

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1996

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Petzold Hilarion G. (1996h):
**Integrative Therapie und/oder Gestalttherapie
Probleme und Entwicklungen im
"neuen Integrationsparadigma" ***

Erschienen in: *GESTALT* (Schweiz) 27 (1996) 19-52.

In diesem Internet-Archiv werden wichtige Texte von Hilarion G. Petzold und MitarbeiterInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>) .

Goodmans folgt (Müller, Müller-Ebert 1993), der Weg, in den theoretischen Eklektizismus (Beaumont 1987, 1988), der Weg in die Bubersche Dialogik (Friedman 1987) und die humanistisch-psychologischen Vagheiten (Zinker 1975) oder den Weg in die "neuen Paradigmen" der Autopoiese, Chaostheorie, des radikalen Konstruktivismus (bei dem bislang die klinische Anbindung fehlt und eine Rezeption und Verarbeitung der äußerst kritischen Diskussion zu diesen Konzepten [Walter 1988; Schulte 1993, Fischer 1991]). Die Texte, die in dieser Orientierung geschrieben wurden, sind angenehm zu lesen, man fragt sich aber, wo der Bezug zu den Grundpositionen der Gestalttherapie geblieben ist, welche klinischen Bezüge und Erprobungen es gibt und wo der Anschluß an die klinische Psychologie, Entwicklungspsychologie und an die klinischen Sozialwissenschaften bleibt (so z. B. beim ansprechenden Buch von Fuhr, Gremmler-Fuhr 1995). Die Mehrzahl der aufgezeigten Wege wären gangbar und sind von Gestalttherapeuten, die sich ihres Verfahrens nicht sicher waren oder es in bestimmten Bereichen unzureichend fanden, auch begangen worden (es wurde nur eine selektive Literaturliste aufgeführt, die Versuche sind noch vielfältiger). Von einigen Ausnahmen abgesehen sind diese Wege auch zu beschreiten, weil im Konvolut von Perls, dessen Vielschichtigkeit einigermaßen erschlossen ist (Petzold 1984h), und dem "Werkleben" von Goodman, das durch die Fleißarbeit von Nicely (1979), Stoehr (1994) und Blankertz (1988, 1990) erschlossen wurde, all diese Momente auch vorhanden sind. Der Integrationsversuch der Gründerväter und -mütter der Gestalttherapie (F.S. Perls, P. Goodman, L. Perls, E. Fromm) konnte seinerzeit aufgrund der allgemeinen Situation des theoretischen Modellbuildings und des Standes der klinischen Theorie und Forschung keine größere Prägnanz hervorbringen. Neue Versuche in Detailbereichen der Gestalttherapie - etwa in der Entwicklung eines Gruppenkonzeptes (Feder, Ronall 1980) - weisen eine ähnliche Problematik auf. Gordon Wheeler (1993) entdeckte Ende der 80er Jahre (!) die NTL-Gruppendynamik und damit die Lewinsche Feldtheorie auf einem Rezeptionsstand, der dem der gruppendynamischen Bewegung der 60er und 70er Jahre in den deutschsprachigen Ländern nicht genügen würde. Wiederum blieben klinischen Perspektiven - die einer Gruppenpsychotherapie (Petzold, Schneewind 1986) außen vor. Was ist bei einer solchen Situation zu tun?

4. Entwicklungen zur "Integrativen Therapie"

Die Fortführung der Integrationsaufgaben, die den Gestalttherapeuten heute von den Gründerväter überkommen sind, darf meiner Meinung nach nicht darin bestehen, die "membra disjecta" des ursprünglichen Konvoluts zu einem geschlossenen "corpus" zusammenzufügen. Die Zeit der geschlossenen therapeutischen Gedankengebäude, die sich zu "Schulen" formieren und schulenimmanent in einer Hermetik gegenüber dem allgemeinspsychologischen Feld weiterentwickeln, ist vorbei (Grawe, Caspar 1989, 1992; Grawe et al. 1994; Castonguay, Goldfried 1994; Petzold 1982g). Was noch etwa für die Daseinsanalyse, die Jungsche Analyse möglich schien, sich wie die Psychoanalyse (in ihren verschiedenen Ausprägungen) auf einen schulenimmanenten Diskurs zu zentrieren (obwohl sich hier besonders im

Bereich der Selbstpsychologie Veränderungen anzeigen oder schon vollzogen haben), ist als Paradigma endgültig vorüber. Man kann sich nicht vom Feld klinischer und allgemeinspsychologischer Wissenschaft und Forschung abkapseln. Diese Aussage ist natürlich vor dem Stand der gegenwärtigen wissenschaftstheoretischen Diskussion, der wissenschaftlichen Erkenntnis und den Erträgen der Forschung im Bereich der Psychotherapie und klinischen Psychologie gemacht und trifft weder das Selbstverständnis der Anhänger dieser Schulen noch ihren Status im klinischen Feld, wo die Psychoanalyse in Deutschland und Frankreich - anders als in den USA - zur Zeit noch eine auf Jahre hinaus zementierte Machtposition hat. Es ist damit auch nicht ausgesagt, daß Schulen aufhören werden zu bestehen oder daß das von ihnen erarbeitete Wissen unnützlich wäre. Ich habe immer wieder betont: Die traditionellen Schulen sind bedeutend, und sie sind groß in ihrer Einseitigkeit (*Petzold 1994g, 1996k*). Sie haben kostbares partikuläres Wissen über den Menschen, seelische Gesundheit und Krankheit zusammengetragen. Sie werden weiter bestehen können, wenn sie nicht den Partikularismus fortschreiben, in der Hermetik verbleiben und wenn sie selbst beginnen, integrativer werden, sich den Erkenntnissen der klinisch relevanten Wissenschaften öffnen, auch mit der Bereitschaft, ihre eigenen Positionen - wo notwendig - zu revidieren oder grundsätzlich umzustellen, und dies wird bei den meisten Schulen in vieler Hinsicht notwendig werden.

Der Gestalttherapie und den Gestalttherapeuten wäre sehr wohl anzuraten, den ursprünglichen Integrationsgedanken von Perls aufzunehmen und sich damit den in der klinischen Psychologie seit Mitte der 70er Jahre deutlichen Bewegungen zu einer "allgemeinen Psychotherapie" (*Grawe et al. 1994*) bzw. zu einer "Integrativen Therapie" (*Petzold 1970c, 1974j, 1992a*) zuzugesellen. Die von mir begründete "Integrative Therapie" gehört - wie der verdienstvolle, aber wenig beachtete Ansatz von *Dieter Wyss (1971, 1977)* - zu den frühen Richtungen des "neuen Integrationsparadigmas" (*Petzold 1992g; Sponzel 1995*), die von Pionieren integrativen therapeutischen Denkens und Handelns inspiriert war (*S. Ferenczi, J. Moreno, V. Iljine, F.S. Perls*) und versuchte, deren Gedanken und Impulse weiterzuentwickeln. Sie war weiterhin neben vielfältigen anderen Quellen (*Petzold, Sieper 1977, 1988*) von Vertretern einer integrativen Psychologie mit klinischer oder philosophischer Orientierung beeinflusst, wie sie sich vor allen Dingen im französischsprachigen Raum entwickelt hatte, ausgehend von der "integrativen Psychologie" *Pierre Janets (1919, 1927, 1928)*, der integrativen klinischen Entwicklungskonzeption von *Henry Wallon (1931, 1949)* - sie inspirierte die "klinische Entwicklungspsychologie" der Integrativen Therapie (*Petzold 1993a, 1995a, 1993c, 1994j*) und dem großartigen Konzept philosophisch-psychologischen Integrationsdenkens von *Maurice Merleau-Ponty (1942, 1945, 1964, 1969)*, das die leibtheoretische Fundierung des Integrativen Ansatzes prägte (*Petzold 1974k, 1985g, 1988n*). Die sich im übergreifenden Denken vertiefenden Einflüsse der Hermeneutik *Paul Ricoeurs, Gadamers* und die sozialwissenschaftliche Hermeneutik von *Habermas* kommen hinzu und führen zum Konzept einer sozialwissenschaftlich fundierten Tiefenhermeneutik und Metahermeneutik (*idem 1988a, b, 1994a*). und die strukturalistischen und

fast poststrukturalistischen bzw. postmodernen Kulturanalysen von *Michel Foucault*, *Jean François Lyotard*, *Jacques Derrida* und *Jean Baudrillard* gaben weitere wichtige Impulse (*Petzold 1996k; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995; Petzold, Orth 1996a*). Die "Integrative Therapie" steht damit in einer Tradition integrativen europäischen Denkens, für die - neben den genannten - Namen wie *F.J.J. Buytendijk*, *V.N. Iljine*, *N. Berdjajew*, *H. Plessner*, *J. Gebser*, *V.v. Weizsäcker*, *C.F. v. Weizsäcker*, *H. Schmitz*, *A. Hergner* genannt werden können. Der europäische Integrationsgedanke - das ist meine Überzeugung - greift weiter als der amerikanische (*Mead* war durch sein Studium in Deutschland geprägt, vgl. *Joas 1982, 1985*), eben weil er auf eine größere kulturelle Vielfalt zurückgreifen kann, weil er auch philosophische Quellen stärker einbezieht und wohl auch im Therapiebegriff eine breitere Konzeption vertritt, auf jeden Fall eine breitere als bloße Psychotherapie (*Petzold 1996c*) mit ihrer Ausblendung von Körper und Geist, von Sozialität und Ökologie. Meine "anthropologische Grundformel" (*idem 1965, 1996a, 284*) betont die klare Position, daß es um eine "Integrative Humantherapie" geht (*idem 1988n/1996a, 175, 1996c*), womit die Position von *Perls (et al. 1951, 248)* "Obviously psychotherapy is a human discipline, a development of socratic dialectic" radikalisiert wird: "Therapie ist auf den ganzen Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen in der Lebenswelt, ihr zugehörig, zentriert" (*Petzold 1970c*). "Therapie ist ein gemeinsamer Erlebnis-, Erfahrungs-, Entdeckungs-, Forschungs-, Interpretations- und Handlungsprozeß von Therapeut u n d Patient, der die Lebensgeschichte, den gegenwärtigen Lebensalltag und den persönlichen Zukunftshorizont beider sowie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der therapeutischen Beziehung und ihres Kontextes (z. B. *Klinik, Beratungsstelle*) zum Gegenstand hat" (*idem 1992a, 1004*), wobei "die Bedeutung des Kontextes, der Mikroökologie und des sozialen Netzwerkes (*Röhrle 1994, Petzold 1995a, b*) von Therapeut und Patient in seiner Qualität als 'convoy', als Weggeleit (*ibid. 211; Kahn, Antonucci 1980*) für den therapeutischen Prozeß und seine genannten Komponenten gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann" (*idem 1990g, 11*).

Diese Definition macht deutlich, daß Integration allein schon von der Komplexität der therapeutischen Situation mit ihrem Kontext her gefragt ist und daß Integration immer dialektisch in bezug zur Differenzierung gesehen werden muß. Wo keine Differenzierungen sind, kann nichts integriert werden, Integration aber macht wiederum neue Differenzierungen möglich. Da Menschen ständig in Prozessen der Differenzierung, Integration und Kreation stehen, ist es unabdingbar, daß therapeutische Verfahren für den Umgang mit ihren Patienten eine ähnliche Orientierung aufweisen sollten. Die moderne klinische Psychologie (*Bastine et al. 1990/1992; Baumann, Perrez 1994*) mit ihrer Anbindung an den breiten Fundus der allgemeinen Psychologie, an die klinischen Sozialwissenschaften und die klinische Philosophie (*Petzold 1991a; Kühn, Petzold 1992*) machen eine solche Ausrichtung notwendig, weil sich in diesen Wissenschaftsrichtungen auch zunehmend eine Verbreiterung der Sichtweise zeigt und die schulenübergreifende Psychotherapieforschung (*Bergin, Garfield 1994; Petzold, Märten 1996*) sowie die "vergleichende

Psychotherapiewissenschaft" die Basis für ein neues klinisches Makroparadigma (Petzold 1992a, 935) bereitstellen: das **"neue Integrationsparadigma"**, das für das Paradigma der Differenzierung - es hat zu einer Methodeninflation in der Psychotherapie mit weit über 500 Schulen geführt (Omer, London 1988) - ein Korrektiv ist und verbindende Momente schaffen könnte. Die von vielen Theoretikern und Forschern beklagte "crisis of disunity", die "fragmentierte Diversität", die "chaotic diversity" (so Mahrer, Norcross, Staats; vgl. Holdstock 1992) - es wurde sogar von einer "Balkanisierung der Disziplin" (Bevan 1991) gesprochen - muß überwunden werden. Die in der modernen Psychologie vorherrschende Tendenz zur Zergliederung (Hearnshaw 1987), die besonders an der heillosen Zersplitterung der psychoanalytischen Bewegung und den "tiefenpsychologischen Schulen" (vgl. zu diesem Chaos Wyss 1973, 1977) deutlich wird, muß zu einer "hinlänglichen Kohärenz" durch eine korrespondierende, übergreifende "scientific and professional community of therapists" gelangen. Aber davon sind wir noch weit entfernt (Petzold 1993h). Ich habe diese gesamte Problematik an anderer Stelle (Petzold 1992a, 950 ff.) angesprochen, mit der Konklusion: "Bei einem solchen 'state of the arts' kann man nur sagen: 'seufz, seufz, doppel-seufz' (Track 1992, 25). Diese aufgezeigte Situation der "chaotischen Diversität" würde einen Übergang vom Differenzierungs- zum Integrationsparadigma erforderlich machen, und auf diesem Weg befindet sich die Disziplin erst ansatzweise" (Petzold 1992a, 956).

Inzwischen ist die Integrationsbewegung aber international und im deutschsprachigen Bereich sichtlich stärker geworden. Für Deutschland, Österreich und die Schweiz war das Werk von Grawe und Mitarbeiterinnen (1994) mit seiner "Schockwirkung" für das gesamte Feld der Psychotherapie sicherlich ein wesentlicher Impuls (vgl. Petzold 1995h; Märtens 1995a). Aber schon zuvor wurde aus der Berner Forschergruppe um den Sozialpsychiater Heim, von Blaser, Ringer und Thommen - letzterer von der FPI-Ausbildung beeinflusst - ein Buch über "Problemorientierte Psychotherapie. Ein integratives Konzept" (Huber, Bern 1992) vorgelegt, wurde von dem Schweizer Winfried Huber (1992), Ordinarius für klinische Psychologie an der Universität Löwen, eine integrative Übersicht über die Behandlung von Depressionen und Ängsten vorgelegt. Mein in fünf Teilbänden vorliegendes Werk zur Integrativen Therapie stellte einen weiteren Markierungspunkt dar (Petzold 1988n/1996a, 1991a, 1992a, 1993a), und das umfängliche Handbuch von Sponzel (1995) zu einer integrativen klinischen Psychotherapie zeigt, daß die integrative Bewegung, die 1975 mit der Gründung der Zeitschrift "Integrative Therapie" und mit den integrativen Konzepten von Ludwig Pongratz, Rainer Bastine oder Hans Strotzka aus dem gleichen Jahr im deutschsprachigen Bereich ihren Anfang nahm, inzwischen eine lebendige Szene entwickelt hat. Die Gründung einer deutschen Sektion der SEPI "Society for the Exploration of Psychotherapy Integration" durch Petzold, Märtens u. a. bekräftigte den Anschluß an die internationale Bewegung der Psychotherapieintegration.

Diese Bewegung läßt sich heute unter das Motto des "Trend-Artikels" von Goldfried und Castonguay (1994) stellen: "Psychotherapy integration, a concept

of who's time has come". Es geht dieser Bewegung darum, in das "Schlachtfeld der Dogmen" (*Larson 1980*) und in das Methodenchaos etwas Ordnung zu bringen. Dabei aber wird es notwendig werden, "professionelle Stichelei zu überwinden und den fanatischen Glaubenseifer, der die psychotherapeutische Entwicklung behindert" (*Beitman et al. 1989*) und der leider viele Schulenvertreter kennzeichnet, aufzugeben. Die Vorarbeiten, die *Sol Garfield (1973, 1992)* zu einer auf "common factors" basierenden, eklektischen Psychotherapie geleistet hat, oder *Arnold Lazarus (1973, 1976)* mit seiner multimodalen Verhaltenstherapie, meine Arbeiten zum "common concept approach" und zur Verbindung von Körpertherapie, Psychotherapie, Soziotherapie und Nootherapie (*Petzold 1970c; 1974j, k*), die Bemühung von *Frederick C. Thorne (1967, 1982)* um einen "systematischen Eklektizismus", wurden zu Quellen, die sich zu dem großen Traum der Integrationsbewegung vereinigen können. Es zeigte sich in der Übersicht von *Kelly (1961)*, daß sich 1960 40 % der Psychotherapeuten in den USA als "Eklektiker" bezeichneten und Ende der 70er Jahre sogar 50 % (*Kelly et al. 1978*). Aber Ende der 80er Jahre hat sich das Bild geändert. Über 50 % bezeichnen sich als "integrativ arbeitend" (*Norcross, Grencavage 1989*). Die Kombination verschiedener Therapieansätze zeigt sich auch im deutschsprachigen Bereich durch Mehrfachausbildung (*Wittchen et al. 1979; Gombert 1979; Weller, Meier-Räder 1990*).

"In den USA gibt es ein beispielloses Interesse an der Psychotherapie-Integration. Eklektizismus oder, wie es heute zunehmend heißt, 'Integration' (*Norcross, Prochaska 1988*), ist mittlerweile zur typischen theoretischen Orientierung der englischsprachigen Psychotherapeuten geworden ... und die Tendenz ist steigend" (*Norcross 1995, 45; vgl. Jensen, Bergin, Greaves 1990*).

Die Hintergründe für diese Bewegung sind vielfältig, folgende seien genannt:

- > Erleben eines breiteren Handlungsbedarfs aufgrund der Situation der Patienten, als dies der eigene Ansatz ermöglicht;
- > Bewußtwerden der Unzulänglichkeiten monomethodischer Ansätze durch die eigene Praxis;
- > Erleben theoriespezifischer Erfordernisse, die das eigene Erklärungsmodell nicht abdecken kann;
- > Erfahren unterschiedlicher Sichtweisen im kollegialen Austausch, z. B. in multidisziplinären Teams, auf Tagungen, Kongressen oder in Weiterbildungsveranstaltungen;
- > Kontakt mit unterschiedlichen Interpretationsfolien für die Pathogenese und die Behandlung spezifischer Krankheitsbilder;
- > Bewußtwerden eigener Präferenzen und Grenzen, die zur Wahl des eigenen Therapieverfahrens geführt haben;
- > Erweiterung des Bewußtseinshorizontes durch Alter, Lebenserfahrung und wachsende Professionalität, d. h. Gewinn einer größeren persönlichen und "professionellen Exzentrizität";

- > Bewegungen in der "scientific community", etwa durch vergleichende Psychotherapieforschung, "common factor research", Evaluationsforschung, Prozeßforschung, Metaanalysen etc.;
- > Bewegungen in der "professional community" durch berufspolitische Umschichtungen und veränderte Interessenlagen;
- > Bewegungen im klinischen Feld durch neue Krankheitsbilder, neue Sicht alter Krankheitsbilder, Aufkommen neuer Moden und Trends, Einflußnahmen von Kostenträgern etc.;
- > Bewegungen in der Gesundheitskultur, d. h. Erwartungen und Ansprüche der Öffentlichkeit an die Psychotherapeuten;
- > Veränderungen in der gesundheitspolitischen Landschaft aufgrund sich wandelnder ökonomischer und politischer Rahmenbedingungen;
- > Veränderungen und Umwälzungen in der allgemeinen politischen und ökonomischen Situation« (Petzold 1992g, 980).

Norcross und Newman (1992) führen folgende Hintergründe auf:

- > die inflationäre Häufung von Therapieschulen,
- > die Unverträglichkeit von Einzeltheorien,
- > sozioökonomische Zwänge zu kostenoptimaler Behandlungen,
- > der Einfluß problemorientierter Kurzzeittherapien,
- > die Möglichkeit, unterschiedliche Behandlungsformen zu beobachten und auszuprobieren,
- > die Bedeutung schulenübergreifender Gemeinsamkeiten für das Therapieergebnis,
- > Identifizierung spezifischer Behandlungsoptionen,
- > Entwicklung professioneller Netzwerke zur Integration.

Die Gründung der "International Academy of Eclectic Psychotherapy" (IAEP) und der "Society for the Exploration of Psychotherapy Integration" (SEPI), die Herausgabe eigener wissenschaftlicher Fachzeitschriften, die als "reviewed journals" ein internationales Publikum erreichen, haben hier den Weg für die Integrationsbewegung geebnet. Folgende Zeitschriften seien genannt: *Integrative Therapie* (1975 ff., die älteste Zeitschrift für Integrative Psychotherapie), *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* (1987 ff.), *International Journal of Eclectic Psychotherapy* (1985 ff.), *Journal of Psychotherapy Integration* (1991 ff.), *Journal of Integrative Psychiatry* (1984 ff.).

4.1 Zwischen Eklektizismus und Integration

Betrachtet man die Psychotherapie in der Realität der Klinik, so zeigt sich, daß psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser schon immer eine integrative Ausrichtung hatten. Neben verbalen Formen der Psychotherapie wurden Bewegungstherapie, künstlerische Therapieformen, Musiktherapie im Einzel- und Gruppensetting kombiniert - zum Wohl der Patienten (Matakas 1992; Weißig 1996). In der einzeltherapeutischen Situation der freien Praxis sind solche selbstverständlichen Kombinationen natürlich bislang noch weniger gut zu realisieren, es sei denn, der Therapeut bzw. die Therapeutin sind Generalisten, Eklektiker oder einer integrativen Perspektive verpflichtet. So sind es denn auch

neben den dogmatischen Argumenten einzelner Schulen vor allen Dingen die von Macht, Geld, Einfluß und dogmatischen Wahrheits- und Geltungsansprüchen bestimmten Interessen der in Schulen organisierten Einzeltherapeuten, die Integrationsbewegungen entgegenstehen, obgleich gerade diese Gruppe den größten Nutzen von integrativen Ansätzen hätte. Bei einer Befragung von 58 bekannten Vertretern der Psychotherapie wurde als wichtigstes Hindernis für die Integrationsbewegung der "parteiliche Zelotismus" und die Ausschließlichkeitsansprüche von Therapeuten, die ein "reines System" vertreten (Norcross 1995, 42), gesehen. Es wurde von "kollegialem Egozentrismus", von der "Institutionalisierung von Schulen" und der "ideologischen Kriegsführung" bzw. der "Fraktionskämpfe" (*ibid.*) gesprochen und von dem, was wir als die "ekklesiale Organisiertheit der Psychotherapie" und als den "Diskurs der Pastormacht in der Psychotherapie" bezeichnet haben (Petzold 1996d; Orth, Petzold, Sieper 1995; Orth, Petzold 1996a). Das in einigen Aspekten sehr fortschrittliche österreichische Psychotherapiegesetz vertritt hier im Grundsatzansatz eine äußerst konservative demodierte Position, die in Gefahr steht, den wissenschaftlichen und klinischen Fortschritt, wie er sich im Feld der klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung zeigt, zu behindern, denn: Dieses Gesetz schreibt die Psychotherapie auf Schulen fest. Eine schulenübergreifende Psychotherapie sieht dieses Gesetz nicht vor, ja, noch nicht einmal eine schulenunabhängige, altersgruppenspezifische Psychotherapie, z. B. die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eigenständigen Beruf, wie er in der Fachwelt als äußerst notwendig und sinnvoll angesehen wird (Herzka, Reukauf 1978; Petzold et al. 1995; Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1995; Petzold, Märtens 1995b, c) und in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden etabliert ist. Dennoch zeigen sich auch hier in der Interaktion der verschiedenen Psychotherapieschulen Annäherungen und auch Möglichkeiten einer guten Kooperation der verschiedenen und zum Teil sehr unterschiedlichen Schulen, etwa im Rahmen der Schweizer Psychotherapiecharta, wo deutlich wird, wie aus Kooperationsprozessen integrative Momente hervorgehen können: z. B. die Orientierung der Charta an einem übergeordneten Strukturmodell von Psychotherapie, dem von mir erarbeiteten Modell des "Tree of Science" (Petzold 1992q) oder die Generierung gemeinsamer Standards für die Ausbildung oder die Qualitätssicherung (Fäh-Barwinski 1996). Eine solche Bewegung ist letztlich unausweichlich, wenn man sich mit dem bedeutenden Psychotherapie-theoretiker und -forscher Kadzin (1984) der "schonungslosen Erkenntnis" nicht verstellt, daß die Komplexität der Patientenprobleme mit methodenmonistischen Ansätzen allein nicht überwunden werden kann.

Schon Grawe (*et al.* 1994) hatten den schulenübergreifenden, eklektischen Therapieansätzen aufgrund der von ihnen aufgefundenen und ausgewerteten Studien eine gute Wirksamkeit bescheinigt, die traditionellen, schulenspezifischen Therapien keineswegs nachsteht, zuweilen sogar überlegen ist. Die Übersicht, die Sponzel (1995) in seinem Handbuch über eklektische und integrative Therapieansätze aufgrund einer Auswertung der Forschungsliteratur und der beträchtlichen Zahl zugänglicher Evaluationsstudien gibt, bestätigt und bekräftigt dies. Sieht man dann die großen Handbücher der

