

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 04/2016

Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution¹

Andrea Scheiblich, Köln

Mit einem Nachwort zu

Theoriegeleiteter Arbeit und **P r o z e s s t r a n s p a r e n z** in der Integrativen
Therapie im Kontext „Sozialtherapie Sucht“²

Hilarion G. Petzold, Susanne Orth-Petzold, Hückeswagen
beraten von *Johanna Sieper*, Bad Neuenahr

¹ Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale 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>).

² Dieser Text Petzold/Orth-Petzold „Prozesstransparenz“ erscheint in einer erweiterten Version in *SUPERVISION* Jg. 2016 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/index.php>

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Arbeitskontext.....	5
2.1 Einrichtungsbeschreibung.....	5
2.2 Zielgruppe und Behandlungsangebot.....	5
2.3 Teamstruktur.....	5
2.4 Finanzierung und Behandlungsdauer.....	6
2.5 Kooperierende Behandlungsangebote/Vernetzung.....	6
2.6 Persönliche Aufgabenbereiche.....	6
3. Zuweisungskontext und Erwartungen des Patienten an die Behandlung.....	6
4. Anamnese.....	6
4.1 Familien- und Sozialanamnese.....	6
4.2 Berufliche Anamnese.....	8
4.3 Suchtanamnese.....	9
5. Diagnostik.....	9
5.1. Klassifikation nach ICD-10-GM und der ICF.....	9
Diagnostik nach der ICF.....	9
5.2 Prozessuale Diagnostik.....	14
5.2.1 Bedürfnisanalyse.....	15
5.2.2 Leibfunktionsanalyse.....	16
5.2.3 Problem- und Konfliktanalyse.....	17
5.2.4 Beziehungsanalyse.....	18
5.2.5 Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse.....	18
5.2.6 Ressourcenanalyse orientiert am Modell der 5 Säulen der Identität.....	19
5.2.7 Kontinuumsanalyse.....	23
5.2.8 Sinnanalyse.....	24
6. Ätiologische Überlegungen / Hypothesenbildung zur Krankheitsentwicklung.....	25
7. Interaktionsanalyse: Die therapeutische Beziehung.....	25
7.1 Relationen der Bezogenheit / Interaktionsverhalten.....	27
7.2 Übertragungsqualität, Widerstandsphänomene, Abwehrformen.....	29
8. Therapeutischer Prozess.....	31
8.1 Therapieziele.....	31
8.2 Therapeutische Interventionen.....	32

8.2.1 Die vier Wege der Heilung und Förderung.....	32
8.2.2 Die 14 Heil- und Wirkfaktoren.....	33
8.2.3 Das tetradische System der Integrativen Therapie und Beratung	34
8.2.4 Krisenbewältigung und Trostarbeit.....	34
8.3 Therapeutischer Rahmen	35
8.4. Behandlungsverlauf.....	36
8.5. Dokumentation und Reflexion acht ausgewählten Therapieeinheiten	37
8.5.1 Erstgespräch	37
8.5.2 Zweite Einheit.....	40
8.5.3 Dritte Einheit	41
8.5.4 Vierte Einheit.....	42
8.5.5 Fünfte Einheit	43
8.5.6. Sechste Einheit	44
8.5.7 Siebte Einheit.....	45
8.5.8 Achte Einheit	46
9. Behandlungsergebnis	47
9.1. Zusammenfassung des Prozesses.....	47
9.2 Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung der therapeutischen Interventionen orientiert am Konzept der „Vier Wege der Heilung und Förderung“	47
10. Zusammenfassung / Summary.....	51
Literaturnachweis und Quellenangaben	52
Nachwort: Theoriegeleitete Arbeit und P r o z e s s t r a n s p a r e n z in der Integrativen Therapie im Kontext „Sozialtherapie Sucht“ -Hilarion Petzold, Susanne Orth-Petzold	59

Inhalt:

1. Der Kontext „Integrative Therapie“ im Bereich der Suchttherapie	59
2. Der Kontext „Soziotherapie/Sozialtherapie“	64
3. Qualitätssicherung und T r a n s p a r e n z durch Prozessdokumentationen: Behandlungsjournale	67
4. Anwendung der IT in Journalen und Modelljournalen	78
5. Um Menschen „gerecht zu werden“ – abschließende Bemerkungen	80
6. Literatur	81

1. Einleitung¹

Die Integrative Therapie ist als Methode wissenschaftlicher Psychotherapie ein psychotherapeutischer Ansatz, der auf der wissenschaftlichen Grundlage integrativer Therapietheorien und Methodik beruht (Tree of Science). Ausgangspunkt ist dabei die Sichtweise der Integrativen Therapie des Menschen (als Mann und Frau) als Körper-Seele-Geist-Subjekt vor dem Hintergrund des individuellen (sozialen und physikalischen) Kontextes und Kontinuums (über die gesamte Lebensspanne hinweg), in welchem dieser Mensch sozialisiert wurde, gegenwärtig beeinflusst wird und in denen er lebt und prognostisch in der Zukunft leben wird (Leitner, 2010). Aussagen über das Menschenbild der jeweiligen therapeutischen Verfahren sind unverzichtbar, weil die therapeutischen Interventionen, Wege, Heuristiken und Modalitäten eine philosophische, anthropologische, soziologische, ökologische und psychologische Fundierung benötigen, um der Komplexität des menschlichen Daseins, dem Verständnis seiner Lebensformen, aber auch seiner Gefährdungen und Schädigungen gerecht zu werden.

Egger, J.W. (2012): Menschenbildannahmen in der verhaltenstheoretischen Psychotherapie. In: H.G.Petzold (2012f), 447-480.

Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer.

Das Verfahren der Integrativen Therapie (IT) ist ein moderner, interdisziplinär orientierter, schulen- und methodenübergreifender Therapieansatz. Er ist dem „neuen Integrationsparadigma“ in der modernen, forschungsorientierten Psychotherapie, der klinischen Psychologie und der „health sciences“ verpflichtet und auf die Behandlung von psychischen und somatoformen bzw. psychosomatischen Erkrankungen gerichtet. Mit deren bedeutenden Forschungsfortschritten, nicht zuletzt durch die Neurowissenschaften und die Genetik vorangebracht (Hüther, Petzold 2012), die auch in die Praxis durchschlagen (Szczygiel et al. 2015), befindet sich die Integrative in beständiger Entwicklung. Inzwischen spricht sie von einer „Dritten Welle“ ihrer Entwicklung (Petzold 2015k, Sieper 2000). In der Praxeologie als angewandter Praxis stellt in der IT neben der dyadischen Therapie die Gruppentherapie und die Netzwerktherapie (Hass, Petzold 1999) als ein zusätzliches Behandlungsinstrument dar und bietet damit eine weitere Möglichkeit, gelernte und im Leibgedächtnis verankerte Lebens- und Sichtweisen umzuformen und zu korrigieren. Auf behandlungsmethodischer Ebene sind überdies mit den Möglichkeiten der Naturtherapien – Gartenlandschafts- und Waldtherapie, tiergestützte Therapie (Petzold, Hoemberg 2014) – Ansätze vorhanden, die in der frühen therapeutischen Wohngemeinschaftsarbeit Ende der 1960er Jahre schon eingesetzt wurden und heute immer mehr Beachtung finden. Damit eröffnen sich weitere Heilungschancen (Petzold 2014h).

Das **Menschenbild** der Integrativen Therapie, das eine starke Wurzel in der Existenzphilosophie, aber auch in naturwissenschaftlichen Überlegungen hat, betont – im Unterschied zur klassischen psychoanalytischen Sichtweise – die „Intersubjektivität“, d.h. die prinzipielle Gleichrangigkeit der Menschen. Intersubjektivität ist auch handlungsleitend für die Prozesse zwischen TherapeutIn und PatientIn (vgl. die Grudregel der IT Petzold 2000a). Aus der ontologischen Grundüberzeugung „Sein ist Mit-Sein“ (Petzold 1978c) werden die Intersubjektivität und auch die zentralen Begriffe der Ko-

¹ Hinweis: Die Daten dieses Journals wurden insgesamt anonymisiert. Die schriftliche Einwilligungserklärung des Klienten liegt vor.

responzendenz und der Konvivialität in der Integrativen Therapie abgeleitet, d.h. das Eintreten des Menschen für die Belange des Anderen.

Das **Weltbild** der IT ist gleichermaßen wesentlich (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013), denn in ihm wird der *Mensch von der Welt*, von der Natur und Ökologie her gedacht und es wird im Angesicht der anthropogenen ökologischen Desaster eine einseitige Menschzentriertheit revidiert (Petzold 2015k, Welsch 2012), was in der Therapie eine stärkere Berücksichtigung ökologischer Einflüsse und Prozesse der „Ökologisation“ erforderlich macht (Petzold 2016e).

Petzold, H.G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015, Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken. Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit (in Ko-responzendenz mit Ilse Orth und Johanna Sieper, Polyloge – FPI-Publikationen

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, *Gestalt* 47, 9-52, Teil III, *Gestalt* 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>.

Petzold, H. G. (2009a): Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken im Feld der Psychotherapie - Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches Konzeptualisieren. Hommage an Darwin. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 22/2009, erw. von *Integrative Therapie* 4, 2008m, 356-396. – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-22-2009-petzold-h-g.html>

Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2014): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. *POLYLOGE* 13/2014: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2014-hecht-a-petzold-h-scheiblich-w-theorie-praxis-dina-integrative-suchthilfe.html>. Und in: In: Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammel, U. A.: *Integrative Suchttherapie*. 3. erw. u. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag (in Vorber.).

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: *Petzold, Orth, Sieper (2014):* „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H. G. (2014s): Green Care - Manifesto for Green Care Empowerment. Erarbeitet für die Fachtagung „Heilsame Natur. Die neuen Naturtherapien“, SEAG, Psychiatrische Unvi. Klinik Zürich 22.-23. August 2014, Zürich. Tagung <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Im vorliegenden Behandlungsverlauf werden die komplexen Lern- und Veränderungsprozesse im Rahmen einer ambulanten Behandlung unter Substitution beschrieben. Der Mensch (als Mann und

Frau) wird hierbei als ein „Körper – Seele – Geist - Subjekt“ in einem sozialen und ökologischen Umfeld – im Zeitkontinuum (= Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft) – betrachtet.

Dargestellt wird der prozessuale Verlauf einer ambulanten Rehabilitation eines 45-jährigen mehrfachabhängigen Mannes mit mehreren komorbiden Störungen im Verfahren der Integrativen Therapie.

Alle Namen und Daten, auch die Jahreszahlen wurden anonymisiert, um die Identifizierung des Patienten zu verhindern. Insgesamt wurden die Daten des Journals anonymisiert.

2. Arbeitskontext

2.1 Einrichtungsbeschreibung

Die Substitutionsambulanz MEREAM ist eine ambulante Behandlungsstelle für drogenabhängige Menschen, in der bis zu 120 erwachsene Frauen und Männer im Rahmen eines zielorientierten und individualisierten Behandlungskonzeptes ambulant betreut und behandelt werden. Das Konzept basiert auf einem integrativen Behandlungsansatz, in dem sich psycho- und soziotherapeutische Gruppen- und Einzeltherapie sowie zusätzliche indikative Gruppentherapieangebote im Rahmen eines Gesamtkonzeptes Klinischer Sozialarbeit gegenseitig ergänzen. Das Behandlungskonzept ist integriert systemisch-lösungsorientierte, integrativtherapeutische und verhaltenstherapeutische Aspekte. Die behandelten Patientinnen und Patienten leiden neben der ihrer Suchterkrankung häufig auch an spezifischen Persönlichkeitsstörungen, Erkrankungen aus dem neurotischen und psychotischen Formenkreis, an Angst- und Panikstörungen, Partnerschaftskrisen und pathologischen Anpassungsreaktionen.

Die Substitutionsambulanz ist Teil eines therapeutischen Hilfeverbundes in Trägerschaft eines Vereins, der über zahlreiche andere Hilfen verfügt (Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Sozialhilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung). Zum Verbund gehören auch Einrichtungen zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, sowie Betreute Wohngemeinschaften, wo die Möglichkeit des betreuten Einzelwohnens besteht. Fachambulanzen und niedrigschwellige Hilfen für Suchtkranke ergänzen die Angebote.

Darüber hinaus gibt es folgende Angebote zur Unterstützung der sozialen und beruflichen Rehabilitation, die sich nach dem individuellen Bedarf richten:

- Klärung finanzieller Hilfemöglichkeiten
- Beratung bei sozialrechtlichen Konflikten
- Einzelberatung bei Arbeitslosigkeit
- Unterstützung bei der Planung der Rehabilitation und Weiterbehandlung

2.2 Zielgruppe und Behandlungsangebot

In der Substitutionsambulanz MEREAM werden ausschließlich opiatabhängige Patientinnen und Patienten behandelt, die allerdings häufig außerdem medikamentenabhängig und polytoxikoman sind. Eine Zunahme an „Doppeldiagnosen“ ist zu beobachten, d.h. die Störungsbilder sind sehr komplex.

Das Behandlungskonzept ist dyadisch orientiert. Jede/r Patient/in ist für die Dauer der Behandlung einem Arzt, einer Pflegekraft sowie einem Sozialarbeiter / Sozialpädagogen zugeordnet.

2.3 Teamstruktur

Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern / Sozialpädagogen, z.T. mit suchtspezifischer Weiterbildung (DRV-Anerkennung, suchtmmedizinische Grundversorgung)

2.4 Finanzierung und Behandlungsdauer

Die Kosten für die Behandlung werden von der Kommune übernommen. Kassenleistungen für die ärztlichen Behandlungssegmente werden der Kommune erstattet. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate, kann aber je nach dem Grad der Zielerreichung mehrmals verlängert werden.

2.5 Kooperierende Behandlungsangebote/Vernetzung

Eine enge Vernetzung besteht mit vor- und nachbehandelnden Institutionen, wie zum Beispiel Suchtberatungsstellen, Fachambulanzen, stationären Therapieeinrichtungen und soziotherapeutischen Einrichtungen.

Im Bedarfsfall wird mit Institutionen der beruflichen Wiedereingliederung, der Arbeitsverwaltung, der Justizverwaltung, mit Familienberatungsstellen, mit Jugendamt, mit Schuldnerberatungsstellen und mit vielen weiteren sozialen Institutionen zusammengearbeitet.

Wichtig ist vor allem eine möglichst enge Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und den stationären Einrichtungen, um für die Patienten eine möglichst langfristige Behandlung/Beratung und Begleitung - ausgerichtet am aktuellen individuellen Bedarf - zu ermöglichen.

2.6 Persönliche Aufgabenbereiche

Als Dipl. Sozialarbeiterin leite ich die Ambulanz mit Ausnahme des medizinischen Bereichs im engeren Sinne. Mir obliegt die Dienst- und Fachaufsicht. Ich führe Gruppenangebote und dyadische Therapiesitzungen durch. Des Weiteren gehören umfangreiche Dokumentationsaufgaben zu meinem Tätigkeitsbereich.

3. Zuweisungskontext und Erwartungen des Patienten an die Behandlung

Herr K. kam nach einer disziplinarischen Entlassung aus einer stationären Einrichtung der medizinischen Rehabilitation in die Substitutionsambulanz. Zwischenzeitlich hatte er sich zunächst in verschiedenen Notschlafstellen im Stadtgebiet aufgehalten und bezog dann eine betreute Wohnform der Wohnungslosenhilfe. Dort bewohnt er ein Einzelzimmer. Er kam mit dem Wunsch, erneut in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vermittelt zu werden. Die Substitutionsbehandlung sollte ihn stabilisieren und bis zum Antritt der neuen Maßnahme von Konsum illegaler Drogen abhalten. Außerdem war ihm durch die Staatsanwaltschaft eine „Therapie statt Strafvollstreckung“ gewährt worden, d.h. ohne Fortsetzung oder Neuantrag einer Therapiemaßnahme droht ihm die erneute Inhaftierung.

4. Anamnese

Osten, P.: (2000), Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis, 2. Auflage, UTB für Wissenschaft, Reinhardt-Verlag

Osten, P.: (2004), Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, in: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.(Hrsg.): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, 2004

4.1 Familien- und Sozialanamnese

Herr K. wurde 1969 als jüngstes von drei Geschwistern im Ruhgebiet geboren. Sein Vater sei ägyptischer Abstammung und im Alter von 22 Jahren nach Deutschland migriert. Zu seinen beiden Schwestern habe er immer ein gutes Verhältnis gehabt, ebenso zu seiner Mutter, die Hausfrau war. Die Familie des Vaters sein in Ägypten gewesen und so habe Familie oft mehrere Monate im Jahr

dort verbracht. Herr K. beschreibt seine ersten 7 Lebensjahre als sehr spannend und aufregend. Die Familie sei viel unterwegs und dabei glücklich gewesen.

Herr K. wurde 1975 mit 7 Jahren eingeschult; einen Kindergarten habe er nie besucht.

Das freie und ungezwungene Leben habe sich drastisch geändert, als die Schulpflicht der Kinder begann. Von da an sei das Leben zwanghaft und langweilig geworden.

1976 erfuhr die Familie, dass der Großvater väterlicherseits und dessen Sohn in Ägypten erschossen worden seien. Auch der Großvater mütterlicherseits sei bereits erschossen worden (in Deutschland).

Herr K. berichtet, sein Vater sei mit seiner Mutter umgehend nach Ägypten geflogen, um der Familie beizustehen und deren Rachepläne mit umzusetzen. Herr K. habe vor der Abreise seiner Eltern einen Koffer voller Waffen gefunden und die Kinder hätten sich große Sorgen gemacht. Seine Eltern seien 2,5 Monate in Ägypten geblieben und seine ältere Schwester hätte sich in dieser Zeit um die Kinder gekümmert. Sie hätten sich nicht wohlfühlt und immer gehofft, dass ihre Eltern zurückkämen.

Nach der Rückkehr der Eltern sei alles anders geworden. Der Vater hätte viel gearbeitet und getrunken und die Mutter habe außereheliche Beziehungen aufgenommen und sich mit vielen außerfamiliären Dingen beschäftigt.

Herr K. beschreibt diese Zeit als einen Umbruch, in der auch seine Beziehung zu seinen Eltern zerstört worden sei. Er habe nicht mehr das Gefühl gehabt, dass die Eltern für ihn und seine Schwestern da gewesen seien.

Herr K. wechselte 1977 auf die Hauptschule und 1986 auf eine Berufsfachschule. In diesem Jahr hätten die Eltern ein Haus gekauft, in das die Familie zusammen eingezogen sei.

Diese Zeit beschreibt Herr K. als eine „Farce“, weil einerseits der Familienzusammenhalt nicht mehr vorhanden gewesen sei, andererseits aber nach außen hin der Schein gewahrt werden sollte, als sei nichts geschehen.

Trotz dieser Spannungen habe Herr K. gute Leistungen in der Schule erbracht, was er darauf zurückführt, dass er gelernt habe, nicht aufzufallen. Herr K. habe angefangen, exzessiv Sport zu betreiben und sich mit seinen Freunden zu beschäftigen. Da er immer noch ein sehr gutes Verhältnis zu seinen Schwestern gehabt habe, hätten diese ihn oft mitgenommen, wenn die Mutter nicht zu Hause gewesen sei, was sehr häufig vorgekommen sei. Dadurch habe Herr K. viele ältere Jugendliche zu seinem Freundeskreis gezählt.

Herr K. war damals 12 Jahre alt, die meisten anderen 15-17 Jahre. In der Clique wurden die ersten Erfahrungen mit Alkohol und Zigaretten gemacht; auch Herr K. sei hier zum ersten Mal mit dem Konsum von Alkohol und Tabak in Berührung gekommen. Drogen habe er nie nehmen dürfen, da seine Schwester sehr darauf geachtet habe. Er habe sich stattdessen immer mehr in den Sport gestürzt. Im Alter von 13 Jahren fiel Herr K. zum ersten Mal im Zusammenhang mit einer Schlägerei auf.

1985 sei die familiäre Situation unerträglich geworden. Die Eltern hätten sich nur noch gestritten und es habe massive körperliche Auseinandersetzungen gegeben, woraufhin mehrfach die Polizei gerufen werden musste. Seine älteste Schwester habe dem Druck nicht standhalten können und sei von der Familie weggegangen. Herr K. und seine andere Schwester seien sehr auf sich alleine gestellt gewesen: dadurch seien sie aber auch eng miteinander verbunden geblieben. Beide hätten versucht, so wenig wie möglich zu Hause zu sein; der selbst habe seinen Sport weiter betrieben, während die Schwester begonnen habe, vermehrt Alkohol zu trinken. An den Wochenenden hätten sie gemeinsam getrunken und seien auf Partys gegangen.

1987 hätten sich die Eltern scheiden gelassen und das gemeinsame Haus, die Tiere und alle Erinnerungsstücke seien verkauft worden. Herr K. beschreibt das als sehr schmerzhaft. Sein Vater sei so bedrohlich gewesen, dass seine Mutter ernsthaft über einen Auftragsmord nachgedacht habe.

Im gleichen Jahr habe Herr K. die Schule mit dem Abschluss der mittleren Reife beendet und eine Ausbildung zum Schlosser begonnen.

Herr K. und seine Schwester seien zur Mutter gezogen und hätten den Kontakt zum Vater verloren. Beide seien dann aber mehr und mehr „abgestürzt“. Die Mutter habe sich bald nicht mehr für die Kinder interessiert und sie habe ihr Leben sehr rücksichtslos geführt.

Herr K. habe schließlich seine Lehre „hingeschmissen“ und sich über Straftaten und Gewalttätigkeiten eine neue Identität aufgebaut. Zu diesem Zeitpunkt konsumierte Herr K. bereits Alkohol und Cannabis in großen Mengen. Er habe begonnen, durch Einbrüche und Dealen schnell viel Geld zu verdienen. Seine Schwester habe ebenfalls bald ihre Lehre abbrechen müssen und sie seien wieder viel zusammen unterwegs gewesen und ins kriminelle Milieu abgerutscht. Herr K. unterhielt Kontakte zu Dealern, Zuhältern und zu Rockern. Er habe sich in der Szene einen guten Namen gemacht und sei respektiert worden.

1989 sei er zu einer Haftstrafe ohne Bewährung verurteilt worden, sei aber mit Hilfe seines Vaters nach Ägypten geflohen. 1991 sei sein Vater schwer erkrankt und Herr K. sei nach Deutschland zurück gekehrt. Bei der Einreise sei er verhaftet worden. Nach einer kurzen Haftzeit habe sich Herr K. um seinen schwer kranken Vater gekümmert, aber auch wieder vermehrt Alkohol getrunken, um die belastenden Situationen besser bewältigen zu können. Auch den Kontakt zu seinen alten Freunden habe er wie aufgenommen und angefangen, Kokain zu konsumieren.

1992 sei sein Vater gestorben und Herr K. sei wieder ins kriminelle Milieu abgerutscht. Er habe wieder exzessiv Sport getrieben, Schutzgelder erpresst und Gewalttaten begangen. In dieser Zeit sei er viel gereist im Rahmen seiner kriminellen Aktivitäten.

Bis 1994 habe Herr K. in diesen Kreisen gelebt, bis die Gruppe schließlich aufflog und „ausgehoben“ worden sei. Herr K. sei in die Karibik geflohen, wo er bis 199 gelebt habe. Danach sei er nach Deutschland zurückgekehrt.

Nach weiteren Straftaten sei Herr K. erneut in Untersuchungshaft gekommen. Danach habe er zunächst sein Leben verändert; er habe ein geregeltes Leben geführt, sei arbeiten gegangen und habe mit seiner damaligen Partnerin eine Wohnung unterhalten. Nach 3 Jahren habe er aber wieder Kontakt zu seinem früheren Milieu bekommen und sei wieder abgestürzt. Er habe weiter gedealt und Einbrüche begangen. Außerdem sei er wieder vermehrt auffällig geworden durch Gewaltdelikte und gewalttätige Auseinandersetzungen.

1997 sei er zu 7 Jahren Haft verurteilt worden. In dieser Haftzeit sei er zum ersten Mal mit Heroin in Berührung gekommen und sei bald davon abhängig gewesen. Nach seiner Entlassung habe er sich auf eine Ehe mit einer Frau aus Kamerun eingelassen, um an Geld zu kommen. Aus dem kriminellen Milieu habe er sich aber weiterhin nicht lösen können, sodass er 2006 erneut zu einer Haftstrafe verurteilt worden sei. Seine Frau sei in dieser Zeit in ihre Heimat zurück gekehrt. 2010 habe er erneut versucht, sein Leben zu ordnen, habe sich Arbeit und Wohnung gesucht, was aber erneut scheiterte. Rückfälle und Dealerei hätten erneut zugenommen, bis Herr K. wiederum wegen Diebstahls verurteilt wurde.

Herr K. wurde insgesamt 8 mal wegen Delikten aus den Bereichen Körperverletzung, schwere Körperverletzung, Diebstahl, Einbruch, Raub und Waffenhandel verurteilt. Insgesamt kamen dabei fast 11 Jahre Haft zusammen. Aus der letzten Haft heraus ließ sich Herr K. in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme vermitteln, von der er sich viel versprach. Nach einem Rückfall wurde er disziplinarisch entlassen, kümmerte sich jedoch sehr zeitnah um eine erneute Vermittlung.

4.2 Berufliche Anamnese

Herr K. ist mit 7 Jahren eingeschult worden, habe dann ab 1977 die Hauptschule besucht, die er 1986 ohne Abschluss verließ. Anschließend besuchte er eine Berufsfachschule, wo er den Hauptschulabschluss nachholte. Nach dem Schulabschluss 1988 habe er eine Schlosserlehre begonnen, die er aber abgebrochen habe. Von 1990 bis 1997 habe er als Schlosser, Staplerfahrer und Steinmetz bei verschiedenen Firmen gearbeitet. Er habe häufiger den Arbeitgeber gewechselt, da er immer wieder durch seine Abhängigkeit aufgefallen sei. Während seines Haftaufenthalts zwischen 2011 und 2014 habe er erneut eine Ausbildung begonnen, diesmal als Buchbinder. Auch diese Ausbildung habe er abgebrochen. Seine Ausbildung als Schlosser aber habe er in der JVA beenden können. Ab 2004 habe er als Montagehelfer und LKW-Fahrer gearbeitet. Er sei immer wieder arbeitslos geworden – auch durch seine erneuten Inhaftierungen. 2010 habe er als Schweißer gearbeitet und habe danach versucht, einen eigenen Betrieb im Bereich Lüftungsmontage aufzumachen. Diesen Betrieb habe er aber 2011 wegen der erneuten Inhaftierung schließen müssen.

4.3 Suchtanamnese

Herr K. berichtet, erstmalig im Alter von 3 Jahren mit Alkohol in Berührung gekommen zu sein. Als Kind habe er im Elternhaus bereits Rauschzustände erlebt; seit 1986 habe er regelmäßig Alkohol getrunken mit deutlicher Dosissteigerung; besonders stark sei der Alkoholkonsum in den Jahren 1993-1996 gewesen. Zu dieser Zeit habe er täglich 3 Liter hochprozentigen Alkohol zu sich genommen. Derzeit konsumiere er gelegentlich.

Cannabis habe er ab dem 15. Lebensjahr durchgehend konsumiert, in den Jahren 1989 bis 1996 täglich 3-5 Gramm; derzeit konsumiere er ebenfalls dauerhaft, aber mit niedriger Dosis.

Amphetamine haben er vom 20.-29. Lebensjahr konsumiert, aber nicht regelmäßig, sondern eher phasenweise. Derzeit konsumiere er keine Amphetamine.

Seit dem 23. Lebensjahr nehme er durchgehend Kokain, zunächst nur am Wochenende, später aber auch intravenös bis zu 1 g täglich. Derzeit nehme er kein Kokain zu sich.

Mit Heroin habe er im Alter von 35 Jahren begonnen (in der Haft). Sehr schnell sei es zu intravenösem Konsum gekommen mit einer Dosis von bis zu 3 Gramm pro Tag. Derzeit nehme er nur selten Heroin.

5. Diagnostik

5.1. Klassifikation nach ICD-10-GM und der ICF

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) dient der Verschlüsselung von Diagnosen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2012) ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit und hat unter anderem die Aufgabe amtliche Klassifikationen wie ICD- 10-GM herauszugeben.

Ebenfalls vom DIMDI herausgegeben wird die Klassifikation nach ICF.

Folgende Diagnosen nach ICD 10 liegen bei Herrn K. vor:

F10.2 – Alkoholabhängigkeit

F11.2 – Opioidabhängigkeit

F12.2 – Cannabisabhängigkeit

F14.1 – Kokain – schädlicher Gebrauch

F17.2 - Tabakabhängigkeit

F19.2 – Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen

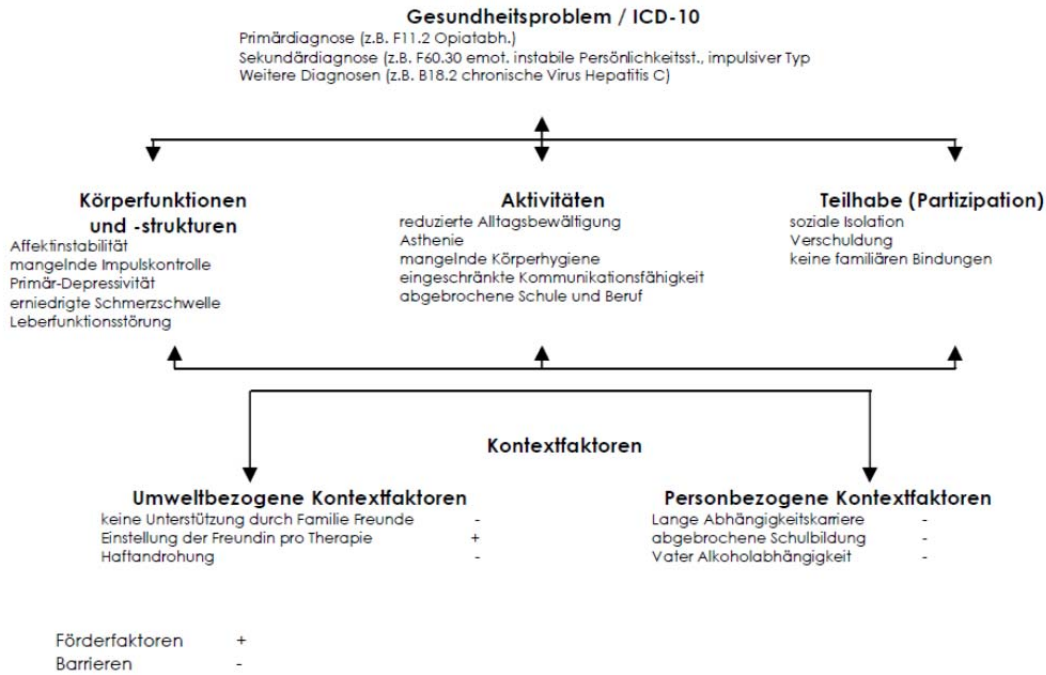
F60.2 – dissoziale Persönlichkeitsstörung

F60.8 – sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung (narzisstisch bzw. Störung des Selbstwertgefühls)

Diagnostik nach der ICF

Mit der Einführung der ICF war in der Rehabilitationsbehandlung ein wichtiger Paradigmenwechsel verbunden, nämlich vom Verständnis eines eher kausal-linearen Krankheitsmodells (ICD) hin zu dem interaktiven, auf mehr Dimensionen hin ausgerichteten Modell von (funktionaler) Gesundheit und dem Anliegen, aus der mehrdimensionalen Abbildung der ICF Planungen und Strukturierungen für den Rehabilitationsprozess ableiten zu können. Ausgehend von einer ersten ICD Diagnostik des Gesundheitsproblems werden in einem zweiten komplementären Schritt die ICF Ebenen abgebildet, die wiederum umfassende Ableitungen hinsichtlich Strukturierung und Planung des Rehabilitationsprozesses ermöglichen (Mirus 2010).

Die folgende Abbildung nach WHO-ICF 2005 macht das deutlich:



ICF-basierte bio-psycho-soziale Diagnostik zur Bestimmung des Förderbedarfs im Rahmen medizinischer Rehabilitation bei Herrn K.

ICF-Item	Behandlungsrelevant		Schweregrad				Förderungsbedarf		
	Ja	Nein					Ja	Nein	
Kapitel 1 Mentale Funktionen									
b110 Funktionen des Bewusstseins		X	X	1	2	3	4		X
b114 Funktionen der Orientierung		X	X	1	2	3	4		X
b117 Funktionen der Intelligenz		X	0	X	2	3	4		X
b122 Globale psychosoziale Funktionen	X		0	1	2	3	X	X	
b126 Funktionen von Temperament und Persönlichkeit	X		0	1	2	3	X	X	
b130 Funktionen der Energie und des Antriebs	X		0	1	2	X	4	X	
b136 Funktionen des Schlafes	X		0	X	2	3	4	X	
b140 Funktionen der Aufmerksamkeit	X		0	1	X	3	4	X	
b144 Funktionen des Gedächtnisses		X	0	X	2	3	4		X
b147 psychomotorische Funktionen		X	X	1	2	3	4		X
b152 Emotionale Funktionen	X		0	1	2	3	X	X	
b156 Funktionen der Wahrnehmung	X		0	1	2	X	4	X	
b160 Funktionen des Denkens	X		0	1	2	X	4	X	
b164 höhere kognitive Funktionen	X		0	1	2	X	4	X	
b167 kognitiv sprachliche Funktionen	X		0	1	X	3	4	X	
b180 Die Selbstwahrnehmung und die Zeitwahrnehmung betreffende Funktionen	X		0	1	X	3	4	X	

Kapitel 2 Sinnesfunktionen und Schmerz										
b280 Schmerz	X		0	1	X	3	4	XX		
Kapitel 3 Stimm- und Sprechfunktionen										
b320 Artikulationsfunktionen		X	X	1	2	3	4			X
Kapitel 4 Funktionen des Immun- und Atmungssystems										
b435 Funktionen des Immunsystems		X	0	1	2	3	4			X
b440 Atmungsfunktionen		X	0	1	2	3	4			X
Kapitel 6 Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems										
b640 sexuelle Funktionen	X		0	1	2	3	X	X		
Klassifikation der Körperstrukturen										
Kapitel 1 Strukturen des Nervensystems										
s199 Struktur des Nervensystems, nicht näher bezeichnet	X		0	1	X	3	4	X		
Kapitel 3 Strukturen, die an der Stimme und am Sprechen beteiligt sind										
s320 Struktur des Mundes		X	0	1	2	3	4			X
Kapitel 4 Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und Atmungssystems										
s420 Struktur des Immunsystems		X	0	1	2	3	4			X

ICF-Item	Behandlungsrelevant		Schweregrad					Förderungsbedarf	
	Ja	Nein	0	1	2	3	4	Ja	Nein
Kapitel 5 mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen									
s550 Struktur der Bauchspeicheldrüse		X	0	1	2	3	4		X
s560 Struktur der Leber		X	0	1	2	3	4		X
Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation									
Kapitel 1 Lernen und Wissensanwendung									
d135 Üben		X	0	1	2	3	4		
d160 Aufmerksamkeit fokussieren	X		0	1	2	X	4	X	
d163 Denken	X		0	1	X	3	4	X	
d166 Lesen	X		0	X	2	3	4		X
d170 Schreiben	X		0	X	2	3	4		X
d172 Rechnen	X		0	1	X	3	4		X
d175 Probleme lösen	X		0	1	2	X	4	X	
d177 Entscheidungen treffen	X		0	1	2	X	4	X	
Kapitel 2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen									
d210 eine Einzelaufgabe übernehmen		X	0	1	2	3	4		X
d220 Mehrfachaufgaben übernehmen	X		0	1	X	3	4	X	
d230 die tägliche Routine durchführen	X		0	1	X	3	4	X	
d240 mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen	X		0	1	2	X	4	X	
Kapitel 3 Kommunikation									
d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen	X		0	1	X	3	4	X	
d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen	X		0	1	X	3	4	X	
d325 Kommunizieren als Empfänger schriftlicher Mitteilungen	X		0	1	2	X	4	X	
d330 Sprechen	X		0	1	X	3	4	X	
d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren	X		0	1	2	X	4	X	
d350 Konversation	X		0	1	2	X	4	X	
d355 Diskussion	X		0	1	2	X	4	X	
Kapitel 4 Mobilität									
d430 Gegenstände anheben und tragen		X	0	1	2	3	4		X
d440 Feinmotorischer Handgebrauch	X		0	1	X	3	4	X	
d450 Gehen		X	0	1	2	3	4		X
d455 sich auf andere Weise fortbewegen		X	0	1	2	3	4		X
d465 sich unter Verwendung von Geräten/ Ausrüstung fortbewegen		X	0	1	2	3	4		

ICF-Item	Behandlungsrelevant		Schweregrad					Förderungsbedarf	
	Ja	Nein						Ja	Nein
Kapitel 5 Selbstversorgung									
d510 Sich waschen		X	0	1	2	3	4		X
d520 Seine Körperteile pflegen		X	0	1	2	3	4		X
d540 sich kleiden		X	0	1	2	3	4		X
d550 Essen		X	0	1	2	3	4		X
d560 Trinken		X	0	1	2	3	4		X
d570 auf seine Gesundheit achten	X		0	1	2	3	X	X	
Kapitel 6 Häusliches Leben									
d610 Wohnraum beschaffen		X	0	1	2	3	4		
d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen		X	0	1	2	3	4		
d630 Mahlzeiten vorbereiten	X		0	1	X	3	4	X	
d640 Hausarbeiten erledigen	X		0	1	2	X	4	X	
d650 Haushaltsgegenstände pflegen	X		0	1	X	3	4	X	
Kapitel 7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen									
d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten	X		0	1	2	X	4	X	
d720 Komplexe interpersonelle Interaktionen	X		0	1	2	3	X	X	
d730 mit Fremden umgehen	X		0	1	2	3	X	X	
d740 Formelle Beziehungen	X		0	1	2	X	4	X	
d750 Informelle soziale Beziehungen	X		0	1	2	X	4	X	
d760 Familienbeziehungen	X		0	1	2	3	X	X	
d770 intime Beziehungen	X		0	1	2	3	X	X	
Kapitel 8 Bedeutende Lebensbereiche									
d820 Schulbildung	X		0	1	2	X	4	X	
d825 Theoretische Berufsausbildung	X		0	1	2	X	4	X	
d840 Vorbereiten auf Erwerbstätigkeit	X		0	1	2	3	X	X	
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden	X		0	1	2	3	X	X	
d850 Bezahlte Tätigkeit	X		0	1	2	X	4	X	
d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen			0	X	2	3	4		X
d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit	X		0	1	2	X	4	X	
Kapitel 9 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben									
d910 Gemeinschaftsleben	X		0	1	2	X	4	X	
d920 Erholung und Freizeit	X		0	1	2	X	4	X	
d930 Religion und Spiritualität	X		0	1	X	3	4	X	

ICF-Item	Behandlungsrelevant		Förderf.	Barriere	Förderungsbedarf	
	Ja	Nein			Ja	Nein
Klassifikation der Umweltfaktoren						
Kapitel 1 Produkte und Technologien						
e110 Produkte und Substanzen für den persönlichen Verbrauch		X				X
e115 Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben		X				X
e165 Vermögenswerte		X				X
Kapitel 3 Unterstützung und Beziehungen						
e310 Engster Familienkreis	X			X	X	
e315 Erweiterter Familienkreis	X			X	X	
e320 Freunde	X			X	X	
e325 Bekannte, Peer Group, Kollegen, Nachbarn	X			X	X	
e330 Autoritätspersonen	X			X	X	
e355 Fachleute der Gesundheitsberufe	X		X		X	
Kapitel 4 Einstellungen						
e410 Individuelle Einstellungen der Mitglieder des engsten Familienkreises	X			X	X	
e420 Individuelle Einstellungen von Freunden	X			X	X	
e425 Individuelle Einstellungen der Peer Group	X			X	X	
e430 Individuelle Einstellungen von Autoritätspersonen	X			X	X	
e450 Individuelle Einstellungen von Fachleuten der Gesundheitsberufe	X			X	X	
Kapitel 5 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze						
e525 des Wohnungswesens	X		X		X	
e550 der Rechtspflege	X		X		X	
e570 der sozialen Sicherheit	X		X		X	
e580 des Gesundheitswesens	X		X		X	
e585 des Bildungs- und Ausbildungswesens	X		X		X	
e590 des Arbeits- und Beschäftigungswesens	X		X		X	

5.2 Prozessuale Diagnostik

Während sich die Klassifikation des ICD-10 eher einer „querschnittlichen symptomalen Statusbeschreibung“ widmet und sich dabei auf „das Erkennen von Symptomen und die Zuordnung dieser Symptome zu einer nosologischen Kategorie bereits umrissener Störungsbilder“ (Seminartext von Peter Osten, 2013, S.4; Peter Osten 2004) beschränkt, ohne die Entstehung der Krankheit mit in den Blick zu nehmen, verwendet die Integrative Therapie den Begriff der Prozessualen Diagnostik. Diese beruht auf dem Entwicklungskonzept der Integrativen Therapie, welches sich als klinische

Entwicklungspsychologie über die gesamte Lebensspanne versteht und sich am Modell des lebenslangen Lernens, des „life span development approach“ orientiert (Petzold, 1993, S. 569ff, Sieper 2007b). Gemeint ist mit Diagnostik in der Integrativen Therapie somit ein fortlaufender und sich in ständiger Veränderung befindender Prozess über die gesamte Behandlungsdauer hinweg. Dazu werden in einem intersubjektiven Ko-Respondenzprozess zwischen Therapeutin und Patient alle wahrnehmbaren Phänomene, bekannte Fakten und Resonanzen auf das Therapieschehen zusammengefasst und zur Hypothesenbildung von den beobachtbaren Phänomenen, zu den zugrundeliegenden Strukturen und Entwürfen im Kontext der Lebenssituation und im Kontinuum der Lebensspanne für die weitere Behandlung herangezogen. Gesundheit und Krankheit werden dabei nicht als statische Zustände betrachtet, sondern als eine momentane Qualität körperlichen, seelischen und geistigen Erlebens und Befindens. Die im Folgenden dargestellten Bereiche werden unter den Gesichtspunkten der Theragnostik (Gleichzeitigkeit und Verschränkung von Therapie und Diagnostik) (Petzold, 1993, S.985ff) für die Erläuterung der Prozessualen Diagnostik näher beschrieben.

*Petzold, H.G. (1992e):*Integrative Therapie in der Lebensspanne, erw. von (1990e); repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606 und in (1994j).

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und “klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Petzold, H.G. Osten, P.(1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie* Erschienen in: *Petzold (1998h)* (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration.*, 118-141 und gekürzt in *Laireiter, A.(1998)*(Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer

Osten, P. Integrative Psychotherapeutische Diagnostik <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/osten-integrative-psychotherapeutische-diagnostik-polyloge-14-2011.pdf>

Die prozessuale Diagnostik beinhaltet folgende Bereiche:

- Bedürfnisanalyse
- Leibfunktionsanalyse
- Problem- und Konfliktanalyse
- Beziehungsanalyse
- Lebenswelt- und Netzwerkanalyse
- Ressourcenanalyse
- Kontinuumsanalyse
- Sinnanalyse

5.2.1 Bedürfnisanalyse

In der Bedürfnisanalyse geht es um die Bedürfnisse, Wünsche und Motivationen des Menschen, die zum einen Teil in seiner „Natur“ wurzeln (Petzold 2003e), zum anderen in seiner Sozialisation, Enkulturation und Ökologisation (Petzold 2012a, q, 2016e).

Herr K. hat das Bedürfnis, nicht auf seine Vergangenheit reduziert zu werden. In seiner Vorstellung sehen andere Menschen in ihm nur den Schwerverbrecher, der viele Jahre in Haft verbracht hat.

Sein Wunsch nach Anerkennung und geliebt werden sind in seinem Denken zentrale Bestandteile. Um den Wunsch nach Anerkennung zu erfüllen, ging Herr K. oft weit über die Grenzen seiner Kraft hinaus und überfordert sich letztlich selber. Zum Teil fuhr er Schichten in drei verschiedenen Tätigkeiten.

Die Untersuchungen von Jäkel zur Motivation „führen zu dem Schluss, dass Grundmotive im Menschen genetisch angelegt sind. Diese sind implizit in seinem Menschen- und Weltbild vorhanden und werden in situativen Motivationsprozessen aktualisiert. Das Motiv der Hilfeleistung, das in therapeutischen oder beraterischen Prozessen beim Therapeuten aktiviert ist, findet ein Gegenüber im Motiv der Suche nach Hilfe beim Klienten“. Beide Seiten folgen einem von ihr dargestellten intersubjektiven Motivationsprozess:

Jäkel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie* 1-2, 145-172. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-13-2012-brigitte-jaekel.html>.

Die Motivation für seine Substitutionsbehandlung rührt daraus, dass Herr K. unbedingt eine erneute Inhaftierung umgehen möchte. Obwohl er eine erneute stationäre Langzeittherapie kritisch sieht, ist er gewillt sich erneut vermitteln zu lassen, wenn die Staatsanwaltschaft dies bewilligt. Er sieht selber seine Ausweglosigkeit, die daher kommt, das er ausschließlich Szenekontakte hat und durch seine Lebensgeschichte sehr belastet ist, was er durch eine stationäre Behandlung aufarbeiten möchte.

Sein Ziel ist in erster Linie ein Leben ohne Heroin zu führen. Außer Heroin gehört Cannabis zu seiner Hauptdroge, auf das er aber keinesfalls dauerhaft verzichten möchte, da er es als Selbstmedikation gegen seine Aggressionen sieht. Daneben wünscht er sich eine eigene Wohnung und eine geregelte Arbeitsstelle. Wenn es ihm noch möglich sein sollte, wünscht der Klient sich eine eigene Familie.

5.2.2 Leibfunktionsanalyse

In der Leibfunktionsanalyse wird fokussiert auf die Funktionsfähigkeit des perzeptiven (wahrnehmenden), expressiven (ausdrückenden) und memorativen (erinnernden) Leibes (Petzold, Sieper 2012a).

Obwohl Herr K. von der Körpergröße nicht besonders groß ist, füllt er beim Betreten eines Raumes diesen völlig aus. Er hat einen sehr kraftvollen Gang und kleidet sich eher auffällig, häufig in Armeemuster und mit Tuch um den Kopf. Er hat viele Tattoos; hervorzuheben ist eine Tätowierung quer über den Bauch. Dort steht „destroyed“. Laut Klient ist dies ein Ausdruck seines Empfindens, dass er selber zerstört ist. Er hat immer eine hohe Körperspannung und ist sehr aufmerksam und wachsam seiner Umgebung gegenüber. Meistens ist Herr K. ernst und seine Stimmung ist niedergedrückt und ernst. Sein Lebensgefühl ist ein durchweg negatives. Herr K. ist kurzzeitig sehr belastbar. Bei den verschiedenen Jobs, die er im Behandlungsverlauf angenommen hat, zeigte der Klient zunächst auf der Suche nach Anerkennung ein hohes Maß an Belastbarkeit, teilweise über seine Grenzen hinweg. Nach einiger Zeit kam es immer zu aggressiven Ausbrüchen mit sofortiger Entlassung als Folge. Sein Verhalten kann der Klient überhaupt nicht reflektieren, es fehlt ihm an der Fähigkeit zur Exzentrität. Er unterscheidet in die Kategorien „schadet mir“ und „nutzt mir“. Durch die mangelnde Fähigkeit zur Exzentrität kann Herr K. keine Strategien erlernen, sein Verhalten zu ändern und Probleme adäquat zu lösen. In seiner Wertevorstellung wird die Welt nur in gut und böse unterteilt. Er ist sehr wenig flexibel in seinen Prinzipien und wird dadurch starr, auch sich selber gegenüber. Er kann anderen Menschen gegenüber keine Liebe oder Mitmenschlichkeit empfinden; nur wenigen Menschen gegenüber kann er eine verhaltene emotionale Nähe und Beteiligung aufbringen. Grundsätzlich herrscht bei ihm das Gefühl vor, die Welt als Gegner zu haben. Um seine aggressiven Ausbrüche etwas zu schmälern, konsumiert Herr K. regelmäßig Cannabis. Er möchte

lediglich Distanz zu Heroin bekommen, hält sich aber weiterhin in der Szene auf und verändert seine Knastsprache nicht.

Die Leibfunktionen (perzeptiv, memorativ und expressiv) von Herrn K. sind unterschiedlich ausgeprägt. Seine Wahrnehmungsfähigkeit ist in vollem Umfang vorhanden, allerdings weist er memorativ zum Teil erhebliche Lücken auf hinsichtlich der Erinnerungen an seinen Vater. Diese Lücken erklärt sich Herr K. durch seinen hohen Drogenkonsum. Deutliche Erinnerungen hat Herr K. aber an die kriminellen Delikte und Gewalttaten. Expressiv fällt seine große Verzweiflung und seine depressive Grundstimmung auf. Lediglich unter Drogeneinfluss habe Herr K. Glück und Zufriedenheit empfinden können. Darüber hinaus ist im memorativen Leib die dysfunktionale Bewältigungsstrategie (Copingstrategie) des Suchtverhaltens gespeichert (Suchtgedächtnis: Hüther 2004, Soyka 1995, Lindenmeyer 2000, Böning 1994).

5.2.3 Problem- und Konfliktanalyse

In der Problem- und Konfliktanalyse (Petzold 2003b) geht es um mögliche Defizite, Traumatisierungen, Störungen und Konflikte, aber auch um die Frage zur Revision, zur Linderung erlittener adversiver Stimulierungen, die überwiegend durch Menschen erzeugt werden und zwischen Menschen zu Irritationen, Verunsicherungen, Unrecht und Bösartigkeit führen können.

„Gerechtigkeit wird in diesem Zusammenhang als „Möglichkeit zum Guten“, Unrecht wird als „Möglichkeit zu Bösem“ gesehen, exzentrische Einsicht und Schuldfähigkeit werden als „Möglichkeiten der Revision von Bösem“ betrachtet – und deshalb sind sie so wichtig“ – eine Grundbedingung der sich über die Evolutionsgeschichte hin immer prägnanter ausbildenden „Hominität und Humanität“ (Petzold 1971)

Petzold, H.G. (2006i): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - ein „Polylog“ klinischer Philosophie zu Humanessentialien und vernachlässigten Themen in der Psychotherapie, POLY OGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Dem Klienten ist in seiner Lebensgeschichte die Fähigkeit zur Empathie verloren gegangen. Vermutlich hat sein gewalttätiger Vater einen großen Anteil daran, da sich aus den Schilderungen des Klienten schlussfolgern lässt, dass ihm keine Empathie entgegen gebracht wurde. Durch den Mangel an Empathiefähigkeit sind die Straftaten des Klienten als besonders gewissenlos anzusehen, er empfindet keinerlei Reue bzw. Gewissensbisse.

Das Leben des Klienten wurde durch Gewalt geprägt, sein Vater führte die Familie mit strenger Hand und ließ keinerlei Opposition zu. Als der Vater verstarb, hätte der Klient nach ägyptischem Recht die Rolle des Vaters übernehmen sollen, die Familie war jedoch innerlich schon zu sehr entzweit.

Die Beziehung zu seiner Mutter war schon sehr früh gestört. Der Klient konnte ihre Art zu leben nicht billigen, vor allem nicht ihre Beziehungen zu anderen Männern. Er machte sie letztlich für das Scheitern der elterlichen Ehe verantwortlich. Auch ihre Anwesenheit zu Hause war nicht beständig.

Die Rollen der Eltern waren klar verteilt. Der Vater als strenger und gewalttätiger Tyrann, die Mutter als zunehmend abwesende und fremdgehende Frau, die dem Klienten immer weniger nah gewesen sei.

Aus der großen Wut der Mutter gegenüber nährt sich bis heute ein absolut abfälliges Verhalten Frauen gegenüber. Die einzige positiv besetzte Frau in seinem Leben ist seine Schwester, zu der er vor allem in der späten Kindheits- und Jugendzeit ein sehr enges und gutes Verhältnis hatte. Die moralischen Vorstellungen des Herrn K., was angemessenes Verhalten von Frauen angeht sind sehr übersteigerte und überholte Vorstellungen. In seinen Augen ist eine Frau primär dazu da, sich um die Versorgung von Mann und Kindern zu kümmern. Frauen, die es in seinem Leben gegeben hat, werden durchgehend mit Attributen wie „Schlampe“, „die Alte“ und ähnlichem bedacht. Im

Behandlungsverlauf kam es zu einer kurzen Beziehung mit einer Mitpatientin, deren einziger Nutzen es war, Geld zu beschaffen, indem sie auf den Strich geschickt wurde. Herr K. begegnet Frauen mit einer absoluten Gefühlskälte, verlangt auf der anderen Seite aber absolut moralische Verhaltensweisen.

Risikofaktoren des Klienten sind die hohe Kriminalität, die sehr früh begonnen hat und die Nähe zur Suizidalität. Herr K. begann seine kriminelle Karriere mit 16. Es kam zu Verurteilungen wegen Raub, Körperverletzung, Menschenhandel, Waffenhandel, versuchten Totschlag etc. Der Klient selber sieht es als Glück an, dass nicht alle seine Taten zur Anzeige kamen. Neben seinem hohen kriminellen Vermögen weist der Klient eine hohe Suizidnähe auf. Allein im Behandlungsverlauf kam es zu zwei Suizidversuchen. Er selber gibt an, sich eher in den strengen Strukturen der JVA zurecht zu finden.

5.2.4 Beziehungsanalyse

In der Beziehungsanalyse geht es darum, wie der Mensch seine primären und sekundären Beziehungen in der Herkunftsfamilie und der aktuellen Lebenssituation gestaltet.

*Petzold, H.G., Müller, M. (2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Revid. von Petzold, Müller, M. (2005), in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-mueller-m-2005-2007-modalitaeten-der-relationalitaet.html>*

Der Klient neigt zu sachbezogenen Kontakten. Er ist in der Lage Kontakt aufzunehmen, schwingt aber nicht emotional mit. Die einzigen emotional besetzten Beziehungen waren die zu seinem Vater und seiner Schwester. Zu den Mitarbeitern der Substitutionsambulanz war das Verhalten stets auf kurze Kontakte begrenzt, weitere Begegnungsangebote wurden durch den Klienten abgewiesen. Zu mir als seiner Bezugstherapeutin konnte der Klient eine tragfähige Beziehung ausbauen, die zu Beginn durch eine Übertragung seinerseits begünstigt wurde. Er sah in mir viele Ähnlichkeiten zu seiner Schwester, die in seiner Erinnerung sehr emotional und positiv besetzt ist. Die weiblichen Mitarbeiter der Ambulanz wurden eher neutral bzw. gleichgültig behandelt. Es kam zu zwei Konflikten im Behandlungsverlauf, diese waren dadurch geprägt, dass männliche Mitarbeiter, die nicht dem Männlichkeitsbild des Klienten entsprechen, ihn auf sein Verhalten hinwiesen und dies mit ihm reflektieren wollten. Zuvor hatte er sich in der Vergabesituation vor einem anderen Klienten aufgebaut und sein Recht eingefordert zuerst substituiert zu werden. Auf die folgenden Gespräche mit den Mitarbeitern reagierte der Klient aggressiv und ablehnend. Die behandelnde Ärztin, die immer wieder den anhaltenden Cannabiskonsum thematisierte wurde vom Klienten völlig missachtet. In seinen Äußerungen verfiel er hierbei wieder in altes Zuschreibungsverhalten.

Zu Beginn der Behandlung löste der Klient bei mir eine gewisse Faszination aus, gepaart mit Erschrecken über die geschilderte Lebensgeschichte. Ebenso war bei den Kollegen zu beobachten, dass der Klient gegensätzliche Gefühle auslöste. Im Behandlungsverlauf blieben die Kollegen dem Klienten gegenüber ambivalent. Bei mir kam nach einiger Zeit eine leichte Distanzierung hinzu, da es wegen der Notwendigkeit, die Zeit bis zum Behandlungsende zu überbrücken, zu einem Stillstand der Behandlung kam. Es ging zu diesem Zeitpunkt nämlich darum, dass Herr K. eine Zurückstellung nach §35 auf die ambulante Behandlung in unserer Substitutionsambulanz bekommen hatte und diese Zurückstellung 18 Monate umfasste.

5.2.5 Lebensweltanalyse, Netzwerkanalyse

In der Lebenswelt- und Netzwerkanalyse wird der Fokus auf die Familien und Arbeitssituation des Menschen, sein soziales Umfeld, sein ökologisches Setting und seine Wohnsituation gelegt, auf die

Bedingungen der „Ökologisation“, des Lernens durch die Umwelteinflüsse, die wie jedes Lernen ein Leben lang wirken (Petzold 2016e).

Zur Lebenswelt:

*Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik. Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie 1* (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>*

Zum Netzwerk:

Hass, W., Petzold, H.G. (1999/2011): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Herr K. lebt derzeit alleine in einem Wohnheim für wohnungslose Männer in einem Einzelzimmer. Von Kontakten zu anderen Heimbewohnern berichtet er nichts. Im Heim sei er Einzelgänger ohne soziale Kontakte. Herr K. verfügt aber weiterhin über viele Szene-Kontakte. Freundschaften nach außen führe er ebenfalls nicht. Einer Arbeit geht er derzeit in einem Projekt für Langzeitarbeitslose nach (unterstützt durch das Job-Center) und hält das auch für sehr wichtig, um künftig für seinen Lebensunterhalt selbständig zu sorgen. Insgesamt ist das soziale Netzwerk von Herrn K. seit vielen Jahren stark beschädigt.

5.2.6 Ressourcenanalyse orientiert am Modell der 5 Säulen der Identität

In der Ressourcenanalyse geht es darum, was dem Menschen an Eigen- und Fremdressourcen zur Verfügung steht und welche Resilienzen er entwickeln konnte.

„In der modernen leistungsorientierten Industriegesellschaft gewinnt die Frage nach der Effektivität und Produktivität entscheidende Bedeutung. Die Frage aber hat nicht allein bei Planung und Durchführung anzusetzen, sondern bei den Menschen, die die Pläne ausarbeiten und realisieren“ (Petzold 1972b, 358).

„Der Mensch als ‚Faktor der Produktivität‘, als ‚Kapital des Unternehmens‘, als ‚Ressource im Produktionsprozess‘ wird zunehmend als Zentrum erfolgreicher Volkswirtschaften erkannt“ (idem 1968a,4).

*Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie 4* (1997) 435-471*

Die Integrative Therapie sieht Identität als Syntheseleistung des Ich, das Informationen aus dem Bereich des Leib-Selbst und des sozialen und ökologischen Kontextes im Zeitkontinuum integriert. Dabei werden Identifizierungen (Fremdattributionen) emotional und kognitiv bewertet (valuation, appraisal), mit Identifikationen (Selbstattributionen) belegt - oder auch nicht - und durch Internalisierung zu Selbstkonzepten bzw. Identitätsschemata, die in ihrer Gesamtheit (nicht in ihrer Summe!) die Identität ausmachen oder als „Cluster“ von Identitätsschemata bzw. Selbstkonzepten Teilaspekte einer Identität konstituieren. Identitätsattributionen werden durch das Moment ihrer

Verinnerlichung Teil des Leib-Selbst (Petzold 2012a). Hierbei handelt sich um fünf Bereiche, die die Identität eines Menschen bedingen, sie stabilisieren aber auch schwächen können: „Leiblichkeit“ – „Sozialer Kontext“ – „Arbeit, Leistung, Freizeit“ – „Materielle Sicherheit“ – „Werte“. Jede dieser Säulen prägt in Ihrem Bereich die Identität.

Petzold, H.G., (2012a): Einführung zu: „Identität - Ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs“² Erschienen in: Identität - Ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs, Wiesbaden: VS Verlag.

*van Wijnen, H.*Petzold, H.G.* (2003) Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. [**http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-15-2003-wijnen-h-van-petzold-h-g.html](http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-15-2003-wijnen-h-van-petzold-h-g.html)

Petzold, H.G.(2001p) „Transversale Identität und Identitätsarbeit“ Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“, Amsterdam, Düsseldorf, Paris***<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-2001p-10-2001-petzold-h-g.html>

Leiblichkeit

Ein Kernkonzept des Integrativen Ansatzes ist die Theorie des „**Informierten Leibes**“ (Petzold 2009c), der in den Lebenskontext und das biographische Kontinuum eingelassen ist. Diese Theorie hat sich mit dem Fortschritt der Neurowissenschaften vertiefend entwickelt, zunächst vor allem in Bezug auf die Leibphänomenologie von *Merleau-Ponty*, auf den die modernen Embodimenttheoretiker zurückgreifen und dann auf die Begründer der „developmental neuropsychology“, als deren Begründer *Lurija* und *Vygotskij* mit ihren methodologischen Überlegungen zur Entwicklungsneuropsychologie zu sehen sind, Ansätze, die sich heute in vielfältigen Verzweigungen präsentieren (Petzold, Sieper 2012). Die russische Schule der Neurophysiologie und -psychologen hat hier wesentliche Beiträge geleistet (*Petzold, Michailowa* 2008). Sie integriert die neurophysiologischen Prozesse mit dem Verhalten des Menschen und kann heute als eine „methodologische Brücke“ zwischen *Physiologie* und *Psychologie* betrachtet werden.

Mit dem Basiskonzept des „Informierten Leibes“ bietet die „Integrative Therapie“ eine moderne Position zum „psychophysischen Problem“, verstanden als „Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse“, die neurobiologische, leibphilosophische Perspektiven verbindet und die „implizierten Dualismen“ und „individualisierenden“ Tendenzen der Begriffe „Körper-therapie“ oder „Psycho-therapie“ vermeidet. Stattdessen wurde das Leitbild eines in die ökologische und soziale Welt eingebetteten (*embedded*) Menschen entwickelt, der Mensch-Welt-Verhältnisse erlebniskonkret wahrnimmt, verarbeitet und sich – sie verkörpernd (*embodied*) – als „Leibsubjekt“ konstituiert. Es wird auch eine Brücke zur Neurobiologie „komplexen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002) geschlagen. Lebens- und Welterfahrung bedeutet **Internalisierung** von exterozeptiven Außeneindrücken, aber auch der prozeptiv wahrgenommenen Reaktionen auf diese Stimuli. Hinzu kommt die **Interiorisierung** (*Vygotskij*) von zwischenmenschlichen Beziehungen bis hin zur **Inkorporation** (*Ferenczi*) – etwa als „innere Beistände“ (Petzold 2012e, 2016e), Menschen, die man „in sich trägt“ – die Integrative Therapie verbindet hier diese beiden Perspektiven von *Ferenczi* und *Vygotskij* über das Konzept des **Informierten Leibes**, der gute und belastende Informationen in sich trägt (letztere sind ggf. Aufgabe von Therapie) in höchst therapierelevanter Weise (Josić, Petzold 2004).

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

Orth, I. (2015) Der "domestizierte Körper" Die Behandlung "beschädigter Leiblichkeit" in der Integrativen Therapie, *<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/orth-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in-der-it-polyloge-02-2015.pdf>

Petzold, H.G. (2014) : Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion G. Petzold Erschienen in: *PETZOLD, H.: Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie - Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion Gottfried Petzold. Resonanzen – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Nordamerika, 2, mai. 2014. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/273>, Zugriffsdatum: 17 Jul. 2014.*

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012)“Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis* (2012a) <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-21-2012-hilarion-g-petzold-johanna-sieper.html>

Trotz jahrzehntelangem übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum befindet sich Herr K. in einem relativ guten körperlichen Allgemeinzustand. Belastend sind die Hepatitis-C-Erkrankung sowie die direkten körperlichen Folgen des Drogenkonsums. Gleichzeitig aber verfügt Herr K. über eine große Regenerationsfähigkeit durch ausgeprägte sportliche Aktivitäten und viel Bewegung.

Herr K. ist normalgewichtig, sieht durchtrainiert aus und durchweg gepflegt. Von Beginn der Behandlung an erschien Herr K. sehr entschlossen und hielt seinen Plan, erneut eine Therapie anzutreten, trotz großer Mutlosigkeit und Verzweiflung bei. Ressourcen zeigte er in seiner kognitiven Introspektionsfähigkeit und seiner Kommunikationsfähigkeit. Er wirkt insgesamt hart und distanziert. Die zahlreichen Haftaufenthalte haben den Gesundheitsstatus von Herrn K. immer wieder stabilisiert. Auffällig sind seine zahlreichen Tätowierungen, die aus sehr aggressiven Motiven bestehen (Messer, Fratzen, Drachen). Am deutlichsten ist seine Bauchtätowierung „destroyed“ – zerstört.

Sozialer Kontext / Netzwerk

Unterstützung im sozialen Netzwerk lässt sich im Rahmen von Netzwerkanalysen untersuchen. Soziale Unterstützung kann als Ressource, d.h. als in sozialen Netzwerken latent vorhandenes und aktivierbares Potential verschiedener Arten von Hilfeangeboten in alltäglichen Problemsituationen, in Stresssituationen oder bei kritischen Lebensereignissen angesehen werden.

Unterstützungnetzwerke werden nur noch zum Teil durch Sozialkategorien wie Familie oder Verwandtschaft bestimmt, zunehmend durch funktionale und interaktionale Netzwerkmerkmale. Das lange Zeit vorherrschende Erkenntnisinteresse lediglich an den fördernden Wirkungen sozialer Netzwerke hatte die Option für die ebenso erwartbare wie auch reale Alternative und im Grund überraschend späte Einsicht, dass Beziehungsgeflechte nicht notwendiger Weise „nice things“ sind, bis dahin verstellt. Soziale Unterstützung wird als ein Spezialfall von sozialer Interaktion gesehen, der sowohl positive als auch negative Wirkungen hervorrufen kann. (s. Pkt 5.2.5: Hass, Petzold 1999)

Die Säule „Sozialer Kontext“ ist vor allem durch die Abhängigkeits- und Kriminalitätsentwicklung massiv beschädigt. Herr K. hatte lediglich Kontakte zum „Milieu“, die sich jedoch als sehr brüchig erwiesen, weil zwischenmenschliche Beziehungen hier nicht im Mittelpunkt standen. Andere soziale Kontakte haben nicht mehr bestanden. Die Beziehung zu seiner Familie ist völlig abgebrochen. Insbesondere der abgebrochene Kontakt zu seinen Schwestern schmerzt Herrn K. sehr.

Auch beruflich gibt es keinen sozialen Rückhalt, da Herr K. seine Arbeitsstellen immer wieder wechselte. Sein Ziel, eine eigene Firma zu gründen, scheiterte durch seine erneute Inhaftierung. Soziale Kontakte bestehen überwiegend zur Drogenszene oder zu professionellen Helfern.

Arbeit, Leistung, Freizeit

Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit gehören zu den gravierenden Problemen moderner Gesellschaften in dynamischen, globalen Wirtschaftszusammenhängen. Berufliche Normalbiographien bieten oft keine verlässlichen Sicherheiten mehr. Verlieren Menschen ihre Arbeit, kann daraus leicht eine Langzeitarbeitslosigkeit werden mit gravierenden Folgen für die soziale Situation und die psychische und physische Gesundheit. Aus dieser Situation herauszukommen ist sehr schwierig. Viele sind ohne besondere Hilfen chancenlos. „Sich selbst zum Projekt machen“, ist ein von Petzold elaborierter Weg über die Möglichkeiten einer „Talentdiagnostik“ neu eigene Stärken zu erkennen.

Hartz, P., Petzold, H.,(2013) Wege aus der Arbeitslosigkeit. MINIPRENEURE. Chancen um das Leben neu zu gestalten – Zur Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit, Springer-Verlag

Herr K. hat nach seinem Schulabschluss eine Ausbildung zum Schlosser absolviert und nach mehreren Unterbrechungen in der Haft abgeschlossen. Mehrere Jahre hat Herr K. unterschiedliche Arbeiten ausgeführt, allerdings nicht als Schlosser, sondern als Staplerfahrer, Montagehelfer oder LKW-Fahrer. Herr K. will aber gerne wieder arbeiten um eigenständig leben zu können und sich die Anerkennung zu verschaffen, die er lange Zeit vermisst hat. Derzeit ist er in einem Projekt für Langzeitarbeitslose beschäftigt, das vom Job-Center unterstützt wird.

Im Bereich der Freizeit gab es außer Sport und Bewegung keine erfüllenden Aktivitäten.

Diese Säule der Identität ist trotz vieler Schädigungen stark ausgeprägt. Herr K. sieht Arbeit als notwendiges Übel. Wenn er arbeitet, zeigt er eine hohe bis völlig überhöhte Leistungsfähigkeit, aber ohne große innere Motivation. Er will eher zeigen, dass er leistungsfähig ist ohne innere Überzeugung, dass Arbeit sinn- und identitätsstiftend sein könnte.

Materielle Sicherheit

Herr K. verfügt nur über ein geringes Einkommen durch das Jobcenter, das zudem zeitlich befristet ist. Ersparnisse hat er keine. Herr K. lebt vom Hartz-IV-Bezug und muss darüber hinaus noch Raten an die Justizbehörden wegen der Geldstrafen zahlen. Wie sich seine materielle Zukunft gestalten wird, lässt sich derzeit nicht sagen. Dies führt bei Herrn K. zu Existenz- und Zukunftsängsten, allerdings nur begrenzt, da Herr K. sich sehr sicher ist, dass er sich immer Geld beschaffen könne.

Werte und Normen

Werte und Normen sind eigene und mit anderen geteilte Überzeugungen und gelebte Praxis von Würde, Respekt und Anerkennung. Der Genderperspektive kommt hier eine besondere Bedeutung zu, insbesondere im Hinblick auf die Normen- und Wertewelt des Herrn K.

„Genderintegrität betrifft die Würde von Menschen in ihrer Genderidentität und den Respekt vor ihnen, eine Zusicherung, für Unverletzbarkeit und Schutz einzutreten: gegenüber 1. dem *weiblichen Gender*, 2. dem *männlichen Gender* in je spezifischer und grundsätzlicher Wertschätzung, was in differentieller Betrachtung genauso für andere Formen der Genderausprägung gilt, sowie 3. für die jeweiligen *Genderbeziehungen* zueinander und in ihrer *wechselseitigen Bezogenheit*.

Auch diese Bezogenheit verlangt Integrität. – Ohne eine diskursive Wechselseitigkeit, ohne eine kooperative und kokreative Zusammenarbeit der Gender in ihrer *Verschiedenheit* und *Verbundenheit* bei diesem Thema können Genderbewusstheit, Gendergerechtigkeit, Gender Mainstreaming und eine gendersensible Kultur nicht realisiert, entwickelt und gepflegt werden. Um „Genderintegrität“ zu verstehen, um sie zu gestalten, um sie ko-respondierend und ko-operierend zu realisieren und nachhaltig zu sichern, braucht es alle Gender, ihr Engagement und ihre Kokreativität“. (Petzold, Orth 2011).

Petzold, H.G., Orth, I. (2011) „Genderintegrität“ als neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten – ein ko-reflexiver Beitrag zu „Genderkompetenz“ in: *Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.*

Bei Herrn K. ist die Säule der Werte und Normen am stärksten ausgeprägt. Er zeigt eine starke Haltung zu Werten wie Männlichkeit, Weiblichkeit, Ehrlichkeit und Treue. Alle diese Werte und Normen sind aber eigene Normen, die mit der Normen- und Wertewelt der Gesellschaft keine Übereinstimmung haben. Dennoch ist Herr K. von der Richtigkeit dieser Werte überzeugt und kaum korrigierbar (z.B. hinsichtlich seiner abwertenden Haltung Frauen gegenüber).

Die Arbeit an der Säule der Werte und Normen ist zutiefst auch eine Frage der Gewissensbildung, und zwar nicht nur im engeren Sinne, sondern in einem erweiterten, den Kontext und die soziale und gesellschaftliche Realität umfassenden Sinne. Petzold hat dazu bereits 1971 ausgeführt: „Wer für Frieden und Wohlergehen in dieser Welt Sorge tragen will, muss auf dem Boden eines kritischen Bewusstseins und einer komplexen Achtsamkeit [sensibilité complexe] gemeinsam mit Gleichgesinnten ‚engagierte Verantwortung‘ übernehmen: für das Leben, für das Lebendige, für unbeschädigte Lebensräume, muss für die Integrität und die Dignität von Menschen eintreten – konkret und praktisch. Das ist eine Frage des Gewissens, das sich damit selbst kultiviert und zugleich zu kollektiver Humanität und konvivialen Lebensverhältnissen einen Beitrag leistet. Das ist auch eine Frage der persönlichen Weisheit, die erkannt hat, dass ein ‚gutes Leben‘ ohne das Wohlergehen der Anderen letztlich nicht zu haben ist“ (Petzold 1971).

Petzold, H.G. (1971), „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d’Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris

5.2.7 Kontinuumsanalyse

In der Kontinuumsanalyse geht es darum, wie sich das bisherige Leben des Klienten vollzogen hat, ob es kritische Lebensereignisse gibt und welche Zukunftsperspektiven zur Verfügung stehen, bzw. entwickelt werden können. Die Perspektiven der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (Sieper 2007b) kommt hier zum Tragen.

Petzold, H.G. (1991a): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, Integrative Therapie Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395; (2003a) S. 299 - 340.

Vergangenheit

Herr K. hat sich sein ganzes Leben in kriminellen Milieus aufgehalten. Sein Vater, der getarnt Autohändler war, handelte nebenbei ebenfalls mit Waffen und diverser Hehlerware. Später bekam der Klient Kontakt zum Rotlichtmilieu und Türsteherszene. Durch seine Geschäfte verkehrte er dann auch in der Rockerszene und schließlich mit den Hells Angels.

Der Klient hatte in seiner Lebensgeschichte häufig mit Abbrüchen zu kämpfen. Die Scheidung der Eltern war für ihn das erste prägende Erlebnis. Daran war nicht so sehr die Scheidung an sich schwer zu verarbeiten, sondern die Gefühlskälte, die von beiden Eltern, vor allem aber vom Vater ausging. Nachdem die Mutter den Klienten und seine Schwester einige Zeit vom Vater ferngehalten hatte, brach Herr K. den Kontakt zur Mutter ab und widmete sich seinen kriminellen Geschäften. Es folgten Verurteilungen und eine Flucht nach Ägypten. Kurz danach verstarb der Vater. Der Klient beschreibt authentisch, er sei in ein tiefes Loch gefallen und habe im Anschluss seine Geschäfte intensiver betrieben. Herr K. hat es nie gelernt sich überdauernd auf Beziehungen einzulassen. Die Kontakte aus

einer 7-jährigen Inhaftierung zu den Wachleuten und zu den Mitgefangenen beschreibt er als lang anhaltend aber oberflächlich. Aufgrund seiner Dissozialität und seiner „narzisstischen“ Neigung kann er sich schwer anpassen, was zu drei Abbrüchen in stationären Therapien führte.

Im bisherigen Lebenslauf finden sich überwiegend Gewalt und Kriminalität, gepaart mit Brutalität und Gefühllosigkeit. Die über viele Jahre stattgefundene Knastsozialisation kommt erschwerend hinzu.

Gegenwart

Im Behandlungsverlauf ist zu sehen, dass der Klient sich zwar bemüht seine Vergangenheit vergessen zu machen, dass er aber aus erlernten Verhaltensmustern nicht aussteigen kann. Anhaltspunkte hierfür waren nicht nur die kurzzeitige Beziehung zu einer Mitpatientin, die zur Geldbeschaffung benutzt wurde, sondern auch sein Verhalten gegenüber anderen Mitpatienten und Mitarbeitern war geprägt von „Machtgebaren“. Die ganze Körpersprache des Klienten ließ immer den Schluss zu, dass es jederzeit zu gewalttätigen Auseinandersetzungen kommen könnte. Die Behandlungszeit bei uns von insgesamt 2,5 Jahren war die längste kontinuierliche Behandlung in Herrn K. Leben, was darauf schließen lässt, dass er sich nirgendwo richtig ansiedelt.

Zukunft

Herr K. möchte ein geregeltes Leben führen können, ohne dass Abhängigkeiten ihn daran hindern. Allerdings kann er sich nicht vorstellen, gänzlich auf den Konsum psychotroper Substanzen (v.a. Cannabis) zu verzichten. Er möchte sich selbst verstehen und regulieren können. Außerdem möchte er seine Schwestern wieder suchen, zu denen er viele Jahre keinerlei Kontakt mehr hatte. Er wünscht sich wieder ein Leben, das sich lohnt.

Herr K. überlegt durch die stationäre Therapie einen völligen Neubeginn, den Aufbau eines neuen Lebens in einer anderen Stadt und einem anderen Setting.

Er möchte sich wieder selbst wert schätzen, möchte nicht nur mit seiner kriminellen Vergangenheit identifiziert werden, sich wieder selbst vertrauen können und ein selbstverantwortliches Leben ohne übermäßigen Drogenkonsum führen lernen.

5.2.8 Sinnanalyse

In der Sinnanalyse geht es darum, was dem betreffenden Menschen innere Befriedigung verschafft und von ihm als sinnvoll erlebt wird. Normen und Werte, die der betreffenden Person wichtig sind, werden eruiert. (Petzold, Orth 2004a, 2005a, Petzold, Orth, Sieper 2010)

Der Mensch als personales System, als Leib-Subjekt, welches durch personale Identität gekennzeichnet ist, tritt aus dieser Identität in Beziehung zu anderen Systemen/Subjekten. Diese Beziehungen, wie auch die Binnenstruktur in den Abläufen des Systems, werden durch Sinn als ultimativer Kategorie bestimmt. Dabei ist Sinn nicht allgemeingültige und absolute Wahrheit, sondern das in Erfahrungen und Beziehungen – auch in Beziehungen zur Natur (Petzold 2016b) – eingebettete Wahrnehmen, Handeln, Fühlen und Denken der Person als eine ursprüngliche Erfahrung.

In der therapeutischen Arbeit geht es um Erkennen und Überwinden von Sinn-Losigkeit in der individuellen und sozialen Realität des Menschen, um die Konstituierung von Sinn in den intraorganismischen, intrapersonalen und interpersonalen Beziehungen, aber auch in der näheren und weiteren sozialen und physikalischen Umwelt. Die Qualität der Bezogenheiten in den räumlichen, zeitlichen, ökologischen und sozialen Dimensionen erweist sich als ein grundsätzlicher gemeinsamer Sinn, ein primordialer Kon-sens. Das Verstehen im Sinne eines erlebten Erfassens und Begreifens dieser Zusammenhänge gibt uns einen Ort im Gefüge des Kon-textes, macht deutlich, dass wir Bezogene sind und uns ständig beziehen, dass wir in fortwährender Ko-responenz stehen. In Begegnung, Beziehung und Auseinandersetzung gewinnt Sinn Bedeutung und intersubjektive Gültigkeit. So ist die Konstituierung von Sinn immer nur als Sinn mit anderen, als intersubjektiver Kon-sens möglich. Sinn scheint in Zusammenhängen auf, die wahrnehmend und handelnd erschlossen werden. Sinn entfließt den Sinnen, konstituiert sich durch die sinnhafte Wahrnehmung des Leibes.

Er erhält in der intersubjektiven Beziehung Bedeutung für all diejenigen, die ihn in einem gegebenen Kontext und Kontinuum aussprechen und benennen. Identitätsfindung bedeutet das Gewinnen von Sinn, der als erlebter Sinn sinnhaft wahrgenommen wird und soziale, räumliche und zeitliche Orientierung ermöglicht. In jeder personalen und gruppalen Identität werden die immer schon vorhandenen Strukturen in eine neue, jeweils unwiederholbare und einzigartige Anordnung gebracht. Das Element, das alles verbindet, das Einheit in der Vielfalt möglich macht, das die Fülle des Ganzen und die Würde der Teile gewährleistet, ist Sinn als sinnhafte, leibliche Bewusstheit und als intersubjektiver Kon-sens. Darüber hinaus sind Sinnerfahrungen auf einer existentiellen Ebene möglich, die entweder spontan im Naturerleben, in außergewöhnlichen Begegnungen zwischen Menschen oder in der Auseinandersetzung mit Fragen des „geistigen Lebens“ oder in religiöser Sinnsuche aufkommen, eintreten und für Menschen in ihrer Lebenssituation und ihrem Krankheitserleben von großer Bedeutung sein können. Es gibt aber auch eine absichtsvolle und gezielt angesteuerte Sinnsuche durch meditative Wege der „Besinnung, Betrachtung und Versenkung“ (Petzold 1983e), um aus erlebter Sinnlosigkeit heraus zu gelangen, wie man sie des Öfteren bei Menschen im Bereich der Sucht findet. Hier haben Formen der „Naturmeditation“ – „Green Meditation“ (Petzold 2011g, 2015b) sich als wirkungsvolle Hilfen erwiesen, die sich jedem Menschen stellende Aufgaben persönlicher Integrationsarbeit zu unterstützen (Orth, Petzold 2015).

Herr K. sieht sich weitgehend als Versager, dessen Leben durch Angst, Gewalt und Straftaten geprägt ist. Er würde gerne viele Lebensbereiche korrigieren. Die bisherigen 30 Jahre habe er weitgehend im Rausch erlebt. Eigenverantwortlichkeit und Eigenständigkeit sind ihm sehr wichtig. Herr K. hat aber erhebliche Zweifel, ob diese Ziele für ihn tatsächlich erreichbar sind.

6. Ätiologische Überlegungen / Hypothesenbildung zur Krankheitsentwicklung

Herr K. wuchs in einem sehr belasteten Elternhaus auf (elterliche Spannungen, Alkoholkonsum mit zahlreichen Rauschzuständen, Gewaltanwendungen, gewaltsame Todesfälle, Familienrache, Entzweiung der Eltern, Hass). Alkohol war stets verfügbar. Er hat sehr schnell gelernt, dass sich schwierige Lebens- und Beziehungssituationen subjektiv durch Alkohol leichter bewältigen lassen.

In seinem Umfeld hatten individuelle Gefühle und Bedürfnisse wenig Raum, sie wurden kaum wahrgenommen. In der Diskrepanz zu seiner Erlebens- und Gefühlswelt hat Herr K. in seiner Jugend sowohl den Alkoholkonsum als auch die Zugehörigkeit zu subkulturellen Gruppen als Problemlöser schätzen gelernt, um so sein defizitäres Selbstwertgefühl und seine soziale Unsicherheit ertragen zu können.

Differenzierte Bewältigungsstrategien für schwierige soziale wie emotionale Situationen hat er kaum entwickeln können. Er hat sehr schnell gelernt, den Alkohol als hilfreiche Coping-Strategie einzusetzen. Mit der Zeit entwickelte sich umfassende Abhängigkeit, die er über viele Jahre hinweg lebte.

Erst als durch den fortgesetzten Alkoholkonsum, die hohe Kriminalitätsbelastung und die erneute drohende Inhaftierung der Leidensdruck so groß wurde, dass er es nicht mehr ertragen konnte, entschloss er sich zu einer Veränderung und damit verbunden zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung.

7. Interaktionsanalyse: Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung bildet in der Integrativen Therapie die Grundlage therapeutischer Entwicklungsprozesse. „Sie ist Rahmen, Basis und auch Medium des therapeutischen Entwicklungsprozesses.“ (Rahm et al. 1993, 351). Dies wird möglich, in dem sich der Therapeut zum einen auf die Beziehung einlässt und zum anderen immer wieder einen Schritt zurücktreten und die

Interaktionen reflektieren kann. Dabei ist es wichtig, wechseln zu können zwischen Involvierung, Zentrierung und Exzentrizität. Therapie findet immer in wechselseitiger Bezogenheit statt (Rahm et al. 1993) und es kommt „zwischenleibliche“, wechselseitige Empathie als Kernfaktor jeder Therapie zum Tragen (Petzold, Müller 2007).

Die Therapeutische Beziehung als Begriff zu fassen und in ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu verstehen und zu gestalten bedarf der Zusammenschau unterschiedlicher Optiken aus unterschiedlichen Wissensgebieten:

1. die *subjekttheoretische Optik*, die von ontologischen und subjekttheoretischen Positionen her die Probleme der Intersubjektivität zu bedenken sucht. Hier sind für den Integrativen Ansatz und seine „Theorie der Relationalität“ besonders die Überlegungen von *Gabriel Marcel, Emmanuel Levinas, Paul Ricoeur* wesentlich. Von der ontologischen Position ausgehend, dass „*Sein Mit-sein*“ ist, wird mit *Levinas* (1983) ein Prinzip grundsätzlicher „Alterität“ angenommen, eine „*Andersheit des Anderen*“
2. die *sozialphänomenologisch-hermeneutische Optik*, die von der Sprache und den Gegebenheiten der sozialen Wirklichkeit ausgehend verschiedene „*Relationalitätsmodalitäten*“ (Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit) differenziert, und dabei auf die Erkenntnisse einer beschreibenden und verstehenden Sozialphilosophie bzw. „*Philosophie des Zwischenmenschlichen*“ sowie auf die Sprachforschung und Sozialforschung und auf soziologische Traditionen zurückgreifen kann, z. B. auf den soziologischen Begriff der „*Beziehung*“,
3. die *psychoanalytisch-tiefenpsychologische Sicht*, die *Übertragung, Gegenübertragung, Arbeitsbündnis* differenziert und klinische Phänomene als Teil- oder Spezialphänomene menschlicher Relationalität beschreibbar und verstehbar macht.
4. Die *sozialpsychologische Optik*, welche *Kommunikation, Interaktion, Affiliation und Reaktanz* etc. unterscheidet, diese aber immer auch kontexttheoretisch verortet – im Kontext von *Lebenslagen, sozialen Netzwerken/Konvois und social worlds*
5. Die *systemtheoretische Optik* erlaubt es, Beziehungen als *Systemrelationen* im Binnenraum von Systemen und zwischen Systemen, die „*füreinander Umwelt*“ sind, zu begreifen, Regelmäßigkeiten kommunikativ-interaktiver Prozesse zu verstehen, Übergänge von Kommunikationsprozessen zu erfassen.

Die sozialpsychologische Perspektive in jeder Form sozialinterventiver Beziehungsarbeit (Psycho-, Sozio-, Kreativtherapie, Pädagogik/Agogik, Supervision etc.) erschließt ein vertieftes Verstehen von Phänomen des sozialen Miteinanders und ergänzt den tiefenpsychologischen Verstehensansatz *Übertragung / Gegenübertragung, Arbeitsbündnis*, der auch für den Integrativen Ansatz durchaus wichtig ist, der aber nie das einzige Erklärungsmodell darstellte und darstellen darf. Sie komplementierte den Integrativen Ansatz einer phänomenologisch-tiefenhermeneutischen Theorie der Relationalität, indem die sozialpsychologische Perspektive als eine unverzichtbare *Optik* motivationaler Dimensionen und psychosozialer Verstehensansätze erschließt, die für therapeutische Arbeit neue Impulse bietet.

So beschreibt z.B. der Begriff der Affiliation das *intrinsische Bedürfnis des Menschen nach der Nähe zum anderen Menschen*, das gleichzeitig eine intrinsische Korrekturgröße hat, die *Reaktanz als Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben*, d. h. eine hinlängliche Unabhängigkeit und Eigenständigkeit.

Aus Sicht der Integrativen Therapie sind seelische Erkrankungen Folge pathologischer Beziehungserfahrungen. Positive Beziehungserfahrungen schützen und stärken den Menschen, Negative gefährden ihn. Das zentrale Ziel der therapeutischen Beziehung ist daher, dem Patienten durch Höhen und Tiefen des Prozesses alternative Beziehungserfahrung zu ermöglichen (Petzold 2012h, Petzold 2012c, Ostermann 2010), um so die Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit zu fördern.

Hierbei kommt dem entwicklungspsychologischen Konzept der **Interiorisierung** eine besondere Bedeutung zu (Petzold 2012c, 2012e, 2012h, 2016e, Vygotskij 1992). Darunter wird der Prozess verstanden, durch den aus einer äußeren zwischenmenschlichen Kommunikation eine innere wird.

Die zwischenmenschlich interpsychische Kommunikation entwickelt sich zur intrapsychischen Kommunikation. Die Haltungen wichtiger Bezugspersonen – „significant others“ mit ihrem kollektiven kulturellen Hintergrund – werden verinnerlicht und **interiorisiert** auf einer leiblichen Ebene, die im Sinne des Integrativen Leibkonzeptes auch das **Mentale** umfasst: es entsteht ein Prozess der „**Mentalisierung**“, der Übernahme „kollektiver mentaler Repräsentationen“ (Moscovici 2001; Petzold 2003b, 2012e;) bis auf die Ebene der Leiblichkeit. So lernen Menschen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung mit sich selbst und mit anderen in hinlänglich sozial- und kulturgerechter Weise umzugehen, wie sie es durch für sie wichtige Bezugspersonen erfahren haben - in förderlicher wie auch in schädigender Hinsicht (Josić, Petzold 2004). Übertragen auf den therapeutischen Prozess bedeutet dies, dass es gilt, konstruktive Rahmenbedingungen und Erlebens- wie Beziehungsmöglichkeiten zu gestalten, die Interiorisierungen von positiv werthaltigen Lebenseinstellungen möglich machen (Leitner 2010, 140).

Interiorisierungen von Problemlösemustern, Ressourcennutzungsmustern, Chancenerkennungsmustern sowie Erfahrungen positiven Erlebens und „inneren Beiständen“ können im therapeutischen Prozess gefördert werden. Insbesondere geht es um die Interiorisierung positiv erlebter Beziehungsgestaltung: „Es können dann auch gezielt Interiorisierungen neuer Beziehungen und Bindungen – etwa Freundschaften oder auch in der therapeutischen Beziehung gefördert werden“ (Petzold 2012 h, 22).

Dazu ist es erforderlich im therapeutischen Prozess Rahmenbedingungen für förderliche „Affiliationen“ zu schaffen und Begegnungen im persönlichen Nahraum zuzulassen. Die Therapeutin/der Therapeut kann daraus folgernd in der therapeutischen Beziehung nur jenes weitergeben, welches sie/er selbst interiorisiert hat: „Sich selbst lieben zu können erfordert die Interiorisierung des Geliebtworden-Seins, das man dann auf sich Selbst (und natürlich dann auf andere) anwenden kann“ (Petzold 2012 c, e, 2016e). Dies erfordert neben der regelmäßigen Reflexion der therapeutischen Beziehung vor allem auch die Wahrnehmung und Reflexion der innerpsychischen Beziehung des Therapeuten.

Müller, M., Petzold, H.G. (2003): Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 08/2003 - <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-03-2007-josef-moser-hilarion-g-petzold.html> - Erweitert als Petzold, Müller 2005/2007.

7.1 Relationen der Bezogenheit / Interaktionsverhalten

Ko-respondenz als intersubjektives Geschehen begründet die Qualität und Funktion zwischenmenschlicher Relationalität. Es werden folgende Beziehungsmodalitäten unterschieden: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit und Hörigkeit. „Du. Ich. Wir - das ist die Grundformel zwischenmenschlicher Relationalität“ (Petzold 1993).

Als sozialpsychologische Relationsmodalitäten werden Affiliation und Reaktanz unterschieden. Unter Affiliation wird das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach der Nähe zu anderen Menschen verstanden. Damit stellt die Affiliation die Basis für jegliche menschliche Relationalität dar. Demgegenüber steht das menschliche Bedürfnis nach Reaktanz (vgl. 7.2) als Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben. „Dem „bei Dir/für Euch“ steht ein „bei mir/für mich“ gegenüber“ (Petzold, Müller 2005/2007, 8). Beide Grundbedürfnisse werden in der Integrativen Therapie respektiert und beachtet.

Das Interaktionsverhalten im therapeutischen Curriculum ist offen und kooperativ. Therapie ist eine Behandlungsstrategie, die für und mit dem Patienten entwickelt wird. Es sollen Ziele, Inhalte, Methoden, Techniken und Medien in einer ko-respondierenden hermeneutischen Suchbewegung auf eine Weise zu variablen Variationen verbunden werden, dass die Heilung und Persönlichkeitsentwicklung des Patienten in optimaler Weise gewährleistet ist.

Die Analyse des Lebenszusammenhangs in Kontext und Kontinuum, die in der Anamnese und in Teilanalysen im Rahmen der prozessualen Diagnostik gewonnen wird, führt unter Einbezug der Metatheorie und der realexplikativen Theorien zu Behandlungszielen mit variabler Zielstruktur, d.h. zu Folien für die Intervention. Nach der diagnostischen Bewertung und Einordnung der Beschwerden des Patienten folgt die Zielformulierung für die Behandlung. Dann erst kommt man zur Wahl der Mittel und Wege (Primat der Ziele: Folien, Methoden und Techniken haben sich nach den Zielen zu richten, nicht umgekehrt). Im Sinne der Heuristik werden immer wieder Ziele oder Teilziele anhand neuer diagnostischer Erkenntnisse überprüft und ggf. neu formuliert und die gewählten Folien und Methoden im Hinblick auf die Brauchbarkeit für die Zielerreichung beurteilt und ggf. geändert. Ziele werden nach dem Ko-respondenzmodell zwischen Therapeut und Patient gemeinsam im Prozess erarbeitet. Je klarer für den Patienten die Zielsetzungen der Therapie sind, desto weniger wird er objektiviert. Ein solches Vorgehen liegt demnach im Sinne des Intersubjektivitätsideals. Allerdings können die metatheoretischen, realexplikativ-theoretischen und praxeologischen Vorannahmen für die Zielfindung mit der überwiegenden Anzahl der Patienten nicht von Grund auf diskursiv und intersubjektiv erarbeitet werden, so daß der Therapeut oft aus unterstellter Intersubjektivität arbeiten muss, besonders wenn die Fähigkeit des Patienten zu personaler Begegnung sehr beschädigt oder eingeschränkt ist. Dennoch muss immer wieder versucht werden, über die Grundkonzepte des Verfahrens in Ko-respondenz zu treten.

Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, Integrative Therapie 1, <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2012c-psychotherapie-arbeitsbuenndnis-oder-sprache-der-zaertlichkeit-und.html>. Erw. in Petzold, Orth, Sieper (2014b).

Für Herrn K. gestaltet sich die förderliche Umsetzung dieser Grundbedürfnisse in seiner Lebenswelt sehr schwierig. Sein Bedürfnis nach Affiliation setzt er vor allem durch die Zugehörigkeit zum subkulturellen Milieu um und gestaltet es vor allem durch starke Anpassung und Übernahme von szenetypischen Verhaltensnormen. Seine individuellen Gefühle und Bedürfnisse (Selbstzweifel, familiäre Zugehörigkeit) hat er dabei weitgehend zurückgestellt. Seine Beziehungsgestaltungen waren sehr stark geprägt von Verachtung den Frauen gegenüber, was immer sehr schnell zu Trennungen führte, häufig nach vorausgegangenen massiven Gewaltanwendungen den Frauen gegenüber. Die Ambivalenz zwischen der Sehnsucht nach familiärer Geborgenheit und gleichzeitiger Verachtung den Partnerinnen gegenüber hat Herr K. nie auflösen können. Die Beziehung zu Männern war ebenfalls sehr ambivalent. Verständnisvolle und zurückhaltende Männer lehnte er ab, während er Männer, die eine gewisse Härte und Distanz zeigten, durchaus akzeptierte. Frauen gegenüber waren Gefühle der Verachtung ganz überwiegend mit Ausnahme gegenüber Frauen, die eine klare fachliche Kompetenz zeigen konnten. Er hatte immer die Sehnsucht, ein unabhängiges und eigenverantwortliches Leben führen zu können. Er hatte eine große und versteckte Sehnsucht danach, über seine Gefühle zu sprechen und emotionale Nähe zuzulassen, hat dies aber gleichzeitig durch sein Auftreten (Kälte, Überheblichkeit, Erniedrigung) fast unmöglich gemacht. Dies wird im therapeutischen Setting überdeutlich. Herr K. zeigt sich durchaus kommunikativ, spricht aber kaum über seine Wünsche und kann auch seine Emotionen nicht genau benennen. Seine Ziele dagegen benennt er einerseits deutlich, aber auch so allgemein, dass daraus keine wirkliche innere Beteiligung (Emotion, Kognition, Volition) erkennbar wird. Es ist, als ob all die angestauten Emotionen in Kriminalität und Drogenkonsum ein Ventil gefunden hätten. Er steht ganz offensichtlich unter einem enormen Leidensdruck. Herr K. zeigt ein stark ausgeprägtes Defizit in den Bereichen Selbstwert, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen.

Reaktiv zeigt sich Herr K. in erster Linie durch Blockieren, Kognitive Überlegung, Rückzug und Ertragen. Er sah bisher keine Möglichkeit, aus seinem „inneren Gefängnis“ auszubrechen. Lediglich der Alkohol habe ihm subjektiv geholfen, sein „zerstörtes“ („destroyed“) Leben auszuhalten.

Insbesondere die schwierige Beziehung zu Frauen, die Gewalt- und Drogenexzesse und die Unfähigkeit, „sein Leben in den Griff zu bekommen“, stellen eine enorme Belastung für ihn da. In der Behandlung erlebe ich Herrn K. als ehrlich bemüht, unverstellt, hart, aber auch zuverlässig und verbindlich. Er hat seine vereinbarten Termine stets pünktlich wahrgenommen. Insbesondere in den Therapiesitzungen, in denen es um das Lebenspanorama und die Identitätssäulen geht, erlebe ich ihn berührt und sehr verzweifelt. Er hat große Angst, seine Ziele nicht erreichen zu können. Es fällt ihm nicht leicht, Gefühle zu zeigen und diese zu benennen. Sein Leidensdruck ist aber deutlich spürbar. Der Kontakt ist schnell hergestellt und durch intersubjektive Ko-responzenz entsteht durch Beständigkeit und Beharrlichkeit schließlich Begegnung.

7.2 Übertragungsqualität, Widerstandsphänomene, Abwehrformen

Übertragung

Übertragungen (Rahm et al. 1993) finden sowohl in Alltagssituationen als auch in der therapeutischen Arbeit statt. Sie sind die unbewusste Vergegenwärtigung früherer Atmosphären und Szenen, die den Kontakt zum Gegenüber im Hier und Jetzt verzerren oder verstellen.

Widerstand/Reaktanz

Widerstand (Rahm et al. 1993) wird in der Integrativen Therapie positiv bewertet. Er dient der Abwehr von Angst und schmerzlichem Erleben. Widerstand wird definiert als „eine positive Fähigkeit des Ichs, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zu schützen“. Widerstand wird als kreativer Konfliktlösungsversuch verstanden und erst dann als pathogen bewertet, wenn Veränderungsprozesse nicht mehr möglich sind.

Mit dem Begriff Reaktanz (Petzold, H.G., Müller, M. 2005/2007, Moser, A. 2011) wird ein Verhalten von Menschen als Reaktion auf die Einengung ihres Freiheitsspielraumes beschrieben. Reaktanz entsteht demnach aus dem menschlichem Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, aus dem Bedürfnis von Unabhängigkeit und Eigenständigkeit. Dies wird in der Integrativen Therapie als Grundbedürfnis des Menschen geachtet und ebenfalls positiv bewertet. Bei Herr K. ließen sich weder Widerstands- noch Reaktanzphänomene wahrnehmen.

Unter **Gegenübertragungsresonanzen** (Rahm et al. 1993) werden in der Integrativen Therapie die empathischen Reaktionen des Therapeuten auf das, was der Patient mir entgegenbringt, verstanden.

Folgende Gegenübertragungsresonanzen können unterschieden werden:

Konkordant:

Empathisches Mitfühlen des Therapeuten mit dem Patienten.

Komplementär:

Der Therapeut fühlt sich ähnlich wie das frühere Gegenüber (zum Beispiel wie der strafende Vater) des Patienten.

Reziprok:

Der Therapeut fühlt sich von dem Patienten so behandelt, wie dieser früher behandelt wurde. Dadurch befindet sich der Patient in der Komplementärrolle, so wie sein früheres Gegenüber sich gefühlt hat.

Interaktionsverhalten in der Einrichtung

Herr K. neigt zu sachbezogenen Kontakten. Er ist in der Lage Kontakt aufzunehmen, schwingt aber nicht emotional mit. Die einzigen emotional besetzten Beziehungen waren die zu seinem Vater und seiner Schwester. Zu den Mitarbeitern der Substitutionsambulanz war das Verhalten stets auf kurze

Kontakte begrenzt, weitere Begegnungsangebote wurden durch Herrn K. abgewiesen. Zu mir als seiner Bezugstherapeutin konnte Herr K. eine tragfähige Beziehung ausbauen, die zu Beginn durch eine positive Übertragung seinerseits begünstigt wurde. Er sah in mir viele Ähnlichkeiten zu seiner Schwester, die in seiner Erinnerung sehr emotional und positiv besetzt ist. Die weiblichen Mitarbeiter der Ambulanz wurden eher neutral bzw. gleichgültig behandelt. Es kam zu zwei Konflikten im Behandlungsverlauf; diese waren dadurch geprägt, dass männliche Mitarbeiter, die nicht dem Männlichkeitsbild des Klienten entsprechen, ihn auf sein Verhalten hinwiesen und dies mit ihm reflektieren wollten. Zuvor hatte er sich in der Vergabesituation vor einem anderen Klienten „aufgebaut“ und sein Recht eingefordert zuerst substituiert zu werden. Auf die folgenden Gespräche mit den Mitarbeitern reagierte der Klient aggressiv und ablehnend. Die behandelnde Ärztin, die immer wieder den anhaltenden Cannabiskonsum thematisierte, wurde vom Klienten völlig missachtet. In seinen Äußerungen verfiel er hierbei wieder in altes Zuschreibungsverhalten.

Zu Beginn der Behandlung löste Herr K. bei mir eine gewisse Faszination aus, gepaart mit Erschrecken über die geschilderte Lebensgeschichte. Ebenso war bei den Kollegen zu beobachten, dass Herr K. gegensätzliche Gefühle auslöste. Im Behandlungsverlauf blieben die Kollegen dem Klienten gegenüber ambivalent. Bei mir kam nach einiger Zeit eine leichte Distanzierung hinzu, da es wegen der Notwendigkeit, die Zeit bis zum Behandlungsbeginn zu überbrücken, zu einem Stillstand der Behandlung kam. Es ging zu diesem Zeitpunkt nämlich darum, dass Herr K. eine Zurückstellung nach §35 auf die ambulante Behandlung in unserer Substitutionsambulanz bekommen hatte und diese Zurückstellung 18 Monate umfasste.

Übertragungs- und Beziehungsgeschehen

Die Entwicklung des Arbeitsbündnisses gestaltete sich zunächst äußerst schwierig. Herr K. hatte zunächst Schwierigkeiten, mich als seine Therapeutin ernst zu nehmen. Da ich eine junge blonde Frau bin, verglich der Klient mich mit den Frauen, die er in der Vergangenheit an die Hells Angels verkauft hatte. Wie bereits beschrieben war seine Einstellung zu Frauen für ihn überwiegend negativ besetzt.

Auch ich als Therapeutin hatte anfangs Schwierigkeiten, mich auf ein Arbeitsbündnis einzulassen, da Herr K. auf mich unsympathisch und abstoßend wirkte auf Grund seiner Haltung Frauen gegenüber und seiner verdinglichten Sichtweise (Menschen als Ware). Der Anfang der therapeutischen Beziehung war durch gegenseitiges Übertragungsgeschehen gekennzeichnet, was eine schnelle Beziehungsgestaltung sehr erschwerte. Herr K. versuchte anfänglich, mich einzuschüchtern, wie er es wahrscheinlich mit den anderen Frauen getan hat, um sie gefügig zu machen. Meine Abwehr war darauf gerichtet, Distanz zu wahren.

Im Verlauf der ersten Therapieermittlung kam es in den Sitzungen schnell zum Thema „Familie“. Herr K. erzählte mehr als er beabsichtigt hatte und stellte fest, dass ich als Therapeutin und seine Schwester gewisse Parallelen hätten. Da seine Schwester die einzige positiv besetzte Frau in seinem Leben war, gestaltete sich die Beziehung zu mir als seiner Therapeutin fortan sehr positiv und vertrauensvoll. Erneut handelte es sich um ein Übertragungsgeschehen, diesmal mit positiver Ausrichtung.

Eine therapeutische Beziehung entstand erst durch konkrete Erfahrungen hilfreicher Interventionen (z.B. nach sehr frühzeitigem Therapieabbruch bzw. ungerechtfertigter vorzeitiger Entlassung aus

einer Therapieeinrichtung. Hier konnte Herr K. die Erfahrung machen, dass ich ihn als Therapeutin unterstützte und dass ich weiterhin zur Betreuung bereit war.

Widerstand entwickelte der Klient, wenn seine Vergangenheit zum Thema wurde, die von Gewalt geprägt war und in der der Klient Gewalt ausgeübt hat, überwiegend in der Rockerszene. Dann versuchte er immer wieder, das Thema zu wechseln oder Entschuldigungen für sein damaliges Verhalten zu finden.

8. Therapeutischer Prozess

8.1 Therapieziele

Curriculare Ziele

Die Behandlung in der Substitutionsambulanz ist befristet und hat einen Entwicklungsanspruch im Sinne der Meliorisierung. Die Befristung richtet sich nach den gemeinsam mit dem Klienten definierten Zielen. Bei Herrn K. war zunächst das Ziel ihn in stationäre Langzeittherapie zu vermitteln. Nachdem er zwei Mal die Behandlung nach wenigen Stunden abgebrochen hatte, wurde eine Zurückstellung nach §35 ambulant bewilligt. Diese war auf 18 Monate festgelegt. In der Zwischenzeit kümmerten wir uns vorwiegend um eine Schuldenregulierung und eine eigene Wohnung. Das definierte Ziel war nach Abschluss der Auflage des §35 eine langsame Abdosierung vom Methadon.

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

Prozessuale Ziele

Die folgenden Therapieziele wurden gemeinsam mit dem Patienten in intersubjektiver Ko-responsenz erarbeitet und festgelegt.

Folgende Zielebenen werden unterschieden (Rahm et al. 1993):

- Globalziele
- Persönlichkeitsorientierte Ziele
- Lebensweltorientierte Ziele
- Methodenbestimmte Ziele

Globalziele

Unter Globalzielen werden übergeordnete allgemeingültige Ziele subsumiert.

- Substitutionsgestützte Rehabilitation
- Förderung des Zutrauens in andere Menschen
- Förderung von Ko-responsenzfähigkeit
- Förderung von Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit
- Förderung der Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit
- Förderung von Regulationskompetenz und -performanz
- Förderung von Selbstakzeptanz

Persönlichkeitsorientierte Ziele

Unter den persönlichkeitsorientierten Zielen werden Ziele zusammengetragen, die sich auf die Entwicklung der Persönlichkeit beziehen.

- Vertiefung und Stabilisierung der vorhandenen Ausstiegsmotivation (aus Drogen- und Kriminalitätsgebundenem Lebensstil)
- Erkennen funktionaler Zusammenhänge des Suchtverhaltens
- Förderung von Kompetenzen im Umgang mit Rückfallsituationen
- Förderung der Kompetenzen im Umgang mit Alltagsbelastungen
- Förderung der Wahrnehmung und Akzeptanz differenzierter Gefühle und Bedürfnisse
- Förderung von Selbstwert, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit
- Förderung von Stressbewältigung und Entspannungskompetenz
- Unterstützung bei der Entwicklung einer sinnvollen positiven Lebensperspektive

Lebensweltorientierte Ziele

Unter lebensweltorientierten Zielen werden die Ziele zusammengefasst, die sich aus der Lebensweltanalyse ergeben.

- Reflektion der Einstellung zu anderen Menschen, insbesondere zu Frauen
- Aufbau eines sozialen Umfeldes
- Aufbau eines eigenständigen, selbstbestimmten Lebens
- Fördern von Ressourcen für ein lebendiges Freizeitverhalten
- Unterstützung bei der Rückkehr in das Arbeitsleben

Methodenbestimmte Ziele

Die methodenbestimmten Ziele ergeben sich aus den Möglichkeiten des Behandlungsrahmens und den verwendeten Methoden.

- Verbesserung der Ko-respondenzfähigkeit durch Ermöglichen positiver alternativer Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung und in der Gruppentherapie
- Reaktivierung und Erprobung alternativer Copingstrategien
- Erfahrung von Solidarität im Rahmen der Therapie und der Freizeitgruppe
- Reaktivierung der Freizeitkompetenzen durch regelmäßige eigenverantwortlich gestaltete Gruppenfreizeitaktivitäten

8.2 Therapeutische Interventionen

8.2.1 Die vier Wege der Heilung und Förderung

„Die Vier Wege der Heilung und Förderung sind letztlich Strategien der Entwicklung und damit Wege der Selbsterfahrung, welche sinngelitetes Leben strukturieren helfen und deshalb auch geeignet sind, heilende und fördernde Wirkungen bei Menschen zu entfalten, die von Störungen, psychosomatischen und somatoformen Erkrankungen betroffen sind oder von schweren sozialen Problemen“ (Petzold et al. 2006, 694).

Petzold, H.G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung Erschienen in: Integrative Therapie 3/2012*

Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ sind:

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung, Einsicht
2. Weg: Nachsozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung
4. Weg: Förderung von Solidaritätserfahrungen, Mehrperspektivität und Engagement

Im dokumentierten Behandlungsverlauf fanden alle vier Wege der Heilung und Förderung Anwendung.

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung, Einsicht

Dyadische- und Gruppentherapie, Freizeitgruppe, Therapievorbereitungsgruppe

2. Weg: Nachsozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit

Positive alternative Beziehungserfahrung in der therapeutischen Beziehung und begrenzt auch in der Gruppentherapie, Erlernen vom Umgang mit Gefühlen im Austausch mit anderen Menschen

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

Reaktivierung lebendiger Freizeitgestaltung, Bestärkung sportlicher Aktivitäten, neue Erfahrungen von Ruhe und Entspannung

4. Weg: Förderung von Solidaritätserfahrungen, Mehrperspektivität und Engagement

Regelmäßig stattfindende Freizeitgruppe, Zugang zu einer Selbsthilfegruppe.

In der Auswertung (siehe 9.3 Behandlungsergebnis) wird detailliert auf die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ im Therapieprozess eingegangen und das Behandlungsergebnis vor diesem Hintergrund beleuchtet.

8.2.2 Die 14 Heil- und Wirkfaktoren

In der Integrativen Therapie wurden auf der Grundlage unterschiedlicher wissenschaftlicher Quellen (Forschungsliteratur, Therapiekasuistik, Behandlungsberichte, Patienteninterviews und entwicklungspsychologische Literatur) 14 Heil- und Wirkfaktoren (Petzold et al. 2006, Ebert, Könnecke-Ebert 2004) entwickelt, die im Behandlungsprozess verwendet werden. Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um Verhaltensweisen, die im Rahmen der therapeutischen Arbeit Anwendung finden. Petzold benennt folgende Wirkfaktoren in der Beratung und Behandlung:

- Einführendes Verstehen (EV)
- Emotionale Annahme und Stütze (ES)
- Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH)
- Förderung des emotionalen Ausdrucks (EA)
- Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE)
- Förderung von kommunikativen Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit (KK)
- Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulierung und psychophysischer Entspannung (LB)
- Förderung von Lernmöglichkeiten/Lernprozessen und Interessen (LM)
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten (KG)
- Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)

- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (PW)
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI)
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
- Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE)

Die 14 Heil- und Wirkfaktoren wurden im therapeutischen Prozess mit unterschiedlicher Ausprägung eingesetzt.

8.2.3 Das tetradische System der Integrativen Therapie und Beratung

Der Beratungsprozess wurde im Sinne des „tetradischen Systems“ (Petzold 1974j/1988n) strukturiert. Dieses gliedert sich in vier Phasen:

- Initialphase
- Aktionsphase
- Integrationsphase
- Phase der Neuorientierung

Die Übergänge zwischen den Phasen sind dabei stets fließend. Das „tetradische System“ kann sich sowohl auf den Ablauf einzelner Sitzungen als auch auf den gesamten Behandlungsverlauf beziehen.

8.2.4 Krisenbewältigung und Trostarbeit

Krisen und deren Bewältigung gehören zum Alltag eines jeden Suchttherapeuten. Da deren Behandlung und die damit verbundene therapeutische Intervention von zentraler Bedeutung ist, werde ich im Folgenden kurz auf das Verständnis der Integrativen Therapie zum Thema Krise, Trauer und Trostarbeit (Petzold 2012b; Josić, Petzold 2004) eingehen.

Der Begriff Krise wird nach Petzold (1975m) folgendermaßen definiert: „Krise ist die Labilisierung eines Systems durch eintretende Noxen in einer Weise, dass seine habituellen Bewältigungsleistungen (coping) und kreativen Gestaltungspotenziale (creating) nicht mehr greifen und seine Ressourcen sich erschöpfen. Seine dynamischen Regulationsprozesse werden damit schwerwiegend beeinträchtigt, so dass das System in Turbulenzen gerät und überschießend oder regressiv zu dekompensieren droht, können nicht Ressourcen und Copinghilfen von außen herangeführt und genutzt werden, um den Krisenprozess zu beruhigen und eine Neuorientierung zu ermöglichen.“ Die aktuellen Persönlichkeitsstrukturen erweisen sich gegenüber den anstehenden Veränderungen als zu starr, der Mensch ist den Veränderungen (noch) nicht gewachsen. Eine Krisensituation steht am Beginn einer Veränderung und stellt sowohl eine Bedrohung als auch eine Chance zur Weiterentwicklung dar.

In der therapeutischen Arbeit ist es dann zunächst wichtig, das Risiko (z.B. Suizid, Abbruch, Rückfall) der/des Patient/in zu explorieren und einzuschätzen, welche Verantwortung man selbst tragen kann und welche Hilfe man selbst oder die/der Patient/in benötigt, um Gefährdungen zu vermeiden. Um das Ausmaß einer Krisensituation einzuschätzen, ist es hilfreich mit Hilfe des Modells der „Fünf Säulen der Identität“ zu prüfen, wie stark die Beschädigung ist und welche Säulen betroffen sind. Ebenso wichtig ist es dann, die vorhandenen Stärken und Ressourcen zur Bewältigung des Krisengeschehens zu explorieren.

Es ist notwendig, einen guten Kontakt herzustellen und diesen aufrecht zu erhalten. „Krisenintervention ist im Wesentlichen ein Geschehen, das verlorene oder beschädigte Relationalität wiederherzustellen bestrebt sein muss. Deshalb muss sie damit beginnen, den

„Kontakt“ mit dem Betroffenen herzustellen, was ihm ermöglicht, wieder mit sich selbst in Kontakt zu kommen und wieder „klaren Verstandes“, gestützt auf klare „Mentalisierungen“, d. h. geistige, emotionale Arbeit und Willenskraft zu handeln“ (Petzold 1975m).

Bei der Krisenintervention ist es von Bedeutung, dass die emotionale Ausgeglichenheit wieder hergestellt wird. Es geht darum, durch die Art des Sprechens und des in Kontakt Tretens zu versuchen, die Stressachse – ohne dabei Gefühle zu verleugnen - nach unten zu regulieren und so eine Stabilisierung zu ermöglichen. „Trost und Beruhigung in ihrer leiblichen Verankertheit (in Form von Berührungen, Zuspruch, beruhigenden Lauten) führen zu einer „down-regulation“ des physiologischen „Hyperarousal“, was auf der psychologischen Ebene mit einem Abflachen der Stressaffekte zu ruhigeren emotionalen Lagen verbunden ist“(Petzold 2012b).

Bei Herrn K. kamen im Verlauf der Therapie mehrere belastende Faktoren zusammen, die letztlich in einem Suizidversuch endeten. Zum einen ging er während seiner Therapiezeit auf die Thematik seiner familiären Erfahrungen und seine hohe Drogen- und Kriminalitätsbelastung ein (insgesamt 11 Jahre Haft) und konnte die damit verbundenen Emotionen nicht mehr regulieren, so dass er dekompenzierte und durch eine Überdosis mit Medikamenten und Alkohol einen Suizidversuch unternahm.

Bei der Nachbearbeitung des Geschehens erfuhr Herr K. viel therapeutische Unterstützung. Im Umgang mit der für ihn emotional schwierigen sowie ambivalent erlebten Situationen in der Beziehung zu sich selbst (beschädigtes und brüchiges Selbst) wurde Herrn K. bewusst gemacht, dass er durchaus über einige Coping- und Creatingstrategien verfügt, um Selbstwertkrisen zu bewältigen. Er müsse diese aber anwenden. Insbesondere seien hier seine kommunikative Kompetenz und ihre Reflexionsfähigkeit erwähnt. Herr K. bewältigte die Krise und integrierte die neuen Erkenntnisse in so sein Selbstbild, dass er in der anstehenden stationären Maßnahme daran weiter arbeiten will.

8.3 Therapeutischer Rahmen

Dyadische Therapie / Einzelpsychotherapie

Im Rahmen der ca. 26monatigen ambulanten Substitutionsbehandlung fanden Einzeltherapiesitzungen (Dyadische Therapie) statt, die von mir durchgeführt wurden.

Gruppentherapie / polyadische

Des Weiteren fanden regelmäßig Gruppentherapiesitzungen, die vertretungsweise auch mehrmals vom mir durchgeführt wurden. Darüber hinaus nahm Herr K. an der Freizeitgruppe teil – das alles sind polyadische Settings, d.h. Mehrpersonenkonstellationen:

Herr K. nahm zunächst an der Therapievorbereitungsgruppe teil mit dem Ziel, sich auf eine stationäre Therapie vorzubereiten. Es handelte sich um eine Gesprächsgruppe mit den Themen, die später in der Therapie anstehen würden. Der Klient fiel auf durch aggressives Auftreten und sein arrogantes Verhalten gegenüber anderen Gruppenmitgliedern. Gegenüber dem männlichen Gruppenleiter zeigte er sich ablehnend und abwertend. Aus diesem Grund wurde ihm die weitere Teilnahme an dieser Gruppe verwehrt zugunsten der Teilnahme an der Freizeitgruppe. Hier ging es vorwiegend um die Gestaltung der freien Zeit und der Tagesstruktur. Es handelte sich um eine angeleitete Gruppe mit vielen Außenaktivitäten. Hier kam der Klient wesentlich besser zurecht – wahrscheinlich wegen der geringeren Anforderung an die Introspektionsfähigkeit.

Seine Beteiligung in der Freizeitgruppe war angemessen. An den angebotenen Programmen nahm er gerne teil. Abwertendes oder aggressives Verhalten trat dort nicht auf. Diese Gruppe wurde von zwei weiblichen Therapeutinnen geleitet, was wahrscheinlich sein Verhalten positiv beeinflusst hat. Die Teilnahme erstreckte sich über etwa 6 Monate.

In dieser Gruppe zeigte sich der Klient engagiert und sportlich, wenn es z.B. um Freizeitaktivitäten wie Tischtennis oder Fußballspielen ging.

Die meisten anderen GM hatten vor dem Klienten viel Respekt durch sein Auftreten. Seine Körpersprache drückte Spannung und Abwehrbereitschaft aus. Manche Klienten hatten auch Kenntnis von seiner Aktivität als Zuhälter einer anderen Klientin. Sein Auftreten ließ trotz seines Engagements in der Gruppe immer eine deutliche Distanz zu den anderen Gruppenmitgliedern erkennen.

Netzwerktherapie

In der Integrativen Therapie hat das soziale Netzwerk (Hass, Petzold 1999) eine zentrale Bedeutung für das Identitätserleben und die Gesundheit des Menschen. Der Mensch lebt in sozialen Gruppen, Netzwerken und Konvois und bildet in Ko-Responsenz mit seiner sozialen und ökologischen Umwelt seine Identität. Netzwerke werden als Strukturen verstanden, in denen soziale Beziehungen, Sinnsysteme und Unterstützungen deutlich werden. Im Verständnis der Integrativen Therapie vermittelt das soziale Netzwerk dem Menschen Halt, Orientierung, Lebensmittelpunkt oder aber es vermag dies - zumindest noch - nicht zu tun.

Netzwerke sind unterschiedlich tragfähig und können eine positive Entwicklung fördern oder behindern. In der integrativen Suchttherapie ist daher die Lebenswelt- und Netzwerkanalyse (s. 5.2.5) ein Bestandteil der prozessualen Diagnostik. In der Netzwerktherapie geht es darum, die unterstützenden Funktionen des sozialen Netzwerks zu fördern und zu stärken. (Scheiblich 2006; Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G., 2004; Scheiblich 2004, Hass, W., Petzold, H.G., 1999).

Um das Netzwerk von Herrn K. auch in biographischer Perspektive zu einem hilfreichen Netzwerk werden zu lassen, wurde zunächst versucht, seine Schwester ausfindig zu machen, was aber trotz aller Bemühungen nicht gelungen ist. Sein aktuelles Netzwerk bestand überwiegend aus Szenekontakten ohne familiäre Anbindungen. Zu seiner Heimatstadt im Ruhrgebiet konnte er keine Kontakte aufrecht erhalten wegen der Gefahr, dass aus seiner Vergangenheit „alte Rechnungen“ beglichen werden mussten. In der Netzwerkarbeit konnte nur rudimentär an der Neubildung von Netzwerksegmenten gearbeitet werden.

8.4. Behandlungsverlauf

Zunächst stand der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung, sowohl im dyadischen Kontakt, als auch im Gruppenkontext, im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Anamnestiche und diagnostische Gespräche erfolgten; gemeinsam mit Herrn K. wurde eine Zielformulierung und Therapieplanung erstellt.

In der Therapie arbeitete Herr K. von Beginn der Therapiemaßnahme an durchgängig mit, obwohl ihn die Themen der einzelnen Einheiten sehr belasteten.

Herr K. brachte sich mit seiner Lebens- und Suchtgeschichte in die Therapie ein.

Spürbar wurde der hohe intrapsychische Leidensdruck von Herrn K. angesichts der Folgen seiner Abhängigkeitserkrankung. Durch das verständnisvolle und enttabuisierende Vorgehen in der Behandlung vermochte Herr K. sich ansatzweise von bestehenden Scham-, Schuld und Versagensgefühlen zu entlasten. Zentral erschien die Notwendigkeit der Selbstregulation vor dem Hintergrund der Stärkung des Selbstwertgefühls. Anfangs war es wichtig, Herrn K. psychisch und physisch zu stabilisieren und ihm eine Struktur der therapeutischen Arbeit zu geben. Von seiner Persönlichkeit wirkte er sehr instabil. Er war mit seinen unterschiedlichsten Anteilen in Kontakt. Dies waren sein Selbsthass (Selbstzerstörung), die Schuld, Versagensängste und Unsicherheit. In seinem Erleben, Verhalten und Fühlen war er wenig variabel. Das führte zu vermehrten dysfunktionalen Kommunikationsverhalten. Es entstanden dadurch auch Konflikte mit Mitarbeitern.

Ihm war es wichtig, durch das Schaffen von äußeren Strukturen seine Persönlichkeit zu stabilisieren.

8.5. Dokumentation und Reflexion acht ausgewählten Therapieeinheiten

Ausgewählt wurden acht Therapiesitzungen in dyadischem Setting (Einzeltherapie), die für die Darstellung des therapeutischen Verlaufs aussagekräftig erscheinen.

8.5.1 Erstgespräch

Vorherrschende Themen: Arbeit an der Biographie

Bearbeiteter Fokus: Überblick über den Lebensverlauf (Lebenspanorama)

Prozessverlauf: Anfänglich zögerte Herr K., sich auf das Thema seines Lebensverlaufs einzulassen. Er zeigte erheblichen Widerstand. Ich hatte ihn aufgefordert, einen Überblick über sein Leben in einem Bild darzustellen. Er bildete insgesamt 23 Abschnitte und schrieb jeweils hinein, was in dieser Zeit passiert war. Durch vorsichtiges Ermuntern, Nachfragen und Zeigen von Interesse – auch an den äußerst belastenden Lebensereignissen – zeigte er sich mehr und mehr interessiert an der eigenen Geschichte. Ich hatte den Eindruck wachsenden Zutrauens zu mir als Therapeutin. Bei der Schilderung von Gewaltsituationen wirkte Herr K. provokativ, als würde er meine Reaktion als Therapeutin beobachten und testen. Meine Reaktion auf diese Schilderungen war nicht vertiefend, sondern ich habe im Sinne einer horizontalen Bildbesprechung die belastenden Lebensereignisse mit guten und stützenden Ereignissen verbunden und damit die Belastungen etwas „neutralisieren“ können. Das hat Herrn K. zunächst verwirrt. Durch meine Unerschrockenheit gegenüber den Schilderungen von Gewaltereignissen bekam Herr K. Respekt vor mir, was zu einer guten und angemessenen Arbeitsatmosphäre führte. Die emotionale Involvierung von Herrn K. nahm deutlich zu (Hebung und Senkung der Stimme, Konzentration auf einzelne Lebensereignisse). Den Blickkontakt hat Herr K. in dieser Zeit noch sehr gemieden.

Klinische Hintergrundtheorie: Pathogenese / Salutogenese / life span developmental approach

Arbeitsvereinbarungen zur nächsten Einheit: Weiterführung der Besprechung des Lebenspanoramas

Wirkfaktoren: FÖRDERUNG KREATIVER ERLEBNISMÖGLICHKEITEN UND GESTALTUNGSKRÄFTE (KG), FÖRDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA), EMOTIONALE ANNAHME UND STÜTZE (ES), ERMÖGLICHUNG VON SOLIDARITÄTSERFHRUNGEN (SE)

1966

1977-78

1980

1982-1984

wave allein

1984 -

1986 -

1986 -

1987 -

1988 -

1990

<p>2010 - Jan. ab in Therapie - bis April - Dann kam ein Rückfall ich flog raus u. dann war Kündigung weil ich Hilfe wollt u. brau- chte - dann ging es auf u. ab -</p> <p>↓ →</p>	<p>- 2011 - Nach vielen Auf- w. AS- Physisch- u. Physisch u. einen Abschiedsversuch kämpfe ich weiter u. hoffe das ich es jetzt endlich schaffe - Ausläufe Therapie - Arbeit halten - Wohnung- fin. da - Rote-Zaun esen - halt leben - Normal - was immer das Wort auch heißt -</p>	<p>2011 - 20..... Wer weiß was das Lesen u. die Zeit noch mitbringt Ich kämpfe weiter - und versuche mein Lesen wieder in die reihe anzukommen -</p>
--	---	--

8.5.2 Zweite Einheit

Vorherrschende Themen: Elternbeziehung

Bearbeiteter Fokus: Beziehung der Eltern zueinander und Bewertung der beiden Personen

Prozessverlauf: Zunächst zeigte Herr K. eine aggressive und abwehrende Haltung diesem Thema gegenüber. Er führt aus, dass er den Vater „vergöttert“ habe und die Mutter für ihn nur eine „Schlampe“ gewesen sei. Eine Schlampe sei sie für ihn, weil sie fremdgegangen sei und letzten Endes den Vater verlassen habe. Zuhause habe es mehrfach schlimme Auseinandersetzungen zwischen den Eltern gegeben, die nur durch Polizeieinsatz hätten beendet werden können. Die Eltern werden von Herrn K. sehr polarisiert gesehen und bewertet. Der Vater sei als Versorger der Familie für ihn ein starkes Vorbild gewesen; die Mutter habe sich dem gegenüber als undankbar erwiesen und sei als Ehefrau nicht unterwürfig genug gewesen, wie es der Vater vor seinem kulturellen Hintergrund für richtig und angemessen gehalten habe. Als besonderes, außergewöhnliches und belastendes Familienereignis benennt Herr K. den Mord an Onkel und Großvater in Ägypten und die Planung von Rache durch die Beschaffung von Waffen. Schließlich sei es wegen der nicht enden wollenden Spannungen und Auseinandersetzungen die Scheidung. Das gemeinsame Haus sei verkauft worden und letzten Endes sei die Familie daran zerbrochen. An all diesen Entwicklungen und Katastrophen habe allein die Mutter Schuld.

Interventionen: Ich lasse Herrn K. zunächst berichten (Narrative Praxis), ich frage nach und zeige Verständnis für seine Sichtweise, die ich noch nicht in Frage stelle oder korrigieren will. Ich lege mehr Wert darauf, die Schilderung der schlimmen Situationen zu beruhigen und die deutliche Erregung

(Wut, Hass) zu beruhigen und damit Herrn K. Zu helfen, sich wieder zu regulieren und nicht zu dekompensieren.

Klinische Hintergrundtheorie: 1. und 3. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit und Solidaritätserfahrung

Wirkfaktoren: EMOTIONALE ANNAHME UND STÜTZE (ES), FÖRDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA), FÖRDERUNG LEIBLICHER BEWUSSTHEIT; SELBSTREGULATION UND ENTSPANNUNG (LB) ,

8.5.3 Dritte Einheit

Vorherrschende Themen: Beziehung zur Schwester

Bearbeiteter Fokus: Entwicklung der Beziehung und Verlust des Kontakts

Prozessverlauf: Herr K. berichtet zunächst über die prägenden Einflüsse der Beziehung zu seiner Schwester, wie er sie versteht: die sehr angespannte Situation zuhause habe die Geschwister eng gebunden. Sie hätten sehr zusammen gehalten. Herr K. habe zwar 2 Schwestern gehabt, aber die ältere Schwester habe der Vater bereits in die Ehe mitgebracht. Zu ihr habe es keinen tieferen Kontakt gegeben, weil die deutlich älter gewesen sei und letzten Endes ihm immer etwas fremd geblieben sei. Die Schilderungen von Herrn K. bezogen sich auf die Schwester, die für ihn eine „echte“ Schwester gewesen sei. Mit ihr habe er viele Gemeinsamkeiten erlebt im Lebensverlauf, nicht nur als Kinder, sondern auch bis ins Jugendalter hinein. Mit ihr zusammen sei er auch in die Partyszene abgestürzt. Mit ihr zusammen habe er Alkohol, Cannabis, Amphetamine konsumiert. Während sich seine Schwester aber allmählich von der Szene distanziert habe, sei er weiter in ihr verhaftet geblieben. Diese Distanzierung der Schwester von der Szene habe auch die Beziehung zu ihr belastet. Dennoch seien die Lebensverläufe noch eine Zeit lang parallel verlaufen: Beide hätten eine Lehre begonnen. Seine eigene Straffälligkeit habe schnell zum Abbruch der Lehre geführt. Daraufhin sei er ins kriminelle Milieu eingestiegen und habe seine Schwester mit hineingezogen, was zur Folge gehabt habe, dass auch die Schwester ihre Lehre abgebrochen habe. Schwester hat sich vom Klienten und der Szene gelöst. Obwohl Herr K. diese Ereignisse sehr sachlich zu schildern bemüht ist, zeigt er doch deutliche Schuldgefühle, dass er den Kontakt zu seiner Schwester nicht weiter gepflegt habe und er seit langer Zeit abgebrochen sei. Seine Schwester sei die positivste Person in seinem Leben gewesen. Herr K. ist bei diesen Aussagen sichtlich bewegt. Er schäme sich bei dem Gedanken, was die Schwester wohl denken würde, wenn sie ihn heute in seiner Lebenssituation wiedersehen würde.

Interventionen: Mit der Technik des „Leeren Stuhls“ lasse ich Herrn K. in einen direkten Austausch mit der Schwester treten. Deutlich werden dadurch die Schuldgefühle gegenüber der Schwester. Mit Hilfe dieser Intervention tritt Herr K. in einen Dialog mit seiner Schwester. Mehrfache werden dabei die Rollen getauscht. Wir entwickeln gemeinsam den Plan, die Schwester ausfindig zu machen..

Klinische Hintergrundtheorie: Modalität des konfliktzentrierten Arbeitens

Wirkfaktoren: FÖRDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA), EINFÜHLENDES VERSTEHEN (EV), FÖRDERUNG EINES POSITIVEN PERSÖNLICHEN WERTEBEZUGS (PW)

8.5.4 Vierte Einheit

Vorherrschende Themen: Identität

Bearbeiteter Fokus: Stärken und Gefährdungen der „5 Säulen der Identität“

Prozessverlauf: Zunächst habe ich Herrn K. die Vorgehensweise eingehend erklärt und auch die Bezeichnung und Bedeutung der Säulen dargestellt; Herr K. malte daraufhin ein Bild der 5 Säulen, das wir anschließend gemeinsam ausgewertet haben.

Am stärksten stellt Herr K. die Säule der Werte und Normen dar. Das bringt er dadurch zum Ausdruck, dass sie die höchste der 5 Säulen ist. Sie sei bunt und vielfältig. Er habe ein hohes Bewusstsein für diese Säule. Für ihn würden traditionelle Werte und Einstellungen zur Männlichkeit, zur Weiblichkeit, zu Ehrlichkeit und Treue sehr hochgehalten; seiner Meinung nach müssten diese Werte geschützt werden. Es wird deutlich, dass diese Säule seine eigenen „Gesetze“, die mit der Normen- und Wertewelt der Gesellschaft kollidieren. Deutlich wird das an seiner Grundeinstellung Frauen gegenüber. Die Gleichberechtigung von Mann und Frau lehnt er grundsätzlich ab.

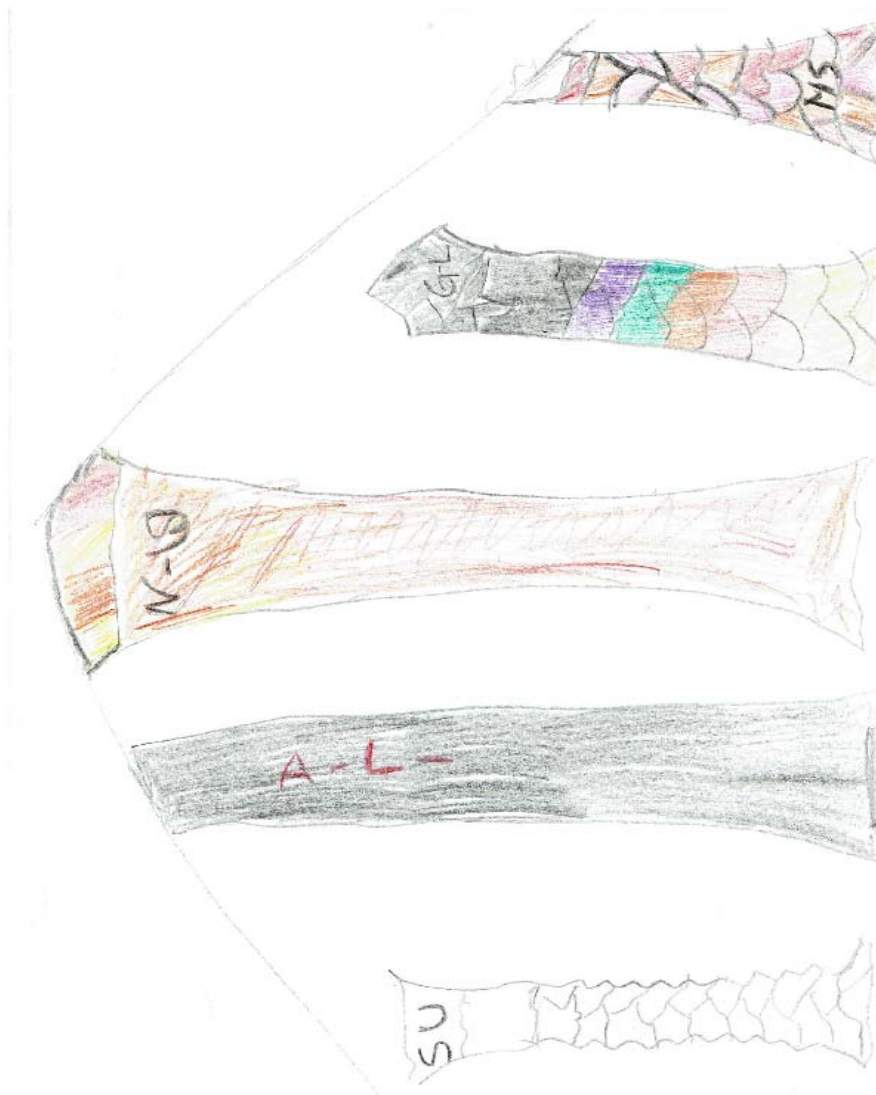
Die Säule von Arbeit und Leistung hat einen deutlich geringeren Stellenwert für Herrn K. Er sieht Arbeit als notwendiges Übel, zeigt aber eine hohe Leistungsfähigkeit, allerdings ohne große Motivation

Die Säule der Leiblichkeit ist brüchig und instabil. Seine Hepatitis C-Erkrankung und seine langjährige Drogenabhängigkeit hätten doch deutliche Spuren hinterlassen. Aber er verfüge auch über eine gute Regenerationsfähigkeit durch Sport und Bewegung. Die Haftaufenthalte hätten den Gesundheitsstatus jeweils stabilisiert.

Ebenso brüchig stellt der die Säule des Sozialen Netzes dar: Beziehungen zu anderen Menschen habe er überwiegend nur in der Drogenszene oder zu professionellen Helfern.

Die Säule der Materiellen Sicherheit ist sehr ambivalent: Sie sei einerseits schwach, aber auch bunt. Er habe keinerlei materielle Sicherheit im herkömmlichen Sinne. Er lebe von „Hartz IV-Bezug“ und müsse außerdem noch Ratenzahlungen an das Gericht leisten; andererseits habe er aber die feste Gewissheit, dass er sich jederzeit Geld beschaffen könne, wenn er es wirklich brauche.

Herr K. stellt die Säulen seiner Identität sehr engagiert dar. Er ist stolz auf Arbeit und Leistung, denn er hat jeweils einen Berufsabschluss als Schlosser und Schweißer. Großes Bedauern zeigt Herr K. über seinen körperlichen Zustand im Vergleich zu früheren Zeiten. Beim Thema des Sozialen Netzwerks wirkt Herr K. sehr traurig bis verzweifelt, weil er nicht mehr in seine Heimatstadt im Ruhrgebiet zurückkehren kann (dort warten „alte Rechnungen“ auf ihn) und weil er keine wirklichen Freunde hat.



Klinische Hintergrundtheorie: Persönlichkeitstheorie Selbst-Ich-Identität

Wirkfaktoren: FÖRDERUNG VON EINSICHT, SINNERLEBEN, EVIDENZERFAHRUNG (EE), FÖRDERUNG VON LERNMÖGLICHKEITEN, LERNPROZESSEN UND INTERESSEN (LM), HILFE BEI DER REALITÄTSGERECHTEN PRAKTISCHEN LEBENSBEWÄLTIGUNG (LH)

8.5.5 Fünfte Einheit

Vorherrschende Themen: Beziehungsmuster

Bearbeiteter Fokus: Frauenbild, Umgang mit Frauen

Prozessverlauf: Zunächst zeigte sich Herr K. sehr desinteressiert an diesem Thema, das ich als Therapeutin aber eingefordert hatte, weil es für mich auch eine Frage therapeutischer Ethik ist, Menschen mit hoher Kriminalitätsbelastung zu helfen, ihre Straftaten und dahinter sichtbaren Haltungen und Einstellungen kritisch zu reflektieren. Letzten Endes geht es dabei auf um den Opferschutz, d.h. mit dazu beizutragen, dass die Zahl der Opfer nicht größer wird.

Herr K. zeigte eine deutliche Ablehnung gegenüber dem Thema „Gewalt gegen Frauen“. Er sieht Frauen eher als Mittel zum Zweck (Kinder kriegen, Familien gründen) und als naturgegeben an. Herr K. macht dabei aber große Unterschiede zwischen Frauen in der Szene und in seinem bisherigen Leben und zwischen mir als seiner Therapeutin. Er ist durchaus in der Lage zu sehen, dass dieses Thema „Gewalt gegen Frauen“ für eine weibliche Therapeutin kein angenehmes Thema ist. Im Gesprächsverlauf zeigt Herr K. aber Interesse an dem Thema; es zeigt sich, dass er überwiegend Beziehungen mit Frauen geführt hat, bei denen er eine Versorgungsrolle einnehmen konnte. Dadurch habe er auch einen gewissen Sinn in seinem Leben erkennen können. Aber diese Frauen hätten ihn ohne Ausnahme ebenso enttäuscht wie seine Mutter. Eine Frau wie seine Schwester sei nie für ihn nie in Frage gekommen. Auf sie habe er nicht heruntersehen können. Sie passe nicht in sein Frauenbild.

Herr K. ist bewusst, dass ich als Therapeutin ebenso wie er selbst von seinen Straftaten im Bereich Menschenhandel wusste. Vor diesem Hintergrund konnte der Klient erkennen, dass er eine äußerst ambivalente und widersprüchliche Beziehung zu Frauen hat und dass er auch dazu beigetragen hat, die negativen Bilder über Frauen bestätigt zu bekommen. Für mich erschreckend und gleichzeitig diagnostisch wichtig war, dass Herr K. keinerlei Reue hinsichtlich seiner Straftaten zeigte und hat kein Mitleid mit seinen Opfern hatte.

Interventionen: Konfrontation durch „weibliche Präsenz“, Enttabuisierung des Gewaltthemas

Klinische Hintergrundtheorie: 1., 2. und 3. Weg der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit, Nachsozialisation, Erlebnisaktivierung

Wirkfaktoren: FÖDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA), FÖDERUNG VON EINSICHT, SINNERLEBEN, EVIDENZERFAHRUNG (EE), FÖDERUNG VON LERNMÖGLICHKEITEN, LERNPROZESSEN UND INTERESSDEN (LM)

8.5.6. Sechste Einheit

Vorherrschende Themen: Reflexion des Scheiterns

Bearbeiteter Fokus: 3. Abbruch einer stationären Therapie

Prozessverlauf: Zunächst lehnte Herr K. jede eigene Verantwortung für die Therapieabbrüche ab. Er konzentrierte sich sehr auf die Fehler, die in den Therapieeinrichtungen gemacht wurden und machte das starre Regelwerk mit verantwortlich für die Abbrüche. Der erste Therapieabbruch nach einer längeren Haftstrafe sei aufgrund eines Rückfalls innerhalb der Klinik erfolgt. Herr K. sah die Verantwortung für den Rückfall nicht bei sich selbst, da er angeblich im Keller der Klinik Alkohol gefunden und diesen mit Mitpatienten getrunken habe. Dies sei die Klinik selber schuld. Der zweite Therapieabbruch in derselben Klinik sei disziplinarisch nach nicht mal 48 Std. erfolgt, da Herr K. im Vorfeld nicht alle „Verträge“ aufgemacht habe, die er in der Vorbehandlung eingegangen sei, d.h. er habe nicht mitgeteilt, welche Verbindungen der Patienten untereinander den Abbruch oder mehrere Abbrüche provoziert haben. Herr K sei nichtbereit gewesen, sich mit den Therapeuten auseinander zu setzen. Der dritte Therapieabbruch sei in einer anderen Klinik nach nicht mal 48 Std. erfolgt, da Herr K. bei der Aufnahme positiv getestet wurde. Dies stellte sich im Nachhinein als falsches Ergebnis heraus, aber Herr K. habe sich nicht in der Lage gesehen, sich angemessen mit den Therapeuten auseinanderzusetzen. Es wurde deutlich, dass Herr K. ein massives Problem mit „unmännlichen“

Männern hat. Er habe klare Vorstellungen, wie ein Mann zu sein hat und wie dieser agiert. In seinen Augen muss ein Mann überwiegend aggressiv auftreten und darf sich nicht unterordnen. Es war möglich, mit Herrn K. eine gewisse Einsicht zu erarbeiten und bei ihm zu helfen, seine eigene emotionale, kognitive und volitive Beteiligung an seinem Scheitern zu verdeutlichen.

Klinische Hintergrundtheorie: 4 Wege der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit, Nachsozialisation, Erlebnisaktivierung, Solidaritätserfahrung

Wirkfaktoren: EINFÜHLENDES VERSTEHEN (EV), EMOTIONALE ANNAHME UND STÜTZT (ES), FÖRDERUNG VON EINSICHT, SINNERLEBEN, EVIDENZERFAHRUNG (EE), FÖRDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA),

8.5.7 Siebte Einheit

Vorherrschende Themen: Lebenspanorama 2. Teil

Bearbeiteter Fokus: Sicht auf sich selber, Erklärungsmodelle für das eigene Handeln

Prozessverlauf: Das Thema des Lebenspanoramas wurde von mir erneut aufgegriffen, weil es in der ersten Einheit nicht zu vertieftem Arbeiten kommen konnte. Vielmehr war die emotionale Involvement derart stark, dass eine Vertiefung nicht angezeigt war. Herr K. musste sich zwischenzeitlich erholen. In dieser zweiten Einheit zu diesem Thema wurde deutlich, wie sehr Herr K. unter der ständigen Anspannung im Elternhaus und unter der Gewalt des Vaters gelitten hat. Sein ganzes Leben sei geprägt von Kriminalität, Gewalt und Flucht. Was er selbst erlebt habe, gebe er weiter. Gewalt und Kriminalität seien für ihn völlig gewohnte Handlungen. Die Distanzierung seiner Verhaltensweisen falle ihm weiterhin sehr schwer. Er sehe aber, welchen Schaden er sich selbst damit zufüge (Einsamkeit und Isolation). Gleichzeitig werde der Wunsch nach Ruhe und einen Zuhause deutlich spürbar. Herr K. ist sichtlich angerührt bei seiner Lebensbilanz, die aber gleichzeitig einen Ausblick auf die Zukunft eröffnen soll.

Gesprächs-Gedanken vom [REDACTED]
zum Thema -

Was für ich???

Also es ist zwar schwer über sich
selbst Diagnosen-Bilder abzuglei-
ben aber ich versuchs trotzdem -
Ich - wir sind der Mehrheit
Ich lebe - habe es gelernt ~~zu~~ müssen
u. könnte es auch gar nicht anders
dinge über Schwarz u. Weiß gehen
Ich werde sie in Extremitäten gehen-
anasi - Jura Schuch oder Lach Schuch-
Entweder es geht oder geht nicht.
Sicherlich ist das nicht die beste
Lebensweise aber welche Wahl hatte
ich schon, wenn so wie ich nicht
wirklich Menschen um mich hatte die
irgendwie nicht mein-den Level
hätten es geschafft sich in hohe
Lage versetzen konnten oder es wollten
u. oder "alleine" waren? Eigentlich, so
sehe ich mich - für ich doch sehr un-
genügend - "Lebensform" u. wegen die
ruhig - Ich habe u. sehe mich hoch
klar, wie mag keinen Step - Street
o.ä. u. all das - die meine Ver-
gangenheit haben mich heftigt
weil ich das nicht - wie wirklich war.

Klinische Hintergrundtheorie: Nachsozialisation, anthropologische Grundannahmen der IT (der Mensch als Körper-Seele-Geist-Wesen in seinem sozialen und ökologischen Kontext im Zeitkontinuum)

Wirkfaktoren: EINFÜHLENDES VERSTEHEN (EV), EMOTIONALE ANNAHME UND STÜTZE (ES), FÖDERUNG EMOTIONALEN AUSDRUCKS (EA), FÖDERUNG LEIBLICHER BEWUSSTHEIT; SELBSTREGULATION UND PSYCHOPHYSISCHER ENTSPANNUNG (LB),

8.5.8 Achte Einheit

Vorherrschende Themen: Zukunftsperspektiven erarbeiten

Bearbeiteter Fokus: Wie stellt der Klient sich seine Zukunft vor?

Prozessverlauf: Herr K. hatte zunächst sehr konservative Zukunftsvorstellungen von Frau, Kind, Hund, Job und Haus. Im Verlauf dieser (und weiterer Stunden) konnte mit Herrn K. eine realistische

Perspektive erarbeitet werden, die sowohl seinem persönlichen Hintergrund als auch seinem Alter angemessen ist. Herr K. konnte kognitiv verstehen, dass seine diversen Vorstrafen ein normales Beschäftigungsverhältnis wahrscheinlich nicht mehr zulassen. Die Perspektive von Herrn K. sieht eher so aus, dass er eine Anstellung im Bereich der durch das Jobcenter geförderten Stellen bekommen könnte. Eine kleine Wohnung und vielleicht eine Lebensgefährtin könne er sich als Ziel seiner Bemühungen vorstellen. Einen Kinderwunsch dagegen müsse er wohl ausschließen, weil er sich zur Erziehung von Kindern außerstande sehe. Dies habe er nach reiflicher Überlegung für sich so entschieden. Zum Ende dieser Einheit konnte Herr K. sich wenigstens vorläufig mit seiner Perspektive anfreunden und wirkte zufriedener angesichts realistischer und erreichbarer Perspektiven.

Interventionen: stützende und gleichzeitig konfrontierende Modalität

Klinische Hintergrundtheorie: vorläufige Lebens-Zwischenbilanz, 1. Weg der Heilung und Förderung, v.a. Sinnfindung

Wirkfaktoren: ERARBEITUNG VON POSITIVEN ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN (PZ), HILFE BEI DER REALITÄTSGERECHTEN PRAKTISCHEN LEBENSBEWÄLTIGUNG LH)

9. Behandlungsergebnis

9.1. Zusammenfassung des Prozesses

Die mit Herrn K. abgestimmten Therapieziele (8.1. Therapieziele) wurden im Großen und Ganzen erreicht. Insbesondere bei den Themen Selbstwert, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen waren deutliche Erfolge erkennbar. Hinsichtlich seiner Suchterkrankung konnte er in wesentlichen Ansätzen eine emotionale Krankheitsakzeptanz erreichen und eine umfassende Krankheitseinsicht hinsichtlich seines Suchtmittelkonsums entwickeln. Es gelang ihm auch sehr gut, die Funktionalität des Drogenkonsums zu erkennen. Allerdings differenziert er hier sehr: während er völlige Abstinenz von Heroin erreichen will, kann er sich nicht vorstellen, dauerhaft auf den Konsum von Cannabis zu verzichten. Daher geht es ihm vorrangig nicht um eine Abstinenzorientierung, sondern um eine Ausstiegsorientierung, vor allem aus dem subkulturellen Milieu.

Seine Ausstiegsmotivation hat er vor allem auch durch den Aufbau positiver sinnvoller Ziele gefestigt. Darüber hinaus hat er Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit für ihn relevanten Krisensituationen gelernt.

9.2 Behandlungsergebnis unter Berücksichtigung der therapeutischen Interventionen orientiert am Konzept der „Vier Wege der Heilung und Förderung“

In der Dokumentation der dyadischen Therapie wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit der Einsatz der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ nicht detailliert erläutert (vgl. Petzold, Orth, Sieper 2006; Petzold 2012h). Die Auswertung des Behandlungsprozesses findet daher auch unter diesem Blickwinkel statt.

1. Weg: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung, Einsicht

„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen.“

Der erste Weg der Heilung und Förderung kommt in vielen unterschiedlichen Behandlungsangeboten zum Tragen.

Herr K. lernte wesentliche funktionale Zusammenhänge in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner Alkoholabhängigkeit und seiner gleichzeitigen hohen Kriminalitätsbelastung erkennen und verstehen. Insbesondere hat Herr K. eine angemessene Motivation für die Zukunft entwickelt. Ihm ist im Laufe der Behandlung sehr klar geworden, wie wichtig ihm eine zu einem selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Leben ist.

2. Weg: Nachsozialisation, emotionale Differenzierungsarbeit

„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden.“

Der zweite Weg der Heilung und Förderung kam vor allem im Rahmen der therapeutischen Beziehung im dyadischen Setting zum Tragen.

Herr K. konnte positive alternative Frauenerfahrungen in der therapeutischen Beziehung machen. Er nutzte die dyadische Therapie, um neues Beziehungsverhalten auszuprobieren und einzuüben. Insbesondere das Erlernen alternativer Konfliktbewältigungsstrategien und veränderter Einstellungen und Haltungen spielten hierbei eine große Rolle. Besonders hervorzuheben ist, dass er sich selbst wieder wertzuschätzen lernte.

Insgesamt erweiterte Herr K. deutlich seine Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit (auch und besonders zu sich selbst) und damit einhergehend seine Fähigkeit zu intersubjektiver Korrespondenz.

3. Weg: Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung

„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“

Der dritte Weg der Heilung und Förderung wurde ebenfalls besonders angesprochen. Herr K. lernte, seine sehr begrenzten Möglichkeiten einer beruflichen Neuorientierung dennoch zu aktivieren und für sich nutzbar zu machen. Seine Haltungen gegenüber seiner eigenen Lebensgeschichte konnte er in manchen Bereichen revidieren.

4. Weg: Förderung von Solidaritätserfahrungen, Mehrperspektivität und Engagement

„Nicht alleine gehen, füreinander eintreten, gemeinsam Zukunft gewinnen.“

Der vierte Weg der Heilung und Förderung wurde für Herrn K. in unterschiedlichen Bereichen erfahrbar. Solidaritätserfahrungen machte Herr K. vor allem im Rahmen der dyadischen Therapie. Insbesondere nach der Bearbeitung des Scheiterns in Therapieeinrichtungen machte er mehrfach die positive Erfahrung, dass er nicht alleine ist, was eine sehr wichtige Erfahrung für Herrn K. war.

Die Mehrperspektivität in der dyadischen Therapie verhalf ihr, Reaktionen von anderen Menschen und ihr eigenes Verhalten besser einzuordnen, zu verstehen und neu zu bewerten.

9.3 Behandlungsergebnis im Hinblick auf die Veränderung im Identitätserleben orientiert am Modell der „Fünf Säulen der Identität“

Mit den „Fünf Säulen der Identität“ hat Petzold (2012a, q; Petzold, Orth 1994a/2012) ein Kernkonzept für die Praxeologie der IT erarbeitet. Es stellt ein übersichtliches Modell für die Beschreibung unterschiedlicher Perspektiven der Identität und der vorhandenen Ressourcen dar und

ist zur Bilanzierung und Überprüfung von Veränderungsprozessen geeignet. Daher wird das Behandlungsergebnis unter anderem unter diesem Blickwinkel ausgewertet.

Leiblichkeit

Der Leib als Körper-Seele-Geist-Einheit ist die Grundlage unserer Existenz und somit die tragende Säule der Identität. Während der therapeutischen Behandlung von Herrn K. reaktivierte er seine sportlichen Aktivitäten, was insgesamt seine körperliche Fitness, Belastbarkeit und Kondition verbesserte. Herr K. machte darüber hinaus die Erfahrung, dass die Bewegung ihm hilft, Spannungen abzubauen und emotionale Belastungen besser zu bewältigen. So wurden seine kognitiven (appraisal) Entwicklungen und Veränderungen mit den emotionalen (valuation) Befindlichkeiten und Prozessen verbunden und bewusst gemacht. Nur die Gemeinsamkeit und die Verschränkung von Emotion, Kognition und Volition können die beabsichtigten Veränderungen und Zielsetzungen bewirken und festigen. Das ist Aufgabe psychoedukativer Arbeit in Gruppen und im dyadischen Setting. Das Ziel von Gesundheit (health), Wohlbefinden (wellbeing) und Leistungsfähigkeit (fitness) ist bei Herrn K. noch nicht erreicht, aber der Weg dorthin ist geebnet. Die Unterstützung durch psychoedukative Maßnahmen muss hier noch weiter gewährleistet sein.

Sozialer Kontext

Das soziale Netzwerk, unser soziales Atom, ist für unser Identitätserleben Voraussetzung und wird über den Kontakt zu anderen Menschen hergestellt, in Begegnungen ausgebaut und in der Beziehung stabilisiert. Herr K. entwickelte eine differenzierte Selbstwahrnehmung und erweiterte seine Kompetenzen im Umgang mit seinen Gefühlen. Herr K. konnte seine emotionale Beteiligung auch in der Begegnung mit mir Therapeutin zulassen, kommunizieren und kognitiv reflektieren.

Herr K. setzte sich außerdem intensiv mit seinen Einstellungen Frauen gegenüber auseinander.

Herr K. hat in der Therapie gelernt, Hintergründe von Verunsicherungen, Enttäuschungen oder erlebter Hilflosigkeit in Beziehungssituationen zu verstehen.

Insgesamt erweiterte Herr K. deutlich seine Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungsfähigkeit und damit einhergehend seine Fähigkeit zu intersubjektiver Ko-responzenz.

Arbeit, Leistung, Freizeit

Diese Säule der Identität war stark beschädigt. Bezüglich des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben wird Herr K. auch weiterhin auf die Unterstützung durch das Jobcenter angewiesen sein.

Materielle Sicherheit

Die Säule der materiellen Sicherheit war zu Beginn der Therapie nur sehr schwach ausgeprägt. Dies hat sich während ihrer Therapie nicht verbessert. Herr K. möchte den Wiedereinstieg in das Berufsleben schaffen. Damit wäre auch ein regelmäßiges Einkommen verbunden, womit er seinen Lebensunterhalt bestreiten kann.

Werte

Herr K. zeigt eine starke Haltung zu Werten wie Ehrlichkeit sich selbst und anderen gegenüber. Hohe Werte sind für ihn auch Eigenverantwortlichkeit und Stärke. Diese zu Beginn der Therapie in Teilen nur mäßig ausgeprägten identitätsbestimmenden Quellen konnten mehr und mehr wirksam gemacht durch die Verbindung von Kognition (appraisal) und Bewertung (valuation) in der Arbeit mit diesem Identitätsbereich und als solche gelebt werden.

Ausblick

Eine Drogendistanz bestand zu Ende der Behandlung zumindest gegenüber Heroin. Cannabis hat Herr K. weiterhin konsumiert ohne Abstinenzmotivation. Möglicherweise hat Herr K. Cannabis wie eine

Selbstmedikation eingesetzt als Regulationshilfe für seine Affekte mit dem Ziel der Beruhigung und der Sedierung.

Herr K. wird es schwer haben, im „normalen“ Leben Fuß zu fassen. Dazu hat er zwar gute Ressourcen vorzuweisen (Berufsabschlüsse), aber auch hohe Hürden zu überwinden (Vorstrafen).

Herr K. kann jederzeit auf die Hilfen der Institution und all ihrer Dienste und Einrichtungen zurückgreifen. Darauf wird er voraussichtlich noch lange Zeit angewiesen sein (Karrierebegleitung, keeping-contact-Modell, Petzold, Hentschel 1991).

10. Zusammenfassung / Summary

Integrative Behandlung eines Mannes mit einer Mehrfachabhängigkeit und hohem Gewaltpotential im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation unter Substitution

Anhand einer Prozessdokumentation wird die integrativtherapeutische longitudinale Karrierebegleitung eines Patienten mit dissozialer und „narzisstischer“ Selbstwert-Störung und Polytox-Suchtproblematik dargestellt. Dieses Behandlungsjournal beschreibt die sequentielle Karrierebegleitung eines politoxikomanen Mannes unter Substitution auf den „4 Wegen der Heilung und Förderung“ auf der Basis der Integrativen Therapie und unter Verwendung ihrer Methodik. Die Praxis ist jeweils mit konzeptuellen und theoretischen Exkursen fundiert.

Schlüsselwörter: Prozessdokumentation, longitudinale Karrierebegleitung, Politoxikomanie, 4 Wege der Heilung und Förderung, Integrative Therapie

Summary: Integrated treatment of polytoxicomaniac man with many criminal acts in a substitution-program

By means of a documented treatment process this treatment journal describes sequences of a longitudinal support of a polytoxicomaniac man with dissocial and “narcissistic” disorders, selfvalue problems, and a polytox-addiction. This treatment journal describes a sequential escorting of the polytoxicomaniac patient’s career on the “4 pathways of healing and fostering” based on Integrative Therapy and its methods. The practice described is illustrated by substantiating conceptual and theoretical excursions.

Keywords: Process Documentation, sequences of longitudinal support, polytoxicomania, 4 ways of healing and fostering, Integrative Therapy.

Literaturnachweis und Quellenangaben Behandlungsjournal Andrea Scheiblich

Böning, J (1994): Warum muss es ein Suchtgedächtnis geben? *Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. Sucht Bd. 40,4*

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* - 5/2005 und in *Gestalt 51*(Schweiz) 37-49 und *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 5/2004; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2005-bruehlmann-jecklin-e-petzold-h-g.html> DIMIDI (2012), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln / Internetseite: www.dimidi.de

Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. (2004): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken in: Petzold H. G. et al. 2004, 159-200

Egger, J.W. (2012): Menschenbildannahmen in der verhaltenstheoretischen Psychotherapie. In: *H.G.Petzold (2012f)*, 447-480.

Hartz, P., Petzold, H.G.(2013) Wege aus der Arbeitslosigkeit. MINIPRENEURE. Chancen um das Leben neu zu gestalten – Zur Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit, Springer-Verlag

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, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis.: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.* Bei: <http://www.fpipublikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/hass-w-petzold-h-g-1999-neueinst-2011-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke.html>

Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2014): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. *POLYLOGE 13/2014*: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2014-hecht-a-petzold-h-scheiblich-w-theorie-praxis-dina-integrative-suchthilfe.html>. Und in: In: Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammel, U. A.: *Integrative Suchttherapie. 3. erw. u. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag (in Vorber.)*.

Hüther, G. (2004): Neurowissenschaft als Grundlage der Psychotherapie? (Die Wirkung des serotonergen und dopaminergen Systems und deren Beeinflussbarkeit durch Medikamente, Drogen und psychotherapeutische Behandlungen), DVD/CD-ROM, Vortrag C.G. Jung Institut 2004, Müllheim-Baden: auditorium

Hüther, G., Petzold, H.G. (2012): Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In: *Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer. S. 207-242.* <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-18-2013-gerald-huether-hilarion-g-petzold.html>

Jäkel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. *Integrative Therapie* 1-2, 145-172. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-13-2012-brigitte-jaekel.html>

Josić, Z., Petzold, H.G. (2004): Integrative Taumatherapie und „Tröstarbeit“ als „narrative Praxis“ in konvivialen Erzählgemeinschaften - ein leiborientierter und kulturalistischer Ansatz. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 1/2004 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Leitner, A. (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*, Springer Verlag, 1. Auflage, Wien 2010

Lindenmeyer, J. (2000), Rückfallprävention. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Berlin: Springer

Mirus, G., Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der medizinischen Rehabilitation junger betäubungsmittelabhängiger Menschen im Rahmen der interdisziplinären Versorgung Therapeutischer Gemeinschaften, 2010, unveröffentlichtes Manuskript

Moscovici, S. (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.

Moser, A.,(2011): Reaktanz – ein zentrales Konzept für die Supervision, in: Supervision: Theorie – Praxis – Forschung, Ausgabe 14, 2011

Müller, M., Petzold, H.G. (2003): Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung – Modalitäten der Relationalität in der Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 08/2003 - <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-03-2007-josef-moser-hilarion-g-petzold.html> - Erweitert als Petzold, Müller 2005/2007.

Orth, I. (2015): Der "domestizierte Körper" Die Behandlung "beschädigter Leiblichkeit" in der Integrativen Therapie, *<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/orth-domestizierte-koerper-die-behandlung-beschaedigter-leiblichkeit-in-der-it-polyloge-02-2015.pdf>

Orth, I., Petzold, H. G. (2015): "Zum Thema Integration" Integration als persönliche Lebensaufgabe – Leben als Integrationsprozeß und die Grenzen des Integrierens *Polyloge*, Ausgabe 10/2015 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/10-2015-orth-i-petzold-h-g-zum-thema-integration-persoelliche-lebensaufgabe-grenzen.html>

Osten, P.: (2000), Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis, 2. Auflage, UTB für Wissenschaft, Reinhardt-Verlag

Osten, P.: (2004), Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, in: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.(Hrsg.): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, 2004

Osten, P., (2011) Integrative Psychotherapeutische Diagnostik <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/osten-integrative-psychotherapeutische-diagnostik-polyloge-14-2011.pdf>

Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Hrsg: Petzold, H.; Lammel, A.; Leitner, A., VS Verlag, 1. Auflage, Wiesbaden 2010, 237-255

Petzold, H.G. (1971), "Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie", Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris

Petzold, H.G. (1975m): Kriseninterventionsseminar –Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1975

Petzold, H.G. (1983e): Nootherapie und "säkulare Mystik" in der Integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., (1983d): Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Paderborn: Junfermann. S. 53-100.

Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, Integrative Therapie Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395; (2003a) S. 299 - 340.

Petzold, H.G. (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne, erw. von (1990e); repr. Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606 und in (1994j).

Petzold, H. G. (1993a): Integrative Therapie, Band 1-3, Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie, Junfermann Verlag, 2. Auflage, Paderborn 2003, 569-588

Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung, *Integrative Therapie* 4 (1997) 435-471

Petzold, H.G.(2001p) „Transversale Identität und Identitätsarbeit“ Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“, Amsterdam, Düsseldorf, Paris**<http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-2001p-10-2001-petzold-h-g.html>

Petzold, H. G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2002,

Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2003; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-2003b-01-2003-petzold-h-g.html>

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, *Gestalt* 47, 9-52, Teil III, *Gestalt* 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm). *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>.

Petzold. H.G. (2004) Drogenabhängigkeit als Krankheit - Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven, in: Petzold et al. 2004, 465-481

Petzold, H.G. (2006i): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - ein „Polylog“ klinischer Philosophie zu Humanessentialien und vernachlässigten Themen in der Psychotherapie, *POLY OGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik. Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H. G. (2009a): Evolutionäres Denken und Entwicklungsdynamiken im Feld der Psychotherapie - Integrative Beiträge durch inter- und transtheoretisches Konzeptualisieren. Hommage an Darwin. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 22/2009, erw. von *Integrative Therapie* 4, 2008m, 356-396. – <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-22-2009-petzold-h-g.html>

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

Petzold, H. G. (2010): Krise, Trauma, Trauer, Trost – Materialien, Seminar Ergänzungscurriculum Sozialtherapie – Schwerpunkt Sucht, Saarbrücken 2010.

Petzold, H. G. (2011g): Die heilende Kraft der Landschaft, Integrative Naturtherapie, Green Activity & Green Meditation, Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 3, Wien: Krammer, 313-353

Petzold, H.G.(2012a): Einführung zu: „Identität - Ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs“ Erschienen in: Identität - Ein Kernthema moderner Psychotherapie im interdisziplinären Diskurs, Wiesbaden: VS Verlag.

Petzold, H. G. (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozesse affiliaer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, in: Integrative Therapie 1/2012

Petzold, H. G. (2012e): Integrative Interiorisierung“ als Kernkonzept der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. Ein Arbeitspapier zu Sprachverwirrungen um Internalisierung, Introjektion, TäterInnen-Introjekte. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - Updating 2014g – 16/2012. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/16-2012-petzold-h-g-2012e-internalisierung-introjektion-taeterinnen-introjekte-integrative-i.html>

Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer.

Petzold, H. G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung - Die „Vier Wege der Heilung und Förderung und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung, in: Integrative Therapie 3/2012

Petzold, H. G (2012q): Transversale Identität und Identitätsarbeit - Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologische und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven klinischer Entwicklungspsychologie in: Petzold, H.G (2012) (Hrsg.): Identität, Ein Kernthema moderner Psychotherapie - interdisziplinäre Perspektiven, Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, Wiesbaden 2012, 407-603

Petzold, H.G. (2014): Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion G. Petzold Erschienen in: *PETZOLD, H.:* Unterwegs zu einer Integrativen Humantherapie - Ein Interview von Anton Leitner mit Hilarion Gottfried Petzold. *Resonanzen* – E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Nordamerika, 2, mai. 2014. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/article/view/273>, Zugriffsdatum: 17 Jul. 2014.

Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die „neuen Naturtherapien“. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. Green Care 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf>

Petzold, H. G. (2014s): Green Care - Manifesto for Green Care Empowerment. Erarbeitet für die Fachtagung „Heilsame Natur. Die neuen Naturtherapien“, SEAG, Psychiatrische Unvi. Klinik Zürich 22.-23. August 2014, Zürich. Tagung <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. *Green Care* 2, 2-5; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> und erw. POLYLOGE Ausgabe 05/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>.

Petzold, H. G. (2015c): Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit *Z. Psychologische Medizin* 2, 2015, 56-68. Textarchiv. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit-transdisziplinaer.pdf>

Petzold, H.G. (2015k): Integrative Therapie aktuell 2000 – 2015, Transversale und mundane Hominität. Den Menschen „von der Welt und der Natur her“ denken. Klinische Kompetenz & soziales Engagement, ökologischer Naturbezug & kritische Kulturarbeit (in Ko-respondenz mit Ilse Orth und Johanna Sieper, Polyloge

20/15 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2015-hilarion-g-petzold.html>

Petzold, H. G. (2016b): Die „Neuen Naturtherapien“ und engagiertes „Green Care“ – „Komplexe Achtsamkeit“ und „konkrete Ökophilie“ für eine extrem bedrohte Biosphäre. *Grüne Texte* 1/2016. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/index.php>

Petzold, H. G. (2016e): ÖKOLOGISATION: LERNEN und LEHREN in den „NEUEN NATURTHERAPIEN“ (tiergestützte, garten- und waldgestützte Therapie)
In: *Grüne Texte*: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-gruene-texte/index.php>

Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991), Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Element einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung I

Petzold, H. G. Hoemberg, R. (2014): Naturtherapie – tiergestützte, garten- und landschaftstherapeutische Interventionen. *Psychologische Medizin* 2, 40-48. In: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 11/2014; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-11-2014-hilarion-g-petzold-ralf-hoemberg.html>

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) (Hrsg): Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung, Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, Düsseldorf: FPI-Publikationen, 142-188

Petzold, H. G., Müller, M. (2005/2007): Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie, Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Auflage Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.

Petzold, H.G., Orth, I. (1994a/2012): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch "mediengestützte Techniken" in der Integrativen Therapie und Beratung. *Integrative Therapie* 4 (1994) 340-391. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2012-petzold-h-orth-i-1994a-kreative-persoeneichkeitsdiagnostik-durch-mediengestuetzte.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2006): Erkenntnistheoretische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der "Integrativen Therapie" als "Entwicklungstherapie" in: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit: Innovative Modelle, Praxisstrategien und Einfühlerndes Verstehen (EV)aluation, Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, Wiesbaden 2006, 627-714

Petzold, H.G., Orth, I. (2011) „Genderintegrität“ als neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten – ein ko-reflexiver Beitrag zu „Genderkompetenz“ in: *Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision*. Wiesbaden: VS Verlag. 195-299.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: Petzold, Orth, Sieper (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Orth, I. (2013): Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – Naturtherapeutische Gedanken, „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. *POLYLOGE* 20/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2013-petzold-h-orth-petzold-s-orth-i-2013a-freude-am-lebendigen-umgang-mit-natur.html>

Petzold, H.G. Osten, P.(1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse

in der Integrativen Therapie. Erschienen in: *Petzold* (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*., 118-141 und gekürzt in *Laireiter, A.*(1998)(Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer

Petzold, H. G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, VS Verlag, 2. Auflage, Wiesbaden 2007

Petzold, H.G., Sieper, J. (2012): "Leiblichkeit" als "Informierter Leib" embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis* (2012a) <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-21-2012-hilarion-g-petzold-johanna-sieper.html>

Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis, 4. Auflage, Paderborn 1999

Scheiblich, W.: (2004) „Soziale Integration: Aufbau tragfähiger sozialer Netze/ Förderung der Beziehungsfähigkeit“ in: Bürkle, Stefan (Hrsg.): Nachsorge in der Suchthilfe, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Scheiblich, W.:(2006) „Identitätsentwicklung in sozialen Netzwerken“, Vortrag beim Fachtag der Caritas-Suchthilfe, <http://www.caritassuchthilfe.de/24329.html>

Sieper, J. (2000): Ein neuer „POLYLOG“ und eine „Dritte Welle“ im „herakliteschen Fluß“ der INTEGRATIVEN THERAPIE - Transgressionen III. Polyloge 03/2000. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2000-sieper-j-ein-neuer-polylog-und-eine-dritte-welle-im-herakliteschen-fluss.html>

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, Gestalt & Integration, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikation.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

Sieper J., Petzold H. G. (2002): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie - Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, 10/2002

Soyka, M. (1995), Die Alkoholkorankheit – Diagnose und Therapie. London: Chapman & Hall

Vygotskij, L. S. (1992): „Geschichte der höheren psychischen Funktionen“, Münster 1992

Waibel M., Jacob-Krieger, C. (2009): „Diagnostik, Behandlungsplanung und Dokumentation“ in: Waibel M. J., Jacob-Krieger, C. (2009) Integrative Bewegungstherapie, Schattauer Verlag, 1. Auflage, Stuttgart 2009, 45-64

Szczygiel, M., Floren, M., Hüther, G. Petzold, H.G. (2015): Integrative Perspektiven für die „klinische Sozialarbeit“ am Beispiel körperorientierter Interventionen für die Arbeit mit Jugendlichen: annotierte Experten-Interviews mit Gerald Hüther & Hilarion G. Petzold. *POLYLOGE* 16/2015. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2015-maja-szczygiel-miriam-floren-gerald-huether-hilarion-g-petzold.html>

van Wijnen, H., Petzold, H.G. (2003): Moderne Identitätstheorien und ihre Bedeutung für die Supervision. [**http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-15-2003-wijnen-h-van-petzold-h-g.html](http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-15-2003-wijnen-h-van-petzold-h-g.html)

Welsch, W. (2012): Homo mundanus. Jenseits der anthropischen Denkform. Weierswirt: Velbrück.

World Health Organization WHO (2005), ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), MMI Verlag

Nachwort

Theoriegeleitete Arbeit und Prozesstransparenz in der Integrativen Therapie im Kontext „Sozialtherapie Sucht“

Hilarion Petzold, Susanne Orth-Petzold, Hückeswagen
beraten von Johanna Sieper, Bad Neuenahr

-
- *“Wird Psychotherapie/Soziotherapie Menschen gerecht?”*
 - (Petzold 2006o, 1ff)

Inhalt:

1. Der Kontext „Integrative Therapie“ im Bereich der Suchttherapie
2. Der Kontext „Soziotherapie/Sozialtherapie“
3. Qualitätssicherung und T r a n s p a r e n z durch Prozessdokumentationen:
Behandlungsjournale
4. Anwendung der IT in Journalen und Modelljournalen
5. Um Menschen „gerecht zu werden“ – abschließende Bemerkungen
6. Literatur

1. Der Kontext „Integrative Therapie“ im Bereich der Suchttherapie

Die „**Integrative Therapie**“ ist ein modernes Therapieverfahren der „**dritten Welle**“ (Heidenreich, Michalak 2013; Sieper 2000) empirisch fundierter, klinisch-psychologisch und neurowissenschaftlich ausgerichteter Therapie (Egger 2015; Grawe 2004; Petzold 1993a, 2005r, Orth, Sieper, Petzold 2014)². Sie hat als eines der ersten Verfahren in der Psychotherapie einen „**biopsychosozialen**“ Ansatz vertreten und unbestritten als erstes einen „**biopsychosozialökologischen**“ Ansatz (*approche biopsychosocioécologique*, Petzold 1965, 5), weil sie die Bedeutung der Lebensumstände, der (mikro)ökologischen Situation der PatientInnen für Gesundheit, Entwicklungsrisiken, Störungen erkannt und interventiv berücksichtigt hat. Das ist ein weit ausgreifender Ansatz. Psychotherapeuten fragen da oft irritiert:

² Dieser Beitrag hat einen Übersichts- und Dokumentationscharakter, deshalb wurden alle Positionen ausführlich mit Literatur aus der IT belegt, so dass weiterführende und vertiefende Konzeptarbeit und Aneignung möglich werden. Dieser fundierende Quellenverweis zeigt auch, wie konsistent und breitgreifend an der Entwicklung der Integrativen Theorie und Praxeologie seit ein halben Jahrhundert gearbeitet wird.

„Wie soll man das denn in der Praxis alles machen?“ (Eberwein, Petzold 2014). Nun, in Psychosomatik-Kliniken oder in Fachkrankenhäusern für Suchtbehandlung hält man doch auch solche konzertierten, multimethodischen Angebote vor, weil man sie für ganzheitliche Behandlungen als unerlässlich ansieht. „Aber wer zahlt das? Die Kassen doch nicht?“ Unsinniger und **ungerechter** Weise leider nicht, muss man da sagen, zu Lasten der PatientInnen, die oft nicht wirklich gesund werden und chronifizieren – und das wird richtig teuer für die Kostenträger und die Gesellschaft. Man muss deshalb als niedergelassener Psychotherapeut die Programme der Volkshochschulen, des Breitensportes, der Sportvereine heranziehen, um mit dem Patienten zu beraten, was er denn noch brauchen würde, um gesünder zu werden, gesund gar. Es geht bei den meisten PatientInnen doch um die Umstellung eines dysfunktionalen oder sogar destruktiven **Lebensstils**, eines depressiven oder süchtigen usw. (Petzold 2012q; 2014i). Ohne eine **Lebensstilveränderung** gibt es für viele PatientInnen keine nachhaltigen Therapieerfolge (Petzold 2014h). Jeder weiß das eigentlich. Nimmt man dann noch als Information aus der Psychotherapieforschung hinzu, dass bei Veränderungen während einer Therapie 40% durch *extratherapeutische Faktoren* bestimmt sind – also nicht durch spezifische Therapiewirkungen, wie Therapiemethode (1-15%) oder die therapeutische Beziehung (1-30%, vgl. Asay, Lambert 1999; Lambert 2013), dann muss man doch versuchen, in diesen Bereich hinein zu kommen. Die Natur-, Sport- und Bewegungstherapien oder – hilfsweise – vergleichbare Angebote der Erwachsenenbildung, Umwelt- und Sportpädagogik bieten dazu Wege. Da die Zielgruppen oft physische und psychische Traumatisierungen erlebt haben, der „Informierte Leib“ (Petzold 2009c) mit Negativerfahrungen gesättigt ist, sich häufig in einer körperlich schlechten Verfassung befindet, sind die PatientInnen in ihrer „**Leiblichkeit**“ beeinträchtigt oder geschädigt. Da kann der Beginn eines Aikido-Trainings oder einer anderen Budo-Kunst parallel zur Psychotherapie Immenses bewirken (Petzold, Bloem, Moget 2004), und auch der Yoga- oder Chi Gong-Kurs an der VHS ist keine schlechte Zusatzmaßnahme oder auch eine aktive Mitgliedschaft im Eifel- oder Alpenverein mit regelmäßiger Teilnahme an Waldwanderungen ist effektiv (Li 2013; Petzold 2014n). Das alles kann eine Psycho- oder Soziotherapie flankierend unterstützen. Der Therapeut muss dabei eben noch eine „Nebenrolle“ einnehmen, die eines „integrativen Case-Managers“ (Jüster 2007), eines

„Facilitators für einen optimalen Therapieprozess“ (Petzold, Sieper 2008, 519ff). Machbar ist das (ohne Verdienstausschlag). Man müsste nur umdenken, die Routine verändern, fünf bis zehn Minuten pro Therapiestunde würden ausreichen, um ein „monitoring“ dieser flankierenden Maßnahmen zu gewährleisten. Wahrscheinlich würde man vielen PatientInnen, besonders solchen mit komplexen und chronifizierten Störungen mit einem so breiten Konzept sicher **besser gerecht** als mit minimalistischen Teilbehandlungen von eigentlich vieldimensionalen Symptomatikern. Der Einbezug von Elementen der Bewegungs- und Naturtherapie (Petzold 2006p, 2016b) ist natürlich eine starke Option für die **Soziotherapie** und die **klinische Sozialarbeit**. Und hier fragt man nicht, wie könnte das gehen? Man macht es, hat es im Suchtbereich immer gemacht, und da ist es auch besonders sinnvoll, denn bei dieser Klientel finden sich oft negative und destruktive sozioökologische Kontexte (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014) und Naturdefizite (*nature deficit syndrome*, Louv 2009, 2011). Waldtherapeutische Interventionen, angeleitete Waldspaziergänge (Li 2013), Waldlauf (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997), aber auch Naturmeditation, „Green Meditation“ (Petzold 2015b) kann bei diesen oft überstressten Menschen beruhigend und ausgleichend wirken. In den Therapeutischen Wohngemeinschaften der „ersten Generation“ (Petzold, Vormann 1980) waren Garten und Tiere in vielen Einrichtungen Standard und sind es heute noch. Auch die „klinische Sozialarbeit“, hierzulande eine junge Bewegung (Gahleitner, Hahn 2009; Pauls 2011), beginnt sich der „Leiblichkeit“ zu zuwenden (Szczygiel, Floren, Hüther, Petzold, 2015). Aufgrund der anthropologischen Position der IT (Petzold 1965, 2003e) sind wir der Überzeugung, dass nur komplexe Therapieansätze und -programme, die den Menschen in seiner **Leiblichkeit**, d.h. auf der *körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen* Ebene seines Wesens³ zu erreichen suchen und auf jeder dieser Ebenen seine Schädigungen zu behandeln bemüht sind, **ihm gerecht werden**. Diese integrativtherapeutische Idee, Menschen wirklich „**gerecht zu werden**“ muss als Hintergrundfolie dieses gesamten Textes gesehen werden.

Wir haben in der Integrativen Therapie durch eine starke Schwerpunktbildung im Bereich der Suchttherapie viele Erfahrungen sammeln und viel entwickeln können. Die Gründe für diese Schwerpunktbildung der IT in Deutschland sind

³ «L’homme est un être corporel, psychique et noétique dans un espace de vie social et écologique donné (Lebenswelt).» (Petzold 1965, 20).

vielfältig. Ein Grund ist sicherlich die hierzulande erfolgte Ausgrenzung fast aller Therapieverfahren aus der gesetzlich geregelten Psychotherapie durch die „Richtlinienverfahren“ (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie⁴) als vorgeblich „nicht wissenschaftlich fundiert“. Von dieser Ausgrenzung ist auch die Integrative Therapie betroffen worden. Inzwischen sind über Jahre der Auseinandersetzung die „Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie“ und die „Systemische Psychotherapie“ *wissenschaftlich* anerkannt worden, jedoch sie haben durch die Machtpolitik der Richtlinienverfahren keine *leistungsrechtliche* Zulassung erhalten. So ist in der „offiziellen“ therapeutischen Arbeit der Integrativen Therapie in Deutschland – anders als etwa in Österreich, wo die IT voll staatlich und leistungsrechtlich anerkannt ist – der seit ihren Anfängen bestehende Schwerpunkt in der Suchttherapie besonders prägnant geworden. Diese Ausgrenzung von vielen, lange als wirksam erwiesenen Verfahren (z. B. Psychodrama, Gestalttherapie) ist nicht nur **ungerecht**, es ist ein einzigartiger und letztlich skandalöser Vorgang, für den sich in dieser Radikalität international nichts Vergleichbares findet (siehe *Petzold* 1992o, 2012p). Die Schwerpunktbildung in der Suchttherapie erfolgte natürlich nicht zu Lasten der Arbeit mit der breiten Palette anderer psychischer, psychosomatischer bzw. somatoformer Störungsbilder (*Leitner, Sieper* 2008) in der Integrativen Therapie, die sich vielen Zielgruppen intensiv zugewandt hat: Kinder- und Jugendlichen (*Metzmacher et al* 1996; *Petzold, Feuchtner, König* 2011; *Hartz, Petzold* 2015), Gerontopatienten (*Petzold* 1985a, 2005a, *Müller* 2010) usw. Mit all diesen Gruppen wird in der IT erfolgreich gearbeitet (*Petzold, Hass et al.* 2000; *Leitner* 2010). Der Suchtschwerpunkt hat weiterhin auch den Hintergrund, dass Alkoholismus, Drogensucht Bereiche sind, in denen der Integrative Ansatz bekanntlich seit seinen Anfängen Pionierarbeit geleistet hat – schon die Eltern von *Hilarion Petzold* waren in der ehrenamtlichen Suchthilfe aktiv (*Petzold, Schobert, Schulz* 1991). Wir waren die ersten, die hierzulande Psychotherapie im Feld der Drogenhilfe durchgeführt und eingeführt haben (*Petzold* 1971c, 1974b) und die ersten, die seit 1972 eine curricular organisierte suchtspezifische Weiterbildung (*Petzold* 1974h) angeboten haben und bis heute gut evaluiert durchführen (*Petzold, Rainalds et al.* 2006).

Die psychotherapeutische Arbeit im Bereich der Sucht hat u. a. auch mit dem Engagement der Begründer des Verfahrens für „Randgruppen“ zu tun, ihrer

⁴ Vgl. *Petzold, Orth, Sieper* 2014a, j

transversalen Reflexion bzw. **Metareflexion** von Armut, seelischem Leid und psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen auf deren gesellschaftliche Hintergründe hin, was über eine individualisierende Praxis hinausweisend zu Überlegungen zu einer **Metapraxis** (Petzold 1994c/2015) führte, nämlich therapeutische Arbeit auch als **politische Arbeit** zu verstehen (Schwendter 2000), die Menschen **gerecht zu werden** versucht, eine „*thérapie juste*“, eine um Gerechtigkeit bemühte Therapie vertritt (Petzold 2006o). Ihr Ziel ist, Bewusstsein zu schaffen über die „Dienstleistung Psychotherapie“ hinaus – für die man bei Armen und Gescheiterten keine Abnehmer findet. **IT** will die Motivation bestärken, immer wieder auch altruistische Hilfen zu geben (Petzold, Orth 2013), weil man damit auch konstruktive „**Kulturarbeit**“ leistet (Petzold, Orth, Sieper 2014a). Ohne die kommen wir nicht weiter in Richtung einer humanen Zivilgesellschaft, halbwegs friedlicher globaler Verhältnisse und einer gesicherten Ökologie. Das sagt einem der „gesunde Menschenverstand“ und viel mehr noch eine „**transversale Vernunft**“ (Welsch 1996; Petzold, Orth, Sieper 2013b), die nichts auszublenden sucht, über den habituellen Reflexionsrahmen der meisten Psychotherapieverfahren hinausgeht. Sie ist bemüht die Dinge in übergeordneten Zusammenhängen von Ökologie, Ökonomie und Machtverhältnissen, von Armut und Reichtum, von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit zu sehen – *transversal* eben (Petzold 2009d, 2015l, Petzold, Orth, Sieper 2013a, 2014).

„**Transversalität** ist ein Kernkonzept, das das Wesen des ‚Integrativen Ansatzes‘ in spezifischer Weise kennzeichnet: ein offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, das in permanenten Übergängen und Überschreitungen (*transgressions*) die wahrnehmbare Wirklichkeit und die Welten des Denkens und der Imagination, die Areale menschlichen Wissens und Könnens durchquert, um Erkenntnis- und Wissensstände, Methodologien und Praxen zu konnektivieren, ein ‚*Navigieren*‘ als ‚systematische Suchbewegungen‘ in Wissenskomplexität und Praxisbereichen, in denen die Erkenntnishorizonte und Handlungsspielräume ausgedehnt werden können.“ (Petzold 1981l)

Für die Suchtherapie sind diese Perspektiven der **Metapraxis** und der **Transversalität** wesentlich.

Die frühe Orientierung auf Randgruppen – Alterspopulationen, Suchtkranke, Menschen in prekären Arbeitskontexten und Migrationssituationen (Petzold

1968b) hatte für die **IT** einige sehr große Vorteile gebracht: Im Unterschied zu den meisten Therapierichtungen, die in ihren Theorien und in ihren Methoden (gerade auch was die „evidenzbasierten“ Methoden anbelangt) **mittelschichtorientiert** sind, haben wir in der Arbeit mit Menschen aus „benachteiligten Schichten“ (statt Unterschicht) und aus „prekären Situationen“, etwa Langzeitarbeitslosen (Petzold, Heini, Walch 1983; Hartz, Petzold 2013), kostbare Erfahrungen sammeln können – auch bei bildungsfernen Schichten ohne Suchtbelastung. Sie alle sind in unserem Gesundheitssystem gravierend unterversorgt bis unversorgt. Bei diesen Gruppen konnten wir feststellen, dass alleinig psychotherapeutische Maßnahmen nicht ausreichend sind, dass durch die Psychodiagnostik „as usual“ (ICD, DSM) ihre Problemlagen überhaupt nicht angemessen erfasst werden. Wir waren gezwungen, eine „prozessuale Diagnostik“ zu entwickeln, die auch die „Lebenslagen“ der Menschen mit in den Blick nimmt (Petzold 2006p; Petzold, Osten 1998). Heute schließt der ICF teilweise diese Lücke.

2. Der Kontext Soziotherapie/Sozialtherapie

Der Seniorautor dieses Beitrags führte 1965 den Begriff der „**Humantherapie**“ ein⁵ – sie will den „ganzen Menschen im Lebensweltbezug“ erreichen – und weiterhin den Begriff und das Konzept der „**Soziotherapie/Sozialtherapie**“ (beide Formen wurden damals noch synonym gebraucht) mit ihrer multimodalen Praxeologie, zuerst im Feld der Gerontotherapie und psychosozialen Altenarbeit, dann im Bereich der Sucht- und Familienarbeit. Die früheste Definition lautet:

„Sozialtherapie, ein Begriff, der die Gesamtheit der Interventionen biopsychosozialer Art umfasst, [soll] an der Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensqualität alter Menschen mitwirken“⁶ (Petzold 1965, 11)

Soziotherapeutische Hilfen sollten so lange angeboten werden, solange die Gesundheit/Krankheit und die Lebenslage der Menschen – gleich welchen

⁵ Es müsse eine „médecine appliquée à l'homme, en pédagogie, en psychanalyse ou en psychothérapie comme thérapie humaine ainsi que dans le domaine du travail social et en sociothérapie (Petzold 1965, 2) betrieben werden, eine „auf den Menschen angewandte Medizin für die Pädagogik, die Psychoanalyse oder die Psychotherapie als *Humantherapie* eingeführt werden, auch in die Bereiche der Sozialarbeit und *Soziotherapie*“ (die Schlüsselbegriffe hier in der deutschen Übersetzung durch Kursive hervorgehoben).

⁶ „thérapie sociale, terme regroupant l'ensemble des interventions de type biopsychosocial, participant à l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des personnes âgées“ (Petzold 1965, 11).

Alters und welcher schwerer Störung (z. B. BPS, PTBS, ADHS) – es erforderlich machen. Das wäre eine **gerechte** Sache. Im Suchtbereich, in dem sich Menschen mit vielen schwierigen „Doppeldiagnosen“ finden, haben wir aus dieser Erkenntnis das Konzept der „Karrierebegleitung“ entwickelt (*Petzold, Hentschel 1991*).

Das Konzept der **Soziotherapie** wurde von uns über die Jahre immer prägnanter ausgearbeitet (*Petzold 1974b, 1985a, 1997c, Petzold, Petzold 1993a; Petzold, Sieper 1998, Sieper, Petzold 2011*). Es wurde über die Suchttherapie und Gerontotherapie hinaus auch in die Bereiche der Arbeit mit Familien (*Petzold 2010g*), in die Jugendlichenpsychotherapie und Jugendarbeit (*Petzold 2007d, 2014u*) eingebracht, alles Felder, in denen man mit konventioneller verbaler Psychotherapie allein nicht weiterkommt, sondern wo in der Praxis „**Bündel von Maßnahmen**“ – so unser Term – und ein personalisiertes, „komplexes und integratives **Therapiecurriculum**“ (*Petzold, Sieper 2008a, 517ff, 519ff*) notwendig werden. Für klinisch-psychotherapeutische Arbeit, klinisch orientierte Sozialarbeit und Agogik (d.h. umfassende Bildungsmaßnahmen, vgl. *Petzold, Sieper 1970, 1993c/2011*) werden Kooperationen erforderlich. Diese Aufgabe sind wir konkret angegangen.

Das gute **Zusammenspiel** und die **Synergie** von Maßnahmen z. B. in Case-Work-Konzeptionen (*Jüster 2007*), in Therapieketten und Verbundsystemen (*Petzold 1980c; Scheiblich, Petzold 2006*) ist entscheidend für eine erfolgreiche Therapie und Rehabilitation von Menschen mit schweren Störungen, besonders chronifizierten, komplexen Belastungen und in prekären Lebenslagen – das haben wir schon früh erkannt (*Petzold 1974b, 1974k*). Als übergreifende verbindende Klammer in solchen kooperativen Maßnahmen ist das Faktum zu sehen, dass überall mit den Kernelementen der empathisch kompetenten, **affiliären Beziehung** gearbeitet wird – ob im agogischen oder therapeutischen Handeln (*Petzold, Müller 2005/2007*) –, und dass es überall um **komplexes Lernen** geht (*Sieper, Petzold 1993c/2011, dieselben 2002/2011; Lukesch, Petzold 2011*). Das sind die zentralen Ingredienzien der Arbeit mit Menschen (*Orth, Petzold 2016b*), die ein zureichendes integrierendes Moment bieten.

Dies in konkreten Therapien, Kriseninterventionen (*Petzold 1975m*), Projekten mit diesen Zielgruppen gewonnenen Erfahrungen wurden durch langjährige Praxis

und Forschung in der Supervision und durch die Entwicklung eines integrativen Supervisionsansatzes bestätigt (Petzold 1998a/2007a; Petzold, Schigl et al. 2003). Von Sieper und Petzold (2011) wurden diese Erkenntnisse und Konzepte wie folgt zusammengefasst:

Für uns haben diese verschiedenen Interventionsdisziplinen eine Scharnierfunktion für eine „Doppelperspektive“ von **Problemlösung** u n d **Kreativierung**, von **Konfliktzentrierung** u n d **Lösungsorientierung**, kurativer **Therapie** u n d **Agogik/Bildungs- bzw. Kulturarbeit**« (vgl. Petzold 1965; Petzold, Sieper 1970; Sieper, Petzold 1993c, 2002).

Agogik ↔ SOZIOtherapie/KLINISCHE SOZIALARBEIT ↔ Psychotherapie

Erziehungswissenschaften ↔ Sozialwissenschaften ↔ Naturwissenschaften

(Biologie/Psychologie/Neurowissenschaft/Psychiatrie/Medizin)

(vgl. Petzold, Sieper 2011b)

Aus integrativer Perspektive wurde „**Soziotherapie**“ (Petzold 1997c) dann definiert:

„**Integrative Soziotherapie** wird ähnlich wie psychosoziale Beratung verstanden als die theoriegeleitete, planvolle Arbeit mit Menschen in sozialen Systemen und die Beeinflussung solcher Systeme und Kontexte auf der Mikro- und Mesoebene durch Interventionsmethoden, die Problemsituationen strukturieren ... Damit sollen die sozialen *Fähigkeiten (Kompetenzen)* und *Fertigkeiten (Performanzen)* von Einzelnen und Gruppen für den Umgang mit der persönlichen und gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeit im Sinne ihrer *Bewältigung*, aber auch *Gestaltung* gefördert und die Möglichkeit zu solidarischem Handeln aus sozialer Kokreativität entwickelt werden“ (Petzold, Sieper 2008b).

Ähnlich wurde auch im Sinne der „Doppelperspektive“ die „**Klinische Sozialarbeit**“ aus einer integrativen Sicht definiert:

„**Klinische Sozialarbeit (KS)** ist eine komplexe bio-psycho-sozial-ökologische Praxeologie (Orth, Petzold 2004) in psychosozialen Arbeitsfeldern. Sie erfährt ihre spezifische Bestimmung durch die jeweilige Zielgruppe und ihr Hilfeersuchen bzw. ihre Handlungsaufträge (Petzold 2000a). Mit ihren KlientInnen/PatientInnen arbeitet die **KS** machtsensibel, respektvoll, kooperativ und ko-kreativ (ders. 2009d) in einer **Doppelperspektive**: problemzentriert u n d entwicklungsorientiert, konflikt- bzw. defizitsensibel u n d lösungs- bzw. ressourcenorientiert. Sie ist dabei an den Konzepten der *Entwicklung in der Lebensspanne* und des *personalisierten Vorgehens* ausgerichtet. **Ziele** sind: Förderung von Gesundheit und Partizipation, Beseitigung oder Verminderung von Belastungen und

Störungen im Sinne des ICD und ICF, der Schutz der persönlichen **‘Würde und Integrität’** (Petzold, Orth 2011) und die Förderung ‘persönlicher Souveränität’ (Petzold, Orth 2014) aus einer kritisch-melioristischen und reflektiert-altruistischen Grundhaltung und im Sinne zivilgesellschaftlichen Engagements (Petzold, Orth 2013a; Petzold, Orth, Sieper 2013a; Leitner, Petzold 2005). Zielgruppen sind: Kinder, Jugendliche, Suchtkranke, Psychiatrie- und GerontopatientInnen etc. in ihren jeweiligen lebensweltlichen und institutionellen Kontexten (soziale Brennpunkte, Heime, Rehaeinrichtungen, Psychiatrien, Suchtberatungsstellen etc.). **KS** bewegt sich dabei auf einem Spektrum zwischen sozialarbeiterischem Handeln mit KlientInnen- und PatientInnengruppen, soziotherapeutischer Praxis, beratender Hilfe und konfliktlösender Unterstützung ggf. mit psychotherapeutischen Techniken. Hinzu kommen sozialpädagogisch/agogischen Bildungs- und Informationsaufgaben, Prävention, Biographie- und Kulturarbeit. Dieses breite Feld macht jeweilige Zupassungen notwendig. Interventionen erfolgen in sozial- und neurowissenschaftlichen Theorien gegründet und – wo immer möglich – forschungsgestützt. Dadurch ist **KS** besonders geeignet, Menschen in ‘prekären oder desaströsen Lebenslagen’ (ders. 2006p), abgedrängte, marginalisierte ‘Hard-to-reach-people’ (Brackertz 2007, Doherty et al. 2004) aus benachteiligten Schichten und in ‘Minus-Milieus’ (Hecht, Petzold, Scheiblich 2014) Hilfen zu bieten, ihnen Potentiale zu erschließen und dabei Stigmatisierungen entgegen zu wirken“ (Petzold 2014b).

In derart komplexen **Praxeologien**, wie sie als Soziotherapie und klinische Sozialarbeit und natürlich auch als Psychotherapie im Bereich der Suchtarbeit zum Einsatz kommen steht die Frage der „Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung“ im Raum. Klassische Ansätze der Psychotherapieforschung stehen bei den sehr fluktuierenden Zielgruppen der SuchtpatientInnen vor vielfältigen Problemen. RCS Forschung ist bei solchen Populationen sehr aufwendig und in nur begrenztem Maße durchführbar. Für diese schwierigen Gruppen wird durch solche Studien die sehr heterogene Praxissituation kaum aussagekräftig abgebildet. Die Suchttherapieforschung in den umfassenden Dimensionen, die notwendig wären (programmatisch Petzold 1994h), z. B. Longitudinalstudien, Zielgruppenuntersuchungen etc., ist immer noch unzureichend, obwohl es sehr viel zu beforschen gäbe (Thomas, Petzold, Schay 2006), was auch praxisrelevant sein könnte. Forschung muss auch für die Praktiker, die mit einem sehr heterogenen Klientel zu tun haben, Hilfen geben und sie muss an das, was in der Praxis geschieht, anschlussfähig sein, um eine gute Qualität zu erreichen. Vor allem ist es wichtig, die Praktiker „mit ins Boot“ zu bekommen, wenn man dann *gute Qualität* sichern will. Wir haben hier eigene Wege beschritten.

3. Qualitätssicherung und T r a n s p a r e n z durch Prozessdokumentationen: Behandlungsjournale

Vor dem Hintergrund der voranstehend kurz umrissenen Kontexte sei ein Weg der Qualitätssicherung eingegangen, den wir im Rahmen der therapeutischen Weiterbildungen an der EAG entwickelt haben und praktizieren, also auch für den Bereich „Integrative Therapie – Sozialtherapie

Sucht“. Zum Abschluss der Weiterbildung in Methoden der Integrativen Therapie (IT) müssen sogenannte „**Behandlungsjournale**“, Darstellungen von Therapien, verfasst werden, die mit der informierten *Zustimmung (informed consent, Beauchamp et al. 2004)* der behandelten PatientInnen und in faktischer **Anonymisierung**⁷ erstellt werden. Sie haben zum Ziel, theoriegeleitete Behandlungen mit integrativen Methoden auf dem Boden und auf dem *aktuellen Stand* der Integrativen Theorie (Petzold 2003a, 2005r, 2015k) und Praxeologie (Orth, Petzold 2004, 2016b) bei verschiedenen Störungsbildern zu dokumentieren. So soll **T r a n s p a r e n z** über das Behandlungsgeschehen in der IT geschaffen und der „Body of Knowledge“ der integrativen Behandlungspraxis erweitert, vertieft und sichtbar gemacht werden.

T r a n s p a r e n z ist eine zentrale Qualität im menschlichen Miteinander. **Gerechtigkeit** braucht Transparenz, **Partizipation** gründet auf Zugänglichkeit von Information und verlangt das Recht auf Mitsprache, auf **Parrhesie**, die wiederum einen „Transparenzraum“ (Schneider 2013) braucht. Transparente Verhältnisse brauchen wir im **Politischen** wie im **Zwischenmenschlichen**:

„Ich muss dir vertrauen können, zwischen uns muss Offenheit herrschen, keine versteckten Angelegenheiten“. Vertrauen (Petzold 2010q), Zuverlässigkeit, Verantwortlichkeit (*accountability*) und Transparenz gehören zusammen, auch um mit dem „**T r a n s p a r e n z d i l e m m a**“ umgehen zu können, denn es gibt Bereiche im Leben, die bedürfen des Schutzes und der Diskretion. Psycho- und Soziotherapie gehören dazu genauso wie die persönliche und familiäre Privatsphäre. Da muss nicht alles in den „öffentlichen Raum“. Die „*Transparenzgesellschaft*“ (Byung-Chul Han 2012) hat Grenzen, wie der koreanische Philosoph aufzeigt und sich für die Rückkehr zu einer „Kultur des Vertrauens“ ausspricht. Die darf aber nicht verdeckend oder naiv sein. Seinen Thesen ist denn auch heftig widersprochen worden (Kraft 2012). Im Integrativen Ansatz plädieren wir für eine Dialektik von kritisch-reflektiertem **Vertrauen** (Petzold 2010q) und konstruktiv-weiterführendem **Zweifel** (idem 2014e, f) und für den differenzierten und metareflektierten Umgang mit

⁷ „Die **Anonymisierung** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass diese Daten nicht mehr einer Person zugeordnet werden können.“ https://de.wikipedia.org/wiki/Anonymisierung_und_Pseudonymisierung, vgl. § 3 Abs. 6 **Bundesdatenschutzgesetz** und §16 Abs. 6 BstatG; grundlegend: Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; vgl. Eichert, Petzold 2003; Sonnenmoser 2009.

beidem. Dann kann man auch mit dem **Transparenzdilemma** umgehen, dass in der Psychotherapie mit dem Thema der sogar strafbewehrten „Verschwiegenheitspflicht“ (Sonnenmoser 2009) verbunden ist. Im Bereich der politischen Transparenz⁸ gibt es ähnliche Konstellationen. In Schweden ist die Transparenz verfassungsrechtlich seit 1766 verankert. Die Bürger haben Zugang zu den Regierungsdokumenten. Es geht also und Transparenz ist sogar eine Zieldimension der EU. In den Demokratien sind es z. B. Kontrollausschüsse, die hinlängliche Transparenz gewährleisten sollen. Es bleiben aber Schutz- und sogar Arkan-Räume. In der Therapie kommt die T r a n s p a r e n z am Therapieraum an ihre Grenzen – (oder auch nicht, man denke an das höchst problematische Gutachterverfahren in der Psychotherapie, wo Therapeuten Lebensdaten von Patienten an Gutachter weitergeben [müssen], ohne dass sich die PatientInnen dagegen wehren können, es sei denn, sie verzichten auf die Finanzierung durch die Kasse. Diese Bedingung kommt schon einer Nötigung nahe). Supervision – die allerdings von den TherapeutInnen freiwillig in Anspruch genommen werden kann, nicht muss – ist ein Versuch, zumindest eine „**geschützte Transparenz**“ zu ermöglichen, deshalb ist sie so wichtig. Sie steht aber selbst, wie noch ausgeführt wird, in dem Transparenzdilemma.

Um Vertrauen zu generieren, kommt man nicht um „hinlängliche“ Transparenz herum „*good enough at least*“, um den Winnicott-Begriff hier zu bemühen. Wir müssen Therapeutinnen – wegen des faktischen, extremen „strukturellen Transparenzmangels“, den das „Diskretions-Transparenz-Dilemma“ schafft, **vertrauen**, dass sie gut arbeiten. Wir müssen also „**unterstelltes Vertrauen**“ aufbringen – von Seiten der PatientInnen- und der KollegInnen und von Seiten der Öffentlichkeit. Gleiches gilt für die Supervision. Schadensforschung in beiden Bereichen (Erhardt, Petzold 2011; Märten, Petzold 2002; Petzold, Orth-Petzold et al. 2003; Leitner, Schigl, Märten 2014) zeigt: Zweifel sind angesagt, denn es finden sich Schäden und das Dunkelfeld ist bislang kaum erfasst. Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrzahl der Studien in der empirischen Psychotherapieforschung das Nebenwirkungs- und Nachwirkungsthema ausgeblendet hat. Wir wissen – um ein Beispiel herauszugreifen – nichts über die Drop-Out-Zahlen bei Expositionstherapien, bei denen die PatientInnen auch regelhaft nicht über Risiken und Nebenwirkungen (wie eigentlich verpflichtend) aufgeklärt werden. Wir wissen auch kaum etwas von den *Nebenwirkungen* und

⁸ Vgl. [*Platform for Transparency created by MEPs van Buitenen, Martin and Mote*](#)

gar nichts über die *Nachwirkungen* von Expositionen, denn es fehlen Longitudinalstudien, die dieses Thema mit zu erfassen suchen. Also warum Expositionstherapien, wenn auch sanftere wirkungsvolle Therapien möglich sind (Petzold 2004l; Spangenberg 2015)? Wir haben dem Schadensthema in der Integrativen Therapie seit langem Aufmerksamkeit geschenkt (Petzold 1977l, 1999h, Märten, Petzold 2000), denn „was wirkt, hat auch Nebenwirkungen“ und niemand ist von Fehlern frei – man muss sie indes korrigieren und Wege finden, um Grundlagen für das „**unterstellte Vertrauen**“ zu schaffen. Unsere zahlreichen Publikationen und Forschungen zu diesem Thema – und es geht hier nicht nur um Missbrauch, sondern auch problematische Ideologien (Petzold, Orth 1999, Petzold, Orth, Sieper 2014a) – sind als ein solcher Beitrag zu sehen, aber auch die veröffentlichten **Behandlungsjournale** aus der Integrativen Therapie. Sie zeigen nämlich: So arbeitet man in diesem Verfahren! Sie können dazu beitragen, eine „qualifizierte Öffentlichkeit“ herzustellen und die Arbeit mit Menschen in unserem Verfahren unter der Wahrung der Sorgfaltspflicht und Gewährleistung persönlicher **Würde** und **Integrität** (ausführlich Petzold, Orth 2011) „t r a n s p a r e n t“ zu machen. Dabei stammen viele Journale aus dem Bereich der Suchttherapie, Soziotherapie und klinischen Sozialarbeit, einem besonders schwierigen Arbeitsfeld.

Als Mitglieder des Prüfungsausschusses der EAG obliegt es uns, diese Journale zu beraten und zu beurteilen – eine verantwortungsvolle Aufgabe. Die Behandlungsprozesse werden in der Regel durch Supervision vor Ort unterstützt. In unserer Funktion geben wir auch zu den Journalen Feedback, schlagen Korrekturen vor, kommentieren Problematisches, ergänzen Übersehenes, machen Auflagen zur Bearbeitung etc. Wir schreiben auch immer wieder Artikel und Kommentare zu Behandlungs- und Supervisionsjournalen, die veröffentlicht werden und zur Verbesserung der Journalqualität und Behandlungskultur in der **IT** beitragen wollen (Petzold, Orth-Petzold 2010, 2013; Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010; Petzold, Orth-Petzold, Ratz 2011). Der vorliegende Beitrag wurde anlässlich eines Behandlungsjournals von *Andrea Scheiblich*, geschrieben und dient wiederum der Qualitätsoptimierung, für die dieses Journal ein gutes Beispiel ist. Die EAG hat mit den Journalen einen wichtigen Schritt gewagt: sie macht die Arbeit mit ihrem Verfahren, der „Integrativen Therapie“ zugänglich, was man bei anderen Verfahren kaum

antrifft. Sie stellt damit unsere Praxis sehr konkret in den Diskurs einer fachlichen Öffentlichkeit und macht sie damit auch interessierten PatientInnen zugänglich, die in der Regel – allein durch die unterschiedlichen Wissensstände – an die Medizinal- und Expertenmacht ausgeliefert sind, wie schon *Foucault* überzeugend dargelegt hat (*Dauk 1989; Petzold 2009d*). Sie wissen meist nicht, „was, wie, warum“ konkret in Psycho- und Soziotherapien geschieht. Mit Theoriebüchern ist es da nicht getan. „Für PatientInnen ist das eine schwierige Situation, die danach ruft, **Transparenz zu verbessern**“ (*Petzold, Orth, Sieper 2014a, XXIII*), um ihnen **gerecht zu werden**.

Behandlungsjournale sind dazu angetan, T r a n s p a r e n z zu schaffen und zwar in folgende Richtungen:

I. T r a n s p a r e n z für die „**professional community**“⁹. Die KollegInnenschaft der eigenen Richtung, der anderen Schulen und der übrigen Fachwelt sollte sehen, wie im Integrativen Ansatz *in concreto* gearbeitet wird. Jede Richtung sollte ihre Arbeit in dieser oder einer ähnlichen Weise zugänglich machen, denn Psychotherapie unterliegt einer eigenartigen Arkandisziplin durch den „hermetischen Raum“ der dyadischen Therapiesituation, der als Diskretionszone sicherlich gut geschützt sein muss, der aber leicht auch zu einem Raum des „unkontrollierten Geheimen“ geraten kann, wie er einst Mysterienkulte kennzeichnete und sich bis heute in gewissen Männerbünden findet (*Powell 1979*). Durch die Hermetik besteht die Gefahr „riskanter Therapien“ (*Märtens, Petzold 2002; Leitner et al. 2004*). *Petzold* hatte in diesem Zusammenhang die Kriterien der „**Unbedenklichkeit**“ (*Müller, Petzold 2002a*) und des „**client/patient dignity**“ (*Petzold 1985d, 2002a*) eingeführt neben den üblichen Gütekriterien der Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit und in den Diskurs der Psychotherapie gestellt, denn in ihm gab es dieses naheliegende Konzept zuvor nicht. In Therapien geht es immer darum, die **Integrität** von Patienten zu sichern und ggf. wieder herzustellen (*Petzold, Orth 2011*), wo sie

⁹ Ich hatte den Begriff „professional community“ wie folgt definiert: als eine »Makro- oder Mesogruppierung von Menschen, die einerseits im gesellschaftlichen Kontext als Ausübende einer bestimmten Profession mit einer gemeinsamen Interessenlage und -vertretung identifiziert werden [z. B. „die Ärzte“] und die sich andererseits mit ihrer Profession identifizieren, berufsständische Normen, Regeln und Organisationsformen herausbilden und ein „professionelles Bewusstsein entwickeln“ [z.B. „wir als Psychologen“]. Das Maß der „professionellen Identität“ des Einzelnen wie der Gesamtgruppierung hängt von der Prägnanz der Gruppenbildung , also dem Grad ihrer Organisiertheit, Kohärenz, Interessenverfolgung ab, weiterhin von verbindenden Zielen, Werten und Konzepten sowie der gesellschaftlichen, durch Wissen, Kapital, Einfluss, Tradition gesicherten Macht, d. h. von ihrer Präsenz als „commercial community“ im Markt« (*Petzold, Sieper 1993, 56*)

verletzt wurde. Das geht nicht immer oder auch nicht nur überwiegend auf einer *individualisierenden* Ebene, denn **Würde** und **Integrität** unserer PatientInnen wurden oft verletzt. Sie wurden in ihrer Lebensgeschichte traumatisiert, ihnen wurde Unrecht angetan (Petzold 2003d/2006i) und Vieles mehr – mit pathogenen Folgen. Das muss von Psychotherapeuten aufgewiesen werden. Therapie wird mit einer solchen Position immer auch eine „*thérapie juste*“, eine gegen Unrecht und für Gerechtigkeit engagierte Therapie (Leitner, Petzold 2005/2010; Petzold 2003d). Sie wird **politisch**, ist immer auch **Kulturarbeit**, die für gerechte Verhältnisse (idem 2006o), Frieden (idem 1986a) und Naturbewahrung (idem 2015c) eintritt und sich für eine generalisierte „**Konvivialität**“ engagiert (Josić, Petzold 2004; Orth 2010), sei es im Kleinen oder im Großen (Petzold, Orth, Sieper 2013a). Im Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1963, 1972; Petzold 1996k), wird eine „prinzipielle Gastlichkeit“ anderen Menschen gegenüber und eine Sorge um ihre **Integrität** mit einer „Ethik der Konvivialität“ vertreten – Henry Dunant ist hier der Referenzdenker der Integrativen Therapie (Petzold, Sieper 2011; Petzold-Heinz 1957). Die von der Vollversammlung der LehrtherapeutInnen im Jahr 2000 verabschiedete „**Grundregel der Integrativen Therapie**“ (Petzold 2000, 2002a) macht solche Gastlichkeit und solchen Respekt dem Anderen gegenüber zu ihrem Kernanliegen. Psychotherapie geht nicht ohne explizite ethische Grundhaltungen (Lachner 2007; Petzold 2010e). Das muss offen gemacht werden: dem Klienten, der Patientin gegenüber, den KollegInnen gegenüber, der Öffentlichkeit gegenüber. Darüber gilt es in „freier Rede“ (*parrhesia*, vgl. Foucault 1996) zu sprechen, zu informieren und offen einzutreten (Josić, Petzold 2004; Leitner, Petzold 2005; Orth, Petzold 2016b) und wo Undurchsichtigkeit und Geheimes ist, da muss **T r a n s p a r e n z** geschaffen werden. Habermas (1962) hatte sich strikt gegen institutionelle Arkandisziplin (z.B. in Verwaltungen) gewandt. Man vergesse nicht: Die rechtlich geregelte Psychotherapie ist eine „Institution“. Sie steht in der strukturellen Schwierigkeit einer auch rechtlich gesicherten Diskretionsverpflichtung (Schweigepflicht) und eines Transparenzerfordernisses und einer Sicherheitsgewährleistung. Eine Möglichkeit bietet die Supervision, die aber selbst in dieser doppelten Problematik steht: Diskretionsverpflichtung – der Supervisor muss über personenbezogene Inhalte seines Supervisanden, etwa eines Therapeuten, schweigen. Dieser wiederum darf ohne freistellende Zustimmung seines Patienten nicht über dessen Therapie berichten (Petzold, Rodriguez-Petzold 1996; Eichert, Petzold 2003) – so obergerichtliche Rechtsprechung. „Gibt ein Psychotherapeut unbefugt ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis eines Patienten preis, kann er mit einer Geldstrafe oder mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft werden“ – das „*Ärzteblatt*“ gibt die Situation zutreffend wieder (Sonnenmoser 2009, 67). Supervisoren müssten ihre SupervisandInnen fragen, ob eine solche Freistellung durch die Klientin/Patientin vorliegt (was sie sehr häufig nicht tun wie zahlreiche Untersuchungen zeigen, vgl. exemplarisch Petzold, Orth, Sieper, Telsemeyer 2003; Wünsche 2016). Mit den Journalen, die an der EAG sowohl in den

Therapieausbildungen als *Behandlungsjournale* (Kreidner Salahshour, Petzold, Orth-Petzold 2013) als auch den Supervisionsausbildungen in Form von *Supervisionsjournalen* (Peters 2016; Petzold, Orth-Petzold, Ratz 2011) angefertigt werden müssen, und zu denen die PatientInnen/KlientInnen **explizite Zustimmung** geben müssen, wird eine Möglichkeit geboten, zur **T r a n s p a r e n z** und Qualitätskontrolle beizutragen.

II. T r a n s p a r e n z für die „**community of patients**“. PatientInnen haben ein gesetzlich verbrieftes Recht, über „Risiken und Nebenwirkung“ von Therapien informiert zu werden. Therapien können durchaus solche Negativeffekte haben, wie von uns in einem ersten *schulenübergreifenden* Werk dokumentiert wurde (Märtens, Petzold 2002) – übrigens das erste Buch zum Schadens-/Nebenwirkungsthema in zweihundert Jahren Psychotherapie (gerechnet von Reil 1803). Wir haben uns in der Integrativen Therapie mit diesen Fragen besonders beschäftigt und hier Pionierarbeit geleistet (Petzold 1977I, 1999h; Leitner et al. 2014; Märtens, Petzold 2000a). PatientInnen müssen wissen, was in Therapien geschieht, wie sie wirken. Mit rein theoretisch-abstrakter, schriftlicher Kurzinformation („Beipackzettel“), so wichtig sie sein kann (vgl. als Beispiel Leitner et al. 2014, 226f), ist es nicht getan. Die Praxis bleibt „intransparent“, und das verlangt, **T r a n s p a r e n z** zu schaffen. Behandlungsjournale können dazu beitragen, dass **T r a n s p a r e n z** auch für PatientInnen besser möglich wird und man sie „auf Augenhöhe“ einbezieht, ja mehr noch, ihre Expertenschaft für ihr Leben und ihre Situation ernst nimmt – der Seniorautor hat das Konzept der „**doppelten Expertenschaft**“ in den Diskurs gebracht, denn es gilt die „Patienten als Partner“ zu sehen und nicht als „Widersacher und Fälle“ (Petzold, Gröbelbauer, Gschwend 1998), wie das immer noch zu oft geschieht. Wir haben im Integrativen Ansatz den Begriff „Fall“ gänzlich verbannt, machen keine „Fallsupervision“, schreiben keine „Fallgeschichten“. **Menschen sind keine Fälle!** (Petzold, Orth-Petzold 2013). Das wird ihnen nicht gerecht! Wir sprechen lieber von „Prozesssupervisionen“, denn wir stehen mit den Menschen in Prozessen, nehmen an ihren Lebensprozessen Teil, stehen ihnen in einer Weise zur Verfügung, dass wir von ihnen als „innere Beistände“ **interiorisiert** werden können. Auch darüber muss **T r a n s p a r e n z** herrschen bzw. geschaffen werden.

III. T r a n s p a r e n z für **Therapeutinnen/Behandler selbst.**

Die TherapeutInnen kommen im Prozess der Erstellung der Journale auch mit sich selbst in Kontakt, werden z. T. mit sich selbst konfrontiert. Über diese Prozesse liest man in den Journalen noch zu wenig. Wenn man sie supervisorisch begleitet, bekommt man doch viel von dieser Dimension mit und sieht, können ein wichtiges Moment in Prozessen der Selbstentwicklung bzw. der Entwicklung der „**TherapeutInnenpersönlichkeit**“ sein. Von der können wir annehmen, dass sie einer der wichtigsten Wirkfaktoren in Therapien ist. Nicht die „therapeutische Beziehung“ ist das ausschlaggebende Moment, sondern die **Beziehung mit einem besonderen Menschen.**

Das wird meist ausgeblendet im oft unbedarften Gerede über die „therapeutische Beziehung“ (Petzold, Orth, Sieper 2014a, 135ff). Was nutzt die Beziehung mit einem emotional stumpfen oder ausgebrannten oder geldgeilen Therapeuten mit einem 10-Stunden-Tag? Deshalb muss man sich selbst gegenüber „transparent“ sein und bleiben (oder wieder werden). „Was bin ich für einer oder für eine als Therapeut bzw. Therapeutin?“ – „Was biete ich PatientInnen zur **Interiorisierung** an?“ Die **Interiorisierungstheorie** ist eine Konfrontation. LehrtherapeutInnen und SupervisorInnen müssen diese Frage immer wieder stellen, was sie natürlich auch mit ihrer „**Vorbildfunktion**“ konfrontiert (Petzold, Leitner et. al. 2008). Wir möchten dazu ermutigen, künftig in den Behandlungsjournalen von diesen Dimensionen mehr zu zeigen. Ein reflektiertes „*self disclosure*“ ist Ausdruck „**persönlicher Souveränität**“ (Petzold, Orth 2014b) und hat im therapeutischen Prozess, wird es angemessen als „integrative Intervention“ eingesetzt (Petzold 1980g; Ziv-Beiman 2013), einen unterstützenden und heilsamen Effekt für PatientInnen, wie Studien zeigen (Farber 2006; Weiner 1983; Ziv-Beiman 2013). TherapeutInnen haben in der Regel eine große Bedeutung für die PatientInnen, denn diese erhoffen und erwarten von ihnen Hilfen in schwierigen Lebenslagen, in Kummer und Krankheit. TherapeutInnen haben deshalb eine hohe *Salienz*, d.h. eine herausragende Stellung und Wirkung (Stroebe et al. 2014), und was sie sagen, wird oft als bedeutsam aufgenommen, wird zu Leitsätzen. Sie werden zu Vorbildern, ja Leitbildern und müssen sich deshalb fragen lassen, ob sie dieser Vorbildfunktion gerecht werden? Eine wichtige Frage: Leisten sie in der Arbeit an sich selbst, das was sie von ihren Patientinnen erwarten? Sind sie gelassene, angenehme, engagierte, großzügige Menschen? Da muss man in den Spiegel schauen. Da braucht es „Gewissensarbeit“ (Petzold, Orth, Sieper 2010a). Behandlungsjournale sind ein solcher Spiegel.

Wir erkennen als Begutachter solcher Journale in der Regel ein hohes Engagement an den begleiteten Menschen, das uns als Supervisoren und als Beurteiler dieser Dokumente oft berührt hat. Die „Arbeit an sich selbst“, in der „das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich“ werden kann (Petzold 1999q), wird durch qualifizierte „Selbsterfahrung“ im Rahmen therapeutischer Ausbildungen unterstützt (für das integrative Modell vgl. Petzold, Leitner et al 2008; Leitner et al. 2014). Wir haben hier sehr viel an theoretischer Arbeit – mit einer elaborierten „Theorie der Selbsterfahrung“, die in den Therapieschulen allzu oft fehlt (Petzold, Orth, Sieper 2005) – und einiges an Forschung investiert (Petzold, Steffan 1999a, b; Leitner et al. 2014). In unserem Ansatz gehören „*Therapietagebücher*“ sowohl in den Behandlungen, aber auch in den Lehrtherapien zum Standard Integrativer Therapie (Petzold, Orth 1993). Sie sind so etwas wie ein „persönliches Journal“ des eigenen Prozesses, der ja als ein lebenslanger gesehen wird. Sie sind eine Möglichkeit in Prozessen mit

PatientInnen, seien sie nun schriftlich oder (nur) „mental“ dokumentiert, zur persönlichen Selbsterfahrung, zu Selbsterkenntnis und **Selbsttransparenz** der TherapeutInnen beitragen.

Das besondere Merkmal der **IT** ist ja, dass sie eine „entwicklungsorientierte Therapie“ ist: „*in the lifespan*“ (Petzold 1992e, 1994r; Sieper 2007b). Sie setzt voll auf die Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen. Therapieprozesse sind **begleitet Entwicklungsprozesse** für den Patienten wie den Therapeuten (Petzold, Hentschel 2001), denn beide sind „auf dem *WEGE*“ permanenter Veränderung – so *Heraklit* und die integrative „Philosophie des *WEGES*“ (Petzold, Sieper 1988b; Petzold, Orth 2004b; Petzold 2006u). Journale dokumentieren *WEG* und *WEG*begleitung auf „**Vier *WEGEN* der Heilung und Förderung**“ (idem 1988d, 2012h). Das muss auf Seiten der TherapeutInnen bewusst realisiert werden und das muss an die PatientInnen vermittelt werden. Viele von ihnen haben den *WEG*charakter des Lebens mit seinen Möglichkeiten und Hoffnungschancen nie bewusst erfahren. Therapie soll dafür sensibilisieren, Journale und Therapietagebücher sollen dafür feinspürig machen (Petzold, Orth-Petzold 2013). Dann besteht die Chance, dass Biographie nicht mehr nur „Widerfahrnis“ ist, sondern dass man sie aktiv gestalten kann, besonders wenn man den vier **Leitprinzipien** der **IT** für Veränderungswege in der Therapie und im Leben folgt:

„Mache Dich selbst zum Projekt! – und das erfordert natürlich Unterprojekte.
Nutze Gelegenheiten als Chance! – manche müssen das Üben.
Frage nach Hilfe, wenn Du sie brauchst! – und gebe sie auch, fragt man dich.
Vertraue Deinem Gehirn und Deiner Vernunft! – manche müssen das (wieder) lernen.“
(vgl. Petzold, Orth 2014b; Hartz, Petzold 2013).

PatientInnen wie AusbildungskandidatInnen bekommen das mit auf den Weg. LehrtherapeutInnen müssen sich wieder und wieder an diese Maximen erinnern.

Für die Erstellung eines Journals wird ein halbstandardisiertes Dokumentationssystem zugrunde gelegt, das den BehandlerInnen einen sicheren Rahmen bietet (Petzold, Orth-Petzold, Patel 2010) und das klinische Vorgehen nachvollziehbar macht. Den TherapeutInnen wird mit dem

Strukturierungsraster eine Hilfe gegeben, den ganzen theoretischen und praxeologischen Fundus der Integrativen Therapie bewusst und gezielt bei einem Patienten/einer Patientin indikations- und lebenslagespezifisch einsetzen zu können, sich in theoriegeleiteten Behandlungsprozessen zu üben und – in der Regel begleitet durch Supervision oder Intervision (*Petzold 2007a*) – die Prozesse gezielt durch die eigene **Reflexion**, durch **Koreflexionen** mit dem Patienten und ggf. Team- oder IntervisionskollegInnen und durch **Metareflexionen** mit der Supervisorin laufen zu lassen, um die Qualität des *transversalen* Erfassens und Verstehens zu erhöhen.

Therapie (und auch Supervision) kommt in diesen Prozessen immer in die Position, „**Biographiearbeit**“ leisten zu müssen und das sollte auf einer soliden theoretischen und fachlichen Grundlage geschehen (*Josić, Petzold 2004; Petzold 2003g, 2016f; Swanton 2010*). Biographie kann dabei *restrospektiv* unter Einbezug der persönlichen und kollektiven Erinnerungsmaterialien des Patienten bzw. der Patientin (Gendersensibilität ist hier wichtig, vgl. *Petzold, Orth 2011*) auf ihre Hintergründe, z.B. auf die intergenerationale Familiengeschichte reflektiert werden sowie auf übergeordneten Kontexte, z. B. aktuellen und einstmaligen Zeitgeist (*Petzold 1989f*). Auf dieser Basis kann auch die *prospektive Dimension* der Biographie – künftige Entwicklungen, Lebensentwürfe, -ziele und -pläne in die Arbeit einbezogen werden. Die „antizipatorische Kompetenz“ der PatientInnen wird dabei geschult, und die ist höchst wichtig. Die Zukunftsdimension wird von den vergangenheitsfixierten Therapierichtungen meist ausgeblendet (*Freud* und Epigonen) oder von den Therapien die auf das Hier-und-Jetzt (ausgesprochen, ist es vorbei!) fixiert sind vernachlässigt (*Perls* und viele der humanistisch-psychologischen Ansätze). *Alfred Adler* und *J.L. Moreno* sind mit Blick auf diese zeittheoretischen Fehlkonzeptualisierungen Ausnahmen (vgl. *Petzold 1979f; Titze 1979*). Auf dem Boden der „Integrativen Zeittheorie“ (*Petzold 1981e, h, 1991o*) müssen Therapie und Biographiebearbeitung immer die ganze Zeitmatrix berücksichtigen: *Vergangenheit* (als durchlebte), *Gegenwart* (als erlebte) und *Zukunft* (als antizipierte), wobei der Blick individuelle und kollektive Perspektiven erfassen sollte. Solches Vorgehen kann dabei die Qualität von „**Kulturarbeit**“ gewinnen (*Leitner, Petzold 2005/2010; Petzold 1996k; Petzold, Orth 2004b; Petzold, Orth, Sieper 2013a*).

Der Prozess des Erstellens des Journals hat immer wieder als Ergebnis – so wird überwältigend von den TherapeutInnen berichtet –, dass diese Theorie-Praxis-verschränkte Arbeit an einem konkreten Prozess eine besondere Erfahrung vertiefter Aneignung der Integrativen Therapie darstellt, die die Ausbildung in diesem Verfahren in überzeugender Weise abrundet. „So klar, umfassend und so tief sowie durch die Begleitung und Behandlung eines Patienten zur Erstellung des Journals, habe ich die Integrative Therapie zuvor nicht erfasst!“ Ähnliche Aussagen¹⁰ erhalten wir seit Jahre immer wieder. Es sind eben nicht „irgendwie“ gestaltete „Fallgeschichten“, es sind „Prozessberichte“ aus „Prozessen mit PatientInnen“, Dokumente eines gemeinsamen Ringens um Gesundheit, Gesundung, Befreiung von Belastungen, Aufzeichnungen von Problemlösungen oder Versuchen, Traumata und Entbehrungen zu verarbeiten, zu „**Überwindungserfahrungen**“ zu gelangen (Petzold, Wolff et al. 2002). Die Bemühungen um Selbstverstehen auf Seiten des Patienten, aber auch auf der Seite der Behandlerin, die Versuche das gemeinsame Geschehen in der Therapie zu strukturieren, macht die Arbeit anspruchsvoll und ko-kreativ zugleich – gerade weil diese Versuche nicht entlang der Lineatur eines starren Schematismus erfolgen, sondern mit einem „**Netz von Konzepten**“ und mit einem reichen Arsenal an Methoden, Modalitäten, Behandlungstechniken, kreativen Medien als „Heilmitteln“ und „Wirkfaktoren“. Der beständige Rekurs auf Theoriekonzepte und forschungsgestützte Wirkfaktoren und -prinzipien machen solche Therapieprozesse zu **heilsamen Prozessen**. Es empfiehlt sich deshalb immer von „protektiven Faktoren **und** Prozessen“, „Heilfaktoren **und** -prozessen“ zu sprechen. Die Verpflichtung guter Professionalität, sich der eingeschlagenen Wege/Prozesse und der gewählten Mittel/Faktoren bewusst zu sein (ggf. unterstützt durch Supervision), um sie transparent im *informed consent* gezielt einzusetzen (Beauchamp et al. 2004; Leitner 2009), bietet dann folgende Möglichkeiten:

¹⁰ Exemplarisch für viele Statements: „Vor dem Beginn des eigenen Befassens mit der Theorie der Integrativen Therapie war mir die positive Dimension dessen nicht bewusst. Während der intensiven Auseinandersetzung mit der Theorie und dem Schreiben des Behandlungsjournals sind mir die verschiedenen Wirkungsweisen der integrativen Therapie bewusst geworden und lassen mich schneller Zusammenhänge zwischen den Veränderungen des ratsuchenden Menschen und den im Prozess geführten Gesprächen ziehen. Ein dadurch gewachsenes bewusstes Arbeiten, nicht nur intuitiv, erhöht meine Freude, welche natürlich auch schon zuvor da war, an der Arbeit mit suchtkranken Menschen enorm.“ (Behandlungsjournal. Sarah Schulz Journale Jg. 2016. <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php>).

- I. *therapeutische „Heilmittel“* (Sponzel 1997) in guter „Passung“ zu nutzen in „Zonen der nächsten Entwicklung“ (Vygotskij, vgl. Jantzen 2008; Petzold, Sieper 2004) und sie zur Förderung optimalen Lehren und Lernens zu gebrauchen (Sieper, Petzold 2002/2011; Lukesch, Petzold 2011),
- II. *„Médications psychologiques“* (Janet 1919; vgl. Petzold 2007b) absichtsvoll zur Förderung von therapeutischen Prozessen zu nutzen. Dabei gilt: nicht die „psychologischen Medikamente“, die Methoden, Techniken, Medien etc. bestimmen den Prozess, denn Sie machen nur; wie zu Eingang erwähnt, 1 - 15% (!) der Heilwirkung in der Therapie aus (Lambert, Asay 1999). Die **„therapeutischen Beziehung“** in ihrem Prozess und ihrer Dynamik ist da viel wichtiger – sie macht, es sei erinnert, 1 -30% Wirkung aus, *ibid.*).

4. Anwendung der IT in Journalen und Modelljournalen

Wahl der Methoden, Techniken, Medien, der Faktoren-Cluster erfolgt – das zeigen die meisten Journale im Beziehungsgeschehen „aus dem Prozess“, der immer wieder reflektiert wird – auch mit den PatientInnen, die mit zunehmender Therapieerfahrung lernen, was ihnen gut tut, sie voranbringt und was nicht. Solche Mitarbeit muss natürlich in Arbeitsformen „differentieller Relationalität“ (Renz, Petzold 2006) ermöglicht, ja gefördert werden, und das geht nicht in einem „abstinenten“ Behandlungsstil oder aus einer „Top-Down-Haltung“ oder aus der Unterstellung, der Patient sei zu solcher Mitwirkung nicht in der Lage, was man leider oft findet. In Supervisionen sieht man all diese Fehler nicht zuletzt in Klinikteams allzu häufig. Methoden und „psychologische Medikamente“ müssen stets in einer „elastischer Art“ (Ferenczi 1927/28) eingesetzt werden. Zuweilen entwickelt man sie für einen bestimmten Patienten auch neu (und manchmal mit ihm). Wir stehen hier ja in der Traditionen *Iljines* (et al. 1967), *Janets*, *Vygotskijs* und *Ferenczis* (1932/1988), die alle Raum für Ko-kreativität gaben. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung“ oder die „14 Heilfaktoren“ (Petzold 2012h) sind als solche „psychologischen Medikamente“ zu sehen. Sie können über die Zeit oft zunehmend besser *kooperativ* ausgeschöpft werden. Die kreativ-diagnostischen Instrumente der **IT** (Petzold, Orth 1994/2012, 2008), die immer wieder auch im Verlauf der Therapie erneut einsetzbar sind (Panoramen, Netzwerkdiagramme etc.) haben neben der diagnostischen Dimension auch therapeutische Effekte und können damit auch den psychologischen Heilmitteln zugerechnet werden.

Was uns aufgefallen ist, ist das Faktum, dass die Qualität der Behandlungsjournale – seit wir sie in Netz zu stellen begonnen haben – stetig gewachsen ist. Die Journale werden ja in großer Zahl aufgerufen und heruntergeladen (<http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php>), d. h. sie werden genutzt. Auch die Betreuung der Journale hat hier einiges bewirkt. So findet man eine Entwicklung – und die ist dringlich erforderlich – dass nicht erst „im Nachhinein“ geschaut wird, welche Heilfaktoren im Geschehen wohl zur Anwendung gekommen sind (sicher auch eine wichtige Information), sondern welche Faktoren bei diesem Patienten mit jener Störung und sozialen Situation wohl am besten genutzt werden sollten. Sicher ist auch zu reflektieren, welche Faktoren „im Prozess“ besonders gut anschlagen. Faktorengebrauch muss einerseits aufgrund von Diagnostik und klinischer Erfahrung, andererseits aber auch aus der empathischen Interaktion und der Dynamik des Prozesses erfolgen. Hier ist noch mehr Information und Forschung erforderlich. Die Journale selbst sind ja eine kostbare Fundgrube, wenn man sie auswertet. Wir haben bislang zwei Modelljournale ausgewählt, an denen sich die KandidatInnen orientieren sollen: das von *Andrea Patel* [2010] und das von *Klara Kreidner-Salahshour* [2013], die durch intensivierte Begleitung zu einer Form gebracht werden konnten, dass sie für andere Kandidatinnen ein Modell sein können. Beide Journale haben wir eingeleitet und mit zusätzlichen Materialien versehen: *Patel* mit Erhebungsinstrumenten und Check-Listen, die nützlich sind und *Salahshour* mit Ausführungen zu „narrativer Biographiearbeit“, denn die erfolgt in den meisten Therapien (*Petzold* 2016f; *Josić, Petzold* 2004) eher konzeptarm, womit Möglichkeiten verschenkt werden. Es wurden für die Modelljournale auch unterschiedliche PatientInnenbeispiele ausgewählt, um das Spektrum der Problemlagen und Störungsbilder breit zu halten. Mit dem vorliegenden Journal von *Andera Scheiblich* wollen wir ein drittes Modelljournal vorstellen, um die Möglichkeiten mit Blick auf PatientInnenprofile zu verbreitern und auch neue Perspektiven in den Blick zu bringen – hier dem von *A. Scheiblich* einbezogenen Instrument des ICF, das sich hoffentlich im Feld gut verbreiten wird. Auch ist in diesem Text natürlich neuere Literatur eingearbeitet, so dass diese berücksichtigt werden kann.

5. Um Menschen „gerecht zu werden“ – abschließende Bemerkungen

Wir haben versucht, in diesem Beitrag das Thema der Behandlungsjournale in den „Kontext“ der Integrativen Therapie und Soziotherapie zu stellen, auch um **T r a n s p a r e n z** zu schaffen und zu zeigen, dass solche Ausbildungserfordernisse sehr konsistent im Gesamtfundus der Integrativen Theorie verankert sind. Sie sind einbettet in das „**Ensemble von Konzepten**“ (Sieper 2006), das in über 50 Jahre von „**vernetztem Denken**“ (2005p) in der kollegialen Kooperation der BegründerInnen des Verfahren (Petzold, Orth, Sieper 2010a, 2014a) und ihrer Entwicklungsarbeit einerseits spontan „*emergiert*“ ist, andererseits sehr arbeitsaufwendig als ein engmaschiges „**Wissensnetz**“ ausgearbeitet wurde (vgl. Sieper 2006), auch im Bemühen den „Tree of Science“ der Integrativen Therapie (Petzold 1991k) immer weiter auszufüllen (vgl. Petzold 2007). Die IT und ihre Theorieentwicklung sind ein Projekt in Arbeit, und werden es auch bleiben.

*IT-Theorie ist eine lebendige Theorie, in der man sich um biopsychosoziale Lebens- und Arbeitsformen bemüht, um therapeutische Methoden, die **Menschen zu helfen und ihnen gerecht zu werden** suchen (Petzold 2006o). – Das Gerechtigkeitsthema zieht sich durch das gesamte Werk der IT. Der „Integrative Ansatz“ lebt aus einer *t r a n s v e r s a l e n* Theorie, die sich beständig fließend weiterentwickelt (Heraklit). Sie ist immer darauf gerichtet, gesellschaftliche und ökologische Perspektiven kritisch und mehrperspektivisch im Blick behalten und eine für Menschen und die Lebenswelt engagierte Praxis zu fundieren (Petzold 1996k, 2013b, 2016b). Integrative Theorie zeichnet aus, dass man sie nicht nur im professionellen Bereich, sondern auch im persönlichen Leben mit Gewinn nutzen kann.*

Theorie ist nichts Totes, besonders wenn sie mit der Praxis und den Realitäten des Leben verbunden ist und bleibt. Aber das muss man entdecken, was in Prozessen der Theorieaneignung geschieht, und in diesen Prozessen wachsen die eigenen Potential an „**transversaler Vernunft**“ und an „**praxeologischer Kompetenz**“ – d. h. an Fähigkeiten/Wissen –, aber auch an professioneller „**Performanz**“ – an Fertigkeiten/Können. Und auch die persönliche Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Menschenliebe und Weisheit können in der Integrationsarbeit von Theorie und Praxis, von Professionalität und Lebenskunst wachsen – ein Leben lang!

Zusammenfassung: Theoriegeleiteter Praxis und P r o z e s s t r a n s p a r e n z in der Integrativen Therapie im Kontext „Sozialtherapie Sucht“

In dieser Arbeit wird dem Thema der Prozessdokumentation von Behandlungen im Bereich der Suchttherapie nachgegangen. Fragen der Transparenz, der Mitwirkung von Patienten, zu einer Therapie, die „Menschen gerecht wird“, „just therapy“, werden diskutiert weiterhin der Qualitätssicherung auf dem Boden der Integrativen Theorienbildung.

Schlüsselwörter: Prozessdokumentation/Behandlungsjournale, Transparenz, Gerechte Therapie, Integrative Therapie, Soziotherapie-der Sucht

Summary: Theory guided practice and p r o c e s s - t r a n s p a r e n c y in Integrative Therapy for the context of “social therapy of addiction”

In this chapter the topic of documentation of treatment processes is expounded for the area of addiction therapy. The questions of transparency, of cooperative participation of the patients and a therapy, that is „doing justice to people“, „just therapy“ and moreover of quality assurance are discussed on the basis of Integrative Theory.

Keywords: Process Documentation/Treatment Journals, Transparency, Just Therapy, Integrative Therapy, Social therapy of Addiction

Literatur:

Literatur zu Petzold, Orth-Petzold: Theoriegeleiteter Arbeit und P r o z e s s t r a n s p a r e n z in der Integrativen Therapie

Asay, T.P., Lambert, M. (1999): The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In: *Hubble, M.A., Duncan, B.A., Miller, S.D.* (1999): The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy? Washington, DC: American Psychological Association.

Beauchamp, L. et al. (2004): Art. *Informed Consent*, in: *Stephen G. Post* (Hg.): Encyclopedia of Bioethics, New York: Thomson Gale / Macmillan.

Brackertz, N. (2007): Who is hard to reach and why? ISR Working Paper, SISRQ/EL 06.07, <http://www.sisr.net/publications/0701brackertz.pdf>

Dauk, E. (1989): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen. Berlin: Reimer.

Doherty P et al. (2004): Delivering services to hard to reach families in On Track areas: definition, consultation and needs assessment. Development and Practice Report 15. Home Office. http://pcdsa.com.au/wp-content/uploads/2016/03/DPCA-1-2_43-9_wm.pdf

Eberwein, W., Petzold, H. G. (2014): [Was ist Integrative Therapie?](https://www.youtube.com/watch?v=9NxSUHj_B2c) – Ein Video-Interview mit Prof. Dr. Hilarion G. Petzold, https://www.youtube.com/watch?v=9NxSUHj_B2c

Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003a): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der Bewegingswetenschappen - Postgradualer Studiengang Supervision Amsterdam. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 11/2003 - <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2003-2003a-eichert-h-c-petzold-h-g-supervision-und-innerinstitutionelle-schweigepflicht.html>

Ehrhardt, J., Petzold, H.G. (2011): Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter Supervision“ *Integrative Therapie* 1-2, 137-192. Auch in: Jg. 3/2014 SUPERVISION – <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/03-2014-ehrhardt-j-petzold-h-wenn-supervisionen-schaden-explorative-untersuchungen-im.html>

Farber, A. B. (2006): *Self Disclosure in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Ferenczi, S. (1927/28): Die Elastizität der psychoanalytischen Technik. *Bausteine* III, 380-398.

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

Ferenczi, S., *Bausteine zur Psychoanalyse*, 4 Bde., Huber, Bern 1964.

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

Foucault, M. (1996): *Diskurs und Wahrheit*. Berkeley-Vorlesungen 1983, Berlin: Merve Verlag 1996.

Gahleitner, S.B., Hahn, H. (2009): *Klinische Sozialarbeit. Forschung für die Praxis – Forschung aus der Praxis*. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 2. Psychiatrie Verlag: Bonn.

Habermas, J. (1964): *Strukturwandel der Öffentlichkeit*. 5. Auflage, 1972, Neuwied/Berlin: Luchterhand.

Han, B.-C. (2012): *Transparenzgesellschaft*. Berlin: Matthes & Seitz.

Hartz, P., Petzold, H. G. (2013): *Wege aus der Arbeitslosigkeit*. MINIPRENEURE - Chancen für Menschen, die ihr Leben neu gestalten wollen. Wiesbaden: Springer VS. <http://www.springer.com/978-3-658-03707-9>

Hartz, P., Petzold, H. G. (2015): *Gegen Jugendarbeitslosigkeit Innovative Ideen, Modelle, Strategien*. Bielefeld: Aisthesis.

Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2014): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. *POLYLOGE* 13/2014: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/13-2014-hecht-a-petzold-h-scheiblich-w-theorie-praxis-dina-integrative-suchthilfe.html>.

Heidenreich, T., Michalak, J. (2013): *Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie: Grundlagen und Praxis*. Weinheim: Beltz.

Heuring, M., Petzold, H.G. (2003): Emotion, Kognition, Supervision „Emotionale Intelligenz“ (Goleman), „reflexive Sinnlichkeit“ (Dreizel), „sinnliche Reflexivität“ (Petzold) als Konstrukte für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 11/2005; repr. *Polyloge* 18, 2007; <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/11-2005-heuring-m-petzold-h-g-emotion-kognition-supervision.html>

Iljine, V.N., Petzold, H.G., Sieper, J. (1967/2012): *Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen*, Arbeitspapiere. Seminar Prof. Dr. Iljine, Institut St. Denis, Paris. Auswahl in: Sieper, J., Weiterbildungsmaterialien der Volkskochschule Dormagen, Dormagen 1972 und in: Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007): *Die neuen Kreativitätstherapien*. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis. 2007; (1990a), Bd. I, 203-212. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/iljine-petzold-sieper-1967-orpha-2-kokreationdie-leibliche-dimension-des-schoepferischen.pdf>

Janet, P. (1919): Les médicaments psychologiques, 3 Bde. Paris: Alcan.

Jantzen, W. (2008): Kulturhistorische Psychologie heute – Methodologische Erkundungen zu L.S. Vygotskij. Berlin: Lehmanns Media.

Josić, Z., Petzold, H.G. (2004): Integrative Taumatherapie und „Trostarbeit“ als „narrative Praxis“ in konvivialen Erzählgemeinschaften - ein leiborientierter und kulturalistischer Ansatz. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2004 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Jüster, M. (2007): Integrative Soziotherapie. In: Sieper, J., Orth, I., Schuch, W. (Hg.) (2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. 491-528.

Kraft, S. (2012): Klarheit schaffen, Freitag 07.06.2012. <https://www.freitag.de/autoren/steffen-kraft/klarheit-schaffen>.

Lachner, G. (2007): Ethik und Werte in der Integrativen Therapie, in: Sieper, Orth, Schuch (2007) 299-338.

Lambert, M. J. (2004/2013): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 2004 5. Aufl., 2013, 6. Aufl. New York: Wiley.

Leitner, A. (2009): Von der compliance zur adherence, von informed consent zu respektvollem informed decision making. *Integrative Therapie*, 1, 71-87.

Leitner, A., Schigl, B., Märtens, M. (2014): Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Wien: Facultas.

Leitner, A., Sieper, J. (2008): Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. POLYLOGE Ausgabe 34/2008 und Integrative Therapie, 34. Jg. 2008 / Heft 3. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-34-2008-leitner-a-sieper-j.html>

Leitner, A. et al. (2014): Die Rolle der Selbsterfahrung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Qualitätsmerkmal oder Dogma? Selbsterfahrungsstudie der Donau-Universität Krems POLYLOGE Ausgabe 21/2014, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/21-2014-leitner-anton-und-forschungsteam-die-rolle-der-selbsterfahrung-in-der-psychothera.html>

Leitner, E., Petzold, H.G. (2005/2010): Dazwischengehen – wo Unrecht geschieht, Integrität gefährdet ist, Würde verletzt wird. Ein Interview mit Hilarion Petzold zum Thema „Engagement und Psychotherapie“ und Integrativen Positionen. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Erw. in Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie. Wien: Krammer, S. 279 – 366 und POLYLOGE, Ausgabe 10/2010, http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/leitneri-petzold_dazwischengehen_polyloge_10_2010a.pdf

Levinas, E. (1963): La trace de l'autre. In: En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger. Paris: Vrin. Dt. (1983): Die Spur des anderen. Freiburg: Alber.

Levinas, E. (1972): Humanisme de l'autre homme. Montpellier: Fata Morgana; dtsh. (1989) Humanismus des anderen Menschen. Hamburg: Meiner.

Li, Q. (2013): Forrest Medicine, New York: Nova Biomedical.

Louv, R. (2009): Last Child in the Woods. Saving our Children from Nature-Deficit Disorder. London: Atlantic Books; dtsh. (2011): Das letzte Kind im Wald?: Geben wir unseren Kindern die Natur zurück! Eingeleitet von G. Hüther, Weinheim: Beltz.

Louv, R. (2012): Das Prinzip Natur. Grünes Leben im digitalen Zeitalter. Weinheim: Beltz.

Lukesch, B., Petzold, H. G. (2011): Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kokreatives Geschehen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine*

interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html>.

Märtens, M., Petzold, H.G. (2000a): Therapieschäden. In: *Stumm, G., Pritz, A., Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien, Springer, 702-703.

Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.

Müller, L. (2008): Engagiert für alte Menschen – Hilarion G. Petzold und die Gerontotherapie. 30 Jahre gerontologischer Weiterbildung, Supervision und Forschung in Österreich. *Psychologische Medizin* 1, 29-41. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 32/2008, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/32-2008-mueller-lotti-engagiert-fuer-alte-menschen-hilarion-g.html>.

Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“ In: *Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald, S. 293-332.

Orth, I. (2010): Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung - Überlegungen für die Praxis. In: *Petzold, H.G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer, 245-278.

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, H.G., Schay, P., Ebert, W. (2004): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. Band I, 133-161. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2004-orth-i-petzold-h-g-theoriearbeit-praxeologie-und-therapeutische-grundregel.html>

Orth, I., Petzold, H. G. (2016b): POLYLOGE in der INTEGRATIVEN THERAPIE zu kokreativer, intermethodischer und intermedialer Arbeit am Beispiel des „kreativen Schreibens“ POLYLOGE Jg.2016, <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J. (1995b): Ideologeme der Macht in der Psychotherapie - Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis. In: *Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1995a) (Hrsg.): Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung. Sonderausgabe Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S. 119-179 und *Petzold, Orth 1999a*, S. 269-334.

Orth, I., Sieper, J., Petzold, H. G. (2014): Klinische Theorien und Praxeologie der Integrativen Therapie. Praxis der „Dritten Welle“ methodischer Weiterentwicklung. In: *Eberwein, W., Thielen, M. (Hrsg.): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. Giessen: Psychosozial Verlag. S. 279-314; Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/orth-sieper-petzold-integrative-therapie-als-methodenuebergreifende-humantherapie-2014c-2014d.pdf>

Pauls, H. (2011): Klinische Sozialarbeit – Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. zweite überarbeitete Aufl.2011. Weinheim: Juventa.

Peters, G. (2016): Berufsbegleitende Supervision von einem psychologischen Psychotherapeuten. Vorstellung und Reflexion ausgewählter Sitzungen. *Supervisionsjournal für die Ausbildung in Integrativer Supervision*. Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen. In *Behandlungs-/Supervisionsjournale* Jg. 2016. <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php> <http://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/index.php>

Petzold, H.G. (1965): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-l-education-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf>; dtsh. (1972i): Geragogik ein neuer Weg der Bildungsarbeit für das Alter und im Alter, als Vortragsversion von idem 1965 auf dem „Studententag Marie Juchacz“, 2. Mai 1972. Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf Eller, Altenheim Eller repr. in: *Petzold, H.G.,*

1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 11-30; erw. Neuaufl., Pfeiffer, Klett-Cotta 2004a, 86-107; <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf>.

Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360. Petzold, Textarchiv 1968: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G. (1968b): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360. Petzold, Textarchiv 1968: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G. (1970d): Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern. *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* 8, 387-408;

Petzold, H.G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.

Petzold, H.G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: G. Birdwood, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.

Petzold, H.G., (1974b): Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Paderborn: Junfermann/Hoheneck; 3. Aufl. Frankfurt: Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, 1983, 4. Aufl. 2003.

Petzold, H.G. (1974h): Programmatische und curriculare Überlegungen zur Ausbildung von Suchtkrankentherapeuten und -betreuern. In: Petzold (1974b) 473-502.

Petzold, H.G. (1974k): Integrative Bewegungstherapie. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Paderborn: Junfermann, S. 285-404; revid. In 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. S. 59-172.

Petzold, H. G. (1975m): Ein Kriseneinterventionsseminar - Techniken beziehungsgestützter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“ in Integrativer Bewegungstherapie (IBT), Integrativer Therapie (IT), Gestalttherapie (GT). Seminarnachschrift aus dem Seminar IBT-Krisenintervention. Knechtsteden 17. - 21. Mai 1975. Redaktion Johanna Sieper. Textarchiv Hilarion Petzold Jg. 1975. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/pdf_petzold_1975m-kriseneinterventionsseminar-techniken-beziehungsgestuetzter-kriseninterventio.pdf, auch in: Petzold, van Wijnen, Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 11/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-11-2010-petzold-h-g-van-wijnen-h.html>

Petzold, H.G. (1980c): Zum Konzept der Therapiekette und zur Karriere Drogenabhängiger. In: Petzold, H.G., Vormann, G., 1980 (Hrsg.). Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer, S.208-228.

Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: Sticht, U. (1997) (Hrsg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.

Petzold, H.G. (1977l): Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. In: Petzold, H.G., 1977n (Hrsg.). Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann, S. 478-490.

Petzold, H.G. (1979f): Die Technik der Zukunftsprojektion - Zur Zeitstrukturierung im Psychodrama. In: Petzold, H. G. (1979k): Psychodrama-Therapie. Theorie, Methoden, Anwendung in der Arbeit mit alten Menschen. "Beihefte zur Integrativen Therapie" 3, Paderborn: Junfermann, S. 198-250.

Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: Petzold, H.G., 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn:

Junfermann, S. 223-290. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1980g-rolle-therapeut-therapeutische-beziehung-in-der-integrativen-therapie.pdf>

Petzold, H.G.(1981e): Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit. In: *C. Bachmann*, Kritik der Gruppendynamik, Frankfurt: Fischer, S. 214-299.

Petzold, H.G.(1981h): Leibzeit. *Integrative Therapie* 2/3, S. 167-178; auch in: *Kamper, D., Wulf, Ch.*, Die Wiederkehr des Körpers, Suhrkamp, Frankfurt 1982, 68-81. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2012-petzold-hilarion-g-1981h-leibzeit.html>

Petzold, H.G.(1981l): Transcultural aspects of therapeutic communities, International Congress of Therapeutic Communities, Manila, 15-20. November 1981, Proceedings, Dare Foundation, Manila.

Petzold, H.G.(1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, München: Pfeiffer.

Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: *Petzold, H.G.*, 1985a. Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München, S. 553-572, Neuaufl. Stuttgart: Pfeiffer-Klett-Cotta (2005a)265-283.

Petzold, H.G. (1986a):Psychotherapie und Friedensarbeit, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1988d): Die "vier Wege der Heilung und Förderung" in der "Integrativen Therapie" und ihre anthropologischen und konzeptuellen Grundlagen - dargestellt an Beispielen aus der "Integrativen Bewegungstherapie", Teil I, *Integrative Therapie* 4, 325-364; Teil II, IT 1 (1989) 42-96; revid. als „Die vier Wege der Heilung und Förderung“, in: Bd. I, 1 (1996a [S.173-283]).

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

Petzold, H.G.(1990i): Selbsthilfe und Professionelle - Gesundheit und Krankheit, Überlegungen zu einem "erweiterten Gesundheitsbegriff", Vortrag auf der Arbeitstagung "Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe", 8.-10. Juni 1990, Dokumentation, Düsseldorf, auch in: *Petzold, H.G., Schobert, R.*, 1991. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn: Junfermann. S. 17-28 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-schobert-r-schulz-a-1991-anleitung-zu-wechselseitiger-hilfe-die.html>

Petzold, H.G.(1991k): Der "Tree of Science" als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie, Fritz Perls Institut, Düsseldorf, repr. *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann. Bd. II, 2 (1992a) S. 457-647; (2003a) S. 383 - 514.

Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, *Integrative Therapie* Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395 und Neuaufl. Bd. (2003a) S. 299 - 340.

Petzold, H.G. (1992e):Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: idem, *Integrative Therapie*. Paderborn: Junfermann, Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606 und in (1994j).

Petzold, H.G.(1992o): Nur zwei Grundorientierungen oder eine plurale Psychotherapie? *Integrative Therapie* 4, 467-471.

Petzold, H.G. (1994c/2015): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: *Hermer, M.* (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1994c-metapraxis-ursachen-hinter-den-ursachen-doppelte-warum-entfremdung-polyloge-13-2015.pdf>

Petzold, H.G. (1994h): Therapieforchung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit - programmatische Überlegungen. *Drogalkohol* 3, 144-158.

Petzold, H.G. (1994r): Entwicklungsorientierte Psychotherapie – ein neues Paradigma. In: *Petzold* (1994j) 13-24. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1994r-einfuehrung-entwicklungsorientierte-psychotherapie-ein-neues-paradigma.pdf>

Petzold, H.G. (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? In: *Sticht, U.* (1997) (Hrsg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus. 57-115.

Petzold, H.G. (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Paderborn: Junfermann. 2. erw. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2007a. Norweg. Übers. (2008): [Integrativ supervision og organisasjonsutvikling](#) -filosofiske- og sosialvitenskapelige perspektiver. Oslo: Conflux.

Petzold, H.G. (1999h): Psychotherapieschäden, „riskante Therapie“, „iatrogene Behandlungen“. In: *Petzold, H.G., Orth, I.* (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann, S. 393-400.

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999, 105-145, *Integrative Therapie* 3/2004, 267-299; auch in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 07/2001. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/update-2006-1999q-07-2001-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk.html>

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 *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 1/2000. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold_2000a_grundregel_polyloge_01_2000.pdf. - Ergänzt 2006 um weitere Ethik-Texte: Updating 04/2005. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-01-2006-petzold-h-g-2000a-upd-2006.html>

Petzold, H.G. (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.

Petzold, H.G. (2006g): Sandor Ferenczi. Schwerpunktheft *Integrative Therapie* 3/4. Wien: Krammer.

Petzold, H.G. (2003d/2006i): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *Integrative Therapie* 1 (2003) 27 – 64. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 2006i <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2006-petzold-h-g-2003b-updating-2006i-unrecht-und-gerechtigkeit.html>.

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am „Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (1972-2002). Teil I, *Gestalt* 46 (Schweiz) 3-50. Teil II, *Gestalt* 47, 9-52, Teil III, *Gestalt* 48, 9-64. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 2/2011. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u.html>.

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

Petzold, H.G. (2003i): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Einige Überlegungen zu „Just therapy“ und „PatientInnenwürde“. (Langversion von 2003h): *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie*

für psychosoziale Gesundheit - 12/2009. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-12-2009-petzold-h-g-2003i.html>

Petzold, H.G. (2004I): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2004. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2004-2004I-petzold-h-g-integrative-traumatherapie-und-trostarbeit.html>. Gekürzt in: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 427-475.

Petzold, H.G. (2005p): „Vernetzendes Denken“ Die Bedeutung der Philosophie des Differenz- und Integrationsdenkens für die Integrative Therapie und ihre transversale Hermeneutik. In memoriam Paul Ricœur 27. 2. 1913 - 20. 5. 2005 - *Integrative Therapie* 4 (2005) 398-412, in: *Psychotherapie Forum* 14 (2006) 108-111 und erw. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 273-295. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-10-2013-hilarion-g-petzold-2005p.html>

Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und *Integrative Therapie* 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>

Petzold, H.G. (2006o): Psychotherapie, die Menschen „gerecht“ wird? – Kritische Überlegungen zu Therapie und Gerechtigkeit, „Just therapy“. (Updating von 2003i. in: 2006n, POLYLOGE 14, 2006) und in: POLYLOGE 12/2009 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-12-2009-petzold-h-g-2003i.html>

Petzold, H.G. (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: *Thema Pro Senectute* 1 (2006) 40-57. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2006u-der-mensch-auf-dem-wege-altern-als-weg-erfahrung-des-menschlichen-lebens-festvortrag.pdf>

Petzold, H.G. (2006w): Sándor Ferenczi – ein Pionier moderner und integrativer Psychotherapie und Traumabehandlung. *Integrative Therapie* 3-4 (2006) 227-272. Textarchiv 2006: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>

Petzold, H.G. (2007b): Pierre Janet (1855 –1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie *Integrative Therapie* 1, 59 – 86 und erw. in Leitner, A., Petzold, H.G. (2009): Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen. Wien: Edition Donau-Universität - Krammer Verlag Wien, S. 369-397; In: Textarchiv 2007: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>; gekürzt in: *Psychologische Medizin* 2 (2007) 11-16.

Petzold, H.G. (2007d): „Mit Jugendlichen auf dem WEG ...“ Biopsychosoziale, entwicklungspsychologische und evolutionspsychologische Konzepte für „Integrative sozialpädagogische Modelleinrichtungen“. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 09/2007. Ergänzt auch in *Integrative Therapie* 2, 2009 und Petzold, H.G., Feuchner, C., König, G. (2009): Für Kinder engagiert – mit Jugendlichen auf dem Weg. Wien: Krammer, S. 129 – 147. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-09-2007-petzold-h-g.html>

Petzold, H.G. (2007h): “Randgänge der Psychotherapie – polyzentrisch vernetzt” Einführung zur Gesamtbibliographie updating 2007. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-2007h-randgaenge-der-psychotherapie-polyzentrisch-vernetzt.html> und POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 1/2009 und in Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit –

Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25 Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. S. 677 -697.

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. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html>

Petzold, H.G. (2009d): „Macht“, „Supervisorenmacht“ und „potentialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - - Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – 4, 2009. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2009-2009d-petzold-h-g-macht-supervisorenmacht-und-potentialorientiertes-engagement.html>

Petzold, H.G. (2009e): Einige Bemerkungen zur Wissensstruktur der Integrativen Therapie für PsychotherapekollegInnen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 3/2009. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-03-2009-petzold-h-g.html>

Petzold, H.G. (2009f): „Gewissensarbeit und Psychotherapie“. Perspektiven der Integrativen Therapie zu „kritischem Bewusstsein“, „komplexer Achtsamkeit“ und „melioristischer Praxis“. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 23/ 2009; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/23-2009-petzold-h-g-2009f-gewissensarbeit-und-weisheitstherapie-als-praxis-perspektiven.html> und *Integrative Therapie* 4/2009 und erw. in Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2010): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer. S.115-188. 2015 Neuaufl. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H. G. (2010e): *Gewissensarbeit in: Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer, S. 115-188. Erw. von 2009f. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-23-2009-petzold-h-g-2009f.html>

Petzold, H. G. (2010g, Hrsg.): *Integrativ-systemische Arbeit mit Familien. Integrativ-systemische Entwicklungs- und Netzwerktherapie. Integrative Therapie, Schwerpunktheft 3/2010*. Wien: Krammer Verlag. In Textarchiv 2010d: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H. G. (2010q): Über Vertrauen und Misstrauen. In: *Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a)*, 63-68. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/35-2009-petzold-h-g-on-trust-ueber-vertrauen.html>

Petzold, H. G. (2012h): *Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung. Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung- Komplexe Humantherapie III*Textarchiv Jg. 12/2012. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf>

Petzold, H. G. (2012p): *KOMPLEXE HUMAN THERAPIE II: Noch einmal gegen die Verarmung der Psychotherapie und für eine „Deutsche Akademie der Psychotherapie“ (1998j) – zur Diskussion einer „dritten Welle“ der Entwicklung im therapeutischen Feld 2013*. EAG-Paper 2012p, Hückeswagen. *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 04/2013. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2013-petzold-h-g-2012p-komplexe-humantherapie-ii-noch-einmal-gegen-die-verarmung-der.html>

Petzold, H.G. (2013b): *Infernalisches Schreien von „Rechts“ - Mythotrophe und mythopathische Dimensionen des „National Socialist Black Metal“, des „Black Metal“ and „Death Metal“*. In: *Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“*. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis S.619-670. In *POLYLOGE* 2015, <http://www.fpi->

publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2014v-infernalisches-schreien-in-der-rechtsextremen-musikszene-mythotrophe.html

Petzold, H. G. (2014e): Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/index.php>

Petzold, H. G. (2014f): Zweifel II – Impulse zum Thema Zweifel und ZweifelIn. POLYLOGE 2014 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/03-2014-petzold-h-g-2014f-zweifel-ii-impulse-zum-thema-zweifel-und-zweifeln.html>

Petzold, H. G. (2014h): Depression ist grau! – die Behandlung grün: Die “neuen Naturtherapien”. Green Exercises & Green Meditation in der integrativen Depressionsbehandlung. Green Care 4/2014 Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014h-depression-ist-grau-therapie-gruen-neue-naturtherapien-in-der-depressionsbehandlung.pdf>

Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie. In: Petzold, Ortjh, Sieper, 2014b und bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H. G. (2014n): «In Japan geht man zum Waldbaden». Naturtherapie gegen Stress und Depressionen Tagesanzeiger Zürich 22.08.2014 und Textarchiv 2014. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G. (2014u): Jugend hat ein „Recht auf Zukunft“. Referat europatriates – Kongress gegen Jugendarbeitslosigkeit vom 23. bis 25. Juni 2014 in Saarbrücken. In: Hartz, P., Petzold, H. G. (2015): Gegen Jugendarbeitslosigkeit Innovative Ideen, Modelle, Strategien. Bielefeld: Aisthesis. Auch in Polyloge <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2014u-jugend-hat-ein-recht-auf-zukunft-polyloge-15-2015.pdf>; <http://www.europatriates.eu/index.php/home-de-de/20-kategorie-de-de/programm-2014-de/referenten-2014-de/57-prof-dr-mult-hilarion-g-petzold>

Petzold, H. G. (2015b): „Green Meditation“ – Ruhe, Kraft, Lebensfreude. *Green Care* 2, 2-5; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php> und erw. POLYLOGE Ausgabe 05/2015. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/05-2015-petzold-hilarion-g-2015b-green-meditation-ruhe-kraft-lebensfreude.html>.

Petzold, H. G. (2015c): Plädoyer für eine ökologisch fundierte Gesundheit Manifest für „GREEN CARE Empowerment“ – Transdisziplinäre Überlegungen zu einer Ökologie der Verbundenheit Z. *Psychologische Medizin* 2, 2015, 56-68. Textarchiv. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2015c-green-care-plaedoyer-fuer-eine-oekologisch-fundierte-gesundheit-transdisziplinaer.pdf>

Petzold, H. G. (2015l): Wie gefährlich sind Religionen und wie riskant sind ihre Fundamentalismuspotentiale? *POLYLOGE* 21/2015, <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-2015l-wie-gefaehrlich-religionen-wie-riskant-fundamentalismuspotentiale-polyloge-21-2015.pdf>

Petzold, H. G. (2016b): Die „Neuen Naturtherapien“ und engagiertes „Green Care“ – „Komplexe Achtsamkeit“ und „konkrete Ökophilie“ für eine extrem bedrohte Biosphäre. *Grüne Texte* 1/2016. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/index.php>

Petzold, H. G. (2016e): ÖKOLOGISATION: LERNEN und LEHREN in den „NEUEN NATURTHERAPIEN“ (tiergestützte, garten- und waldgestützte Therapie) In: *Grüne Texte*: <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-gruene-texte/index.php>

Petzold, H.G., Gröbelbaur, G., Gschwend, I. (1998): Patienten als "Partner" oder als "Widersacher" und "Fälle". Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten - kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt (Schweiz)* 32, 15-41 und in: Petzold, Orth (1999a) 363-392 sowie in: *Psychologische Medizin (Österr.)* 1/1999 (S. 32-39) u. 2/1999 (S. 30-35).

Petzold, H. G. (2016f): BIOGRAPHIEARBEIT und BIOGRAPHIEERARBEITUNG in der INTEGRATIVEN THERAPIE (IT), der Integrativen Poesie- und Bibliothherapie (IPBT) und in Schreibwerkstätten mit

„kreativem Schreiben“ Hückeswagen: Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit und im Interent-Archiv „Heilkraft der Sprache“ Jg. 2016 <http://www.fpi-publikation.de/heilkraft-der-sprache/heilkraft-der-sprache/index.php>

Petzold, H.G., Bloem, J., Moget, P. (2004): Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven. *Integrative Therapie* 1-2, 24-100. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-bloem-j-moget-p-c-m-2004-budokuenste-als-weg-und-therapeutisches.html>

Petzold, H.G., Hentschel, U. (1991): Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11-19 und in: Scheiblich, W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Freiburg: Lambertus 1994, 89-105.

Petzold, H.G., Leitner, A., Sieper, J., Orth, I. (2008). Materialien und Konzepte zu Lehrtherapien und Selbsterfahrung in der Psychotherapie – Perspektiven der Integrativen Therapie Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 24/2008. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-24-2008-petzold-leitner-sieper-orth.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (1993a/2012): Therapietagebücher, Lebenspanorama, Gesundheits-/Krankheitspanorama als Instrumente der Symbolisierung, karrierebezogenen Patientenarbeit und Lehranalyse in der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1/2 (1993) 95-153; auch in: Frühmann, Petzold (1993a) 367-446 und Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996.Paderborn: Junfermann S. 125-171. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-26-2012-petzold-hilarion-g-orth-ilse.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann. 2. gänzl. Überarbeitet und umfänglich erw. Aufl. als Petzold, Orth, Sieper, Bielefeld Aisthesis (2014a).

Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Hückeswagen 2004b, mimeogr. ergänzt in: Petzold, Orth (2004/2005a) 689-791. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/09-2009-orth-i-petzold-h-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft.html>

Petzold, H.G., Orth, I. (2008): Der „Schiefe Turm“ fällt nicht – Salutogenetische Arbeit mit Neuromentalierungen und kreativen Medien in der Integrativen Therapie. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 593-653. - <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-orth-i-2008a-der-schiefe-turm-faellt-nicht--weil-ich-das-w-i-l-i.html>

Petzold, H. G., Orth, I. (2011): „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In: Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Mit einem Beitrag von Ilse Orth und Hilarion Petzold zu „Genderintegrität“. Wiesbaden: Springer VS Verlag. 195-299. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2014-petzold-h-g-orth-i-genderintegritaet-als-neues-leitparadigma-fuer-supervision.html> und <http://ir.nmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/139284/1a13e1be241ccadc33b5974071dc6504.pdf?sequence=1>

Petzold, H. G. Orth, I. (2013a): Coaching als Beratungsdisziplin: Problematisierungen – Ethik – Altruismus In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – Jg. 2013; <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-02-2013-hilarion-g-petzold-ilse-orth-2013.html> und in: Petzold, H.G., Orth, I., Frambach, L., Hänzel, M. (2014): Altruismus zwischen Angrenzungen und Abgrenzungen. Espelkamp: Deutsche Gesellschaft für Coaching.

Petzold, H. G., Orth, I. (2014): Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ - "Fundierte Kollegialität" in Beratung, Coaching, Supervision und Therapie. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision:*

Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift – Jg. 2014. <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/06-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenerlicher-souveraenitaet.html>

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. In: *Petzold, Orth* (1999a) S. 15-66. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-orth-i-sieper-j-1999a-psychotherapie-mythen-und-diskurse-der-macht-und-der-freiheit.html>

Petzold, H. G., Orth, I. Sieper, J. (2010a): *Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben - Themen und Werte moderner Psychotherapie*. Wien: Krammer. 2.Aufl. Bielefeld: Aisthesis. 2015.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: *Petzold, Orth, Sieper* (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. S. 671-688.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf> und in: *Petzold, Orth, Sieper* (2014): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis. S. 671-688.

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013b): TRANSVERSALE VERNUNFT. Fritz Perls, Salomo Friedlaender und die Gestalttherapie – einige therapiegeschichtliche Überlegungen zu Quellen, Bezügen, Legendenbildungen und Weiterführungen als Beitrag zu einer allgemeinen Theorie der Psychotherapie“, in: *POLYLOGE*, Ausgabe 16/ <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/16-2013-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-2013b-transversale-vernunft-fritz-perls-salomo.html>

Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2014a): „Mythen, Macht und Psychotherapie“. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit. Bielefeld: Aisthesis.

Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2015a): Die „Neuen Naturtherapien“. Going Green in der Integrativen Therapie – Ökologische Bewusstheitsarbeit „hin zur Natur“: salutogenes Naturerleben, Landschafts-, Garten- und tiergestützte Therapie. Hückeswagen. EAG, erw. in „Grüne Texte“ 6/2015 <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/06-2015-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-die-neuen-naturtherapien--going-green-in-der.html>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2010): Über Rollentypologien und Verhalten in der therapeutischen Praxis – Kommentar zur Behandlungspraxis. In *Behandlungsjournal Gabriele Groß-Prangenberg*. *Behandlungsjournale* 18/2010. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-behandlungsjournale/download-18-2010-fischer-dagmar-gross-prangenberg-gabriele.html> und <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/petzold-orth-petzold-rollenhandeln-rollentypologien-verhalten-therapeutische-supervision-06-2015.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik. In: *Salahshour et al.* (2013) 2-17. *POLYLOGE* <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/kreidner-salahshour-petzold-orth-petzold-2012-langzeittherapeutische-psychosebehandlung.pdf>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. *Polyloge*, Bei www.fpi-publikation.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 17/2010. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/17-2010-petzold-h-g-orth-p-s-i-patel-a-ii-souveraenitaet-profession-prozessdokumentation.html>

Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): D A S S U P E R V I S I O N S J O U R N A L - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und klientenbezogener Arbeit. : www.fpi-publikation.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 1/2011. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-01-2011-petzold-h-g-orth-petzold-s-ratz-c.html>.

Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2003): Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 02/2004 - <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2004-petzold-leitner-orth-sieper-telsemeyer-mythos-supervision-zur-notwendigkeit-von.html>

Petzold, H.G., Osten, P. (1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozeßanalyse in der Integrativen Therapie. In: Laireiter, A. (1998) (Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer, und erweitert in: Petzold, H.G. (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen. (1998h) 118-141. Textarchiv 1998: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-osten-p-1998-diagnostik-und-mehrperspektivische-prozessanalyse-in-der.html>

Petzold, H.G., Petzold, Ch. (1993a): Soziotherapie als methodischer Ansatz in der Integrativen Therapie. In: idem *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 3 (1993a) S. 1263-1290; (2003a) S. 927 - 946.

Petzold, H.G., Rainalds, J., Sieper, J., Leitner, A. (2006): Qualitätssicherung und Evaluationskultur in der Ausbildung von Sozialtherapeuten – eine Evaluation der VDR-anerkannten Ausbildung an EAG/FPI. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 533-588. In Textarchiv 2006: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php>

Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC)* 3, 277-288. Erw. in *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311 und Petzold 1998a, 191-211 und 2007a.

Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C. (2003): *Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder*, Innovation. Leske + Budrich, Opladen, VS Verlag Wiesbaden.

Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A. (1991): Anleitung zu "wechselseitiger Hilfe" - Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer - Konzepte und Erfahrungen. In: Petzold, H.G., Schobert, R., 1991. *Selbsthilfe und Psychosomatik*, Paderborn: Junfermann, S. 207-259. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-schobert-r-schulz-a-1991-anleitung-zu-wechselseitiger-hilfe-die.html>

Petzold, H.G., Sieper, J. (1970): Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift f. prakt. Psychol.* 8, 392-447; repr. In: Petzold, H.G. (1973c): *Kreativität & Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit mit Erwachsenen*, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1988b): Die FPI-Spirale - Symbol des "heraklitischen Weges". *Gestalttherapie & Integration, Gestalt-Bulletin* 2, 5-33 und *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann Bd.I, 2003a, 351-374.

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

Petzold, H.G., Sieper, J. (2004): Lev Vygotskij - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Hückeswagen: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* und bei Stumm, G. et al. (2005): *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer. 488-491. und in <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2002p-updating-2006-2011j-lust-auf-erkenntnis-polyloge-und-reverenzen.pdf>.

Petzold, H. G., Sieper, J. (2008c): *Integrative Willenstherapie. Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen*. In Petzold, Sieper (2008a): *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie*. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S.473-592; auch in Petzold; Textarchiv 2008. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold_sieper_2008_integrative_willenstherapie_teil2.pdf

Petzold, H. G., Sieper, J. (2011a): *Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie - Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910*. Wien: Krammer.

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; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2005-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-erkenntniskritische-entwicklungspsychologische.html> 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. (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., Vormann, G. (1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision*. München: Pfeiffer.

Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann.

Petzold-Heinz, I. (1957): *Der Helfer der Verwundeten. Aus Kindheit und Leben von Henry Dunant, dem Begründer des Roten Kreuzes*, Möckmühl: Aue-Verlag.

Powell, D. (1979): Arkandisziplin. In: *Theologische Realenzyklopädie*. Bd. 4, 1–8.

Reil, J.C. (1803): *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung*. Halle: Curtsche Buchhandlung.

Renz, H., Petzold, H.G. (2006): *Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken*. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - Jg. 13/2006; http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/RenzPetzoldTherapBezieh-redigiert_polyloge-13-2006.pdf

Salahshour, K., Petzold, H. G., Orth-Petzold, S. (2013): Einleitung: Narrative Biographieerarbeitung und dokumentierte Praxeologie statt arbiträrer Kasuistik (Petzold/Orth-Petzold). *Kreidner-Salahshour: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie als Teil der multiprofessionellen Behandlung im Integrierten Maßregelvollzug mit einem psychotischen Patienten als langzeittherapeutischer Prozess – ein Behandlungsjournal narrativer Biographieerarbeitung*. *Integrative Therapie* 3-4 (2013) und Textarchiv <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/kreidner-salahshour-k-petzold-h-g-orth-petzold-s-2012-langzeittherapeutische-psychose.html>

Scheiblich, W., Petzold, H.G. (2006): *Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem - Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“- katamnestic dargestellt am Beispiel beruflicher/schulischer Rehabilitation*. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): *Integrative Suchtarbeit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 477-532.

Schneider, M. (2013): *Transparenztraum. Literatur, Politik, Medien und das Unmögliche*. Berlin: Matthes & Seitz.

Schwendter, R. (2000): *Einführung in die Soziale Therapie*, Tübingen: Dgvt-Verlag.

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu korrespondierendem Diskurs. *Integrative Therapie*, 3-4, 393-467 und erg. in: *Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W.* (2007) (Hrsg.): *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit*. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 393-467. -. In: POLYLOGE 14/2010. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Sieper-Orth-Schuch-2007-Neue-Wege-Integrativer-Therapie.pdf>

publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html

Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Adoleszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: . [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>

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.

Sieper, J., Petzold, H.G. (1993c/2011): Integrative Agogik - ein kreativer Weg des Lehrens und Lernens. In: *Petzold, H.G., Sieper, J.*(1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., 2. Auflage 1996. Paderborn: Junfermann, S.359-370. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-nr-06-2011-sieper-j-petzold-h-g.html>

Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): 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 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in *Leitner, A.* (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.

Sieper, J., Petzold, H. G. (2011): Soziotherapie/Sozialtherapie – ein unverzichtbares Instrument gegen soziale Exklusion und für die psychosoziale Hilfeleistung in „prekären Lebenslagen“. Bei [www.FPI-publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 3/ 2011, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-03-2011-sieper-j-petzold-h-g-2011a.html>.

Sonnenmoser, M. (2009): Ethik in der Psychotherapie: Schweigepflicht – Unterschiedliche Auslegungen, *Ärztblatt*, Ausgabe Febr. 2009, 67.

Spangenberg, E. (2015): Behutsame Trauma-Integration (TRIMB), Stuttgart: Klett-Cotta.

Sponsel, R. (1995): Handbuch Integrativer Psychologischer Psychotherapie. Erlangen: IPPT, IEC.

Sponsel, R. (1997): Einführung in eine allgemeine und integrative psychologische Lehre der Heilwirkfaktoren. *Integrative Therapie* 3, 273-288.

Stiglitz, J. E. (2000): Transparency in Government. In: The Right to Tell. World Bank Publications, Washington.

Stroebe, W., Jonas, K., Hewstone, R. C. 2014): Sozialpsychologie. Eine Einführung. Berlin: Springer.

Swanton, H. (2010): Die Bedeutung von Biographie in der Integrativen Supervision - Ein Prozessgeleiteter theorieverschränkter Praxisbericht. *Supervision* 10/2000 <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/10-2010-swanton-helga-die-bedeutung-von-biographie-in-der-integrativen-supervision.html>

Szczygiel, M., Floren, M., Hüther, G. Petzold, H.G. (2015): Integrative Perspektiven für die „klinische Sozialarbeit“ am Beispiel körperorientierter Interventionen für die Arbeit mit Jugendlichen: annotierte Experten-Interviews mit Gerald Hüther & Hilarion G. Petzold. *POLYLOGE* 16/2015. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2015-maja-szczygiel-miriam-floren-gerald-huether-hilarion-g-petzold.html>

Thomas, G., Petzold, H.G., Schay, P. (2006): Perspektiven und Ergebnisse der Psychotherapieforschung für die Praxis der Suchtkrankenbehandlung. In: Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchtarbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 393-420.

Titze, M. (1979): Lebensziel und Lebensstil: Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler. München: Pfeiffer.

Weiner, M. (1983): Therapist disclosure. Baltimore: University Park Press.

Wünsche, F. (2016): Kindeswohlgefährdung im Kontext Supervision in der Jugendhilfe in Deutschland. Untersuchung im Kontext der Supervision, Studiengang Supervision, Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems.

Ziv-Beiman, S. (2013): Therapist self-disclosure as an integrative intervention. *Journal of Psychotherapy Integration* 1, 59–74.