommt, während Amalie kaum in Erscheinung tritt. Die Kinderfrau war jemand von der 'anderen Seite', sie war anders als die Eltern, sprach eine andere Sprache, ging in eine Kirche, in die sie ihn mitnahm. Außerdem war sie 'seine Lehrerin in sexuellen Dingen', wie er in einem Brief an Fließ schreibt (*Krüll* 1983).

Sie vermittelte ihm einen anderen Diskurs über Sünde, Schuld, den Teufel, die Beichte, die Erlösung, den christlichen. Auch dieser hat in der Psychoanalyse Niederschlag gefunden.

1.1.2 Die kryptoreligiöse Tradition – monastisch-ekklesiale Einflusslinien

Freud hatte sein Verfahren bekanntlich als „säkularisierte Seelsorge“ gesehen, die Psychoanalytiker als „Stand von weltlichen Seelsorgern, die Ärzte nicht zu sein brauchen und Priester nicht sein dürfen“ (*Freud/Pfister* 1980, 136, Hervorhebung im Original). *Hans Sachs* wurde 1920 von Wien kommend als Lehranalytiker im Berliner Institut tätig und verglich die psychoanalytische Ausbildung dem „Noviziat der Mönchsorden“ (*Sachs* 1979, 53): „Wie man sieht, braucht die Analyse etwas, was dem Noviziat der Kirche entspricht“ (*Sachs* 1930, 53), eine Praxis, in der „der Analysand zur Befreiung und Vollendung seines Wesens erzogen werde“ (*Freud* 1919a, 190). Lehrtherapeuten hatte in der Strukturlogik eines solchen ekklesialen Modells die Rolle von Presbytern oder gar von Episkopoi, in jedem Fall wurden sie eine „Kaste der Lehranalytiker als Oberschicht“ (*Schindler* 1994, 32).

Es sind viele Momente, die in der Psychoanalyse auf diese monastisch-ekklesiale Tradition verweisen. Die Therapeuten kommen als Heilssuchende zur Analyse, etwa zur Mittwochsgesellschaft, durchaus selbst belastet und „von Konflikten zerrissen. Von unseren Analysen haben wir gelernt, dass man zum Zwecke der Verarbeitung innerer Konflikte allererst ihre Quellen bloßlegen muss, um zu einem Konfliktverständnis zu gelangen“ (*Nunberg, Federn* 1976, XXIII). Wir haben hier ein beichtähnliches Setting. *Freud* verweist immer wieder auf die Analogie Analyse/Beichte. „Und tatsächlich erörtern sie bei den Zusammenkünften der Vereinigung nicht nur die Probleme anderer, sondern auch ihre eigenen Schwierigkeiten; sie enthüllen ihre inneren Konflikte, bekannten ihre Onanie, brachten Phantasie und Erinnerungen, die Eltern, Freunde, Gattinnen und Kinder betrafen“ (*ibid.*). Und *Nunbergs* Konklusion ist sicher zutreffend: „So darf man wohl ohne Bedenken annehmen, dass das Bedürfnis dieser Männer ihre Mitmenschen zu verstehen und zu heilen , größtenteils ihre eigene Hilfsbedürftigkeit widerspiegelte“ (*ibid.*). Aber die Gruppe am Mittwochabend genügte nicht. Es wird die Notwendigkeit der intensiven Beziehung, der „Attachierung an den Arzt“ unter Bedingungen strenger Regeln von *Freud* als Notwendigkeit gesehen, um die Neurose zu überwinden. In Krankenbehandlung und Lehranalyse wird vom Neurotiker verlangt:

„volle Aufrichtigkeit gegen strenge Diskretion. Das macht den Eindruck, als streben wir nur die Stellung eines weltlichen Beichtvaters an. Aber der Unterschied ist groß, denn wir wollen von ihm nicht nur hören, was er weiß und vor anderen verbirgt, sondern er soll uns auch erzählen, was er nicht weiß“ (*Freud, Die psychoanalytische Technik*, 1940, StA S. 413).

Unter diskursanalytischer Betrachtung wird hier der **Diskurs** der *Pastoralmacht* (*Foucault*), die Unterwerfung des Subjekts unter das göttliche/kirchliche Gesetz, in der Analyse noch perfektioniert. Der Patient wird darauf geeicht, seiner Reflexivität zu misstrauen.

„Wir verpflichten ihn auf die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine *Selbstkritik* auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewusste zu *erraten* und *durch unsere Mitteilung* die Kenntnis seines Ich von *seinem* Unbewussten zu erweitern“ (ebenda, S. 413, unsere Hervorhebungen).

Freuds Argumentation ist hier in großen erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten: Der Patient gewinnt Erkenntnisse, die nichts als Mutmaßungen seines Analytikers über sein Unbewusstes sind, dessen Wahrheitsgehalt immer offen bleiben muss und deren Wirkungen in der Tat nur auf die „suggestive Bindung“ an die Person des Analytikers (ebenda, S. 281) zu erklären ist. Was der Patient nicht weiß, bleibt *unbewusst*, was ihm bewusst wird, ist das Resultat der Deutung des Therapeuten, ist dessen *Kerygma*, Offenbarung und Verkündigung. Und so bleibt es bei der von *Freud* dem unparteiischen Zuhörer in den Mund gelegten Feststellung:

„Das ist ja das Prinzip der Beichte, dessen sich die katholische Kirche seit jeher zur Versicherung ihrer Herrschaft über die Gemüter bedient hat. ‘Ja und nein’, müssen wir antworten. Die Beichte geht wohl in die Analyse ein, als ihre Einleitung gleichsam. Aber weit davon entfernt, dass sie das Wesen der Analyse träge oder ihre Wirkung erkläre“ (*Freud*, Die Frage der Laienanalyse 1926, StA S. 280f).

Es wird hier wieder das Argument der Erforschung des Unbewussten gebracht, ohne dass gesehen wird, dass es um eine „*Verkopplung*“ der *Beichte* und der durch sie gesicherten *Pastoralmacht* geht. Wird im diskursarmen Raum des kirchlichen Beichtstuhls der Mensch auf *bewusste* Verfehlungen gegen die auferlegten Regeln ekklesialer *Macht* geprüft und mit Buße und Sühneleistungen diszipliniert, so wird durch die noch radikalere Verhinderung des Diskurses in der traditionellen Psychoanalyse durch die Deutungshoheit – nur der Analytiker kann ja das Unbewusste erraten und offen legen – das neue „Wissen“ der Psychoanalyse ohne Hinterfragungsmöglichkeiten der kritischen Vernunft dem Bewusstsein als Ideologie implementiert (*Dauk* 1989). Jedenfalls ist dies durch Verpflichtung zur *Abstinenz von Kritik* für den Behandelten in der *Grundregel* intendiert, aber auch die Behandler/Analytiker werden zur *Abstinenz* verpflichtet. Das Herkommen dieses Konzeptes wird kaum betrachtet. Es hat nicht etwa Anschluss an ethiktheoretische Diskurse in der Philosophie und Medizin – etwa an das *nil nocere* des *Hippokrates* oder den Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ von *Levinas* (1981) oder die Intersubjektivitätsverpflichtung und Achtung von „Würde des Menschen“ bei *Marcel* (1956, 1967) –, wie man vermuten sollte, sondern rekuriert auf moraltheologische Kategorien. *Abstinenz* ist eine Unterart der Kardinaltugend der *Mäßigung* (*σωφροσύνη*, *temperantia*, *Thomas von Aquin*, Summa theol. 2.2.q. 146 a. 2). Sie erfordert Disziplinierung, Selbstdisziplin, um die *Begierde* nach Essen, nach Sexualität (deshalb Keuschheit), nach Hochmut und Macht (deshalb Demut und Gehorsam), die Gier nach Neuem (deshalb *studiositas*, Fleißesmühen zur Zügelung der Neugier) zu bändigen. Der *Freudsche Diskurs* (*Foucault*) steht mit der Abstinenzforderung klar im **Diskurs** ekklesialer *Pastoralmacht*. Das machen *Freuds* behandlingstechnische Schriften - und nicht nur diese - deutlich, ja sie verbinden über die *Abstinenz*, welche Patient und Therapeut üben müssen, *Medizinalmacht* und *Pastoralmacht*. Es geht um *Reinigung* und Läuterung. Psychoanalyse und viele Formen der Psychotherapie haben in so manchen ihrer Annahmen und Praktiken

eine höchst problematische (weil von vielen Therapeuten nicht erkannte) Nähe zu religiösen *Läuterungswegen*, wie wir sie bei *Plotin* und in der christlichen Askese finden, um persönliche, sittliche und religiöse Vollendung zu gelangen (*Pförtner* 1958; *Trouillard* 1995; *Zimmermann* 1932).

Perls (1969) stellt kryptisch "Gestalt Therapy Verbatim" voran: „To suffer one's death and to be reborn is not easy!“. Mit Bezug auf „gewisse mystische Praktiken“ konzidiert *Freud*: „Immerhin wollen wir zugeben, dass die therapeutischen Bemühungen der Psychoanalyse sich einen ähnlichen Angriffspunkt gewählt haben“ (Vorlesungen, Neue Folge, 1933, StA, Bd.I, 1969, 516). Die "Reinigung" bzw. „Läuterung“ betrifft nicht nur den Patienten, weil "jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als es seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände gestatten" (*Freud*, S., Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie, 1910, StA, S. 126). Die "Selbstanalyse" muss "verlangt" werden (ebenda), und man muss die "Forderung aufstellen, dass er [der Psychoanalytiker sc.] sich einer *psychoanalytischen Purifizierung* unterzogen habe" (*Freud*, Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, 1912, StA S. 176, unsere Hervorhebung). Lohn einer solchen Reinigung sind "Selbsterkenntnis und Steigerung der Selbstbeherrschung" (ebenda, S. 127), "Gewinne aus der *dauernden seelischen Beziehung* ... die sich zwischen dem Analysierten und seinem *Einführenden* herzustellen pflegt" (ebenda, unsere Hervorhebungen). Wer die "Eigenanalyse verschmäht" wird "durch Unfähigkeit bestraft", gerät in "Gefahr", wird die "psychoanalytische Methode in Mißkredit bringen" (alles ebenda). Der kryptoreligiöse **Diskurs** (*Foucault*) ekklesialer Pastoralmacht ist hier unüberhörbar und klingt durch bis in *Freuds* bedeutende Spätschrift "Die endliche und die unendliche Analyse" (1937, Abschnitt VII).

1.2 Konsequenzen für Lehrtherapien und Selbsterfahrung – Integrative Positionen

Es ist unbezweifelbar, dass Selbsterkenntnis, so lange es einen erkenntnisfähigen Geist, ein arbeitendes Gehirn gibt, also **über die Lebensspanne hin im „Spiel des Lebens“**, kein Ende hat und das Selbst in Selbstreflexivität problematisierende, analytische Erkenntnisarbeit leisten kann, bis es erlischt: **unendliche bzw. lebenslange Analyse**. *Freud* steht hier in der Tradition abendländischer Geistesgeschichte mit ihrem problematisierenden Erkenntniszugang. Wir lassen indes *Perls* (1969) ergänzen: „*there is no end to integration*“, **lebenslange Integrationsarbeit**, was eine andere Perspektive, einen anderen Akzent einbringt und die menschliche Geistesarbeit als Integrationsarbeit kennzeichnet. Das dokumentiert die Ideengeschichte der Menschheit. Das integrativtherapeutische Konzept greift noch weiter, trägt noch eine weitere Dimension bei, denn sie sieht im Unterschied zu *Freud* nicht nur die Analyse und zu *Perls* nicht nur die Integration, sondern sie begreift das Menschenleben als **WEG der Erfahrung, der Erkenntnis, der Gestaltung, der Sinnschöpfung**, wobei zu vermerken ist, dass das Sinnthema in der Mehrzahl der Psychotherapieverfahren völlig vernachlässigt worden ist (*Petzold, Orth* 2004b, 2005a). In der Integrative Therapie wird *Freud* und *Perls* mit der herakliteschen Formulierung: „*there is no end to creation*“ (*Petzold* 1973a) ergänzt. Sie sieht die Möglichkeit **lebenslange Kreation und Sinnstiftung** bis zum letzten Erkenntnisakt (idem 1982g), und Erkenntnis ist stets ein kreativer Akt. Die Geschichte der Kunst und Wissenschaft bei allen Völkern ist hierfür Beleg.

Damit wird der Diskurs der *Selbsterfahrung, Selbsterkenntnis, sinnstiftender Selbst-, Lebens- und Weltgestaltung* – sei er nun therapeutischer oder persönlichkeitsbildender Art – als **Differenzierung/Analyse, Integration** und

Kreation erkennbar, in der das „Selbst Künstler und Kunstwerk“ (*Petzold* 1999q) wird und die Welt zum „potential space“ (*Winicott*), zum Gestaltungsraum für die menschliche *Poiesis und Sinnkonstitution*, wie Kerntexte des Integrativen Ansatzes zeigen.

Petzold, H.G., 1982g. Theater - oder das Spiel des Lebens, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004

Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Jeder gelingende therapeutische Prozess, jede gelingende Selbsterfahrung ist *Analyse bzw. Differenzierung* von Wirklichkeit, schafft damit Möglichkeiten der *Integration bzw. Synthesebildung* (*Sieper* 1996, *Orth* 1993), womit ein schöpferisches Potential zur *Kreation bzw. Kokreation von Neuem* freigesetzt wird. Das kennzeichnet das Schöpferische des Menschen, seine „*poiesis*“ als Individuum und Kollektiv.

Orth, I., Petzold, H.G., 1993c. Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: *Petzold, Sieper* (1993a) 93-116.

Das Leben und nicht zuletzt das selbstbestimmte Sterben des *Sigmund Freud* – er ließ sich, hochbetagt und von seiner langjährigen Krebserkrankung gezeichnet, von seinem Arzt, *Max Schur*, in aktiver Sterbehilfe eine Überdosis Morphin spritzen – ist ein Dokument eines solchen Prozesses lebenslanger Arbeit an sich selbst und lebenslanger, kreativer Produktivität (*Schur* 1982). *Freud* war dabei über sein Leben hin mit seiner Psychoanalyse um die kritische Praxis der Selbstreflexion bemüht – nicht nur als Therapiemethode, sondern auch als Erkenntnisweg, das sei unterstrichen! Darin ist und bleibt der „Vater der Psychoanalyse“ unbezweifelbar groß, neben anderen Grossen:

Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

Leitner, A., Petzold, H. G. (2008): Sigmund Freud heute Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Krammer Verlag (in Vorber.)

Er begründete die Psychoanalyse als Instrument kritischen Erkenntnisgewinns und steht damit in der Tradition griechisch-abendländischer Geistesgeschichte der Suche, des Zweifels, der problematisierenden Prüfung (z. B. *Sokrates, Demokrit*). Das ist auch notwendig, denn „Wenn man sein Innerstes öffnet, findet man einen reichen Vorrat an bösen Impulsen verschiedenster Art und viele schlimme Leidenschaften“ (*Demokrit*, Fragment 149). *Freud* wusste das auch und thematisierte das parrhesiastisch. Die antiken Autoren entwickelten aus dieser Einsicht Ethiken, Theorien und Praxen der Kultivierung von „Tugenden“, ein Konzept, das *Freud* und der psychoanalytische Diskurs nicht aufgegriffen hatte. Aber in der komplexen menschlichen Natur muss – in aller Bewusstheit für ihre Schattenseiten – auch das Moment der schöpferischen Lösungsfindung, des ethischen Strebens und der *Poiesis* betont werden – z. B. *Demokrit, Plato, Aristoteles* die großen Ethiker und die großen Dramatiker und bildenden Künstler der griechischen Antike, Anstoß für

unsere Wege der Arbeit mit kreativen Medien, menschliche Aktivitäten, die im ewigen Fluss des *Heraklit* weiter fließen (vgl. *Petzold, Sieper* 1988b, 1900b, *Petzold, Orth* 1990a, 2007).

Freud begründete die Psychoanalyse aber auch als Institution, und solche stehen immer in der Gefahr, ein Machtspiel zu werden. Das gilt für **jedes institutionalisierte Psychotherapieverfahren**. Sie bedürfen deshalb der institutionalisierten Selbstreflexion: auf der Ebene der Scientific Community als Verfahren und auf der Ebene des einzelnen Praktizierenden. *Freud* stand in Machtspielen, legte Machtspiele offen, spielte Machtspiele. Er destruierte Mythen und begründete einen Mythos, den der Psychoanalyse und den des *Sigmund Freud*. Das zu sehen und zu dekonstruieren, ermöglichen uns die Instrumente kritischer Wirklichkeitsanalyse (z. B. *Husserls* Reduktion, *Hegels* Dialektik, *Foucaults* Diskursanalyse, *Derridas* Dekonstruktion, *Petzolds* metahermeneutische Mehrebenenreflexion usw.), zu denen *Freuds* „Weg“ *selbstreflexiver Erkenntnissuche in Tiefendimensionen – und so ist seine Psychoanalyse im Wesen zu verstehen* – beigetragen hat. Er bekräftigt mit seiner Methode den erkenntniskritischen Weg des abendländischen Geistes und bereichert ihn mit seinem Ansatz und seinen Werkzeugen, Machtdiskurse und Mythen zu erkennen und zu desillusionieren. Dieser Ansatz muss auf ihn selbst und auf seine Methode angewandt werden, eine Aufgabe, die sich den nachfolgenden Generationen der PsychoanalytikerInnen und der PsychotherapeutInnen stellt, ja, die eigenen Mythen und Machtspiele und ihr Herkommen (*Foucault* 1978) in den Blick zu nehmen, stellt sich der „community of psychotherapists“ insgesamt, jeder „Schule“, jedem Verfahren und jedem Psychotherapeuten und jedem, der durch eine Selbsterfahrungstherapie geht.

1.2.1 Der philosophische Diskurs der Selbstentwicklung und Selbstfreundschaft

Es kommt in diesem Kontext natürlich auch die Frage auf, welches *Ziel* eine „unendliche Analyse“ oder – in integrativer Formulierung – ein „lebenslanger WEG erkennender und gestaltender Auseinandersetzung mit sich selbst und mit den Weltbedingungen“ hat (*Petzold, Orth* 2004b)? Diese Frage kann tentativ wie folgt beantwortet werden: Die Analyse bzw. „der WEG selbst ist das Ziel“ – im Sinne der alten daoistischen Weisheit. Auf diesem *Wege*, den wir zu einer „Philosophie des Weges“ von „**Differenzierung, Integration und Kreation**“ ausgearbeitet haben (*Petzold, Orth* 2004b; *Petzold* 1984a, 2005 r, t, 2006b, u, *Sieper et al.* 2007), werden immer wieder „Ziele auf Zeit“ gesetzt, wird beständig „Sinn geschöpft“ und werden „Positionen auf Zeit“ gewonnen, von jedem, in seiner ganz persönlichen und einzigartigen Weise. Und wo es *letzte Ziele* und ein *letztes Erreichen*, vielleicht *letzten Sinn* gibt (*Petzold* 1982g, 67, 69) ... bleibt es ein persönliches Geschehen, ein persönlicher Sinn – zuweilen kann geteilt werden ...

Die im Voranstehenden kurz aufgezeigten historischen und geistes- bzw. ideologiegeschichtlichen (kryptoreligiösen) Einflusslinien und die exemplarisch gebotenen Materialien (sie ließen sich leicht vermehren) machen deutlich: es geht wohl um mehr als um Analogien mit religiösen ideologischen Bewegungen, es geht um *Strukturmomente*, die allen psychotherapeutischen Ausbildungssystemen, weil sie in Traditionen stehen, inhärieren – auch verhaltenstherapeutischen, weshalb wir *Grawe* (1998 und 2004) nicht zustimmen können, dass man die alten Systeme ad acta legen solle, weil sie zu fehlerhaft seien und Psychotherapie gänzlich neu konzipieren müsse. Nein, man muss die alten Systeme untersuchen: um Gutes zu finden und zu bewahren und Problematisches zu erkennen und seine verdeckt-diskursive Fortschreibung zu verhindern. Sonst werden schwerwiegende Irrtümer

perpetuiert, emanzipationsverhindernde Machtdiskurse fortgeschrieben, bis in die gesetzlichen Regelungen von Psychotherapie und von Therapieausbildung – es lohnt, Psychotherapiegesetze und ihre Durchführungsverordnungen, z. B. die deutschen, auf solche Diskurse und Dispositive zu analysieren, die Ergebnisse sind z. T. bedrückend (vgl. *Petzold, Orth* 1999a, 65).

Die Lehranalyse/Lehrtherapie in Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Humanistischer Therapie, z. B. der Gestalttherapie (*Müller, Müller-Ebert* 1994; in *Frühmann, Petzold* 1994), wurde mit einem solchen Hintergrund zu einem sozialisatorischen Prozess der geistig-seelischen Ausrichtung auf eine *Ideologie*, die der eigenen psychotherapeutischen Schule. Das war auch für die „Pastoralmacht“ mit ihrer Verpflichtung auf den Glauben der Kirche kennzeichnend, was *Foucault* und andere, in seinem Arbeitprogramm stehende AutorInnen (*Dauk* 1989; *Petzold, Orth* 1999) herausgearbeitet haben. Lehrtherapien riskieren in diesem Diskurs zu bleiben, solange dieser Prozess nicht selbst von jedem Kandidaten und seiner Lehrtherapeutin in jeder Lehrtherapie diskursanalytisch (*Foucault*) betrachtet, dekonstruktiv (*Derrida*) untersucht, also einer „metahermeneutischen“ und „mehrebenenreflexiven“ Überprüfung (*Petzold, Orth* 1999a) unterzogen wurde, ein Verfahren, dass wir insbesondere zu diesem Zweck und für die Supervision (*Petzold* 1998a/2007a) entwickelt haben. Zugleich muss man sich aber um eine fundierende **Ethiktheorie** bemühen, denn ohne eine solche, die selbst immer wieder in eine metahermeneutische Reflexion gestellt werden muss, fehlt der normative Boden für erforderliche Bewertungen. Im Integrativen Ansatz wurde gerade in diese Thematik besonders investiert, um eine *theorie- und praxissyntone Ethik* zu entwickeln (*Lachner* 2007; *Petzold* 1978c, 1990n, 2006n; *Moser, Petzold* 2003;). In ihr steht die Integrität von „Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (idem 1978a) zentral, der Freiraum „persönlicher Souveränität“ (*Petzold, Orth* 1998a), eine „engagierte Gemeinwohlorientierung“ (idem 1994c; 2000h), sowie die Verpflichtung, dazwischen zu treten, einzuschreiten, wo Unrecht geschieht (idem 2003d; *Leitner, Petzold* 2005). Es können mit solchen Zielsetzungen natürlich Fragen nach den Hintergründen dieser Positionen aufkommen. Sie sind vielfältig. Bewusst beziehen wir uns auf die humanistischen Traditionen der griechischen und römischen Antike, ihre Konzepte der *Selbstsorge*, der *Lebenskunst* und des *Gemeinsinns* – und das sind Grundqualitäten von **Tugend** –, zum einen, weil es sich hier um einen bis heute bestimmenden Traditionsstrom unserer europäisch-abendländischen Kultur handelt (womit Generalisierungen immer das Problem des Eurozentrismus im Blick haben müssen), wie er sich in unseren Ethikvorstellungen, unseren Demokratieidealen und unserem Rechtssystem findet. Renaissancehumanismus und Aufklärung trugen natürlich unverzichtbare Entwicklungen bei. Zum anderen bietet diese antike Tradition mit ihrer Praxis „philosophischer Seelenführung“ (vgl. die Arbeiten von *Hadot*) als durchaus psychologisch und therapeutisch zu sehende Beratungs- und Begleitungsformen Anschlussmöglichkeiten an die modernen Beratungs- und Behandlungswege, an die Psychotherapie. Bei *Sokrates*, *Seneca*, *Epiktet* u.a. finden wir durchaus eine Systematik therapeutischer Lebenshilfe – es sei an die Kultur der Trostbriefe und Trauerbegleitung erinnert (*Petzold* 2004l) –, die in der modernen „philosophischen Therapeutik“ ein revival erfuhr, u. a., mit den z. T. durch *Nietzsche* angeregten Arbeiten von *Foucault* (1998) zur „Selbstsorge“ und „Selbstfreundschaft“ (idem 1985a), „Selbstfindung“ (idem 1985b, 2005), „emanzipierter Lebenskunst“ (idem 1984b) und „politischen Verantwortung“ (idem 1984d), die in der Bewegung der „philosophischen Praxis“ durch *Petzold* (1971, 1991a; 1999q, 2001m, 2004l, *Kühn, Petzold* 1991), *Marinoff* (2001), *Sautet* (1997), *Schmid* (1999, 2004) u. a. Verbreitung fand und zunehmend Verbreitung findet. Der Integrative Ansatz hat

dieses Moment explizit in seine therapeutische Praxis eingearbeitet (der 1. Band 1991a von „Integrative Therapie“ ist getitelt „Klinische Philosophie“). Mit dieser Orientierung verbunden sind zentrale Fragen etwa nach den Themen *Gerechtigkeit, Tugend, Sinn, Weisheit* als Aufgaben der Selbstentwicklung, wie sie sich beispielhaft bei *Marc Aurel* in seinen Selbstbetrachtungen finden.

Ist man im klinischen, pathogeneseorientierten Strang der Integrativen Therapie auf Heilen, Stützen, Bewältigen (*curing, coping, supporting*) zentriert, spielen im salutogenetisch ausgerichteten Strang und natürlich in den Lehrtherapien die Konzepte der Horizonterweiterung, Förderung und Ermächtigung (*enlargement, enrichment, empowerment*) eine bedeutende Rollen (*Orth, Petzold 1995; idem 2000h*). In Therapien, Selbsterfahrungen, Lehrtherapien sollten die Themen Werte und Tugenden, Sinn und Selbstfreundschaft, Freiheit und Wille nicht fehlen, wenn man zu einem „gelingenden Leben“, zu einer „emanzipierten Lebenskunst“ beitragen will, emanzipiert, weil biographische Determinismen überwunden werden müssen, damit sich **Souveränität** entwickelt und das „Leben ein Meisterstück“ (im Sinne *Montaignes*, vgl. *Jung 2007*) werden kann. Die Lektüre von *Hadot (2001)* und *Schmid (2004)* erscheint uns in diesem Kontext für LehrtherapeutenInnen und Lehrtherapeuten unerlässlich.

„Als 'emanzipierte **Lebenskunst**' wird die Fähigkeit von Menschen gesehen, in reflexiver Weise ihr persönliches Leben in ihrem relevanten soziokulturellen Kontext so zu erfassen und zu verwirklichen, dass sie die eigene Person in ihrer biographischen Gewordenheit und kulturellen Bestimmtheit immer besser verstehen lernen und daraus die Möglichkeit gewonnen wird, die eigenen Bedürfnisse, Interessen, Talente und Anliegen, hinlänglich emanzipiert von biographischen Determinierung und im Austausch mit ihren Mitmenschen zu pflegen und *kokreativ* zu entwickeln, ein 'Lebenskunstwerk' zu gestalten. Ziel solcher **Lebenskunst** ist *Souveränität, Lebensglück, Menschenliebe* und *Zufriedenheit* im Kontext der wichtigen Beziehungen (Familie und Freunde) zu gewinnen und insgesamt zu Sicherheit, Freiheit und Wohlergehen der menschlichen Gemeinschaft beizutragen. Die angemessene Verwirklichung des Interessenausgleichs zwischen Eigenbedürfnissen und Gemeinwohlverpflichtung, zwischen selbstbezogener und gemeinschaftlicher Kreativität ist die wohl komplexeste und anspruchsvollste Aufgabe jeder Lebenskunst“ (*Petzold 1988t*).

1.2.2 Der psychologische Diskurs der Selbsterfahrung und qualitätsorientierten Kompetenz/Perfomanzentwicklung

Will man Freiheitsdiskurse und Emanzipation fördern, gilt es im Bewusstsein zu behalten: Lehrtherapien sind eben nicht *als solche* schon eine Methodologie der „Befreiung zu Neuem“, und sind sie es, so sind sie zugleich eine Methodologie „*konformierender*“, normativer Sozialisation und „kalibrierender“ Identitätsformung. „Die Schüler folgen ihrem Analytiker blind und verstehen seine Lehre als die einzig wahre und richtige. Der Wunsch des Lehranalytikers, bewusst oder unbewusst, der Lehranalysand solle seine Lehre weitergeben, führt zu Unterwerfung. So wird die Lehranalyse zum Indoktrinationsritus“ (*Cremerius 1994, 65*). Hier liegen Probleme, die immer wieder angesehen werden müssen – in jeder Form von (Lehr)therapie: in psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Lehranalysen, die aufgrund ihres Verhaftetseins im Diskurs der Pastoralmacht (*Foucault 1982*) besonders gefährdet sind, aber auch in gestalttherapeutischen und integrativen Lehrtherapien. Zwar sind innerhalb der Psychoanalyse selbst (von *Bernfeld, Balint* über *Cremerius* bis *Pohlen*) die Probleme aufgezeigt, beklagt und mit Beispielen und Schadensberichten dokumentiert worden (vgl. die Beiträge in *Frühmann, Petzold 1994* sowie *Bernfeld 1952; Cremerius 1992; Drigalski 1980; Kaiser 1997; Masson 1991*), allerdings, soweit zu sehen, ohne sonderliche Folgen. In der Humanistischen Psychotherapie ist das Problem noch nicht einmal hinreichend diskutiert. In der Integrativen Therapie indes hat es seit deren Anfängen Beachtung gefunden und zu Theoriearbeit und Forschung geführt. Wenn man Qualität von Psychotherapie in

einem psychologischen Sinn (*Laireiter, Vogel 1998*) entwickeln will, und das ist das erklärte Ziel Integrativer Therapie (*Petzold, Märten 1998; Steffan, Petzold 1999; Leitner 2005*) geht der Behandlungsqualität die Ausbildungsqualität voraus, die solche ja erst ermöglicht. Unsere Arbeit an diesen Themen führten zum ersten Buch zum Thema „Qualitätssicherung in der Ausbildung“ im deutschsprachigen Feld der Psychotherapie:

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995a) (Hrsg.): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.

Es konnte geschrieben werden, weil die Ausbildung von Lehrtherapeuten auf wissenschaftliche, forschungsüberprüfte Grundlagen gestellt worden war:

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995c): Curricular strukturierte Psychotherapieausbildung. Überlegungen zur strukturierten Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz und Performanz. In: *Petzold, Orth, Sieper (1995a)* 12-29.

Verpflichtende Weiterbildung wurde installiert:

Petzold, H.G., Orth, I. (1995c): Weiterbildung von Lehrtherapeuten - ein Muß für die Qualitätssicherung in der Ausbildung von Psychotherapeuten. Konzepte für die Mitarbeiterfortbildung an FPI und EAG. In: *Petzold, Orth, Sieper (1995a)* 30-66.

Petzold, H.G. (1995o): Einführungsbriefe für AusbildungskandidatInnen. In: *Petzold, Orth, Sieper (1995)* 256-267.

Und es wurde und wird dieses alles durch regelmäßige, von Gremien *unter Beteiligung von AusbildungskandidatInnen* überprüfte **Ausbildungsforschung** bzw. **Evaluationsforschung** (*Petzold, Hass, Märten 1998; Petzold, Rainals, Sieper, Leitner 2005*) in den kritischen Blick genommen, wie das die Akademiesatzung der EAG mit ihren Rechten für KandidatInnen und DozentInnen verbrieft, Rechte über die alle informiert werden.

Seit der staatlichen Anerkennung der Integrativen Therapie in Österreich ist die Weiterbildung für Lehrende in diesem Fachspezifikum gesetzlich verpflichtend und muss auch nachweislich insbesondere durch Publikationen dem Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend alle zwei Jahre vorgelegt werden.

Das ist nun keineswegs als ein Freibrief für die Integrative Therapie zu sehen, sondern eine Verpflichtung, die eigene Theorie und Praxis immer wieder in den Blick zu nehmen, Positionen, wo erforderlich, zu revidieren und sie natürlich beständig zu vertiefen und zu entwickeln, denn neue Bedingungen, wie sie die akzelerierten Entwicklungen unserer „*transversalen Moderne*“ (Stichworte: Internationalisierung, Globalisierung, Virtualisierung, Cyberspace, Überalterung, Ökozid) mit sich bringen, machen neue Antworten notwendig, bringen ggf. neue Störungen mit sich, die neue Erklärungen und Behandlungsansätze erfordern oder mit sich bringen (z. B. aus Pharmakologie und High-Tech-Biowissenschaften), was wiederum neue Ausbildungsinhalte notwendig macht.

1.3 Die philosophisch-kritische Tradition des „kultivierten Zweifels“ gestern und heute

Für die Integrative Therapie ist charakteristisch, dass sie in wie vielen Bereichen der Psychotherapie grundsätzliche Themen zum ersten Mal aufgeworfen oder doch in nachhaltiger Weise bearbeitet hat wie mit dem ersten schulenübergreifenden Band zum „Widerstand“ (*Petzold 1981b*), zur Therapie mit Sterbenden und alten Menschen (*Petzold, Bubolz 1979; Spiegel-Rösing, Petzold 1984*), zu „Therapieschäden“ und

„Mythen in der Psychotherapie“ (Petzold, Orth 1999; Märten, Petzold 2002). Hintergrund hierfür ist eine prinzipielle Haltung der „**Problematisierens**“. Foucault (1996) sieht sie als Basisqualität der Tradition des abendländischen, philosophisch-wissenschaftlichen Denkens. Die Philosophie des Abendlandes hat schon in der Antike einen anderen WEG eingeschlagen, als die religiösen und ekklesialen Diskurse und Metaerzählungen, die – wie dargestellt – eine geoffenbarte, unbezweifelbare (weil göttliche) Wahrheit verkündeten und diese in ihrem Gehalt „rein“ zu überliefern und bewahren hatten, damit „kein Tüffel und Buchstabe“ (Math. 5.18) weggenommen werde. Sokrates hatte einen anderen Weg beschritten mit seinem „*eristischen*“, vorgefaßte Meinungen widerlegenden und seinem „*maieutischen*“, Erkenntnisprozesse fördernden Ansätzen, bei denen er zudem noch sein letztlisches „Nichtwissen“ (als ein *Wissen*: „Ich weiß, dass ich nichts weiß“) betonte. Er stand damit in der Tradition der Wissen schaffenden Selbsterforschung des „*gnothi seauton*“ (Erkenne dich selbst!), ein dem *Thales von Milet* oder *Chilon von Lakedämon*, einem der sieben Weisen, zugeschriebenen Logion, das als Inschrift am delphischen Tempel Apollon, Gott der Künste und des Wissens, stand. Mit den Sophisten (*Pyrrhon von Elis* und seine Schule der Skeptiker), den Denkern der späteren Akademie, *Änesidemus*, *Sextus Empiricus*, wurde so zu einer skeptischen, kritischen, parrhesiastischen Haltung gefunden. In der Neuzeit sind in dieser Linie zu nennen die Renaissance-Humanisten von *Lorenzo Vallo* bis *Erasmus Desiderius* u. a., dann *Descartes*, *Montaigne*, *Bayle*, *Hume*, in der Gegenwart die „Denker der Differenz“ wie *Deleuze*, *Derrida*, *Foucault*, *Lyotard*, *Ricœur* – Referenzphilosophen der Integrativen Therapie (Petzold 2002p). In dieser Traditionslinie finden sich die problematisierenden, offen gestellten „**Fragen, Zweifel**“:

„**Ist das wirklich so?**“, „**Was sind die Gründe?**“, „**Wodurch ist das gerechtfertigt?**“, „**Was sind die Ziele?**“, „**Wem dienen sie?**“, „**Was ist wahr?**“, „**Was ist wirklich?**“, „**Was ist richtig oder falsch?**“

Solche Fragen des **Zweifels** initiieren zumeist ein **Suchen**, wie es auch in *integrativen* (Lehr)therapien erfolgen sollte, womit wir uns bewusst entschieden in die philosophisch-säkulare Erkenntnistradition des Abendlandes gestellt haben. Auf diesem prozessualen Erkenntnisweg des „*kultivierten Zweifels*“ (Sieper, Petzold 1965) wurde schon früh in der griechischen Philosophie deutlich, dass „alles fließt“ und nichts bleibt und je dasselbe ist, ja die Sonne jeden Tag neu ist – so die Erkenntnisse des *Herakleitos* (Petzold, Sieper 1988b). Diese Erkenntnis ist für uns ein *sicheres* Fundament, allerdings eines, in dem man *letztendliche Offenheit* akzeptieren und erkanntes Nichtwissen auch wertzuschätzen lernen muss, damit es zu einem Lebensgefühl werden kann. Das aber fällt vielen Menschen schwer, weil solche Offenheit und erklärte Offenlegung eines letztendlichen Nichtwissens Menschen zunächst belastet. Unklarheit darüber, ob etwas richtig oder falsch sei, „*bohrende Zweifel*“ (Merkel 2007), sind, wie man heute weiss, mit einer Alarmiertheit und hoher Aktivität des *anterioren cingulären Cortex* verbunden ist, wobei zugleich die Aktivität im *Nucleus caudatus* sinkt, was mit Unsicherheit und der Furcht vor möglicher Gefahr einhergeht. Die Klarheit einer Entscheidung bzw. die Gewissheit von Richtigkeit wiederum ist mit hoher Aktivität im *Nucleus caudatus* verbunden, was zum Erleben von Sicherheit führt. Dieses neurobiologische Programm, das sich wohl im archaischen, evolutionären Kontext antizipatorischer Gefahrenabwendung herausgebildet hat, ist aber in generalisierter Weise nur in einem solchen Zusammenhang sinnvoll, nicht aber bei Unsicherheit in komplexen Wissensfragen

oder gar bei ideologischen Maximen bzw. Glaubenspositionen. Hier gilt es Menschen zu unterstützen, Differenzierungen vorzunehmen um die „bohrenden Zweifel“ zu überwinden. Diese können nämlich in die Verzweiflung³ führen, uns hin- und her reißen, ja zerrütten. Sie können in uns Widerwillen auslösen, der Menschen – so der Befund bildgebender Verfahren (Harris et al. 2007; Marszk 2007) – oft ergreift, wenn sie mit Gedanken oder Ideologien konfrontiert werden, die den eigenen widersprechen. (Hitler äußert sich in „Mein Kampf“ immer wieder zu seinem Widerwillen und Ekel dem Jüdischen gegenüber). Das, was uns zuwider ist, streben wir aber zu beseitigen. Eine höchst problematische Reaktionsweise, mit der wir uns intensiv befasst haben.

Petzold, H.G. (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* 4, 371-450.

Das hatte eine Vertiefung unserer Beziehungstheorie zur Folge, die mit Marcel's Intersubjektivitätsideal und Bakhtins radikalisierte *Dialogizität*, welche wir zur **Polylogik** ausformulierten (Petzold 2002c), ohnehin schon über *Buber* hinausgegangen war und das Fremde, den Anderen begrüßte.

Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: Petzold, Orth (1999a) 337-360.

Petzold, H.G. (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002.

Angst und Widerwille vor Fremdem muss deshalb einem „Interesse an Fremden“ weichen durch die Pflege einer diszensfreundlichen Kultur und durch das Überwinden von Xenophobie und Vorurteilen – Kernziele moderner Bildungsarbeit (Petzold, Sieper 1970). Die Überwindungsarbeit bei solchen, heute problematischen Regungen (im archaischen Kontext von Revier- und Nahrungskonkurrenten waren sie einstmals funktional) ist durch das Zusammenwirken von *Vernunft, Emotion und Willen* möglich (Heuring, Petzold 2004; Petzold, Sieper 2007a). Das wurde durch neueste Forschungen mit bildgebenden Verfahren demonstriert, die zeigen, dass Vernunft und Wille Handlungsimpulse einbremsen können (Brass, Haggard 2007). Dabei spielt das Zusammenwirken von Kognitionen und Emotionen bei den Bewertungsvorgängen eine zentrale Rolle (Anderson, Bechara, Damasio et al. 2007). Das bestätigt unsere Theorie „sinnlicher Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003) und unseren willentherapeutischen Ansatz des „Übens von Willen“ und von „Willenshandlungen“ (Petzold, Sieper 2007d, Petzold, Orth 2007), einschließlich des Übens von Gedanken und Denkstilen und emotionalen Regungen und Stilen (emotional modeling Petzold 1992b), was schon Lurija (1932, 1992) vertreten hatte (Petzold 2007l). Dieses übende Moment und die Arbeit mit dem Willen muss natürlich auch in Lehrtherapien und PatientInnenbehandlungen heute zum Tragen kommen. So können und müssen wir – wo erforderlich – Nachsicht *üben*, Goodwill üben, müssen ggf. Vergessen (von Schlimmen) üben. Dass das möglich ist, zeigen

³ „Ver|zwei|feln <sw. V.; ist/(veraltet auch:) hat> [mhd. verzwiveln]: angesichts eines keine Aussicht auf Besserung gewährenden Sachverhalts in den Zustand völliger Hoffnungslosigkeit geraten; allen Glauben, alles Vertrauen, alle Hoffnung verlieren: am Leben, an den Menschen, an einer Arbeit ...“. Duden - Deutsches Universalwörterbuch, 5. Aufl. Mannheim 2003 [CD-ROM].

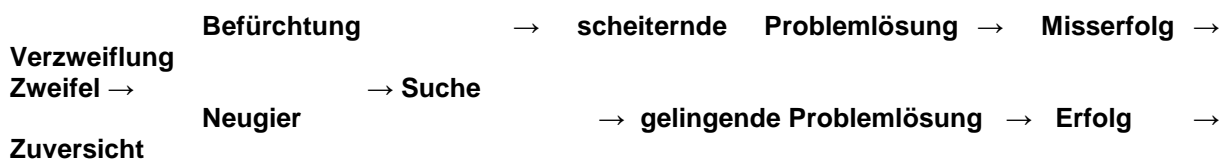
die fMRI-Untersuchungen von *Depu* (et al. 2007, testpsychologisch schon *Anderson, Green*2001).

Auch das Üben von konstruktivem Zweifeln muss geübt werden, weil Zweifeln, wie gesagt, vielen Menschen unangenehm ist und weiterhin wird dann auch häufig ein konstruktiver Stil der Kritik eingeübt werden müssen als eine Pflege „weiterführender Kritik“ (*Sieper* 2006) statt der häufigen Praxis „beißender oder vernichtender Kritik“.

„**Weiterführende Kritik** ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Fakten (z. B. Dokumenten, Handlungen) oder virtuellen Realitäten (z.B. Positionen, Ideen) aus der **Exzentrizität** unter **mehrperspektivischem Blick** aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (für die Psychotherapie die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit, die der Wissenschaftlichkeit und klinischen Fachlichkeit) und des *Kommunizierens* der dabei gewonnenen Ergebnisse in **ko-respondierenden Konsens-Dissens-Prozessen**, d.h. in einer Weise, dass die parrhesiastisch kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, **schöpferischen Transversalität**“ (*Petzold* 2000a).

Die Neurowissenschaften führen uns zu einer Reihe neuer Perspektiven, die eher ein übendes, behaviorales (nicht behaviorisches) Paradigma stützen, wie wir es stets im Integrativen Ansatz praktiziert haben (*Petzold, Osterhues* 1972, *Sieper, Petzold* 2002), als ein psychoanalytische. Aber beides muss sich ja nicht ausschließen, denn Verstehen und Üben gehen ja gut zusammen. Dabei kommt dem Herausbilden eines „*kultivierten Zweifels*“ eine wichtige Rolle zu, nämlich die, an die Stelle des „*alarmierenden Zweifels*“ mit seinen begleitenden Affekten der Besorgnis, Angst, Verzweiflung, des Widerwilles zu treten, damit alternative Affekte bestimmend werden können wie Neugier, Interesse, Hoffnung, die Zuversicht, dass neue Erkenntnisse neue Lösungen bringen können. Damit wird eine Geisteshaltung gewonnen, die im Diskurs einer *Emanzipation des Geistes* von Indoktrinierungen steht und die Integrative Therapie seit ihren Anfängen bestimmt, inspiriert durch *Gabriel Marceles* „Philosophie der Hoffnung“ (*Marcel* 1964; *Petzold, Marcel* 1976; *Petzold* 2004f)

„*Kultiviertes Zweifeln* als ein wichtiger *Stil des Denkens Fühlens und Wollens* bewahrt vor falschen Sicherheiten, trügerischen Wahrheiten, Dogmatismus, denn es macht Menschen neugierig, kreativ, zuversichtlich. An die Stelle eines *Zweifel-Zyklus der Alarmiertheit*, der in die Verzweiflung führen kann, muss ein *Zweifel-Zyklus der Zuversicht* treten



Menschen sollten deshalb einen *Kräfte verbrauchenden Stil beunruhigenden Zweifels* aufgeben und einen *Kräfte generierenden Stil angeregten Zweifels* pflegen. Seine Kultivierung bewahrt vor Unsicherheit, weil Zweifel aus Neugier statt aus Befürchtung in die Suchbewegung führt und von Antizipationen des Gelingens statt von den selbsterfüllenden Prophezeiungen (*Merton*) des antizipierten Misserfolges begleitet wird. Man lernt dabei, auf die Erfahrungsgewissheit zu zählen, immer etwas zu finden“ (*Sieper, Petzold* 1965).

Heute sprechen wir auch von einem angstgeleiteten, *ressourcenverbrauchenden Stil des Zweifels* und einen einem besonnenen, *ressourcengenerierenden Stil des Zweifels*, denn letzterer kann im Sinne der integrativen Ressourcentheorie (*Petzold* 1997p) als zweifelndes **Denken** („Kann das sein?“), **Fühlen** („Ich fühl’s, das stimmt nicht!“) und **Wollen** („Ich will das einfach nicht glauben!“) als Ressource betrachtet

werden. In **Lehrtherapien** bedeutet solches **Zweifeln** auch, dass die Positionen des Lehrtherapeuten, ja dass die Lehrtherapie in ihrem Wert und Nutzen selbst in Zweifel gezogen werden darf. Sie leidet dadurch nicht, sondern sie gewinnt, wenn die Bedenken des Zweifels ausgeräumt werden können. Ansonsten kann gemeinsame Supervision indiziert sein (*Petzold, Schigl et al. 2003; Petzold, Orth 1999*) oder die Beendigung der Therapie, um ggf. wirklich belastende Problematiken zu vermeiden – möglichst in einem „*besonnenen Konsens über den Dissens*“, denn es muss ja nicht immer jede Schwierigkeit auflösbar sein. Zweifel am Gelingen oder der Sinnhaftigkeit einer (Lehr)therapie sind ein legitimer, ja ein guter Grund, sie zu beenden oder sie bei schwierigen probatorischen Sitzungen erst gar nicht zu beginnen, zumal Forschungen mit Stundenfragebogen zeigen, dass solche Therapien sehr häufig nicht gelingen (*Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002*). Der *Mut* zu solcher Entscheidung, sich zu trauen, seinen Zweifeln zu trauen und nicht eine Kooperation herbei zu zwingen, ist durchaus positiv zu bewerten, besonders wenn es sich um ein besonnenes, ein kultiviertes Zweifeln handelt, zu dem PatientInnen oft durchaus fähig sind, und manche TherapeutInnen hier durchaus Mühen haben. Es ist interessant zu vermerken, dass im Bereich der Psychotherapie *Zweifel* als Gefühl, Denken und Wollen bislang kaum Beachtung gefunden hat, wohl aufgrund der Tradition seiner Negativbewertung im religiösen Kontext. Er könnte überdies die Definitionsmacht der PsychotherapeutInnen in Frage stellen, der Schulengründer und ihre Lehren gar, was viele von ihnen, allen voran *Freud*, nicht duldeten. Zweifel an seinen Doktrinen oder seiner Praxis, etwa an den Bedingungen der Psychoanalyse – wurden regelhaft als Widerstand gesehen, ja als „Widerstand gegen die Analyse“ (Zur Einleitung der Behandlung 1913, StA S. 197). *Selbstzweifel* werden überdies in der Psychotherapie der Tendenz nach einseitig pathologisiert (obwohl eine gute Dosis davon vielen Menschen sicher nicht Schaden würde). Deshalb sollten Lehrtherapien zu „kultiviertem Zweifel“ anregen – auch den Positionen des eigenen Verfahrens gegenüber.

Wissenschaft, die auf ihren Wegen durch die Geschichte beständig Erfahrung gegründetes Wissen schafft, weiß um die letztendliche Unabschließbarkeit ihrer eigenen Bewegung, die u. a. im systematischen Zweifel gründet. In der Integrativen Therapie haben wir uns bewusst entschieden auf diese Qualität der „*Wegerfahrung*“ (*Petzold, 2005t; Petzold, Orth 2004b*) eingelassen, die nicht nur *traditio, Weitergabe*, sondern vielmehr auch *Zweifel* an solchen *Überlieferungen* ist, um *fortzuschreiten* in kreativer *Proaktivität* (*Petzold 2005o*).

Dieser abendländisch-philosophische Weg des Differenzierens, Integrierens, Kreierens, des Suchens, Findens, erneuten Suchens – ohne letztendliches Ziel als das, immer neue Erkenntnis zu generieren, bildet das Hintergrundverständnis für die integrativtherapeutische Art, Lehrtherapien durchzuführen: Menschen auf ihrem persönlichen Erkenntnisweg zu begleiten und sie anzuleiten, an dem gemeinsamen Erkenntnisweg des gewählten psychotherapeutischen Fachspezifikums, der „Integrativen Therapie“, mitzuarbeiten, denn dieses wissenschaftlichen Verfahren bedarf solcher Mitarbeit. Dieses Verfahren ist ohne seine Basis- und seine Referenzdisziplinen – Psychologie, Philosophie, Neuro-, Sozial-, Kulturwissenschaften – nicht entwicklungsfähig, sondern steht mit diesen Fächern in beständiger Entwicklungsarbeit. Integrative Lehrtherapie will deshalb nicht eine **Lehre** im Sinne eines geschlossenen Lehrgebäudes, einer „**Schule**“ vermitteln (da ist das Dogma nicht weit), wie das etwa im Noviziat eines religiösen Ordens geschieht, sondern Konzepte und Werkzeuge zur Verfügung stellen, die der weiteren Erkenntnissuche dienen können, für eine **Bewegung**, die sich des offenen Raumes der Erkenntnismöglichkeiten bewusst ist und sich dieser Offenheit verpflichtet fühlt.

Mit diesem Anschluss an den Diskurs der Philosophie, der ja durchaus nicht ungefährdet durch Dogmatismen von Schulbildungen ist, wurde eine ganz andere Traditionslinie gewählt, als in der Psychoanalyse *Freuds*.

2. Lehrtherapie als Weg biopsychosozialer Selbsterfahrung in Polyaden, Netzwerken, Konvois

Die von uns voranstehend umrissenen und auch in der psychoanalytischen Kritik bzw. Selbstkritik aufgezeigten Probleme der Ideologisierung und Dependenzbildung in Lehrtherapien und Therapien können in *jedem* psychotherapeutischen Verfahren entstehen, wenn die Behandlungssituation hermetisch wird, zum Arkanraum gerät, wie etwa durch das Gebot der *Freudschen* Grundregel oder dem dysfunktionalen psychoanalytischen Verbot, über die Analyse mit Anderen zu sprechen, auch mit nahen Angehörigen nicht: „Die Kur hat dann ein Leck, durch das gerade das beste verrinnt“ (*Freud*, Zur Einleitung der Behandlung 1913 STA, S. 196). Wir haben das schon früh bezweifelt und ermutigen – ganz im Kontrast zu *Freuds* „Ratschlägen“ – über die eigene Therapie mit relevanten Vertrauenspersonen zu sprechen, die Erfahrungen mit sich selbst, dem eignen Selbst zu teilen, denn ein Mensch ist als Leibsubjekt, als Person, als Rollenträger ja **eingebunden in soziale Netze/Konvois und lebt aus ihnen, mit ihnen und durch sie** (*Hass, Petzold* 1999)! Er ist evolutionsbiologisch aus **Polyaden**, sozialen Gruppen hervorgegangen (idem 2003e, 2005t), nicht aus Dyaden, seine **Dialoge** sind in die **Polyloge** der Sprache eingebunden (idem 2002c). Netzwerke bilden sein Weggeleit, den **Lebenskonvoi** eines Menschen (*Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004). *Moreno* (1934, 1936), geht mit seinem Modell des „sozialen Atoms“ so weit zu affirmieren: Der Mensch *hat* kein soziales Netzwerk, er *ist* eines. Er lebt und stirbt mit seinem Netzwerk (idem 1947). Das ist *Morenos* Antithese zum individualisierenden Paradigma von *Freud* und seiner Schule. Das kollektivierende Paradigma *Morenos* – er war einer der ersten Paar- und Familientherapeuten (idem 1937, 1946; *Petzold, Mathias* 1983) – wurde von seinen SchülerInnen in der Familientherapie, *Adaline Starr, Virginia Satir* u.a. ausgearbeitet und verbreitet, oft ohne dass seine Urheberschaft gekennzeichnet wurde. Der Integrative Ansatz verbindet beide Paradigmen. Er sieht den Menschen als Leibsubjekt in seiner biologischen, psychischen und geistigen Einzigartigkeit, ohne je zu vergessen, dass er die Kollektivität genetisch mitgegebener Humanbiologie mit allen Humanprimaten teilt, dass seine Emotionalität auf menschlichen Emotionsmustern gründet und die Strukturen seines Denkens in soziokulturelle mentale Welten eingelassen sind, das Sozial-kollektive omnipräsent ist. **Der Mensch ist das biopsychosoziale bzw. biopsychosozialökologische Wesen.** Das kennzeichnet den Integrativen Ansatz (*Petzold* 1965, 1974j, 2001a, 2003a, e) seit seinen Anfängen, der damit in dem derzeit modernsten konzeptuellen Rahmen im klinischen Raum (*Egger* 2007) verortet ist. Seiner **Praxis** in Therapie, Agogik, Selbsterfahrung muss deshalb auch eine **biopsychosoziale Praxeologie** zu Grunde liegen, die als solche auch konsequent in diesem Paradigma entwickelt worden ist (*Petzold* 1974j, 1988n, 1992a/2003a; *Orth, Petzold* 2000, 2004). Damit verbunden ist konsequenter Weise die Dialektik „Selbst und Anderer“, „persönliche und soziale Identität“, „Individuum und Gesellschaft“ (*Petzold* 2001p). Wir sehen mit *Vygotskij* (1978), das alles *Intramentale* zuvor *Intermentales* war, und mit *Moscovici* (1965, 2001), dass individuelle und kollektive mentale Repräsentationen verschränkt sind (*Petzold* 2003b). Das Eine (das Individuelle) ist nicht ohne das Andere (das Kollektive) zu denken und vice versa. **„Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum“** ist unsere integrierende, die *Bubersche* Ich-Du-Dialogizität mit *Levinas* umkehrende und übersteigende beziehungstheoretische Grundposition in einer **biopsychosozialen** Anthropologie des Mit-Seins (*Petzold* 2001a, 2003a, e), die durch die empirische Entwicklungspsychologie, Sozialisationsforschung und Neurobiologie bestens unterfangen wird (*Petzold* 1993c, 1994j, *Petzold, Sieper* 2007a; *Sieper et al.* 2007). Das hat Konsequenzen für die **Praxis** von Therapien, Lehrtherapien und die in beiden vermittelte Selbsterfahrung und verlangt Arbeit mit den Leib, der „my body“ und „social body“ zugleich ist, denn er hat die Menschen seines relevanten Netzwerkes leibhaftig *interiorisiert* (*Vygotskij*), verleiblicht (*Merleau-Ponty*). Die Arbeit

mit realen Netzwerkmitgliedern in Life-Situationen (Paar- und Familiensitzungen, Hausbesuch, idem 2007d) und die Arbeit im dyadischen Setting mit den internalisierten/interiorisierten Netzwerkmitgliedern, die „in der Vorstellung“ leibhaftig gespürt werden, mit der „Familie im Kopf“ ist Alltagspraxis Integrativer Therapie (idem 2006v; *Petzold, Orth* 2007).

Ein solcher leibtherapeutischer und netzwerkbewusster, integrativer Ansatz muss in integrativen Lehrtherapien immer wieder vermittelt und verdeutlicht werden, weil sich unsere Praxis in diesem Punkt von den im tiefenpsychologischen Feld gängigen Normen und Usancen abhebt, die in diffusen kollektiven „mentalenen Repräsentationen“ (*Moscovici* 2001) gleichsam omnipräsent sind. Das wird z. T. auch durch die ideologische bzw. fachliche Ausrichtung von klinischen Institutionen bestärkt, die häufig einem einseitig individualisierenden Paradigma verhaftet sind, soweit sie keine „systemische“ oder „sozialpsychiatrische“ Orientierung haben. Diese diffusen mentalenen Repräsentationen im klinischen Feld wirken teilweise so ubiquitär, dass z. B. in den achtziger Jahren auch Verhaltenstherapeuten beginnen von „Übertragung“ und „Widerstand“ zu sprechen, sich in Therapien auf die Dyade beschränken ähnlich den „EinzeltherapeutInnen“ etwa aus dem humanistischen Feld. Selbst in Teilen des integrativen Bereiches fand sich lange Zeit eine solche Einseitigkeit, trotz seiner expliziten gruppensystemischen und gruppen-, familien- und netzwerktherapeutischen Orientierung (*Petzold* 1973c, f, 1979c, 1995i, 2006v; *Petzold, Schulwitz* 1972; *Hass, Petzold* 1999), denn kaum ein anderes Verfahren hat eine so starke, auch noch über das Familiensystem hinausgehende, auch Freundschafts- und KollegInnenbeziehungen einschließende Netzwerkausrichtung. Das ist das Erbe *Morenos* (1934; *Petzold* 1972a, 1984b). In den ausgehenden siebziger Jahren haben auch viele, im Integrativen Ansatz Ausgebildete primär auf die „therapeutische Dyade“, die Zweierbeziehung „Therapeut / Patient“ fokussiert, wie die empirische, evaluative Studie von *Buhl* und *Jaspersen* (1982) zeigte: „Der Gestalttherapeut in seinem sozialen Umfeld. Eine Untersuchung zu 'sozialer Kompetenz' und 'sozialem Engagement'“. Wir haben aus dieser Untersuchung für die Ausbildung Konsequenzen gezogen, so wie wir immer Therapie- und Ausbildungsforschung für Strukturverbesserungen in der Ausbildung nutzen. Es wurde die Arbeit mit dem „sozialen Netzwerk im Lebensverlauf“ – wir sprechen vom **Konvoi** (*Hass, Petzold* 1999; *Petzold, Josić, Erhardt* 2003) –, die Arbeit mit dem „projektiven sozialen Atom“ und mit Netzwerkanamnesen in der Behandlung von Familien, von Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Alten Menschen (*Petzold, Schulwitz* 1972; *Petzold* 1994e, 1995b, 2007d; *Petzold Müller, Petzold* 1998; *Ochs* 2006) noch stärker in den Fokus gestellt. Jeder Ausbildungskandidat und jede Ausbildungskandidatin hat mit seinem Netzwerkdiagramm gearbeitet, das für Netzwerkgesundheit und Netzwerkpflge sensibilisiert, deutlich macht: Identitäts- und Selbsterleben ist mit Netzwerksituationen unlösbar verbunden, gebunden an die Menschen, die wir im Sinn haben und im Herzen tragen. In der Integrativen Therapie machen wir *sensu strictu* keine „Einzeltherapien“, wir arbeiten in „dyadischen Settings“ – Therapeut und Patient oder Lehrtherapeut und Lehranalysand. Und kommt dann eine Mutter, ein Kollege, ein Freund, ein Ehepartner „thematisch in den Raum“, dann ist das „soziale Netzwerk“ **virtuell anwesend**. Wir machen deshalb prinzipiell Therapie mit Netzwerken bzw. Konvois – auch in der therapeutischen Dyade – und das auch, weil ohne Veränderungen im Netzwerk und in den verschiedenen „social worlds“ (das sind Welten des Denkens, Fühlens, Wollens) in Netzwerksubgruppen (die Jungen, die Alten etc., *Müller, Petzold* 1998) kaum nachhaltige Veränderungen des Einzelpatienten möglich sind. Seine „individuellen mentalenen Repräsentationen“ (mental = Kognitives, Emotionales, Volitives) sind in die „kollektiven mentalenen Repräsentationen“ seiner sozialen Bezüge eingebunden. Das gilt es zu verstehen. Die Depression eines Patienten wirkt auch ins familiäre und amikale Netzwerk, das sich zumeist dysfunktional adaptiert. Das muss mit verändert werden, sonst kann die Therapie dieser depressiven Störung nicht optimal und nachhaltig gelingen (*Wolfersdorf, Heindl* 2003). Die Tendenz von „Einzeltherapeuten“ ist, nur den Einzelnen, der einem leibhaftig gegenüber sitzt, zu sehen. Um dieser Ideenfalle zu entkommen, ist man gut beraten, in unsichtbar umgeben von seinen NetzwerkpartnerInnen zu visualisieren und eventuell einen aktiven, inneren

„mentalen Bezug“ zum Paradigma der systemischen Familientherapie aufzunehmen, an dieses Denken anzuschließen, um Barrieren zur Netzwerkarbeit zu überwinden. Lehrtherapien sollen „Ideenfallen“ aufspüren und KandidatInnen durchaus zum Experimentieren beim eigenen Selbsterfahrungsprozess anregen, später in der Behandlungsstufe – unterstützt und begleitet von Supervision (Petzold 1991m, 1998a) – auch zum reflektierten, theorie- und forschungsgestützten „methodischen Experimentieren“ in Behandlungen unterstützen. Das ist keine Ermutigung zu einem polypragmatischen Herumexperimentieren, sondern prozessuale Einübung in eine „elastische Technik“. Das ist das Erbe Ferenczis (1927/28) in der Integrativen Therapie (Petzold 1969c, 1998e, 2006g), und solche Elastizität wird heute durch moderne, integrative Therapiekonzeptionen und -forschung gestützt (Grawe 1998, 2004; Orlinsky 1999; Orlinsky, Rønnestad 2005; Petzold, Märten 1999). Lehrtherapie kann dabei ggf. zu Anderem führen, als die tradierten Ausgangspositionen des Verfahrens, und zwar in durchaus gelungenen Prozessen. Darin liegt ein wichtiges Innovationspotential des Verfahrens.

2. 1 Lehrtherapien als intersubjektive Hermeneutik in „Biographiearbeit“ und „dichten Beschreibungen“

Eine integrative (Lehr)therapie ist ein Prozess *persönlicher Hermeneutik* in gemeinschaftlichen hermeneutischen Suchbewegungen. Auf diese wichtige Idee des Integrativen Ansatzes sei kurz eingegangen. Es wird hier auf Konzepte der Integrativen Sprachtheorie und Biographiearbeit und auf poesitherapeutische Wissensstände zurückgegriffen, die wir in der Integrativen Therapie besonders gepflegt haben (Petzold, Orth 1985; Petzold 2001b, 2003g, Petzold, Müller 2004a).

Der Klient, Patient, Lehrling schöpft aus seinen Gedächtnisarchiven, den Archiven des „informierten Leibes“ (Petzold 2002j), Materialien, die er bewusst, mitbewusst oder unbewusst (so die komplexe Bewusstseinstheorie unseres Ansatzes, idem 1988b, 1991a) über die Lebensspanne, auf seinem Lebensweg aufgenommen hat, die er zu seinem Selbstverstehen für wichtig erachtet oder die einfach in dem laufenden Prozess aufkommen. Sie werden narrativ vorgetragen und zunächst nicht systematisierend zusammengestellt, sondern *collagiert* (etwa im Sinne der „bricolage“ von Claude Lévi-Strauss 1972). So entstehen Erzählungen (Narrationen, vgl. Petzold 2001b, 2003g) und beide, Therapeut und Klient, machen sich „ein Bild“ in aller Vorläufigkeit von Themen, thematischen Zusammenhängen, Motiven, Interessenlagen, Problemen, die Wichtigkeit haben könnten. Sie *konnektivieren* verschiedenen **Phänomene** – Themen, Geschehnisse, Szenen, Szenenfolgen/Stücke –, wobei allein solche *Verknüpfungen* schon wesentlich sein können, weil in ihnen **Strukturen** (Narrative) als Regelmäßigkeiten, sich im Zeitverlauf wiederholende Elemente, deutlich werden können (nicht müssen), die sich fortschreiben. So wird erkennbar, dass Strukturen der *Vergangenheit* das Geschehen in der Gegenwart bestimmen, ja das antizipatorische Geschehen, die **Entwürfe**: Pläne, Hoffen, Befürchten. Damit werden Integrationserfahrungen möglich, es kann in schwacher Weise (konnektivierend) oder in starker Weise (synthetisierend) integriert werden (vgl. unsere Integrationstheorie, Sieper 2006).

Im poetischen Prozess des Collagierens in der Narration können immer wieder **spontane Verdichtungen** im Erzählstrom der Erzählung erfolgen. Der emotionale Gehalt, die persönliche Bedeutsamkeit und Werthaltigkeit der berichteten/erzählten Ereignisse, seien es nun positive oder belastende, nehmen zu. Es können dann bei interessanten Themen auch **systematisch Verdichtungen** angestrebt werden, etwa durch die Methodik **verdichtender** bzw. „**dichter Beschreibungen**“, ein Ansatz von Ryle (1971, „The Thinking of Thoughts. What is ‚le penseur‘ doing“), der für den therapeutischen Kontext zugeschnitten wurde. Der Klient/Patient wird angehalten, das

Thema zu vertiefen, zu ergänzen, zu variieren – nicht mit *Freuds* Technik der „freien Assoziation“, sondern mit unseren *semiprojektiven* Techniken aus der integrativen Behandlungsmethode der „**narrativen Praxis**“, die neben der „Leibtherapie“ (*Petzold* 1988n) oder der Arbeit mit „kreativen Medien“ (*Petzold, Orth* 1990a) ein wichtiger behandlungsmethodischer Ansatz der Integrativen Therapie ist (*Petzold, Orth* 1985a). Poesietherapeutische Techniken wie die „ausgeschmückte Erzählung“ oder die des „anderen Erzählers“ („Erzähle die Episode aus der Sicht Deiner Mutter, Frau etc.“) aktivieren das „szenische“ und das „atmosphärische“ Gedächtnis in seinen bewussten und unbewussten Speichern (idem 2003a), so dass eine Erzählung die andere „ruft“, ein Thema das andere hervorbringt. Fast immer kommt es dabei zu „Überschreitungen“ (transgression) eines Gegebenen bzw. Vorfindlichen, entstehen narrative Prozesse mit bekannten und neuen Inhalten, die selbst wieder mit in das Verstehensbemühen (*hermeneuo*) einbezogen werden, ja zu einem *metahermeneutische* Reflektieren dieser Reflexionsprozesse führen kann, aus denen sich transversale Momente ergeben können, Motivationen entstehen, Dinge im Leben zu ändern, den Lebensstil, das Leben zu ändern. Das ausgesprochen zu haben, macht erfahrbar, dass Sprechen Handeln, Sprache Handlung ist – so mit *W. v. Humboldt, Ricoeur* u.a. die integrative Auffassung von Sprache (*Petzold* 2007). Therapeut und Patient treten hier in den Bereich der „Qualia“ (*Levine* 1983; *Heckmann, Walter* 2001; *Dennet* 1993), des strikt persönlichen Erlebens von Empfindungsqualitäten, das mitgeteilt werden muss, um Erfassen und Verstehen zu ermöglichen, weil hier auch die Empathie – die wechselseitige (Mutualität), wie wir das im Integrativen Ansatz als wesentlich vertreten und fördern –, an ihre Grenzen kommen kann und ein dichtes Einander-Vermitteln von Erlebten und eine intensives gemeinsames hermeneutisches Bemühen, **Sinn** zu gewinnen, erforderlich wird. Menschen können auf diese Weise ihre „Seele“ – und das ist mehr als nur „das Unbewusste“ – und ihre Persönlichkeit vertieft erfahren und kennen lernen, um sich entwickeln zu können. Sie erfahren Neues/Anderes über ihre leiblichen Regungen, körperliche Empfindungen, Gefühle, Stimmungen, Passionen, Phänomene des Willens und Wollens, Entscheidungsfähigkeit, Streben, Entschlüsse, Absichten, Ziele, Freiheit, Unfreiheit, Autonomie, Souveränität, Vernunft usw. ... wie gesagt, zentrale Bereiche des Seelischen und der Persönlichkeit. Dabei kommen ihre „subjektiven Theorien“ mit ihren soziokulturellen Hintergründen in die *Ko-responzendenz*, das Gespräch, den Diskurs. Sie werden in ko-responzierender Begegnung und Auseinandersetzung „klar“. In solcher verdichtender Hermeneutik, wie sie etwa die integrative Biographiearbeit und Biographiebearbeitung (*Petzold* 1999k, 2001b, 2003g; *Petzold, Müller* 2004a) kennzeichnet, wird ein konkreter Mensch für einen anderen Mit-Menschen (hier für den Therapeuten, aber auch aufgrund der grundsätzlichen Mutualität, der Therapeut für den Patienten) vertieft sichtbar und dieser kann ihm durch Rückspiegelungen ein Spiegel werden (und das umfasst mehr als ein Fungieren der angeblichen Spiegelneuronen, *Stamenov, Gallese* 2002, *Petzold* 2002j, 2004h), in dem er sich selbst mit seinen eigenen Eigenheiten, mit seinen Blockierungen, aber auch mit seinen Entwicklungsmöglichkeiten in neuer, umfassenderer Weise erkennt. Wenn jemand in „dichten Beschreibungen“ seine Positionen einem anderen zu verdeutlichen und zu erklären sucht, wird er sich in der Regel selbst verständlicher, wird sich selbstverständlicher. Das ist das Wesen der Hermeneutik und integrativ-hermeneutischer Arbeit mit Biographien, wie sie für Therapien und Lehrtherapien charakteristisch ist Sie schließt an die Quellen autobiographischen Memorierens an, die narrativ, dialogisch-polylogisch waren (die Eltern erzählen dem Kind aus seiner und ihrer Biographie, von Zeiten, als es „noch ganz klein war“, die also vor seiner biographischen Memorationsfähigkeit lagen).

Damit wurden dem Ich die Möglichkeit des Gesprächs mit dem Selbst, die Dialoge/Polyloge *mit sich selbst* erschlossen, die durch die Polyloge über Persönliches in Nahraumbeziehungen ein leben lang Selbstgewissheit und Identität stiftend wirksam bleiben und weitergeführt werden. Die therapeutische Situation, die therapeutischen Beziehung ist ein solches Nahraumgeschehen.

Biographiearbeit im eigentlichen Sinne ist die Arbeit, die das Ich/die Ich-Prozesse bzw. Prozesse unbewusster Informationsverarbeitung (Perrig et al. 1993) in der Verarbeitung biographischer Umwelteinflüsse und Materialien zu einer hinlänglich kohärenten biographischen Erzählung/Biographie leistet – auf dem Boden dialogischer/polylogischer Erfahrungen.

Das autobiographische Memorieren und die "Herstellung" einer "(auto)biographischen Erzählung" sind also Arbeitsprozesse des Subjektes, ein kognitives, emotionales, volitionales "processing". Der Begriff „Biographiearbeit“ ist hier ähnlich zu konzipieren wie die Begriffe "Trauerarbeit" (die Arbeit, die das Ich in der Trauer leistet) oder "Traumarbeit" – es handelt sich um eine "seelische Arbeit" (Freud 1900/StA 1982, 486). In der psychosozialen Praxis der "Arbeit mit Biographie" – und darum geht es eigentlich – wird der Term also häufig ungenau gebraucht, denn es geht *sensu strictu* um Biographiearbeit:

"Biographiearbeit" heisst, aufgrund einer Übereinkunft in Vertrauen und Zuwendung, im Respekt vor der Integrität und Würde des Anderen *g e m e i n s a m* lebensgeschichtliche Ereignisse zu teilen und zu betrachten, um damit Biographie zu erarbeiten (nicht etwa zu bearbeiten) in selbstbestimmter Offenheit, Achtsamkeit und Wechselseitigkeit der Partner. Zielsetzung ist, dass jeder von ihnen seine Lebensgeschichte, sein Leben, seine Persönlichkeit besser in der und durch die Erzähl- und Gesprächsgemeinschaft mit dem Anderen vor dem Hintergrund der gegebenen Kultur und der Weltverhältnisse zu erfassen und zu verstehen vermag, Leben, das entfremdet wurde, sich in einer Neugestaltung wieder aneignen kann durch Offenlegung von Entfremdendem (Armut, Elend, Gewalt, Vereinsamung, Verstressung) in Akten der Befreiung, denn diese verwandeln, sind schöpferisch. Aus solchen Erfahrungen **gemeinsamer Hermeneutik**, die in Prozesse **kokreativer Kulturarbeit** eingebettet sind, kann man einander besser verstehen lernen, wird es möglich, Menschen - und natürlich auch sich selbst in der eigenen Vielfalt - besser verstehen zu können." (Petzold "et al." 2001b, 345)

Die Arbeit mit biographischen Ereignissen und Materialien erfolgt in der Regel in "**POLYLOGEN**", ein Konzept, das bewusst über die Idee der *Buberschen* Dialogik hinausgreift und eine gemeinschaftliche Auslegungs- und Verstehensarbeit ermöglicht, voller „lebendiger Metaphern“, eine „Hermeneutik des Subjekts“ in der Gemeinschaft von Ko-Hermeneutikern, die um ein wirkliches Verstehens des Anderen, seiner „Andersheit“ (Levinas 1983), seiner ganz spezifischen Identität, bemüht sind (Ricœur 1975, 1983; Petzold 2002p). Biographisches Erzählen in Gruppen ist ein "vielfältiges Sprechen nach vielen Seiten" (Petzold 2002c), und oft genug sprechen "in der Erinnerung lebendig gewordene Personen" mit. Das trifft auch für „dyadische Prozesse“ (in sogen. „Einzeltherapien“) zu, da auch hier immer wieder virtuelle Mitsprecher auftauchen.

Solche Prozesse sind im Sinne der integrativen „**hermeneutischen Spirale**“ (Petzold 1991a/2003a, 404) ein „**Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären**“, wobei der

Effekt zum Tragen kommt, dass im Erklären sich das Verstehen, ja das Erfassen und Wahrnehmen vertiefen kann.

Je mehr an Materialien der Klient in die therapeutische bzw. selbsterfahrungsorientierte *Ko-responzenz* einbringt, je „dichter“ er seine Anliegen vermittelt, „sich“ vermittelt – prägnant oder ausladend, metaphorreich oder kärglich, nonverbal, wortreich usw. – desto besser wird er für den empathischen Zuhörer wahrnehmbar, erfassbar, verstehbar und kann sich selbst auch – ggf. unterstützt durch die mimisch-gestischen und verbalen Rückspiegelungen – auch über sich selbst klarer werden (*Petzold* 1988b, 2001b). Die Heterogenität von Erfahrungen, die Pluralität und gar Widersprüchlichkeit des eigenen Erlebens kann sich klären. Der Weg „**dichter Beschreibungen**“ (*Ryle* 1971, *Sturma* 2006b, 205) komplexer Wirklichkeitsbereiche des komplexen Wesens Mensch, eines konkreten „Menschen-mit-Mitmenschen-in-Situationen/Situationssequenzen“ (*Petzold* 2001p) bietet hier eine hervorragende Möglichkeit für *Differenzierung-* und *Integrationsarbeit*, ja für die *Kreationsarbeit* poetischer Selbstentwicklung und -gestaltung (vgl. *Petzold* 1999p, „Das Selbst als Künstler und Kunstwerk“).

„Nur in einer dichten Beschreibung, die auch die Semantik selbstreferenzieller Ausdrucks- und Verstehenszusammenhänge mit einbezieht, können sich spezifisch menschliche Fähigkeiten und Eigenschaften zeigen, in denen die psychische und soziale Wirklichkeit der menschlichen Lebensform im Unterschied zu anderen Lebensformen kenntlich wird“ (*Sturma* 2006b, 202).

Man kann aber auch sagen: in denen ein Mensch in seiner Einzigartigkeit und Besonderheit verstehbar wird – im Bezug auf seine Gesamtpersönlichkeit oder auf ein spezifisches Thema (Mann-sein, Frau-sein, das Altern, der Willen, der Schmerz etc.). *Ryles* Ansatz wird dabei auf einen personengerichteten Fokus zugepasst, wie wir ihn in der Psychotherapie brauchen und in hermeneutischen „Prozessberichten“ (systematischen „Falldarstellungen“, *Orth, Petzold* 2004) praktizieren. „Dünne Beschreibungen“ erfassen nach *Ryle* in „Thinking of Thoughts“ (1971) nur die Verhaltensoberfläche, flache Empirie, keine Tiefenstrukturen. „Dichte Beschreibungen“ hingegen verwenden zwei Zugänge: „Rekonstruktionen der sprachlichen Mittel der Selbstthematizierung und Selbstbeschreibung, die das egologische Vokabular als theorieerzeugt begreift, sowie phänomenologische Lebensweltanalysen ...: Denn die Dimension des Mentalen ist keine Konstante, sondern hat sich kulturbedingt verändert und wird sich auch weiter verändern“ (*Sturma* 2006b, 203f.). Letzteres gilt natürlich auch für persönliche Biographie und Selbstverständnis!

„Auf einer mittleren Abstraktionsebene erfüllen folgende Bestimmungen die Bedingungen für die Aufnahme in die dichten Beschreibungen der menschlichen Lebensform: 1. Selbstverhältnisse, 2. Bewusstsein der eigenen Endlichkeit, 3. Umgang mit der eigenen Körperlichkeit, 4. Ausdrucksvermögen, 5. Verstehen, 6. Kontemplation, 7. Anerkennungsverhältnisse und 8. Moralität. Diese Fähigkeiten und Eigenschaften lassen sich durch weitere Bestimmungen schrittweise konkretisieren: 1. Selbstbewusstsein, Ironie, personale Identität und Lebensplan, 2. Zeit- und Todesbewusstsein, 3. Leib, Bewusstsein, Unbewusstes, Sexualität, 4. Emotivität, Propositionalität, Kunst, Kultur und mögliche Welten, 5. Bildung, Erfahrung, Intelligenz, Intentionalität, Gründe, 6. Erhabenes, Mystik, Religiosität, 7. Antlitz (*visage*), Gegenseitigkeit, Selbstachtung, Würde, Mitleid, reaktive Haltungen [Reue oder Empörung, sc.] sowie 8. Tugend, Pflicht, Fairness, Gerechtigkeit“ (*Sturma* 2006b, 203).

Ein großer Teil dieser für das Verstehen und Selbstverstehen des Menschen in seiner persönlichen Hermeneutik, für seine Gesundheit, aber auch sein Erkranken so wesentlichen Themen fehlt vielfach in der traditionellen Psychotherapie, die damit in der Gefahr steht, ihren Patienten mit ihren zentralen Anliegen und Bedürfnissen

nicht „gerecht“ zu werden (vgl. ausführlich *Petzold* 2006n), was durchaus mit Risiken und Nebenwirkungen verbunden sein kann (*Märtens, Petzold* 2002). In der Integrativen Therapie haben wir seit ihren Anfängen diese Themen fokussiert und in zahlreichen Monographien und in schulenübergreifenden Sammelbänden bearbeitet, auch um das Feld der Psychotherapie für diese Fragestellungen zu sensibilisieren. In einer weiteren Konkretisierung solcher Themen – und sie erheben, wie *Sturma* betont, keinen Anspruch auf Vollständigkeit –, kann und muss die Beschreibung und Selbstbeschreibung eines konkreten Menschen in den Blick genommen werden mit den Fragen, die für ihn gerade wesentlich sind. „In Fällen, wo nur eine der angeführten Fähigkeiten und Eigenschaften fehlt, muss von einer schwer wiegenden Einschränkung oder Beschädigung des Lebens einer Person ausgegangen werden“ schreibt *Sturma* (ibid.) – das „muss“ sollte u. E. in „ist zu vermuten“ abgeschwächt werden, aber der Aussage stimmen wir insgesamt zu. *Dichte Beschreibungen* in personaler Konkretisierung sind genau das, was in der psychotherapeutischen Arbeit das Verstehen des Patienten durch den Therapeuten und das Selbstverstehen des Patienten ermöglicht – wesentlich über die gemeinsamen Verstehensprozesse wechselseitigen „*Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens* und *Erklärens*“ – wie es die „hermeneutische Spirale“ des Integrativen Ansatzes (*Petzold* 1991a) fasst. Dabei hat man in der stets gegebenen Vielfalt beständig Differenzierungs- und Integrationsarbeit, Angrenzungen, Abgrenzungen, Auswahl, Zupassung von Konzepten zu leisten, um von den erlebten **Phänomenen** des eigenleiblichen Spürens (*Hermann Schmitz* 1989, 1990) und der erfahrenen Lebenswelt zu den **Strukturen** zu finden, die sich im Bereich des Phänomenalen artikulieren. Damit kann man zu **Entwürfen** für aufgeklärtes, sinngelitetes, bedeutungshaltiges, schöpferisches **Handeln** (*poiesis*) kommen, dass auf die konkreten Menschen bezogen sein muss, mit denen man in der Therapie arbeitet und die durch „dichte Beschreibungen“ – Selbstbeschreibungen und Fremdbeschreibungen, verbalen, nonverbalen, kreativ-medialen – uns in ihrer Personalität mit ihren **Problemen, Ressourcen** und **Potenzialen** (PRP, *Petzold* 1997p) zugänglich werden können.

3. Zur Durchführung von Lehrtherapien und Selbsterfahrungsangeboten in der integrativen Ausbildung

Lehrtherapien und Therapieausbildungen – ganz gleich welcher Orientierung – stehen in der unausweichlichen, *paradoxalen Problematik* von Bildungsprozessen: Sie sollen etwas bilden und formen, wollen eine Identität, also eine Konformität, vermitteln, sollen dabei zugleich aber auch Freiraum für Eigenes lassen für die persönliche „*poiesis*“, den **Willen** (*Petzold, Sieper* 2007d) zur Selbstgestaltung und den **Willen** zu eigenständigen, weiterführenden Beiträgen zum eigenen Verfahren, sonst wäre ja kein Fortschritt möglich. Dieser kann aber auch – und diesen Freiraum muss man geben – auch von den Positionen und Routinen des Ausgangsverfahrens. Es kann für LehrtherapeutInnen schmerzlich sein, wenn sie gute „SchülerInnen“ verlieren oder diese sich anders orientieren. Sie müssen sich denn aber auch fragen, ob man sie hatte groß werden lassen.

Lehrtherapien und Selbsterfahrungsprozesse in der Integrativen Therapie sind deshalb mit ihrem Verständnis von „**Lehre**“ im Geiste einer Dialektik von **Belehrung und Befreiung**, von konformierender Identitätsformung *und* als Empowerment zur Identitätskreation anzulegen und durchzuführen, d. h. als Prozesse der Versicherung und Verunsicherung (etwa durch Erlaubnis zum methodischen Zweifel). Das führt zum Ziel „emanzipierter Identität“ (*Petzold* 2003a, 432ff). Dabei steht solche Lehre durchaus in einer *Prekarität*, die wieder und wieder Gegenstand des lehrtherapeutischen Prozesses werden muss: wie geschieht die Herausbildung einer

integrativtherapeutischen Identität als Qualität einer Übereinstimmung, Konformität – Grundlage konsensueller Theorie und Praxis in einem Verfahren, dass für seine Praktiker ja auch Sicherheit und „Heimat“ bieten soll –, die aber auch von einem rigiden Konformismus bedroht werden kann, wenn der *Freiraum zu einer wohlwollend-kritischen Distanz* dem eigenen Verfahren gegenüber und die *Freiheit zur Gestaltung (poiesis)* der eigenen Identität und Souveränität (Petzold, Orth 1998a) als Therapeut und Persönlichkeit nicht gewährleistet wird? Es muss immer um *beides* gehen, denn das gehört nach unserer Überzeugung zum Wesen des Integrativen Ansatzes.

In den Anfängen der Psychoanalyse waren Lehranalysen, wie bekannt, sehr häufig kurz. Viele Analytiker verfügten, wie erwähnt, über keine Eigenanalyse. Mit der Etablierung des Verfahrens wuchs die Frequenz und die Dauer der Lehr- und PatientInnenanalysen beträchtlich – die Länge z. T. um das Zehn- bis Zwanzigfache der Stundenzahl, und dabei haben sicher auch finanzielle Momente eine Rolle gespielt (Dohmann 1991; Schindler 1991). Das österreichische Psychotherapiegesetz verlangt für Lehrtherapie und Gruppenselbsterfahrung eine Dauer von zumindest 200 Stunden. Für das psychotherapeutische Fachspezifikum Integrative Therapie wurden mindestens 80 Stunden (à 50 Minuten) Einzel-Lehrtherapie und 250 Stunden à 45 Minuten Gruppenselbsterfahrung (insgesamt mind.330 Std.) vom Bundesministerium genehmigt.

Die psychoanalytischen Fachgesellschaften verlangen für die Ausbildung in ihrem Fachspezifikum mindestens 300 Stunden Lehranalyse. Meistens sind sie noch wesentlich länger. Aktuell wird international die Mehrzahl der Psychotherapien als Kurzzeittherapien durchgeführt, wofür lange Lehranalysen im traditionellen Duktus kein gutes Modell bieten. Im Integrativen Ansatz werden deshalb Lehrtherapien mit „rotierender Fokusbildung“ als „serielle Fokalthérapien“ durchgeführt (Petzold 1993p/2003a, 1080), immer wieder bei gegebener Indikation auch mit einem etwas größeren Bogen therapeutischer Linienführung im Sinne höchst individualisierter Variationen bzw. Trajekte des Verlaufs (ibid. 492). Für die angenommene Wirksamkeit von psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen – aber integrativen – Langzeittherapien bei schweren Persönlichkeitsstörungen gibt es bislang keine empirischen Belege. Sie sind aus methodischen Gründen auch schwer zu erbringen. Sicher aber ist, dass BPS-PatientInnen, chronifiziertes PTBS oder Suchtkranke mit chaotisierten Lebenslagen und desolaten Netzwerksituationen längere bis lange *Begleitungs- und Betreuungszeiten* notwendig haben. Wir haben hier das Modell der **mult interventive „Karrierebegleitungen“** (Petzold 1980c, Petzold, Hentschel 1991) mit vernetzten Hilfsagenturen als Therapieketten bzw. Verbundsystemen (Petzold 1974f; Scheiblich, Petzold 2006) entwickelt, wobei vieles dafür spricht, dass dies durch ein effektives Case-Management bzw. Optimal-Process-Facilitation (Petzold, Sieper 2007c; Jüster 2007 in Sieper, Orth, Schuch 2007) mit multiplen Hilfeleistungen besser gewährleistet wird, als durch hochfrequente Langzeittherapien. **„Intermittierende Behandlungssequenzen“**, in denen Intensivphasen, Abhängig von der Therapiedynamik, mit extensiven oder therapiefreien Behandlungszeiten abwechseln, müssen dabei durchaus als sinnvolle und für die Patientinnen fruchtbare Alternativen gegenüber durchgängig kontinuierlichen Therapieverläufen angesehen werden (Petzold, Schay, Hentschel 2004). Es geht ja bei solchen PatientInnen nicht nur um Symptombeseitigung, sondern um die Umstellung eines dysfunktionalen bzw. pathologischen **Lebensstils** (siehe Anhang III), wenn die Behandlung eine Chance des Erfolg im Sinne einer Heilung oder nachhaltigen Besserung haben soll, und diese kann doch, wie integrative Modelle dieser Art im Bereich der Suchtkrankentherapie mit

katamnestischen Studien gezeigt haben, in mehreren Anläufen für zwei Drittel der Betroffenen erreicht werden (*Scheiblich, Petzold 2006*). Dazu sind erforderlich: kognitiv sorgfältig analysierte, diagnostisch differenziert erfasste und in Behandlungsplänen gut konzipierte Hilfeleistungen, die in therapeutischen Curricula (*Petzold 1998n*), Hilfeplänen bzw. Case-Work-Konzepten (*Jüster 2007*) und pluralen Massnahmen – darunter Beratung, Einzel- und Gruppentherapie umgesetzt werden. Jeder Helfer in so einem Netzwerk von Hilfsagenturen, muss dabei seine Rolle im Bündel der Hilfemassnahmen verstehen, denn dann trägt er optimal zur Gesamtmaßnahme (die er im Blick hat und dem Patienten immer wieder auch ins Bild ruft) bei. Die Psycho- und Soziodynamik des Patienten, sein Krankheitsbild und sein Krankheitsverlauf, seine dynamischen Regulationsmuster und ihre dysfunktionale Performanz müssen dem Behandler/der Behandlerin hinlänglich deutlich sein, um mit dem Patienten/der Patientin Ziele zu erarbeiten, die dann im Gesamtplan und in der therapeutischen Dyade umgesetzt werden sollen. Für all dieses ist eine hohe professionelle **Kompetenz** (Wissen, Fähigkeiten) erforderlich, die in Handeln, in **Performanz** (Können, Fertigkeiten) realisiert werden müssen (*Petzold 2003a, Petzold, Engemann, Zachert 2003*). Für all das ist fachliche Instruktion, klinische Lehre und Praxisanleitung erforderlich als forschungs- und theoriegestützte **Lehre** und **professionelle Selbsterfahrung** und dieses muss in Ausbildungen vermittelt werden, denn ohne diese Wissensstände können empathisches Verstehen, Annehmen und Durchtragen von PatientInnen, Handhabung von Beziehungsdynamiken usw. – all das wird durch **persönliche Selbsterfahrung** gefördert – nicht wirkliche zielführend werden und Effizienz zeigen. Das Eine geht nicht ohne das Andere. Die Frage, welche Komponente nun wichtiger sei, ist letztlich wenig fruchtbar. Sicher ist, dass wenn eine Komponente überwiegt oder unterrepräsentiert ist, die Gesamtqualität beeinträchtigt wird. Blickt man auf die Ausbildungskultur vieler Therapieverfahren und auf die Ausbildungsinhalte, kann man häufig große Ungleichgewichte feststellen - dem tiefenpsychologischen und humanistischen Bereich wird eine Überbewertung der persönlichen Selbsterfahrung, dem behavioralen und z. T. dem systemischen Feld eine Überbewertung der kognitiven Wissensvermittlung vorgeworfen. Im Integrativen Ansatz versuchen wir beides zu verbinden gemäß unserer Verortung in der „confluent education“ und „integrativen Agogik“ (*Petzold, Brown 1977, Sieper, Petzold 1993*), die kognitives, emotionales, volitionales und soziales Lehren und Lernen zu verbinden sucht, persönliche, soziale und professionelle Selbsterfahrung, Theorie und Praxis in konsistenter Praxeologie integriert, wie das beispielhaft gezeigt wird in :

Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuausgabe von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta.

Petzold, H.G. (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004a): Integrative Suchttherapie. Bd. I. Opaten: Leske + Budrich. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007.

Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005/2006): Integrative Suchtarbeit. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vor diesem Hintergrund sehen wir die moderne Ausbildungs- und Selbsterfahrungsforschung und Qualitätssicherungsdiskussion (*Laireiter 1999; Laireiter, Vogel 1998; Orlinsky, Rønnestad 2005; Petzold, Orth, Sieper 1995a; Schigl,*

Petzold 1997). Die Forschung zur Ausbildung von PsychotherapeutInnen (vorwiegend in den Main-Stream-Therapieschulen untersucht) kommt zu dem Ergebnis, dass Selbsterfahrung keineswegs den hohen Stellenwert für die Ausbildung qualifizierter PsychotherapeutInnen hat, der ihr gemeinhin zugeschrieben wird. Ihre spezifischen Wirkungen für die TherapeutInnenqualität sind nur schwer nachzuweisen. Gute Instruktion in der Praxis und gute Supervision zeigen besser erfassbare Resultate. Eingleisig schulenspezifische Ausbildungssozialisierungen werden gegenüber vielfältigen Erfahrungen als schlechter bewertet. Diese und andere wichtige Ergebnisse finden sich z. B. in der umfangreichen, methodisch ausgezeichnete Studie zur Ausbildung und Kompetenzentwicklung bei über 5000 PsychotherapeutInnen, die zudem die gesamte internationale Literatur ausgewertet hat.

Orlinsky, D. E., , M. H. (2005): How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. Washington: American Psychological Association.

Die Mehrzahl der Therapieausbildungen (in der Psychoanalyse oder der Verhaltenstherapie) haben eine andere Methodik und Didaktik wie der der Integrative Ansatz, der für „dyadische“ („Einzel-“) und „Gruppentherapie“ sozialisiert durch Lehrtherapie und Ausbildungsgruppe, der **Theorie-Methodik-Praxis-Verschänkungen** praktiziert, wo immer das sinnvoll und möglich ist – das ist geradezu das Markenzeichen des Integrativen Modells (*Petzold, Orth, Sieper* 1995a) und psychodynamische, behaviorale, experientielle und systemische Methodik verbindet – in Therapie und Ausbildung (*Petzold* 1974j; *Sieper, Petzold* 2002), der überdies über eine eigene, sehr elaborierte und forschungsgestützte Supervisionsmethode verfügt, die ähnlichen Lernprinzipien verpflichtet ist, supervisorische Selbsterfahrung bietet (*Petzold* 1990o; 1998a/2007a; *Schreyögg* 1991). Ein solcher Ansatz wird von der *Orlinsky/Rønnestad*-Studie natürlich nicht adäquat erfasst. Dennoch kann man sagen, das viele Elemente unserer Ausbildungspraxis durch die Ergebnisse dieser Studie gestützt werden. Andere müssen uns nachdenklich stimmen. Insgesamt müssen solche Untersuchungen Auswirkungen auf die Methodik und Didaktik in der Ausbildung (*Reichel* 2007) und u. a. in den Lehrtherapien haben, nicht zuletzt was die kritische Bewertung der persönlichen Selbsterfahrung anbelangt. Wir hatten uns schon vor Jahren mit dieser Frage auseinandergesetzt, zumal wir mit der Studie während ihrer Durchführung, bei der die Berner-Forschergruppe (*Grawe, Ambühl* u.a) beteiligt war, durch *Petzolds* Arbeit an *Grawes* Abteilung, in Kontakt waren und auch in den Projekten *Laraiters* (1999) mitgearbeitet haben (*Petzold, Steffan* 1999a; *Petzold, Hass, Märten*s 1998). Wir sind deshalb – wie schon dargestellt wurde – mit unseren eigenen Untersuchungen deshalb der Bedeutung nachgegangen, die AusbildungskandidatInnen der Selbsterfahrung und den Lehrtherapien in der Integrativen Therapie beimessen.

Petzold, H.G., Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laraiter, A.-R.* (Hrsg.), Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde. Tübingen: dgvt-verlag.

Petzold, H.G., Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt* (Schweiz) 37 (Februar 2000), 25-65.

Petzold, H.G., Rainals, J., Sieper, J., Leitner, A. (2005): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Suchttherapeuten. Eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. Bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2005 und in: Petzold, Schay, Scheiblich (2006) 533-588.

Reichel, R. (2007): Komplexität erweitern und verringern – ein Beitrag zur Didaktik in Ausbildungen für Integrative Therapie, Beratung und Supervision (Masterthese, Donau-Univ. Krems, ersch. : www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 1, 2007.

Hier zeigte sich eine hohe Bedeutung der **integrativen Selbsterfahrung** in den Lehr- und Lernprozessen in der Integrativen Therapie – so das Ergebnis unserer Untersuchungen, in denen die Lehrtherapien hoch bewertet wurde.

Diese internationale Forschungslage zur Wirkung von Psychotherapie und zu den Effekten von Therapieausbildungen (*Lambert 2004; Orlinsky, Rønnestad 2005*) – und auch zu Risiken und Nebenwirkungen in beiden Formaten (*Märtens, Petzold 2002; Laireiter 2002*) –, sowie auch unsere eigenen Untersuchungen (*Petzold, Hass, Märtens 1998; Petzold, Rainals et al. 2006*) zur „dyadischen Lehrtherapie“ (*Petzold, Hass et al. 1995; Petzold, Steffan 1999a, b*) haben uns in der IT zu einer deutlichen Reduktion der Lehrtherapiezeiten gegenüber den Siebziger und Achtziger-Jahren geführt, nicht aber zu einer Abstandnahme von der **Selbsterfahrung** im gruppalen (Ausbildungsgruppe 250 Stunden a 45 Minuten.) und im „dyadischen Setting“ (Lehrtherapie mind. 80 Stunden a 50 Minuten siehe Seite 28!) – die Ausbildung qualifiziert ja in beiden Behandlungsformen –, denn unsere eigenen Untersuchungen zu integrativen Formen der Selbsterfahrung haben gute Ergebnisse und eine hohe Zufriedenheit der Ausgebildeten ergeben, was zeigt: **Selbsterfahrung ist eben nicht gleich Selbsterfahrung.**

Der Integrative Ansatz hat für den Bereich von Lehrtherapie und ausbildungsorientierter Selbsterfahrung besondere Entwicklungsarbeit investiert und eine erste umfassende „wissenschaftliche Theorie der Selbsterfahrung“ vorgelegt (*Petzold, Orth, Sieper 2005, Petzold, Steffan 1999a, b*). Das Fehlen einer solchen Konzeption von Selbsterfahrung war schon in dem Buch „**Lehrjahre der Seele**“ (*Frühmann, Petzold 1994*) – ein Pionierwerk – bei fast allen Texten aus den verschiedenen Schulen feststellbar. Die integrativen Beiträge darin zur Lehranalyse: „**Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozess der Lehranalyse**“ von *Renate Frühmann* (S. 331-363) und „**Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama in der karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse der der Integrativen Therapie** von *Petzold, Orth* (S. 367 – 445), sowie der Beitrag zur **Kontrollanalyse** von *Petzold* (S. 479 – 616) sind bis heute grundlegend für das korrekte Durchführen von Lehrtherapien und sollten deshalb erneut rezipiert werden – von LehrtherapeutInnen und auch von AusbildungskandidatInnen, denn sie sollten über diese Ausbildungsteile und ihre theoretische Begründung sowie über die praktischen Modalitäten informiert sein.

Dieses Wissen muss gepflegt und weitergegeben, aber auch aktualisiert und über das Bestehende hinaus entwickelt werden. Dabei ist ein leitendes Prinzip, dass Lehrtherapien eine **didaktische Funktion** haben, also all das vermitteln sollen, was auch in der Mehrzahl von PatientInnentherapien von Belang ist. Kurz sei erwähnt:

In den Regelungen für Integrative Lehrtherapien gilt nach wie vor, dass die KandidatInnen verpflichtend ein **Therapietagebuch** führen sollen, eine Maßnahme mit wichtigen, nachhaltigen Effekten für die Menschen in Lehrtherapien, wie sich in unseren Ausbildungsuntersuchungen gezeigt hat. Therapietagebücher sind aber auch für PatientInnen in psychotherapeutischen Behandlungen wesentlich zur Dokumentation ihrer Prozesse und durchaus mit dem Ziel, eine „Tagebuchkultur“ zu (re)etablieren, die auch über die Therapie/Lehrtherapie hinaus fortgesetzt wird!

Die integrative Lehrtherapie hat in der Regel *zwei Teile* und soll bei einem *männlichen* Lehrtherapeuten *und* einer *weiblichen* Lehrbefugten durchgeführt werden, was durch die heutigen Erkenntnisse der Genderforschung und Gender- und feministischen Theorie unterstrichen wird, die in den Lehranalysen reflektiert werden müssen (*Gahleitner, Ossola* in: *Sieper, Orth, Schuch* 2007) – diese Regelung ist auch für viele PatientInnen empfehlenswert, denn **genderspezifische Therapie** ist ein Desiderat und sollte, wo indiziert, auch in der PatientInnenarbeit durch Weiterempfehlung umgesetzt werden, denn nicht alles kann optimal bei einem Mann/einer Frau bearbeitet werden. Oft genügen nur wenige Stunden einer Anschlussbehandlung, um Wesentliches zu bewirken. Leider wird dieses Modell zu wenig mit PatientInnen praktiziert und in ihnen seiner Sinnhaftigkeit vermittelt, wohl weil PsychotherapeutInnen sich als „allrounder“ verstehen und dazu tendieren, PatientInnen zu binden. Genderbewusste LehrtherapeutInnen sollten hier Vorbild sein und überdies das Genderthema, die Verweisungspraxis und eventuelle, weiterführende Themen in der Lehrtherapie thematisieren.

Inzwischen ist die „**Grundregel der Integrativen Therapie**“ ausgearbeitet worden (*Petzold* 2000a, 2007n, siehe Anhang I), die selbstverständlich auch für die Lehrtherapie gilt und hier eine gute Leitlinie gibt, die zu Beginn einer Zusammenarbeit als Grundlage des Arbeitsbündnisses verpflichtend vermittelt werden muss. Der Austausch von LehrtherapeutIn und KandidatIn zu Anfang der Lehrtherapie über die Grundregel ist ein therapieethisches und didaktisches Erfordernis und ist – wo das versäumt wird, von den KandidatInnen einzufordern. Auch in PatientInnenbehandlungen sollte die Grundregel – wo immer möglich – vermittelt werden

Durch die Psychotherapiegesetze in vielen europäischen Ländern sind die PatientInnenrechte gestärkt und Ethikvorgaben auch im Ausbildungsbereich rechtlich festgeschrieben worden, was den Umgang mit der therapeutischen und ausbildnerischen Situation und Beziehung anbelangt. Die Ethikreglemente und Institutssatzungen sowie die Ethikausschüsse der Berufsverbände und der Institute und Hochschulen gewährleisten die Sicherung ihrer Einhaltung und tragen zu einer „gerechten Praxis von Therapie“ – einer **thérapie juste** (Anhang II) – bei.

Therapiegesetze verlangen, dass PsychotherapeutInnen ihre PatientInnen über **Risiken und Nebenwirkungen aufklären müssen**, um *informed consent* (informierte Übereinstimmung) für die Behandlung zu erhalten.

Analog sollte das auch für die Lehrtherapien/-analysen gelten – schon aus den erwähnten didaktischen Gründen, obwohl Lehrtherapien nicht vollauf mit PatientInnentherapien gleichgesetzt werden sollten, denn bei AusbildungskandidatInnen handelt es sich – das sollen die Zulassungsverfahren gewährleisten – um hinlänglich belastbare und prinzipiell um gesunde erwachsene Professionals. Aber auch die können in Krisen geraten, in einen Patientenstatus kommen (z. B. durch Unglückfälle, Erkrankungen) und dann können ähnliche Risiken eintreten, z. B. depressive oder psychosomatische Reaktionen etc. Forschung zeigt: auch Lehrtherapien und Selbsterfahrung im Ausbildungskontext birgt Risiken, Nebenwirkungen und Schadensmöglichkeiten (vgl. *Laireiter* in: *Märtens, Petzold* 2002). Deshalb sollten entsprechende Informationen auch zu Beginn einer Lehrtherapie gegeben werden – wie gesagt allein schon aus didaktischen Gründen: die KandidatInnen sollen dieses Prozedere erleben.

Gerichtliche Rechtsprechung (in Österreich, Deutschland und in der Schweiz gelten im Prinzip ähnliche Rechtsgrundsätze: des Schutzes der persönlichen Sphäre, von Persönlichkeitsrechten und des Daten- und Patientenschutzes, so dass ähnlich argumentiert werden kann) hat die *ethisch ohnehin selbstverständliche Verpflichtung* rechtlich bekräftigt, dass ein Therapeut ohne Erlaubnis seines Patienten keine Materialien von diesem in eine Supervision bringen darf: als Schutz gegen Weitergabe von anvertrauten Geheimnissen (strafbewehrt!, das gilt auch für Lehrtherapien), nicht zu reden von der Weitergabe von PatientInnendaten (unabhängig von der Schweigeverpflichtung der informierten Professionals, die spielt

dabei keine Rolle; vgl. *Petzold, Rodriguez-Petzold 1997*). Wir haben in Untersuchungen im Bereich der Supervision (*Petzold 2007a; Petzold, Schigl et al. 2003*) festgestellt, dass diese Regel immer noch zu wenig Beachtung findet.

In Lehrtherapien sollte schon aus didaktischen Gründen prinzipiell und ohne psychologischen Druck um eine solche Supervisions-Freistellung angesucht werden (die natürlich von KandidatInnen auch abgelehnt werden kann, eine Möglichkeit, auf die natürlich auch verwiesen werden muss), damit die KandidatInnen für dieses Vorgehen ein Modell erhalten, denn nur mit expliziter Zustimmung der Kandidatin darf diese in einer Supervision thematisiert werden, so die Rechtslage. (Argument für Supervision: Auch ein Hausarzt zieht immer wieder auch einen Facharzt bei, um beste Patientensicherheit und Behandlungsqualität zu gewährleisten)

In diesem Kontext sei wieder einmal Selbstverständliches erwähnt: Für LehrtherapeutInnen gilt im Bezug auf KandidatInnen strikte Schweigepflicht, insbesondere in der Kommunikation von LehrtherapeutInnen und LeiterInnen von Ausbildungsgruppen darf nur mit schriftlicher Zustimmung der Kandidatin Bericht gegeben werden..

3.1 Lehrtherapie und „komplexes Lernen“ in differentieller und integrativer Selbsterfahrung

Die Ausbildung in der Integrativen Therapie und ihren Methoden soll für die therapeutische pathologieorientierte **und** salutogeneseorientierte Arbeit in „dyadischen Settings“ (klassisch und ungenau „Einzeltherapie“ genannt) und für die Arbeit „polyadischen Settings“ ausrüsten – Gruppen (vgl. *Orth, Petzold 1995; Petzold, Frühmann 1986a, Petzold, Schneewind 1986*) und therapeutische Gemeinschaften (*Petzold, Vormann 1980; Petzold, Schay, Scheiblich 2006*). Deshalb nehmen in der Ausbildung strukturell die *Lehrtherapie* (dyadisch mindestens 80 Stunden a 50 Min.) und die *Gruppentherapie/Ausbildungsgruppe* (polyadisch 250 Stunden a 45 Min.) eine zentrale Stelle ein, weil in unserem Ansatz die „**Methode durch die Methode**“ gelehrt und gelernt wird. Das charakterisiert unseren Ansatz. Dabei wird im Sinne unserer Theorie des „**komplexen Lernens**“ vorgegangen vgl.:

*Sieper, J., Petzold, H.G. (2002): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und gekürzt in *Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.**

Kein Therapieansatz kommt ohne **Lernmodell** aus, das in Theorie und Praxeologie umgesetzt werden muss: **Lernen** wird auf der physiologischen/neurobiologischen Ebene erforderlich und durch die auf ihr aufbauenden Prozesse der „**Mentalisierung**“⁴ auf der kognitiven (Denken) Ebene, der emotionalen (Fühlen), der

⁴ »Unter **Mentalisierung** verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die *informationale Transformierung*⁴ der konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelten Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und Leibverhältnissen, die Menschen aufgenommen haben, in *mentale Information*. Die Transformierung geschieht durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf *komplexe symbolische Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja transversaler Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, kognitiven und emotionalen *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen, die Willensentscheidungen und Handlungen regulieren können. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Ko-responzenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intra-mentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (*Vygotsky, Moscovici, Petzold*). Je komplexer die

volitionalen (Wollen), sozio-kommunikativen (Beziehen) Ebene, kurz der **Leibebene**. Das personale **Leib-Subjekt** lernt in Kontext/Kontinuum, im Konvoi seiner relevanten Mitmenschen, in seiner Lebenswelt, seinem (mikro)ökologischen Raum (*Petzold* 2006j). Dieses Lernen ist immer auch im Sinne unseres komplexen Entwicklungsmodells (*Petzold* 2003a, 436ff.) ein persönlicher und soziokultureller, ja ökologischer *Entwicklungsprozess* und damit auch mit Entwicklungs-, Sozialisations-, Ökologisations- und Enkulturationstheorie verbunden und natürlich mit *Persönlichkeitstheorie*. Durch Lernprozesse in der Therapie/Lehrtherapie/Ausbildungsgruppe verändert sich ein Mensch: „*on the brain level*“, das zeigen die Neurowissenschaften (*Grawe* 2004; *Petzold* 2002j) und natürlich auf der Ebene der Persönlichkeit bzw. des Leib-Selbstes – besonders, wenn er mit seinem Willen und Wollen mitwirkt (*Petzold, Sieper* 2004, 2007). In unseren vier Bänden zum Willenthema – ein vernachlässigter Bereich in der Psychotherapie -, die wir unter Mitwirkung namhafter Neurowissenschaftler, Psychologen und TherapeutInnen herausgegeben haben, wird das deutlich.

Veränderung in dyadischer und polyadischer Therapie muss also gut reflektiert werden, und auch überkommene Konzepte sind neu zu betrachten.

Ein Kernbereich jeder Veränderungstheorie muss dabei die „**Selbsterfahrung**“ sein, denn das „**Selbst**“ – dieser Kernbereich der Persönlichkeit – erfährt sich, die Anderen, die Welt. *Erleben* und *Erfahren* im Guten wie im Schlechten, durch Gelingen und Erfolge, aber auch durch *Gefahren*, Schädigungen, die auf der Lebensstrasse erleben und erfahren wurden, ist zugleich auch **Lernen**. Das ist eigentlich eine Banalität, und dennoch: in der psychotherapeutischen Literatur hat man sich mit dem Konzept der **Selbsterfahrung** theoretisch und methodologisch noch kaum vertieft auseinandergesetzt. Das aber haben wir getan mit unserem Modell „**differentieller und integrativer Selbsterfahrung**“, das natürlich an die differentielle und integrative Therapiekonzeption unseres Ansatzes anschließt:

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung, in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765.

Es sollte aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein:

Selbsterfahrung ist das Kernelement jeder Therapie und damit auch jeder Lehrtherapie – ein „Metafaktor“. Sie ist immer rückgebunden an das

Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst, ihrer „theories of mind“⁴. Und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalierungen*. Es entstehen auf diese Weise permanente Prozesse der *Überschreitung* des Selbst- und Weltverstehens auf der individuellen und kollektiven Ebene, eine *transversale Hermeneutik und Metahermeneutik* als unabschließbarer Prozess (*Petzold* 2000h)«.

Durch Mentalisierung entwickelte sich über die Jahrtausende der menschliche Geist, lt. *mens*, dieses hohe Vermögen der Vernunft und Geistigkeit, „mind“ and „the minding of mind“ **auf dem Weg** der Menschen durch die Evolution (*Petzold, Orth* 2004) bis zu den gegenwärtigen hyperexzentrischen Mentalisierungen, die erkennen können, dass auch in der extremsten Selbstüberschreitung der sich als Subjekt selbst zu ergründen suchende Menscheng Geist es immer selber ist, der sich zu objektivieren sucht, das Subjekt sich aber niemals vollends zum Objekt machen, es bleibt durch das *strukturelle punktum caecum* begrenzt – und es ist schon viel, das zu wissen.

Therapieverständnis des zugrunde liegenden Ansatzes – hier der Integrativen Therapie.

Das sei kurz verdeutlicht:

»Integrative Therapie ist I. eine **klinische Behandlungsmethode**, II. Instrument der **Gesundheitsförderung**, III. Ansatz der **Persönlichkeitsentwicklung** und in all diesen Funktionen als erkenntnisgerichtete Selbsterfahrung und veränderungsgerichtete Projektarbeit eine wesentliche „Kulturtechnik“. Sie ist also IV. immer auch als **"Kulturarbeit"** zu verstehen.«

I. Klinische Basisdimension. Für die Integrative Therapie als Verfahren steht im Zentrum eine kurative und palliative Dimension. Sie heilt oder lindert seelische oder somatoforme (bzw. psychosomatische) Störungen und Leidenszustände mit Krankheitswert (Pathogenese-Perspektive) und hilft Patienten und Klienten bei schweren Belastungen, Konflikten und Lebensproblemen. Sie unterstützt also das Selbst in seiner „**klinischen Selbsterfahrung**“, d.h. bei den erforderlichen Erkenntnis-, Einsichts- und Bewältigungsprozessen. Als krankheitsverursachend wird psychophysischer Stress angesehen, der die Fähigkeiten zur „dynamischen Regulation“ des Organismus und des Selbstsystems des Subjektes beschädigt als chronischer Stress/Strain, traumatischer Stress, häufiger Hyperstress, sowie psychosozialer Stress durch schlechte Beziehungen sowie Belastungen durch nicht abstellbare **daily hassles** (Baum 2003; Hafen et al. 1996).

II. Salutogenetische Basisdimension. Integrative Therapie hat eine gesundheitsfördernde Dimension. Sie trägt zu einer „gesundheitsbewußten Lebensführung“ und zu einem „gesundheitsaktiven Lebensstil“ von Patienten, Klienten und Kunden bei, und dies keineswegs nur aus Gründen der Prävention als Verhinderung möglicher Krankheit, sondern aus der Erkenntnis, dass Gesundheit ein kostbares Gut und eine Lebensmöglichkeit ist, die mit unterschiedlicher Intensität und Qualität entwickelt werden kann (Salutogenese-Perspektive), wobei psychotherapeutische Methoden der Selbstexploration und Selbststeuerung mit der Zielsetzung „**salutogenetischer Selbsterfahrung**“ verwandt werden. Dabei werden *protektive Faktoren* und *Resilienzen* (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004, Kinder; Müller, Petzold 2003) fokussiert, um ggf. bei Belastungen Resilienzbildung zu fördern, weiterhin *Ressourcen* (Petzold 1997p) im Sinne der Integrativen Ressourcentheorie zu erschließen und salutogenetische Wirkungen zu erzielen. Diese sollen von „**daily hassles**“, dem „alltäglichen, nervendem Kleinkram“ (Baum 2003; Müller, Petzold 2003, 2004) entlasten, aber auch das Nutzen und Genießen der „**daily goodies**“ (Petzold 2000h, 2005r) fördern, der „alltäglichen kleinen Annehmlichkeiten und Freuden“, die ein wesentliches protektives Potential haben.

III. Persönlichkeitsbildende Basisdimension. Integrative Therapie hat eine die Entwicklung der Persönlichkeit fördernde Dimension - für Patienten wie für gesunde Klienten und Kunden -, in der Erkenntnisse und Methoden psychotherapeutischer Verfahren eingesetzt werden (z.T. unter Bezeichnungen wie Persönlichkeitstraining, Selbsterfahrungsanalyse, Coaching, Mentoring), um in „**personaler Selbsterfahrung**“ die eigene Lebensführung aktiv zu planen, zu gestalten und *proaktiv* voranzubringen: d.h. beispielsweise, seine „persönliche Souveränität“ (Petzold, Orth 1998) zu entwickeln, problematische Seiten zu meistern, für sich in angemessener Weise „Sorge zu tragen“ (Foucault 1986), seine Potentiale zu entfalten, einen Lebensstil der *A u f r i c h t i g k e i t* gegenüber sich selbst und der *F r e i m ü t i g k e i t* Anderen gegenüber zu gewinnen (*Parrhesie*-Perspektive).

IV. Kulturschaffende Basisdimension. Integrative Therapie hat eine kultur- und gesellschaftskritische und –entwickelnde Dimension, indem sie aktiv „**Kulturarbeit**“ (Freud 1933a, 86) und kritisch und engagiert „Gesellschaftsarbeit“ betreibt spezifisch für und mit Patienten, aber auch mit Blick auf übergeordnete Problemstellungen (im Sinne von Paul Goodman, Michel Foucault, Ruth Cohn). Hier wurden im Integrativen Ansatz systematische Beiträge zu *Machtanalysen* (Orth, Petzold, Sieper 1995; Petzold, Orth 1999a), zur historischen Aufarbeitung der Geschehnisse im „Dritten Reich“ (Petzold 1996; 2008b) und

zur *Friedensarbeit* (idem 1986a; 2007p; *Petzold, Orth* 2004b/2005a, 689-791) geleistet. Integrative Kulturarbeit will in „**kultureller Selbsterfahrung**“, d. h. in multikulturellen, interkulturellen, transkulturellen und kulturkritischen Erfahrungen (*Petzold* 1998a, 26f, 309ff) dazu beitragen, dass nicht nur für individuelle Dynamiken Bewußtsein gewonnen wird, sondern durch Dekonstruktionen, Diskursanalysen und Metareflexionen (ibid. 157) auch für kollektive, zumeist unbewußte bzw. nicht-bewußte Kräfte - positive wie destruktive -, die den Menschen, die Gesellschaft, die Kultur bestimmen (grundlegend idem 2008b). Ziel ist, die Bereitschaft wachsen zu lassen, dass man sich mit diesen **Diskursen** der Macht, der Wahrheit und des Wissens (*Foucault* 1998) - kritisch und metakritisch in Korrespondenzprozessen - auseinandersetzt, dass man aktiv wird und sich einzumischen wagt, wenn Unrecht geschieht (*Leitner, Petzold* 2005), um Situationen der Destruktivität und Entfremdung zu überschreiten (Transgressions-Perspektive, vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2000). Nur so können Kultur und Gesellschaft in gemeinsamer Arbeit besonnen, verantwortlich und konstruktiv gestaltet werden.

Das führt zu einem komplexen, d. h. differentiellen und integrativen Verständnis von **Selbsterfahrung**,

Komplexe Selbsterfahrung als differentieller und integrativer Prozess – ein „Metafaktor“ im Integrativen Ansatz

»1. **Persönliche Selbsterfahrung** wird verstanden als Prozess eines sich in Kontext und Kontinuum und in relevanten sozialen Netzwerken/Konvois wahrnehmenden **Leib-Subjekts**, das sich in **POLYLOGEN**⁵, d. h. in vielfältigen, ko-respondierenden Begegnungen und Auseinandersetzungen mit den Mitmenschen und im eigenen Entwerfen, Planen und Handeln selbst erlebt, sein SELBST erfährt, sein SELBST schöpferisch gestaltet. Seine Prozesse der **Mentalisierung**, d. h. der Informationsaufnahme und -verarbeitung sind bewusst, aber auch in großem Maße unbewusst, so dass es sich folglich teils fungierend und teils intentional steuert/reguliert und in diesem Lern- und Entwicklungsgeschehen eine differenzierte **Persönlichkeit** (Selbst, Ich, Identität) ausbildet. Diese Selbsterfahrungsprozesse geschehen in allen Bereichen und Dimensionen des Lebens und sind insgesamt als somatosensomotorische, perzeptive, affektive, volitive, kognitiv-reflexive, diskursiv-kommunikative und z. T. metareflectierte **Lebenserfahrung des Leib-Subjekts** zu sehen. Die Selbsterfahrungsprozesse finden einerseits in der ganz gewöhnlichen Alltagswelt statt und andererseits in spezifischen „**sozialen Welten**“ (z. B. in klinischen Kontexten, Arbeits- und Ausbildungssituationen) als Wege „phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisgewinns“, „produktiver Realitätsverarbeitung“, „differentieller Selbststeuerung“ und „kokreativer Selbstgestaltung“ in lebenslanger Entwicklung und Sozialisation, durch die ein Mensch seine **Regulationspotentiale, Metakognitionen über sich selbst, seine Identität, eine „theory of mind“⁶, empathische Kompetenz und seine menschlich-mitmenschlichen Qualitäten** (Gelassenheit, Großherzigkeit,

⁵ **POLYLOG**, das ist ein Sprechen und Erzählen, ein Zuhören und Sich-Einlassen *nach vielen Seiten*, bei dem niemand ausgegrenzt werden soll, sondern im Gegenteil: durch den **POLYLOG** sollen so viele Menschen wie möglich angesprochen werden und sich als „Zugehörige“ erleben dürfen, sollen eingeladen werden in einen gastlichen Raum der *Konvivialität*, eines „guten Miteinanders“ in der Gemeinschaft (соборность, *sobornost*). Sie sollen gewonnen werden zu einer engagierten Zusammenarbeit, um ein „gutes Leben“ für Menschen zu realisieren.

⁶ Dieser Term TOM bezeichnet die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, was im „mind“ eines Anderen vor sich geht (*Fletscher et al.* 1995): „Ich weiß, dass er weiß, ich weiß, was er meint, sich denkt, was er empfindet etc. ... und ich weiß, dass er es weiß“ – Grundbedingung für menschliche Kommunikation und Empathie. Das Konzept kam mit der Frage von Primatenforschern auf: „Does the chimpanzee have a theory of mind?“ (*Premack, Woodruff* 1978; *Woodruff, Premack* 1979). Die „Emergenz“ der TOM ist der große Quantensprung auf dem WEG der Hominiden durch die Evolution – darüber sind sich Evolutionsbiologen, -psychologen und -philosophen heute einig (*Buss* 1999; *Kennair* 2004; *Petzold, Orth* 2004b). Es geht also nicht nur um höchst differenzierte Vorstellungen über den „mind“ von anderen – in komplexen sozialen Situationen, in Mehrpersonensettings auch über die „minds“ von anderen – zu entwickeln, sondern auch um die Fähigkeit, Vorstellungen über Vorstellungen, Metarepräsentationen, auch „Metarepräsentationen meiner selbst“, hervorzubringen, die die bildgebenden Verfahren der Neurowissenschaften sogar aufzeigen können (*Fletscher et al.* 1995; *Voegely et al.* 2001).

Engagement, Altruismus u. a. m.) ausbildet und beständig weiter entfaltet, wenn ihm das Leben gelingt.

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

3. Methodische Selbsterfahrung ist auf behandlungsmethodische und -technische Fertigkeiten und ihre theoretisch-konzeptuellen und forschungsfundierten Hintergründe im Professionalisierungsprozess gerichtet und lehrt die angehenden „Experten für Menschenarbeit“ u. a. die differenzierende Wahrnehmung und Handhabung ihrer **Regulationspotentiale** auf der somatosensumotorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, kommunikativen Ebene in den POLYLOGEN der interpersonalen Beziehungen, um ihre Reaktionen auf spezifische Themen (Krankheit, Leid, Tod, Angst, Aggression, Sexualität, Begehren, Macht etc.) kennen zu lernen sowie ihre Resonanzen auf Menschen (Männer und Frauen, Junge und Alte) mit speziellen Störungsbildern (Angst-, Zwangs-, Borderline-Persönlichkeitsstörungen etc.), damit sie – unverzichtbar auch mit Bezug auf Theorie und Forschungs – einen persönlich und klinisch angemessenen Umgang mit diesen Reaktionen/Resonanzen entwickeln können. Es wird ihnen im Selbst-erleben der integrativen therapeutischen Methoden und Techniken „am eigenen Leibe“ und im Sich-Selbst-erfahren in der theoriegeleiteten und forschungsgegründeten Anwendung solcher Instrumente unter fachlich kompetenter Supervision und aufgrund integerer Begleitung durch ihre Lehrtherapeuten die sorgfältige, von Therapeut und Klient gemeinsam verantwortete Handhabung der **Integrativen Therapie** (shared locus of control) vermittelt. Sie erfahren und praktizieren die partnerschaftliche, wertschätzende und damit „Selbstwert“ und „Souveränität“ aufbauende Praxis des Integrativen Ansatzes, seine für Menschen engagierte, konviviale Qualität, der es um die Gewährleistung von „patient well-being“, „patient security“ und „patient dignity“ im Sinne der „**Integrativen Grundregel**“ und ihrer ethischen Orientierung geht (Petzold 2000a, 2006n vgl. Petzold, Steffan 1999a,b).«

Mit diesem **komplexen Selbsterfahrungskonzept** der Integrativen Therapie – persönlicher und methodisch-professioneller Selbsterfahrung – vermag man den Selbsterfahrungsgedanken im Ausbildungskontext gut begründet zu verwenden, so dass es von den KandidatInnen theoretisch-methodisch verstanden und für die eigene PatientInnenarbeit genutzt werden kann.

3.2 Inhalte von integrativer Lehrtherapien und Selbsterfahrungsprozessen

Es ist, so hoffen wir, deutlich geworden, dass es im Integrativen Ansatz um eine spezifische **Art der Lehrtherapien** und **Selbsterfahrung** geht, und dass ein hoher oder geringerer Wert für eine wirksame, qualitätsvolle Ausbildung von dieser Spezifität abhängt. Integrative Lehranalysen müssen deshalb *lege artis* durchgeführt werden. Wichtige Elemente lehrtherapeutischer Selbsterfahrung werden deshalb nachstehend zusammengestellt.

Integrative Lehrtherapien sollen umfassen:

- **1.** Prozesse persönlicher Erkenntnis (bewussten und unbewussten Selbsterlebens, Selbsterkenntnis) und des Wachstums (Selbstentwicklung, Selbstfindung) fördern, und dabei die **Stile** des eigenen Denkens, Fühlens, Wollens, Kommunizierens erfahrbar machen sowie ihre sozialisatorischen Hintergründe in den Blick zu nehmen:
- **2.** eigene biographische Belastungen – bewusste und unbewusste – *critical life events* und potentiell pathologische Einflüsse zu erfassen und zu verstehen (Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte, *Petzold 2003a, 466ff*), selbst wenn sie bewältigt wurden oder gut kompensiert sind, um *Ressourcen* (idem 1997p), *salutogne Einflüsse* und *protektive Faktoren*, probate *Copingstrategien* und *Creatingstile* in der eigenen Biographie zu entdecken und erfolgreiche *Resilienzbildungen* (*Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004*) zu verstehen und zu nutzen.
- **3.** Pathologische Residualsymptomatik und offene Probleme der eigenen Persönlichkeit zu bearbeiten – z. B. Selbstwertproblematiken (oft auch mit dem nicht sehr glücklichen Term „Narzissmus“ bezeichnet, *Schlagmann 2007*) von TherapeutInnen, die bei dem großen Potential von *Deutungsmacht* in der Psychotherapie (*Pohlen, Bautz-Holzherr 1994*) durchaus negativ zum Tragen kommen können⁷. In Lehrtherapien werden deshalb oft auch integrierte oder schon bearbeitete biographische Themen nochmals aufgegriffen, Probleme aufgedeckt, die man bei so manchem Patienten nicht anrühren würde, weil sie gut kompensiert sind und man besser stützend oder mit alternativen Erlebnismöglichkeiten arbeiten würde, um keine unnötige Labilisierung oder gar Retraumatisierung zu riskieren, *denn nicht alles muss bearbeitet werden!* In einer Lehrtherapie indes muss sich der angehende Therapeut solchen Problemen stellen, um nicht in einer seiner Therapien von ähnlichen Problemen seiner PatientInnen überrascht und labilisiert zu werden, Themen, die der Therapeut dissoziiert und selbst noch nicht bearbeitet hat, so dass er bei ihnen auch für seinen Patienten kein kompetenter Helfer sein kann. Auch abgelehnte oder vermiedene Gefühlsbereiche: Aggression, Gewalt, Grausamkeit, Gier, Geiz und Ekel, Missgunst und Neid, Todesfurcht und Sterbensangst etc. sollten angesehen werden, denn das sind Bereiche, die in PatientInnentherapien durchaus aufkommen können (nicht müssen!). Das ist ein wichtiger Rechtfertigungsgrund dafür, in Lehrtherapien im *informed consent* auch kompensierte Problemkomplexe nochmals oder erstmals zu bearbeiten oder Grenzbereiche des emotionalen Spektrums anzusehen (was durchaus mit Labilisierungen verbunden sein kann, worüber im Vorfeld informiert werden muss!).
- **4.** In solchen Prozessen wird auch die Anwendung spezifischer Methoden, Techniken und Medien (Leibinterventionen, Atemarbeit, Imagination, kreative Medien etc.) erlebt und all dieses wird in der Lehrtherapie reflektiert, um in einer Theorie-Praxis-Verschränkung den eigenen Prozess nicht nur *emotional-limbisch* sondern auch *kognitiv-präfrontal* zu verstehen, nicht nur aus der persönlichen Betroffenheit, sondern auch als erlebender *und* reflektierender Professioneller. Die Vorstellung, dass durch reflexive Momente die emotionale Intensität leiden könnte – etwa von „Parentingprozessen“ (*Petzold, Orth 1999*) –, ist ein tiefenpsychologisches und gestalttherapeutische Fehlkonzept (*Freud* sagte zwar, der Patient "hat vielmehr vor allem zu lernen, was keinem leicht fällt anzunehmen, dass *durch geistige Tätigkeit*

⁷ In unseren Untersuchungen zu Therapieschäden und in der Resonanz auf unsere Publikationen zu Thema zählten zu den häufigsten Klagegründen von Betroffenen die Arroganz und das Unverständnis der TherapeutInnen, überstülpende Deutungen, voreilige Zuschreibungen, Uminterpretationen des Behandlungsauftrages, Schuldzuschreibungen an die Betroffenen – alles Strategien der Ausübung von Definitionsmacht durch TherapeutInnen.

von der Art des Nachdenkens⁸, dass durch Willens- und Aufmerksamkeitsanstrengungen keines der Rätsel der Neurose gelöst wird, sondern nur durch *geduldige Befolgung* der psychoanalytischen Regel, welche die Kritik gegen das Unbewusste und dessen Abkömmlinge auszuschalten gebietet" (Freud, Ratschläge, 1912, StA, S. 179). Und Perls (1966/1980, 117; 1969, 50) meinte: „loose your mind and come to your senses!“ . Aber das sind falsche Doktrinen, die u. a. der Sicherung von Therapeutenmacht dienen! „Keep your mind an come to your senses!“ Entwickle deine „emotionale Intelligenz“ und „sinnliche Reflexivität“! Das ist programmatisch für die Integrative Theorie und Praxis! Vgl.

Heuring, M., Petzold, H.G. (2003): „Emotionale Intelligenz“ (Goleman), „reflexive Sinnlichkeit“ (Dreizel), „sinnliche Reflexivität“ (Petzold) als Konstrukte für Supervision und Therapie - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 14/2003; rev. POLYLOGE 2007.

Gerade in der Integrativen Therapie unterstreichen wir die unlösbare Verflochtenheit von *Kognition, Emotion* und *Volition* in der Kommunikation und im Handeln, der *poiesis*. Das wird durch die aktuelle neurowissenschaftliche Forschung gut abgesichert, die *cognitive neuroscience* (Gazzaniga 2000), *emotional neuroscience* (Panksepp 1998; Davidson et al. 2002) und *volitional neuroscience* (Brass, Haggard 2007; Libet 2002; Petzold, Sieper 2007a, d) verbindet (Anderson et al. 2007; Petzold, Orth 2007). Das muss in der Lehrtherapie erfahrbar werden.

- 5. Lehrtherapie trägt damit insgesamt zu der Entfaltung einer reichen, kreativen, strahlkräftigen, prägnanten und zugleich besonnenen, feinfühligem und empathischen Persönlichkeit bei, die weltoffen und großzügig ist und über ein hohes Maß an **Souveränität** verfügt (Petzold, Orth 1998a). Wir ziehen den Term „**Souveränität**“, das Verfügen über den eigenen personalen Raum, der an durch **Angrenzung** an andere Souveränitätsräume und Prozesse des „Handelns um Grenzen und Positionen“ bestimmt wird, dem zwiespältigen Begriff der „**Autonomie**“ vor, der suggeriert, Menschen könnten nach ihrem eigenen Gesetz (*nomos*) leben. Lehrtherapien wollen Menschen auf den Weg bringen oder in ihrem Weg bestärken, die hier genannten Qualitäten bewusst und entschieden über ihre Lebensspanne hin zu entwickeln gemäß der integrativen Maxime: „Mache Dich selbst zum Projekt!“ (Petzold, Orth 2007). Damit werden wichtige Themen zentral, die für Lehrtherapien/-analysen, aber auch für Selbsterfahrungsanalysen ohne primär therapeutische Ausrichtung bedeutsam sind: die Frage nach dem persönlichen Mut, der Zivilcourage, dem was die Griechen **Parrhesie** (freimütige Rede, Foucault 1996; Petzold, Ebert, Sieper 1999/2001) nannten; Fragen nach der Fähigkeit zu „weiterführender Kritik“, die man geben, aber auch annehmen können muss. Es gibt eine Parrhesie „nach aussen“, wenn man z. B. in Akten der Zivilcourage Unrecht entgegentritt (Petzold, Regner 2005), und es gibt eine Parrhesie „nach innen“, „**Selbstparrhesie**“, wenn man sich mit sich selbst konfrontiert, in den Spiegel schaut, sich Rechenschaft gibt über die „Arbeit an sich selbst“ – und die ist nicht leicht (Foucault 2006). Sokrates und Diogenes von Sinope waren die großen Protatagonisten der *Parrhesie*, der offenen, freien, ehrlichen Rede und der Selbstkonfrontation, in der Antike, Bourdieu (1998) und Foucault (1996) haben hier in unserer Zeit Maßstäbe gesetzt. Therapien und vor allem Lehrtherapien finden hier wichtige Modelle, auf die man auch heute zurückgreifen kann (Petzold, Leitner et al. 2008) für die Fragen nach den Kompetenzen des *differenzierenden Problematisierens*, des *kultivierten Zweifelns* auf dem Boden hinlänglicher Sicherheit und über ihn hinaus,

⁸ In seiner eigenen Praxis indes war Freud durchaus theoretisierend bzw. intellektualisierend, wie das Originalprotokoll seiner Analyse mit Blum zeigt (Pohlen 2005).

was eine hohe Kunst ist und ein ausgewogenes „interplay“ zwischen dem *cingulärem gyrus* und dem *nucleus caudatus* erfordert, wie neuere Hirnforschung zu den Themen Sicherheit und Zweifel zeigt. Natürlich wird dabei auch eine (gender-, schicht- und ggf. ethniewusste) Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Lebensprinzipien, ihrem Herkommen und ihrer Umsetzung im persönlichen Leben erforderlich, was Themen des „*geistigen Lebens*“ (Neuenschwander 2007, in: Sieper et al. 2007) und Fragen nach den *Tugenden* (ein weißer Fleck in der psychotherapeutischen Literatur) mit sich bringt. *Tugenden* sind wahrgenommene, überdachte, gefühlte Werte („*felt values*“). Gewollt-entschieden werden sie in ihrer konkreten Umsetzung in Lebenspraxis zu „*felt virtues*“, Prozesse, in denen Menschen als „Evidenzerfahrung“ (Petzold 2003a) klar wird, „that values are valuable“! Meine Werte (Gerechtigkeit, Freiheit, Gleichheit, Mitmenschlichkeit, Würde usw.) sind mir *etwas wert*, weil ich ihre Sinnhaftigkeit, ihre Bedeutung, ja ihre Schönheit – eine Verbindung von Ethik und Ästhetik – erlebt und erfahren habe (Petzold 2003d; Petzold, Orth 2005). Lehranalysen haben hier die Chance, Tiefen zu erschließen, die für die persönliche Lebensführung zu einem Reichtum werden können.

- 6. Lehrtherapien werden auch im Ausbildungsprozess insgesamt zu einer Integration der vielfältigen, in einem komplexen Ausbildungscurriculum, wie das der Integrativen Therapie <http://www.donau-uni.ac.at/psymed/it> , auftauchenden Einflüsse beitragen müssen und deshalb auch aus diesen Bereichen theoretische und methodische Fragestellungen thematisieren. Die KandidatInnen sollen ihre Prozesse nicht nur *wahrnehmen, erfassen* und *verstehen*, sondern sie auch sich und anderen *erklären* können (Petzold 1988b). Das erfordert eine terminologische und konzeptuelle Sicherheit, um z. B. „Tiefungsebenen“, „Heilfaktoren“, „Coping- und Creatingprozesse“, Qualitäten von „Relationalität“, Prozesse „dynamischer Regulation“ usw. usw. für sich und dann auch (in zugespasser Sprache) für die PatientInnen benennen zu können, wenn sie *psychoedukativ* „*Theorie als Intervention*“ (Petzold, Orth 1994) benutzen. Es ist leicht einsichtig, dass hierfür den LehrtherapeutInnen (und natürlich auch SupervisorInnen) eine eminent wichtige Aufgabe zukommt. Das macht *eine aktive Teilnahme an der Entwicklung ihres Verfahrens und am Leben der ausbildenden Institutionen und dem dort tätigen KollegInnenkreis* erforderlich.

3.2.1 Formen von Lehrtherapien

Formen von Lehrtherapien sind von inhaltlichen, funktionalen und jurischen Vorgaben (z. B. Gesetze bzw. Verordnungen, fachverbandliche Regelungen) bestimmt und können deshalb von Art, Umfang und Form variieren – nicht aber in den grundsätzlichen Zielsetzungen, methodischen und praxeologischen Momenten, wie sie in diesem Beitrag dargestellt werden.

Lehrtherapien bzw. -analysen im Rahmen von Psychotherapieausbildungen sind grundsätzlich als längerfristige Prozesse anzusehen und anzulegen, sowohl was die Stundenzahl anbetrifft als auch was die zeitliche Erstreckung angeht. Es handelt sich in der Regel um Prozesse, die über zwei, häufiger drei Jahre laufen und je nach Bedarf und Verlaufsdynamik mit ein oder zwei Stunden pro Woche, aber auch zuweilen zeitextendiert durchgeführt werden also z. B. auch vierzehntägig. Wo immer möglich, sollte eine gewisse Zeit auch mit zwei *einzelnen* Wochenstunden durchgeführt werden, weil in derart dichter Frequenz, wie sie in der Arbeit mit PatientInnen zuweilen notwendig wird, bestimmte Phänomene in Übertragung, Affiliation und Traum- und Medienarbeit eintreten, die bei extensiverer Arbeit selten sind. Natürlich ist auch eine Artefaktgefahr gegeben, wie wir sie bei klassischen Psychoanalysen finden. Aber auch das darf in Lehranalysen eintreten, wenn es entsprechend bearbeitet und aufgedeckt wird, um gerade diese Gefahr auch kennen zu lernen und nicht zu unterschätzen. Kommt es zu leibtherapeutischen Sequenzen, die – sofern die LehrtherapeutInnen eine entsprechende Zusatzqualifikation haben – in Integrativen Analysen für die **Selbsterfahrung** auf der Ebene der „Involvierung“ und „autonomen Körperreaktion“ (Petzold 1988n) sehr nützlich sind, dann ist jeweils eine Doppelstunde anzusetzen, damit die Prozesse Zeit zum Einstimmen und Auslaufen

haben. Will eine angehende(r) Therapeut*in selbst leibtherapeutisch zu arbeiten lernen, dann wird er/sie eine entsprechende Zusatzausbildung als Vertiefungsschwerpunkt durchlaufen müssen, zu der auch eine lehrtherapeutische Sequenz mit *Integrativer Leibtherapie* gehört.

Ähnliche Vertiefungsschwerpunkte gibt es in psychotherapeutischen Ausbildungen in

- **Integrativer Kindertherapie**, wo ein Teil der Stunden der Lehrtherapie in einem spieltherapeutischen Modus durchgeführt werden sollte, in
- **Integrativer Musiktherapie**, wo bei einem IMT-Lehrtherapeuten bzw. einer Therapeutin eine Sequenz Musiklehrtherapie durchgeführt wird, sofern nicht bei einem Lehrtherapeuten mit Doppelqualifikation eine integrierte Lehrtherapie absolviert wird.
- **Integrative Kunsttherapie** hat die gleichen Modalitäten.
- **Integrative Leib- und Bewegungstherapie** erfordert eine atemtherapeutische Zusatzsequenz.

Derartige Lehranalysen werden, wie schon ausgeführt (3.) bei einem Mann und einer Frau durchgeführt, um Genderdynamiken zu berücksichtigen, aber auch um ein Modell für die PatientInnenarbeit zu geben, wo man immer wieder auch gezielt Anschlusstherapien in einer geschlechterdifferenten Konstellation erfolgen sollten.

Der okkasionelle Einbezug von LebenspartnerInnen, event. adoleszenten oder erwachsenen Kindern oder ähnlichen Nahraumbeziehungen etwa über 1 – 3 Sitzungen (es soll nicht in eine Paar- oder Familientherapie entgleiten) gehört durchaus zum integrativen Usus, und zwar nicht nur als „Krisenintervention“, sondern durchaus zur PartnerInneninformation, zur Ressourcenerschließung, Kreativierung etc. In der IT wird ja ohnehin immer mit den virtuellen „sozialen Netz“ gearbeitet.

Soziotherapeutische fokale Lehrtherapien sind grundsätzlich an dem Fokalmodell orientiert, weil in Soziotherapie und Beratung genau solche Prozesse erforderlich sind (*Petzold 1993p/2003a; Petzold, Sieper 2008*), die mit bewusstem Willenseinsatz und ggf. im Rahmen einer Case-Work-Konzeption bzw. eines Optimal-Process-Facilitation (*Petzold, Sieper 2007d*) zum Einsatz kommen. Sie umfassen ca. 30 Sitzungen im dyadischen Setting, zuweilen aber auch in folgender Modalität:

Polyadische Therapie in Mikrogruppen:

Menschen sind phylogenetisch aus **Polyaden** hervorgegangen, aus kleinen Familien und Clan-Gruppen. Auch ontogenetisch werden Kinder in Polyaden gross. Die Mutter-Kind-Dyade ist nicht die einzige Konstellation. Schon in den ersten Lebenswochen können Säuglinge differentielle Beziehungen zu mehreren Caregivern und Geschwistern aufnehmen. Menschen sind auf die Kommunikation in Polyaden angelegt. Deshalb sind Gruppentherapien möglich und wirksam. Auch Lehrtherapien können polyadisch erfolgen., Ein Therapeut bzw. eine Therapeutin arbeiten mit zwei oder drei LehranalysandInnen also in Triaden oder Tetraden (der Therapeut ist hier jeweils mitgezählt). Da es in der lehrtherapeutischen Selbsterfahrung um die Handhabung von Beziehungserfahrungen in ihrer Geschichtlichkeit (Übertragungs-Gegenübertragungs-Paradigma) und ihrem Aktualvollzug (Affiliationsparadigma) geht, weiterhin um die „Handhabung selektiver Offenheit“ bzw. von „self disclosure“ (*Weiner 1978*) geht, bieten polyadische Lehrtherapien in Mikrogruppen durchaus ein gutes Lernfeld, auch zum Bearbeiten sehr persönlicher biographischer Erfahrungen, denn sie bieten oft einen Konvivialitätsraum von großer Intensität, die Qualität von Nahraumbeziehungen, wie sie in sehr guten Freundschaften möglich sind. Für solche Intimfreundschaften/Lebensfreundschaften (beste Freundin, best man) stellen sie auch ein gutes Modell bereit. Menschen sollten in ihren sozialen Netzwerken „beste FreundInnen“ haben. Sharing und Feedbackprozesse spielen eine große Rolle, aber auch mutuelles Halten (mutual holding), Ermutigen, Trösten. Prozesse des spiegelneuronengestützten Imitationslernens (*Petzold 2004h*) kommen zum Tragen. Eine solche polyadische Mikrogruppe sollte mindestens über 90 Minuten laufen, zweieinhalb Zeitstunden aber nicht überschreiten. Methodisch kommen kreative Medien, narrative Praxis, Stuhlarbeit, Arbeit mit „structures“ (*Pesso*), Skulpturierungen, Mikropsycho drama o. ä. zum Einsatz. Prinzipiell sollte diese Arbeitsform das mittelfristige Format (ca. 30 Std.) nicht überschreiten. Einzelsitzungen mit den TeilnehmerInnen sind durchaus gelegentlich ergänzend möglich und sinnvoll, sollten aber in der Mikrogruppe offen besprochen bzw. vereinbart werden. Konflikte, Rivalitäten, Nähewünsche – all diese Phänomene bieten ein hohes Lernpotential, nicht zuletzt für Menschen, die in nicht aufgelösten Geschwisterkonflikten standen bzw. stehen oder für Einzelkinder, die sich mit einem

Erfahrungsdefizit näherungsweise befassen wollen. Polyadische Mikrogruppen sind durchaus auch mit PatientInnen möglich, setzen aber eine gute Differenzierungs- und Belastungsfähigkeit voraus.

Das Ziel einer Lehrtherapie ist in erster Linie, kompetente und integrale TherapeutInnen mit einer hohen Behandlungsqualität auszubilden.

3.3 Schulenübergreifende Perspektiven – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Diese Zielsetzung der Lehrtherapie sollten alle modernen Psychotherapieverfahren gemeinsam haben. Behandlungsqualität, das ist dabei der „Goldstandard“! Vieles andere könnte auch in einer Selbsterfahrung oder einer Therapie zu persönlichem Wachstum erreicht werden. Aber in der Professionalität liegt – neben allen anderen schon erwähnten Elementen – das Spezifikum von Lehrtherapie mit ihrem Schwerpunkt bei der „**agogischen**“, „**psychoedukativen**“, der **lehrenden Dimension** und ihren metatheoretischen, theoretischen und praxeologischen Hintergründen für den lehrtherapeutischen Prozess (*Frühmann 1994; Petzold, Orth, Sieper 2005*).

Es dürfte aus dieser kompakten Übersicht klar geworden sein, das sich in unserem Ansatz schulenübergreifende Gemeinsamkeiten finden lassen, unsere Ausführungen – wie insgesamt für die Integrative Therapie charakteristisch – auch für andere Therapierichtungen (Gestalttherapie, Psychodrama; Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie etc.) nützlich sein können, besonders die Richtungen, die sich mit dieser Thematik bislang erst wenig auseinandergesetzt haben. Es wird aber auch deutlich: Die Integrativen Lehrtherapien mit ihrer spezifischen Form der Selbsterfahrung sind *keine verhaltenstherapeutischen „Selbstmodifikationen“* und auch keine *psychoanalytischen, übertragungszentrierten „Widerstandsanalysen“*, schließlich auch keine *traditionell-gestalttherapeutischen, emotionszentrierten Kontaktzyklusprozesse*. Obgleich Integrative Lehrtherapie und Selbsterfahrung mit all diesen genannten Ansätzen wichtige Gemeinsamkeit hat, ist sie mit ihnen, solange sie puristisch orientiert sind, nicht gleichzusetzen, allein schon, **weil sie mit all diesen Ansätzen Gemeinsamkeiten hat**. Diese Position wurde schon ausgeführt in:

Petzold, H.G., 1980q. Zur Methodenintegration in der Psychotherapieausbildung. Gestalt-Bulletin 2/3, 5-14.

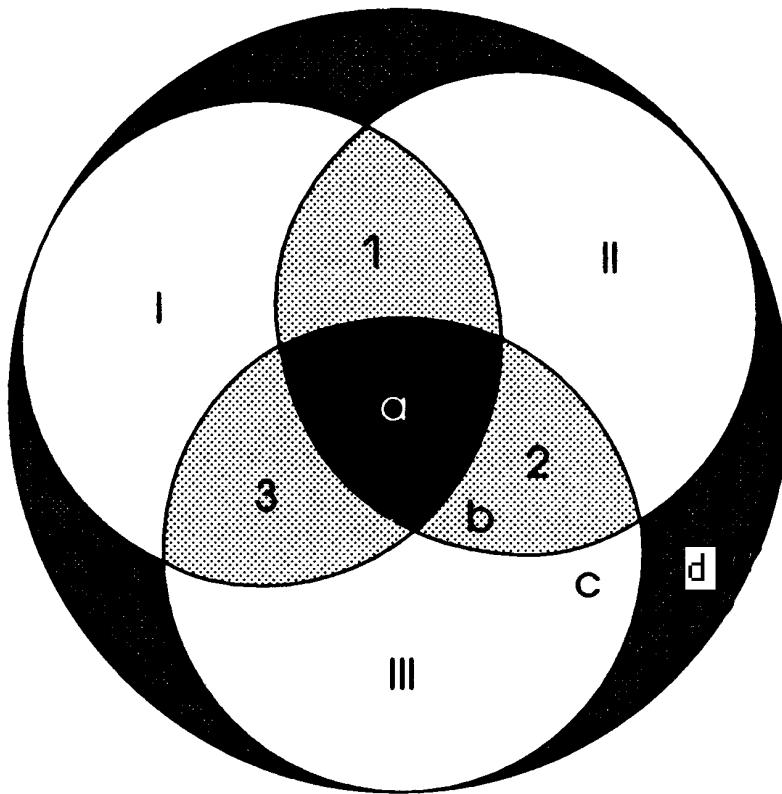


Abb.: Homologien und Differenzen – „common and divergent concepts“ in den Orientierungen der Psychotherapie (Schnittmengendiagramm von *Petzold* 1971f, 3 hier aus 1980q)

Legende:

I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (*Freud, Jung, Adler, Lacan*)

II Humanistische Psychotherapie (*Moreno, Perls, Rogers*)

III Verhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*)

a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)

b Similäres (hellgraue Felder)

c Divergentes und Differentes (weiße Felder)

d Synergetisches (mittelgraue Felder)

1 Verfahren, die zu Psychoanalyse/Tiefenpsychologie *und* Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten haben

2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben

3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben (*ibid.*).

Exemplarisch seien für genannten Gemeinsamkeiten einige Momente genannt, die gleichzeitig wiederum auch Unterschiedlichkeiten deutlich machen:

- Für die VT-Gemeinsamkeiten:

Zielorientiertheit, übungszentriertes Vorgehen und sorgfältiger **Transfer** von Erfahrungen und Erkenntnissen in das Alltagsleben, vgl.:

Petzold, H.G., Osterhues, U.J. (1972b): Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum. In: *Petzold (1972a)* 232-241.

Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration. Düsseldorf: FPI-Publikationen. S, 142-188.*

Der letztzitierte Text hilft, die Zielfrage zu klären. Die Therapieforschung zeigt: wo klare Ziele gemeinsam erarbeitet wurden, deren Erreichen/Nicht-Erreichen **überprüft** wird, damit Korrekturen möglich werden, hat man bessere Therapieergebnisse (*Grawe 1968*). Das gilt auch für Lehrtherapie und deshalb muss in ihnen dieser Dimension hohe Bedeutung zukommen, auch deshalb, weil modellhaft in der eigenen Lehrtherapie deutlich wird, wie man zu gemeinsamer Zielerarbeitung, Umsetzung und nachhaltiger Zielrealisierung kommt. Das verlangt – und hier gehen wir über die VT hinaus - eine deutliche Zukunftsorientiertheit, die *wertegeleitet* sein muss (vgl. *Lachner 2007; Neuenschwander 2007*, beides in *Sieper, Orth, Schuch 2007*), eine Entwicklung „**antizipatorischer Kompetenz**“ (*Petzold, Sieper 2007c*) und einen Paradigmenwechsel zu **proaktivem Handeln** (*Petzold, H.G. 2005o, Integrative Therapie 1-2, 3-6*) durch In-Blicknahme, verantwortliche Planung und konkrete Vorbereitung von Zukunft als Zielrealisierung. Fehlt dieses Element in Lehrtherapien, dann fehlt etwas im Lehr-/Lernprozess.

- Für die **PSA-Gemeinsamkeiten**:

„Die Funktion der Lehranalyse ist also eine dreifache: Erlebnis des Unbewussten, Demonstration der Technik und Schärfung des Blicks für das Unbewußte durch Arbeit an den eigenen Verdrängungen. Die letzte Funktion ist am ehesten mit der Therapeutischen Arbeit am Neurotiker zu vergleichen. In den beiden anderen Funktionen gehen die Absichten der Lehranalyse über die therapeutische Funktion am neurotischen Patienten hinaus“ (*Anna Freud 1938/1994, 97*, in: *Frühmann, Petzold 1994*).

Mit dem psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Paradigma verbindet uns die Ausrichtung auf unbewusste Dynamiken, die Arbeit an Verdrängtem und Dissoziiertem, die methodisch-technische Instruktion, die Rekonstruktion der Lebensnarration mit den daraus resultierenden *Narrativen* (*Petzold 2003a, 333, 434*) belastenden und – hier überschreiten wir den Ansatz *Freuds* – salutogenen Einflüssen. Damit wird Therapie zur „Biographiearbeit“ - und das ist mehr als Analyse vgl.

Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.

Biographiearbeit soll mit der Kompetenz ausstatten, die eigene Lebenserzählung souverän selbst zu gestalten, gemeinsam mit den relevanten Personen des eigenen Konvois. Netzwerkanalyse, Einbeziehung wichtiger Menschen (über das Virtuelle hinaus etwa den Lebenspartner/die Lebenspartnerin, einen „besten Freund“) für eine oder zwei Stunden in die Arbeit der therapeutischen **Dyade**, die sich damit zur **Polyade** erweitert. Hier gehen wir klar über das tiefenpsychologische Paradigma hinaus – *Freud* hatte strikt Angehörige ausgegrenzt:

"Bei der psychoanalytischen Behandlung ist die Dazwischenkunft der Angehörigen geradezu eine Gefahr ... Den Angehörigen des Patienten kann man durch keinerlei Aufklärung beikommen ..." Vorlesungen 1916/17, StA, S. 441ff). "Am dringendsten möchte ich davor warnen, um die Zustimmung und Unterstützung von Eltern und

Angehörigen zu werben ..." Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung 1912, StA, S. 180).

In der Integrativen Therapie sehen wir das völlig anders: Wir machen in ihr niemals „Einzeltherapien“, denn das Setting „Patient und Therapeut“ ist in sich ja schon *dyadisch*. Wir arbeiten deshalb immer mit „einem Menschen in seinem sozialen Netzwerk/Konvoy“ – Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen usw. –, die zumindest *virtuell*, als „Familie im Kopf“ (Petzold 2006v) präsent sind. Wo indiziert und sinnvoll, können solche wichtigen Menschen aus dem „Nahraum“ ggf. auch auf Einladung real und konkret in das dyadische Setting kommen“ (Petzold 2006h). Das wird noch viel zu wenig genutzt. Lehrtherapien bieten die Möglichkeit, das zu erfahren und als Kompetenz zu erwerben, denn ohne (zumindest indirekten) Einbezug des Netzwerkes, das Prozesse unterstützt, sie nicht behindert, sich am Veränderungsgeschehen beteiligt, ist Therapieerfolg schwierig. Solche Sequenzen gehören also schon aus didaktischen Gründen in eine Lehrtherapie hinein. Dann wird auch die Gefahr kleiner, dass Therapien zu einem Risiko für Familien- bzw. Paarbeziehungen werden, wie immer wieder geschehen kann. Netzwerk-/Konvoi-Arbeit wird ein „Muss“ in der Lehrtherapie, die nicht nur vergangenheitsgerichtet **Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP)** in der Netzwerkgeschichte bearbeiten muss, sondern auch der Netzwerksanierung und **Netzwerkpflege** in der Gegenwart sowie der **Netzwerkentwicklung** und -sicherung für die Zukunft Beachtung schenken muss („Will you still need me will you still feed me when I'm sixtyfour?“).

Brühlmann-Jecklin, E, Petzold, H.G. (2004): Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 5/2005 und in Gestalt 51(Schweiz) 37-49.

Petzold, H.G. (2006v): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2006

- Für die **Gestalt-Gemeinsamkeiten**:

Mit dem klassischen Gestaltansatz haben wir die Wichtigkeit des **Emotionalen** gemein, allerdings auf dem Boden unserer „komplexen Emotionstheorie“ mit ihrer Entwicklungspsychologie der Emotionen, die den Menschen in „emotionalen Feldern“ sieht und der es um eine „differentielle Emotionsarbeit“ geht (anders als bei *Perls* mit seinen fünf Grundemotionen). Wir arbeiten mit leiblichen Regungen, Empfindungen, Affekten, Gefühlen, Stimmungen, Grundstimmungen, mit „basalen Gefühlen“ und auch „sanften Gefühlen“ („irenische“ Gefühle wie *Heiterkeit, Friede, Zärtlichkeit, Gelassenheit, Zuversicht* etc.), die so bedeutsam für Gesundheit sind, mit vitalisierenden Empfindungen und Gestimmtheiten wie *Frische, Lebensmut, Kraft, Neugier, Entdeckerlust*.

Wesentlich ist im Unterschied zur traditionellen Gestalttherapie mit ihrer Abwertung des Denkens und der Rationalität (*mind fucking, Perls 1969, 73*) die Verbindung von Gefühl und Vernunft, die kognitive Integration des Durchfühlten, der Gewinn von Besonnenheit und Sinnerfassung (s. u.).

Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870/(2003a) S. 607 – 663 und revid. in (1995g, Die Wiederentdeckung des Gefühls).

Eine Lehrtherapie, die solche existenziellen Themen bearbeitet, wird für einen Menschen eine Lehrzeit, in der er erneut und vertieft damit in Kontakt kommt, an sich selbst zu arbeiten, so dass das „**Leben ein Meisterstück**“ werden kann, wie das *Montaigne* sah (vgl. *Jung in Sieper, Orth, Schuch 2007*). In einer solchen Therapie werden Menschen „Gestalter ihrer eigenen Identität“ (*Petzold 2001p*), finden sie – oft unterstützt durch die Arbeit mit kreativen Medien und einer „narrativen Praxis“ in der Therapie zu einer Ästhetik der eigenen Existenz, die ein hohes veränderungswirksames Potential hat, vgl.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: Kunst & Therapie 1-2/1999, 105-145, Integrative Therapie 3/2004; Auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit - 07/2001.

Die bislang geschilderten Erlebens und Erfahrungsmöglichkeiten in Lehrtherapien mit ihren therapieähnlichen oder gar therapeutischen Momenten haben in all ihrer Verschiedenheit und in ihren Gemeinsamkeiten mit den unterschiedlichen Therapieorientierungen, die aufgezeigt wurden, u. E. einen gemeinsamen Nenner: die Erfahrungen von „Sinn“, „Sinnerleben“, denn immer geht es auch um ein Erschließen von „vielfältigem Sinn“ durch *Differenzierungs-, Integrations- und Kreative Arbeit*, die in den kokreativen Prozessen der Lehrtherapie gesteigert wird, so dass die „**Sinnerfassungs-, die Sinnverarbeitungs- und die Sinnschöpfungskapazität**“ wachsen kann. Das gilt in mehr oder weniger breiter Weise und in unterschiedlichen Spezifitäten für die verschiedenen aufgeführten Richtungen bzw. Schulen. Vgl.:

Petzold, H.G., Orth, I. (2005a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.

Orth, I., (1993) Integration als persönliche Lebensaufgabe, Vortrag 3. Dtsch. Kongreß f. Gestalttherapie und Integrative Therapie, 25.-28.02.1993, München 1993; in: Petzold, Sieper (1993a) und repr. in Petzold, Orth 2005, s. o.

Diese Erfahrung von Sinnhaftem ist grundlegend. Sie schließt – ganz wie der Klient/die Klientin es brauchen – die Auseinandersetzung mit Werten, mit Lebenszielen, der persönlichen Lebensphilosophie, Weltanschauung, Religiosität, Spiritualität oder „säkularer Mystik“ (*Lachner 2007 und Neuenschwander 2007, in Sieper, Orth, Schuch 2007*), mit dem eigenen Mann-Sein und Frau-Sein ein, wie überhaupt alle Themen in Lehrtherapien und Selbsterfahrung gendersensibel betrachtet werden müssen.

Petzold, H.G. (2005b): Unterwegs zu einem „erweiterten Seelsorgekonzept“ für eine „transversale Moderne“, In K. Henke, Marzinzik-Boness, A. (Hg.): Aus dem etwas machen, wozu ich gemacht worden bin“ — Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit. Stuttgart: Kohlhammer. 213-237.

Orth, I. (2002) Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis, Düsseldorf/Hückeswagen 2002, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 15/2002, auch in Integrative Therapie 4, 2002, 303-324.

Gahleitner, S., Ossola, E. (2007): Genderaspekte in der Integrativen Therapie: Auf dem Weg zu einer geschlechtssensiblen Therapie und Beratung In: Sieper, Orth, Schuch (2007) S. 406-447.

Petzold, H.G. (2005t): Homo migrans. Der „bewegte Mensch“ – Frauen und Männer in Bewegung durch die Zeit. Transversale Überlegungen zur Anthropologie aus der Sicht Integrativer Therapie. www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Jg. 2005; auch in: Willke, E. (2006): Forum Tanztherapie. Sonderausgabe Jubiläumskongress. Pullheim: Deutsche Gesellschaft für Tanztherapie. 33-116.

3.4 Weitere Schwerpunkte und Perspektiven von Lehrtherapien in der Vermittlung Integrativer Praxeologie

Zu den schon aufgezeigten sechs Schwerpunkten von Lehrtherapien (s. o.) und den angesprochenen Gemeinsamkeiten und Divergenzen zu anderen Verfahren sollen abschließend noch einmal wesentliche Aspekte, die Lehrtherapien für die Praxeologie von Therapien (*Orth, Petzold 2004*) vermitteln sollen, hervorgehoben werden, die wiederum auch für Lehrtherapien und Praxeologien in anderen Schulen nützlich sein können und natürlich in adaptierter Form auch für die Arbeit mit PatientInnen exemplarisch Bedeutung haben:

Immer geht es, weil (Lehr)Therapie eine „begleitete Lebensstrecke“ ist, unter der chronosophischen Perspektive der Integrativen Zeittheorie (*Petzold 1981e, 1991o*) vor den gegebenen kollektiven historischen und aktuellen Hintergründen, auch um die **Bearbeitung der eigenen Lebensgeschichte**, d. h. der **persönlichen Vergangenheit** und **Gegenwart** sowie der eigenen **Zukunftsentwürfe**, um die eigene Persönlichkeit im „life span“ und darum die persönliche „*theory of my mind*“ besser kennen und verstehen zu lernen. Es geht darum persönliche Sinnstrukturen aufzubauen, Lebenssinn zu gewinnen, was in der Regel durch ein profundes Wissen um die „theory of mind“ von Anderen möglich wird, durch *empathische Kompetenz*, die über das Leben hin entwicklungsfähig ist. Die *Geschichte des eigenen Denkens, Fühlens* und *Wollens* muss zugänglich werden – in Therapien besonders die des eigenen *Denkens* (das Herkommen der subjektiven Werte, Weltansichten, [Vor]urteile Genderperspektiven, Vernunftstile etc.. Das wird in den herkömmlichen Psychotherapien oft zu wenig bearbeitet – ganz anders als bei den „Therapeuten“ der griechisch-römischen Antike *Sokrates, Seneca, Epictet*, Seelenführern, Meistern einer „philosophischen Therapeutik“, von denen es zu lernen gilt (*Kühn, Petzold 1991; Petzold 2004l*). Die (Lehr)therapie soll zur Entwicklung der Persönlichkeit, was Kokreativität, Empathie, Beziehungsfähigkeit, Selbstverstehen und Selbstliebe (*philautie*), Belastungsfähigkeit, Zivilcourage, Großherzigkeit, Zukunftsfähigkeit durch wachsende „antizipatorische Kompetenz“, Sinnverstehen und mitmenschlichem Engagement usw. anbelangt, beitragen.

Neben diesem Wachstumsaspekt haben durchaus auch **therapeutische Dimensionen** der Konfliktbearbeitung und des heilsamen Nachnährens (*parenting*) eine wesentliche Bedeutung. Lehrtherapeuten bzw. Lehrtherapeutinnen können väterliche und mütterliche Qualitäten vermitteln (*simile Qualitäten*, sie werden nie „Therapiemutter“, „Therapievater“ etc. – eine höchst problematische Fehlkonzeption (vgl. kritisch *Otte 2002*, in *Märtens, Petzold 2002* und *Petzold, Orth, 1999a*). In persönlichen Krisenzeiten (Erkrankung, Trennung, Trauma) können Lehrtherapien auch vorübergehend die Charakteristik von Therapien gewinnen. Die Auseinandersetzung mit eigenen Pathologien soll ermöglichen, dass Material von Patienten nicht krisenauslösend wird oder dysfunktionale Abwehr bei den TherapeutInnen hervorruft. Therapeuten sollten ihre Abgründe kennen, das ist eine Aufgabe der Lehrtherapie, die sich deshalb mit dem eigenen Begehren, Negativierungen, Ekel, Hass, den tabuierten Gefühlen auseinandersetzen muss.

Das **lehrende Element** auf der **Ebene der Kompetenz**, des Wissens und auf der **Ebene der Performanz**, des methodischen und behandlungspraktischen Könnens (*Petzold, Engemann, Zacher 2003*), soll durch die Lehrtherapie gefördert werden:

besonders durch Theorie-Praxis-Verschränkung, theoretische und methodische Reflexion des eigenen Prozesses und der in ihm zum Einsatz kommenden Methoden, Techniken und Medien. Dazu müssen in der Lehrtherapie wesentliche Momente der Integrativen **Praxeologie** (Orth, Petzold 2004) eingesetzt, erfahrbar und methodisch reflektiert werden:

Arbeit mit „**Leiblichkeit**“ (Petzold 2003a, Kapitel „Informierter Leib“), mit „**kreativen Medien**“ (Petzold, Orth 1990a/2005a), mit „**Netzwerkmethoden**“ (Hass, Petzold 1999, 2006v), mit „**narrativer Praxis/Biographiearbeit**“ (Petzold 2003g), mit „**integrativer Fokalthherapie**“ (2003a, Kapitel Fokalthherapie), ggf. mit Sporttherapie (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Petzold, Bloem, Moget 2004).

Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, **Praxeologie** und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: Petzold, Schay, Ebert (2004), Integrative Suchttherapie, Wiesbaden VSW, S. 297-342 und in: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2004.

Die **intersubjektive Grundhaltung** der Integrativen Therapie als die zentrale Erfahrung des lehrtherapeutischen Prozesses, die paradigmatisch für die spätere Arbeit der Ausgebildeten stehen soll, diese Haltung stellt nicht wie im Buberschen Ansatz das „Ich“ prioritär, sondern mit Levinas den *Anderen* in seiner Andersheit, das „Du“ gemäß der Integrativen Beziehungsformel: „**Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**“ (Petzold 2003e). Diese beziehungstheoretische Vertiefung in den Prozessen von „*Konfluenz/Intimität, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung*“, naturwüchsige oder sozial positiv sanktionierte *Abhängigkeit* (von Kleinkindern oder Pflegebedürftigen) und mit den entgleisenden Möglichkeiten pathologischer *Abhängigkeit* und *Hörigkeit* (Petzold 1991b; 1996j) führt in der Tradition Ferenczis (Petzold 2006g, w) deutlich über das gestalttherapeutische Kontaktkonzept und die neuen psychoanalytischen „Intersubjektivisten“ (Orange, Attwood, Thomae u. a.) hinaus. Mit der Integration der sozialpsychologischen Beziehungs- und Bindungsforschung über die Konzepte der **Affiliation** und **Reaktanz** (Petzold, Müller 2005/2007) kann zu einer „Therapie auf Augenhöhe“, in wirklicher Partnerschaftlichkeit gefunden werden (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999) auch wenn diese erst heranwachsen muss und zunächst „unterstellte Intersubjektivität“ hilfsweise zum Tragen kommen muss (Petzold 1978c, 2007n). Mit dieser Grundhaltung eines basalen **Respekts** (Sennett 2002) vor der **Würde des Anderen**, dem „**client dignity**“, dieser beziehungsethischen Kategorie, die der Integrative Ansatz eingeführt hat (Petzold 1985d, 2000d, 2006n), wird das zentrale Anliegen der Integrativen Therapie vermittelt, wie es in seiner **Grundregel** (idem 2000a, 2006n) Ausdruck gefunden hat.

Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 12/2001; Updating 2005.

Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emmanuel Lévinas (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: Petzold, Orth (1999a) 337-360.

Petzold, H.G., Müller, M. (2005a): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative

Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: *Petzold, H.G.*, Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.

Die bisherigen Ausführungen sollten deutlich gemacht haben, dass Lehrtherapien im Wissenstransport neuer methodischer und praxeologisch relevanter Erkenntnisse eine große Rolle spielen, weil in ihnen solches Wissen erlebniskonkret erfahrbar wird, wenn diese Lehrtherapien *lege artis* und auf einem modernen Stand durchgeführt werden. Der Lehrtherapeut, der sich um einen solchen Stand bemüht, gibt damit auch eine wirksame Behandlungsmethodik weiter, die auch seiner eigenen psychotherapeutischen Arbeit mit PatientInnen zu gute kommt..

Durch die Fortschritte in Therapieforschung, Neurobiologie, Theorieentwicklung sind in den vergangenen Jahren neue Wissensstände generiert worden oder alte neu positioniert worden, die auch für Lehrtherapien Relevanz haben. So hat der erneute Rückgriff auf die Psychobiologie und Neuropsychologie, die Arbeiten des genialen Hirnforschers *Alexander Lurija* (*Petzold 2007i*) des Neurophysiologen und -motorikers *N. Bernštejn* (*Petzold, Sieper 2007d*) die Genderforschung wichtige Fortschritte und eine neue Sensibilität für diese Fragen geschaffen, die vermittelt werden muss (die Integrativen Positionen *Gahleitner, Ossola 2007; Orth 2002; Petzold, Sieper 1998*). Die Themen Sinn und Werte haben eine neue, vertiefte Ausarbeitung erfahren (*Petzold, Orth 2005*) und müssen auch in Lehrtherapien besonders fokussiert werden. Neu ist auch die Bewertung von **Trost** und **Trostarbeit** und durch die Trauerforschung auch eine leichte Umorientierung (fehlende oder flache Trauer wird nicht mehr als Risikofaktor gesehen, tiefe, prolongierte Trauerreaktionen indes als potentiell problematisch).

Petzold, H.G. (2004i): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004. Gekürzt in: *Remmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B.* (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/New York: Schattauer. 427-475.

Wesentliche Fortschritte wurden mit der vertieften Ausarbeitung des Identitätskonzeptes und seiner Rückbindung an soziohistorische Situationen gewonnen (*Petzold 1996j, 2001p*). Identitätstherapeutische Arbeit (über die „fünf Säulen“ hinaus zur Frage kollektiver Identitätseinflüsse und ggf. -gefährdungen) wird gerade in der spätmodernen Weltkomplexität, in Globalisierung, Second Life, Virtualität zunehmend Bedeutung gewinnen.

Petzold, H.G. (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* 4, 371-450.

Petzold, H.G. (2001p/2004): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 10/2001, Update 2004, *Integrative Therapie* 4 (2004) 395-422, 4 (2005) 374-397.

Grundsätzliche Neubewertung wird auch die Arbeit mit „**Wille und Wollen**“ in der Therapie erfahren müssen. Hier wurden vom Integrativen Ansatz nicht zuletzt durch die Einflüsse der Neurobiologie und Neuropsychologie nützliche Vertiefungen

erarbeitet (Petzold, Sieper 2004, 2007a), die auch in den Lehrtherapien stärkere Berücksichtigung finden müssen, zumal sie auch praxeologisch mit wichtigen neue diagnostischen und therapeutischen Strategien verbunden sind: dem „Narrativen willensdiagnostischen Interview“ (NWI, Petzold, Sieper 2007a, 537) und den willentherapeutischen Kreativtechniken (Petzold, Orth 2007).

Petzold, H. G., Orth, I. (2007): „Der schiefe Turm fällt nicht ... weil ich das will!“ – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierungen, Ich-Funktions-Diagramme. In: Petzold, Sieper (2007a) 553 - 596.

In überzeugender Weise wird die integrative Ausrichtung an einer „**Entwicklungspsychologie der Lebensspanne**“ durch die Entwicklungen der Forschung zu **protektiven Faktoren** und **Resilienzen** gestützt, ein Paradigma, das wir als erste in den Bereich der Psychotherapie eingeführt haben (Petzold, Goffin, Oudhof 1991; Petzold, Müller 2004; Sieper 2007) und das zunehmend Beachtung gefunden hat. Nach diesen Faktoren ist in Lehrtherapien zu suchen, von hier ergeben sich Brücken zum Einsatz der 14 Heilfaktoren (Petzold 1993p), die in den „Behandlungsjournalen“ der AusbildungskandidatInnen aus ihrer praktischen, durch Supervision begleiteten eigenen Therapiearbeit gut dokumentiert sind (Beispiele in Petzold, Schay, Scheiblich 2006; Petzold, Schay, Ebert 2007, 2. Aufl.). Auch in den Lehranalysen – gerade in Verbindung mit den Analyse- bzw. Therapietagebüchern (Petzold, Orth 1993) der KandidatInnen (Tagebücher werden inzwischen auch in der Verhaltenstherapie verwandt) – könnte eine systematischere Reflexion und Dokumentation/Selbstdokumentation der Prozesse unter der Perspektive von „Wegen der Heilung und Förderung“ und „Heilfaktoren“, von Strategien des Coping und Creating, der Ressourcen und der Zielrealisierung (Petzold 1997p jetzt repr. in Petzold 2007q) die Effizienz von Lehrtherapien fördern. Das alles sind Entwicklungen, die die Ausführungen in

Frühmann: Die Vermittlung therapeutischer Grundqualitäten im Prozess der Lehranalyse aus Sicht der Integrativen Therapie, in: Frühmann, Petzold, Lehrjahre der Seele, Junfermann, 1994, S. 331-359

ergänzen und vertiefen können im Sinne des differentiellen Selbsterfahrungsmodells, das in Lehr- und PatientInnentherapien grundlegend ist.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung, in: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765.

Mit diesem komplexen Selbsterfahrungskonzept kann man Selbsterfahrung im Ausbildungs-, aber auch im Therapiekontext gut begründen. Es wird von den KandidatInnen theoretisch-methodisch verstanden und kann für die eigene PatientInnenarbeit genutzt werden. Es ist auch den PatientInnen zu vermitteln, wenn sie der Integrativen Grundintention folgen, nach der sich Menschen „selbst zum Projekt machen“ und ihr Leben gestalten, eine persönliche „Lebenskunst“ entwickeln, mit der sie Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Selbstfreundlichkeit (Schmid 2004) entwickeln, als ihr persönlicher Beitrag zu einem guten Zusammenleben mit anderen: „Wohl dem, der sich und Anderen ein angenehmer Mensch zu sein versteht!“

Alle wichtigen Methoden und Konzepte therapeutischer Arbeit sollten in Lehrtherapien erfahrbar und reflektierbar werden. Wo das nicht geschieht, wird „flache Selbsterfahrung“ und sicher keine „professionelle Selbsterfahrung“ vermittelt und man gerät in die Gefahr, die die Untersuchung von *Orlinsky, Rønnestad* (2005) verdeutlicht hat: Es wird für die klinische Praxis, für qualitätsvolle Therapie in Theorie und Methodik nichts, Einseitiges oder gar Dysfunktionales gelernt. Heute ist der Wert *psychoedukativer* Information und Arbeit – im Integrativen Ansatz sprachen und sprechen wir hier auch von „**agogischer** Arbeit“ (*Petzold, Sieper* 1977) nachgewiesen. Das psychoanalytische Vorurteil dem Pädagogischen/Psychagogischen gegenüber ist nicht mehr haltbar, die gestalttherapeutische Abwertung intellektueller, ja kognitiver Arbeit und die einseitige Emotionszentriertheit der Gestalttherapie – sie wurde stets schon in der IT durch das „Tetradische System“ mit Integrations- und Neuorientierungsphase korrigiert – ist nicht mehr vertretbar. „Theorie als Intervention“ (*Petzold, Orth* 1994) hat sich als probat erwiesen und die „hermeneutische Spirale“: **Wahrnehmen** ↔ **Erfassen** ↔ **Verstehen** ↔ **Erklären** hat mit ihrem zweiten dialektischen Glied eine kognitive Orientierung, wohingegen das erste Glied den Emotionsraum eröffnet, die Dialektik beider Glieder jedoch zeigt die Verschränkung von Fühlen und Denken, die auch das therapeutische Geschehen kennzeichnen muss – nicht nur die Lehrtherapien. Der mündige Patient muss seinen Prozess, muss die Interaktionsdynamik der Therapie nicht nur wahrnehmen und intuitiv, selbst- und fremdempatisch erfassen – *Ferenczi* legte darauf schon in seiner „mutuellen Analyse wert“ (*Petzold* 2006w) – er muss ihn auch verstehen und sich und ggf. Anderen erklären können. Er gewinnt damit in „komplexer Selbsterfahrung“ umfassendere Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstempathie, ein Erfassen des eigenen Lebens, ein Selbstverstehen, d. h. Selbstverständnis, das die „Sorge um sich“ (*Sokrates, Foucault*) fundiert und durch die Möglichkeiten, sich etwas zu erklären, sich sein eigenes Handeln erklären zu können, Selbstverständlichkeit und *willentliche Selbststeuerung* bestärkt (*Kornhuber, Deeke* 2007, in *Petzold, Sieper* 2007). Damit kann man „sich selbst zu einer Freude“ werden (*Foucault*) und eine „*maîtrise de soi*“, eine Meisterschaft seiner selbst, gewinnen (*Montaigne, Seneca, Marc Aurel*), sein Leben meistern. Eine solche „philosophische Therapeutik“, wie sie die Integrative Therapie begründet hat, verbindet die Arbeit in Lehrtherapien und klinischen Behandlungen, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung, wie das in den **Zielen** der „**Vier Wege der Heilung und Förderung**“ deutlich wird, die ja über klinische Strategien hinausgehen und Elemente einer nachhaltigen Lebensphilosophie bereitstellen:

Ziele der „Vier Wege der Heilung und Förderung“

Aus: *Petzold, Orth, Sieper* 2005

I. Bewusstseinsarbeit	II. Nach-/Neusozialisation	III. Erlebnis-/Ressourcenaktivierung	IV. Exzentrizitäts-, Solidaritätsförderung
<p>▶ Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:</p> <p>„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“</p>	<p>▶ Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:</p> <p>„Zugehörig sein, sich selbst zum Projekt werden, machen, Beziehungen entfalten.“</p> <p>Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“</p>	<p>▶ Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung:</p> <p>„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“</p>	<p>▶ Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:</p> <p>„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“</p>

Ein solcher Ansatz fördert nicht nur differentielle und integrative Wege zu einer umfassenden Gesundheit und zum Erwerb eines **gesundheitsaktiven Lebensstil**,

sondern zur Entwicklung einer persönlichen **Lebensphilosophie**, die zu **Kokreativität** und zu **Sinnhaftigkeit** im „Spiel des Lebens“ (Petzold 1982g) beiträgt.

Anhang I

“Grundregel der Integrativen Therapie”

Integrative Therapie ist ‚ethikgeleitete Therapie‘, die ihr Handeln an Werten orientiert, welche in einer ‚Grundregel‘ für die Praxis umrissen wurden (Petzold 2000a).

» **Therapie** findet im Zusammenfließen von zwei Qualitäten statt: einerseits eine Qualität der *Konvivialität* – der Therapeut/die Therapeutin bieten einen ‚gastlichen Raum‘, in dem PatientInnen willkommen sind und sich niederlassen, heimisch werden können, in dem Affiliationen in *Dialogen, Polylogen* eines „Du, Ich, Wir“ möglich werden. Andererseits ist eine Qualität der *Partnerschaftlichkeit* erforderlich, in der beide miteinander die *gemeinsame Aufgabe* der Therapie kokreativ im Rahmen eines durch eine Grundregel geregelten Miteinanders in Angriff nehmen, die eine Therapie unter gerechten Bedingungen und die Sicherung persönlicher *Integrität* gewährleistet.

Leitprinzipien: Geschützter Rahmen/Konvivialität, Partnerschaftlichkeit/Affiliation, gerechte Bedingungen

- Der **Patient** bringt die prinzipielle Bereitschaft mit, sich in seiner Therapie mit sich selbst, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinander zu setzen. Das geschieht in einer Form, in der er – *seinen Möglichkeiten entsprechend* – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme, Ressourcen, Potentiale und seine subjektiven Theorien einbringt, *Verantwortung* für das Gelingen seiner Therapie mit übernimmt und die *Integrität* des Therapeuten als Gegenüber und belastungsfähigen *professional* nicht verletzt.

Leitprinzipien: Kooperation, Mitverantwortung, Integrität

- Der **Therapeut** seinerseits bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer *intersubjektiven Grundhaltung* mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinander zu setzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen, Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen, Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller, soweit möglich *forschungsgesicherter ‘best practice’* Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt.

Leitprinzipien: Intersubjektivität, Störungs-, Ressourcen- und Netzwerkorientierung, best practice

- **Therapeut** und **Patient** anerkennen die Prinzipien der „*doppelten Expertenschaft*“ – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „*Andersheit des Anderen*“ und vor ihrer jeweiligen „*Souveränität*“. Sie sehen die Therapie als gemeinsames Projekt, als Aufgabe, die sie gemeinsam lösen wollen. Sie verpflichten und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend und lösungsorientiert zu bearbeiten.

Leitprinzipien: Expertenschaft, Respekt, Souveränität, Ko-respondenz, Lösungsorientierung, gemeinsame Volition

- Das **Setting** muss gewährleisten (durch gesetzliche Bestimmungen, fachverbandliche Regelungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung), dass Patientenrechte, „informierte Übereinstimmung“, Fachlichkeit, Qualität und die *Würde des Patienten* gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten

vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.

Leitprinzipien: Fachlichkeit, informed consent, Patientenwürde und -rechte, Qualität, Kontrollmöglichkeiten

- Das **Therapieverfahren, die Methode** muss gewährleisten, dass in größtmöglicher Flexibilität auf dem Hintergrund klinisch-philosophischer und klinisch-psychologischer Beziehungstheorie korrespondierend, reflexiv und forschungsgestützt begründbare und prozessual veränderbare Regeln der konkreten Beziehungsgestaltung im Rahmen dieser *Grundregel* mit dem Patienten/der Patientin und ihren Bezugspersonen *ausgehandelt* und *vereinbart* werden, die die *Basis* für eine polylogisch bestimmte, *sinnvolle* und *kokreative* therapeutische Arbeit bieten.

Leitprinzipien: Reflexivität, Flexibilität, Diskursivität/Ko-respondenz, Sinnorientierung.«
(Petzold 2000a, revid. 2005)

Dieser Text ist als ein „Matrix-Text“ zu verstehen, der auf theoretischen Fundamenten gründet, auf Referenztheorien Bezug nimmt und eine Fachsprache verwendet, Termini wie Affiliation (Petzold, Müller 2005), Volition (Petzold, Sieper 2003, 2006), Ko-respondenz (Petzold 1978c, 1991e) die vermittelt oder übersetzt werden müssen. Der Text muss deshalb situationsspezifisch auf die Sprachebene, den Verstehensrahmen, die Verfassung des jeweiligen Gegenübers zugeschnitten werden, muss an seine subjektiven bzw. Alltagstheorien anschlussfähig gemacht werden. Die Leitprinzipien und Werte, die diese Grundregel enthält, lassen sich indes, ist man mit ihrer Substanz vertraut, ohne Schwierigkeiten im Kontext der Information über die Bedingungen der Therapie vor bzw. zu Beginn einer Behandlung vermitteln. Das gilt für PatientInnen aus allen Schichten und Milieus: aus dem bäuerlichen Bereich, wie aus der Arbeiterschaft, für Migranten und Suchtkranke, für Jugendliche und Alterspatienten, wie ich selbst und zahlreiche Kolleginnen und Kollegen das seit Jahren in der Praxis immer wieder erprobt und realisiert haben. Beispielhaft sei eine solche *Zupassung* für die Therapie mit einem „einfachen Arbeiter“, einem LKW-Fahrer im Strassenbau, mit chronifizierten (psychosomatischen) Spannungskopfschmerzen zur Illustration herangezogen.

Regeln für unsere Zusammenarbeit in dieser Therapie

- Diese Therapie will für Sie einen geschützten Rahmen anbieten, in dem Sie als Patient und ich, der Therapeut, als Partner zusammenarbeiten können. Wir wollen die Probleme, die gelöst werden müssen, zum Beispiel Ihr Kopfschmerzenproblem und was mit ihm vielleicht noch zusammenhängt, miteinander angehen und versuchen, Ihre Krankheitssymptome in den Griff zu bekommen. Dazu hält man sich in Therapien an einige Prinzipien und Regeln, die ich kurz erläutern will. Sie können dabei jederzeit nachfragen.

- Sie werden, so denken ich, als Patient die Bereitschaft mitbringen, ihre Probleme einzubringen, und meine Hilfen als Therapeut, so gut es ihnen gelingt, zu nutzen. Das ist Ihr Teil an der Behandlung, bei dem Sie verantwortlich mitarbeiten können, damit die Therapie gelingt.

- Ich als Therapeut nehme meine Patienten als Menschen mit Ihren Problemen und Beschwerden sehr ernst, versuche aber auch ihre starken Seiten zu sehen und werde als Experte mein Bestes tun, Ihnen bei Ihren Schwierigkeiten, Beschwerden, Symptomen nach dem Stand der Wissenschaft und mit all meinem Können die bestmöglichen Hilfen zu geben.

- Sie sind als Patient Experte für ihr Leben und natürlich auch für die Kopfschmerzen, die sie ja schon so lange haben und für alles, was damit zusammenhängt. Ich bin als Therapeut Experte für solche Störungen und Krankheitssymptome und für Behandlungswege. Wenn wir beide unsere Expertenschaft ernstnehmen, unser gemeinsames Wissen und unseren Willen nutzen, die Probleme zu lösen, haben wir gute Chancen bei dieser Therapie.

- In meiner Praxis setze ich hauptsächlich die Methoden der „Integrativen Therapie“ ein. Das ist ein modernes Behandlungsverfahren, das körperliche, emotionale, geistige und soziale Faktoren im Therapieprozess berücksichtigt und deshalb „integrativ“ genannt wird. Ich werde das später noch genauer erklären, denn ich möchte Sie über alle wichtigen Dinge, die mit der Behandlung, meinen Behandlungskonzepten und meinen Behandlungsmethoden zusammenhängen, gründlich informieren. So können Sie zu allem, mit dem Sie einverstanden sind, ihre Zustimmung geben oder auch Ihre Bedenken anmelden. Ich möchte Sie auch über eventuelle Risiken und Nebenwirkungen, die sehr selten vorkommen, informieren und auch über Patientenrechte und über Beratungsmöglichkeiten (Supervision), wenn Schwierigkeiten in der Therapie auftreten sollten. Wir sind als Therapeuten um umfassende Information unserer Patienten bemüht, ja zu ihr verpflichtet.

- Die Therapiemethode, die ich anwende, wird auf Ihre Probleme und die Erfordernisse in Ihrer Therapie ganz flexibel zugeschnitten. Ich erkläre Ihnen meine Vorgehensweisen und die können, wo es nötig wird und möglich ist, in Absprache zwischen uns verändert werden. Sie können sich auch mit Ihrer Lebenspartnerin beraten und sie einbeziehen. Auch diese und andere Regelungen in unserer Zusammenarbeit in der Therapie können erneut besprochen werden, wenn Sie das für wichtig erachten. Sie können, wo das erforderlich ist, verändert werden. In der Therapie ist es wie in jeder Partnerschaft im Leben: es geht darum, Positionen zu erarbeiten und Möglichkeiten und Grenzen auszuhandeln, um den besten Weg zu finden.

In dieser Zupassung, die im Prozess der Erklärung und des Dialoges natürlich noch ausführlicher narrativiert wird, sind alle wichtigen Elemente der Matrix-Regel enthalten. Richtig vermittelt, legt die Grundlage eine Basis für eine gute „Passung“, die als die wichtigste Voraussetzung für eine gelingende, erfolgreiche Psychotherapie angesehen wird. Sie ermöglicht ein „gemeinsames Wollen“, die Synchronisation des PatientInnenwillens mit dem TherapeutInnenwillen in einer Art, dass Einflüsse struktureller Macht reduziert werden, keine Unterwerfungsrituale vollzogen werden müssen, der Patient ein „empowerment“ erhält, seinen „eigenen Willen“ zu finden und zu nutzen (vgl. 5.3 und *Petzold, Sieper 2006*) – vielen Patienten wurde diese Möglichkeit allzu oft in ihrem Leben beschnitten, was häufig mit in die krankheitsauslösenden Faktoren zu rechnen ist. Der „Ort der Kontrolle“ (*Flammer 1990*) wird in der Therapie mit der Praxis der Grundregel gemeinsam verwaltet in einem „gemeinsamen Wollen“, das sich auf die Lösung von Problemen, die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und den Gewinn von Gesundheit richtet.

Anhang II

Therapie und Gerechtigkeit – *Thérapie Juste*

„*Thérapie juste (just therapy)*, gerechtigkeitsorientierte Therapie ist eine Behandlungskonzeption, die auf der Entscheidung zu einer in Theorie und Praxis ethisch-normativ ausgerichteten Grundhaltung basiert, welche an den Menschenrechts- und Gerechtigkeitsmaximen der großen demokratischen Konstitutionen und Menschenrechtsdokumente [1948, 1976, 1966⁹] ausgerichtet ist. Sie befasst sich deshalb einerseits mit der Bearbeitung von Unrechtserfahrungen als Ursachen von Erkrankungen, aber auch mit Erschütterungen des Rechtsempfindens und Vertrauens in menschliche Rechtsordnungen, als deren Folgen seelische, psychosomatische und soziale Erkrankungen und Formen der Anomie entstehen können. Andererseits ist sie auf die Gewährleistung von PatientInnenrechten, von 'patient wellbeing, security, and dignity' gerichtet, die keineswegs immer und überall in institutionellen Kontexten und bei therapeutischen und supervisorischen Maßnahmen gewährleistet sind¹⁰, weil es auch 'riskante bzw. gefährliche' psychotherapeutische Behandlungen, ideologisch bedenkliche Therapiekonzepte und entwürdigende Behandlungsmethoden und -settings gibt. *Thérapie juste* legt ihre Prämissen und Behandlungsprinzipien und -methoden gegenüber der Fachöffentlichkeit offen, aber auch gegenüber den PatientInnen, um 'informed consent' zu erreichen, stellt sich Qualitätskontrollen, pflegt eine Kultur kritischer Problematisierung ihrer Konzepte und mischt sich parrhesiastisch ein, wo Menschen- und PatientInnenrechte bedroht sind und verletzt werden. Weil Therapie oft genug Arbeit mit von Unrecht und Ungerechtigkeit Betroffenen ist, muss sie nicht nur das *Gerechtigkeits*thema aktiv aufgreifen, sie muss auch dazu beizutragen suchen, Gerechtigkeit herzustellen und bereit sein, Kritik an den eigenen Prinzipien und Praxen – z. B. von PatientInnenseite – aufzunehmen, zu klären und ggf. Veränderungen vorzunehmen“ (Petzold 2000h).

Wichtig in einer auf Gerechtigkeit gerichtete Therapie ist dabei ein „normatives Empowerment“ (Regner 2005; Petzold, Regner 2005) zu gewährleisten, das Vermitteln eines Bewusstseins dafür, dass KlientInnen Rechte haben.

Regners (2005) Konzeption eines „normativen Empowerments“, die mit spezifischen Strategien der Intervention für politisch Traumatisierte erarbeitet wurde, wird hier ein erweitertes Verständnis **als** „normativ-ethisches Empowerment“ für breitere Zielgruppen an die Seite gestellt:

»**Normativ-ethisches Empowerment (NEP)** ist die von professionellen Helfern oder von Selbsthelfern erfolgende Förderung der Fähigkeit zu normativen Entscheidungen durch Menschen, die von Problem- und Belastungssituationen betroffenen sind, auf einer möglichst umfassend informationsgestützten Basis, ausgerichtet an generalisierbaren, rechtlichen und ethischen Positionen (Grundrechte, Menschenrechte, Konventionen zu Natur- und Artenschutz etc.). **NEP** vermittelt ein Bewusstsein für das „Recht, Rechte zu haben“ (H. Arendt), sensibilisiert für die „Integrität von Menschen, Gruppen, Lebensräumen“ (H. Petzold), baut Solidarität, Assertivität, Zivilcourage auf, erschließt Möglichkeiten der Informations- und Ressourcenbeschaffung, so dass die Betroffenen als Einzelne und als Kollektive die Kompetenz und Kraft gewinnen, normativ-ethische Entscheidungen für sich, andere Betroffene, das Gemeinwesen zu fällen, ihre Umsetzung zu *wollen* und für ihre Durchsetzung einzutreten«.

⁹ Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, verabschiedet von der UN-Generalversammlung am 10.12.1948; Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (Zivilpakt, in Kraft seit 23.3.1976), Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt, in Kraft seit 3.1.1976), beide Konventionen verabschiedet am 19.12.1966 von der UN-Generalversammlung.

¹⁰ Petzold, 1985d, 2000d; Märtens, Petzold 2002; Petzold, Schigl et al. 2003; Petzold, Müller 2005.

Empowerment ist die sechste Interventionsstrategie in den *Mikroheuristiken* der Integrativen Therapie: 1. *Heilen/Curing*, 2. *Bewältigen/Coping*, 3. *Unterstützen/Coping*, 4. *Horizontenerweiterung/Enlargement*, 4. *Lebensqualitätsbereicherung/Enrichment*, 5, *souveräne Selbstvertretung/Empowerment* (Orth, Petzold, Sieper 1999). Diese Strategien wollen die positiven Potentiale von Patientinnen (self-enlargement, self-enrichment, self-empowerment) diagnostisch erfassen (Müller, Petzold 1998) und therapeutisch fördern sowie ihren destruktiven Dynamiken (self-curtaiment, self-impovrishment, self-destruction) entgegenwirken, wozu letztendlich immer auch ein „normatives Empowerment“ (Regner 2005; Petzold, Regner 2005) erforderlich ist. Dahinter stehen natürlich grundsätzliche Fragen nach dem *Menschenbild*, auf dessen Fundament man Therapien durchführt (Petzold 2003e, 1984a, 1991, 2005e), und nach der erkenntnistheoretischen Position, mit dem man es begründet.

Anhang III Optimale Prozess-Förderung bzw. Integratives Casemanagement

Bei PatientInnen mit komplexen und chronifizierten Störungen bzw. schweren Persönlichkeitsstörungen haben alle Psychotherapieverfahren (die VT eingeschlossen) nach Grawe (2005) nur sehr schlechte Ergebnisse. Bei mehr als 50% werden keine Wirkungen erzielt. Ein Grund für ein solches bedrückendes Ergebnis ist zweifelsohne, dass die oft prekären bzw. desolaten Lebenslagen nicht mit in die Behandlung einbezogen werden. Im Integrativen Ansatz wurde dies stets durch den Einsatz von **Soziotherapie** angegangen und es wurden – vor allem im Suchtbereich – solche Maßnahmen auch entwickelt und implementiert (Petzold 1974b; Petzold, Schay, Scheiblich 2006). Heute entdeckt man in der psychiatrischen Psychotherapie die Wichtigkeit einer sofort mit der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung einsetzenden Soziotherapie Wolfersdorf, Heindl (2003). Therapeuten können wesentlich zu den Gesundungschancen ihrer schwergestörten PatientInnen beitragen, wenn sie der Beratungsfunktion in ihrem Therapieauftrag ein stärkeres Gewicht bemessen und einen **Gesamtbehandlungsplan** mit dem Patienten erarbeiten – sofern ein solcher nicht schon besteht. Auch in Lehrtherapien lohnt es, aus didaktischen Gründen einen solchen Arbeitsplan mit dem Lehranalysanden zu erstellen im Sinne eines diagnostischen Erfassens seiner Gesamtsituation (z. B. bewegungsaktiver/-passiver Lebensstil, Ernährungsverhalten, work-life-balance, Hobies, Interessen etc.). Es wird damit in die Richtung eines „Case Handlings“ gegangen, in das natürlich auch noch andere Helfersysteme eingebunden werden müssen. In Anbetracht der schlechten Ergebnislage bei der angesprochenen PatientInnengruppe (die oft genug auch aus dem psychotherapeutischen Versorgungssystem fällt oder erst gar nicht nachhaltig hineinkommt und weiter chronifiziert) ist ein solches Vorgehen unerlässlich und es ist ein „optimiertes Case-Management (OPF)“ (Petzold 1999p, Jüster 2007, in: Sieper, Orth, Schuch 2007) anzustreben, das der **Veränderung von Lebensstilen** des Klienten und seiner Bezugsgruppe in der gegebenen Lebenswelt (Konzept der „process facilitated lifestyle reorganization“) dient, denn darum geht es letztlich: dysfunktionale Lebensstile zu verändern (Petzold 2005r; Jüster 2007). Dafür ist sowohl das „individuelle Wollen“ des Patienten erforderlich als auch das kooperative, „kollektive Wollen“ seiner Familie und Bezugsgruppe, seines Konvois (Hass, Petzold 1999). In diesem Kontext müssen die für die Therapie wesentlichen, differenziellen Zielstrukturen erarbeitet werden. Für einen schwerdepressiven Patienten, der in Petzold, Sieper (2007a, 518ff) als Beispiel diente, waren in einem solchen Plan als *Ziele* (Richtziele und Grobziele, Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) anvisiert:
Symptombeseitigung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung.

Dafür sind in einem „komplexen und integrativen Therapiecurriculum“ KIT (mit eventueller OPF-Stützung) folgende mögliche Mittel, d.h. Maßnahmen bzw. Maßnahmebündel und methodische Zugänge vorgesehen, aus denen ein realisierbares „Paket“ geschnürt werden muss:

1. eine moderne **antidepressive Medikation** (in Koordination mit dem Psychiater) → erfordert Wille zur Medikamentenkooperation;
2. **eine intermittierende fokale Therapie (IFK)** als mittelfristige *Karrierebegleitung* oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie. → erfordert Wille zur Mitarbeit. Die IFK enthält folgende mögliche Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts:
 - a) Veränderung von negativen Kognitionen, z.B. sensu *Beck* und dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen¹, Aufbau von positiven „kognitiven Stilen“ durch cognitive modeling
 - b) Veränderung von negativen Emotionen, z.B. dysfunktionalen „emotionalen Stilen“, z.B. erlernter Hilflosigkeit, sensu *Seligman*, Hoffnungslosigkeit, Resignation durch emotional modeling
 - c) Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen „volitiven Stilen“ durch Willensempowerment, volitive modeling
 - d) Veränderung dysfunktionaler „sozio-kommunikativer Stile“ hin zu funktionalen, durch Training sozialer Kompetenz und Performanz.
3. **Netzwerktherapeutische Maßnahmen** zur Förderung der *Connectedness* mit den nachfolgenden, möglichen Schwerpunkten. Ein solches optimiertes Casemanagement (OPF) dient der Veränderung von Lebensstilen des Klienten und seiner Bezugsgruppe in der gegebenen Lebenswelt (Konzept der „process facilitated lifestyle reorganization“), denn darum geht es letztlich: dysfunktionale Lebensstile zu verändern (*Petzold 2005r; Jüster 2007*). Dafür ist sowohl das „individuelle Wollen“ des Patienten erforderlich als auch das kooperative, „kollektive Wollen“ seiner Familie und Bezugsgruppe, seines Konvois (*Hass, Petzold 1999*). In diesem Kontext müssen die für die Therapie wesentlichen, differenziellen Zielstrukturen erarbeitet werden.:
 - a) Stärkung des familialen Netzwerkes durch Familien- bzw. Paartherapie; Ermutigung, ein Haustier anzuschaffen (*pet therapy*)
 - b) Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des *amikalen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Erzählkultur, *Netzwerkenrichment*
 - c) Aufbau eines *kollegialen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Gesprächskultur, z.B. in Umschulungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen, *Netzwerkenlargement*
 - d) Aufbau eines Kontaktnetzes etwa in sportiven bzw. erwachsenenbilderischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements, *Netzwerkempowerment*
4. **Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen** mit folgenden möglichen Schwerpunkten:
 - a) Running therapy speziell für die depressiven Störungen, Konditionsaufbau, *body enrichment*
 - b) Tonusregulation, Entspannungstraining, Atemaktivierung
 - c) Beginn eines sportiven *Weges*, möglichst eines Budosports (Kampfkunst)
 - d) Förderung eines gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstils (Ernährung, Ausdauersport)
5. **Agogische und kreativtherapeutische Maßnahmen** mit dem Ziel:
 - a) Förderung der beruflichen Reintegration, des Arbeitsverhaltens und der Belastungsfähigkeit
 - b) Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens
 - c) Förderung der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks (*enrichment*)
 - d) Förderung von Interessen, sozialem Engagement, Freizeitgestaltung (Gesprächskreise, Hobbies, Naturerleben)
6. **Metatherapeutische Maßnahmen mit emanzipatorischen Zielen:**
 - a) Verarbeitung der Krankheitserfahrung als solcher, d.h. Be- und Verarbeitung

- der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen
- b) Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung
- c) Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen
- d) Bewusstwerden, was im Leben zählt, gut tut und wichtig ist, um dem in Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher „Lebenskunst“ und „Gemeinwohlorientierung“ nachzugehen (empowerment, *Petzold, Regner 2006*).

Anhang IV

Materialien zur Qualitätssicherung

Psychotherapie und Psychotherapieausbildung sind komplexe Interventionssysteme, die auf unterschiedlichen Ebenen differenzierte Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung erforderlich machen. Therapieverfahren sind durch theorie- und forschungsgegründete methodische Eigenheiten gekennzeichnet, die den therapeutischen Gesamtstil ihrer **Praxeologie** (*Orth, Petzold 2004; Petzold 2005i*), einen **generellen „Basisstil“** (*Petzold 2002b/2004*), der über eine gute Wirkung verfügen muss, um auf diesem Hintergrund **störungsspezifische Behandlungsstile** und -formate zu entwickeln und praktizieren oder aus anderen, „konzeptsyntonem“ und „praxeologisch kompatiblen“ Ansätzen erprobte bzw. empirisch als wirksam erwiesene Formate zu übernehmen, sofern sie mit dem **Basisstil** kompatibel sind. Die Störungsspezifität in der Prozesshandhabung etwa bei der Therapie von PTBS- oder BPS-PatientInnen ist unerlässlich, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten und um die Wirkungen des Basisstils zu unterstützen, denn es kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieser alle Aspekte spezifischen Störungsgeschehens optimal abdeckt. Der differentielle und integrative Stil der „prozessorientierten“ Handhabung eines komplexen therapeutischen Verfahrens, hier der **Integrativen Therapie** (*Petzold 2001a, 2003a; Rahm et al. 1993*) fokussiert:

1. eine optimale **affiliativ-intersubjektive Beziehungsgestaltung**, die polyadisch/polylogisch orientiert ist (*Petzold, Müller 2005*) aus dem Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (*Levinas*) in einem konvivialen „Therapeutischen Raum“, wie es die „Grundregel der Integrativen Therapie“ beschreibt (*Petzold 2000a*);
2. wird ein **leiborientiertes Vorgehen** in aktivierter Wahrnehmung praktiziert, das der Nonverbalität Beachtung schenkt und das Konzept des „informierten Leibes“ zugrunde legt (*idem 2002j; 2004 h, l*);
3. ist immer eine **Netzwerkorientierung** im Blick, kein Patient/keine Patientin kann von Kontext, Lebenslage, Konvoi abstrahiert werden;
4. wird in „**narrativer Praxis**“ und einem Klima der „Wechselseitigkeit“ (Mutualität) *Sinn*-orientierte, vergangenheitsgerichtete Biographiearbeit, Behandlung von Gegenwartssituationen und **proaktive** Zukunftsorientierung einbezogen, eine Gerichtetheit auf „Zeit und Geschichte“, in der die alleinig klinische Ausrichtung auch überschritten wird in Richtung einer „philosophischen Therapeutik“ (*Petzold 2000a; 2004h*).

Die für den Basisstil charakteristische mehrdimensionale Behandlungsorientierung, wird in besonderer Weise durch die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ gewährleistet, die höchst flexible Möglichkeiten bieten, auf die Lebenslage und Krankheitssituation von PatientInnen unter Berücksichtigung ihrer **Probleme, Ressourcen und Potentiale** unter Berücksichtigung von Pathogenese und Salutogeneseorientierung (*Lorenz 2004; Petzold 2003a*). einzugehen.

Die IT-Checkliste zur Erfassung der Verfahrensspezifität integrativtherapeutischer Arbeit

Qualitätssicherungssysteme sind unabdingbar mit Dokumentationssystemen verbunden, und hier stehen die meisten Therapieverfahren noch sehr am Anfang, was auch dazu führt, dass vergleichende Untersuchungen zur Ausbildungsqualität von verfahrensverschiedenen Therapieausbildungen bislang noch sehr selten sind - vgl. eine der ersten (Leitner, Märtens, Petzold, Telsemeyer 2004), wo Integrative Therapie-, Systemische Therapie- und Imaginative Therapie-Ausbildung wissenschaftlich evaluiert wurden und der Integrative Ansatz durch seine sehr guten Ergebnisse beeindruckte.

Für eine Dokumentation im Rahmen einer methodenvergleichenden Untersuchungen ist u. E. ein solides therapie- und *forschungsethisches* Fundament erforderlich, an dem wir seit langem arbeiten und das als gemeinsame Grundlage für solche Untersuchungen konsensfähig sein muss, was in der genannten Untersuchung im Diskurs zwischen den Untersuchten gelungen ist. Dabei ist weiterhin natürlich wünschenswert, die *Spezifität* des jeweils eingesetzten Verfahren zu dokumentieren, sofern eine solche in einer modernen, an der Psychotherapieforschung orientierten Arbeitsweise sich überhaupt ausmachen lässt. In einem von der „Schweizer Psychotherapie-Charta“ projektierten schulenübergreifenden Forschungsvorhaben, einer vergleichenden Untersuchung unter Beteiligung verschiedener Verfahren und Ausbildungsinstitutionen, wird deshalb derzeit der Versuch gemacht, mittels Fragebögen eine Methoden- bzw. Verfahrensspezifität empirisch festzustellen und zu dokumentieren – ein schwieriges, ja problematisches Unterfangen, wenn man bedenkt, dass es wohl allgemeine bzw. unspezifischen Wirkfaktoren sind, die bei allen Verfahren den Großteil ihrer Wirkungen ausmacht (Petzold 2002g) und dass solche Fragebögen, besonders wenn sie grobkörnig gestreut sind, kaum die Realität des Prozessgeschehens hinlänglich genau abbilden, zumal Theorievorgaben und Praxisumsetzung nicht deckungsgleich sein dürften. Hinzu kommt die große Verschiedenheit der PatientInnen nach Alter, Störung, Lebenslage, Gender, Schicht etc. Alle Probleme der Wirkfaktorenforschung tun sich hier auf (Petzold 2005i; Smith, Grawe 1999).

Nach Voruntersuchungen in der Integrativen Therapie zu den Heilfaktoren (Brumund, Märtens 1998; Thomas, Petzold, Schay 2005) sowie zu *protektiven, Risiko- und Resilienz*faktoren in Entwicklungsprozessen (bei Kindern: Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004; bei alten Menschen Müller, Petzold 2003) haben wir eine Check-Liste für die Therapie und ggf. auch Beratung (Petzold 2005f, g) mit jüngeren bis älteren Erwachsenen (Petzold 1996f) erarbeitet, in der versucht werden soll, eine gewisse Verfahrensspezifität integrativtherapeutischer Behandlung zu dokumentieren. Dabei ist davon auszugehen, dass alle therapeutischen Maßnahmen letztlich das Ziel haben, dynamische Regulationsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen zu ermöglichen.

»Der integrative Schlüsselbegriff „**dynamische Regulation**“¹¹ mit seinen Konzepten „**Regulationspotential, Regulationskompetenz, Regulationsperformanz**“ (Petzold

¹¹ »Unter dem Konzept „**dynamisches Regulationssystem**“ wird die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden personalen Subjektes verstanden, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu *steuern* – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen mit den neurophysiologischen und endokrinologischen Abläufen (z. B. HPA- Achse), über emotionale und kognitive Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch **Entwicklungsperspektiven** und **Entwicklungsprozesse** gehören. Gut funktionierende Prozesse „dynamischer Regulation“ können als eine Metaressource des Systems betrachtet werden. In ihnen wird „organisierte Information“ (OI) mit unterschiedlichen *Niveaus* von Komplexität und Strukturiertheit beständig

2002b/2004 Petzold, Müller 2005) hat immer auch „**Entwicklungspotentiale**“ mit im Blick. Es soll **Regulationskompetenz** und **Regulationsperformanz** des menschlichen Gesamtsystems gewährleistet werden, dass auftretende Dysregulationen hinlänglich ausgeglichen werden bzw. in den „gemäßigten Ungleichgewichten“ des „Spielraums“ bleiben, über den das System in seinen Freiheitsgraden bzw. seinem Toleranzspektrum verfügt. **Therapie heißt dann: Unterstützung der dynamischen Regulationsprozesse.** Eine solche Sicht verengt das Regulationskonzept nicht physiologistisch, begrenzt es nicht durch homöostatischen Harmonismus oder sieht es nicht nur als „*Binnenprozess* des Systems“ – eine Tendenz, die sich bei Grawe (2004) in seinem neuen Konzept der „Neuropsychotherapie“ findet, wenn er Perspektiven einer „klinischen Sozialpsychologie“ (Petzold, Müller 2005) und klinisch relevanten Soziologie und Sozialwissenschaft – gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Dimensionen also – kaum und anthropologische Fragen gar nicht aufgreift, anders als das die Begründer dieser Idee der „Regulierung“ bzw. „Regulation“, die Physiologen und Neurowissenschaftler Anokhin, Bernstein und Lurija, getan haben. « (Petzold, Orth, Sieper 2005).

Die Liste ist also theoriegeleitet (Petzold 2003a) und zugleich orientiert an den Forschungen zur Wirksamkeit des Integrativen Ansatzes (Petzold 2001e; Leitner 2005; Leuenberger 2005; Petitjean 2004), so dass man den mit diesem Instrument generierten Daten mit Interesse entgegen sehen kann. In jedem Fall wird die Check-Liste auch ohne quantifizierende Forschungsabsicht Integrativen TherapeutInnen eine Hilfe als heuristischer Leitfaden bieten, sich über ihre integrativtherapeutische Arbeit Rechenschaft zu geben und deshalb sei sie hier veröffentlicht.

IT–Checkliste für Integrative-TherapeutInnen

IT–Checkliste für Integrative-TherapeutInnen

Hilarion G. Petzold

Methodenspezifität des Vorgehens in der Integrativen Therapie

© Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

TherapeutIn-Code):

--	--	--	--	--	--	--

Gender: männl. ♂

weibl. ♀

Lebensalter: _____

PatientIn-Code:

--	--	--	--	--	--	--

Gender: männl. ♂

weibl. ♀

Lebensalter: _____

Therapieperiode Daten: von _____ bis _____

durch „transformative Konfigurationen“ (TF) um-, neu-, und weitergestaltet (Petzold et al. 1994, 535ff), „reformatiert“ « (Petzold 2000h; Petzold, Orth, Sieper 2005).

Diagnose: DSM-IV: _____ oder ICD 10: _____

Komorbiditäten:

Dauer der Erkrankung/Chronizität: _____ Jahre

Lebenslage:

Gut	mittel	schlecht
-----	--------	----------

Schicht:

Ober-	Mittel-	Unter-schicht
-------	---------	---------------

Weitere Besonderheiten:

Ich habe folgende IT-typischen therapeutischen Interventionen durchgeführt/eingesetzt:
Bitte ja/nein, Häufigkeit oder Intensitätseinschätzung ankreuzen bzw. Zahl angeben, wie viel mal

Welche der 14 Heilfaktoren haben Sie verwandt

1. Einführendes Verstehen, Empathie **EV**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
2. Emotionale Annahme und Stütze **ES**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung **LH**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen **EE**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung **LB**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte **PZ**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension **PW**

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver

selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“ **PI**

Nie	selten	häufig	sehr häufig

13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke **TN**

Nie	selten	häufig	sehr häufig

14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrung **SI**

Nie	selten	häufig	sehr häufig

15. Wurde systematisch mit salutogen-protektiven und Resilienzfaktoren gearbeitet?

Nie	selten	häufig	sehr häufig

Welcher der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ kam in den Sitzungen zum Tragen

16. **1. Weg:** Bewusstseinsarbeit

Nie	selten	häufig	sehr häufig

17. **2. Weg:** Nach- und Neuzozialisation

Nie	selten	häufig	sehr häufig

18. **3. Weg:** Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Nie	selten	häufig	sehr häufig

19. **4. Weg:** Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen

Nie	selten	häufig	sehr häufig

Welche der sechs Modalitäten kam zum Einsatz

20. Übungszentriert-funktionale Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

21. Konservativ-stützende Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

22. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

23. Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

24. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

25. Medikamentengestützte, supportive Modalität

Nie	selten	häufig	sehr häufig

Welche Beziehungsmodalitäten standen im Vordergrund

26. Kontakt

Nie	selten	häufig	sehr häufig

27. Begegnung

Nie	selten	häufig	sehr häufig

28. Beziehung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

29. Bindung

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

30. Wurde Mutualität praktiziert und thematisiert?

Nie	selten	häufig	sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche kreativen Medien wurden eingesetzt?

31. bildnerische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

32. sprachlich/poetische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

33. Bewegung/Tanz/ musikalisch/rhythmische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

34. Puppen/Masken/ dramatherapeutische

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Welche methodischen Schwerpunkte wurden verwandt

35. Wurden üben behaviorale Methoden verwandt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

36. Wie intensiv war das intersubjektive/affiliative Klima?

sehr intensiv		Gut		unzureichend
---------------	--	-----	--	--------------

37. Wie war die Netzwerkorientierung der Sitzungen?

sehr intensiv		Gut		unzureichend
---------------	--	-----	--	--------------

38. Wie intensiv war die Leiborientierung der Sitzungen?

sehr intensiv		Gut		unzureichend
---------------	--	-----	--	--------------

39. Wie war die Berücksichtigung störungsbildspezifischer Strategien?

sehr intensiv		Gut		unzureichend
---------------	--	-----	--	--------------

40. Wie war die Vorbereitung auf den Transfer in den Alltag?

sehr intensiv		Gut		unzureichend
---------------	--	-----	--	--------------

Auf welchem Strukturniveau der Persönlichkeit wurde vorwiegend gearbeitet?

41. Selbst

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

42. Stärkung von Selbst- und Selbstwertgefühl

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

43. Stärkung von Kohärenzwahrnehmung

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

44. Stärkung von Selbstwirksamkeit/Souveränität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

45. **Ich**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

46. Förderung von Ich-Stärke insgesamt

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

47. Förderung von Ich-Flexibilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

48. Förderung einzelner primärer, sekundärer oder tertiärer Ich-Funktionen

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

49. **Identität**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

50. Förderung von Identitätsstabilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

51. Förderung von Identitätsflexibilität

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

52. Förderung spezifischer Identitätsbereiche (Identitätssäulen)

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

53. Säule Leiblichkeit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

54. Säule Soziales Netzwerk

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

55. Säule Arbeit/Leistung/Freizeit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

56. Säule Materielle Sicherheit

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

57. Werte

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

58. Wurden genderspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

59. Wurden schichtspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

60. Wurden lebensalterspezifische Perspektiven berücksichtigt?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

61. **Wurde auf Fortschritte in den Zieldimensionen der Therapie geachtet?**

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

62. Bei den Feinzielen?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

63. Bei den Grobzielen?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

64. Bei den Metazielen (Leit- und Richtzielen)?

Nie	selten	häufig	Sehr häufig
-----	--------	--------	-------------

Supervision, Information, Ethikreglement

65. Wurde die Therapie durch Supervision/Kontrollanalyse begleitet?

Ja	nein
----	------

	X mal
--	----------
66. Wurde die Patientin/der Patient darüber informiert und seine Zustimmung eingeholt?

Ja	nein
----	------

	X mal
--	----------
67. Wurde bei Therapiebeginn und ggf. im Therapieverlauf über das Verfahren informiert Und auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen?

Ja	nein
----	------
68. Wurde ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen und auf „informed consent“ geachtet?

Ja	nein
----	------
69. Wurde über berufsständische Beschwerdemöglichkeiten (Ethikkommission o. a.) informiert?

Ja	nein
----	------
70. Wurden die Prinzipien der Grundregel der Integrativen Therapie vermittelt und Beachtet?

Ja	nein
----	------

Aus: *Petzold, H.G.* (2005s): Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung. Ergebnisse einer Ausbildungsevaluation (n = 7068) und Instrumente der Qualitätsdokumentation: EAG-Stundenbegleitbogen, IT-Checkliste, IT-Therapieprozessdokumentation. *Integrative Therapie* 3 (2005) 294-326.

Diese Check-Liste, die natürlich für dyadische Behandlungen („Einzeltherapien“) konzipiert ist – für Gruppentherapien sind andere Instrumente einzusetzen (*Orth, Petzold* 1995) –, war bewusst nicht nur für wissenschaftliche Untersuchungen ausgelegt worden, sondern kann und soll dazu dienen, sich in fortlaufenden Therapieprozessen zu orientieren und supervisorische bzw. metareflexive Prozesse zu unterstützen. Vor allen Dingen kann an ihr abgelesen werden, ob die aus der therapeutischen Metatheorie und klinischen Theorie (*Petzold* 1992a/2003) abgeleiteten Metaziele oder aus der Lebensweltanalyse erarbeiteten Grob- und Feinziele (idem 1988n) angegangen und realisiert werden, um angemessene Regulationsprozesse zu erreichen.

Anhang V: Anschreiben an den Lehrkörper zu diesem Text vom 1. Juni 2008

An die
LehrtherapeutInnen und Lehrbeauftragten des psychotherapeutischen
Fachspezifikums Integrative Therapie.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Mit anhängendem Schreiben zum Thema „Lehrtherapien“ wollen wir Eure Arbeit in diesem Jahr unterstützen und dazu beitragen, dass neue Erkenntnisse und Entwicklungen für die Lehrtherapien und damit auch für die PatientInnenarbeit zum Tragen kommen können.

Die „Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ ist seit 1982 als Einrichtung der Weiterbildung staatlich anerkannt.

Laut Bescheid des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12.12. 2005 wurde die Donau-Universität Krems gemäß §7 Abs. 1 in Verbindung mit §7 Abs. 4 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990 als Ausbildungseinrichtung für die psychotherapeutische, methodenspezifische Ausrichtung Integrative Therapie in Österreich anerkannt.

Für beide Institutionen ist damit die Qualitätssicherung eine verpflichtende Aufgabe, in die wir viel Arbeit investieren (*Petzold, Rainalds et al. 2006; Daniel Orth, Petzold, Zunker 2008, Petzold 2008d*). In diesem Kontext sind auch die nachstehenden Materialien zur Durchführung von Lehranalysen zu sehen.

Lehrtherapie soll neue Erkenntnisse auf der *persönlichen Ebene* erschließen und darüber hinaus neues Wissen, welches in Therapieforschung, klinischer Praxis und Theorieentwicklung – *also auf der fachlich-professionellen Ebene* – generiert wurde, vermitteln dadurch, dass es in den lehrtherapeutischen Prozessen selbst zur Anwendung kommt. Damit kann die Gesamtausbildung ein integrierter, moderner Lernprozess werden, in dem auch die Ergebnisse der empirischen Psychologie, Therapiewissenschaft, der Neurobiologie eine angemessene Rolle spielen (vgl. zur Behandlungsmethodik *Grawe 2004* oder zu Neurobiologie, Wille, Willenstherapie *Petzold, Sieper 2007a/2008*). Sie sollen zusammen mit den Erkenntnissen der *Ausbildungsforschung* (*Leitner 2005; Petzold, Rainalds et al. 2006; D. Orth, Petzold, Zunker 2008*) rezipiert und umgesetzt werden. Aus diesem Grunde ist in einem Therapieverfahren die fortgesetzte Weiterbildung von LehrtherapeutInnen, aber auch ihr Beitrag zur Entwicklung klinischen Wissens eine sinnvolle und unverzichtbare Maßnahme zum Erhalt und zur Entwicklung von Qualität, für die sich viele KollegInnen engagieren müssen (vgl. die Beiträge von Integrativen LehrtherapeutInnen und AusbildungskadidatInnen zu den Büchern von *Sieper et al. 2007* und *Petzold, Schay, Scheiblich 2006*). Solche Forschungs- und Entwicklungsarbeit wird am „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ der Donau-Universität-Krems (**DUK**) und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (**EAG**) seit Jahren zur Qualitätssicherung durchgeführt – auch **unter aktiver Mitwirkung der AusbildungskandidatInnen**. Ihnen und den beteiligten ForscherInnen soll hier ausdrücklich gedankt werden.

Wir hoffen, dass wir mit den anhängenden Materialien, die unsere grundlegenden Arbeit zur Lehrtherapie (*Frühmann 1994; Petzold, Orth 1993a; Petzold 1993m*) aktualisieren und ergänzen zur **Qualitätssicherung von Lehrtherapien** in der Integrativen Therapie beitragen können. Wir wünschen Euch allen eine fruchtbare Arbeit mit den AusbildungskandidatInnen und Euren PatientInnen, die von diesen Wissensständen auch profitieren werden und die an der therapeutischen Arbeit auf dieser Grundlage als „informierte KlientInnen“ mündig, aktiv und partnerschaftlich mitwirken können.

Hinter diesen Ausführungen steht natürlich eine kontinuierliche Entwicklungsarbeit in der Theorie (*Petzold 2008a, b*), Psychotherapie- und Supervisionsforschung (*Petzold, Müller 2008*), Konzeptbildung und Methodenentwicklung an EAG und DUK (*Petzold, Orth, Sieper 2006; Orth, Petzold 2008*). Die Festschrift der EAG (*Sieper, Orth, Schuch 2007*) oder die beiden Bände: „Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie“ (*Petzold, , Sieper, 2007a/2008*) dokumentieren das. Die gegenwärtigen „Positionen“ der Integrativen Therapie (*Petzold 2007q*) zeigen, das

Verfahren ist auf dem „neuesten Stand“ der Psychotherapie und wurde seit 30 Jahren systematisch entlang der Lineatur des „Tree of Science“ entwickelt, wie die kommentierte Bibliographie von *Petzold* (2007h) in sehr klarer Weise zeigt oder auch die Entwicklung der Zeitschrift „Integrative Therapie“ (idem 2005x).

Wir stellen alle diese Materialien unseren LehrtherapeutInnen und AusbildungskandidatInnen als Arbeitsgrundlage und Serviceleistung zur Verfügung und hoffen, dass sie die Freude am eigenen Verfahren und die Identifikation mit ihm bekräftigen. Wir wünschen eine gute Sommerlektüre.

Mit kollegialen Grüßen und guten Wünschen

Hilarion Petzold (EAG/DUK), **Anton Leitner** (DUK/EAG),
Johanna Sieper (EAG), **Ilse Orth** (EAG)

Zusammenfassung: Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung in der Psychotherapie - Perspektiven der Integrativen Therapie

Der Beitrag zeigt die theoretischen, praxeologischen und methodischen Grundlagen für Lehrtherapien und Selbsterfahrungsprozesse im Verständnis der Integrativen Therapie auf und liefert damit einen Beitrag zur Ausbildungstheorie im psychotherapeutischen Feld. Integrative Therapie hat in umfangreicher Weise empirische Studien zur Ausbildungsforschung durchgeführt, die die hohe Qualität ihrer Ausbildungspraxis nachgewiesen haben. Im kritischen Blick auf quasireligiöse Sozialisationstraditionen wird die psychoanalytische Praxis der Ausbildung und der Lehranalysen problematisiert und alternativ eine Theorie und Praxis von Lehrtherapie als genderbewusste intersubjektive Hermeneutik dargestellt, in der das Moment des Lehrens von therapie relevanten klinischen Inhalten und einer emanzipierten Lebenskunst und persönlichen Souveränität zentral steht. Praktische Durchführungsanleitungen konkretisieren die Theorie.

Schlüsselwörter: Lehrtherapie/Lehranalyse, Selbsterfahrung, Psychotherapieausbildung, Psychotherapiekritik, Integrative Therapie

Summary: Material and concepts for training therapies and self-experiencing in psychotherapy – perspectives from Integrative Therapy

This text exposes the theoretical, praxeological and methodological foundation for trainingtherapies and self-experiencing processes in the view of Integrative Therapy and offers hereby a contribution to the theory of training psychotherapists in the field of psychotherapy. Integrative Therapy has done extensive empirical research concerning psychotherapy training, which is showing the high quality of its training practice. In critical view on traditions of quasireligious socialisation the psychoanalytic practice of therapy education and their concept training analysis is problematized. An alternative theory and practice of teaching therapy as a gender conscious intersubjective hermeneutics is presented, in which the importance of teaching clinical concepts relevant for therapy and an emancipated art of life and personal sovereignty are core issues. Practical instructions are offered to concretize the theory.-

Keywords: Training Therapy/Trainiganalysis, self-experiencing, psychotherapy education, critic of psychotherapy, Integrative Therapy

Literatur in Auswahl:

Hier wird nur eine Auswahl wichtiger Literatur gegeben. Die zitierten Arbeitern von *Petzold* und MitarbeiterInnen finden sich in:

Petzold, H. G. (2007): **Gesamtbibliographie 1958-2007**: Updating des Gesamtwerkeverzeichnis 2007. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POL YLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 1/2007 und in *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Klinische Wissenschaft,

- Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 699-782.
- Abdullah, M. S.* (1980): Freimaurerische Spuren im Islam, *Quatuor Coronati, Jahrbuch* 17, 117-135.
- Bakan, D.* (1964): Freud et la tradition mystique Juive. Paris: Payot.
- Baum, R.* (2003): Wie unterscheiden sich Berichte über daily hassles und uplifts nach Inhalt, Intensität und Rollenbezug bei Personen mit risikoreichen Mustern arbeitsbezogenen Erlebens und Verhaltens. München: Grin.
- Biedermann, E. A.* (2004): Logen, Clubs und Bruderschaften. Düsseldorf: Droste-Verlag, Düsseldorf.
- Blazek, H.* (2001): Männerbünde. Berlin: Aufbau Verlag.
- Cohn-Sherbok, D.* (2000): Judentum, Freiburg Br.
- Drigalsky, D. v.* (1980): Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Berlin: Ullstein.
- Dubnow, S.* (1931): Geschichte des Chassidismus - in zwei Bänden. Berlin: Jüdischer Verlag
- Dumézil, G.* (1964): Aspekte der Kriegerfunktion bei den Indogermanen. Darmstadt.
- Grözinger, K. E.* (2005): Jüdisches Denken. Theologie-Philosophie-Mystik. Bd. 2: Von der mittelalterlichen Kabbala zum Hasidismus. Frankfurt a.M.
- Hadot, P.* (1981): Exercices spirituels et la philosophie antique. Paris. Etudes Augustiniennes; 3. erw. Aufl. 1993.
- Hadot, P.* (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P.* (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carrier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J., Frandsen, K.J., Smith, N.L.* (1996): Mind, body health, Boston: Allyn and Bacon.
- Harris, S., Sheth, S., Cohen, M. S.* (2007): Functional Neuroimaging of Belief, Disbelief, and Uncertainty, *Annals of Neurology*, December 2007.
- Kaiser, H.* (1997): Grenzverletzung. Macht und Missbrauch in meiner psychoanalytischen Ausbildung. Mit einem Vorwort von Tilmann Moser und einem Nachwort von Johannes Cremerius. Walter Verlag, Zürich
- Krüll, M.* (1979): Freud und sein Vater. Die Entstehung der Psychoanalyse und Freuds ungelöste Vaterbindung. München. Erweiterte Neuauflage Frankfurt/M. 1992
- Krüll, M.* (1983): Freud und sein Vater. 1. Familiendynamische Hintergründe der Psychoanalyse, 2. Die Revision der Verführungstheorie und die Frage sexueller Übergriffe. "Freiburger Universitätsblätter" 1983
- Langer, G.* (2004): Neun Tore - Das Geheimnis der Chassidim. Neu-Isenburg: Melzer Verlag.
- Leitner, A.* (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag.
- Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität.
- Leitner, A.* (2004): „Qualitätssicherung in der Weiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ in Lehr und therapeutischer Praxis“, in: *Fröhlich, W./Jütte, W.* (Hrsg.): Qualitätssicherung in der postgradualen Weiterbildung. Internationale Entwicklungen und Perspektiven. Krems: Waxmann, S. 462 – 484.
- Leitner, A.* (2005): „Weiterbildungs- und Interventionsforschung in psychosozialen und klinischen Feldern“, Hochschulforschung 2, Edition Donau-Universität Krems.
- Märtens, M., Petzold; H.G.* (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Marcel, G.* (1956): Was erwarten wir vom Arzt? Stuttgart: Hippokrates.
- Marszk, D.* (2007): Zweifel verursacht Ekel. In: *Morgenwelt. Magazin für Wissenschaft und Kultur.* 10-12-07 11:57.
- Masson, M. J.* (1991): *Final Analysis: The Making and Unmaking of a Psychoanalyst.* London: Harper Collins.
- Merkel, W. W.* (2007): Wo die bohrenden Zweifel wohnen. *Die Welt* 18. Dez. 2007, S. 1.
- Orth, I.* (2007): Genderperspektiven. In: *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 401-405, 446-447.
- Orth, I., Petzold, H.G.* (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2004) 297-342 und in: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 04/2004.*
- Orth, I., Sieper, J.* (2007): Neurowissenschaften und Kreativität. In: *Sieper et al.* (2007) 567-573.
- Petzold, H.G.* (1982g): Theater - oder das Spiel des Lebens, Verlag für Humanistische Psychologie, W. Flach, Frankfurt (Beim Verlag und an der EAG erhältlich)

- Petzold, H.G.* (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G.* (2007a): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2. erw. Aufl. 520 Seiten
- Petzold, H.G., Orth, I.* (1999a): *Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I.* (2007): „Der schiefe Turm fällt nicht weil ich das will!“ – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente für die Integrative Therapie des Willens: Willenspanorama, Zielkartierungen, Ich-Funktions-Diagramme. In: *Petzold, Sieper* (2007a) 553 - 596.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.* (1995a) (Hrsg.): *Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.* (2004a): *Integrative Suchttherapie*. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): *Integrative Suchttherapie*. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C.* (2003): *Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation..* Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a): *Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie*. 2 Bde. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.
- Reichelt, R.* (2007): *Komplexität erweitern und verringern – ein Beitrag zur Didaktik in Ausbildungen für Integrative Therapie, Beratung und Supervision (Masterthese, Donau-Univ. Krems, ersch. : www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 1, 2007.*
- Schmid, W.* (2004): *Mit sich selbst befreundet sein*. Frankfurt: Surkamp-
- Sieper, J.* (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, Heft 3/4 (2006)) 393-467 und in *Sieper, Orth, Schuch* (2007) 393 - 467.
- Sieper, J.* (2007b): *Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen*, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61
- Sieper, J.* (2007c): *Agogische Bildungsarbeit, pädagogische Perspektiven*, in: *Sieper et al.* (2007)449-456.
- Sieper, J.* (2007d): *Neurowissenschaften und Therapie*, in: *Sieper et al.* (2007)531-548.
- Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (Hg. 2007): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie*, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.
- Wolfersdorf, M., Heindl, A.* (2003): *Chronische Depression. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen*. Lengerich: Pabst.