

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 Metzmaker**, 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 22/2008

Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. Stundenbegleitbögen, IT-Checkliste, Zielkartierung, Willensdiagnostisches Interview als Instrumente für die Praxis. *Hilarion G. Petzold, Düsseldorf**

* Aus dem „Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H. G. Petzold), Donau-Universität Krems und. 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:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.IntegrativeTherapie.de>)

Der Text ist eine Erweiterung von: Petzold, H.G. (2005s): Qualität in Therapie, Selbsterfahrung, Ausbildung. Ergebnisse einer Auswertung (n = 7068) und Instrumente der Qualitätsdokumentation: EAG-Stundenbegleitbogen, IT-Checkliste, IT-Therapieprozessdokumentation. *Integrative Therapie* 3 (2005) 294-326. Hier erweitert aus *Gestalt & Integration* Jg. 2008 mit der Siegle 2008d.

1. Qualitätssicherung durch Evaluation

Psychotherapie und Psychotherapieausbildung sind komplexe Interventionssysteme, die auf unterschiedlichen Ebenen differenzierte Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung erforderlich machen. Die vorliegende Arbeit ist – wieder einmal (Petzold, Hass et al. 1995; Petzold, Orth, Sieper 1995c; Petzold, Hass, Märten 1998; Steffan; Petzold 2001) – darauf gerichtet, Beiträge zum Thema „Qualität“ (Laireiter, Vogel 1998) aus der Integrativen Therapie für PatientInnenbehandlung und Ausbildung vorzulegen. Das Integrative Verfahren ist bei dieser Thematik seit vielen Jahren führend und zählt besonders im Bereich der Psychotherapieausbildung international zu den am besten evaluierten Ansätzen (Leitner, Märten, Petzold, Telsemeyer 2004; Petzold, Steffan, Zdunek 2001; Petzold, Rainalds et al. 2005). Hier sollen Ergebnisse einer neuerlichen Aus-/Weiterbildungsevaluation (Orth, Petzold, Zunker 2004), mit einem N von 7068 Evaluationsbögen die wahrscheinlich umfangreichste ihrer Art vorgelegt werden sowie einige Instrumente der Qualitätssicherung, die von mir und MitarbeiterInnen an der EAG entwickelt wurden und die auch für andere Therapieansätze von Nutzen sein können.

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, „konzeptsyntonen“ 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 „Vier WEGE der Heilung und Förderung“

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

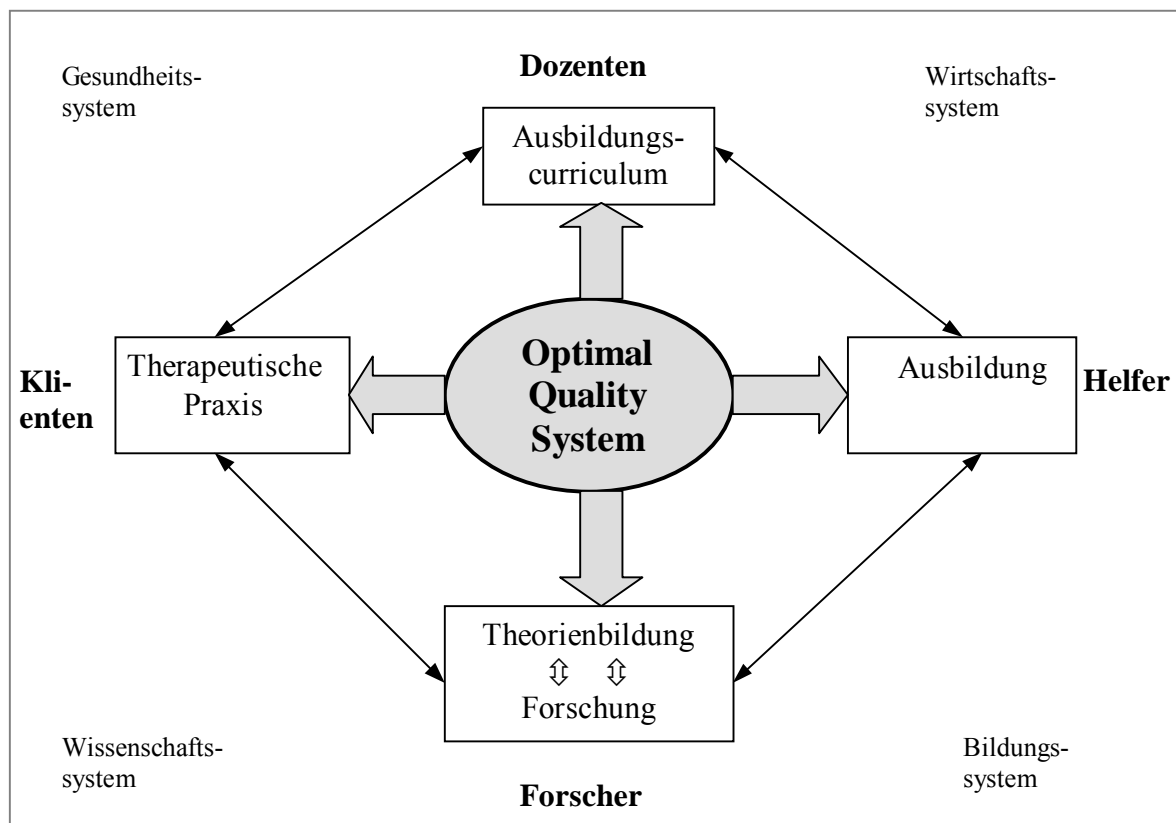
**Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“
Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige
Heilungs- und Entwicklungschancen**

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

(aus: *Petzold, Orth, Sieper* 2005)

Die Generierung einer hohen Qualität für ein derart komplexes Therapieverfahren in Ausbildung und Behandlung erfordert beständige Feedbackprozesse zwischen der Therapie von PatientInnen, Theorieentwicklung, Ausbildung von TherapeutInnen und – unverzichtbar – Therapie- und Ausbildungs- und Supervisionsforschung. Hierzu haben wir das „**Optimal Quality System**“ (OQM) an FPI/EAG entwickelt (*Petzold, Steffan* 1999a, b) und an dieser Institution implementiert, das in der Folge auch am Zentrum für psychosoziale Medizin der Donau-Universität Krems von *A. Leitner* und unserem Forschungsteam implementiert wurde (*Leitner, Märtners, Petzold, Telsemeyer* 2004). Das OQM-System entspricht im Prinzip einem „komplexen Qualitätszirkel“ (*Laireiter, Vogel* 1998) für den charakteristisch ist, dass alle Beteiligten in die Bemühungen um Qualität einbezogen werden müssen. Um dies am Beispiel einer Supervisionssituation zu verdeutlichen: Der Therapeut/die Therapeutin gehen aus **Qualitätsbewusstsein**, die Supervision, nachdem der Patient, wie rechtlich notwendig und ethisch selbstverständlich, im „informed consent“ hierzu seine Zustimmung gegeben hat (*Petzold* 1998a; *Petzold, Schigl et al* 2003). Die Ergebnisse der Supervision werden an den Patienten/Patientin rückgekoppelt, damit er das Erarbeitete in seiner Zusammenarbeit mit dem Therapeuten nutzen und für die Qualität seines therapeutischen Prozesses fruchtbar machen kann, ggf. auch Erkenntnisse in sein soziales Netzwerk, seinen familialen Konvoi (*Hass, Petzold* 1999; *Brühlmann-Jecklin, Petzold* 2004) transportiert, um die Qualität des Familienlebens zu verbessern, womit auch Rückmeldungen aus dem Netzwerk in die Therapie und von dort in die Supervision kommen können, ggf. auch an ein Behandlungsteam oder einer „case conference“, wenn solche Gruppen an der Therapie beteiligt sind. Auf diese Weise kann ein „**komplexer Qualitätszirkel**“ zur Generierung optimaler Therapie geschaffen werden oder von optimaler „**Prozessorganisation zur Lebensstilveränderung im Konvoi**“ („**process organized and facilitated lifestyle change**“) – das ist ein besserer Begriff für „case Management“ (vgl. *Petzold* 2005r).

Abb. 1: Das „Optimal Quality System“ (OQM) im Integrativen Ansatz der Therapie, Agogik, Supervision (aus *Steffan, Petzold* 2001)



In diesem System kommen an verschiedenen Stellen der „therapeutischen Praxis“ und „Ausbildung“ (z. B. in Lehranalyse und Supervision) komplexe **Selbsterfahrungsprozesse** um Tragen, denn Therapie und personenbezogene Weiterbildungsmaßnahmen werden als therapeutische und berufliche Sozialisations- und Enkulturationsprozesse verstanden. Hierin unterscheiden sich Therapie und Therapieausbildung nicht grundsätzlich.

„Therapeutische Aus- und Weiterbildungen sind Maßnahmen „beruflicher Sozialisation“, die als solche Menschen beeinflussen und formen. In ganz besonderer Weise gilt das für therapeutische Ausbildungen, in denen zu einem nicht unbedeutenden Teil – nämlich durch **Selbsterfahrung**, *Selbstmodifikation, Eigen- und Lehrtherapie, Lehranalyse, Kontrollanalyse, Supervision* – in einer „**Theorie-Praxis-Verschränkung die Methode durch die Methode gelehrt und gelernt**“ wird. Dafür muss der **institutionelle Rahmen** mit seiner, die Mitwirkung aller Beteiligten ermöglichenden Infrastruktur geeignet sein, die Fachlichkeit und Sicherheit bietet, und es muss ein breiter, permanent geschulter und weitergebildeter, genderpluraler Lehrkörper an DozentInnen und LehrtherapeutInnen Modelle bereitstellen, von denen die KandidatInnen lernen können. - Die Ausbildung von PsychotherapeutInnen, SozialtherapeutInnen und Supervisorinnen als Maßnahmen der *persönlichen* und *beruflichen* „Erwachsenensozialisation“ und „Entwicklung im Erwachsenenalter“ ist also – wie übrigens jede mittel- und längerfristige Psychotherapie auch – ein begleitetes, ja aktiv formendes Entwicklungs- und Sozialisationsgeschehen durch *wechselseitige* Einflüsse in *gendersensitiven*, interpersonalen Prozessen“ (Petzold, Orth, Sieper 2005).

Für eine solche sozialisationstheoretische Sicht wird natürlich auch ein Modell und eine Theorie „komplexen Lernens“ erforderlich (vgl. die Integrative Lerntheorie Sieper, Petzold 2002), die für eine „Theorie der Selbsterfahrung“ die Grundlage bieten muss. Eine solche Theorie ist bisher bei den verschiedenen, Selbsterfahrungsprozesse nutzenden Psychotherapieschulen noch weitgehend defizient. Nachstehend das Integrative Konzept.

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

»**1. Persönliche Selbsterfahrung** wird verstanden als Prozess eines sich in Kontext und Kontinuum und in relevanten sozialen Netzwerken/Konvois wahrnehmenden **Leib-Subjekts**, das sich in POLYLOGEN¹, d. h. in vielfältigen, ko-respondierenden Begegnungen und Auseinandersetzungen mit den Mitmenschen und im eigenen Entwerfen, Planen und Handeln selbst erlebt, sein SELBST erfährt, sein SELBST schöpferisch gestaltet. Seine Prozesse der Informationsaufnahme und -verarbeitung sind bewusst, aber auch in großem Maße unbewusst, so dass es sich folglich teils fungierend und teils intentional steuert/reguliert und in diesem Lern- und Entwicklungsgeschehen eine differenzierte **Persönlichkeit** (Selbst, Ich, Identität) ausbildet. Diese Selbsterfahrungsprozesse geschehen in allen Bereichen und Dimensionen des Lebens und sind insgesamt als somatosensomotorische, perzeptive, affektive, kognitiv-reflexive, diskursiv-kommunikative und z. T. metareflectierte **Lebenserfahrung des Leib-Subjekts** zu sehen. Die Selbsterfahrungsprozesse finden einerseits in der ganz gewöhnlichen Alltagswelt statt und andererseits in spezifischen „**sozialen Welten**“ (z. B. in klinischen Kontexten, Arbeits- und Ausbildungssituationen) als Wege „phänomenologisch-hermeneutischen Erkenntnisgewinns“, „produktiver Realitätsverarbeitung“, „differenzieller 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“, empathische Kompetenz** und seine **menschlich-mitmenschlichen Qualitäten** (Gelassenheit, Großherzigkeit, Engagement, Altruismus u. a. m.) ausbildet und beständig weiter entfaltet, wenn ihm das Leben gelingt.

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

3. Methodische Selbsterfahrung ist auf behandlungsmethodische und -technische Fertigkeiten und ihre theoretisch-konzeptuellen und forschungsfundierte Hintergründe im Professionalisierungsprozess gerichtet und lehrt die angehenden „Experten für Menschenarbeit“ u. a. die differenzierende Wahrnehmung und Handhabung ihrer **Regulationspotentiale** auf der somatosensomotorischen, emotionalen, volitionalen, kognitiven, kommunikativen Ebene in den POLYLOGEN der 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

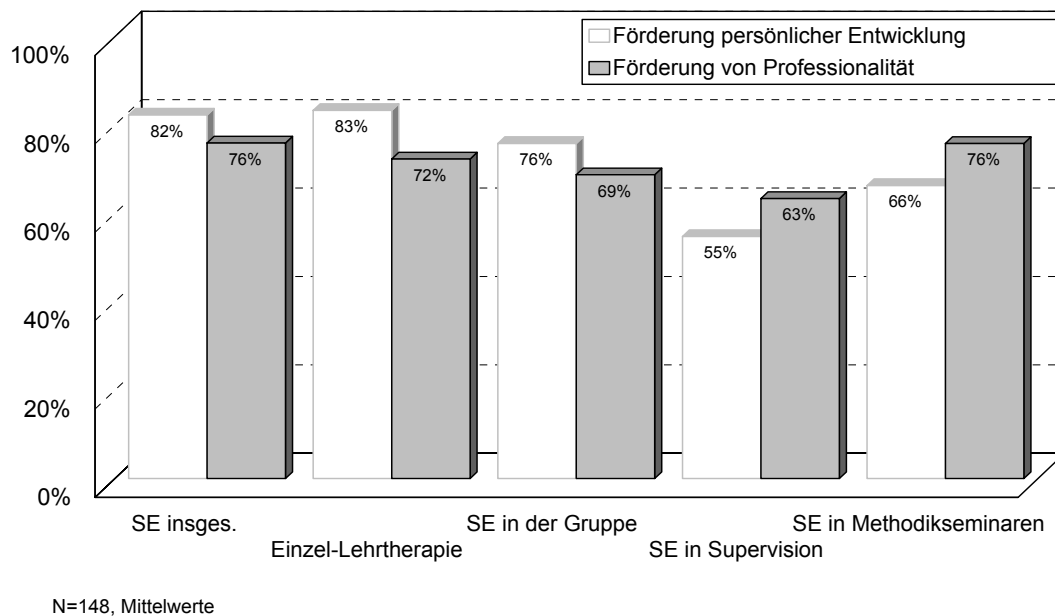
Reaktionen/Resonanzen entwickeln können. Es wird ihnen im Selbst-erleben der integrativen therapeutischen Methoden und Techniken „am eigenen Leibe“ und im Sich-Selbst-erfahren in der theoriegeleiteten und forschungsgegründeten Anwendung solcher Instrumente unter fachlich kompetenter Supervision und aufgrund 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, vgl. Petzold, Steffan 1999a,b).«

Der Begriff „**Selbst**“ steht immer in der Dialektik zum „**Anderen**“, wie *James, Baldwin, Janet, Cooley, Mead* u. a. es in ihren „Self-and-Other-Theories“ ausgearbeitet haben. Im Integrativen Ansatz formulieren wir grundsätzlich pluralistisch: „zu den Anderen“. Es wird damit das Paradigma eines „dyadologisch“ verkürzten Dialogdenkensⁱⁱ überschritten, weil Menschen in Mehrpersonensettings leben und in *POLYLOGEN*ⁱⁱⁱ kommunizieren lernen. Für die Ausbildung Integrativer Therapeutinnen und für die Gewährleistung einer hohen Qualität in ihrer Praxis verlangt ein solches anspruchsvolles Verfahren einen hohen Einsatz in der Entwicklung vermittlungstheoretischer Modelle, methodischer Instrumentarien und eine differenzierte Didaktik, die durch einen gut geschulten Lehrkörper vermittelt werden muss. Die „Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit hat hier über viele Jahre große Investitionen in ein angemessenes Qualitätssicherungs- und Dokumentationssystem unternommen (Petzold, Orth, Sieper 1995) und Ausbildungs- und Therapiearbeit im Integrativen Ansatz immer evaluiert (zusammenfassend Petzold, Rainalds, Sieper, Leitner 2005).

Zur Illustration der Bedeutung dieses Kernelementes der Ausbildung, seien Ergebnisse aus einer Studie (n = 148) vorgestellt, die die Qualität der *Selbsterfahrung in der Ausbildung* an EAG/FPI untersucht hat (Petzold, Steffan 1999a, b). Die Teilnehmer wurden gebeten auf einer 11-stufigen Ratingsskala (0%= „gar nicht“ bis 100%= „sehr gut“) einzuschätzen, in welchem Ausmaß ihre persönliche Entwicklung und ihre Professionalität in der *Selbsterfahrung* insgesamt und in den einzelnen Selbsterfahrungsangeboten während der Ausbildung gefördert wurden.

Abb. 2: Bedeutung von Selbsterfahrungsanteilen

Originalfrage: „Schätzen Sie bitte mittels der folgenden Ratingskalen ein, in welchem Ausmaß Ihre persönliche Entwicklung bzw. Ihre Professionalität durch die Selbsterfahrungsbestandteile in der Ausbildung zur Integrativen TherapeutIn gefördert wurden!“



Die Selbsterfahrung in der Ausbildung insgesamt, in der Einzel-Lehrtherapie, in Selbsterfahrung in der Gruppe, in der Supervision und in den Methodikseminaren wurde durchweg als positiv beurteilt - alle Mittelwerte über 50% - was auf eine hohe Zufriedenheit mit der Selbsterfahrung in der Integrativen Therapie schließen lässt.

Exemplarisch seien nachfolgend weitere Ergebnisse aus der Ausbildungsevaluation dargestellt.

2. Ergebnisse aus der Ausbildungsevaluation an FPI/EAG

Veranstaltungsevaluationen haben an EAG/FPI eine lange Tradition. Sie wurden seit 1974 immer wieder in Form von Stichprobenevaluationen durchgeführt, so dass über die Jahre in zahlreichen Untersuchungen bald 15 000 Evaluationsdokumente ausgewertet wurden und damit die Institution und ihre Ausbildungen international über einen Evaluationsstand verfügen, für den Vergleichbares schwer zu finden sein wird, zumal immer wieder auch Untersuchungen der therapeutischen Arbeit der Ausgebildeten mit PatientInnen stattfinden, so dass man sehen kann: die Ausgebildeten wenden ihr Verfahren so an, dass sie erfolgreiche Therapien durchführen (Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002; Leitner et al. 2004). Gegenüber früheren Untersuchungen mit verschiedenen Instrumenten wird seit Juli 1997 eine systematische Evaluation *aller Veranstaltungen* durch die Einschätzungen der Seminarteilnehmer und Ausbildungskandidaten mit einem standardisierten Fragebogen durchgeführt, der von der Forschungsabteilung der EAG in Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Fachbereichsleitungen, den Ausbildungskandidaten- und Dozentenvertretern der Aus- und Weiterbildung und Verwaltungskräften an EAG/FPI, also im Sinne eines umfassenden *Qualitätszirkels* unter Mitwirkung aller Beteiligten entwickelt (Petzold, Steffan, Zdunek 2000). In 23 items werden Einschätzungen zur Qualität der eigenen Mitarbeit der Seminarteilnehmer, zur Qualität der Leitung und zur Qualität der sachbezogenen Leistungen erfragt. Die Einschätzung erfolgt auf einer elfstufigen Ratingskala von 0% bis 100% (volle Ablehnung bis volle Zustimmung). Der Fragebogen wurde in allen zuvor beschriebenen Seminartypen eingesetzt. Es bestand die Option, für einen Seminartyp nicht zutreffende Fragen als solche zu kennzeichnen.

Neben einer Gesamtauswertung – ausgehend von den erfragten Qualitätsmerkmalen der Seminare – wird der Fragebogen mit Blick auf die theoriegeleitet festgelegten

Qualitätsbereiche (Beitrag der Teilnehmer, der Dozenten sowie der sachbezogenen Leistungen der Ausbildungsakademie) und nach den zuvor beschriebenen Seminartypen ausgewertet. Die Evaluationsmaßnahmen werden stets unter Beteiligung 1. eines externen wissenschaftlichen Außenevaluators, 2. einem Ausbildungskandidaten und 3. vom wissenschaftlichen Leiter im Rahmen seiner Verpflichtungen zur Qualitätssicherung durchgeführt (vgl. *Petzold, Rainalds et al. 2005*). Dabei ist das Evaluationsinstrument „**EAG 0.1/97**“ (*Petzold 1998k*) von besonderer Bedeutung, weil es bei allen Veranstaltungen an FPI/EAG ausgegeben wird. Mit ihm werden folgende Fragenstellungen untersucht:

Beitrag der Teilnehmer an der Qualität der Seminare

1. Wie bewerten die Teilnehmer ihre eigene Form der Mitarbeit am Gelingen der Seminare?

Beitrag der Dozenten an der Qualität der Seminare

2. Wie bewerten die Teilnehmer die didaktische Kompetenz der Dozenten?
3. Wie schätzen die Teilnehmer die Qualität der Theorievermittlung ein?
4. Welche Qualität hat die methodische und therapeutische Arbeit der Dozenten in den Seminaren laut Einschätzung der Teilnehmer?
5. Wie schätzen die Teilnehmer die zwischenmenschliche Performanz der Dozenten ein?
6. Welche Bewertung erhält die Praxisrelevanz der Seminare?

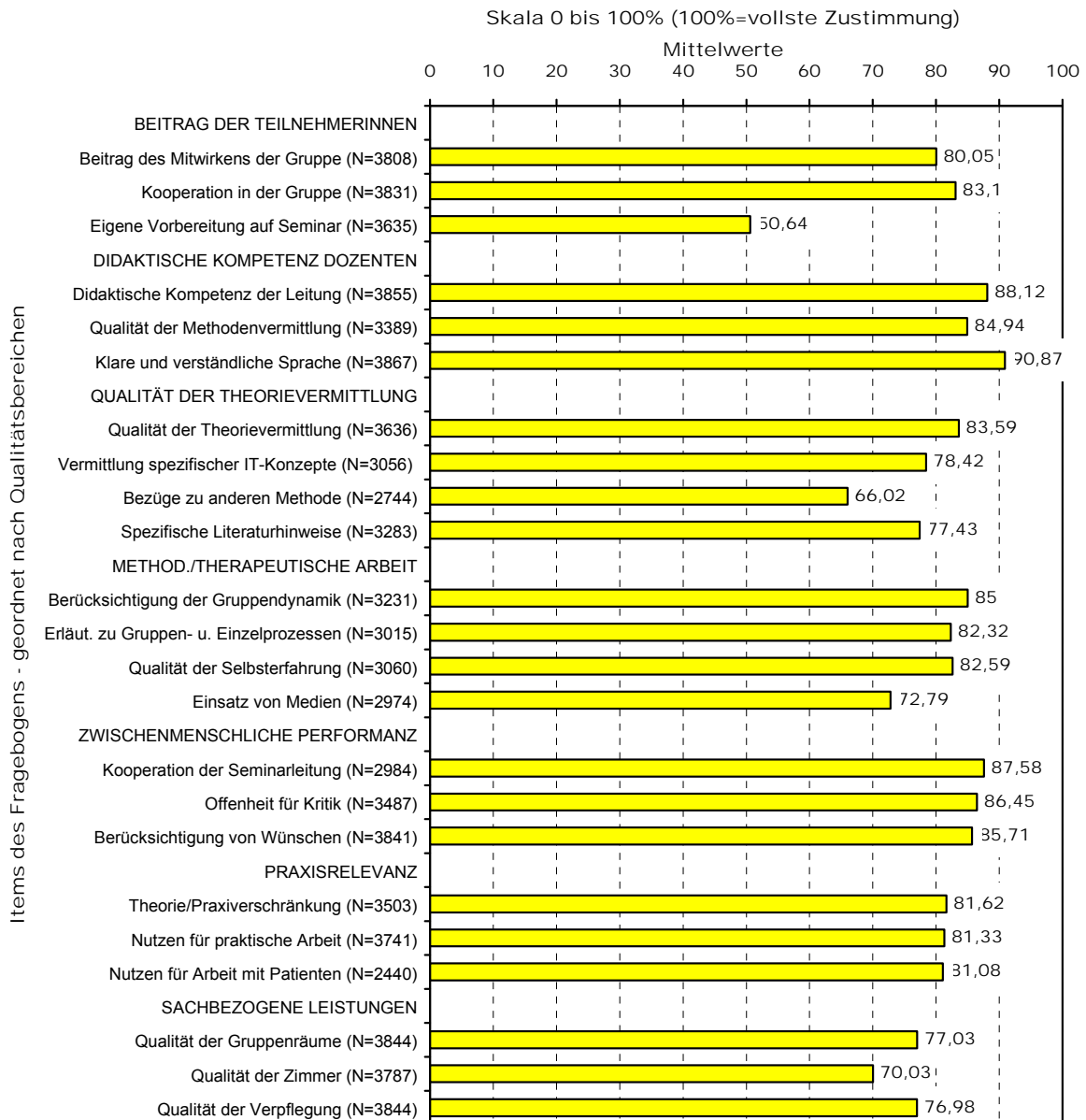
Sachbezogene Leistungen des Seminarortes

7. Wie gut schätzen die Teilnehmer der Seminare die sachbezogenen Leistungen (Räumlichkeiten und Essen) ein?

Der Auswertungsteil vergleicht die verschiedenen Seminartypen anhand der beschriebenen Qualitätsmerkmale.

In der Untersuchung 1997-1999 (*Petzold* [Wissensch. Leiter], Dipl.-Psych. *Angela Steffan* [Ausbildungskandidatin], *Dipl.-Päd. Kerstin Zdunek* [Außenevaluatorin] 2000) wurden bei einem *n* von fast 4000 Dokumenten Ergebnisse festgestellt, die durchweg im Bereich „gut“ und „sehr gut“ (über 80%) liegen.

Abb. 3: Gesamtevaluation Ausbildungen an FPI/EAG 1997-1999 n = 3924 (aus *Petzold, Steffan, Zdunek 2000*)

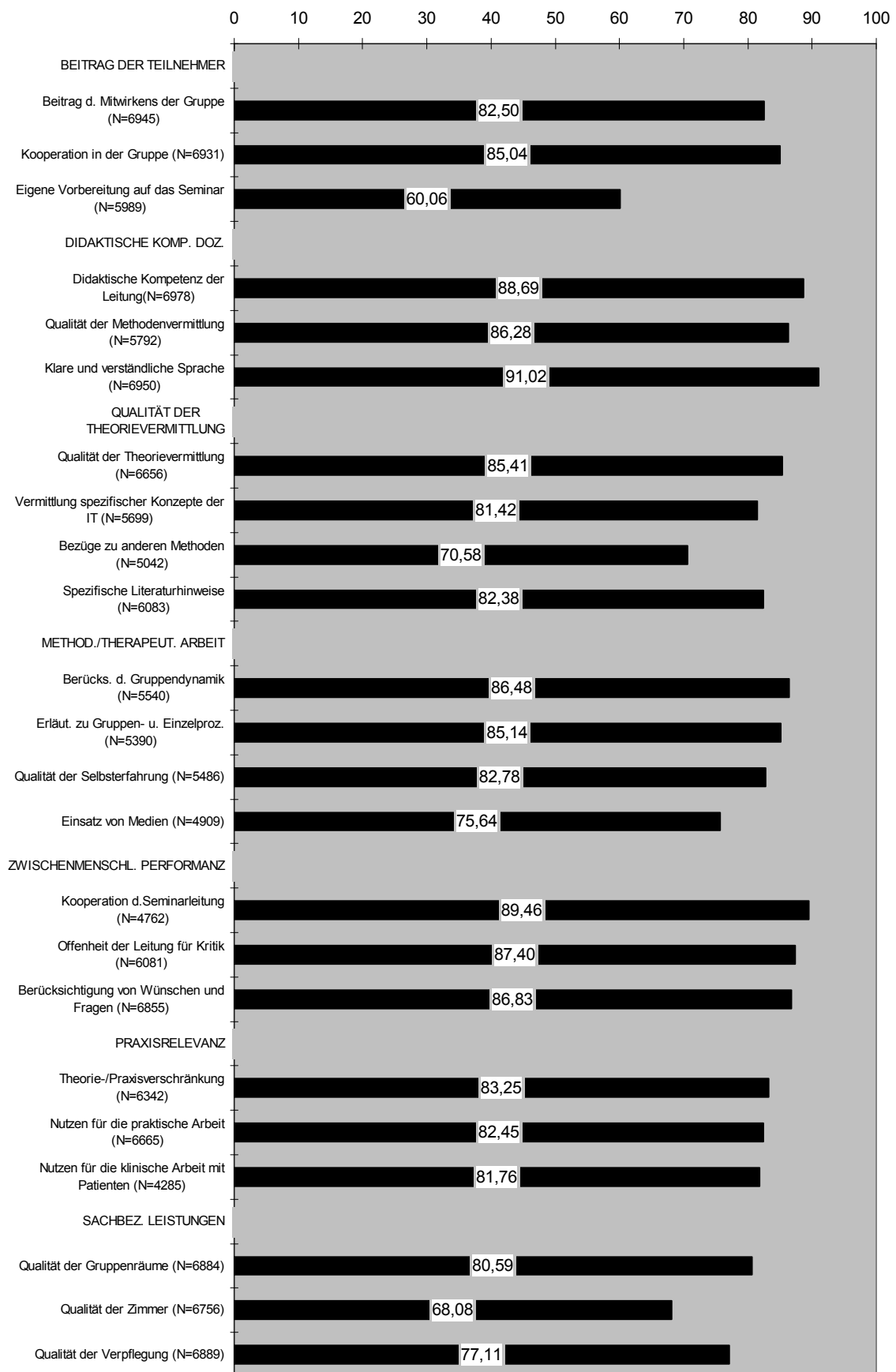


In der Anschlussuntersuchung von 1999 – 2004 (*Daniel Orth* [Ausbildungskandidat], *Petzold*, Dipl.-Psych. *Simone Zunker*, Univ. Trier. [Aussenevaluatorin] 2004) umfasste die Stichprobe dabei die Fragebögen von 7068 Teilnehmern aus 604 Seminaren, die in dem Zeitraum von 1999 bis 2004 stattgefunden haben. Von den ausgeteilten 8088 Fragebögen sind 7068 in die Auswertung eingegangen. Die Rücklaufquote beträgt somit 87%. Durchschnittlich befanden sich in den Seminaren 13,4 Teilnehmer. Die vereinbarten Seminarstunden wurden laut 6694 Teilnehmern (95%) eingehalten, laut 61 Teilnehmern (1%) unterschritten und laut 312 Teilnehmern (4%) überschritten. Die Verteilung der Stichprobe auf die einzelnen Seminartypen sieht wie folgt aus: 773 (11%) nahmen an Supervisionskompaktseminaren, 220 (3%) an Zulassungsseminaren, 707 (10%) an Einzelseminaren, 2179 (31%) an Methodenseminaren, 924 (13%) an Kompaktcurricula, 261(4%) an Intensivseminaren, 1080 (15%) an Selbsterfahrungsgruppen und 924 (13%) an Theorieseminaren teil.

Es finden sich zusammengefasst folgende Ergebnisse:

Abb. 4: Gesamtevaluation Ausbildungen an FPI/EAG 1999 – 2004 n = 7086

Skala 0 bis 100% (100% = volle Zustimmung)



Im Folgenden sollen einige Detailergebnisse aus dieser Untersuchung (Orth, Petzold, Zunker 2004) wiedergegeben werden:

I. Wie bewerten die Teilnehmer die didaktische Kompetenz der Dozenten?

Zu diesem Qualitätsbereich zählen folgende 3 items (100% = volle Zustimmung):

item 4: Didaktische Kompetenz der Leitung

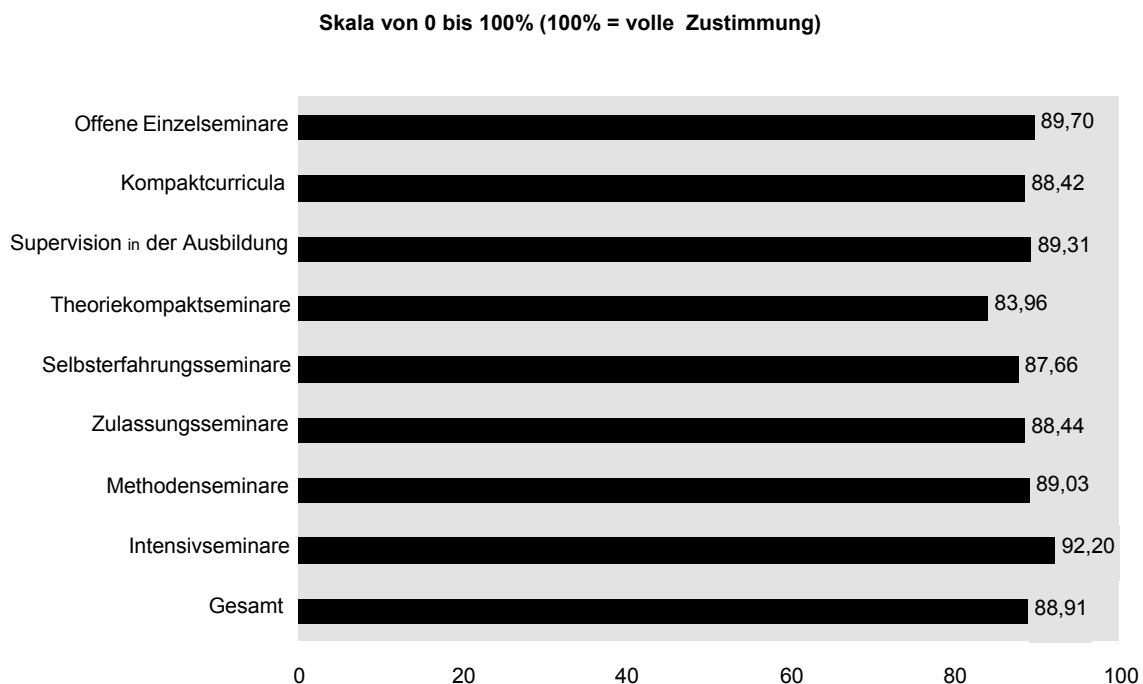
item 9: Qualität der Methodenvermittlung

item 19: Klare und verständliche Sprache

Für die Frage 4 lag der Gesamtmittelwert aller Seminartypen bei 88,7% (SD=15,18), für die Frage 9 lag er bei 86,3% (SD=15,9) und für die Frage 19 lag er bei 91 % (SD=13,43).

Die Mittelwerte für die jeweiligen Seminartypen für den Qualitätsbereich „Didaktische Kompetenz der Dozenten“ (Frage 4, 9, 19 aggregiert) sind in der folgenden Graphik dargestellt.

Abb.5: Didaktische Arbeit der Dozenten im Vergleich der Seminartypen



II. Welche Qualität hat die methodische und therapeutische Arbeit der Dozenten in den Seminaren laut Einschätzung der Teilnehmer?

Zu diesem Qualitätsbereich zählen folgende 4 items (100%=volle Zustimmung):

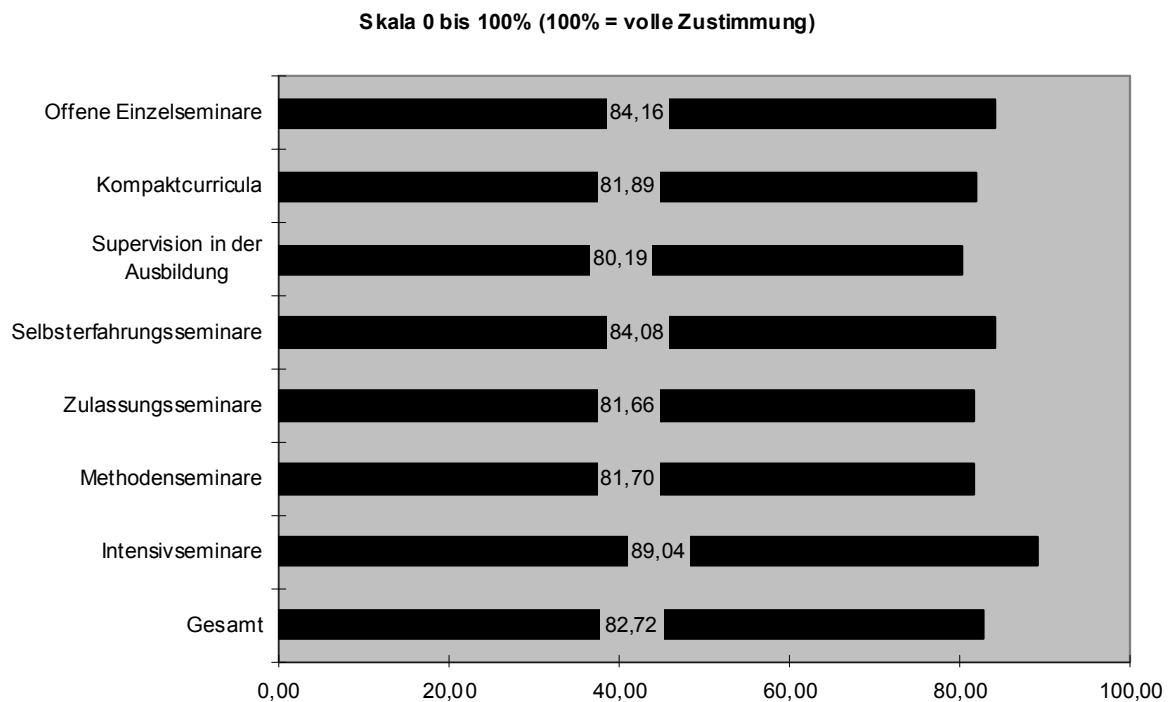
item 5: Berücksichtigung der Gruppendynamik durch die Seminarleitung

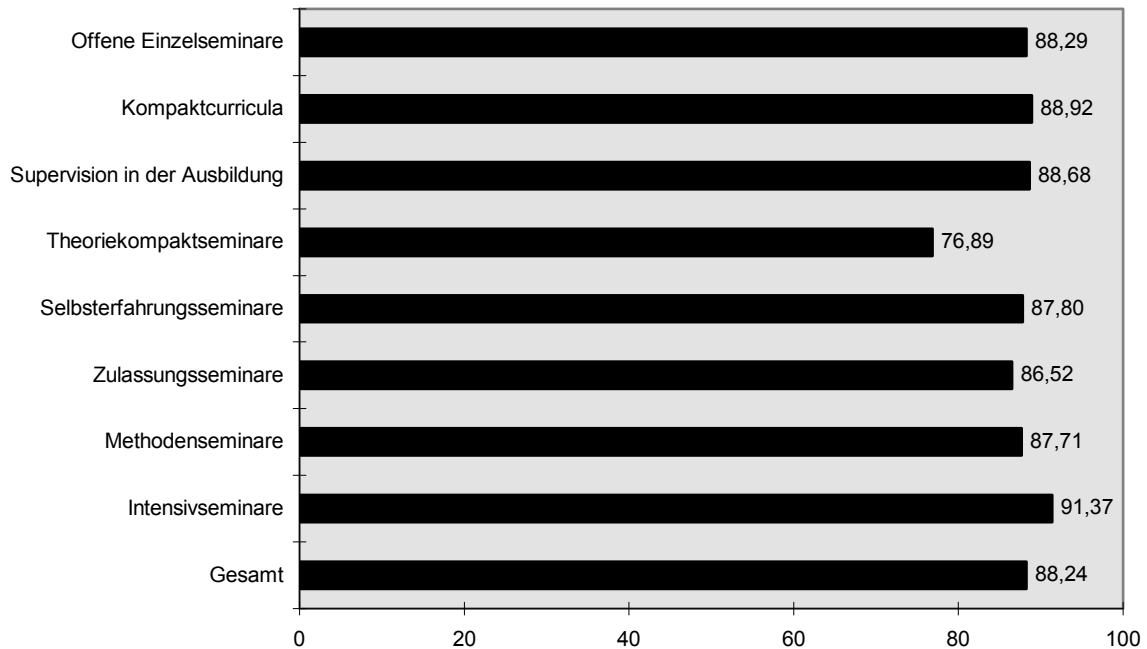
item 7: Erläuterung zu Gruppen- und Einzelprozessen

item 10: Qualität der Selbsterfahrung

item 11: Einsatz von Medien

Abb.6: Qualität der methodischen und therapeutischen Arbeit im Vergleich der Seminartypen





Für die Frage 5 lag der Gesamtmittelwert aller Seminartypen bei 86,5% (SD=17,75), für Frage 7 lag er bei 85,1% (SD=16,76), für Frage 10 lag er bei 82,8% (SD=18,5) und für Frage 11 lag er bei 75,6% (SD=22,56). Die aggregierten Mittelwerte für den Qualitätsbereich „methodische und therapeutische Arbeit der Dozenten“ (Fragen 5, 7, 10, 11) für die jeweiligen Seminartypen sind nachfolgend graphisch dargestellt:

III. Wie schätzen die Teilnehmer die zwischenmenschliche Performanz der Dozenten ein?

Zu diesem Qualitätsbereich zählen folgende 3 items (100%=volle Zustimmung):

- item 6: Kooperation der Seminarleitung
- item 13: Offenheit der Leitung für Kritik
- item 18: Berücksichtigung von Wünschen und Fragen

Für die Frage 6 lag der Gesamtmittelwert aller Seminartypen bei 89,5%(SD=14,73), für die Frage 13 lag er bei 87,4%(SD=15,88) und für die Frage 18 lag er bei 86,8%(SD=15,64). Die aggregierten Mittelwerte für den Qualitätsbereich „zwischenmenschliche Performanz der Dozenten“ (Fragen 6,13,18) für die jeweiligen Seminartypen sind nachfolgend graphisch dargestellt:

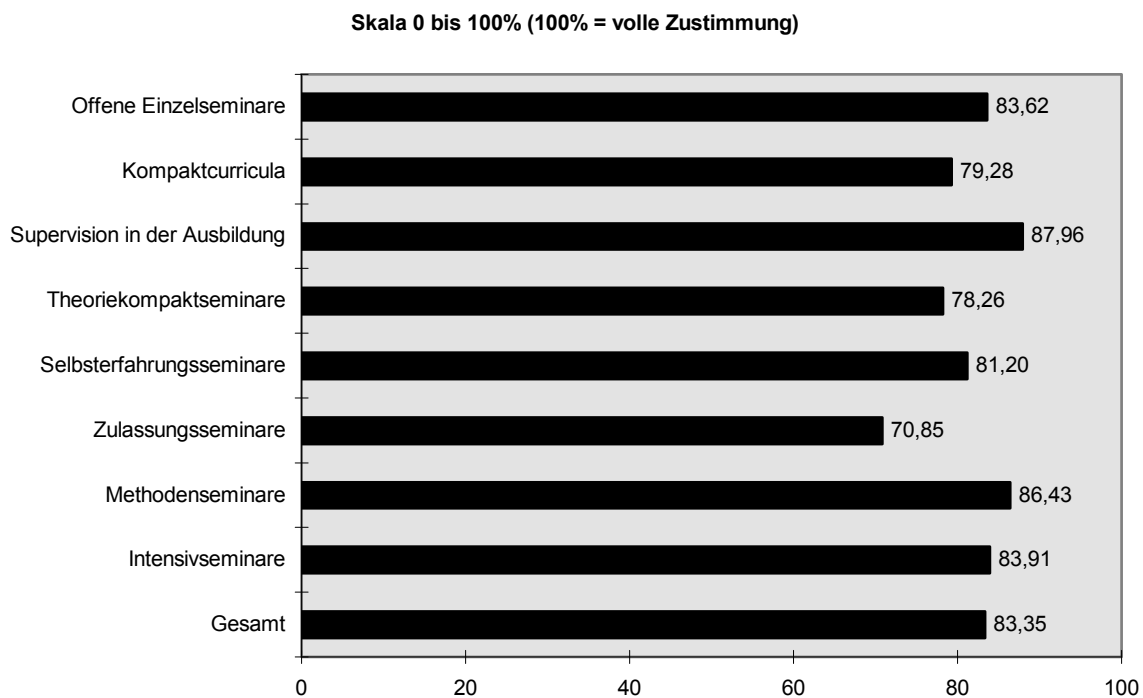


Abb.7: Qualität der zwischenmenschlichen Performanz der Dozenten im Vergleich der Seminartypen

IV. Welche Bewertung erhält die Praxisrelevanz der Seminare?

Zu diesem Qualitätsbereich zählen folgende 3 items (100%=volle Zustimmung):

- item 12: Theorie/Praxisverschränkung
- item 14: Nutzen für die praktische Arbeit
- item 15: Nutzen für die Klinische Arbeit mit Patienten

Für die Frage 12 lag der Gesamtmittelwert aller Seminartypen bei 83,3% (SD=18,1), für die Frage 14 lag er bei 82,5% (SD=18,67) und für die Frage 15 lag er bei 81,8% (SD=19,91). Die aggregierten Mittelwerte für den Qualitätsbereich „Bewertung der Praxisrelevanz“ (Fragen 12,14,15) für die jeweiligen Seminartypen sind nachfolgend graphisch dargestellt:

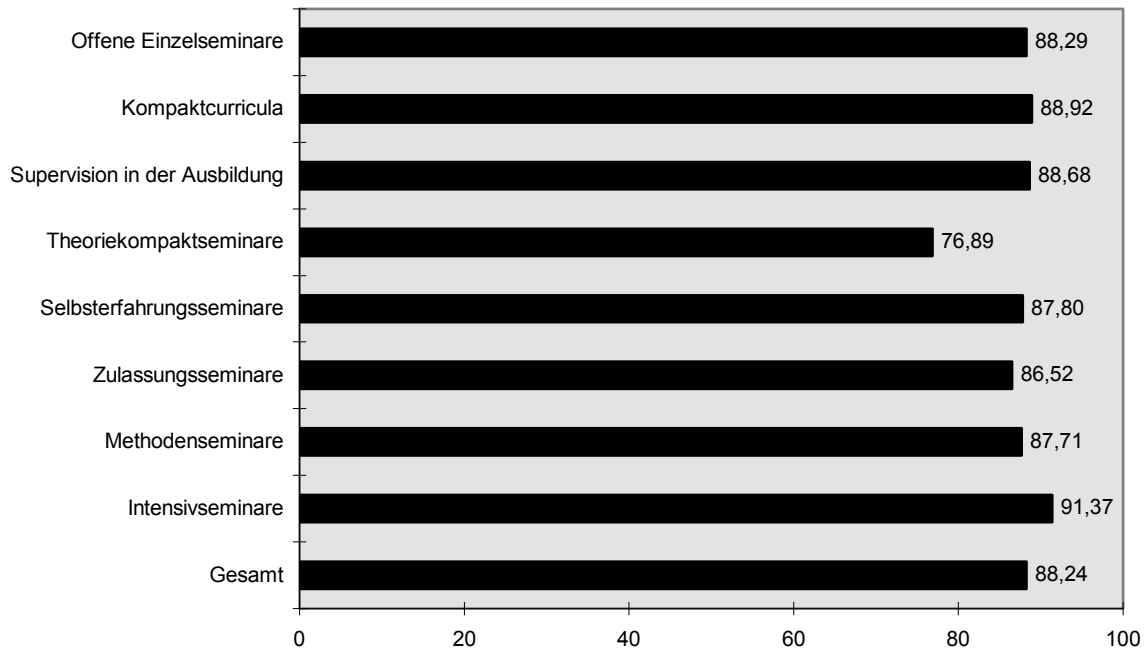


Abb.8: Theorie/Praxisverschränkung im Vergleich der Seminartypen

V. Was zeigen die Ergebnisse der Faktorenanalyse

Mit Hilfe einer Faktorenanalyse können hoch miteinander korrelierende Items in einem Faktor zusammengefasst werden. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse haben einen heuristischen Wert und bieten eine weitere Grundlage für die Interpretation der vorher genannten Ergebnisse, bzw. dienen zur Überprüfung, ob die betreffenden Items des Fragebogens, die theoretisch konzipierten Qualitätsbereiche abdecken.

In die Untersuchung gingen die Werte der 7068 Teilnehmer, die den Fragebogen ausgefüllt haben, ein. Über die betreffenden 23 Items wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation gerechnet. Die Faktoren wurden aufgrund des Scree-Tests und dem Kriterium „Eigenwert größer 1“ extrahiert.

Die theoretisch geplanten, zuvor genannten sieben Skalen (Qualitätsbereiche) bestätigten sich in dieser Form nicht zur Gänze in der Faktorenanalyse. Stattdessen konnten vier Faktoren extrahiert werden, die insgesamt eine Varianz von 61% aufklären. Der erste Faktor *Didaktische und zwischenmenschliche Performanz der Leitung* erklärt 22% der Varianz. Auf ihm laden insgesamt 8 Items: die Items 4, 5, 6, 7, 9, 13, 18 und 19. Der zweite Faktor klärt 21% der Varianz auf und umfasst ebenfalls acht Items: die Items 8, 11, 12, 14, 15, 16, 17 und 20. Dieser kann als *Qualität der Theorievermittlung und des Praxisbezuges* bezeichnet werden. Der *Beitrag der Teilnehmer* findet sich im 3. Faktor wieder. Dieser klärt 10% der Gesamtvarianz auf und enthält die Items 2, 3, 10 und 21. Der letzte, vierte Faktor, der die *Sachbezogenen Leistungen der Einrichtungen* umschreibt, enthält die Items 22, 23 und 24 und erklärt eine Varianz von 8%.

Die Items 21 (die eigene Vorbereitung der Teilnehmer auf das Seminar), 10 (Qualität der Selbsterfahrung) und 11 (Einsatz von Medien) laden relativ niedrig mit .48 bis .50 auf den betreffenden Faktoren. Die Ladungen der restlichen Items sind jedoch als zufriedenstellend bis gut anzusehen (0,59 – 0,79).

Abschließend läßt sich feststellen, dass sich die Qualitätsbereiche in ihrer theoretischen Konzeption durch die Items zufriedenstellend abbilden lassen, auch wenn sich im Rahmen der Faktorenanalyse ergeben hat, dass die sieben konzipierten Skalen zu vieren zusammengefasst werden können: *Didaktische und zwischenmenschliche Performanz der Leitung*, *Qualität der Theorievermittlung und des Praxisbezuges*, *Beitrag der Teilnehmer* und *Sachbezogenen Leistungen der Einrichtungen*. Mit diesen vier Faktoren kann ein beträchtlicher Teil der Gesamtvarianz aufgeklärt werden (61%). Die Reliabilität, gemessen anhand von Cronbach's Alpha, liegt bei .93 und ist somit als sehr gut einzustufen.

Gegenüber den schon guten bis sehr guten Ergebnissen der ersten Evaluation (Abb. 3) sind die Werte der zweiten Evaluation (Abb. 4) noch etwas gestiegen.

Qualitätssichernde Maßnahmen müssen, wie gesagt, auf allen Ebenen des „Systems Psychotherapie“ stattfinden, letztlich auch auf der Ebene des KlientInnenystems, so dass sich PatientInnen selbst mit ihrem Vorankommen in ihren Therapien und in ihrer Zusammenarbeit mit dem Therapeuten/der Therapeutin auseinandersetzen. Ein solcher Ansatz erhöht die „Selbstwirksamkeit“ des Patienten/der Patientin (Flammer 1990), ermöglicht einen „shared locus of control“, was die **Passung** fördert und die Heilungschancen sowie die erlebte Lebensqualität erhöht (Steffan 2002). Stundenbögen und Therapietagebücher (Petzold, Orth 1993b), die die *Zieldimensionen* der Therapie (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) immer wieder in den Blick rücken, unterstützen die gemeinsamen Reflexionen, die im Sinne der „Grundregel“ (Petzold 2000a/2005) der Integrativen Therapie, zum therapeutischen *Procedere* gehören.

Auf Seiten der TherapeutInnen erfordert das Erfassen und Verstehen derartiger Prozesse ein differenziertes, metareflexives Durchdringen der eigenen Arbeit unter transparenter, koreflexiver Beteiligung der PatientInnen, was immer wieder eine **hyperexzentrische Übersicht** ermöglicht (Petzold, Eckhoff 2005). Das kann durch theoriegeleitete und praxeologisch gut durchdachte Dokumentationshilfen unterstützt werden. Im Integrativen Ansatz wurde dafür empiriegestützt ein Dokumentationschema für die Erstellung von Behandlungsjournalen erarbeitet (Orth, Petzold 2004) mit dem inzwischen viele hundert Prozesse dokumentiert wurden (Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005). Weiterhin wurde zur Überprüfung der Behandlungssituation zur Unterstützung der Realisierung von Behandlungszielen einen Stundenbogen entwickelt (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), der hochsignifikant nach wenigen Sitzungen schon den Erfolg der Therapie vorauszusagen vermag (Böcker 2000; Petzold, Hass et al. 2000; Steffan 2002). Die im Integrativen Ansatz betriebene Evaluationsforschung (Steffan, Petzold 2001; Petzold, Hass et al. 2000; Märten, Leitner et al. 2004) bestätigt die Wirksamkeit des Integrativen Verfahrens, dessen Erfolge in einer hohen Flexibilität der prozessualen Handhabung von Beziehungsdynamik, Situationsgegebenheit und Krankheitsgeschehen sowie der gender-, ethnische- und lebensaltersspezifischen Erfordernisse liegt (Petzold 2004a, 2005a). Das elaborierte theoretische und methodische Verfahren und seine Modelle im „EAG-Qualitätssicherungssystem“ zum Erzielen von optimaler (nicht maximaler) Qualität durch „Optimal Quality Management“ (OQM) sind verschiedentlich ausführlich dargestellt worden (zuletzt Petzold, Orth, Sieper 2005; Petzold, Rainals et al. 2005) in genereller und störungsspezifischer Hinsicht (z. B. Petzold, Wolff et al. 2000, 2002; Petzold 2004 I; Fewer, Sieper, Petzold 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005).

Wenn man im Rahmen eines solchen Systems bei den durchgeführten Therapien die therapeutische, therapietheoretische und therapiemethodische Handhabung eines solchen komplexen Geschehens leitlinienhaft steuern will, scheint das nur schwer realisierbar. Wir haben das für die ethischen Prinzipien durch die Erarbeitung einer strukturell mit „Flexibilitätsspielräumen der Zupassung“ ausgestatteten „Grundregel“, an die sich die TherapeutInnen und PatientInnen halten sollen, zu gewährleisten versucht. Empirische Daten zur Umsetzung der „Grundregel“ und Ausbildung und therapeutischer Behandlung belegen den Erfolg dieses Unterfangens (Petzold 2000a; Petzold, Rainals et al. 2005). Diese Flexibilität, Multimodalität, Methodenpluralität und behandlungstechnische Differenziertheit ist ein typisches Merkmal der Methodenspezifität des Integrativen Ansatzes in seiner *mehrperspektivischen* Arbeit mit PatientInnen (Petzold 2003a). Grundsätzliche Voraussetzung für eine gelingende Praxis ist aber nicht nur eine sichere und wohlbegründete Therapiemethode in einem Qualitätssystem, das vom Rahmen her eine gute Qualität stützt, wie wir es erarbeitet, erprobt und in zahlreichen Studien belegt haben (Petzold, Rainals et al. 2005; Petzold, Hass et al. 2000; Steffan, Petzold 2001); es ist nicht nur ein therapeutischer Fundus erforderlich, der auch konsequent umgesetzt wird, um Risiken und Nebenwirkungen durch „schlechte Ideologie“ und „riskante Therapie“ zu verhindern und „*patient dignity*“ –

eine therapeutische Kategorie, die ich aufgrund schlimmer Verletzung von Patientenrechten einführte – zu gewährleisten (Petzold 1985d, 2005h; Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999 Märtens, Petzold 2002;). Voraussetzung für erfolgreiche Therapie ist die Gewährleistung einer guten „**Passung**“, d. h. eine gute Synchronisierung der „personalen Systeme“ Therapeutin/Klientin.

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

Derartigen Passungsprozessen sollte unmittelbar nach Beginn der Behandlung große Aufmerksamkeit geschenkt werden, damit nicht aufgrund von *Passungsmängeln* Behandlungen begonnen und unnötig lange fortgeführt werden, ohne dass gute Chancen für ein positives Therapieergebnis gegeben sind.

3. Der EAG-Stundenbegleitbogen

Zur Erfassung der Prozessqualität eignen sich Stundenbögen, die die Zufriedenheit mit den einzelnen Therapiestunden unmittelbar im Anschluss an die Sitzung dokumentieren (Grawe, Braun 1994; Hahlweg 1994 Palm 1998; Böcker 2000). Damit werden Hinweise auf Mindestanforderungen an die Qualität der durchgeführten Therapie möglich. Deshalb haben wir zum Zweck einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle und Therapieprozessevaluation auch in verschiedenen Forschungsvorhaben zu Evaluation der Behandlung von PatientInnen einen Stundenbogen eingesetzt und untersucht, der die Therapeut-Patient-Passung erfassen und damit Voraussagen über den Behandlungsverlauf möglich machen sollte und bei mittel- und längerfristigen Therapien für das „*handling*“ von Beziehungsdynamiken Hilfen bieten soll. Das Instrument wurde angelehnt an validierte Stundenbögen (Schindler, Hohenberger-Sieber, Hahlweg 1990; Grawe, Braun 1994) in einer längeren und einer kurzen Version von drei Items konzipiert. Letztere – der „EAG-Stundenbegleitbogen“ (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) erwies sich gegenüber der Langversion als nicht weniger aussagekräftig, so dass dieses sehr „schlanke Instrument“ mit gutem Nutzen eingesetzt werden kann (Böcker 2000; Steffan 2002). Durch den Stundenbogen werden sowohl die Patientin als auch die Therapeutin gebeten, bezugnehmend auf die aktuelle Therapiestunde in einer offenen Frage das für sie im Vordergrund stehende Thema zu benennen sowie auf zwei Ratingskalen jeweils subjektive Einschätzungen zum Beitrag der Stunde für den Erfolg der laufenden Therapie Angaben zu machen und weiterhin zur therapeutischen Beziehung. In unseren Untersuchungen wurden bis zur 30. Stunde therapiebegleitend die EAG-Stundenbegleitbögen (für Therapeut und Patient) zur Erfassung des Geschehens in den einzelnen Sitzungen und zur Untersuchung der Therapeut-Klient-Beziehung im Zeitverlauf eingesetzt.

Abb. 9: EAG-Stundenbegleitbogen zur Evaluation Integrativer Therapie

1) **Welches Thema stand für Sie heute im Vordergrund der Therapie?**

.....

2) **Die heutige Stunde war für mich ...**

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

überhaupt
nicht hilfreich

sehr
hilfreich

3) **Heute habe ich mich in der Beziehung zu meiner Therapeutin/meinem Therapeuten ...**

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

überhaupt nicht
wohl gefühlt

sehr
wohl gefühlt

Die Ergebnisse des in der Untersuchung von *Petzold, Hass et al. (2000)* eingesetzten Stundenbegleitbogen wurden durch eine Auswertung im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Braunschweig (*Böcker 2000*) vorgelegt. Der „EAG-Stundenbegleitbogen“ wurde auf die Eignung als *Qualitätssicherungsinstrument* insbesondere zur Vorhersage von Therapieerfolg überprüft. Hierfür wurde das erste Item „Thema der heutigen Sitzung“ auf die Verteilung über die dreißig erhobenen Sitzungen und zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien hin analysiert. Weiter wurden die numerischen Items „Nützlichkeit der Sitzung“ und „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“ auf Übereinstimmung der Patientinnen- und Therapeutinnenantworten, der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien und des Antwortverhaltens über die Zeit hin untersucht. Von den 122 abgeschlossenen Therapien sind 102 in die Auswertung der Stundenbögen eingeflossen. Ausgesondert wurden die Therapien, die weniger als 5 Sitzungen umfassten oder bei denen mehr als 15% der Stundenbögen fehlten.

Die Themen des EAG-Stundenbegleitbogens wurden theoriegeleitet angelehnt an die „5 Säulen der Identität“ (*Petzold 1993p, 1982v; Kames 1992*), d.h. die Integrative Identitätstheorie (*Petzold 2001p*), erarbeitet. Es wurden vier Kriterien zur Differenzierung von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien bestimmt: der globale Belastungswert des SCL-90-R, der Gesamtwert des IIP-C, Gesamtwert des EAL von Patientin, Therapeutin und Angehöriger und die subjektive Zufriedenheit mit der Therapie („Cut off“ jeweils durch den Mediansplit; zu den verwendeten Auswertungsmethoden, vgl. *Böcker 2000*).

Die Analyse der häufigsten Themen ergab eine Dominanz der Themen „Selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen“ und „Familie“. Etwas weniger häufig wurden die Kategorien „Kontaktverhalten“, „Partnerschaft“, „Beruf/Leistung“, „Therapie“, „Körper/Leiblichkeit“ sowie „enge Beziehungen“ genannt. Kaum wurden die Bereiche „Werte“, „Sexualität“, „Materielles/Wohnen“ thematisiert. Die Themen bleiben über die Stunden hinweg weitgehend konstant. Die prozentualen Häufigkeiten der Themenbereiche in den Sitzungen 2 bis 5 sind in der Verteilung fast identisch mit der Verteilung in der Gesamttherapie. Auffällig ist, dass *nicht erfolgreiche* Therapien signifikant häufiger das Thema „Therapie“ bearbeiteten, hingegen bei den *erfolgreichen* das Thema „Therapie“ nie, selten vorkam. So scheinen Therapien, in denen über die ersten Stunden hinaus über Therapie, Therapiesetting gesprochen wird, weniger Aussichten auf einen Therapieerfolg zu haben. In erfolgreichen Therapien werden signifikant mehr Themen besprochen als in nicht erfolgreichen.

Die Auswertung der numerischen Items ergab insgesamt eine positivere Einschätzung bei erfolgreichen Therapien bereits in der 2. Stunde. Bei über 90% der Sitzungen wurden bei den

erfolgreich beendeten Therapien bessere mittlere Einschätzungen hinsichtlich Nützlichkeit der Stunde und Wohlbefinden in der Sitzung von Patientin und Therapeutin aller Stunden gegeben. Das Item zur Beurteilung der Nützlichkeit und die Klientenantworten haben den besten prognostischen Wert für den Erfolg der Therapie. Der Therapieerfolg ist bei 95% der Fälle, die in einer psychotherapeutischen Praxis oder einem Ambulatorium anlaufen, bereits in den *ersten vier* Sitzungen absehbar. Dieser Befund wurde bereits in anderen Untersuchungen erkennbar (*Orlinsky et al. 1994*). Kritisch muss allerdings angemerkt werden, dass es natürlich bei allen Untersuchungen dieser Art im wesentlichen um MittelschichtpatientInnen geht mit einem hinlänglich guten kognitiven und emotionalen Differenzierungsvermögen, ohne das solche Bögen nicht ausgefüllt werden können. Aber das ist eben auch die Hauptklientel psychotherapeutischer Praxen. Weiterhin werden schwerste Störungsbilder aus dem Bereich BPS und PTSD, ADHS, die eine relative lange Anlaufzeit für den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses brauchen, von solchen Instrumenten nicht adäquat erfasst.

Es konnte ein positiver Trend der Beurteilung der Therapien über die Zeit nachgewiesen werden, insbesondere in den ersten 10 Stunden der Therapie bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Therapiestunde. In kürzeren Therapien ist der Trend stärker als in längeren. Bei längeren Therapien zeigt sich der positive Antworttrend mehr beim Item „Wohlbefinden in der therapeutischen Beziehung“.

Die Analyse der Übereinstimmungen des Antwortverhaltens bei der Beurteilung der Nützlichkeit der Stunde von Therapeutinnen und Patientinnen ergab keinen eindeutigen Trend. Es zeigen sich allerdings Wechselwirkungen zwischen Zeit und Erfolg, d.h. mit zunehmender Stundenzahl werden die Antworten zwischen Patientin und Therapeutin mit erfolgreich abgeschlossenen Therapien immer ähnlicher. Diese Tendenz ist bei der Beurteilung des Wohlbefindens noch stärker ausgeprägt. Es ist anzunehmen, dass hier „**positive Synchronisierungsprozesse**“, Tendenzen „**wechselseitiger Empathie**“, die im Integrativen Ansatz in gut *Ferenczianischer* Tradition (vgl. sein Konzept der „Mutualität“; *Ferenczi 1968, Nagler 2003*) zum Tragen kommen, eine Rolle spielen ggf. gestützt durch Aktivitäten von Spiegelneuronen (*Petzold 2004h*, wobei man hier die Ausführungen von *Bauer [2005]* zu den *mirror neurons*, die die gegenwärtige Forschungslage oft völlig überziehen, mit Vorsicht beziehen sollte).

Der Einsatz des EAG-Stundenbegleitbogens ermöglicht eine Prognose des Therapieerfolges von Integrativen Therapien bereits in den ersten Therapiesitzungen. Eine positive Bewertung besonders in den ersten Sitzungen durch die Patientin und Therapeutin erwies sich als der beste Erfolgsprädiktor. Daher eignet er sich gut zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Die Akzeptanz durch die Therapeutinnen wurde bereits in einer anderen Untersuchung (*Hass, Märten, Petzold. 1998*) nachgewiesen, insbesondere durch die Kürze des Bogens. Im Sinne der „Evidence based Psychotherapy“ (*Lutz, Grawe 2001; Petzold 1999p*) erweist sich der Stundenbogen als empirisch gestützte Handlungsanleitung für Therapeuten in der Praxis sehr nützlich. Bereits nach den ersten Sitzungen kann der Therapieerfolg grob prognostiziert werden, so dass frühzeitig geeignete Behandlungstechniken eingesetzt werden können bzw. die Zielfindung besser reflektiert und Unterstützung in der Supervision aufgesucht werden kann. Auch wenn Schwierigkeiten und Krisen in längeren oder mittelfristigen Therapien auftauchen, können Stundenbögen, die im Therapieprozess thematisiert werden, eine wichtige Hilfe sein, „sich verändernde Passung“ zu bearbeiten, denn Beziehungen können sich entwickeln, zum Guten wie zum Bösen - auch in therapeutischen Bündnissen -, und das muss gehandhabt werden. Über diese wichtigen Aufgaben des „**handlings**“ wissen wir bei der derzeitigen Forschungslage noch wenig. Dazu ist es allerdings notwendig, dass sich Supervisoren – was leider in der Supervisionsszene kaum geschieht (*Petzold, Schigl et al. 2003*) – mit den *Qualitätsprinzipien* eines Verfahrens auseinandersetzen, der jeweiligen *Qualitätskultur* (und die ist etwa bei der Psychoanalyse und der Integrativen Therapie höchst different, vgl. *Petzold 2000a/update 2005*) und mit etwaig vorhandenen *Systemen der Qualitätssicherung*, wie man sie z. B. in

dem integrativen Ansatz einer psychologischen und neuropsychotherapeutischen Therapiekonzeption von Grawe (1996, 1998, 2004, 2005) findet, mit der es etliche Schnittflächen, aber auch Akzentdifferenzen gibt (Petzold, Orth, Sieper 2005). Ohne eine solche „Einstellung“ auf das Verfahren durch den Supervisor und ohne ein „Nutzerwissen“ auf der SupervisandInnenseite (das in Therapieausbildungen vermehrt vermittelt werden muss) kann es zu keiner effektiven Wirkung von Supervision kommen.

4. 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, Märten, 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 m. 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, Märten 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**“^{iv} mit seinen Konzepten „**Regulationspotential, Regulationskompetenz, Regulationsperformanz**“ (Petzold 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 physiologisch, 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.

Abb. 10: IT-Checkliste für Integrative-TherapeutInnen

IT-Checkliste für Integrative-TherapeutInnen

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 _____

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 Neusozialisation

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 übend 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
----	------

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.

5. Ziele und Zieltheorie der IT

Die differentielle Zieltheorie des Integrativen Verfahrens (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*) und seine Praxeologie der konsensuellen Zielerarbeitung und -vereinbarung zwischen Therapeut und Klient machen eine systematische Beachtung und Bearbeitung der Zielrealisierung erforderlich, in der Entscheidungen getroffen, Willensentschlüsse gestützt werden müssen (*Petzold, Sieper 2003a, 2005*) und vielleicht Willenspathologien (schwacher Wille, Unentschiedenheit, Entscheidungsunfähigkeit) bearbeitet werden müssen, denn der Wille ist für die Umsetzung und Realisierung von Therapiezielen unerlässlich. Es ist deshalb unverständlich, warum die Willensfrage und die Fragen einer differentiellen Zielplanung in den meisten Psychotherapieformen (die VT natürlich ausgenommen) so vernachlässigt wurden und deshalb sei hier kurz die Integrative Position zum Thema „Ziele“ dargestellt.

Metaziele sollen als übergeordnete Ziele v.a. dazu dienen, für die bewusste Handlungssteuerung in persönlichen und therapeutischen Entwicklungsprozessen verfügbar zu sein. Solche Ziele sind z. B.

- psychophysische und soziale **Regulationskompetenz** und **-performanz** (*Petzold, Orth, Sieper 2005*), die Grundlage von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit ist
- Intersubjektivität, Polylog- und Ko-respondenzfähigkeit (Kontakt-, Begegnungs-, Beziehungs- u. Bindungsfähigkeit) Empathiefähigkeit, Konsens-, Kooperationsfähigkeit u.a. (idem 1993a/2003a, Bd. III, 794ff; 2002c; *Petzold, Müller 2005*)
- komplexes Bewusstsein, Reflexionsfähigkeit, Selbst- und Weltverständnis, Lebensplanung und -gestaltung (idem 1988n, 278ff; *Grund, Petzold et al. 2005*)
- persönlicher Lebenssinn, sense of coherence (*Petzold, Orth 2005a; Antonosky 1979*)
- Selbstaktualisierung, Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenzen, Performanzen und Potentiale, „persönliche Souveränität“ (*Petzold, Orth 1998b; Petzold, Orth, Sieper 2005*)
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Kokreativität (*Petzold & Orth 1990a*)
- „engagierte Verantwortung“ für Integrität gegenüber sich selbst, der Mit- und der Umwelt (*Petzold, Orth 2004b*)
- Fähigkeit zu „fundierter Partnerschaftlichkeit“ in der Privatsphäre und „fundierter Kollegialität“ (idem 1998a) im Berufsleben

Grobziele leiten sich ab aus den Theorien mittlerer Reichweite (realexplikative Theorien, vgl. *Petzold, 1992a*, S. 522-616) wie Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Krankheits- u. Gesundheitstheorie und aus der Lebenswelt-, Lebenslage- und Lebenssituationsanalyse. Sie betreffen die Person in ihrem Umfeld, ihrem *Kontext* und ihrem *Zeitkontinuum* - Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft - und werden mit den spezifischen, aus der Exploration der Persönlichkeit und der Kontext-/Kontinuumsanalyse des konkreten Patienten gewonnene Daten verbunden (matching), um im „*therapeutischen Curriculum*“ des Patienten umgesetzt zu werden. Grobziele lassen sich wie folgt gliedern:

Persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele:

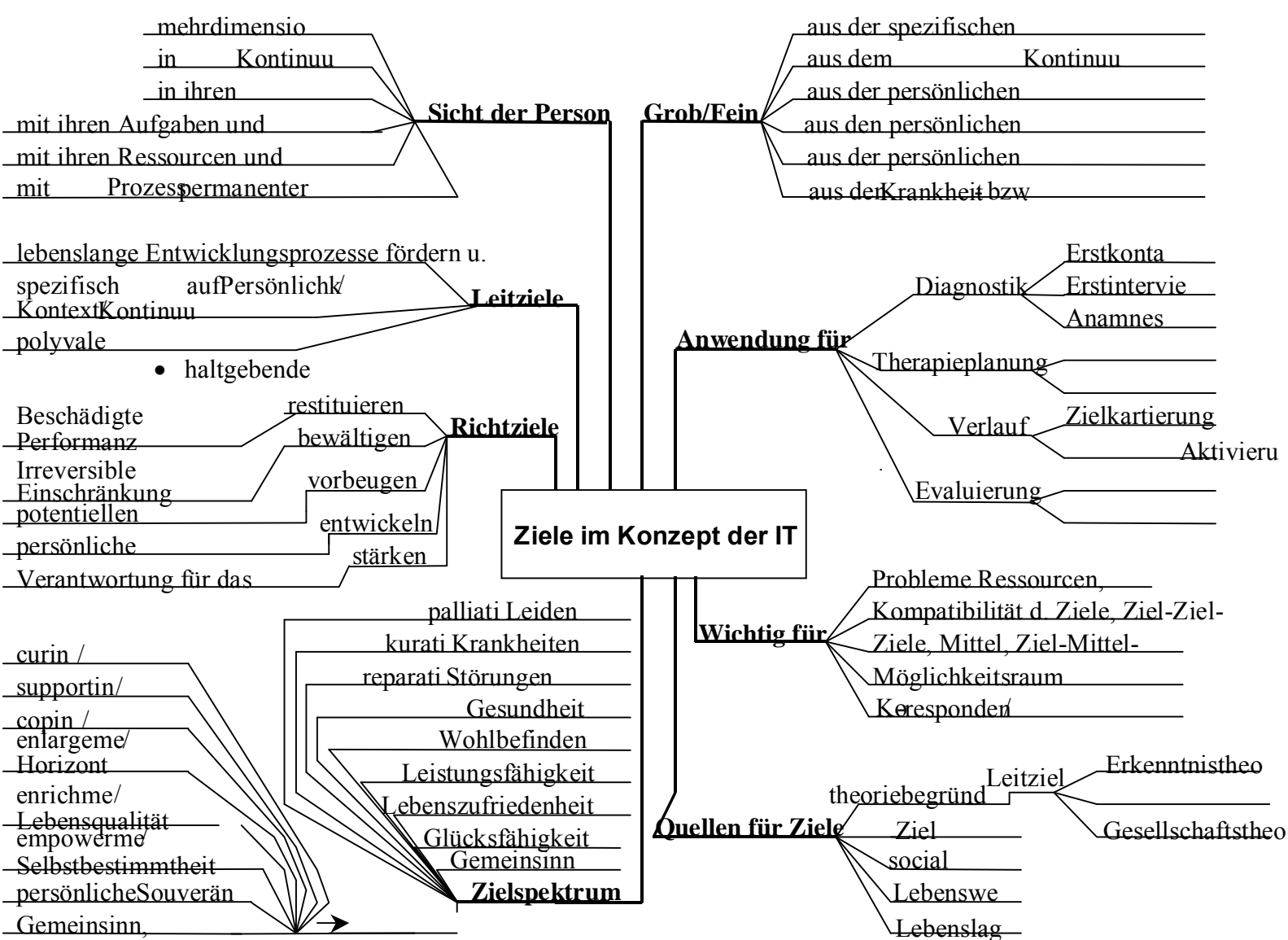
- Ziele bezüglich Selbst-, Ich- und Identitäts-Entwicklung (*Petzold*, 1992a, S. 526ff), bezüglich Emotionen, Kognitionen, Volitionen, personaler und sozialer Kompetenz und Performanz, dysfunktionaler und funktionaler Struktur und Tendenzen im persönlichen Strukturgefüge.
- **Persönliche Souveränität** (*Petzold & Orth*, 1998b) durch ein positives, **konsistentes** und **stabiles Selbst** mit entsprechenden selbstreferentiellen Emotionen und Kognitionen, Fähigkeit zur Selbst-Bestärkung, Selbst-Sorge und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst. Erleben eines von Grundvertrauen (basic trust) getragenen Lebensgefühls, Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile ins eigene Selbstbild;
- **starkes und flexibles Ich**, d. h. Präzision und Zuverlässigkeit wachbewusster Aktivitäten (*Petzold, Orth*, 1994), *primäre Ich-Funktionen* genannt: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln, weiterhin *sekundärer Ich-Funktionen*: wie Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, *tertiäre Ichfunktionen* wie Metareflexion, ästhetisches Erleben, Identitätskonstituierung. Das **Ich** ist dabei die integrierende Instanz. In anderer Terminologie kann das heißen: funktionale Kontrollüberzeugungen, Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartungen, adaptive Coping-Strategien, z. B. lösungs- und ressourcenorientierte Gestaltungsstrategien (*Petzold*, 1997c);
- **stabile und flexible Identität** in den Identitätsbereichen „Leiblichkeit, soziales Netz, materielle Sicherheiten, Arbeit und Leistung, Werte“, sowie ihrer inneren Repräsentationen aufgrund von Fremdattributionen/Identifizierungen, Selbstattributionen/Identifikationen, Bewertungen/Einschätzungen (valuation, appraisal) und Verinnerlichungen (idem 2001p, 1992a, S. 529ff; *Petzold & Orth*, 1994);
- Fähigkeit zur **Selbstregulation**, d. h. zum Wahrnehmen, Ausdrücken, Realisieren, Regulieren eigener Bedürfnisse; Intentionen, Motivationen, Volitionen und körperlicher Zustände (z. B. Streßverhalten) und Befindlichkeiten (*Petzold, Orth, Sieper* 2005);
- Fähigkeit zu angemessener **Relationalität**, d. h. Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, zu Kooperation (*Petzold*, 1993b, S. 1047-1088; *Petzold, Müller* 2005), Konsensbildung und Abgrenzung, zu Rollenperformanz, Empathie, Perspektivenübernahme, Konfliktfähigkeit etc.;
- gute **interne Ressourcenlage**, z. B. Gesundheit, emotionale Stabilität, kognitive Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit, Wissen und Kenntnisse (*Petzold*, 1997a);

Kontextbezogene Ziele:

- stabile **soziale Netzwerke** mit guter *supportiver Valenz*, versichernden kollektiven Kognitionen (*social words*), verlässlicher Convoy-Qualität (*Hass, Petzold* 1999)
- gute **externe Ressourcenlage**, Arbeit/Arbeitsfähigkeit, befriedigende Freizeitgestaltung, Bildung/Weiterbildung, materielle Sicherheiten, soziale Integration und sozialer Rückhalt (*Petzold*, 1997b)
- Handhabung von **Umfeldeinflüssen**, z. B. Risikofaktoren entsprechend den eigenen Gestaltungs- und Coping-Fähigkeiten, der eigenen Vitalität/Vulnerabilität/Resilienz, Vermeidung chronischer Überlastungen, aber auch von okkasionellem Hyperstreß oder von “dayly hassles” (*Müller, Petzold* 2003, 2004)

Kontinuumbezogene Ziele:

- Bearbeitung problemrelevanter lebensgeschichtlicher Ereignisse und Ereignisketten (z. B. aus negativen Convoys), d. h. jener pathogenen und defizitären Einflußfaktoren, die - verbunden mit den lebensgeschichtlich ausgebildeten Strukturen - Auswirkungen auf die aktuelle Situation haben, also Teil des Symptombildes und der Störungsaufrechterhaltung sind (*Petzold* 2003a). Dazu dienen reparative, copingorientierte, substitutive, evolutive Behandlungsziele (*Petzold*, 1988a, S. 206; *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998).
- zugängliche, aktivierte Ressourcen und protektive Faktoren aus der eigenen Lebensgeschichte (Personen, Orte, Tätigkeiten, etc. idem 1997p, *Petzold, Müller* 2003, 2005);



Zukunftserwartungen und *proaktive* Zukunftsgestaltung wie Ziele, Pläne, Hoffnungen, Glaubensrückhalt und andere Werte (Petzold 1983e, 2005r) als protektive Faktoren, Erfahrung von Sinn im eigenen Leben und Handeln (Petzold, Orth 2005a)

Abb. 11: Ziele in der Integrativen Therapie – komplexe Zielstruktur

Feinziele wie sie aus Lebenswelt, Lebenssituations- und Lebenslageanalyse gewonnen werden, haben eine hohe Spezifität und erfordern auch praxeologische Überlegungen zu Interventionen, d. h. zu Methoden, Medien, Techniken und Interventionen. Es geht damit auch um *methodenbestimmte Ziele*: Wir müssen wissen, was wir soziotherapeutisch, netzwerktherapeutisch, regressionstherapeutisch, mit kreativen Medien, der konflikt- und der übungszentrierten Modalität, den „Wegen der Heilung und Förderung“ etc. erreichen können und wollen. In der Zeitplanung geht es darum, die *sequentielle Valenz* zu bestimmen, Grob- und Feinziele erster Priorität zu finden, evt. sogar *ein* relevantes Hauptziel für den Therapiebeginn, um weitere Ziele in eine hinlänglich konsistente chronologische Ordnung zu bringen.

Es ist leicht ersichtlich, wie sich in der IT-Checkliste viele Zielparameter finden bzw. wie sie mit der Zielprozessplanung und -realisierung verbunden ist. Die Liste bietet auch die Möglichkeit, wenn eine größere Menge an Bögen unterschiedlicher PatientInnen von einem

Therapeuten vorliegt, dass er in der Auswertung seine bevorzugten intuitiv/spontan eingesetzten Behandlungsstrategien (Heilfaktoren, Wege, Modalitäten etc.) bei *störungsspezifischem Vorgehen* erkennen und reflektieren kann (gff. in der Supervision).

6. Willensdiagnostik, Willenstherapie, Narratives willendiagnostisches Interview

Mit dem Thema der Ziele kommt man unabdinglich zum Thema der Zielumsetzung und damit in den Themenbereich des **Willens**, der von der Mehrzahl der Psychotherapieverfahren sträflich vernachlässigt wurde – nicht so in der Integrativen Therapie (Petzold 2001i, Petzold, Sieper 2004). Zur Zeit bereiten wir eine zweibändige Publikation zu diesem Thema vor (Petzold, Sieper 2008a). Hier sei ein Textausschnitt aus diesem Werk abgedruckt, der das Willenthema im Kontext der Qualitätssicherung herausstellt. **Zu guter Qualität muss man den Willen haben.** Spezifische willentherapeutische Arbeit im Integrativen Ansatz erfordert einen integrativen und differentiellen diagnostisch-anamnestischen Zugang (Osten 2000; Petzold, Osten 1998). Dieser wird gewonnen durch ein „Narratives willendiagnostisches Interview“ (**NWI**) und durch erlebnisaktivierende, kreative Verfahren „semiprojektiver Diagnostik“ (Petzold, Orth 1993a; Müller, Petzold 1998), wie wir sie mit den „Ich-Funktionsbilder“ und dem „Willenspanorama“ entwickelt haben (Petzold, Orth 1994a). Die „Ich-Funktionsbilder“ stehen im Kontext der Persönlichkeitstheorie des Integrativen Ansatzes:

»**Persönlichkeit** entfaltet sich im Zusammenwirken genetischer Dispositionen/ Anlagen und Einwirkungen aus biopsychosozialökologischen Einflussphären wie Enkulturation und Sozialisation. **Selbst, Ich, Identität** als Dimensionen der Persönlichkeit, als Ausfaltungen des **Leib-Subjektes/Leib-Selbtes** in den enkulturativen und sozialisatorischen Prozessen verleblichter Welterfahrung und narrativer Selbstgestaltung [...] stehen in einem Gesamtprozess, in einer Entwicklung über die Lebensspanne (idem 1999b), in der sie die Chance zu persönlichem Wachstum, zum Gewinn „persönlicher Souveränität als ausgehandelter“ gewinnen« (idem 2007c, 1992a, 2003a).

»Das **Ich** wird als Gesamtheit aller im Zustand der Vigilanz aus dem **Leibselbst** emergierenden „Ich-Funktionen im Prozeß“ gesehen. Es ist „das Selbst in actu“ in Form von leibgegründeten **Ich-Prozessen**. Wir unterscheiden *primäre Ich-Funktionen* (bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, **WOLLEN**, Memorieren, Denken, Werten, Handeln) und *sekundäre Ich-Funktionen* (intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, Demarkation u.a.m.). Man kann auch „*tertiäre Ich-Funktionen*“ als hochkomplexe Prozesse annehmen, wie zum Beispiel soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation etc. Die Ich-Prozesse können durch *Ich-Qualitäten* charakterisiert werden: Vitalität/Stärke, Flexibilität, Kohärenz, Differenziertheit bzw. Rigidität, Schwäche, Desorganisiertheit etc.« (idem 2007c, vgl. 1992a, 535, 1996a, 284).

Das für diesen Kontext hervorgehobene **WOLLEN** ist also im Gesamt der Ich-Funktionen bzw. -Prozesse zu sehen und wie diese von den aufgeführten „*Ich-Qualitäten*“ gekennzeichnet im Spektrum von *Vitalität* bis *mSchwäche*, die im **NWI** exploriert werden. Die „semiprojektiven Techniken“ verwenden gemalte/gezeichnete/collagierte Bilder (Petzold, Orth 1990a), auf denen „*reale*“, d.h. bewusstseinsfähige Erinnerungen aus den mnestischen Speichern repräsentiert werden in Formen, Farben, Symbolen zu einem Thema (Selbst, Ich, Identität, mein Lebensweg etc.). In den Gestaltungsmitteln (Farbgebung, Symbolisierungsform etc.) kommen auch unbewusste Momente ins Bild – das Elternhaus wird in schwarzen Farben gemalt, der Wille, durch eine Wasserwelle symbolisiert, die „schreiend rot“ ist o.ä. –, weshalb wir von „semiprojektiven Qualitäten“ sprechen. Sie ergänzen das zugängliche Erinnerungsmaterial in der Exploration solcher Bilder, die – wie jedes anamnestische Material – unterm dem „cave“ stehen, das durch die „fragile power“ (Schachter 1993) und die „fallacies and distortions“ unseres

Erinnerungsvermögens notwendig ist. Wir haben uns in der Integrativen Therapie ausführlich mit gedächtnistheoretischen Grundlagen aus gedächtnis- und entwicklungspsychologischer und neurowissenschaftlicher Sicht und ihrer Relevanz für eine entwicklungsorientierte Therapie auseinandergesetzt (*Petzold* 1992a, Vgl. *Schachter* et al. 1995; *Schachter* 1999; *Lofthus* 1998; *Lofthus, Ketcham* (1994).

Ich-Funktionsbilder (entwickelt von *Petzold* 1982c, auch Ego-Charts genannt) versuchen das Gesamt aller primären, sekundären und terziären Ich-Funktionen in möglichst breiter Weise aus der Sicht der KlientInnen zu erfassen. Die verschiedenen primären Funktionen (Denken, Fühlen, **WOLLEN**, Handeln etc.) werden nach einer kurzen Instruktion zu Papier gebracht, wobei Materialien aus der Entwicklungsgeschichte dieser Funktionen erschlossen werden (*Petzold* 1982c; Bildbeispiele in: *Petzold, Orth* 1994). Über das Ich als zentraler Prozessgröße (Ich ist nicht Instanz wie bei *Freud*, sondern Prozess), seine Entwicklung und sein Fungieren wird so Aufschluss gewonnen.

Diese Bilder (vgl. Abb. in *Petzold, Orth* 2008, 614ff) lassen auf der Ebene subjektiver Wertungen (appraisal, valuation) oft erkennen, dass ein Sektor dominiert – z.B. der Wille: „Ich bin ein Willensmensch!“, wobei die Sektoren Denken oder Fühlen relativ „mager“ dargestellt worden sind etc. Bei solchen semiprojektiven Darstellungen kann auch ein Element herausgegriffen werden, z.B. das Fühlen, oder das Wollen etc. Um die Entwicklungsdynamik in den Blick zu bekommen, wird hier oft die „Panoramatechnik“ (entwickelt von *Petzold* 1969c, life panorama technique *Petzold, Orth* 1993a) der Integrativen Therapie verwandt.

Das Willenspanorama ist eine Bildgeschichte, die unter dem Thema steht: „Eine Bildgeschichte meines Willens“ – Wer/was hat meinen Willen gefördert, behindert, beschädigt: wann, wie, wodurch? Von den frühesten Erinnerungen an dokumentieren die PatientInnen in diesem semiprojektiven Medium auf einem Packpapier- oder Flip-Chart-Bogen ihre Erinnerungen, Eindrücke, Meinungen, Wertungen. Sehr plastisch kommen dabei durch die „Dreizügigkeit“ wirksame Aspekte der Willenssozialisation durch relevante Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen in den Blick. **Förderndes:** Anregung, Freiraumgeben, Aufgaben selbst machen lassen, positives Beispiel, Ermutigung, Hilfen und Unterstützung bei Zielfindung und Zielrealisierung, Lob, Wertschätzung. Oder **Defizite:** Abwesenheit von all dem Genannten. Das Kind/der Jugendliche wird allein gelassen, sich überlassen, hat keine Imitationsmodelle, keine Hilfen. Oder **Negativfaktoren:** Kritik, Entwertung, Strafe, schlechtes Beispiel, Verhinderung von Eigenaktivität, negative „selbsterfüllende Prophezeihungen“, Double Binds usw. Wiederum bieten Formen, Farben, Gestaltungsmerkmale Aufschluss über nicht-bewusste Dimensionen, „Beiklänge“, Seitenbotschaften, die in der verbalen Bearbeitung dieser Panoramabilder dem PatientInnen „plötzlich bewusst werden“. *Deutungen* sind in der Regel nicht notwendig, weil aus dem „Kontext“, z.B. aus Elementen, die sich wiederholen, Zusammenhänge aus sich heraus klar werden (*Petzold* 1988p), die nur durch eine solche „Synopsis“ ins Auge springen: „Die hat mich ja nie was zuende machen lassen, mir immer die Sachen aus der Hand genommen!“ (Klientin über ihre Mutter) – „Offenbar hat der *Wille, Wollen, Willensfreiheit, Willenstherapie* 137 mich zu allen Examen getreten, immer steht der da mit im Bild“ (Patientin über ihren älteren Bruder). Man kann zu den Bildern auch zur Auswertung einen „Selbstbericht“ schreiben lassen mit einem „Kommentar zur Bildgeschichte meines Willens“. Der Wechsel in das andere Medium, vom Bild in die Sprache wirkt wieder in vieler Hinsicht selbstexplikativ. Den PatientInnen wird – für viele das erste Mal – der eigene Wille bewusst. „Er bekommt ein Gesicht“ – „Ich lerne diese Seite von mir kennen!“ – „Mir wird klar, dass ich nie selbständig entschieden habe, das will ich jetzt aber anders!“ – „Also ich spreche jetzt mit meinem Willen, und der tut jetzt, was *ich* sage!“ usw.

Das „**Narrative willensdiagnostisches Interview**“ (**NWI**) ist ein halbstrukturiertes Interview, mit dem in einem auf den **Willen** und das **Wollen** und seine Zieldimensionen und das Zielrealisierungsverhalten gerichtetem explorativen Gespräch der Patient und der Therapeut Aufschluss über das Willenssthema erhalten und zwar im Bereich der **volitiven Deziationalität**,

der Entscheidungsfähigkeiten wie auch im Bereich der **volitiven Persistenz**, der Durchhaltekraft. Die Leitfragen führen zu kleinen „narrativen Sequenzen“, in denen biographische Szenen und Atmosphären in den Blick kommen und das Erzählen schon eine therapeutische Qualität gewinnt (McLeod 1997; Petzold 2003g). Im Hintergrund der Fragen stehen persönlichkeitspsychologische, entwicklungspsychologische und volitionspsychologische Überlegungen (3.3.2, 3.32). Die narrative Qualität ist wesentlich, weil damit lebensgeschichtliche und für den aktuellen Lebenskontext spezifische Fakten in intersubjektiver Weise zugänglich werden (d.h. für den Therapeuten und für den Patienten aufschlussreich werden, weil beide „Kodiagnostiker“ sind). Es handelt sich nicht um eine spezifische neuropsychologische Exploration präfrontaler Leistungsfähigkeit, obwohl eine solche durch das **NWI** angeregt werden kann. Bei PatientInnen mit klinischen Störungen, depressiven Erkrankungen, BPS und PTBS Problemen kann man mit dem **NWI** störungsspezifische Vertiefungen oder Quergänge unternehmen, um einen breiten und spezifischen Informationsgewinn zu erreichen. Folgende Fragen und Bereiche werden angesprochen:

„Narratives willensdiagnostisches Interview“ (NWI)

I. Subjektive Theorien des Patienten/der Patientin

- a) Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?
- b) Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?
- c) Haben Sie eher einen starken oder einen schwachen Willen? Wie äußert sich das?
- d) Ist Ihr Wille in allen Bereichen gleich stark/schwach? Was sind besondere Bereiche?
- e) Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?
- f) Wessen Wille zählte in der Familie?
- g) Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?
- h) Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit/Jugend an Ihren Willen?
- i) Wieviel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind/als Jugendlicher haben?
- j) Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

II. Willensverhalten: Entscheidungen

- a) Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?
- b) In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?
- c) Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)
- d) Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?
- e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?
- f) Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurecht kamen?
- g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was/wer behindert Sie?
- h) Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?
- i) Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?
- j) Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben, erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

III. Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten

- a) Können Sie getroffene Entscheidungen gut/schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?
- b) In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?
- c) Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten?
- d) Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?
- e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?
- f) Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?
- g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?
- h) Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?
- i) Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?
- j) Was würden Sie bei Umsetzen und Durchhalten verändern?
- k) Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?

l) Fällt es heute Ihnen leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

IV. Willensverhalten: Feinstrukturen

- a) Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?
- b) Fällt es Ihnen leicht/schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?
- c) Denken Sie über Folgen nach und planen Sie Aktionen sorgsam mit Blick auf die Zukunft, indem Sie Ziele festlegen? Wie konkret tun Sie das?
- d) Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?
- e) Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?
- f) Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie aufs Neue zu Überdenken, also flexibel zu bleiben?
- g) Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – gut/schlecht?
- h) Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?
- i) Gelingt es Ihnen leicht/schwer aus einem laufen Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Besonders im Fragenblock **IV** sind neuropsychologische Perspektiven auf die Volitionsprozesse eingearbeitet. Er erfordert deshalb eine Auseinandersetzung mit diesen Wissensständen. Aus den Antworten ergeben sich Aufschlüsse über performative Stärken, Schwächen, Dysregulationen, Stile des Wollens, aus denen sich willenstherapeutische Zielsetzungen, Strategien und methodische Wege ergeben können. Beispielhaft sei die Frage **IV g** aufgegriffen. Mit ihr kann man z.B. klären, ob eine externe Überforderung durch übermäßige Zielvielfalt ausgeschlossen werden kann (die dann durch ein „Coaching“ zum Zielmanagement angegangen werden müsste), oder ob ein *volitiver Stil* der Zieldiffusion und Verwirrtheit vorliegt – die Ziele kommen ständig durcheinander, können nicht geordnet werden. Das ist der Hintergrund so mancher schweren Arbeits- und Leistungsstörung. Eine automatische Organisation dominanter Ziele im Sinne der funktionalen Hierarchisierung ist dem Patienten nicht möglich. Die Zusatzfrage: „Wie lange geht das schon?“ gibt Aufschluss über eventuelle „kritischen Lebensereignisse“ (Filipp 1990), die meinen Einbruch in die Willensperformanz zur Folge hatten und lässt etwaige Chronifizierungen erkennen. Auf dieser Basis kann dann eine Indikation für willenstherapeutische Maßnahmen zur kognitiven und emotionalen Strukturierung gegeben sein (Imaginationsübungen, Lösung von Modellaufgaben, schematische Komplexitätsreduktion etc.).

7. Die IT-Therapieprozessdokumentation

Die **IT-Checkliste** entspricht in vieler Hinsicht dem Raster für die **IT-Therapieprozessdokumentation**, dass für die Erstellung von **Behandlungsjournalen** vorgegeben ist (Orth, Petzold 2004, Papell, Petzold 2010, Polyloge). Sie muss neben der Graduierungsarbeit von jedem Ausbildungskandidaten und jeder Ausbildungskandidatin erstellt werden müssen (Beispiele in Petzold, Schay, Ebert 2004; Petzold, Schay, Scheiblich 2005 und im Internetarchiv „**Behandlungsjournale**“ www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). Das Journal bietet eine besondere Möglichkeit den Aufgaben von Qualitätspflege und Qualitätsentwicklung in der eigenen Arbeit nachzukommen – und um die müssen sich TherapeutInnen und Einrichtungen permanent bemühen (Laireiter, Vogel 1998). Es dient der systematischen Reflexion und Metareflexion der eigenen Praxis unter einem „integrativtherapeutischen“ theoretischen Raster. Zielsetzung der Journale ist, insgesamt zu einer hochwertigen Praxeologie in der alltäglichen klinischen Arbeit zu gelangen. Ihre Besonderheit liegt darin, dass sie nach einem elaborierten, theoriegeleiteten und forschungsgestützten Modell erstellt werden, das wie folgt aufgebaut ist:

**EAG-Dokumentationsleitfaden für
die IT-Therapieprozessdokumentation**
Anleitung zur Erstellung eines Behandlungsjournals
für AusbildungskandidatInnen von EAG/FPI

Der Behandlungsbericht soll dokumentieren, dass der Kandidat eine integrative Behandlung im „dyadischen Setting“ (Einzeltherapie) aufgrund von Anamnese, Diagnose/Theragnose, konsensueller Zielvereinbarung, Therapieplanung in einem therapeutischen Rahmencurriculum *lege artis* durchgeführt hat. Der Behandlungsbericht soll wie folgt aufgebaut sein:

1. Feststellen des Hilfeersuchen und der Erwartungen des Patienten/der Patientin an die Behandlung (expliziter und impliziter Auftrag)
2. Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-IV
3. Biographische Anamnese
4. Karriereanamnese
5. Prozeßdiagnostische Erhebung (vgl. *Petzold 1993p; Petzold, Osten 1998; Osten 2000*) mit Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse, Leibfunktionsanalyse. **Probleme, Ressourcen, Potentiale (PRP)**, Identitätsbereiche usw. müssen exploriert werden.
6. Ätiologische Überlegungen (zur Genesetheorie, Belastungsfaktoren, Defiziten, aber auch zu protektiven Faktoren, Resilienzen, zu Kontinuitäten und Diskontinuitäten im Lebenslauf) begründen den Behandlungsplan bzw. ein *therapeutisches Rahmencurriculum*, in dem **Probleme, Ressourcen und Potentiale** erhoben und differenzierte Ziele und Inhalte erarbeitet werden (*Petzold, Leuenberger, Steffan 1998*) mit den „Patienten als Partner“ (*Petzold, Orth 1999, 363*)
7. Behandlungsverlauf dokumentiert durch folgende Aspekte:

- | | |
|------|--|
| I. | Prozeß des Patienten (<i>Viation I</i>): Übertragung, Widerstände, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abwehrvorgänge, Kooperationsformen, Ressourcenaktivierungen, Motivation, persönliche Zielsetzungen und Zielrealisierungen, Rollenangebote, Netzwerke, Einbezug von „social worlds“. |
| II. | Strategien des Therapeuten (<i>Trajekt</i>): Wege der Heilung und Förderung (1-4), 14 Heilfaktoren (welche Faktorenkombination eingesetzt wurden und dies begründen, vgl. <i>Petzold 1993p</i>), Auswahl und Einsatz von Methoden, Techniken, Medien und Modalitäten (<i>Petzold 1993h</i>), Bearbeitung von Pathogenesefaktoren und Nutzung von Salutogenesefaktoren (<i>Petzold, Steffan 2000</i>), Analyse und Neubewertung von Ressourcen, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen; Nutzung zentraler Behandlungsstrategien; Vereinbarung von kurzfristigen, mittelfristigen, langfristigen Therapiezielen; Planung und Beobachtung des Behandlungsverlaufs; prozessuale Bestimmung der Behandlungsziele an Hand der festgestellten Probleme, Defizite, aber auch der Potentiale und Ressourcen (<i>Petzold 1997p</i>) |
| III. | Die Prozesse des Therapeuten (<i>Viation II</i>): Übertragung/Gegenübertragung, partielles Engagement und selektive Offenheit, Involvierung, Metareflexion, genderspezifische Reaktionen, Belastungen, angetönte eigene Themen, Antwort auf Rollenangebote, Definition der eigenen Rolle, eventuelle Bezüge zu anderen laufenden Therapien, Netzwerke im Bezug, Einbezug von „social worlds“, Ressourcenlage. |

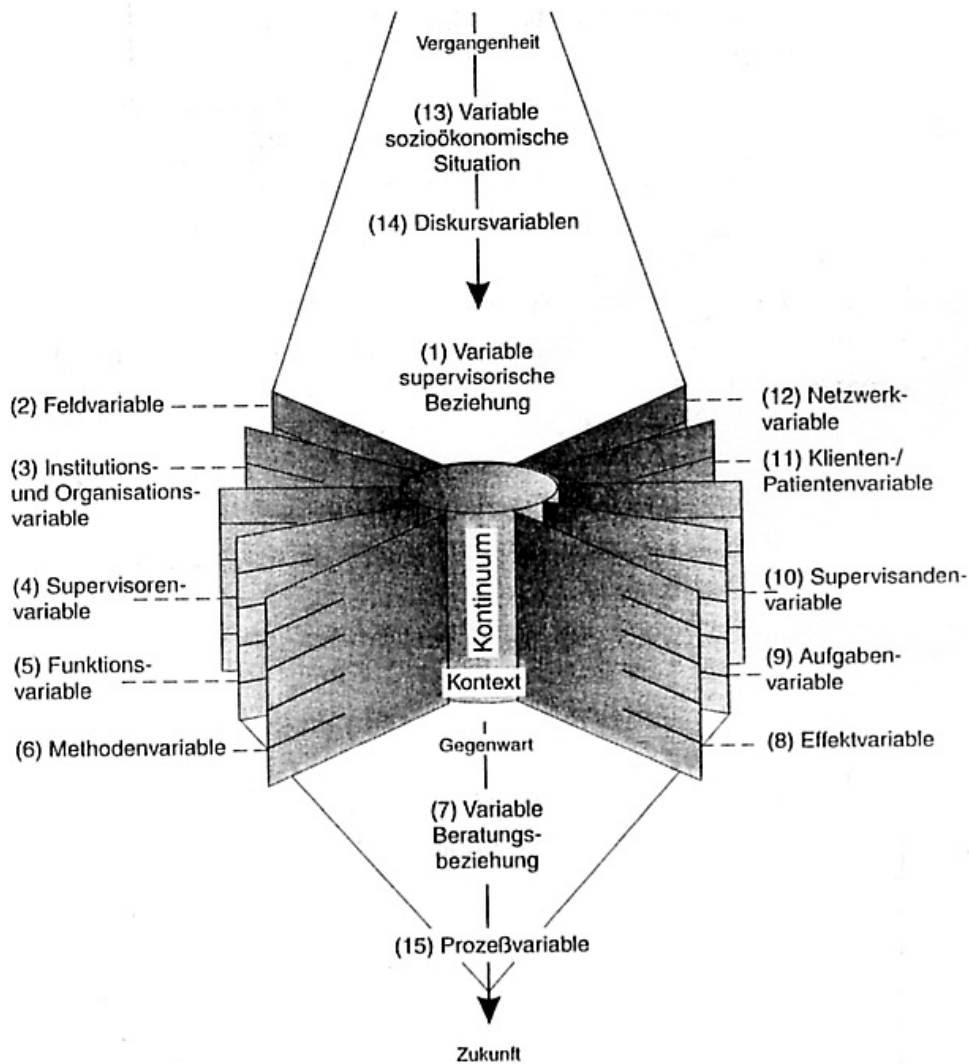
8. Therapieverlauf, Darstellung der Beziehungsdynamik, der Kooperation, der Foki, die behandelt werden (*Petzold 1993p*), Fokusrotation, Schwierigkeiten, Probleme und Krisen, positive Entwicklungen und Erfolge, Transferarbeit, d.h. Vorbereitung und Begleitung der Umsetzung von Erkenntnissen und Entscheidungen, Transferbegleitung, Wirkung ins soziale Netzwerk, Einbezug des sozialen Netzwerkes,
9. Traumabearbeitung, Trauerarbeit (Simplex-, Duplex-, Triplexniveau, *Petzold 1988n, 233f*), Kontrollüberzeugungen und Attributionen, kognitive und emotionale Umwertungen, Modifikation devianter Wertewelten und toxischer Überich-Strukturen).
10. Flankierende Maßnahmen „bimodaler Therapie“ (Entspannungs- und Lauftherapie, Ergotherapie, Bildungsangebote).
11. Abschluss, Ergebnisse, katamnesticches Nachgespräch.
12. Vorbereitung der Beendigung.
13. Abschluss

14. Hilfen bei einer event. Epikrisis

Die Darstellung soll immer wieder mit Bezug auf die relevante *Literatur* des Integrativen Ansatzes, der klinischen Psychologie und angrenzender relevanter Disziplinen theoretisch reflektiert und kommentiert werden.

Ein solches idealtypisches Raster soll dem Praxeologen bzw. der Praxeologin eine Leitlinie geben, seine/ihre Arbeit mit PatientInnen zu strukturieren und zu reflektieren. Wird einmal ein solches Journal gleichsam *paradigmatisch* erstellt (*Papel, Petzold* 2010), dann beeinflusst diese Erfahrung – so eine Umfrage zu Akzeptanz und Effekt der Journale in den Evaluationsprojekten an unserem Institut (*Petzold, Rainalds et al.* 2005) – die Durchführung von Therapien nachhaltig. Die Journale werden oft in der Endphase der Ausbildung erstellt und durch Integrative Supervision (*idem* 1998a; *Petzold, Müller* 2005) begleitet. In ihnen wird die in der Ausbildung vermittelte Theorie und Praxis umgesetzt und dokumentiert. Da neben der Einzelsupervision/Kontrollanalyse (*Petzold* 1993m) jeder Ausbildungskandidat an fortlaufenden Gruppensupervisionen (*Petzold* 1998a) und Theoriearbeitsgruppen teilnimmt, werden die Prozesse in vielfältigen Kontexten diskutiert, so dass es durch die Vernetzung von Informationen zu einem intensiven Theorie-Praxis-Prozess kommt, der die Qualität der therapeutischen Arbeit in besonderer Weise fördert. Die supervisorische Arbeit *kann* dabei einen sehr positiven Beitrag leisten, vorausgesetzt, es handelt sich um kompetente Supervision mit einem modernen Supervisionsverständnis und supervisionsmethodischem Instrumentarium, denn dass Supervision wirkt, gar positiv bis in das PatientInnensystem hinein wirkt wird durch moderne Supervisionsforschung keineswegs rundum bestätigt, im Gegenteil. Es fehlen Nachweise für die Wirkung der meisten Supervisionsansätze auf der Ebene des PatientInnensystems (*Petzold, Schigl et al.* 2003, für die Integrative Supervision vgl. aber *Oeltze, Ebert, Petzold* 2002). Weiterhin zeigen repräsentative Felduntersuchungen (etwa für die Supervision in der Psychiatrie oder im Altenbereich *Gottfried, Petitjean, Petzold* 2003; *Müller, Petzold, Schreiter* 2005; *Klaus, Petzold, Müller* 2005), dass sehr viele SupervisandInnen mit den Leistungen ihrer SupervisorInnen alles andere als zufrieden sind. Wo aber die in der Supervision mit Zustimmung der PatientInnen thematisierten Probleme mit moderner, forschungsgestützter Methodik bearbeitet werden, die „supervisorische Beziehung“ für die „therapeutische Beziehung“ genutzt wird und die Ergebnisse wieder in die therapeutische Situation eingebracht, und bearbeitet werden, kommt es zu positiven Resultaten und zu einer Verbesserung von Qualität auf vielen Ebenen (*Oeltze et al.* 2002; *Edlhaime-Hrubec* 2005). Die mehrperspektivische Betrachtung der Situation in der und durch die Supervision im Rahmen des Integrativen Supervisionsansatzes (*Petzold* 1998a) kann hier sehr zur Förderung von Qualität beitragen, weil er die SupervisandInnen für die Gesamtstruktur des Geschehens und seine Dynamiken sensibilisiert (*ibid.*).

Abb.12: Der integrative, mehrperspektivische, «Dynamic Systems Approach to Supervision» (*Petzold*). Das Diagramm nach *Holloway*(1995 S. 90) wurde erweitert um Faktoren 2,6,8,12,13,14 und um 15 (die Kontinuums- und Prozessdimension), (*Petzold*, 1998, S. 29)



Es wird hier ersichtlich:

Qualität von Psychotherapie ist ein komplexes, umfängliche theoretische, praxeologische, methodisch-praktische und zwischenmenschliche Kompetenzen und Performanzen erforderndes Unterfangen, das auf vielen Ebenen und an vielen Orten Maßnahmen und Instrumente erfordert, um Qualität zu erreichen (*quality attainment*), denn dann erst kann man Qualität sichern (*quality maintenance*), damit weiterführend Qualität verbessert und entwickelt werden kann (*quality improvement and development*) für Menschen und ihre Helfer. Ich hoffe dieser Beitrag mit den vorgestellten Instrumenten gibt hierzu Anregungen. Die positiven Evaluationsergebnisse zeigen: es lohnt sich als Ausbildungsinstitution in Evaluationsprojekte und in die Entwicklung von Evaluationsinstrumenten zu investieren, es lohnt sich aber auch als Therapeutin und Therapeut, solche Evaluationsinstrumente zu verwenden. Sie tragen dazu bei, die eigene Arbeit im Interesse unserer PartnerInnen, der Patienten und Patientinnen und mit ihnen bewusster in den Blick zu nehmen.

Zusammenfassung

Der Beitrag berichtet aus der Arbeit der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ zu Sicherung und Verbesserung von Qualität in der Ausbildung integrativer PsychotherapeutInnen und in der integrativtherapeutischen Behandlung von PatientInnen. Es werden die Ergebnisse von zwei großen Evaluationen der Ausbildung 1997 - 1999 n = 3924 Evaluationsfragebögen sowie 1999 – 2004 n = 7068 Evaluationsbögen – eine der umfangreichsten Evaluationen von Psychotherapieausbildung international. Die Ergebnisse: „gut“ und zumeist „sehr gut“. Weiterhin wird ein Stundenfragebogen vorgestellt, der schon nach drei Rückmeldungen mit großer Sicherheit das Therapieergebnis voraussagt. Schließlich wird eine Check-Liste und ein Therapiedokumentationssystem präsentiert, die die Zielrealisierung und damit die Qualität der therapeutischen Arbeit in der Ausbildung und in der Praxis nachhaltig zu fördern vermögen.

Schlüsselwörter: Evaluation, Psychotherapieausbildung, Evaluationsinstrumente, Qualitätssicherung, Integrative Therapie, ,

Summary: Quality in Therapy, Selfexperience, and Psychotherapy Training

The article informs about the endeavours of the “European Academy of Psychosocial Health” to maintain and improve quality in the training/education of integrative psychotherapists and in the treatment of patients with integrative therapy. Data from two large scale evaluation projects are presented 1997 – 1999 n = 3924 evaluation documents, 1999-2004 n = 7068 documents, one of the broadest evaluations of psychotherapy training internationally. The results “good” and mostly “very good”. Moreover an hour by hour evaluation form predicting therapy outcome after only four measurements with high reliability, a Check-List and a frame of documentation are presented that are able to foster the realisation of goals in therapy education/training and in the practice of therapy sustainably.

Keywords: Evaluation, Psychotherapy training, Evaluation Instruments, Integrative Therapy

Literatur in Auswahl:

Die im Text aufgeführten und nicht im nachstehenden Literaturverzeichnis

aufgeführten Arbeiten von Petzold und MitarbeiterInnen finden sich in: *Petzold, H.G. (2009). Gesamtbibliographie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2009 neuestes Updating 2009*

*Antonovsky, A. (1979):*Health, stress and coping, London, San Francisco Jossey Bass.

Bauer, J. (2005) Warum ich fühle was du fühlst. Hoffmann und Campe.

Böcker, K. (2000): Qualitätssicherung durch Prozeßforschung: Evaluation eines Therapiebegleitbogens zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität von Integrativer Therapie im ambulanten Setting. Diplomarbeit am Institut für Psychologie der Technischen Universität Braunschweig.

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](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 2004.

Brumund, L., Märten, M. (1998): Die 14 Heilfaktoren der Integrativen Therapie und ihre Bedeutung im Urteil der Therapeuten. *Gestalt und Integration* 2, 448 - 466.

Edlhaime-Hrubeck, C. M. (2005): EMPIRISCHES FORSCHUNGSPROJEKT - DIE „SUPERVISORISCHE BEZIEHUNG“ – THEORIEKONZEPTE UND SOZIALE REPRÄSENTATION IM LEHRSUPERVISOREN-, SUPERVISOREN- UND SUPERVISANDENSYSTEM IM FOKUS DER INTEGRATIVEN SUPERVISION. Masterthese, Zentrum für Psychosoziale Medizin an der Donau-Universität Krems. Ersch. bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2005.

*Ferenczi, S. (1985):*Journal clinique, Paris: Payot; dtsh. Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932, Frankfurt: S. Fischer 1988.

Fewer, A., Sieper, J., Petzold, H. G. (2004): Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen. *Integrative Therapie* 4, 337-363.

Grawe, K (1996): Umriss einer zukünftigen Psychotherapie; in: *Bents H., Frank R., Eibe-Rudolf R. (Hg):* Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie; Regensburg (Roderer)

Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, K. (2004): Neuropschotherapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

- Hahlweg, K. (1994): Beziehungs- und Interaktionsstörungen. In: *Reinecker, H.* Lehrbuch der klinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 435-458.
- Hass, W., Märten, M., Petzold, H.G. (1998): Akzeptanzstudie zur Einführung eines Qualitätssicherungssystems in der ambulanten Integrativen Psychotherapie aus Therapeuten-sicht, in: *Laireiter, A., Vogel, H.* (Hg.), Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT-Verlag, 157-178.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: *Petzold, Märten* (1999a) 193-272.
- Kames, H. (1992): Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4, 363-386.
- Knaus, K.-J., Petzold, H. G., Müller, L. (2005): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005.
- Laireiter, A., Vogel, H. (Hrsg.). (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Ein Werkstattbuch, DGVT-Verlag, Tübingen, 683-711.
- Leitner, A. (2005): Weiterbildungs- und Interventionsforschung in psychosozialen und klinischen Feldern. Krems: Edition Donau-Universität Krems.
- Leitner, A., Märten, M., Petzold, H. G., Telsemeyer, P. (2004): Die Qualität von „Psychotherapeutischer Medizin“ – eine Evaluationsstudie in der psychotherapeutischen Weiterbildung im Methodenvergleich. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2004
- Leuenberger, A. (2005). Einführung in Gestalttherapie und Integrative Therapie (Teil Integrative Therapie). Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie (EHP).
- Lorenz, R. (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt.
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): Was ist Evidence Based Psychotherapy? In: *Integrative Therapie* 1,2, 11-28
- Nagler, N. (2003): Sandor Ferenczi, Schwerpunkttheft *Integrative Therapie*. Junfermann Verlag, Paderborn
- Märten, M., Leitner, T., Steffan, A., Telsemeyer, P., Petzold, H. G. (2004): Qualitätssicherung in der Weiterbildung „Psychotherapeutische Medizin“ PSY-III Niederösterreich in Weiterbildung und Therapie. Abschlussbericht des Forschungsprojektes. Zentrum für psychosoziale Medizin. Donau-Universität, Krems.
- Märten, M., Petzold, H. G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003 und in *Petzold, H. G.* (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer/Klett-Cotta, S. 108-154.
- Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter, U. (2005): Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz, *Integrative Therapie* 1-2 (in Vorber.) und in *Petzold, Müller* (2005).
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In *A.E. Bergin & S.L. Garfield* (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th. ed., pp. 270-378). New York: Wiley.
- Orth, D., Petzold, H. G., Zunker, S. (2005): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG - dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem 1999 – 2004. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg./2005
- Orth, I., Petzold, H.G., (1995b): Gruppenprozessanalyse - ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. *Integrative Therapie* 2, 197-212.
- Orth, I. Petzold, H.G. (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.
- Palm, W. (1998): Prozesskontrolle für ambulante Psychotherapie. In: *Laireiter, Vogel* (1998) 253-276.
- Petitjean, S. (2002): Geringes Risiko, breite Wirksamkeit - Wirksamkeit des Psychotherapieverfahrens der Integrativen Therapie. *Psychoskope* 23/1.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Band I. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. 2005.
- Petzold, H.G. (Hrsg.). (1998h): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2002. Überarbeitete Version, Kernkonzepte II, 2004.
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a. Einleitungs- und Schlusskapitel
- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten, Teil 1: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. (2005a) Teil 2: Lebenshilfe – Psychotherapie, kreative Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

- Petzold, H. G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie, in: *Hermer, M., Klinzing, H.G.* (Hrsg.) (2004): Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt. 107-156.
- 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
- Petzold, H.G. (2005f): „Beratung“ als „komplexer Lernprozess“ und kooperative Handlungspraxis in differentiellen Feldern. In: *Beratung Aktuell* 3 (2005) 171-186.
- Petzold, H.G. (2005g): „Beratung“ als Disziplin und Praxeologie zum Umgang mit subjektiven Theorien und ihren kollektiven Hintergründen in der modernen Wissensgesellschaft. In: *Beratung Aktuell* 1 (2005) 4-21.
- Petzold, H. G. (2005i): Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H. G. (2005r): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosozialökologisches“ Modell – Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. „Integrative Therapie“ 40 Jahre „auf dem Wege und auf der Suche“ [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2005
- Petzold, G., Eckhoff, R. (2005): The concept of “hyper”-excentricity in Integrative supervision. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg./2005.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold* (1993c) und in : *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266.
- Petzold, H.G., Hass, W., Jakob, S., Märten, M., Merten, P. (1995): Evaluation in der Psychotherapieausbildung: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 180-223.
- Petzold, H.G., Hass, W., Märten, M., Steffan, A.. (2000): Wirksamkeit Integrativer Thersapie in der Praxis -Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2/3, 277-355.
- Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A. (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: *Ambühl, H., Strauß, B.* (Hrsg.), Therapieziele. Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: *Petzold* (1998h) 142-188.
- Petzold, H.G., Märten, M. (Hrsg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004c): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis. *Psychotherapie Forum* 4, 185-196.
- Petzold, H. G., Müller, L. (2005): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Müller, M. (2005): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In: *Petzold, H. G., Integrative Supervision*, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: *Petzold, Orth* (2005a) 689-791.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J.(Hrsg.). (1995a): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995c): Curricular strukturierte Psychotherapieausbildung. Überlegungen zur strukturierten Vermittlung psychotherapeutischer Kompetenz und Performanz. In: *Petzold, Orth, Sieper* (1995a) 12-29.
- Petzold, H. G., 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, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H. G., Rainalds, J., Sieper, J., Leitner, T. (2005): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Suchttherapeuten. Eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* 2005.
- Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. 2 Bde. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2005): 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. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Junfermann, Paderborn, 2. Aufl. 1996.

- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999a): Selbsterfahrung in der Ausbildung von PsychotherapeutInnen - empirische Perspektiven aus der Sicht der Integrativen Therapie. In: *Laireiter, A.-R.* (Hrsg.), *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-verlag.
- Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b): Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. In: *Gestalt (Schweiz)* 37 (Februar 2000), 25-65.
- Petzold, H.G., Steffan, A., Zdunek, K. (2000b): Qualitätssicherung in der Ausbildung von Integrativer Psychotherapie an FPI/EAG – Dargestellt an Ergebnissen einer Veranstaltungsevaluation im EAG-Qualitätssystem. *Integrative Therapie* 1, 96-117.
- Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: *Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe*. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Rahm, D., Ote, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H., Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis, Junfermann, Paderborn 1992, revid. 1993².
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg, K. (1990): Stundenbeurteilungsbogen für Klienten und Therapeuten (SB-K, SB-T). In *G. Hank, K. Hahlweg & N. Klann* (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren für Berater. Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung* (S. 331-339). Göttingen: Beltz.
- 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.
- Smith, E., Grawe, K. (1999): Wirkfaktoren, *Psychotherapeuten Forum* 6 (1999) 5-8.
- Steffan, A. (2002): Integrative Therapie in der Praxis: Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin: Logos Verlag.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie.(Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: *Leitner, A.* (2001): *Strukturen der Psychotherapie*. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Thomas, G., Petzold, H. G., Schay, P. (2005): Perspektiven und Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis der Suchtkrankenbehandlung. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2005): *Integrative Suchttherapie*. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

ⁱ *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.

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

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

„transversalen Moderne“ komplexe Formen des Konzeptualisierens – wie z. B. den „Integrativen Ansatz“ der Psychotherapie, Agogik, Supervision – mit ihrer „differenzierenden und integrierenden Konzept- und Modellbildung“ hervorbringen. Sie alle gründen in polylogischen, *metahermeneutischen Durchdringungen* der ultrakomplexen Materialien, die die internationalisierte bzw. globalisierte Wissensgesellschaft fortlaufend hervorbringt.

^{iv} »Unter dem Konzept „**dynamisches Regulationssystem**“ wird die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden personalen Subjektes verstanden, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu *steuern* – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen mit den neurophysiologischen und endokrinologischen Abläufen (z. B. HPA- Achse), über emotionale und kognitive Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch **Entwicklungsperspektiven** und **Entwicklungsprozesse** gehören. Gut fungierende Prozesse „dynamischer Regulation“ können als eine Metaressource des Systems betrachtet werden. In ihnen wird „organisierte Information“ (**OI**) mit unterschiedlichen *Niveaus* von Komplexität und Strukturiertheit beständig durch „transformative Konfigurationen“ (**TF**) um-, neu-, und weitergestaltet (Petzold et al. 1994, 535ff), „reformatiert“ « (Petzold 2000h; Petzold, Orth, Sieper 2005).