DARUM INTEGRATIVE THERAPIE

INTEGRATIVE THERAPIE als angewandte, kritische Humanwissenschaft mit dem Ziel der Humantherapie.

VORTRAG ZUR JUBILÄUMSTAGUNG 25 JAHRE INTEGRATIVE THERAPIE gehalten am 2. November 2007

Vorrede

Liebe Kolleginnen und Kollegen, als ich den Vortrag mit dem Titel **„Darum Integrative Therapie!“** übernahm, der Titel war mir vorgegeben, fiel mir merkwürdigerweise spontan eine kleine, gefühlsmäßig keineswegs nur angenehm konnotierte Sequenz meiner Kindheit ein. Diese Sequenz lief ungefähr folgendermaßen ab: Als Kind nervte ich gelegentlich Erwachsene mit der Frage: „Warum?“ und bekam von ihnen, dann zunehmend ungehalten, barsch zur Antwort: „Darum!“. Dieses „Darum“ war zweifellos äußerst gehaltvoll, denn es bewirkte, energisch genug ausgesprochen, eine Einstellung des Fragens und ein – wenn auch murrendes – Übergehen zur Tagesordnung.
Dieses Fragen nach dem „Warum?“ war eigentlich kein wirkliches Fragen, kein Fragen, das ein Erkenntnisinteresse ausdrückte, kein Fragen, das nach einer Begründung verlangte, sondern eher Ausdruck eines Widerwillens, etwas Vorgegebenes, mir Aufgetragenes zu akzeptieren. Die Antwort „Darum!“ hieß im Klartext: Halte deinen Mund, nerve nicht und mache endlich, was dir aufgetragen worden ist. „Darum!“ Also eine kurzangebundene Antwort auf

die Frage „Warum?“? In meinem Vortrag „Darum Integrative Therapie“ wird es indessen keine kurzangebundene, knappe Antwort geben können. Ich werde neben dem Verweis auf bereits Erreichtes vielmehr eine Reihe von noch uneingelösten Optionen benennen und eine Menge offener Fragen aufwerfen. Wie also beginnen? Ich möchte, wie es so meine Art ist, mit etwas eher Schwierigem starten: Mit den in das Denken der IT eingeschriebenen Positionen.

1. Position

Was ist das, eine Position? Wie kommt es zu einer Position? Nach unserer Ansicht ist eine Position stets das Ergebnis von Ko-Respondenzprozessen. Eine Position geht aus einem Wechselspiel, von Konsens und Dissens, von Übereinstimmung und Verschiedenheit hervor.
Eine Position resultiert aus Diskursen, die ein Dispositiv bilden: ein Ensemble heterogener Elemente (*Michel Foucault*). Die Position platziert sich schließlich im Schnittpunkt von Verhältnislinien, die sich zwischen den heterogenen Elementen des Dispositivs spannen.
Sie konkretisiert sich in der Oszillation von konvergierenden oder divergierenden Wissensbeständen. Nicht zuletzt bewährt sie sich im Abgleich mit Realitäten, die konkordant oder diskordant sein können.
Eine Position – und sei sie noch so entschieden - ist niemals monolithisch, auch wenn sie das vielleicht vorgibt oder sich darin irrt. Keine Position kann für sich allein stehen, sondern ist stets in *Polyloge* eingebettet. *Polylog* verstanden als vielstimmige Rede, die das Reden von Menschen, den Dialog zwischen Menschen und insbesondere auch den Monolog umgibt und in diesen zur Sprache kommt.
Der Begriff des Polylogs verweist auf das unbedingt *Ko-kreative* von Sprechen und Handeln, das bis in die tiefste, innere, einsame Zwiesprache reicht, die ein jeder mit sich hält und die letztlich seine Freiheit ausmacht.

2. Jede Positionsbestimmung führt zur Differenz.

Hilarion Petzold (2007) versteht die Positionen, zu denen er im Verlauf der Entwicklung seines Verfahrens INTEGRATIVE THERAPIE fand, ganz im Sinne von *Jacques Derrida* (1986) als „Standpunkte auf Zeit“.
Auf „Standpunkten auf Zeit“, kann man zweifellos schlecht zur Ruhe kommen. Mit „Standpunkten auf Zeit“ bleibt man stets weiter beschäftigt, muss man sich notgedrungen

weiter beschäftigen, ob man will oder nicht – eingedenk des heraklitischen „*panta rhei*“. Standpunkte auf Zeit werden immer wieder überschritten: Position führt zu Transgression.

Position zu beziehen führt automatisch zur Differenz. Immer dann, wenn wir uns positionieren, polarisieren wir, treten wir in eine Dialektik ein: Unizität wird damit zur Differenz, welche auf Anderes verweist: auf Plurizität.
Umgekehrt müssen wir im Wahrnehmen der Differenz klare eigene Position beziehen, damit wir uns in der Differenz selbst vergewissern und anderen deutlich werden. Ich füge hinzu, damit unsere Toleranz gegenüber Differenzen nicht zur Feigheit verkommt.

Die vernünftige, sinnvolle, realistische und zukunftsweisende Handhabung von Differenzen setzt zuerst die Anerkennung der Differenzen voraus. Anerkennung der Differenz bedeutet etwas Radikales: Das Fremde und Andere, dessen man sich nicht wirklich bemächtigen kann, als solches wahrzunehmen, auch wenn sich vieles in einem dagegen sträubt. Wir haben stets eingedenk der erkenntniskritischen Einschränkung von Merleau-Ponty (1994) zu sein, der Andere könne für mich nicht sein, was er für sich ist - auch eingedenk der Einschränkung von Levinas (1993), dass man den Anderen allenfalls über dessen Spur in der eigenen Wahrnehmung begreifen kann.

Im Laufe der Entwicklung des Methoden übergreifenden, differenzierenden und integrierenden, biopsychosozialökologischen Verfahrens INTEGRATIVE THERAPIE haben sich gleichwohl einige bewährte Positionen herausgebildet, die im Folgenden mein Thema sein werden.

3. Leib, Intersubjektivität und Szene

Die nach meiner Auffassung wohl tragendste, bei allem Fortschritt von Wissenschaft und Forschung wohl bewährteste erkenntnistheoretische Position, sozusagen der ideologische Angelpunkt des Entwurfs der INTEGRATIVEN THERAPIE wird - vor allen Neuerungen und wissenschaftlichen Moden - durch die Begriffe Leib, Intersubjektivität und Szene gebildet. Hierzu einige Stichworte:

3.1 Leib

Der *Petzoldschen* Definition zufolge ist der *Leib* eingebettet ***in Kontext und Kontinuum***. Er ist definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven, und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktualen, intentionalen (d.h. bewussten und subliminal-unbewussten) Relationalität mit dem Umfeld und dem verleiblichten, als differentielle Information mnestisch archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen. Das Zusammenwirken dieser Inszenierungen konstituiert als Synergem den *informierten Leib*, das personale Leibsubjekt (s. *Petzold* 1996a, 283).

„*Leib*“ besagt nichts anderes, als dass wir Mittelpunkt einer je eigenen, personalen leiblichen Welt sind, die wir sinnlich realisieren: *Wir erleben uns, uns in der Welt, die Welt mit unseren Sinnen*.
Diese Version von Leibphilosophie vermittelt keine romantische, harmlose Perspektive menschlicher Sinnrealisation: Dafür sorgen nicht zuletzt die Berücksichtigung der Arbeiten von *Michel Foucault* (1961, 1971, 1977, 1986, 1992).
Demnach ist *Leib* immer eingelassen in kulturelle Prozesse, in gesellschaftliches Kräftespiel, in “*anonyme Diskurse*”, “*Dispositive der Macht*” und “*Wahrheitsspiele*”, in denen sich die Subjektkonstitution vollzieht. *Foucault* thematisierte insbesondere auch die Zurichtung des Leibes, seine Verdinglichung, sein Ausgesetztsein, sein Ausgeliefertsein an Macht und Gewalt. *Leib* bezeichnet den ultimativen Ort der Gewalt, wie auch die Aspekte von Lust und Begehren.

3.2 Intersubjektivität

Wir sind immer intersubjektiv, aufeinander bezogen, in Ko-respondenz. Als Individuen sind wir genetisch nicht realisierbar, als homo oeconomicus und Kulturwesen schon gar nicht: So wie schon *Marx* postuliert hatte, das Individuum sei ein „Ensemble gesellschaftlicher Verhältnisse“ und *Adorno* kritisch anmerkte: „Das Individuum ist die Lüge“.
Wir sind nie allein, dem Monolog gehen Dyade und Dialog voraus: Polylog der alle und alles umhüllt.

3.3 Szene

Eine Szene (vgl. *Petzold /*

Mathias 1983; *Petzold* 1990p) ist eine raum-zeitliche Struktur, die alles umfasst, was wir in Wahrnehmung und Handlung erreichen sowie alles, was uns in Wahrnehmung und Handlung erreicht. Eine Szene ist nie statisch, sie ist eine lebendige Struktur.
Leib und Szene sind nicht zu trennen. Der Leib ist die Konstituente jeder Szene. Innere und äußere Szenen verschränken sich im Leib.
Szene ist vom Subjekt strukturierte und erlebte Wirklichkeit.
Unsere Wahrnehmung ist szenisch, unser Verhalten ist szenisch, unser Gedächtnis funktioniert szenisch.
Die Szene spielt immer in der Gegenwart, auf den Horizonten von Vergangenheit und Zukunft.
Unser Leben spielt sich in Szenen und Szenenfolgen ab.
Der Leib ist das Archiv aller Szenen.
Da Szene auf Szene folgt, weil vergangene Szenen aktuelle Szenen prägen und aktuelle Szenen strukturähnliche vergangene Szenen mnestisch mobilisieren, eine Szene sozusagen die andere ruft, entsteht eine Geschichte leiblich sedimentierter Szenen, in denen der Leib eine relative Konstante bildet.

Kurz, unserer Ansicht zufolge ist unser gesamtes Erleben und Verhalten szenisch geprägt und szenisch zu verstehen: Wir befinden wir uns immer in *Kontext* und *Kontinuum*.
Das *Kontext/Kontinuums*-Konzept ist eine zentrale Kategorie der Integrativen Therapie (*Petzold* 1974j, 1998a).
Mit dieser Position widerstehen wir der Versuchung, zu individualisieren und zu psychologisieren. Denn wir sehen den Menschen von vornherein in seiner raumzeitlichen Verschränkung.
Damit berücksichtigen wir die konsequent *temporalisierte* und *kontextualisierte* Wahrnehmung von Ereignissen durch das Leibsubjekt. Ferner tragen wir damit der Tatsache Rechnung, dass Menschen sich immer in einer bestimmten Lebenszeit, in bestimmten Beziehungen und in einer bestimmten sozioökonomischen *Lebenslage* (s. u.) befinden.

4. Was bildet weitere, wesentliche Elemente dieses Integrationsverfahrens?

INTEGRATIVE THERAPIE bedeutet programmatisch, sich in einem exzentrischen, obliquen Bewusstsein (*Böhme* 1985*)* zu üben: Sozusagen einen schräg-abgehobenen, kritischen, wenn auch wohlwollenden Blick auf sich selbst zu entwickeln. Ein

wichtiges Instrument bietet hierbei die Idee einer metahermeneutischen Folie, auf der sich der gesamte Bestand des psychotherapierelevanten Wissens abbilden lässt und die sozusagen den mit Längen- und Breitengraden markierten *Horizont unseres Wissens* bildet: der so genannte TREE OF SCIENCE.

4.1 Der TREE OF SCIENCE

Schon früh hat *Hilarion Petzold* mit dem TREE OF SCIENCE für die Integrative Therapie ein wissenshermeneutisches Strukturmodell entworfen, das es erlaubt, Theorietypen zu erkennen, zu unterscheiden und einzuordnen: in Metatheorie, Klinische Theorie, Praxeologie, Praxis.
Wenn man diese Anordnung – hier aus didaktischen Gründen - zweidimensional formalisiert und vertikal und horizontal auffächert, kann man sich in der Vertikalen wie folgt vorstellen:

Die **Metatheorie** mit ihrem Bestandteilen Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Anthropologie, Kosmologie, Ethik.
Die **Realexplikative Theorie** mit ihren Bestandteilen Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre.
Die **Praxeologie**, verstanden als Lehre vom therapeutischen Handeln.
Die **Praxis** mit den in sie eingelassenen Strukturen und Prozessen, die - von den Phänomenen, zu den Strukturen, zu den Entwürfen – wiederum theoretisch thematisierbar sind.

Die Vertikale scheint somit wohlgeordnet, klar und überschaubar gegliedert. In der Horizontalen dieses Strukturmodells finden allerdings vielfältig bunte Auftritte statt, geht es mitunter mehrdeutig und widersprüchlich zu, lassen wir Differentes vorkommen, letztlich, um es zu konnektivieren: philosophische, psychologische, soziologische, ökologische, kulturwissenschaftliche, entwicklungstheoretische, neurobiologische, medizinische Perspektiven und Argumente.
Wir kommen u.a. insbesondere zu folgenden Perspektiven:

- einer *philosophischen Perspektive,* die anthropologische Größen fokussiert, geschichtsphilosophische und ethiktheoretische Überlegungen einbringt;
- einer *biologischen Perspektive*, die Fragen unter evolutionsbiologischer, neurowissenschaftlicher und

psychophysiologischer Sicht untersucht;
- einer *psychologischen Perspektive*, die sozial- und entwicklungspsychologischen Untersuchungen einbeziehen, Probleme aber auch im Lichte der Kognitions- und Emotionspsychologie betrachtet;
- einer *soziologischen Perspektive*, die die soziale Seite der Phänomene, gesellschaftliche Dimensionen in den Blick nimmt;
- einer *politikwissenschaftlichen Perspektive*, die sich mit den politischen Dimensionen befassen;
- einer *juristischen Perspektive,* die den Fragen der rechtlichen Wertung nachgeht;
- einer *kulturwissenschaftlichen Perspektive*, die sich mit den kulturellen Formen befasst.

Eine solche differentielle Sicht etabliert eine „Erklärungsmatrix“ in einem *komplexen multiwissenschaftlichen Referenzssystem*.
Hierdurch tragen wir lediglich den Anforderungen von Theorie und Praxis Rechnung: Die Erfahrung lehrt, dass therapierelevante Einzelfragen stets nach einer Betrachtung im Lichte unterschiedlicher Disziplinen verlangen. Wenn wir z.B. psychiatrische Diagnosen verwenden, wenn wir z.B. mit psychologischen Konstrukten argumentieren. dann sollten wir jederzeit und unbedingt bedenken, dass wir sie nur unter dem Vorbehalt verwenden, dass wir an anderer Stelle des TREE OF SCIENCE auch noch ganz anders über sie denken. Oder, wenn wir „unsere“ Begriffe, wie zum Beispiel Hominität, Subjektivität, Gewalt, Unrecht verwenden, sollten wir darüber ins Klare kommen, an welchem theoretischen Ort wir uns jeweils befinden, in welchem Referenzrahmen wir jeweils argumentieren – im psychologischen oder im soziologischen, im biologischen oder im philosophischen – nicht zuletzt auch, um keine *Kategorienfehler* zu begehen.

4.2 Über Polyzentrik

Ich habe von der Vertikalen und der Horizontalen des TREE OF SCIENCE gesprochen, dies tat ich sozusagen nur aushilfsweise, aus didaktischen Gründen. In der „*Wirklichkeit seines vollen Begriffs*, das heißt hier insbesondere, in seinem reflektierten Gebrauch, erweist sich der TREE OF SCIENCE als theoretische Modellvorstellung (*Herzog* 1984) einer *Polyzentrik*: Das Modell des TREE OF

SCIENCE ist seinem Gehalt nach *polyzentrisch* angelegt. Erst im konsequent ausgeführten *Gedanken des Polyzentrischen* kommt der mehrperspektivische, multitheoretische, interdisziplinäre Ansatz der IT wirklich zum Tragen. *Polyzentrik* bedeutet, dass der TREE OF SCIENCE über viele aktivierbare Zentren verfügt, dass er, um das Bild des Baumes zu gebrauchen, an vielen Stellen seiner Verästelungen Wurzeln schlagen kann.
Polyzentrik bedeutet praktisch, dass wir getrost irgendwo anfangen können zu denken und sicher sein können, dass wir, den TREE OF SCIENCE immer im Sinn, schon aufs Ganze kommen werden:
Wir können uns gedanklich sozusagen von Unten nach Oben arbeiten oder von Oben nach Unten: *bottom up* versus *top down* vice versa. Uns eröffnen sich dadurch ständig neue Perspektiven. Der TREE OF SCIENCE ist sozusagen geronnene, systematisierte Exzentrizität: Durch die Zentrierung auf die Praxis wird die Metatheorie exzentrisch wie umgekehrt durch die Zentrierung auf die Metatheorie die Praxis exzentrisch vorkommt.

Den TREE OF SCIENCE sollte man sich nicht mit dem Vorbild des Vorratskellers im Sinn – sozusagen logistisch - als Regal voller beschrifteter *Petzold* - Konserven vorstellen, einmal für immer eingeräumt. Konserven, die man gut einstauben lassen, höchstens bei Bedarf dem Regal entnehmen (aber auch gut darauf verzichten) kann.
Es handelt sich nicht um Konserven mit beliebigen Zutaten, die man öffnet, nach Rezept mischt und aufwärmt - frei nach dem Motto: „Man nehme, was man hat!“ - Wir betreiben in der INTEGRATIVEN THERAPIE ja keine *Wohnküchenpsychologie*.
Der TREE OF SCIENCE ist aber auch nicht nur als eine Bibliothek zu denken, in die das vorhandene Wissen - einschließlich der Apokryphen - nach wohlüberlegten Gesichtspunkten eingeordnet ist (obwohl mir dieses Bild schon besser gefällt): denn wir müssen uns, wenn wir beim Bild der Bibliothek bleiben wollten, stets die Autoren, den Zeitgeist, die Machtverhältnisse, den Bibliothekar und nicht zuletzt den Bibliotheksbenutzer, den Leser dazu zu denken, samt der damit zusammenhängenden Gefahren – wem fällt hier nicht *Umberto Ecos* „Im Namen der Rose“ ein. Wie übrigens auch diese Vorstellung stets denjenigen einzubeziehen hätte, der sich das so vorstellt: mich.

Diese komplexe Sicht hat ihren erkenntnistheoretisch guten Grund darin, dass wir phänomenologisch-erlebnistheoretisch orientiert sind, dass für uns die These von *Maurice Merleau – Ponty* (1986) eines *Chiasmus* von Sehendem und Gesehenem gilt. Für uns gibt es also nicht eine Welt einzelner, mit sich selbst identischer, objektiver Dinge, wir wandeln nicht auf dem scheinbar sicheren Grund einer naturalistisch ausgestalteten Ontologie, sondern wir sehen das, was uns phänomenologisch vorkommt, als ein vom Leibsubjekt in vielfältigen intersubjektiven Prozessen lebendig Gewirktes an.

Hierfür sprechen übrigens nicht nur *die Argumente der französischen Philosophie (Waldenfels* 1983), sondern aushilfsweise auch *Erträge der Neurobiologie*, derzufolge das, was uns als kohärentes Bild einer so existierenden Welt vorkommt, nicht auf die Wahrnehmung gegebener, mit sich selbst identischer Dinge zurückgeht, sondern ein in unserem Gehirn per Vernetzung und Synchronisation kreierte, zeitlich versetzter Imagination darstellt. Das, was wir von der Welt wahrnehmen ist unsere sinnliche Kreation. Etwas anderes hat übrigens auch *Merleau-Ponty* (1966; 1976;1986) nie gesagt.

4.3 Abstrakt und konkret

Einzelne Gesichtspunkte, z.B. psychologische Konstrukte wie Lernen, Gedächtnis, Verhalten, Motivation etc. oder psychiatrische Diagnosen werden im Lichte des polyzentrischen, mehrperspektivisch reflektierten TREE OF SCIENCE leicht als Abstraktionen erkennbar.
Ja, auch wir – ideologisch dem „Ganzen“ verschrieben - abstrahieren! Aber wir wissen dabei oder bemühen uns wenigstens um die Erkenntnis, wenn wir abstrahieren, dass wir das tun, auf welcher Abstraktionsebene wir uns befinden sowie dass wir auf diese Abstraktionen nur vorübergehend und zu bestimmten Zwecken fokussieren.
Wir nehmen die Abstraktionen nicht als das Ganze. Wir lösen sie nicht wirklich aus ihrem konkreten Zusammenhang. Wir wissen, dass wir die Abstraktion in Szene zu setzen und erlebnistheoretisch zu füllen haben, wollen wir in unserem Sinne *Sinn* verstehen (*Petzold / Orth* 2005) und also therapeutisch arbeiten.

Der konkrete, dialektische,

genauer, *szenische Zusammenhang*, in dem jede Abstraktion steht, sprich: die *Plurizität* der *Unizität*, lässt sich ausgezeichnet im TREE OF SCIENCE abbilden. Das heißt: Im Ensemble unseres vielgestaltigen, heterogenen und doch auch wohl abgestimmten Wissens, in dem das *konsistente Gesamt* programmatisch aufscheint, in dem sich unser Wissen realiter immer befindet, auch wenn es mitunter schwerfällt, dieses zu erkennen oder zu akzeptieren.
Kurz: Wir vertreten nicht die Vorstellung eines bleibenden, festen, abgeschlossenen, gesicherten theoretischen Wissens. Mit dem Denken der *Polyzentrik* des TREE OF SCIENCE wissen wir vielmehr, dass wir mit unserem Wissen nie zur Ruhe kommen werden.

Weil die Qualität unseres Wissens uns nie zur Ruhe kommen lässt,
weil wir dieses Wissen nie in Ruhe lassen, auch gar nicht je zur Ruhe kommen lassen wollen, sondern, *weil wir glauben*, es in einer jeweils gegebenen Situation, sprich: in *Kontext und Kontinuum*, stets aufs Neue mobilisieren, überdenken, gedanklich durchdringen, in neue Beziehungen zueinander setzen zu sollen. Mit dieser Einstellung bewirken wir - stets kritisch und kreativ -ständig Neues, nehmen rastlos neue Perspektiven ein, gewinnen dadurch neue Erfahrung und schaffen immer aufs Neue neues Wissen: *Transgressionen*.

5. Einige Bemerkungen zum Verfahren

Das therapeutische Verfahren der INTEGRATIVEN THERAPIE lässt sich formal beschreiben, als eine jeweils situativ und relational immer wieder aufs Neue kreativ zu generierende Kombinatorik von Mehrebenenreflexion, Perspektiven, Optiken und Heuristiken.
Es geht dabei darum, das intersubjektive therapeutische Geschehen – tiefenhermeneutisch - sinnverstehend zu evaluieren und indikationsgerecht strategisch zu gestalten.

5.1 Mehrebenenreflexion

Als stilbildend kommt hierbei ein **mehrdimensionales Reflexionsmodell** vor, das

- zum einen das zunächst vorausgesetzte, spontan, eventuell unbewusst verlaufende, intersubjektive therapeutische Geschehen erhellen, kontextualisieren und

reflektieren und
- zum andern, auf der Grundlage der vorausgegangenen Reflexionsergebnisse, die bewusste Gestaltung des therapeutischen Handelns ermöglichen soll.

Im Mittelpunkt dieses Reflexionsmodells steht zentral die Idee einer so genannten **Mehrebenenreflexion**.

Bei näherem Hinsehen erscheint das praktische Verfahren der IT geleitet von einer komplexen, mehrdimensionalen Kombinatorik verschiedener Klassen von Gesichtspunkten. Die *Methode der Kombinatorik* kommt einer therapeutischen Grundregel gleich und ist im therapeutischen Prozeß jeweils situativ und relational zu justieren.
Diese Kombinatorik sieht auf einer Linie eine Art reflexionshierarchischen Vorgehens vor (Ebenen I – IV) auf einer anderen Linie umfasst sie so genannte **Perspektiven** und **Optiken**, auf einer weiteren Linie **Heuristiken**.

Bei der Mehrebenenreflexion werden folgende Ebenen unterschieden:

1. **Betrachtung einer gegebenen Situation** durch verschiedene *Perspektiven* und *Optiken* auf dem Hintergrund von *Heuristiken*.
2. die **Exzentrische Position**: Reflexion dieser Betrachtung und der dabei verwandten unterschiedlichen *Perspektiven* und *Optiken* sowie der zur Orientierung verwandten *Heuristiken*.
3. die **Hyperexzentrische Position**: Reflexion auf die Bedingungen des Beobachtens
4. schließlich eine Ebene“ der „nach oben offenen“ **philosophischen Kontemplation**.

5.2 Definitionen: Was sind Perspektiven, Optiken, Heuristiken?

Laut Definition sind *Perspektiven* z.B. der Blickwinkel auf das Individuum, oder der Blickwinkel auf seine sozialen Beziehungen, oder der Blickwinkel auf die Institutionen und Organisationen. Als weitere, wichtige Perspektive wird die Perspektive des Zeitkontinuums, d.h. der Blickwinkel auf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft des Menschen hervorgehoben.
Laut Definition handelt es sich bei *Optiken* um Betrachtungsweisen, die sich z.B. auf Entwicklung beziehen, auf Psychodynamik, auf systemisch-interaktionale, ökologische oder kognitiv-behaviorale Aspekte.

Eine besondere Linie bilden in dieser Modellvorstellung die *Heuristiken*. Damit sind in der Psychotherapie erfahrungsgemäß bewährte Modellvorstellungen gemeint. Bewährte Modellvorstellungen zur Interpretation der Geschehens in der therapeutischen Beziehung sowie zur Interpretation der Mitteilungen des Patienten sind z.B. das szenische Verstehen, das Übertragungs-Gegenübertragungsmodell, die Vorstellung einer frühkindlichen Sozialisation sowie weitere Modellvorstellungen von der Entwicklung und Entstehung von Erleben und Verhalten in bestimmten Lebensprozessen und Lebenslagen.

6. Eine weitere tragende Position der INTEGRATIVEN THERAPIE wird durch die theoretische Modellvorstellung der lebenslangen Entwicklung gebildet.

Eine unser klinisches Denken wesentlich mit tragende Vorstellung bildet die theoretische Modellvorstellung einer komplexen, lebenslangen Entwicklung. Mir persönlich ist kein Psychotherapieverfahren bekannt, das über eine so ausgefeilte Modellvorstellung von lebenslanger Entwicklung verfügt (*Osten* 2000).

Die Vorstellung einer lebenslangen Entwicklung des Menschen, durch die neurobiologische Forschung gestützt - ich gebe hier nur das Stichwort von der neuronalen Plastizität aus - wird in der INTEGRATIVEN THERAPIE im wahrsten Sinne des Wortes in *Kontext* und *Kontinuum* konzipiert: als synergetischer, bio-psycho-sozialer-ökologischer Prozess.
Demnach durchleben wir im Laufe unseres Lebens Szenen und Szenenfolgen und gestalten diese mit. Immer auf einer bestimmten Stufe unserer biopsychischen Entwicklung, absolvieren und kreieren wir sowohl biopsychisch als auch gesellschaftsstrukturell und kulturell thematisierte Lebensaufgaben.
Wir vertreten so gesehen kein unhistorisches, naturalistisches, gesellschaftsanalytisch und kulturell ignorantes Bild vom Menschen. Wir propagieren keine individualisierende Entwicklungspsychologie, in der z.B. rein biologisch definierte Lebensalter Gefühlsentwicklungen aufeinander folgen.
Insbesondere folgen bei uns auch keine Triebe aufeinander, wie sie die Psychoanalyse z.B.

mit oral, urethral, anal, genital etc. (erwiesenermaßen zu unrecht) annimmt. Wir sind darüberhinaus in Bezug auf Entwicklung skeptisch gegenüber psychologischen Konstrukten, tiefenpsychologischen Anamnesen und psychiatrischen Diagnosen. In unserer Vorstellung von Entwicklung vertreten vielmehr die Idee einer Synergie von genetischen, psychologischen, sozialen, kulturellen, ökologischen Faktoren.
Diese Sichtweise berücksichtigt in hohem Maße ebenso milieutheoretische wie kulturelle Aspekte.

Unsere Vorstellung vom Menschen sieht den Menschen mit großer Konsequenz in *Kontext* und *Kontinuum*, in permanenten Prozessen der Entwicklung, als Synergem von fortwährenden, multifaktoriellen Ko-Respondenzprozessen. Wir kontextualisieren den Menschen. Wir sehen nicht nur die genetische Grundlage, wir berücksichtigen nicht nur seine psychische Entwicklung sowie seine somatische Entwicklung, sondern wir sehen auch den kulturell definierten Aspekt der Lebensaufgaben, die sich dem Menschen - als Mann oder Frau - zu einer bestimmten Zeit in unserer Kultur stellen. Nicht zuletzt sehen wir den Menschen im Kontext seiner sozioökologischen und sozioökonomischen Lebenssituation.

7. Wir sehen den Menschen in seiner Lebenslage

INTEGRATIVE THERAPIE versteht sich als die Therapie von Menschen, die sich in einer bestimmten Lebenszeit, in einer bestimmten intersubjektiven Konstellation sowie in einem bestimmten Lebenskontext auf dem Hintergrund von Lebensgeschichte und Lebensperspektive erleben und verhalten.

7.1 Hierbei kommt der Begriff der *Lebenslage* ins Spiel. Das ursprünglich sozialwissenschaftliche Konstrukt der *Lebenslage* versucht, die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die *Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz* zu sehen.
Wir fragen also nicht nur nach intramentalen oder intermentalen Befindlichkeiten, sondern auch nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen. Beide bewerten wir gleichermaßen. Wir berücksichtigen explizit ihre

wechselseitige Bedingtheit. Wir beziehen programmatisch objektive gesellschaftliche Gegebenheiten sowie wie deren subjektive Verarbeitung auf der Ebene der Befindlichkeit von Individuen mit ein.
Mit der Thematisierung der Lebenslage, insbesondere der Thematisierung der *prekären Lebenslage*, wird die INTEGRATIVE THERAPIE immens gesellschaftskritisch.

7.2 Prekäre Lebenslagen

Prekäre Lebenslagen sind unserem Verständnis zufolge zeitextendierte Situationen eines Individuums in seinem relevanten Beziehungen, in seiner sozioökologischen Einbettung und seinen sozioökonomischen Gegebenheiten. Es handelt sich um multiple zeitextendierte Schädigungen, die vom Individuum als belastend, bedrängend, katastrophal bewertet werden. Wir wissen z.B. aus der Stressforschung, dass prekäre Lebenslagen zu erheblichem Stress und damit zu massiven körperlichen, seelischen und soziale Belastungen führen können. Stress im Übermaß und auf Dauer zeitigt zahlreiche pathogene Wirkungen. Die moderne, bio-psycho-sozial-medizinische Forschung versteht mittlerweile zahlreiche, anscheinend völlig unterschiedliche Erkrankungen im Kontext von Stress. Auswirkungen von Stress lassen sich über das gesamte Spektrum der Psychosomatik nachweisen, angefangen bei Erkrankungen des Immunsystems, über Störungen des Magen und Darmtraktes, über Störungen der Sexualität und Fertilität, bis hin zu psychischen Erkrankungen und der Entwicklung von destruktiven Lebensstilen, insbesondere Sucht. Bei der Entstehung von Erkrankungen durch Lebenslagen bedingten Stress spielen in der Regel Ressourcenmangel oder Ressourcen Verlust, das Fehlen oder die Schwächung protektiver Faktoren eine zu beachtende Rolle.
Die Summation kritischer Lebensereignisse und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping- und Creating-Kapazität der Betroffenen an ihre Grenzen kommen. Es kann dann ein verhängnisvoller Prozess einsetzen: die Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit führt zu einem progredierenden Ressourcenverfall.
Im Ergebnis eines solchen destruktiven Prozesses kommt es zu einer Beschädigung der persönlichen Identität sowie der persönlichen Souveränität.

Durch Chronifizierung droht schließlich die Verdammnis einer destruktiven Lebenslage wahr zu werden, insbesondere die Verelendung des sozioökonomischen Mikrokontextes.

Eine solche Situation zu psychologisieren, sie z.B. als Ergebnis frühkindlicher Triebkonflikte, früher Störungen oder sogenannter narzißtischer Kränkung etc. auszugeben, erscheint in unserer Bewertung völlig abwegig. Auch die mit prekären Lebenslagen häufig und erlebnistheoretisch unmittelbar nachvollziehbar einhergehende *Depression* zu einer eigenständigen Erkrankung zu promovieren trifft nicht unseren Ansatz – unberührt davon sind wir der Ansicht, dass *Depressionen lege artis* zusätzlich in der medikamentösen Modalität zu behandeln sind. Wir haben uns in einer solchen Situation rückzubesinnen und mit *Jacob L. Moreno* (1923) zu fragen: Woraus besteht die Lage? Was hat uns in diese Lage gebracht? Was kann uns aus dieser Lage herausführen?

8. Die Integrative Therapie versteht sich als Humantherapie

Wenn das Wesen des Menschen die Kultur ist, wenn die Welt eine „*menschliche Welt*“ ist, nämlich eine vom Menschen sinnlich realisierte und mit Bedeutung versehene Welt (*Merleau-Ponty* 1966), letztlich seine kulturelle Schöpfung, dann wird ein restringierter Begriff von *Psychotherapie* problematisch. Zumal: was wäre eine „*Psyche*“ was deren „*Therapie*“?
Nach unserer Auffassung müsste *Psychotherapie* zur *Humantherapie* erweitert werden. Die gängige Vorstellung von Psychotherapie als patho- und nosologisch geleitete Technologie zur Therapie medizinisch-psychologischer Konstrukte und Diagnosen, so genannter *seelischer Erkrankungen*, wäre entlang der Grundqualitäten des Menschlichen positiv umzuschreiben. Denn wir therapieren ja nicht dualistische Ideologie-Emanationen, psychologische Konstrukte oder psychiatrische Diagnosen, sondern Menschen.

Der Begriff der *Humantherapie* verweist auf die Kultur menschlichen Miteinanders. In dieser Kultur erweisen sich *Grundqualitäten des Menschlichen*, u.a. Takt, Würde, Achtung, Aufrichtigkeit, Hingabe, Zuneigung, Liebe, Freundschaft, Opfer, Dienst, Pflicht, Verantwortung, Verlässlichkeit,

Barmherzigkeit, Trost, Verständnis.
Wir eröffnen mit dem Rekurs auf *Grundqualitäten des Menschlichen* aufs Neue einen scheinbar altmodischen Blickwinkel:
Denn wir vermögen mit dem Blick auf menschliches Leid, dessen Erleben und Begriff, nicht ausschließlich an die Folgen fehlgeleiteter Hirnströme oder disparater molekularer Prozesse zu glauben. Wir glauben vielmehr, Menschen können auch aus einem Mangel an Verständnis und Trost, durch das Erleiden von Misshandlung oder Verkennung, durch Imstichlassen, Verwahrlosung, Taktlosigkeit und am Verlust ihrer Würde erkranken.
Wie könnte das Projekt einer HUMANTHERAPIE praktisch realisiert werden?

9. Lebenskunst – ein kritischer Entwurf

9.1 Einen wesentlichen Beitrag zur Konzeption einer auf eine *Ästhetik der Existenz* und auf Lebenszufriedenheit (*Leitner / Schuch* 2004) ausgerichteten Humantherapie könnte der neuerdings wieder von *Schmid* (1998; 2000) mit Bezug auf *Foucault* (1986) in die Diskussion eingebrachte Begriff der „Lebenskunst“ bilden.
Der gute, alte Begriff der „Lebenskunst“ bezeichnet die Arbeit der Gestaltung, die das Subjekt im Bewusstsein seiner selbst auf sich selbst richtet. Es geht letztlich um das willentlich gesteuerte, reflektierte Leben mit sich - in der Vernetzung mit Anderen in gegebenen Kontexten. *Lebenskunst* sensu *Foucault* bedeutet u. a. insbesondere, erfinderisch den Horizont der eigenen Möglichkeiten zu öffnen, ihn experimentell auszumessen, parrhesiastisch (vgl. *Foucault* 1999) zu behaupten und schließlich tatkräftig zu realisieren.

In diesem Projekt kommt zentral der *Wille* ins Spiel. Denn die Erfahrung lehrt, dass Veränderungen von Denken, Fühlen und Handeln, von Haltung und Verhalten in der Regel nicht ohne den entsprechenden Willen erreicht werden können (*Petzold* 2001, 7).
Der *Wille* ist ein sowohl von der Psychologie als auch der am Unbewußten – als sei dieses ein Subjekt hinter dem Subjekt (*Frostholm* 1976) - fixierten Tiefenpsychologie vernachlässigter, schließlich aus erkenntnis- und wissenschaftstheoretisch fragwürdigen Gründen von der Neurobiologie bestrittener Aspekt. Es ist der Verdienst

Hilarion Petzolds (2001) sowie seiner kongenialen Mitautorin *Johanna Sieper* (*Petzold Sieper* 2004, *Petzold / Sieper* 2008), den Willen wieder ins Gespräch gebracht zu haben.

Entscheidender Gesichtspunkt der Lebenskunst ist die Wahl, die das Subjekt für seinen Entwurf trifft. Mit diesem Gedanken kommen wir philosophisch auf die Ansichten *Jean Paul Sartres* (1965) zurück, der die Verlaufsform des menschlichen Lebens als Folge von Entwürfen ansah, die der Mensch fortwährend vornimmt und die er zu verantworten hat. *Sartre* bürdete in seiner Existenzphilosophie damit dem Menschen die leider häufig nur angstvoll realisierte „Qual der Wahl“ auf, sich zu entwerfen. Also: Lebenskunst wäre eine Abfolge von frei getroffenen Wahlakten. Die „*Sorge um sich und den Anderen*“ (*Foucault* 1986) wäre die Auszeichnung der *Freiheit des Menschen* (*Sartre* 1962), sich zu entwerfen.

9.3 Vom Guten und Richtigen – ein ethischer Einwurf

Das Willensthema führt letztlich in den Kernbereich menschlichen Lebens: In die gute und richtige Gestaltung unseres Lebens. Nachdem man heute nicht mehr einfach anzugeben weiß, was gut und richtig ist, wird für die Psychotherapie mit der expliziten Thematisierung des Guten ein Kapitel aufgeschlagen, von dem häufig nur aus gegebenem Anlass, z. B. in Kontexten von „Nachsozialisation“ oder „Ressourcenorientierung“ Kenntnis genommen wird. Im Ergebnis aber wird die Frage nach dem Guten und Richtigen regelmäßig nur unbefriedigend abgehandelt oder am Besten gleich ganz vermieden.
Dies mag darin begründet liegen, dass das Thema des Guten und Richtigen erstens auf das anerkannt schwache Reflexionsniveau der Psychotherapie bezüglich ihrer Praktiken und latenten Ideologien (*Petzold / Orth* 1999) trifft und zweitens in eine philosophische Problematik, genauer, zu einer ethischen Fragestellung führt, die sie in ihrem Rahmen und mit ihren Kategorien schwerlich auch nur annähernd angemessen thematisieren kann.

Folgt man den moralphilosophischen Ausführungen von *Jean Paul Sartre* (2005), dann liegt das Dilemma an dieser Stelle darin, dass die Moral *für uns* gleichzeitig unvermeidbar und unmöglich ist. *Sartre* sah dies

indessen nicht als Grund für Resignation an, sondern beharrte - sinngemäß - darauf, dass das Handeln sich auch im Klima unüberschreitbarer Unmöglichkeit ethisch orientieren muss. Wie könnte aber ein solcher ethischer Entwurf aussehen?

Nach meinem Verständnis spielt sich Psychotherapie in der *Dialektik von Wert und Norm* ab (*Schuch* 1988). *Wert* und *Norm* bilden so gesehen eine Dialektik, die wesentlich zwei Beziehungsmodi enthält: zum einen *Wert*, gründend im individuellen *Wertgefühl*, als existenzielle Relationsform des Individuums zur Welt hin und zum andern *Norm* als systematisch vermittelte Relationsform der sozialen Welt zum Individuum hin. *Humantherapie*, die auf eine *Ästhetik der Existenz* aus ist, hätte nach meiner Ansicht beide Seiten zu beachten: Weder das individuelle Wertgefühl noch die sozial deduzierte Norm kann ihr als das allein Bestimmende gelten: Weder darf ihr das Lebenswertgefühl als das eigentliche, sozusagen humanere Humane gelten, noch die eingeschriebenen, bewusst oder unbewusst vermittelten Funktionskriterien der Gesellschaft als das uneigentliche, sozusagen weniger Humane. *Wert* und *Norm* bilden demnach vielmehr Pole einer *Dialektik des Humanen*, insofern sie von Menschen in Wahrnehmung und Handlung realisiert und mit Bedeutung versehen werden. Wert und Norm reflektieren das Thema des Menschen in der Welt: Das Thema des *intersubjektiven Leibsubjekts in Kontext und Kontinuum.*

Therapeutische Verfahren beinhalten regelmäßig - von einigen anders indizierten Varianten abgesehen - die Abschwächung bzw. die partielle Suspendierung konventioneller normativer Einflüsse (*Ferenczi* 1931). Dies hat seinen guten Grund: Durch die entnormierende Haltung wird der Retraumatisierung durch autoritative Verhältnisse entgegengewirkt und die Bildung von Vertrauen begünstigt. Weil diese Haltung dem Patienten die Erfahrung von Entlastung und Befreiung verschafft, wirkt sie nicht selten bereits heilsam und kann zu spontanen Verbesserungen seines Befindens führen. Dazu tragen verständnisvolle, konsensuelle Anamnesen und sensible Theragnostiken bei. Hierbei gilt es allerdings zu bedenken, dass diese *Besserung des Befindens* – und sei es noch so spektakulär und für den Moment

befriedigend – über die Zeit in der Welt keinen Bestand haben könnte, weil sie ein *therapeutisches Artefakt* darstellt und nicht auf der *Integrationsleistung des Patienten* beruht.
Der Versuch, unsere Vorstellungen von einem guten Leben, darin eingeschlossen unsere Sehnsüchte, Wünsche und Ziele mithilfe der Therapie zu verwirklichen, führt unausweichlich über die Erfahrung, begrenzt zu sein. Wir machen die Erfahrung der Unmöglichkeit oder Unfähigkeit, diese Ziele in Gänze zu realisieren oder zumindest nicht so, wie wir uns das vorgestellt haben.
Die Qualität von Psychotherapie im Hinblick auf einen *gelingenden Lebensstil* wird sich letztlich daran erweisen,
- ob in ihr der Mensch wirklich strukturellen Defiziten und Regressionen zu entwachsen vermag und
- ob es ihm gelingt, in seiner Lebenspraxis zu einer relativen Lebenszufriedenheit zu gelangen;
- ob er dahin gelangt, sein gegenwärtiges Sein in der Welt zu erleben, anzunehmen und zu gestalten und
- ob er seinen Lebenswert und Lebenssinn angesichts seiner Erfahrung der Außenwelt realisieren, behaupten und bewahren kann.

Hierbei wird ihm zugute kommen, wenn es ihm in der Therapie gelungen ist, die normative Formierung seines Erlebens und Verhaltens zu erkennen, um von dieser Prävalenz nicht weiter auf die Reproduktion schlechter Verhältnisse festgeschrieben zu werden. Es gilt vielmehr diese kritisch zu transzendieren und zu transgredieren und - nicht zuletzt - die dafür erforderliche, situativ und relational zu treffende ethische Entscheidung dem Diskurs einer tatsächlich vorhandenen oder virtuellen *qualifizierten Öffentlichkeit* - der polylogischen *Con-scientia* (*Petzold*) zu unterziehen.

9. 4 Was gäbe es im Sinne einer Lebenskunst zu wollen?

Hier kommen wir wieder auf *Michel Foucault*, der in seinem Spätwerk dem Menschen „*die Sorge um sich*“ (1986) aufgab: Der sorgsame Blick auf sich selbst, der erst die Basis schafft für den sorgsamen Blick auf den Anderen**: „***Sorge um sich und für den Anderen“***.**
Der sorgsame Blick auf sich selbst beinhaltet unerlässlich, sich kennen zu lernen, insbesondere sich feinsinnig zu spüren, sich zu reflektieren und sich mit sich selbst - im Lichte

der Anderen und des Anderen - auseinanderzusetzen. Dies und zuerst dies bildet eine verläßliche Basis für eine lebensgerechte, zukunftsweisende auf sich und die Gesellschaft gerichtete ästhetische Praxis.
In diesem Verständnis könnte *Lebenskunst* z. B. darin bestehen, eine vorhandene, als hinderlich, nachteilig oder zerstörerisch erkannte Struktur oder Praktik zu durchbrechen und eine andere, bessere „*Ordnung der Dinge*“ und bekömmlichere Praktiken anzustreben. Es ginge ihr darum, die Wahrnehmung zu verfeinern und zu schärfen, sich einen Fundus an Sensibilität (*Schmitz* 1989; *Schmid* 2000) und Alterität (*Levinas 1983; 1989; 1995*; *Petzold* 1996k) zu erarbeiten, dabei sich im „*obliquen Bewußtsein*“ zu üben (*Böhme* 1985), sowohl das „*Andere der Vernunft*“ zu bedenken (*Böhme / Böhme* 1983) als auch Möglichkeiten des Andersseins und Anderslebens auszuloten.

Ein solches Projekt beginnt bei einem selbst und schließt notwendigerweise die Anderen mit ein: Man will etwas anders, will etwas ändern, fängt bei sich selbst an und sucht dafür nach Verbündeten, um schließlich gemeinsam eine andere Lebenspraxis zu begründen.

Die so angestrebte *Ästhetik der Existenz* ist erlebnistheoretisch-phänomenologisch begründet. Sie beruht auf Sensibilität und umfasst die gesamte Sinnerfassungs- und Reflexionskapazität des Menschen.
Erkenntniskritisch ginge es ihr ganz im Sinne *Derridas* (1997) darum, bereits in Wahrnehmung und Erfahrung eingeschriebene Normen zu erkennen, bloßzustellen und zurückzuweisen.
Aufmerksamkeit und Sensibilität wären zu entwickeln, um die Arretierungen und Stereotypisierungen von Wahrnehmung, Haltung und Verhalten zu entlarven und also Festgefahrenes „*in die Gänge*“ zu bringen.

Diese *Ästhetik der Existenz* ginge also nicht in der kontemplativen Sinnlichkeit romantisch-naturphilosophisch geprägter Erwartungen auf. Sie lieferte auch keine ideologische Begründung für Gemütlichkeit und Privatheit inklusive der heute allfälligen konsumtiven *Wellness*.
Ihr wäre vielmehr aufgegeben, in ständiger Unruhe über die herrschenden Evidenzen zu sein. Sie hätte auf einem geschärften Sinn fürs Wirkliche

zu basieren, hätte auf einer unverstellten Wahrnehmung von Gegenwart zu beharren und nähme aufnahmebereit und tatkräftig die Zukunft in den Blick. Sie hätte sich um die Transgression konventioneller Sichtweisen zu bemühen und Praktiken zu entwickeln, die Konvivialität (*Derrida* 2000) kennzeichnet und hätte insbesondere den *Foucaultschen* Gedanken einer *offenen Geschichte* und damit einer wirklich aussichtsreichen Zukunft, die wiederum auf die Gegenwart wirkt (vgl. *Koselleck* 1979) zum Leitmotiv zu wählen.

Unsere Perspektive mag insofern einerseits in der Aneignung überaus schwierig, weil theoretisch anspruchsvoll und nicht zuletzt auch desillusionierend vorkommen und könnte andererseits doch auch ziemlich aussichtsreich und hoffnungsvoll erscheinen: **DARUM INTEGRATIVE THERAPIE!**

Literatur

Böhme, G. (1985): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Frankfurt (Suhrkamp)

Böhme, H. / Böhme, G. (1983): Das Andere der Vernunft. Zur Entwicklung von Rationalitätsstrukturen am Beispiel Kants. Frankfurt (Suhrkamp)

Derrida, J. (1986): Positionen. Graz (Böhlau).

Derrida, J. (1997): Dem Archiv verschrieben. Eine Freudsche Impression. Berlin (Brinkmann & Bose).

Derrida, J. (2000): Politik der Freundschaft. Frankfurt (Suhrkamp).

Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: ders. Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. III, 490 – 510.

Foucault, M. (1971): Die Ordnung der Dinge. Eine Archäologie der Humanwissenschaften. Frankfurt (Suhrkamp)

Foucault, M. (1977): Die Machtverhältnisse gehen in das Innere der Körper über. In: ders. (2003): Dits et ecrits. Schriften. Bd. 3, Frankfurt (Suhrkamp), 298 – 309.

Foucault, M. (1978): Dispositive der Macht. Berlin (Merve).

Foucault, M. (1986): Sexualität und Wahrheit 2. Der Gebrauch der Lüste. Frankfurt (Suhrkamp)

Foucault, M. (1986):Sexualität und Wahrheit 3. Die Sorge um sich. Frankfurt (Suhrkamp)

Foucault, M. (1999): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen 1983. Frankfurt (Campus).

Frostholm, B. (1978): Leib und Unbewusstes. Freuds Begriff des Unbewussten interpretiert durch den Leib-Begriff Merleau-Pontys. Bonn (Bouvier)

Herzog, W. (1984): Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen (Hogrefe).

Koselleck, R. (1979): Vergangene Zukunft. Zur Semantik geschichtlicher Zeiten. Frankfurt (Suhrkamp).

Leitner, A. / Schuch, H. W. (2004): Lebenszufriedenheit. Eine Dimension psychotherapeutischer Prävention. Kritische Entwürfe und Empirische Befunde. WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT 154, 23/24, 555 – 563.

Levinas, E. (1983, 1999): Die Spur des Anderen. Freiburg/München (Alber)

Levinas, E. (1989): Die Zeit und der Andere. Hamburg (Meiner)

Levinas, E. (1995): Zwischen uns. Versuche über das Denken des Anderen. München/Wien (Hanser))

Merleau-Ponty, M. (1945, 1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin (de Gruyter)

Merleau-Ponty, M. (1942, 1976): Die Struktur des Verhaltens. Berlin (de Gruyter)

Merleau-Ponty, M. (1964, 1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München (Fink)

Merleau-Ponty, M. (1994): Keime der Vernunft. Vorlesungen an der Sorbonne 1949 – 1952. München (Fink).

Osten, P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München / Basel (Ernst Reinhard).

Petzold, H.G: (1990p): Integrative Dramatherapie und Szenentheorie – Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie. In: ders. 2003, Bd. 2, 681 – 700.

Petzold, H. G. (1996a): Integrative Leib und Bewegungstherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 2 Bde. Paderborn (Junfermann).

Petzold, H.G. (1996k): Der “Andere” - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen anläßlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906 - 1995). INTEGRATIVE THERAPIE, 21, 2/3, 319 - 349.

Petzold, H. G. (2001)(Hrsg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

Petzold, H. G. (2003): Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn (Junfermann).

Petzold, H.G. / Mathias, U. (1983): Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Konzept Morenos. Paderborn (Junfermann).

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

Petzold, H. G. / Orth, I. (2005): Sinn,

Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld und Locarno (Edition Sirius).

Petzold, H. G. / Sieper, J. (2004): Der Wille in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).

Petzold, H. G. / Sieper, J. (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld und Locarno (Edition Sirius).

Sartre, J. P. (1962): Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).

Sartre, J. P. (1965): Der Existentialismus ist ein Humanismus (Original 1946). In: ders. (2002): Der Existentialismus ist ein Humanismus und andere philosophische Essays. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).

Sartre, J. P. (2005): Entwürfe für eine Moralphilosophie. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt). (Original 1983).

Schmid, W. (2000): Auf der Suche nach einer neuen Lebenskunst. Die Frage nach dem Grund und die Neubegründung der Ethik bei Foucault. Frankfurt. Suhrkamp.

Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik. Hrsg. von H. Gausebeck und G. Risch. Paderborn (Junfermann)

Schuch, H.W. (1988): Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung. INTEGRATIVE THERAPIE 14, 2/3, 108 – 131.

Schuch, H. W. (2001): Integrative Therapie – Eine kurze Übersicht. In: Leitner, A. (2001) (Hrsg.): Strukturen der Psychotherapie. Wien (Krammer). 129 – 194.

Sieper, J. / Orth, I. / Schuch, W. (Hrsg.) (2007): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Polyloge. Bielefeld und Locarno (Edition Sirius).

Waldenfels, B. (1983): Phänomenologie in Frankreich. Frankfurt (Suhrkamp)

KONTAKT

Prof. Dr. Hans Waldemar Schuch
Edmund Hofbauer Straße 16
A-3500 Krems
mail@hwschuch.de