

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Ausgabe 16/2010

Integrative Therapie - Potenziale in der Akutpsychiatrie *

*Sansone, Paola ***

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ (EAG), 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.Integrative-Therapie.de>).

** Kalchbühlstrasse 79, 38 Zürich, Email: paola.sansone@bluewin.ch

Vorwort.....	2
Einleitung	3
1 Psychiatrische Klinik St. Urban - Kennzahlen	5
1.1 Kantonaler Leistungsauftrag	6
1.2 Behandlungsangebote	6
1.3 Behandlungsteam und Fallführung	7
1.4 Prototypischer Hospitalisationsverlauf (vom Eintritt bis zum Austritt)	8
2 Integrative Therapie - theoretisch	9
2.1 Entstehung, Charakteristik und Anspruch	9
2.2 Zugänge für Interventionen	14
2.3 Die Rolle/Identität/Aufgabe der integrativen Therapeutin	20
3 Integrative Therapie – praktisch.....	23
3.1 Problemidentifikationen unabhängig von der ICD-10-Diagnostik	24
3.2 Ermittlung therapeutischer Handlungsmomente auf einer Akutstation	26
3.3 Integrativ therapeutische Interventionen „zwischen Tür und Angel“	28
4 Fazit.....	34
Zusammenfassung: Integrative Therapie – Potentiale in der Akutpsychiatrie	36
Literaturverzeichnis	37

Vorwort

Persönliche und berufliche Ausgangslage:

Als ich Anfang 30 war, nahm ich das Psychologiestudium sowie die Ausbildung zur Psychotherapeutin am Fritz Perls Institut FPI, Düsseldorf, auf. Die Zeit, bis ich endlich psychotherapeutisch tätig sein konnte, schien mir unendlich lang. Nach dem Studium der Psychologie und der Aufnahme einer Tätigkeit als post graduierte Psychologin in einer allgemeinpsychiatrischen Klinik landete ich jäh auf dem Boden der Realität. Psychotherapie war in der psychiatrischen Klinik nur ein kleiner Teil des Aufgabenportfolios. Interdisziplinäre Sitzungen, die ärztliche Vormachtstellung, Meinungsverschiedenheiten über Behandlungsplanungen zwischen den Disziplinen, grosse Mengen an administrativen Aufgaben und die Aufgleisung sozialpsychiatrischer Nachbehandlung entsprachen nicht meiner Vorstellung der Arbeit einer Psychotherapeutin.

Eines aber war klar: Die Menschen, welche in die Psychiatrie zur Behandlung eingewiesen wurden, faszinierten mich: Ihre Lebensgeschichten, ihr Umfeld, ihre Bewältigungsstrategien, die verborgenen Aussagen hinter den Symptomen. Es blieb mir also nicht viel anderes übrig, als mich in langen und schmerzlichen Prozessen mit meiner beruflichen Identität auseinanderzusetzen – wollte ich weiterhin in diesem Bereich tätig sein. Wie konnte ich mich mit meinem psychologischen und psychotherapeutischen Hintergrund in einer psychiatrischen Klinik positionieren? Und wie positioniere ich mich heute an meiner aktuellen Stelle als Psychologin in assistenzärztlicher Funktion?

In assistenzärztlicher Funktion werden PsychologInnen angestellt, weil der psychiatrische Nachwuchs in Schweizer Kliniken fehlt und Stellen von AssistenzärztInnen mit PsychologInnen besetzt werden müssen, um das tägliche Arbeitsvolumen bewältigen zu können. Es fehlt mir in dieser Funktion die Zeit für kontinuierliche Psychotherapie – einerseits aufgrund des hohen Case-loads (hohe Patientenzahlen) bei kurzer Aufenthaltsdauer (vgl. Kapitel 1), andererseits, weil Psychotherapie im stationären Bereich nicht zur Kernaufgabe der AssistenzärztInnen gehört und folglich mein Stellenprofil dies auch nicht beinhaltet. Aber auch die StationspsychologInnen beklagen sich bisweilen, zu wenig Zeit für

psychotherapeutische Behandlungen zu haben, noch schaffen sie es wegen des Stellenschlüssels nicht, allen PatientInnen Psychotherapie zukommen zu lassen. Zudem ist aufgrund der Schwere der psychiatrischen Erkrankung bei vielen unserer PatientInnen Psychotherapie im engeren Sinne gar nicht möglich und andere Disziplinen (Pflegefach, Ergo- und Bewegungstherapie) decken einen quantitativ und qualitativ hohen Teil der milieuthérapeutischen und paramedizinischen Therapien ab.

Fragestellung:

Meine Fragestellung lautet: Wo steht die psychologische Disziplin im institutionellen Gefüge? Welches sind die Möglichkeiten und Grenzen der Integrativen Therapie in der stationären psychiatrischen Grundversorgung.

Interesse für diese Arbeit:

Mein Interesse an dieser Arbeit liegt in der persönlichen und beruflichen Ausgangslage sowie der Frage nach der beruflichen Identität auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstationen bei folgender Ausgangslage: Hohe Patientenzahlen, Aufnahmepflicht und Entlassungsdruck wegen Bettenknappheit, „DrehtürpatientInnen“ mit ausgeprägten Psychopathologien, Kriseninterventionen als Auftrag von einweisenden Stellen aber auch von Patientenseite, Kostendruck, Medizinalisierung der Psychiatrie und medikamentenlastige Behandlung aufgrund des zur Zeit stark propagierten biologistischen Menschenbilds und „Demoralisierung“ von PsychologInnen, weil Psychotherapie auf den Akutstationen nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist.

Einleitung

Im Rahmen meiner Tätigkeit auf einer stationären psychiatrischen Akutstation als Assistenzpsychologin, d.h. als Psychologin in assistenzärztlicher Funktion, sind mir 6-8 PatientInnen zugeteilt. In der Regel administrierte und behandle ich sie im Verbund mit anderen Disziplinen (bspw. Plegefach, Sozialarbeit, Ergotherapie, Bewegungstherapie) vom Ein- bis zum Austritt. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 31 Tagen in der Klinik (siehe Kapitel 1.4) ist die Patientenfluktuation und entsprechend das Arbeitsvolumen (Abwicklung aller

organisatorischen und schriftlichen Formalitäten) hoch. Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Supervisionen aber auch interne Weiterbildungen helfen, im Strudel der Arbeit den Überblick zu bewahren, die eigene Position im Kontakt zu den PatientInnen zu reflektieren und zu regulieren. Institutioneller Behandlungsauftrag (Ziel ist die „Stabilisierung“ des Patienten denn es gilt „ambulant vor stationär“), institutionelle Behandlungsvorgaben im Sinne der Qualitätssicherung (bspw. Behandlungsplanung), Aufgabenportfolio einer Assistenzpsychologin (Aufnahmen, Austritte, Koordination mit ÄrztInnen und Pflegefachpersonen, inkl. Erledigung der administrativen Tätigkeiten, vgl. Kapitel 1.4), Koordination mit den NachbehandlerInnen, u.v.m. limitieren die direkte Arbeit mit dem PatientInnen.

Nebst der zeitlichen Begrenzung der Arbeit mit den PatientInnen droht ein umfassendes, mehrperspektivisches Therapieverständnis immer wieder verloren zu gehen; dies durch Fraktionierung der Arbeit nach disziplinären Zuständigkeiten (jeder ein Stück vom Kuchen), durch die Vorgaben der WZW-Kriterien (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit), welche v.a. Verhaltenstherapie und Medikation für die Behandlung propagieren und durch die mit den Neurowissenschaften und der Genetik wieder einkehrende medizinisch-biologistische Sichtweise psychiatrischer Erkrankungen. Therapie bedeutet im stationären Setting unter Zeitdruck oft nur Psychoedukation, medikamentös-orientierter Behandlungsplan, Beratung über Sozialarbeit, „Aktivierung“ über die vielen paramedizinischen Angebote ohne synoptisch-theoretische Hintergrundfolie. Auch die StationspsychologInnen haben durch die seit etwas mehr als 2 Jahren zusätzlich übernommene Aufgabe der Fallführung weniger Zeit für qualifizierte Psychotherapie.

Ziel der vorliegenden Arbeit soll es nun sein, Charakteristik, Anspruch und Konzepte des Integrativen Ansatzes darzustellen und Möglichkeiten und Nischen zu finden, wo Integrative Therapie als Haltung und Möglichkeit der Behandlung – theoriegeleitet und indikationsspezifisch – genutzt werden kann. Diese Arbeit soll eine Hilfestellung bieten, eine therapeutische Identität unter institutionellen und gesundheitspolitischen Vorgaben zu finden und damit auch einem administrativen Burn Out vorzubeugen.

Um dem eben formulierten Ziel näher zu kommen, wird im Kapitel 1 eine psychiatrische Akutstation der *Klinik St. Urban, Luzerner Psychiatrie*, prototypisch

beschrieben und deren sie tragendes institutionelles Umfeld dargestellt. Ebenfalls in Kapitel 1 folgt zur Nachvollziehbarkeit eine Beschreibung eines typischen Hospitalisationsverlaufs.

Im Kapitel 2 werden Charakteristik, Anspruch und Konzepte des Integrativen Ansatzes erläutert (Kapitel 2.1), in einem zweiten Schritt Interventionszugänge der Integrativen Therapie aufgezeigt (Kapitel 2.2) und daraus mögliche Rollen/Identitäten und Haltungen einer Integrativen Therapeutin in einem multidisziplinären Team in einer staatlich beauftragten Institution des Gesundheitswesens abgeleitet (Kapitel 2.3). Kapitel 3 berücksichtigt die Praxis der Integrativen Therapie und zeigt auf dem Hintergrund der theoretischen Erörterungen aus Kapitel 2, dass Therapie nicht nur innerhalb der Symptomcluster und Diagnoseschlüssel eines ICD-10 stattfindet (Kapitel 3.1) und sucht nach Nischen und Möglichkeiten zur Umsetzung Integrativer Therapie auf einer Akutstation (Kapitel 3.2). Im Kapitel 3.3 wird versucht, eine integrativ therapeutische Haltung sowie mit dieser Haltung einhergehende (psycho)therapeutische Interventionsmöglichkeiten „zwischen Tür und Angel“ aufzuzeigen. Aus den Kapiteln 1, 2 und 3 wird in Kapitel 4 ein praktisch-theoretisches und persönliches Fazit abgeleitet.

1 Psychiatrische Klinik St. Urban - Kennzahlen

Die *Psychiatrische Klinik St. Urban*, ein von zwei stationären Standorten der *Luzerner Psychiatrie*, führt neben einer Sucht-, Rehabilitations- und Alters- und einer offenen Privatstation drei allgemeine Akut- und eine Subakutstation mit 281 betriebsinterne Betten im Jahr 2008. Die durchschnittliche Bettenbelegung betrug 2006 93.7%, 2007 95.3% und 2008 97.1% (Standort Luzern mit 53 Akutbetten miteinbezogen). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutpsychiatrie betrug 2008 31 Tage (vgl. Homepage der *Luzerner Psychiatrie*, mit Datum 20. März 2010). Die Akutstationen in St. Urban führen durchschnittlich 17 reguläre Betten, 1 Notbett und 1 Isolationszimmer.

1.1 Kantonaler Leistungsauftrag

Die *Luzerner Psychiatrie* stellt die Versorgung der ambulanten und stationären Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie im Kantonsgebiet sicher. Sie gewährleistet eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche (sogenannte WZW-Kriterien) Psychiatrieversorgung. „Die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung richtet sich nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im Rahmen eines biopsychosozialen Konzepts ...“ (vgl. Homepage der *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Der Versorgungsauftrag beinhaltet die Aufnahme und Anbehandlung aller PatientInnen aus dem gesamten Spektrum der psychiatrischen Diagnosen.

1.2 Behandlungsangebote

Das übergeordnete Behandlungsangebot wird – neben Krisenintervention – als integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines biopsychosozialen Konzepts bezeichnet. Es wird „...vor allem auf eine integrierte Versorgung und auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen sowie mit den vor- und nachgelagerten Behandlungsstellen geachtet (vgl. Homepage *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Der *Ärztliche Dienst* bietet „stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung an, zudem halbstationäre Behandlung (Tages- oder Nachtpatientenstatus), ebenso Einzel-, Paar- und Familiengespräche (vgl. Homepage *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Der *Psychologische Dienst* bietet psychotherapeutische Behandlung, Testpsychologische Abklärung und die Durchführung von verschiedenen psychoedukativen Gruppen an (vgl. Homepage *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Der *Pflegedienst* bietet v.a. ein milieutherapeutisches Angebot an, zudem Gruppen für Sport, Spiel und Bewegung, komplementäre Angebote wie Aromapflege,

Massagen/Wickel, Entspannungsbäder (vgl. Homepage *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Das *paramedizinische Angebot* umfasst: Ergotherapie, Arbeitsagogik, Bewegungstherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie, Aktivierungstherapie und Physiotherapie (vgl. Homepage *Luzerner Psychiatrie*, 20. März 2010).

Der *Sozialdienst* berät und unterstützt die PatientInnen bei der Suche nach sozialarbeiterischer Nachbetreuung, bei Fragen zu Wohnen und Arbeiten, in rechtlichen Fragen und zu den Themen der Sozialversicherung und Finanzen.

1.3 Behandlungsteam und Fallführung

Das Behandlungsteam einer Akutstation in St. Urban setzt sich i.d.R. aus Personen mit folgenden Professionen (mit ungefährender Stellenprozent Angabe) zusammen:

- 1 Oberarzt bzw. Oberärztin (100%)
- 2 AssistenzärztInnen (2x 100%) oder 1 Assistenzarzt (100%) und 1 Assistenzpsychologin (80-90%)
- 1 StationspsychologIn (ca. 80%),
- 13 Dipl. Pflegefachpersonen, 1-2 Pflegefachpersonen in Ausbildung, 1-2 PflegeassistentInnen
- 1 HeilpädagogIn (ca. 25-50% pro Station)
- 1 SozialarbeiterIn (60%) ,
- Ergo-, Arbeits-, Kunst- und BewegungstherapeutInnen
- 1 Physiotherapeut (für die ganze Klinik zuständig),
- 1 Internist (100%) konsiliarisch für die ganze Klinik zuständig

Sogenannt fallführend für die PatientInnen zuständig sind die AssistenzärztInnen/-psychologInnen mit je ca. 6-8 PatientInnen, die PsychologInnen mit ca. 2-4 PatientInnen, die OberärztInnen mit 0-1 PatientInnen, aber letztverantwortlich für alle PatientInnen der Station, die HeilpädagogIn, je nach Indikation bis ca. 3 PatientInnen. Die Pflegefachpersonen arbeiten im Bezugspersonensystem mit den fallführenden Personen zusammen.

Fallführung bedeutet in assistenzpsychologischer Funktion auf Akutstation: Zuständigkeit für den Patienten, wenn möglich ab Eintrittstag bis zum Austritt mit Koordination oder Abwicklung aller administrativen, organisatorischen, therapeutischen und medizinischen Belange welche der Behandlung dienen.

1.4 Prototypischer Hospitalisationsverlauf (vom Eintritt bis zum Austritt)

In aller Regel werden die PatientInnen über ambulant tätige ÄrztInnen, NotfallärztInnen, somatische Kliniken oder direkt durch Wohnheime und andere psychiatrienaher Institutionen zugewiesen. Es findet ein Aufnahmegespräch mit einem Assistenzarzt/-psychologen oder einem Psychologen, bei Menschen mit einer geistigen oder Mehrfachbehinderung wenn möglich mit dem Heilpädagogen statt. Beim Aufnahmegespräch nimmt immer auch eine Pflegefachperson teil. Innerhalb von 24 Stunden muss der Patient auch von einem Oberarzt visitiert werden. Bei selbst- und/oder fremdgefährdeten PatientInnen erfolgt die Aufnahme auf eine geschlossene Akutstation, bei fehlender Absprachefähigkeit möglicherweise auch in ein Isolationszimmer, mit Überwachung nach Standardnormen.

Nach einer erster Augenscheindiagnose und – sofern notwendig - diagnosegeleiteten akuten oder fortführenden Medikation wird der Patient von der Pflegefachkraft auf der Station über den Tagesablauf und die möglichen Therapien informiert. In den kommenden Tagen der Hospitalisation erfolgt die Behandlungsplanung zusammen mit der fallführenden Person und der Bezugspflegerperson, worin Ziele des Patienten und empfohlene Behandlungen schriftlich festgelegt werden. Der Patient erhält in der Regel mindestens 1 Gespräch pro Woche mit der fallführenden Person zusammen mit der Bezugspflegerperson, wo Befinden und das Abgleichen persönlicher und fachlicher Ziele besprochen werden. Zielimmanent wird in diesen Gesprächen die Austrittsplanung im Auge zu behalten und thematisiert. Je nach Weiterbildungsstand und Kapazität der Assistenzärzte/-psychologen erhält ein Teil der stationären PatientInnen ca. 1x/Woche psychotherapeutische Gespräche. Die den StationspsychologInnen zugeteilten PatientInnen profitieren von Psychotherapie. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 31 Tagen, beläuft sich eine mögliche Psychotherapie auf ca. 4-5 Sitzungen.

Die PatientInnen habe die Möglichkeit, sich für Oberarztvisiten einzutragen; bei schwierigen Behandlungsverläufen verlangt der Oberarzt selbst die Visitation des Patienten. Mit bei den Oberarztvisiten dabei sind die fallführende Person und die Bezugsperson von der Pflege.

Wenn immer möglich und wenn der Patient dies erlaubt oder ausdrücklich wünscht, werden Verwandte und nahe Angehörige zu Gesprächen eingeladen, in denen Aufklärung über Krankheit(sverlauf), Klärung möglicher Konflikte und Bedürfnisse innerhalb des Systems thematisiert und wenn möglich erste Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

Neben den Gesprächen sind die PatientInnen in die Milieuthherapie der Station eingebunden, ebenso erhalten die PatientInnen je nach Befinden paramedizinische Therapieangebote, sowie ihrer Diagnose entsprechende spezialisierte Psychoedukation und gruppenspezifische Angebote.

Ziel ist die „Stabilisierung“ der PatientInnen, damit sie so rasch als möglich wieder im ambulanten Setting weiterbehandelt werden können.

2 Integrative Therapie - theoretisch

Mit diesem Kapitel sollen die theoretischen Aspekte der Integrativen Therapie in den Fokus genommen werden. Es umfasst sowohl ein Kapitel zum Spezifikum dieses Ansatzes (Kapitel 2.1) als auch eines zu den Interventionsebenen der Integrativen Therapie (Kapitel 2.2) sowie ein Kapitel zu Rolle/Identität/Aufgaben einer integrativen TherapeutIn (Kapitel 2.3).

2.1 Entstehung, Charakteristik und Anspruch

In diesem Kapitel werden Entstehung, Charakteristik und Anspruch des Integrativen Ansatzes umrissen.

Entstehung/Geschichte des Integrativen Ansatzes:

Die Integrative Therapie wird seit Mitte der 60er Jahre von *Hilarion G. Petzold* und seinen MitarbeiterInnen entwickelt, erprobt und durch neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis überdacht, ergänzt und weiterentwickelt. Dabei werden erkenntnistheoretische, anthropologische, philosophische, lerntheoretische, psychologische, neuropsychologische, medizinische, sozial- und kulturwissenschaftliche Erkenntnisse rezipiert und mit Ergebnissen der Psychotherapieforschung ständig in Relation gesetzt und für die Weiterentwicklung des Verfahrens genutzt (vgl. *Sieper, Orth, Schuch, 2007, Vorwort, S. 12*). Inspiriert wurde *Hilarion G. Petzold* von bereits bestehenden psychotherapeutisch integrationsorientierten Verfahren und den dahinter stehenden DenkerInnen und BegründerInnen. Es waren dies die Verfahren der Gestalttherapie (*F. & L. Perls, P. Goodman*), der Psychoanalyse (*S. Ferenczi, M. Balint* und *V. N. Iljine*) sowie des Psychodramas (*J. Moreno*), aber auch von *P. Janet*, welcher als „erster klinischer Psychologe“ Monotherapien verwarf (vgl. *Petzold, 2002a, S. 41*). Der Integrative Ansatz wird mit den PatientInnen umgesetzt auf psycho-, sozio-, leib- und bewegungstherapeutischer Ebene, aber auch durch Aufklärung und Engagement auf gesundheitspolitischer Ebene (vgl. *Petzold, Steffan, 2000a*).

Ein Verfahren in stetiger Entwicklung:

Die Integrative Therapie gründet in erster Linie auf einer strukturell und prinzipiell unfertigen Theorie und Praxis, denn sie betont das Konzept der stetigen Entwicklung und Überschreitung ihrer selbst, analog der Evolution, die fortwährend neue und andere Lebewesen und Lebensarten hervorbringt und unter welcher auch die andauernde Menschenentwicklung zu verstehen ist (vgl. Konzept der Transgression, *Petzold, 2005r, S.3ff*).

Unfertig ist die Theorie und Praxis auch deshalb, da der Mensch sich selbst nur mit anderen Menschen weiterentwickelt (kognitiv, kulturell, biologisch), so dass auch für eine Theoriebildung und Praxisausformung ein kommunikatives/diskursives Miteinander notwendig ist, wo sich mehrere Perspektiven menschlicher Aspekte treffen und im Sinne hermeneutischer Spiralen immer wieder neue Ansichten und Synopsen (Zusammenschau) auf einer neuen Integrationsstufe ergeben (vgl. Konzept der Mehrperspektivität, *Petzold, 2008g*).

Und weiter sind Theorie und Praxis der Integrativen Therapie nicht abgeschlossen, da aus erkenntnistheoretisch-philosophischer, aber auch somatischer und neurobiologischer Perspektive (Sensorik, Kognition) der Mensch im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen und Machen begrenzt ist und es darum auch in der Entwicklung und Konzeptualisierung einer Therapieform immer mindestens ein punctum caecum gibt.

„Tree of Science“ – eine Metastruktur des Integrativen Ansatzes:

Trotz dieser Unfertigkeit und der Tatsache eines fehlenden archimedischen Punktes besteht ein Anspruch, eine Therapieform zu generieren, kultivieren und weiterzuentwickeln, die den Menschen in seiner Vielfalt und multiplen Bedingtheit erfasst. Dabei versteht sich die Integrative Therapie als „polyzentrisches Wissensnetz“ (Petzold, 2002a, S. 63), welches sich über die Hierarchisierung von Theorien bzw. über ein wissensstrukturelles Metamodell (vgl. Petzold, 2008g) eine Struktur gibt und davon ableitend Aussagen und Hypothesen zu Therapie und Verhältnis von Mensch und Welt generiert (vgl. Konzept des „Tree of Science“ bspw. Petzold 1991k). Mit der Konzipierung eines „Tree of Science“ wird der Tatsache Rechnung getragen, dass für die Fundierung einer Therapierichtung eine Theorie nicht ausreicht und dass es mehrerer theoretischer Ansätze bedarf um den Menschen zu verstehen (vgl. Petzold, 2008g).

Komplexität der Realitäten:

Die Integrative Therapie ist sich der Komplexität der Realität bewusst, versucht, diese sowohl theoriegeleitet als auch in der Korrespondenz mit anderen Professionals bzw. im therapeutischen Prozess mit den PatientInnen zu analysieren und zu ordnen ohne jedoch die Realität oder Kausalitäten reduktionistisch auszulegen. Den in den Praxen begegneten komplex erkrankten Menschen in komplexen Lebenslagen versucht sie durch konvivialen Raum und Zugewandtheit (Orth, 2002), durch Respekt vor der Andersheit und Würde des Gegenübers Entwicklungsimpulse, Rat, Lebenshilfe und Trost zu geben sowie Prozesse der Problembewältigung, der Heilung, des Gewinns von Souveränität und der Emanzipation in optimaler Weise anzustossen, zu begleiten und zu fördern (vgl. Petzold, 1993j, S. 1095). Das Bewusstsein von Komplexität und multifaktorieller

Bedingtheit von Pathogenesen widerspiegelt sich in den in Kapitel 2.2 darzustellenden methodenübergreifenden Konzepten, Modellen, Strategien, welche biologische, psychische, soziale aber auch ökologische Bezüge zu Patho- und Salutogenese herstellen (vgl. *Petzold*, 2008g, S. 4).

Um die Komplexitäten der Realität erfassen, verstehen und ordnen zu können, bedient sich die Integrative Therapie der Hermeneutik als Handlungs- und kognitives Erschliessungskonzept sowie des Integrationsparadigmas.

Hermeneutik:

Der Integrative Ansatz ist ein hermeneutischer, da er einen prozessualen Charakter von Entwicklung und Erkenntnis bei Menschen annimmt. Über die Schritte des *Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens* eines Sachverhalts erlangt der Mensch jeweils neue Erkenntnisstufen dieses Sachverhalts und erlebt dadurch immer neue Grenzüberschreitungen seiner selbst und des bisher Verstandenen (vgl. *Petzold*, 1991k, S. 500). Im Fluss von Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären bewegen sich auch Theorie und Praxis des integrativen Ansatzes im herakliteischen Strom zu immer neuen Sicht-, Handlungs- und Verhandlungsweisen (vgl. *Petzold*, 1993j, S. 1095, ebenso: Konzept der Transgression, *Petzold*, 2005r, S.3ff). Es entsteht auf diese Weise ein permanenter Prozesse der *Überschreitung* des Selbst- und Weltverstehens auf der individuellen und kollektiven Ebene - eine transversale *Hermeneutik* und *Metahermeneutik* als unabschliessbarer Prozess (vgl. *Petzold*, 2000h).

Integrationsparadigma:

Der Anspruch auf Erfassung von Komplexität erfolgt auch durch das Integrationsparadigma: Integration ist zu verstehen „... als einen Prozess, dessen Folgen eine *Ganzheit* (nicht *das* Ganze) ist, in der Differentes nicht eingeschmolzen, eingeebnet wird, sonder erkennbar bleibt“ (*Petzold*, 1992g, S. 701). Es geht um Verbindungen (Integration) von Zerstreutem und Unterschiedlichem (Differenzen) durch Vernetzung in Kommunikation und Kreativität mit anderen (Ko-Kreativität). Ziel sind temporäre Synopsen und Synergieeffekte, welche mit dem Durchlaufen der hermeneutischen Spirale (Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären) wiederum neues Wissen und Handlungspraxen schaffen. D.h. nach Erreichen einer temporären

Synopse ist Differenzierung wieder möglich (vgl. *Petzold*, 1992g, S. 701; *Petzold*, 1993j, S. 1094).

Für die Therapie werden die Prinzipien des Prozesses, der Hermeneutik und der Integration von unterschiedlichen Strebungen, Gefühlen etc. ebenfalls als zentral angesehen. Der Therapieprozess wird mit der Prozesstheorie umschrieben. Doch das Konzept des Therapieprozesses sowie die stetige Entwicklung der Theorie des Integrativen Ansatzes kann nur verstanden werden, wenn man sich des anthropologischen Standpunkts des Integrativen Ansatzes bewusst ist.

Anthropologischer Standpunkt:

Der Mensch kann nur im Verbund mit anderen existieren. Subjekte erfordern Mitsubjekte. Das Wissen um sich selbst, um die eigenen Gefühle, Gedanken und Handlungen kann nur in der Reflexion mit und über andere entstehen; ebenso erlernt man Distanz zu sich selbst nur über Sicht und Rückmeldung von anderen. Diese Interiorisierungs- und Memorierungsprozesse über sich selbst, die anderen und die Umwelt sind eine Kapazität des menschlichen Geistes, welche als theory of mind bzw. als Mentalisierungsprozesse in ständiger Rekursivität Metakognitionen über Themen, sich selbst und die Umwelt aber auch eine differenzierte Kultur und subjektiven Sinn generieren können (vgl. *Petzold*, 2008, S.14 und *Petzold*, 2006v, S. 9). Subjektiver Sinn ergibt sich aber nur immer in gemeinschaftlich und prozessual erarbeitetem Sinn und Realitätsbezug.

Therapieprozess, Prozesstheorie und tetradisches Prozessmodell:

Dem anthropologischen Standpunkt entsprechend entstehen Therapieprozesse ausschliesslich interaktional, ko-respondierend, kooperativ und intersubjektiv, d.h. zwischen gleichwertigen Partnern (zum Begriff der Intersubjektivität siehe Kapitel 3.3). Leitlinie im Therapieprozess, bzw. Ordnungshilfe, um den Therapieprozess verstehen zu können ist das „tetradische Prozessmodell“ mit

- Initialphase/Problemfeststellung: *rationales Erkennen, volitionales Entscheiden*,
- Aktionsphase/Problembearbeitung: *körperliches Erleben/emotionale Erfahrung*,
- Integrationsphase/Problemlösung: *kognitive Einsicht, volitionales Umsetzen*,
- Neuorientierungsphase/Verhaltensänderung: *behaviorales Üben, volitionales Durchhalten* (vgl. *Petzold*, 2008g, S. 19).

2.2 Zugänge für Interventionen

Nachdem in Kapitel 2.1 Charakteristik und Anspruch des Integrativen Ansatzes, welche sich vor allem über intersubjektiv-prozessuale Aspekte auf theorieentwicklungs- sowie entwicklungstherapeutischer Ebene charakterisieren lassen, berichtet wurde, zeigt dieses Kapitel auf, auf welchen Ebenen die Integrative Therapie ansetzt. Dabei geht es nicht in erster Linie um therapeutische Methoden oder Interventionen, sondern um die Erschliessung der Zugänge für therapeutische Methoden und Interventionen.

Anthropologische Kurzformel und Philosophie des „Weges“:

Die Zusammenfassung des Interessensgebietes des Integrativen Ansatzes kommt in der anthropologischen Kurzformel zum Ausdruck: „Der Mensch - als Mann und Frau – ist Körper, Seele, Geistwesen in einem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“ in Ultra-Kurzfassung befasst sich die Integrative Therapie mit dem „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ (*Petzold*, 1988b, S. 179).

D.h., das Interesse liegt am Menschen, welcher als Leibsubjekt verstanden wird. Dieser ist aber nicht singulär zu betrachten, sondern immer in seiner Einbettung in seinem Umfeld. Wollen wir dem Menschen Hilfe, Beratung oder gar Heilung bieten, so bedarf es immer auch des Einbezugs und die Arbeit mit dem Umfeld. Der Mensch wird nicht nur in seiner Umweltdimension sondern auch in der Zeitdimension erfasst. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch ein lebenslang lernfähiger Organismus ist, „... auf dessen Basis sich eine Person mit einer spezifischen Identität ausbilden kann ...“ (*Petzold* 2002j, S.1075). Deshalb vertritt die Integrative Therapie eine „Philosophie des Weges“, Therapie ist „Wegbegleitung“ (vgl. *Petzold*, 2008g, S. 6), die Integrative Therapie vertritt einen „life-span-developmental-approach“ (Entwicklungstherapie in der Lebensspanne) (vgl. *Petzold*, 2002a, S. 69).

Das Konzept des Leibsubjekts:

Der Mensch, ist eingebettet (embedded) in einen Kontext (bspw. sozial, ökologisch, kulturell) und in ein zeitliches Kontinuum (bspw. betrachtet aus der Warte der Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen, oder betrachtet innerhalb der Familiengeschichte, in welche ein Individuum hineingeboren wurde). Die Interaktionen mit dem Umfeld schlagen sich im Leib nieder (embodied), werden darin

„archiviert“. Die Interaktionen laufen teils unbewusst, subliminal-bewusst, bewusst und/oder intentional ab, die Kommunikation ist sensorischer, motorischer, emotionaler, volitiver und kognitiver Natur und befolgt direkte oder imaginiertere soziale Wege. Auf diese Weise konstituiert sich das Subjekt über den Leib in lebenslanger Entwicklung (vgl. *Petzold*, 1996a, S. 283). Der Leib ist ein zentraler Begriff des integrativen Ansatzes: „Leib bedeutet in diesem Verständnis das „körperlich-lebendige“, „beseelte“ und geisterfüllte“ Subjekt, „wie es leibt und lebt“, es ist die Trimerie [Dreieinheit] von „Körper-Seele-Geist““ (*Petzold*, 2009c, S.3). Es ist - auf unterschiedlichen Bewusstseinsstufen [PS] - wissend, selbstreflexiv und über sich selbst informiert (vgl. *Petzold*, 2002j, S. 1074).

Die Behandlung von Störungen des Leibsubjektes umfasst indikationsspezifische Interventionen, welche in Anlehnung an die oben aufgeführte anthropologische Grundformel, die Philosophie des Weges und den Erklärungen zum Leibsubjekt in „fünf anthropologischen Grundorientierungen“ (vgl. *Petzold*, 2005r, S. 82) zusammengefasst wurden.

Fünf anthropologische Grundorientierungen der Integrativen Therapie:

1. Leib- und Bewegungstherapie: Der Integrative Ansatz stellt das Leibkonzept zentral für die Theorienbildung und die Praxis von Leibtherapie. Über Leib- und Bewegungstherapie können Wahrnehmungen, Bewusstheit und Gedanken in nonverbaler Kommunikation bewusst gemacht, verbalisiert und behandelt werden. Ziel ist eine „Integrierte Leiblichkeit“ mit Gewinn von Mitte, Gesundheit, Kongruenz von innerer und äusserer Haltung (vgl. *Petzold*, 2005r, S. 82; *Petzold*, 2002a, S. 27).

2. Therapie als Wegbegleitung: Psychotherapie muss, wie isoliert das Problem auch aussehen mag, die Realität des Menschen in der Lebensspanne annehmen und ihn in der Vergegenwärtigung der Vergangenheit, der Gegenwart und mit dem Blick in die Zukunft behandeln/beraten/unterstützen. Therapie ist immer prozessual, Entwicklung ebenso. Ziele sind die Förderung von Selbst-, Ich- und Identitätsprozessen zum Zweck einer „Integrierten Emotionalität“ mit Gewinn an Selbstregulation, Willenskraft, Selbstverwirklichung, Kreativität, Flexibilität und Differenziertheit (vgl. *Petzold*, 2005r, S. 82; *Petzold*, 2002a, S. 27).

3. Nootherapie/Kreativitätstherapien: Als eine der Grundannahmen der Integrativen Therapie gilt die der „Anthropologie des Schöpferischen Menschen“. D.h., dass der Mensch aktiv an seiner Schöpfung und an der Schöpfung der Welt mitbeteiligt ist. In ständiger Interaktion mit Mitmenschen, in der Korespondenz mit ihnen wird die Welt ko-kreativ gestaltet (vgl. *Eisler-Stehrenberger*, 2001, S. 131f). Der Integrative Ansatz berücksichtigt in der Therapie künstlerisch-kreative Momente, die Bedeutung von „Kulturarbeit“ durch die therapeutische Arbeit mit „kreativen Medien“ und „künstlerischen Methoden“ (vgl. *Petzold*, 2005r, S.82). Ziel ist es, über kreatives Schaffen, aber auch über Meditation, Besinnung, dialogisches Sinngespräch zu einer „Integrierten Existenz“ zu gelangen, in welcher man Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn und –zielen und nach Werten beziehen kann (vgl. *Petzold*, 2002a, S. 27)

4. Soziotherapie: Der Integrative Ansatz nimmt – den Menschen in einem Kontext eingebettet sehend - Familien- und Netzwerkarbeit ernst, ja sie hat bei jeder Behandlung immer die Netzwerkperspektive mit im Blick. Dazu gehört nicht nur der Mikrokontext, sondern auch der Meso- und Makrokontext. So ist für den Integrativen Ansatz die Betonung politischer Perspektiven und engagierte humanitäre und ökologische Verantwortlichkeit unverzichtbar (vgl. *Petzold*, 2005r, S. 82). Ziele sind „Integrierte soziale Bezüge“, der Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken und die Reduktion von Entfremdung (vgl. *Petzold*, 2002a, S. 27).

5. Ökologische Interventionen/Ökologische Psychologie: Durch die Sensibilisierung für mikro – und makroökologischen Zusammenhänge sollen „Integrierte ökologische Bezüge“ hergestellt werden. Durch die aktive Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes, d.h. durch „ökopsychosomatische“ Interventionen kann die heilende Kraft der Mitgestaltung, die heilende Kraft der Landschaft wirken (vgl. *Petzold* 2005r, s. 82).

Die fünf Grundorientierungen geben eine Übersicht, wo der Integrative Ansatz überall Handlungsbedarf für Interventionen sieht. Über die zweite Grundorientierung wird nochmals die Wichtigkeit des Therapieprozesses bzw. der Prozesstheorie aufgenommen. Es kommt dabei nochmals klar zum Ausdruck, dass es sich um eine Entwicklungstherapie und um Entwicklungsförderung handelt: Jeder Mensch hat die

Möglichkeit zur Entwicklung. Mit der Prozesstheorie wird aber auch nochmals das Thema des Kapitels 2.1 aufgenommen, nämlich, dass es sich um ein Verfahren in Entwicklung handelt (vgl. *Petzold*, 2005, S.12).

Über die fünf Grundorientierungen für Interventionen sieht man auch, dass der Integrative Ansatz das biopsychosoziale Modell um die Dimensionen des systemischen und ökologischen Ansatzes erweitert. In biopsychosozialer integrativ-systemischer Perspektive wird der Mensch als ein „sich selbst steuerndes System gesehen, das in der Interaktion mit den umliegenden Systemen seine Identität gewinnt“ (vgl. *Petzold* 2006v, S. 4).

Integrative Humantherapie:

Durch die anthropologische Grundformel und die daraus abgeleiteten anthropologischen Grundpositionen wird ersichtlich, dass Therapie nie nur Psychotherapie bedeuten kann. Mit ausschliesslicher Psychotherapie würde der Mensch auf seine Psyche reduziert, ohne alle anderen Wesensbereiche, die den Menschen ausmachen und woraus er Identität und Lebensgrundlage schöpft, mitzubedenken. Bewusst nennt der Integrative Ansatz daher die therapeutischen Konzepte und Beziehungsgestaltungen als „integrative Humantherapie“; die Behandlung der Psyche umfasst mehr als „Psychotherapie“. Eine solcher Begriff produziert Dualismen (Körper-Psyche), die den therapeutischen Dimensionen und Effekten nicht gerecht werden (vgl. *Petzold*, 2002j, S. 1062).

Die vier Wege der Heilung und Förderung und die 14 Heilfaktoren:

Humantherapeutische Effekte werden erzielt über die „vier Wege der Heilung und Förderung“, welche Strategien der Behandlung/Begleitung/Förderung in einem oder mehreren Bereichen der weiter oben erläuterten fünf Grundorientierungen darstellen und entsprechende Ziele beinhalten:

- 1) Einsichtzentrierung -> Ziel: Sinnfindung
- 2) Nachsozialisation -> Ziel: Grundvertrauen
- 3) Erlebnisaktivierung -> Ziel: Persönlichkeitsentfaltung
- 4) Solidaritätserfahrung -> Ziel: Exzentrische Überschau und Engagement

„In diesen „Wegen“ sind – betrachtet man sie in der Feinstruktur – zahlreiche therapeutische Wirkfaktoren in Gruppierungen zusammengefasst, die ... spezifisch zur Anwendung gebracht werden können“ (*Petzold*, 1993p, S. 1036). Gezielt eingesetzt, können die 14 Heilfaktoren therapeutische Wirksamkeit erreichen (*ibid*, S. 1037). Die 14 Heilfaktoren sind folgende:

- 1) Einführendes Verstehen, Empathie (EV)
- 2) Emotionale Annahme und Stütze (ES)
- 3) Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH)
- 4) Förderung emotionalen Ausdrucks, volitiver Entscheidungskraft (EA)
- 5) Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
- 6) Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit (KK)
- 7) Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB)
- 8) Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
- 9) Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
- 10) Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten (PZ)
- 11) Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs (PW)
- 12) Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, Souveränität (PI)
- 13) Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)
- 14) Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft (SE)

Die 6 Modalitäten der multimodalen Therapie:

Bei den Strategien zur Behandlung, Förderung und Hilfeleistung bzw. bei der Indikationsstellung, welche der 14 Heilfaktoren Priorität haben, können folgende Modalitäten zur Umsetzung/Hilfestellung eingesetzt werden. Dabei können/müssen durchaus mehrere Modalitäten gleichzeitig angewendet werden, wenn Modalitäten nicht greifen, wenn Defizite, Einseitigkeiten oder aber fehlende Ressourcen parallel angegangen werden müssen. Aus diesem Grund bezeichnet sich die Integrative Therapie auch als multimodale Therapie (vgl. *Petzold*, 1991k).

Die Integrative Therapie zählt zur Zeit 6 verschiedene Modalitäten. Es sind dies:

1. Übungszentriert-funktionale Modalität: In diesem Arbeitsstil wird das gesunde Funktionieren des Organismus gefördert, z.B. durch systematische Übung, Training, Sport, aber auch durch die Übung von Bewusstheit über körperliche, seelische und geistige Abläufe, sowie Verhaltenstrainings im Sinne der Verhaltenstherapie - selbstverständlich in ihrer Wirksamkeit je wissenschaftlich evaluiert bzw. nach ‚best practice‘, wo noch keine Forschung dazu besteht oder wo Forschungsergebnisse uneindeutig sind.

2. Erlebniszentriert-stimulierende (agogische) Modalität: Hier werden vor allem leibbetonte Methoden eingesetzt, wie kreative Medien, Tanz, Spiel oder Erlebnispädagogik um gewohnte Muster der Kommunikation und Interaktion zu erweitern. Die Sensorik soll dadurch angeregt, die Wahrnehmung erweitert werden; Medien und Methoden sollen stimulieren was brach liegt oder was noch nicht vorhanden ist. Hier können alternative Erfahrungen im Verbund mit anderen erprobt werden.

3. Konflikt-zentrierte und störungsspezifische Modalität: Belastungen und Konflikte werden, ist der Patient dazu bereit, geklärt und verarbeitet – und wo notwendig Unbewusstes aufgedeckt und neu im Lebenszusammenhang integriert. Krankheitsbilder und Störungen werden mit störungsspezifischen Methoden indikationsgeleitet und prozessorientiert behandelt. In dieser Modalität kann zielgerichtet bzw. fokalthérapeutisch gearbeitet werden.

4. Supportive, beratend-soziotherapeutische Modalität: „In dieser Arbeitsform werden psychosoziale Problemlagen durchleuchtet und in ihrem Belastungspotenzial eingeschätzt, um dann Massnahmen der Hilfe und Unterstützung zu planen und einzuleiten und durch Methoden integrativer Beratung und Soziotherapie, z. B. gezieltes „case management“, zu unterstützen“ (Petzold, 2005, S. 53).

5. Netzwerk- und lebenslageorientierte Modalität: Im Gegensatz zur supportiven Modalität (s.o.), geht es in dieser Modalität darum, Ressourcen und Potenziale in der Lebenslage und im sozialen Netzwerk des Patienten aufzufinden und zu nutzen sowie weitere Quellen psychosozialer Hilfen und Beziehungen zu erschliessen.

6. Medikamentengestützte Modalität: Bestimmten Störungen und Krankheitsbilder bedürfen der Medikation, um einen Genesungsprozess überhaupt wieder in Gang bringen zu können. Diese Modalität bedarf, hält man den ganzen Menschen im Blick, einer Kombinationsbehandlung mit den anderen Modalitäten.

(Zu den Modalitäten siehe *Petzold*, 2005, S. 53).

Während der Arbeit in einer der Modalitäten kann sich die Therapeutin auch immer wieder am „tetradischen Prozessmodell“ (Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase, siehe Kapitel 2.1) orientieren. An welchem Punkt des Prozesses steht der Patient, die Therapeutin, beide? Wo stockt der Prozess? Bedarf es der Intervention, der Aufklärung oder der Bearbeitung auf kognitiv-rationaler Ebene, auf der Willens- bzw. Umsetzungsebene? Fehlt es an emotionalen Zugängen zum Problem?

Wie aus den bisherigen Erläuterungen erfahren werden konnte, versteht sich die Integrative Therapie als eine Entwicklungstherapie in der Lebensspanne, sie ist „Wegbegleitung“ wo immer der Mensch, welcher in Behandlung kommt gerade steht. Bei dieser „Wegbegleitung“ gilt es immer, den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen im Blick zu haben, sowie dessen begleitenden und inhärenten Kontext- und Zeitvariablen im Mikro-, Meso- und Makrobereich. Die Behandlung, Förderung, Unterstützung erfolgt also mit Interventionsfoki auf den Dimensionen von Psyche, Sozialem, Leib, Ökologie, aber auch von Kultur und Politik. Dabei bedient sich die Integrative Therapie wissenschaftlich evaluierter Methoden, Strategien, Interventionen welche Wahrnehmung, Selbstvertrauen, Persönlichkeitsentfaltung, Gesundheit, Expressivität, Kommunikation, Kreativität, aber auch soziale Netzwerke und Lebenslagengestaltung fördern, welche aber auch, wo notwendig, Konflikte und Probleme bewusst machen und diese dadurch durcharbeiten und neu integrieren lassen.

2.3 Die Rolle/Identität/Aufgabe der integrativen Therapeutin

Der Titel dieses Kapitels ist dem Anspruch des Integrativen Ansatzes nach etwas problematisch: Er fragt nach „Rolle, Identität, Aufgabe“, so wie wenn dies abgekoppelte Funktionen einer Therapeutin wären. Tatsächlich geht der Integrative

Ansatz von einem Primat des Mitmenschseins aus (vgl. *Petzold*, 1980g, S.271). Der Titel fokussiert einseitig auf therapeutisch Tätige, obwohl die Integrative Therapie das Ko-respondenzmodell, das Miteinander, den Dialog bzw. in Mehrpersonensettings den Polylog als wesentlich für jeden Entwicklungsschritt erachtet. Die Rolle einer therapeutisch tätigen Person impliziert auch immer die Rolle eines Patienten bzw. eines Hilfesuchenden und umgekehrt; Die Frage nach der Rolle/Identität/Aufgabe einer Therapeutin evoziert aber immer auch Fragen nach dem Setting und den Umständen, welche zur Therapie geführt haben. Dennoch wage ich in diesem Kapitel den einseitigen Blick auf die TherapeutInnen, da es mir in dieser Arbeit um die berufliche Identitätsfindung und Positionierung von PsychologInnen/Integrativen TherapeutInnen im Klinikalltag geht.

Legitimität der TherapeutIn:

Eine „Rolle“ oder eine „Aufgabe“ einer Integrativen TherapeutIn legitimiert sich ausschliesslich aus der Funktion der Katalysierung von Entwicklungsschritten: „Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur Intervention, nicht nur mit seinen Worten und Gesten. ... Die Funktion des Katalysators übernimmt der Therapeut durch seine Art dazusein. An ihm klären sich die Gedanken und Gefühle des Patienten“ (*Petzold*, 1980g, S.278).

Begleitung auf einem Stück Lebensweg:

In der von *Hilarion G. Petzold* formulierten Grundregel (*Petzold*, 2000a, S.1050) wird das gesamt des therapeutischen Settings präzisiert. Daraus emergieren das Menschenbild, Verhaltenskodizes und Voraussetzungen für gelingende Therapie ohne auf die konkreten Verfahren, Methoden oder Interventionen einzugehen. Es wird rasch ersichtlich, dass es auch in der Therapie um ein Miteinander geht, dass Entwicklung nur in der Ko-respondenz möglich ist. Gerade die geforderte Ko-respondenz, die Begegnung zwischen Ich und Du im Wir, die therapeutische Voraussetzung des Dialogs, aber auch des Polylogs (bspw. real anwesende oder mitgedachte Familienangehörige des Patienten), soll TherapeutInnen bewusst machen, dass es bei der Therapie um Begegnung/Beziehung und um ein gemeinsames Stück Lebensweg (Konvivialität, Relationalität, vgl. *Petzold*, 2008g, *Orth*, 2002) geht.

Therapie in einem gastlichen Raum mit doppelter Expertenschaft:

Der Therapeut soll dem Patienten, gemäss Grundregel (Petzold, 2000a, S. 1050) einen gastlichen Raum bieten, ein Raum, in dem sich Patienten niederlassen können und wollen, wo es um gemeinsame Expertenschaft bzw. „doppelte Expertenschaft“, um eine Partnerschaftlichkeit in der Aufgabe der Therapie geht, welche in einem „geregelten Miteinander“ (Setting, Erreichbarkeit, Respekt) vorangebracht wird. TherapeutInnen sollen sich in grösserer Exzentrizität/Sinnerfassungskapazität des im Fokus stehenden Problemes befinden als die PatientInnen, sowie emotional weniger involviert zu sein um den Überblick über den therapeutischen Prozess behalten können (vgl. Petzold, 1993p, S. 990).

Intersubjektivität:

Der Beziehungsmodus ist ein Seins-Modus, das Gegenüber ist als Mensch einzigartig, die Beziehung gestaltet sich intersubjektiv-existenziell (G. Marcel), d.h. nicht objektivierend. Es soll dabei ein Klima des Respekts vor der „Andersheit des anderen“ (E. Levinas) sowie der Anerkennung der jeweiligen Souveränität vorherrschen. Therapie darf nicht verstanden werden als Beziehungsmodus des Machens, wo es um aufgabenorientierte Funktionsabläufe geht und schon gar nicht als einen Haben-Beziehungsmodus, in welcher man sich des anderen ermächtigt und worin das Gegenüber austauschbar ist (vgl. Petzold, 1991e, S. 119 und Petzold, 2000a, S. 1050).

Bewahrung der Würde:

Die Würde und die Rechte des Patienten müssen immer gewährleistet sein, die Therapeutin zeigt die Bereitschaft, ihre Arbeit supervidieren zu lassen, die Patienten geben ihre informierte Übereinstimmung zur Behandlung (vgl. Petzold, 2000a, S. 1050).

Engagement für Gesundheit, Problemlösung und Persönlichkeitsentwicklung:

Therapeuten „... bringen die engagierte Bereitschaft mit, sich ... mit dem Patienten als *Person*, mit seiner *Lebenslage* und *Netzwerksituation* partnerschaftlich auseinanderzusetzen, mit seinem *Leiden*, seinen *Störungen*, *Belastungen*, aber auch mit seinen *Ressourcen*, *Kompetenzen* und *Entwicklungsaufgaben*, um mit *ihm* *gemeinsam* an Gesundheit, Problemlösung und Persönlichkeitsentwicklung zu

arbeiten, wobei er ihm nach Kräften mit professioneller – soweit möglich forschungsgesicherter – ‚best practice‘ Hilfe, Unterstützung und Förderung gibt“ (Petzold, 2000a, S. 1050). Wo immer möglich sollen die Patienten mit der geringsten Hilfe die Dinge, welche ihnen hilfreich sind, selber tun (Facilitating, vgl. Petzold 1980g, S.279).

Unterstützung in Sinngenerierung:

So wie sich das Verfahren selbst als ein Verfahren in Entwicklung begreift, so soll es den Hilfesuchenden dazu anstossen, „sich selbst zum Projekt zu machen, sein Leben zu gestalten, gemeinsam, füreinander“ (Petzold, 2005, S. 12) und für sich und gemeinsam mit anderen Sinn zu generieren (vgl. Petzold, 2006v, S. 9).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Rolle der Therapeutin in der Katalysierung für Gesundungsprozesse, Problemlösungsstrategien und Persönlichkeitsentwicklungen im weitesten Sinne zu finden ist. Diese Aufgaben sollen durch eine respektvolle Haltung dem Hilfesuchenden gegenüber und in einem gemeinschaftlichen Miteinander gelingen. Die Identität als Therapeutin, im Vergleich zu Nachbarschaftshilfe, ergibt sich in einem professionellen Rahmen, durch die Aufrechterhaltung und Einforderung des „geregelten Miteinanders“, falls dies der Patient nicht kann und durch die höhere Exzentrizität und verminderte Involvierung in das Problemgeschehen.

3 Integrative Therapie – praktisch

Nach Kapitel 2, welches den Charakteristik, Anspruch und Gegenstand des Integrativen Ansatzes beleuchtet hat, soll in diesem Kapitel versucht werden, aus dem Blickwinkel der Alltags Probleme, Sorgen, Defizite aber auch Ressourcen der PatientInnen auszumachen (Kapitel 3.1), therapeutische Handlungsmöglichkeiten auf einer Akutstation aufzuspüren (Kapitel 3.2) und Interventionsebenen für Therapie „zwischen Tür und Angel“ anzubieten (Kapitel 3.3).

3.1 Problemidentifikationen unabhängig von der ICD-10-Diagnostik

Auch wenn PatientInnen bei uns mit einer offiziellen ICD-10-Diagnostik eingewiesen werden oder wir als Arbeitshypothese bei Eintritt eine solche Diagnose stellen, so stehen unabhängig von der jeweiligen Diagnose Probleme im Vordergrund, deretwegen die PatientInnen zu uns geschickt wurden oder zu uns gekommen sind. *Petzold* (1991k, S.460ff) hat 3 Pathogenesemodelle erarbeitet, welche die Identifizierung von Problemen auf einer differenzierten, feinschichtigen Ebene erlauben.

Pathogenesemodell I:

Das erste Pathogenesemodell fokussiert auf Entwicklungsnoxen durch pathogene Stimulierungen, welche den salutogenen und protektiven Stimulierungen entgegenstehen. Die Schädigungen entstehen im Entwicklungsverlauf und führen bei

- schädlicher Überstimulierung zu Traumata (bspw. Schläge mit körperlichen und psychischen Verletzungen als Folge)
- fehlender oder einseitiger Stimulierung zu Defiziten (bspw. Vernachlässigung mit Folgen von sozialen Defiziten)
- inkonstanter oder uneindeutiger Stimulierung zu Störungen (bspw. Double binds mit Folgen einer instabilen Syntheseleistung des Ichs)
- gegenläufiger, widerstreitender Stimulierung zu Konflikten und inneren Spannungszuständen (bspw. Mutter streng, Vater nachgiebig mit Folgen in widerstreitenden Wertbezügen) (vgl. *Petzold*, 1991k, S. 460ff).

Pathogenesemodell II:

Das zweite Pathogenesemodell nimmt „zeitextendierte und multifaktorielle Be- und Überlastungen in der Lebenskarriere“ in den Blick. Es berücksichtigt die historischen und aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die kollektive Geschichte/Herkunft und den Zukunftshorizont der Gesellschaft, in welche das Individuum mit seinen Entwicklungsnoxen, Problemen, Ressourcen und Potenzialen (PRP) (vgl. *Petzold*, 2008g) eingebunden ist. Auf dem Boden dieser eben beschriebenen Makro-/Mesoebenen des gesellschaftlichen Einflusses auf das Individuum kommen auf der Mikroebene „aus dem Lebenszusammenhang, aus

Familie und Beruf ... in qualitativer und quantitativer Hinsicht *Anforderungen*, denen es zu genügen gilt“ (Petzold, 1991k, s. 472). Kann das Individuum diesen Anforderungen nicht genügen, fehlen Support und Ressourcen, so kommt es bewusst und unbewusst zu Überforderung(sgefühlen) und zu Spannungszuständen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene, welche sich chronifizieren können (vgl. Petzold, 1991k, S.472).

Pathogenesemodell III:

Das dritte Pathogenesemodell legt den Fokus auf die Repression emotionaler und expressiver Impulse, wodurch es zu einer Verhinderung emotionalen und motorischen Ausdrucks mit Krankheitswert kommen kann (vgl. Petzold, 1991k, S. 469). Daraus können Krankheiten wie Depressionen, psychosomatische Reaktionen aber auch die in einer Psychiatrischen Klinik oft vorgefundene Affektflachheit – oder –inkongruenz zu aktuellem Geschehen entstehen.

Unbefriedigte Beziehungsmotive und existenzielle Themen:

Neben Pathogenesemodellen, Diagnosestellungen bedarf es auch immer wieder der behutsamen Identifikation von Bedürfnissen, welche sich maskiert durch die jeweilige psychische Erkrankung verstärkt äussern. So sind zentrale aber oft unbefriedigte Beziehungsmotive: Anerkennung, Wertschätzung, Wichtigkeit, Verlässlichkeit, Solidarität, Autonomie/Freiheit (vgl. Sachse, 2009, S. 29). Als existentielle Themen in der Psychotherapie erwähnt Yalom (2002, S. 9) zusätzlich die Themen Tod bzw. Endlichkeit, Einsamkeit und die Frage nach dem Sinn des Lebens, welche, unbearbeitet und unkommuniziert zu erheblichem Leiden führen können und mit welchen man als Fachperson in der Psychiatrie immer wieder konfrontiert wird.

Ressourcen und Potenziale:

Nicht zu vergessen ist, aus dieser problemorientierten und pathogenetischen Sicht und bei dem oft erheblichen Leiden der PatientInnen, einen Blickwechsel auf die vorhandenen Ressourcen und Potenziale, auf Förderung und Erhaltung der Gesundheit vorzunehmen und diese zusammen mit den PatientInnen zu identifizieren. Auch dies gilt es in therapeutischen Interventionen immer wieder zu beachten und parallel zur Problembearbeitung mitzugestalten. Die Integrative

Therapie ist nicht nur klinisches Heilverfahren sondern auch Methode der Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung (Petzold, 2008g, S. 4).

3.2 Ermittlung therapeutischer Handlungsmomente auf einer Akutstation

Nach den Ausführungen zum konkreten Setting meines Arbeitsortes, nach den Auszügen aus dem theoretischen Fundus und zum Anspruch der Integrativen Therapie, nach Erarbeitung einer Rolle/Aufgabe/Identität der TherapeutInnen soll an dieser Stelle wieder an die Fragestellung dieser Arbeit angeknüpft werden, nämlich: Möglichkeiten und Nischen finden, in denen man als Assistenzpsychologin mit integrativ therapeutischem Hintergrund als Katalysatorin (vgl. Kapitel 2.3) wirken und den PatientInnen nutzbar machen kann. Momente der Therapie können beispielsweise sein:

Kurze vereinbarte Gespräche:

Das Arbeitsvolumen für AssistenzpsychologInnen ist gleichermassen hoch wie für AssistenzärztInnen: Mehrere geplante aber auch ungeplante Ein- und Austritte pro Woche und damit einhergehende administrative Aufgaben, Teamsitzungen, interne Weiterbildung, aber auch die Einbindung der PatientInnen in Milieu- und paramedizinische Angebote (Bewegungs- und Ergotherapie, Arbeitstherapie) erlauben oft nur kurze geplante therapeutische Sequenzen/Sitzungen. Zudem gibt es auch Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen (bspw. Schizophrenien), für welche bereits 10minütige Gespräche sehr anstrengend sind. Diese 10-15 Minuten dauernden Gespräche sind zu nutzen!

Abklärungsgespräche:

Selbstverständlich können alle festgelegten Termine wie Abklärungsgespräche (Aufnahmegespräch, Anamneseerhebung, Organisation der Nachbetreuung, Familiengespräche) mit den PatientInnen bereits therapeutisch genutzt werden.

Weitere therapeutisch verwertbare Handlungsmomente:

- Jede zufällige, gewollte und ungewollte Begegnung mit dem Patienten auf der Station, im Flur, in der Cafeteria, auf dem Weg ins Büro, auf dem Klinikgelände, im nahe gelegenen „Tante Emma“-Laden.

- Spontan vereinbarte Termine („Treffen wir uns in 15 Minuten?“) oder spontane Termine („Sie haben ein Anliegen? Dann setzen wir uns doch gleich zusammen“).
- Visiten mit den OberärztInnen / Visiten im Isolationszimmer
- Anwesenheiten bei Gesprächen von anderen Professionals mit den PatientInnen
- Bei Teilnahme und bei Leitung von Stationsforen
- Gelegentliche Teilnahmen an milieuthérapeutischen Angeboten

Wie in diesen genannten Settings integrativ therapeutisch gearbeitet werden kann, wird im Kapitel 3.3 näher erläutert.

Indirekt therapeutische Arbeit:

Es gibt aber auch Orte, wo wir indirekt integrativ therapeutisch handeln können, dies in den interdisziplinären Sitzungen, bei welchen die PatientInnen nicht anwesend sind: Interdisziplinarität wird verstanden als Arbeit, bei welcher Personen verschiedener Disziplinen ihr Wissen und Können in Bezug auf die Behandlung des Patienten koordinieren (round table modell)“ (vgl. *Petzold* 2002a, S. 36), bereichern und anregen [Anmerkung PS].

- Teambesprechungen als Orte, wo therapeutisch-pädagogische Wertemodelle aber auch Menschenbilder erarbeitet werden können
- Patientenbesprechungen, welche als Orte der interdisziplinären Intervention genutzt und wo neue Erkenntnisse über die PatientInnen und über sich selbst gewonnen und neue Haltungen und Ziele formuliert werden können. Denn: „Das Geschehen zwischen Therapeut und Patient gründet nicht nur in einem Menschenbild, sondern ist Ausdruck des Menschenbildes Die Reflexion der eigenen anthropologischen Position stellt sich damit als eine Aufgabe, die zur Explikation dessen was therapeutische Beziehung eigentlich meint und bewirkt, Wesentliches beitragen kann“ (*Petzold*, 1980f, Vorwort S. 8)
- Überdenken und Vertretung der eigenen gesundheitspolitischen Haltung im Team/in, in der nahen sozialen Umwelt, aus welcher auch die PatientInnen kommen

3.3 Integrativ therapeutische Interventionen „zwischen Tür und Angel“

In diesem Kapitel geht es weniger darum, störungsspezifische Interventionen oder Möglichkeiten/Tricks aufzuzeigen, um mit „minimalem Aufwand maximale Wirkung“ (vgl. *Prior*, 2009, S. 12) in den Therapiesequenzen zu erzielen, noch sollen hier Kurzzeittherapien oder Interventionen für schwierige Situationen (vgl. *Isebaert*, 2009), wie sie auf einer Akutstation durchaus sinnvoll und hilfreich sein können, vorgestellt werden. Es geht hier vor allem um integrativ therapeutische Haltungen, welche bereits durch deren Einnahme therapeutische Qualität unter zeitökonomischer Perspektive erreichen und somit die Eigenschaft von Interventionen haben.

Bei Interventionen „zwischen Tür und Angel“ geht es um Interventionen, die rasch umgesetzt werden können, deren Ziele aber neben kurzfristiger Linderung auch eine mittelfristige Anregung für Veränderung oder eine langfristig zu bewältigende Aufgabe sein können.

Seinsmodus in der Begegnung, „selektive Offenheit“ und „partielles Engagement“:

Sowohl bei vereinbarten Terminen wie auch bei spontanen Begegnungen sollte der Seinsmodus als gegenseitiger Respekt und Bereitschaft zu intersubjektiver, nicht objektivierender Ermächtigung (vgl. *Petzold*, 1991e, S. 134) vorhanden sein. Beziehungsaufbau darf nicht als „Technik“ missbraucht werden. Zudem sind folgende Parameter notwendig wie auch in kurzen Begegnungen durchaus möglich, um therapeutische Prozesse zu ermöglichen: Es sind dies die „selektive Offenheit“ und das „partielle Engagement“ (vgl. *Petzold*, 1980g). In der selektiven Offenheit teilt man den PatientInnen soviel von der eigenen Wahrnehmung mit, dass ihnen ein nächster selbständiger Schritt ermöglicht wird. Teilen TherapeutInnen zu viel von der eigenen Wahrnehmung mit, was der Patient oder die Patientin noch nicht aufnehmen oder verarbeiten kann, so kann dies negative therapeutische Reaktionen auslösen wie Angst, Flucht, Widerstand (vgl. *Petzold*, 1980g, S. 255). Mit dem „partiellen Engagement“, einer Haltung des sich Einlassens, ohne sich zu verlieren, erfahren PatientInnen „am Modell“ das Zulassen von Gefühlen, Betroffenheit für das Erzählte oder „angemessene Reaktionen“ auf das geschilderte Problem/die aktuelle Situation. Dies ermöglicht PatientInnen Entwicklungsschritte (bspw. Emotionsregulation). Wichtig ist in therapeutischen Sequenzen, dass TherapeutInnen sich emotional stets

selbst regulieren und zum therapeutischen Geschehen, zum Erzählten und zum Patienten soviel Distanz halten, dass sie den Überblick behalten und den gerade geschehenen Prozess lenken können (vgl. *Petzold*, 1980g, S. 257).

„Selektive Offenheit“ und „partielles Engagement“ als professionelle Haltung vollziehen sich in Begegnungen durch ein durchlässiges Miteinander auf vier Ebenen: 1. Das Einlassen auf sich selbst (sich selbst zentrieren) 2. Das Einlassen auf den Patienten (Intersubjektivität) 3. Das Einlassen auf die Inhalte, die in der therapeutischen Sitzung zur Sprache kommen (Involvierung bei gleichzeitiger Beibehaltung einer Metaebene - Exzentrizität) 4. Das Einlassen auf den aktuellen Kontext der Therapiesituation (Involvierung und Exzentrizität) (vgl. *Petzold*, 1980g, S. 256f). Die Beachtung dieser Punkte ist deshalb besonders wichtig, weil gerade in spontanen Begegnungen das Moment des „geregelten Miteinanders“ (siehe Kapitel 2.3) verloren gehen kann und es zu Rollenverwischungen und retraumatisierenden Konfluenzzuständen kommen kann.

Voraussetzungen auf Patientenseite:

Voraussetzung für Therapie und Interventionen ist gemäss der „Grundregel der Integrativen Therapie“ (vgl. *Petzold*, 2000a) neben der Haltung der TherapeutInnen auch, dass PatientInnen die Bereitschaft mitbringen, sich ihren Möglichkeiten entsprechend selbst in die Therapie einzubringen und die Integrität der TherapeutInnen als Gegenüber und als belastungsfähige Professionals nicht zu verletzen.

Indikationsstellung, „prozessuale Diagnostik“ bzw. „Theragnostik“:

Die Indikationsstellung für eine Haltung (s.u.)/eine Intervention erfolgt situationsgebunden auf dem Hintergrund der psychiatrischen Diagnose, aber auch unter Berücksichtigung dessen, wo den Patienten ausserhalb dieser offiziellen kategorialen Diagnose der Schuh drückt. *Petzold* (1993p, S. 992) nennt diesen Vorgang „prozessuale Diagnostik“ bzw. „Theragnostik“ und versteht darunter, dass Therapie und Problemdiagnose im therapeutischen Prozess immer wieder überdacht und angepasst werden müssen: Welche Interventionen sind erwünscht und unter den gegebenen Umständen sinnvoll und durchführbar? Welche der in Kapitel 2.2 dargelegten Modalitäten sind in der aktuellen Therapiesequenz angebracht?

Welchen Weg der Heilung und Förderung schlage ich gerade ein? Welcher der 14 Heilfaktoren sind indiziert?

Haltung als Intervention:

Mit der nachfolgenden, freilich unvollständigen Auflistung von Haltungen und deren Explikation mit Beispielen wird hier nicht indikationsspezifisch auf Probleme/Symptome eingegangen. Die nachfolgenden Haltungen beinhalten vielmehr inhärent Heilfaktoren, machen Teile der „vier Wege der Heilung und Förderung“ aus, entsprechen einer oder mehrerer der fünf anthropologischen Grundorientierungen bzw. bedienen sich als Intervention einer oder mehrerer der 6 Modalitäten der Integrativen Therapie (vgl. Kapitel 2.2).

Verlässlichkeit:

- Die eigene Erreichbarkeit innerhalb des Hauses/der Woche den PatientInnen mitteilen
- Erreichbarkeit anbieten: „Wenn Sie fragen haben können Sie mich anrufen, anrufen lassen, ein Gespräch verlangen – die Erfahrung zeigt, dass die wenigsten PatientInnen dieses Kontaktangebot „ausnutzen“ und über die Grenzen des „geregelten Miteinanders“ (vgl. Kapitel 2.3) gehe
- Abwesenheiten und Stellvertretungen bekanntgeben
- Nächster Treffzeitpunkt bekanntgeben, wenn keine fixen Termine vereinbart werden können: „Wir sehen uns übermorgen wieder, wir sehen uns nächste Woche wieder“
- Das Bedürfnis nach einem Gespräch aufnehmen: „Ich habe gehört, sie wollen mit mir ein Gespräch, ich werde noch im Verlauf des Tages zu ihnen kommen“
- Parteinahme für PatientInnen z.B. an einem Stationsforum, in Gesprächen mit einer Oberärztin

Die strukturell bedingte Machtposition der Fachpersonen relativieren:

- Transparenz über die eigene Berufsausübung/-ausbildung, über Entscheidungen und Interventionsvorschläge: Therapie ist keine Geheimwissenschaft sondern eine erlernbare Kunst. Therapeutisches Wissen ist zugänglich

- Richtigstellung der Mythen der Psychotherapie (vgl. *Petzold*, 1999a), aber auch über die Mechanismen der Psychiatrie (Definitionsmacht, strukturelle Macht) und Medikation: Was können Psychotherapie, Psychiatrie, Medikation, was können sie nicht?
- Vermitteln, dass es keine letzten Wahrheiten gibt, keine ewig gültigen Prognosen, auch wenn eine Fachperson eine solche Aussage macht.
- „Unumgängliche Zwangsbehandlungen“ klar als solche deklarieren; Zugeben, dass wir zur Zeit in diesem institutionellen Rahmen auch keine bessere Lösung oder Möglichkeit haben und uns der Ermächtigung bewusst sind
- Eigene Verletzlichkeit, Angst bei Aggression und Grenzen der Beanspruchung deklarieren

Prinzip der Normalisierung, Empowerment, Vermeidung von Stigmatisierung:

- Vertretung grösst möglicher Entscheidungskompetenzen in Bezug auf Angelegenheiten innerhalb und ausserhalb der Klinik
- In den Gesprächen weg von der Fokussierung auf den Patienten: Öffnung des Fokus auf das bestehende familiäre Netzwerk und dieses zu Gesprächen einladen: Niemand ist alleine für sich krank, man ist nur immer in einem Umfeld krank, das einen als krank definiert
- Verallgemeinerungen anbieten in Eintrittsgesprächen, in therapeutischen Gesprächen: „Diese Fragen stelle ich allen“/“Das sage ich allen“
- Aufklärung/Philosophieren über Begriffe wie Krankheit, Norm, Kontinuität
- Krankheit als Teil des „ganz normalen Lebens“ anschauen: Motivieren, „sich selbst zum Projekt zu machen, neugierig auf sich selbst zu sein“ (vgl. *Petzold* 2005, S. 12) – das als negativ erlebte Los in ein positives Projekt umwandeln und so auch neugierig machen und vorbereiten auf eine gesundheitsfördernde Psychotherapie
- Milieuthérapie anbieten und unterstützen, wo immer es möglich ist und somit Anteil der Partizipation steigern. Fachpersonen ausserhalb des Pflorgeteams sollen durchaus an und wann an milieuthérapeutischen Angeboten teilnehmen
- Souveränität über das eigene Leben zurückgeben durch Psychoedukation und Medikamentenaufklärung

- Förderung der Selbstwirksamkeit durch Übergabe von Entscheidungen an die PatientInnen wo immer dies möglich ist (bspw. Medikamenteneinnahme, Austrittsdatum)
- Ermutigung, auf das eigene Gefühl zu hören und zu vertrauen
- Kritikfähigkeit unterstellen bzw. Stärke unterstellen

Modell stehen:

- In Gesprächen mit mehreren Fachpersonen und dem Patienten oder bei Gruppentherapien kann die Beobachtung der Gleichstellung von unterschiedlichen Disziplinen bzw. die respektvolle Rollenaufteilung innerhalb der Gespräche als Vorbild für die PatientInnen dienen, aber auch Vorbildfunktion für Umgang mit Mitmenschen haben
- Die Fachperson als „vorlebendes Modell“ zum Umgang mit zu lösenden Problemen, Zeitknappheit, Organisation

Emotionale Stütze:

- Ermutigung für die Zukunft
- Vermittlung von Hoffnung
- Komplimente machen: PatientInnen habe in ihrem Leben oft zu wenige oder maligne Rückmeldungen bekommen
- „Patient blaming“ verhindern: „Sie sind nicht an allem Schuld“; „Wer sagt denn, dass sie Schuld sind?“
- Anteilnahme am Leid/den Sorgen
- Lösungsorientiertes Denken vermitteln

Förderung:

- Unterstützung aller Initiativen des Patienten und aller therapeutischen Angebote, welche den Wahrnehmens-, Kompetenz- und Performanzradius des Patienten erweitern oder erhalten
- Das „Beste“ aus der Hospitalisation zu machen versuchen: „Wenn sie schon mal hier sind und nicht weg können, so können Sie doch mal versuchen, etwas zu machen, was sie bisher noch nicht gemacht haben ...“

Anerkennung/Wertschätzung:

- Sich Zeit nehmen, obwohl man „keine Zeit hat“/Priorität anders setzen
- Sich mit dem Patienten auch mal im Café zu einem Gespräch treffen; neben Anteilnahme für den Patienten auch einmal an einem freudigen Ereignis wie eine gute Nachricht – dabei selektive Offenheit aus therapeutischen Gründen beibehalten (siehe weiter oben dieses Kapitel) - teilhaben lassen
- Mit Neugierde an den Menschen mir gegenüber herangehen
- Angebot eines „gastlichen Raumes“, Angebot von Willkommenheit – gerade auch, weil sich viele PatientInnen für ihre Symptome und ihre Belastung für die Umwelt schämen

Das waren einige Beispiele für Haltungen, welche bereits hohes therapeutisches Potenzial in sich bergen. Beispielsweise kann durch Anerkennung/Wertschätzung der lädierte Selbstwert etwas beruhigt werden, durch Förderung Selbstwirksamkeit gestärkt werden, durch emotionale Stütze Vertrauen in Mitmenschen und langfristig Engagement für andere entwickelt werden. Die Liste der therapeutischen Effekte liesse sich an dieser Stelle beliebig verlängern. Oft ist es aber auch so, dass gerade diese Haltungen „unspezifischen“ Wirkfaktoren gleichkommen und dass Interventionen Entwicklungen bewirken, die wir nur indirekt steuern können. Werden Haltungen nicht als Technik angeboten sondern „gelebt“, so können sie angeboten und eingesetzt werden wo immer Begegnung stattfindet – auf Akutstation oft zwischen „Tür und Angel“. Haltungen der Korrespondenz, der Intersubjektivität, des Respekts kombiniert mit „Miniinterventionen“ – bspw. Denkanstösse, eine Übung mitgeben, eine „offene Gestalt“ (vgl. *Gemmler-Fuhr*, 2001) mit auf den Weg geben, bilden im Verbund mit den anderen Disziplinen ein breites und anregendes therapeutisches Milieu, in welchem die Modalitäten der Integrativen Therapie oder die vier Wege der Heilung und Förderung mit ihren 14 Heilfaktoren auch unter Zeitknappheit, bzw. auf einem kurzen Stück gemeinsamen Lebensweg, eingesetzt werden können.

Können PatientInnen durch solche Haltungen/Interventionen das therapeutisch Erfahrene verinnerlichen, oder mit Vygotskij gesprochen „interiorisieren“ und nach Austritt an sich wieder anwenden (beispielsweise Trost, Bestärkung) sowie auch an andere weitergeben, so wurde dadurch ein therapeutischer Weg geebnet, welcher

Zugehörigkeit zur Menschheit vermittelt und Entfremdung reduziert (vgl. *Petzold*, 2009f, S. 464f).

4 Fazit

Die Beantwortung der Aufgabenstellung aus der Einleitung – nämlich Möglichkeiten und Nischen zu finden, wo Integrative Therapie als Haltung und Möglichkeit der Behandlung genutzt werden kann und die im Vorwort aus persönlich-beruflicher Betroffenheit gestellte Frage, wo sich die psychologische Disziplin im stationär-psychiatrischen Rahmen positionieren kann, möchte ich an dieser Stelle beantworten.

Die Integrative Therapie ist ein breites und fundiertes Verfahren, welches als Heilverfahren mit Entstehung in den 60er Jahren ein gesundheitspolitisches Postulat entworfen hat. Dieses umfasst einerseits diverse Formen der konkreten, direkten Unterstützung/Hilfeleistung am Menschen, andererseits und im weitesten Sinne politisches Engagement zur Erhaltung der Lebensgrundlage und Gesundheit für Menschen. Der Integrative Ansatz ist ein Ansatz in stetiger Entwicklung und versucht, die multiplen Bedingungen menschlichen Daseins sowie die daraus abgeleiteten gesundheitsfördernde Massnahmen/problemlösenden Interventionen in einer Matrix zu ordnen („Tree of science“). Der Integrative Ansatz als Heilverfahren ist der klassischen Triade der „Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit“ verpflichtet. *Petzold* (2009c, S. 4) erhebt zudem für die Integrative Behandlung noch den Anspruch, das Kriterium der „Unbedenklichkeit“ der Methoden zu erfüllen.

Im Integrativen Ansatz wird anerkannt, dass die Welt nur in multidisziplinären Diskursen und polyzentrisch erschlossen und verstanden werden kann bzw., dass sie nie abschliessend verstanden werden kann, da dem Menschen die letzte Gewissheit im Sinne eines archimedischen Punktes nicht zugänglich ist. Der Integrative Ansatz bleibt deshalb immer in Entwicklung, weil immer neue Erkenntnis gewonnen wird. Unerlässlich ist ein kokreatives Miteinander zur Erklärung von Welt, Generierung von gemeinsamem Sinn und die Erarbeitung von Synopsen. Erst diese Synopsen, diese Metaperspektiven ermöglichen wieder die differenzierte

Betrachtung von Sachverhalten. Und nur durch einen differenzierten Blick kann dem Menschen, seinen Störungen, seinem Leiden gerecht begegnet werden, können Interventionen greifen, da der Mensch, eingebettet in einen Mikro-, Meso- und Makrokontext und in ein ebensolches Kontinuum multipel bedingt ist. Daher ist in der Behandlung Inter-, Multi und Transdisziplinarität gefragt (*Petzold, 2002a, S. 36*). Das Wissen anderer Disziplinen muss in eigene Behandlungswissen einfließen und transferiert werden. Nur so kann es zu therapeutischen Synergieeffekten kommen. Monomodale Therapien greifen zu kurz, isolierte Therapien ebenso.

Die Integrative Therapie versteht sich als Entwicklungstherapie, als Methode zur Begleitung auf einem Stück Lebensweg. Sie macht es sich zum Programm, störungs-, symptom- und leidspezifisch, aber auch ressourcenorientiert, dem Menschen durch unterschiedliche Zugänge (leiblich, kognitiv, sozial, ökologisch, psychologisch, medizinisch) Entwicklung zu ermöglichen. Integrative Therapie ist daher Humantherapie, sie behandelt, wie im Kapitel 2.2 aufgezeigt und eben kurz angedeutet nicht nur auf der Ebene der Psyche.

Die Integrative Therapie bietet, durch das Menschenbild eines schöpferisch aktiven und Sinn suchenden Menschen und dem Imperativ einer intersubjektiven, nicht objektivierenden Beziehungsgestaltung, aber auch durch das gesundheitspolitische Engagement, durch Friedensarbeit und durch Verpflichtung zu Humanität Wertrahmen an. Werden diese Wertrahmen in den Ausbildungslehrgängen am FPI/EAG durch intensive Selbsterfahrung als Haltungen adaptiert und nicht nur als Techniken gelernt, so bergen diese bereits in Interaktionen mit Mitmenschen und PatientInnen therapeutisches Potential; denn das im Verbund mit anderen Erfahrene wird „verleiblicht“ und mit Vygotskij gesprochen „interiorisiert“; d.h. es wird auf sich selbst und auf andere angewendet (vgl. *Petzold, 2009f, S. 465*). Durch erlebte Wertschätzung beispielsweise erfolgt das Erleben von Zugehörigkeit und es können Fremdheitserfahrungen und Selbstentfremdung überwunden werden. Erarbeitet man mit PatientInnen zudem noch Ziele oder unterstellt man welche, wenn die Erarbeitung derselben aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht möglich ist und behält die Grundregel der Integrativen Therapie (*Petzold, 2000a*) wie das „geregelt miteinander“ (Kapitel 2.3), die Prinzipien der „Zentrierung, Involvierung und Exzentrizität“ (Kapitel 3.3) und den tetradischen Prozessablauf (Kapitel 2.1) als

Orientierungslinie im Auge und arbeitet dann mit den verschiedenen Modalitäten an den Metazielen der „vier Wege der Heilung und Förderung“ , so kann man als Psychologin und Integrative Therapeutin bei jeder noch so kurzen Begegnung therapeutisch aktiv sein. Geht man mit diesem therapeutischen Bewusstsein und dieser Verantwortung zur Arbeit und vertritt diese Haltung, so kann man im Team und bei den PatientInnen das Verständnis und Wissen für Therapie und für therapeutische Effekte wecken und sie so auch langfristig sensibilisieren und gewinnen.

Nimmt man also die Aufgabe als Psychologin nicht nur in der Ausübung von Psychotherapie an, sondern als Menschsein im Mitsein und als gesundheitspolitisch aktives Mitglied der Gesellschaft, so erweitert sich das therapeutische Spektrum um mehrfache Aspekte hin zu einer Humantherapie.

Zusammenfassung: Integrative Therapie – Potentiale in der Akutpsychiatrie

Diese Arbeit geht der Frage nach, wie man sich als PsychologIn und ausgebildete Integrative TherapeutIn unter den strukturellen Bedingungen einer Akutstation im allgemeinpsychiatrischen Spitalbereich in einem multidisziplinären Team positionieren kann und wie in der Hektik des Klinikalltags Integrative Therapie realisierbar ist. Zur Beantwortung dieser Frage werden in einem ersten Schritt das Setting der Klinik, Positionen und grundlegende theoretische Interventionsleitlinien der Integrativen Therapie in den Fokus genommen; in einem zweiten Schritt werden Probleme von PatientInnen ausserhalb einer ICD-10-Diagnostik identifiziert und eine haltungsorientierte therapeutische Position basierend auf der theoretischen Grundlage der Integrativen Therapie skizziert, welche fähig ist, die Bedürfnisse der PatientInnen aufzunehmen.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Akutpsychiatrie, therapeutische Haltung, Berufsidentität, Humantherapie

Summary: Integrative therapy - potentials in acute psychiatry

This text raises the question, how one can position oneself as psychologist and trained Integrative therapist within the structural conditions of a acute psychiatric hospital and how Integrative therapy is realizable in the hecticness of the daily routine of such a hospital. For answering this question in a first step the setting of an acute psychiatric hospital, the positions and the fundamental theoretical intervention guidelines of the Integrative therapy will be taken in the focus; in a second step some problems of patients will be identified beyond the codes of the ICD-10 as well as attitude based positions of the Integrative approach will be outlined in order to point out how the Integrative approach and ist therapists are able to meet the needs of patients.

Keywords: Integrative therapy, acute psychiatry, therapeutic attitude, identity as a professional, humantherapy

Literaturverzeichnis

- Eisler-Stehrenberger, K.* (2001). Kreativer Prozess – Therapeutischer Prozess. In: *Petzold, H.G., Orth, I.*, 1990a. Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Gemmler-Fuhr, M.* (2001). Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: *R. Fuhr, M. Sreckovic, M. Gremmler-Fuhr* (Hrsg.). Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Isebaert, L.* (2009). Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch. 2. unveränderte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme.
- Luzerner Psychiatrie*, Homepage 20. März 2010, www.lups.ch.
- Orth, I.* (2002): Weibliche Identität und Leiblichkeit. Prozesse „konvivialer“ Veränderung und Entwicklung. Überlegungen für die Praxis. *Integrative Therapie* 3/4 (2002) 119-140/303-324.
- Petzold, H.G.* (1980f): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn.
- Petzold H.* (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: *H. Petzold* (Hrsg.)(1980f). Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann. Neuauflage 1996.
- Petzold, H.G.* (1988a): Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewusster und unbewusster Lebenswirklichkeit, Fritz Perls Institut, Düsseldorf; revid. Bd. II, 1(1991a) S. 153 – 332; (2003a) S. 181 - 298.
- Petzold, H.G.* (1991e): Das Ko-respondenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik, überarbeitet und erw. von (1978c); in (1991a) 19 - 90; (2003a) S. 93 - 140.
- Petzold, H.G.* (1991k): Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 457-647; (2003a) S. 383 - 514.
- Petzold, H.G.* (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, Bd. II, 2 (1992a) S. 789-870; (2003a) S. 607 – 663 und revid. in (1995g).
- Petzold, H.G.* (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040; (2003a) S. 701 – 1037.
- Petzold, H.G.* (1993j). Epilog, Bd. II, 3. (1993a) S. 1349- 1352 (2003a) S. 1051 - 1055.

- Petzold, H.G. (1993p). Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. in: Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050.*
- Petzold, H.G. (1996a): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (2000a): Eine „Grundregel“ für die Integrative Therapie als Verpflichtung zur Transparenz und Anstoß, „riskanter Therapie“, Fehlern und Ungerechtigkeiten in der Psychotherapie entgegenzuwirken. Vortrag an der EAG, Düsseldorf/Hückeswagen Mai 2000. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 12/2001; Updating 04/2005.*
- Petzold, H.G. (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung in der „Integrativen Therapie“ für ihre biopsychosoziale Praxis der Hilfe in „komplexen Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - 01/2002.*
- Petzold, H.G. (2002a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 11/2002; als „Einführung“ in: *Petzold 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-91.**
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* 07/2002 und in 2003a, 1051-1092.*
- Petzold, H.G. (2003a/2004). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methodenschulenübergreifender Psychotherapie. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.*
- Petzold, H.G. (2005r): Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. Krems, Zentrum für psychosoziale Medizin. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Mimeogr. Erw. (2006b). Updating 2009.*
- Petzold, H.G. (2006v): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. Die „repräsentationale Familie“ als Grundlage integrativer sozialpädagogischer und familientherapeutischer Praxis. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der**

Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 06/2006 Für
Integrative Therapie 4, 2009 unkorrigiert.

Petzold, H.G. (2008g): Einige Bemerkungen zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapeutenkollegInnen. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – Jg. 2008.

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin* 1 (Graz) 20-33.

Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit“ und „Weisheitstherapie“ als Praxis Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischem Engagement“. *Integrative Therapie* 4, 443 - 528.

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

Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Auflage 1996.

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02/2005 und in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765.

Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis, Ziele in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. *Integrative Therapie* 2, 203-230 und: *Psychologische Medizin* 1/2001, S. 34-46.

Prior, M. (2009). MiniMax-Interventionen. 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung. Heidelberg: Carl-Auer.

Sachse, R. (2009). Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag.

Yalom, I.D. (2002). Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht. München: Goldmann.