

# **INTEGRATIVE THERAPIE**

## **EIN KURZER ÜBERBLICK ÜBER DENKEN, POSITIONEN UND KLINISCHE VERFAHRENSWEISE (2001)**



### **0. EINFÜHRUNG**

Wie kann man auf wenigen Seiten einigermaßen mitteilend und unmißverständlich in ein so kompliziertes Phänomen wie die INTEGRATIVE THERAPIE (IT) einführen, zumal es, in programmatischer Unfertigkeit konzipiert, sich beständig und keineswegs immer linear fortentwickelt und die derzeitigen Thematiken Lichtjahre von den Anfängen entfernt zu sein scheinen?

Ich habe hier bewußt das Verb „scheinen“ gewählt, weil die zeit- und stellenweise im Vordergrund des Erkenntnisinteresses stehende

Forschungs- und Wissenschaftsorientierung in der Lage ist, dem später Hinzugekommenen den Blick auf die Tatsache zu verstellen, dass die Themen des Anfangs, insbesondere die philosophischen Referenzen nach wie vor Motiv und Kern der Integrativen Therapie bilden.

Ich werde hier einige Prägnanzen herstellen und Zusammenhänge skizzieren, hoffend, es möge sich ein aussagekräftiges Bild ergeben. Ich wähle die eingestandenermaßen subjektive Sicht des Chronisten, als der ich mich vor allem verstehe. Ich konzentriere mich auf folgende Gesichtspunkte:

1. Denken
2. Positionen
3. Klinisches Verfahren
4. Therapiepraktische Heuristiken
5. Wirkfaktoren

### **1. DENKEN**

1.1 So, wie ich das sehe, stellt die IT kein aus verschiedenen Therapieverfahren kombiniertes, „eklektisches“ Verfahren dar. Ich kann sie auch nicht lediglich als Weiterentwicklung anderer Therapieverfahren sehen, z.B. der Elastischen Psychoanalyse Sándor Ferenczis oder der Gestalttherapie Friedrich Solomon Perls, die – neben dem Psychodrama, der Leibtherapie und behavioralen Ansätzen - als praktische Quellen gelten. Die IT kommt mir, von den Anfängen bis heute in den Blick genommen, als ein origineller Entwurf ihres

Begründers Hilarion Gottfried Petzold, einer der Leitfiguren der modernen Psychotherapie (Zundel / Zundel 1987) vor, aus dem im Laufe seiner jahrelangen Entwicklung und Ausarbeitung ein klar identifizierbares, eigenständiges Verfahren hervorgegangen ist. Die IT ist gezeichnet vom Denken Petzolds. Wenn im folgenden vom Denken der IT die Rede ist, geht es nicht zuletzt wesentlich um ein Nachzeichnen bestimmter Denkformen Petzolds. Zweifellos handelte es sich bei der IT um eine Neubegründung in einem bereits reich bestellten Feld. Ein Verfahren, das zudem über die Jahre verschiedene Phasen des Selbstverständnisses<sup>i</sup> passieren mußte, um dahin zu kommen, wo es heute auszumachen ist. Was also charakterisiert die IT? Die IT bildet heute zuerst und im Kern ein anspruchsvolles Programm zur metaperspektivischen Revision und Neukonzeption der Theorie und Praxis von Psychotherapie. Dies bezeichnet ihr Selbstverständnis und ihre Praxis und ist in zahlreichen Publikationen belegt.

1.2 Aus guter Distanz betrachtet, lassen Entwicklung und Selbstdarstellung in Publikationen durchgängig eine besondere, klar bestimmbare Art zu denken und an die Dinge heranzugehen erkennen. Dies gilt scheinbar unabhängig von jeweiligen Thematiken, Ausformungen und Trends, denen sie folgte – und es lassen sich zahlreiche feststellen. Es kommt also ein bestimmter Typ des Denkens samt einer Verfahrensweise zum Vorschein, wie gesagt, jenseits von einzelnen Theorien und Praktiken, insofern eher ein durchgängiger Stil, als eine formal durchgehaltene Theorie, etwa vergleichbar einer

inneren Einstellung, aus der wiederum bestimmte, nachvollziehbare Herangehens- und Umgehensweisen mit Themen resultieren.

Wie ließe sich dieser Typ des Denkens in Kürze charakterisieren? Ich versuche dies anhand einiger zentraler Begriffe klarzumachen. Z.B. immer wiederkehrende Begriffe lauten u.a. *Exzentrizität*, *Mehrperspektivität*, *Synopse*, *Konnektivierung*, *Transversalität*. Ich dekliniere die Begriffe einmal durch: *Exzentrizität*, der abgehobene Blick (im Gegensatz zur *Zentrierung*, dem „In-sich-hineinspüren“) und *Mehrperspektivität* bedingen einander. *Exzentrizität* ermöglicht *Mehrperspektivität*. *Mehrperspektivität* setzt *Exzentrizität* voraus. *Exzentrizität* gilt sowohl für den Blick nach außen, als auch für den Blick nach innen, auf sich selbst.<sup>ii</sup>

Die aus exzentrischer Position gewonnene *Mehrperspektivität* legt *Synopse*, Zusammenschau nahe. Die *Synopse* ermöglicht wiederum *Konnektivierung*, d.h. die Vernetzung unterschiedlicher, aktiv in den Blick genommener oder in das Auge fallender Wissensbestände.

*Konnektivierung* kann bereits als kreatives Prozedere verstanden werden - ein Prozedere, das ständig aufs Neue vollzogen, neue Interpretationen hervorbringen und so neuen Sinn schöpfen kann. Durch *Konnektivierung* soll die Bildung vielschichtiger und kontingenter Interpretationen befördert und damit valider Sinn begründet werden. Dem Begriff der *Transversalität* messe ich in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu, weil er das typische theoretische und praktische Verfahren der IT ausgezeichnet charakterisiert. *Transversalität* bezeichnet programmatisch den

Typus eines offenen, nichtlinearen, pluriformen, prozessualen Denkens. *Transversalität* meint ein Denken von Vielfalt in permanenten Übergängen. Ein Denken, das charakterisiert ist durch Reflektieren und Metareflektieren. Ein Denken, das durch beständiges Überdenken, Nachdenken und Durchdringen der eigenen Positionen und ihrer Kontexte deren ganze Komplexität mehr und mehr erschließen will, ohne zu einem bestimmten Abschluß kommen zu sollen<sup>iii</sup>.

So ist der IT stets die *Metareflexion* ihres Denkens aufgetragen, z.B. sich vor dem gegebenen kulturellen Hintergrund mit seinen immanenten geistesgeschichtlichen Strömungen und Diskursen zu verstehen, um in eine *Metahermeneutik* zu münden, in der sich die Hermeneutik selbst zum Gegenstand der Auslegung macht. In gewisser Hinsicht kommt dieses Denken rastlos vor. Systematische Suchbewegungen werden zum Erkenntnisprinzip, fortschreitende *Transgressionen* Entwicklungsziel.

Das für die IT typische Denken zielt auf die Ermöglichung von Vielfalt, auf die Zulässigkeit *heterotopischen* Argumentierens, auf die Gültigkeit *heterogener* Ordnungen bzw. auf die Relativierung von singulären Geltungsansprüchen. Mit *Integration* soll es eben nicht um die Generierung und Behauptung einheitlich verfaßter Erkenntnisse und Praktiken gehen, sondern um Erweiterung, Vielfalt und Differenzierung. *Integration* meint in diesem Verständnis nicht Assimilation und Nivellierung sondern *Konnektivierung*.

Hiermit kommt ein Verständnis von Wissenschaft zum Vorschein, das nicht konventionelle Vorstellungen von Wissenschaft bedienen will, die

*Komplexität* unpersönlich, formelhaft und abstrakt reduzieren. Die Bemühung zielt vielmehr darauf, *Komplexität*, so gut, wie es geht, zu erhalten, zu differenzieren und, als in Zeit und Raum lebendig Gewirktes, vielschichtig aufzufächern, das in seinem Gewordensein und seinen Bezügen darzustellen und nur so angemessen zu begreifen ist. Dies verweist über ein andersartiges Verständnis von Wissenschaftslogik hinaus auf eine bestimmte intersubjektive und historische Situierung von Denken und Wissen. Denken und Wissen wird sozusagen sozialer und historischer Gehalt zuerkannt, indem sie prinzipiell intersubjektiv und diskursiv, in Kontext und Kontinuum verstanden werden, d.h. in *Ko-respondenz*, in *Konsens* und *Dissens* gewonnen, als Begegnung und Auseinandersetzung in *Polylogen*, unter Berücksichtigung von Anderem und Beachtung und Achtung des Anderen. Letzteres deutet bestimmte ethische Dimensionen an und schließt nicht zuletzt auch Empfindungen ein. Petzold spricht bezeichnenderweise von der „respektvollen Übereinstimmung über das Faktum der Differenz, aber auch das Leiden an ihm“. Er erhofft sich daraus die Emergenz von neuen Erkenntnisqualitäten, der Entwicklung von *Transqualitäten* per *Transgression*, die zu einer Erweiterung des Potentials der *Hominität* führen können. Erweiterung des Potentials der *Hominität* erfordere die *Konnektivierung* von *Vernunft* und *Gefühl*. Wie auch die *Konnektivierung* von *Miteinandersein* und *Selbstbestimmtheit als ausgehandelter*.<sup>iv</sup>

Konsequent thematisiert er Macht, im Hinblick auf die Psychotherapie insbesondere die strukturelle Macht von Deutungsmonopolen und Standardformaten therapeutischer Methodik und stellt ihr sein Konzept von *Souveränität* gegenüber. *Souveränität* basiert im Leib, als dem ultimativen Horizont des *Subjekts*. *Souveränität* wird vom *Subjekt* zugleich erlebt und erschaffen. Sie verdichtet sich im Erleben, gleichsam zu einem inneren Ort persönlicher Sicherheit und Freiheit, der sich füllt mit Selbstwertgefühl, Selbstbewußtsein, Selbstwirksamkeit sowie mit der Erfahrung von Verbundenheit und Zugehörigkeit. *Souveränität* beginnt im Lauf der Entwicklung des Individuums mit der Kontrolle über kontrollierbare Körperfunktionen, der Verfügungsgewalt über den eigenen Körper sowie dem Besitz von Bewegungsspielräumen und erstreckt sich bis hin zu sozialer Wirksamkeit durch kommunikativer Kompetenz und Performanz, i. e. Wachheit, Wertschätzung, Würde, Besonnenheit, Verantwortlichkeit, Kollegialität und Dialogfähigkeit im sozialen Handeln.

1.3 Diese Art des Denkens samt Begriffswahl unterscheidet sich nicht nur offenkundig von im Bereich der Psychotherapie üblichen Gedankenfiguren samt Nomenklaturen, sie deutet auch eine Besonderheit gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren an: Sie verweist auf eine klar deklarierte, erlebnistheoretisch und diskursiv verfaßte, multiwissenschaftliche Grundlegung der Integrativen Therapie, samt der damit verbundenen Forderung nach einer Verbreiterung der Basis von Psychotherapie sowie insbesondere

die Ausweitung des Denkens über Psychotherapie<sup>v</sup>. Dieses Wissens- und Wissenschaftsverständnis ist u.a. gekennzeichnet durch Metaphern z.B. von der *Querung komplexer Räume* oder dem *Navigieren auf dem Meer der Weltkomplexität*. Die multiwissenschaftliche Grundlegung der Integrativen Therapie ist in einem *Tree of Science* (Leitner 2001) dargestellt, der den Horizont des Wissens über Theorie und Praxis der Psychotherapie skizzieren soll (Petzold 1991k).

## 2. POSITIONEN

Ich behandle das Kapitel „Positionen“ mit zwei Schwerpunkten. Im ersten Schwerpunkt thematisiere ich Aspekte von Theorien großer Reichweite, im zweiten Schwerpunkt (ab 2.4) Aspekte von Theorien mittlerer Reichweite.

2.1.1 Dem Kenner erschließt sich die IT nicht nur als Ausdruck eines bestimmten Typ des Denkens, sondern er stellt auch bestimmte, zentrale Inhalte fest.

Mit anderen Worten: IT reduziert sich nicht auf Stilfragen, sondern besetzt inhaltliche Positionen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf ein bestimmtes Menschenbild und einer damit verbundenen Weltanschauung resp. der Situierung des Menschen in der Welt sowie eine bestimmte Modellvorstellung von Persönlichkeit im Entwicklungskontext und nicht zuletzt im Hinblick auf Begriff und Gestaltung der therapeutische Beziehung.

2.1.2 Die Tatsache inhaltlicher Positionierung sollte keineswegs verwundern, denn alle

psychotherapeutischen Entwürfe enthalten bestimmte Menschenbilder und Weltanschauungen, häufig bereits enthalten in den gewählten Kategorien, nicht zuletzt nachweisbar als latente Anthropologien<sup>vi</sup>.

Die IT weist ihr Menschenbild und Weltanschauung anhand von Referenzwissenschaften offen aus und versucht sich dahingehend kritisch zu reflektieren.

Aus der Reihe der deklarierten Referenzwissenschaften ist zuerst die Philosophie zu nennen. Die IT beruft sich ausdrücklich auf bestimmte philosophischen Ansätze<sup>vii</sup>, die sie im Ergebnis zu einer komplexen philosophischen Anthropologie kombiniert.

Die philosophische Anthropologie der IT begreift den Menschen intersubjektiv, als *ko-kreativen*, schöpferischen Menschen in Kontext und Kontinuum, in der Sprache der Philosophie ausgedrückt, als "Leibsubjekt in der Lebenswelt". Einer anderen Lesart zufolge ist der Mensch als Mann und Frau Körper-Seele-Geist Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld, in einer konkreten, historischen Zeit.

2.1.2.1 Ausgehend von drei Apriori der Erkenntnis, nämlich Leiblichkeit (Leib-Apriori der Erkenntnis), Bewußtsein (Bewußtseins-Apriori der Erkenntnis) und Sozialität (soziales Apriori der Erkenntnis), bildet der Begriff des Leibes sozusagen den ideologischen Angelpunkt der IT.

In kurzen Sätzen: Der Mensch wird als Leibsubjekt begriffen, d.h. er ist Mittelpunkt einer je eigenen, leiblichen Welt. Der Leib ist das totale Sinnesorgan. Die Welt ist eine menschliche, d.h. in Wahrnehmung und Handlung von Menschen leiblich-sinnlich realisierte und mit Bedeutung

versehene Welt. Menschen befinden sich in *primordialer Ko-respondenz* mit der Welt und ihren Mitmenschen. Sie sind in ihren unbewußten Strebungen und im wahrnehmenden Bewußtsein immer auf Anderes gerichtet und verwirklichen und teilen leibhaftig eine gemeinsame Intention zur Welt. Der Mensch ist immer Mitmensch (Consorsprinzip), er ist *Subjekt* durch *Intersubjektivität*. Sein ist immer Mitsein (Koexistenzprinzip). Sinn ist immer Sinn mit Anderen und Anderem (Konsensprinzip) und steht gleichzeitig in Differenz und Dissens mit Anderen und Anderem (Alteritätsprinzip). Handlung ist immer Ko-operation, Kreativität immer Ko-Kreativität. Dem Monolog geht der Dialog voraus. Auch der Dialog findet nicht voraussetzungslos statt: in ihm sind immer Polyloge enthalten, aus ihm *murmelt* sozusagen *die Zeit*.

2.1.2.2 Eine weitere zentrale Gedankenfigur bildet das *Ko-respondenzmodell*<sup>viii</sup>: Die Individuen werden unabhängig von ihrem Selbst- und Weltverständnis grundsätzlich und von vornherein als ko-respondierende Subjekte gesehen. Ko-respondenz wird verstanden als synergetischer Prozeß direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Verstandesebene in Kontext und Kontinuum.

2.3 Zwei praktische Gesichtspunkte: Bereits im Hinblick auf die philosophischen Referenzen der IT ergeben sich praktische Gesichtspunkte. Insofern könnte man die IT durchaus auch als angewandte Philosophie ansehen.

2.3.1 Z.B. das Axiom der *Intersubjektivität* hat weitreichende Konsequenzen für die therapeutische Haltung und Praxis der IT. Die Therapie erfolgt aus der Perspektive unterstellter Subjektivität<sup>x</sup>: Der Patient wird programmatisch als Subjekt gesehen, d.h. immer auch als Mit-Subjekt und damit zunächst als ein Anderer, der auf den ihm jeweils zur Verfügung stehenden Ebenen der Strukturbildung auf Anforderungen antwortet, die sich ihm in seinem Leben stellen. Therapeutisches Ziel ist die Herstellung von Intersubjektivität: Der Patient soll sich in der therapeutischen Beziehung als Subjekt erfahren. Die Therapie realisiert die intersubjektive Prämisse im Gedanken der *leiblichen Begegnung durch Berührung* auf der Ebene *leibhaftiger Ko-existenz* sowie als intersubjektive Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks.

Intersubjektive Ko-respondenz bedeutet für Therapeut und Patient, ohne die Kompliziertheit der psychotherapeutischen Situation zu verkennen, Begegnung und Auseinandersetzung von Person zu Person. Das schließt auch ein, sich vom Patienten berühren zu lassen und sich auf die Lebenswelt des Patienten einzulassen, auf Zeit Teil seines "Konvois" zu werden.

2.3.2 Diese Art des Vorgehens wirft in besonderer Weise ethische Perspektiven auf. Die Frage nach dem Anderen<sup>x</sup> ist insbesondere im Hinblick auf bemächtigende, objektivierende Betrachtungs- und Verhaltensweisen zu stellen. Die unvermeidliche Unterwerfung des Anderen ist durch Reflexion tendenziell aufzuheben: Den Geschehensbegriff der intersubjektiven Ko-respondenz auf

die Ebene des Handlungsbegriffes transponiert heißt, im Sinne der Respektierung von *Alterität* den Bezug zum anderen Subjekt neu zu überdenken und in neues Erleben, Denken und Verhalten zu transformieren.

Was bedeutet, den Patienten in seinen Anderssein grundsätzlich zu achten?

Insbesondere ist davon abzusehen, ihn von vornherein in Haben-Relationen festzubinden, sich insofern seiner bleibend zu bemächtigen. Ihn z.B. durch objektivierende Diagnostiken, die Gestaltung der therapeutischen Situation oder die Anwendung bestimmter therapeutischer Praktiken zu unterwerfen.

Situativ unvermeidliche sowie therapeutisch notwendige Objektbeziehungsmodalitäten, z.B. Geschäftsbeziehung, Arzt-Patient-Rolle etc. sind aufzuklären und transparent und mitmenschlich zu handhaben.

Weitere Formen der Bemächtigung des Anderen bilden insbesondere Szenengenerierung und Rollenzuweisung durch das therapeutische Setting, szenische Wiederholungen des Patienten, wie auch des Therapeuten, prozessual sich einspielende Szenen, Übertragungen des Patienten, des Therapeuten, Gegenübertragungen des Patienten, wie auch des Therapeuten, prozessual sich einspielende Übertragungen, Gegenübertragungen.

2.3.3 Die IT spricht vom Leibgedächtnis. Im Leib sind kognitive, emotionale und volitive Inhalte im Kontext gespeichert, d.h. stets im Kontext von Atmosphären, Bildern, Szenen, Szenenfolgen,

Worten und Sätzen samt ihren dazugehörigen leiblichen Phänomenen (sensumotorische, propriozeptive und autonome Körperreaktionen) und den sie begleitenden emotionalen Bewertungen (valuations), kognitiven Einschätzungen (appraisals), subjektiven Sinnstrukturen und Bedeutungen (interpretations). Unser Leibgedächtnis funktioniert atmosphärisch und szenisch. Szenen sind hier als leiblich sedimentierte Strukturen zu verstehen, die sich bei Aufruf in Haltungen, Gesten, Atmosphären äußern. Eine der bevorzugten Arbeitsweisen der IT ist die holographische Evokation leiblich sedimentierter Szenen aus Haltungen, Gesten, Atmosphären.

#### 2.4. Modell der Persönlichkeit

2.4.1 Zum Zweck der Darstellung der IT als Verfahren hat es sich bewährt, zuerst eine Ausgangslage anhand zentraler Modellvorstellungen zu skizzieren.

Diese Ausgangslage sehe ich insbesondere in der Vorstellung einer lebenslangen, synergetischen Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen, eingebettet in Beziehungen, Kontexte und Zeiträume. Kontexte und Zeiträume stehen u.a. für Befindlichkeiten, Einflüsse und Aufgaben, denen die Menschen in ihrer Entwicklung jeweils ausgesetzt sind und die sie kreativ mitgestalten und mit Bedeutung versehen.

Die Modellvorstellung von Persönlichkeit umfaßt die Dimensionen *Selbst*, *Ich* und *Identität*<sup>xi</sup>

2.4.2 *Selbst*: Das Selbst wird umfassend unter anthropologischer Perspektive als das reflexive, in

gesellschaftliche Prozesse (Zeitgeist, Geschichte)eingebundene Subjekt begriffen.

Das Selbst ist multitheoretisch begriffen: Zunächst anthropologisch als leibliches Phänomen, sozusagen als der lebendige Grund, aus dem sich in Kontext und Kontinuum Ich und Identität entwickeln. Es ist leibphilosophisch verstanden als das einfache Dasein, als Synergie "passiver" Gegebenheit vor jeder Selbsterkenntnis. Das Selbst ruht in der kollektiven Leiblichkeit. Es ist von Beginn seiner Existenz an Einzelnes und Allgemeines zugleich: "Selbst-für-sich-mit-Anderen". Es schließt die Dimension individueller und kollektiver unbewußter Prozesse mit ein.

Im Anschluß an *Moreno* wird das Selbst auch rollentheoretisch begriffen: Moreno zufolge entsteht das Selbst aus Rollen: "Roles do not emerge from the self, but the self emerges from roles"<sup>xii</sup>. Rolle war für Moreno "interpersonal experience". Ich möchte dem Folgendes hinzufügen: Das Individuum erlebt sich als Selbst in der Dialektik von Selbstgefühl und Rolle. Das Selbstgefühl entsteht und hat sozusagen seinen Ort im Inneren des Individuums und geht als individuelle Relationsform vom Individuum auf die soziale Welt hin. Die Rolle kommt sozusagen von Außen, als soziale Relationsform, aus der sozialen und kulturellen Welt (soziales und kulturelles Atom) auf das Individuum zu.

Das Selbst unterliegt der Entwicklung. D.h. man kann konnektivierend von einem "archaischen Selbst" sprechen, sobald die neuronalen Verknüpfungen eine solche Ausprägung angenommen haben, daß der Organismus in der Lage ist, Umweltreize wahrzunehmen und zu speichern, sich auf dieser

Grundlage zu verändern, weiterzuentwickeln und sich neu zu verhalten bzw. neue Erfahrungen zu machen.

Das "reife Selbst" ist als positives, relativ konsistentes und stabiles Selbst beschreibbar, als *Synergem* von Schemata z.B. selbstreferentiellen Emotionen, Volitionen und Kognitionen z.B. der Fähigkeit zur Selbstgewißheit, Selbstbestärkung, der Entschlossenheit, der Selbstsorge und Selbst-Gefährtschaft, zum Einstehen für sich selbst. Es liegt im Erleben eines von Grundvertrauen getragenen Lebensgefühls, und wird erweitert durch die Integration dissoziierter Persönlichkeitsanteile und Bilder über das Selbst ins Selbstbild.

Im Enkulturations- und Sozialisationsprozeß bildet sich im Zusammenwirken von bewußtem Wahrnehmen, Verarbeiten und Handeln auf dem Boden des Leib-Selbsts das Ich-Selbst heraus. Das Ich-Selbst vereint Ich und Selbst als leibhaftige personale Identität.

2.4.3 *Ich*: Das Ich ist das *Selbst in Actu*. Es ist eine Funktion des Selbst, aktiv wahrnehmend, erkennend, verarbeitend, handelnd. Es ist gerichtet, besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. Das Ich nimmt das Selbst in den Blick. Es reflektiert in der Selbstreflexion das Selbst im Lebenskontext und biographischen Kontinuum. Das Ich ist relational auf das Selbst und auf das Andere bezogen. Seine Identifikationen sind zugleich Differenzierungen, Kontakt, Angrenzung und Abgrenzung in einem.

Das Ich ist ein Jetzt-Prozeß, der sich im jeweiligen gegenwärtigen Wahrnehmen, Verarbeiten und

Handeln konstituiert und der seine Stabilität durch das Leibselbst und durch eine gewisse Permanenz des sozialen und ökologischen Umfeldes erhält.

Das Ich ist in die Dynamik des Entwicklungsgeschehens im Lebenslauf eingelassen. In unterschiedlichen Phasen des Entwicklungskontinuums ergeben sich Ich-Leistungen von unterschiedlicher Komplexität und Qualität. Die wesentliche Ich-Leistung besteht in der Konstituierung von Sinn, als das Erfassen von Zusammenhängen, die Verortung des Selbst in Kontext und Kontinuum und damit die Ausbildung von Identität. Sie ist abhängig von der entwicklungsbedingten Kapazität, Sinn zu erfassen und zu interpretieren bzw. intersubjektiv zu bestimmen.

Das "reife Ich" wird durch Stärke und Flexibilität gekennzeichnet, d.h. durch Präzision und Zuverlässigkeit primärer Ich-Funktionen: Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln; sekundärer Ich-Funktionen: Integrieren, Differenzieren, Demarkation, Ambiguitäts- und Frustrationstoleranz, Rollendistanz, Kreativität, Planen, Metareflexion. Im Zusammenwirken aller Ich-Funktionen konstituiert das Ich *Identität*.

2.4.4 *Identität*: Konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Identität erwächst aus dem Miteinander im sozialen Netzwerk in reziproken Prozessen. Sie entsteht prozessual in der Konvergenz von Selbst-Identifikation / Selbst-Attribution und Identifizierung durch Andere / Fremd-Attribution und deren Bewertung und Verarbeitung.

Identität entsteht in dialektischen Prozessen: So gewinnt das Ich



einerseits Bilder über das Selbst aus dem Selbsterleben und schreibt diese dem Selbst zu. Andererseits erfährt das Ich im Sozialisationsprozeß aus dem Außenfeld Fremdattributionen und gleicht diese mit vorhandenen Selbstbildern ab.

Die vor dem Hintergrund biographischen Selbst- und Kontextwissens kognitiv wahrgenommenen und emotional bewerteten Selbst- und Fremdattributionen werden internalisiert. So entsteht in Prozessen der *Identitätsarbeit* aus einer *Hermeneutik des Subjekts* seine personale Identität.

In diesen Prozessen trägt das Subjekt reziprok den anderen Subjekten seines Konvois, den "relevanten Anderen" des Netzwerks identitätsattribuierend zu deren Identitätskonstitution bei. Die Identität ruht auf fünf Säulen:

1. *Leiblichkeit*, das ist mein individueller Leib - das was ich von mir erlebe und nach außen hin verleibliche (mein "sozialer Leib").
2. *Soziales Netzwerk*, das ist der soziale Kontext, dem ich zugehöre und der mir zugehört, meine Familie, meine Freunde, meine Kollegen.
3. *Arbeit und Leistung*, in der ich mich verwirkliche und durch die ich identifiziert werde.
4. *Materielle Sicherheiten* und milieu-ökologische Bezüge, mein Haus, meine Heimat, mein Verhältnis zur Natur.
5. *Wertorientierungen*, weltanschauliche und religiöse Überzeugungen.

2.4.5 *Selbst, Ich und Identität* sind *prozessual* zu verstehen. Sie werden nicht als einmal entstandene, relativ statische Größen (Instanzen) begriffen, sondern als lebendige,

prozessuale Synergien, die in beständiger Interpretationsarbeit, Reflexion von Kontext und Kontinuum, eine flexible, transversale Identität konstituieren.

Es handelt sich um eine Modellvorstellung von Persönlichkeit, die es dem Subjekt nahe legt und dabei zu unterstützen versucht, bei aller Prozessualität und Komplexität der modernen Lebenswelt, sich selbst und anderen vertraut zu bleiben und kompetent zu navigieren, z.B. an vielfältigen, divergierenden und disparaten Sozialwelten und Lebensstilgemeinschaften zu partizipieren.

Selbst, Ich und Identität erhalten bei relativ gleichbleibenden, aber auch sich verändernden Bedingungen über die Zeit eine gewisse Stabilität, Konstanz und Konsistenz. Sie können aber auch regelrecht erodieren und diffundieren, etwa wenn die Lebensverhältnisse sich gravierend verändern und insbesondere zeitextendierte Belastungen und Schädigungen auftreten, z.B. durch Erkrankung, Trennung, Arbeitslosigkeit, Stigmatisierung. Selbst, Ich und Identität bedürfen sozusagen immer wieder der Verwirklichung, Auffrischung, Bewährung, der Gestaltung und des Neuentwurfes:

Im Bereich des Selbst durch Selbst-Wert-Bestätigung, des Selbsterlebens. Im Bereich des Ich durch Realisation sowohl im Hinblick auf die Gründung des Ich im Selbst wie auch im Hinblick auf die Wirkung des Ich zur Welt. Im Bereich der Identität durch hinlänglich kongruente Selbst-Identifikation und Fremd-Identifizierungen oder durch bewältigbare Prozesse der Veränderung und Gestaltung.

Konsistenzzwang, Stigmatisierung und Ressourcenmangel gefährden Identität.

Lebendige Interaktion, Freiräume, Ressourcenvielfalt bauen sie auf.

## 2.5 Modell der Salutogenese / Pathogenese

2.5.1 Grundsätzlich werden *Gesundheit* und *Krankheit* als zwei *Dimensionen menschlicher Existenz* angesehen. Dementsprechend werden anamnestisch nicht nur pathogene, sondern immer auch salutogene, d.h. insbesondere schützende, unterstützende und fördernde Faktoren in den Blick genommen. Die IT sieht den Menschen programmatisch in der Lebensspanne. Diagnostik und Therapie verfahren differentiell und lebenslaufbezogen. Konventionellen, diagnostischen Krankheitsbildern wird allenfalls beschränkte heuristische Bedeutung beigemessen. Diagnostisch gilt zum einen der phänomenologische Ansatz „von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“. Zum andern gilt der prozessuale, intersubjektive Ansatz, die *Theragnostik*. Demnach wird Krankheit nicht als Status diagnostisch festgeschrieben, sondern intersubjektiv im Ko-respondenzprozeß von Therapeut und Patient ermittelt, dynamisch von Fokus zu Fokus, im Lichte des sich in der Zeit vertiefenden und wandelnden Verständnisses, mit jeweils sich verändernden emotionalen Gehalten und sinnhaften Bedeutungen. Prozessuale Diagnostik – *Theragnostik* – ist integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses. Krankheit wird immer multi-faktoriell und lebenslaufbezogen gesehen.

Hierbei werden psychologische Faktoren ebenso in Betracht gezogen wie psychosoziale, biographische ebenso wie aktuelle oder antizipierte. Das Verständnis von Pathogenese ist insbesondere durch die Perspektive einer lebenslangen, differentiellen Entwicklungspsychologie geprägt, wie es z.B. neuere Ansätze der Entwicklungs- und Emotionstheorie sowie empirische Streß- und Longitudinalforschung nahe legen. Schädigungen können dieser Ansicht zufolge zu jedem Zeitpunkt im Lebensverlauf eintreten. Sie können insbesondere dann pathogen wirken, wenn sie auf entsprechende Prävalenzen treffen und keine ausreichende Kompensation oder Substitution zur Entlastung verfügbar sind, entwickelt werden oder zur Wirkung kommen können.

2.5.2 Der Klinische Krankheitsbegriff der IT<sup>xiii</sup> versteht sich auf dem Hintergrund einer philosophisch-anthropologischen Krankheitslehre, die im Konzept einer multiplen Entfremdung zentriert. Der Klinische Krankheitsbegriff hebt auf Konstellationen schädigender Stimulierungen ab. Diese Stimulierungskonstellationen sind im Sinne der Phänomenologie erlebnistheoretisch zu erfassen und jeweils unter szenischen, milieutheoretisch-atmosphärischen sowie zeitgeschichtlichen Aspekten auszugestalten. Derzeit werden drei Modelle der Pathogenese unterschieden:

1. das *Pathogenesemodell* der *Entwicklungsnoxe* differenziert die Auswirkungen erlebter Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte auf die Entwicklung der Persönlichkeit

im Hinblick auf die Bildung von Selbst, Ich und Identität.

2. Das *Pathogenesemodell* der *Dissoziation* und *Repression* führt die Rücknahme emotionaler, expressiver Impulse, Retroflexion, Selbstanästhesierung, Abspaltung (Dissoziation) auf negative Erlebnisse, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phasen zurück.

3. Das *Pathogenesemodell* der *zeitextendierten, multifaktoriellen Überlastung* (Streß) betont bei Berücksichtigung der Vergangenheit die Prozesse und Strukturen der Gegenwart sowie den faktischen, antizipierten und projektiven Zukunftsraum.

### 3. KLINISCHES VERFAHREN

3.1 Wenn man, wie in der IT, Therapie emphatisch als intersubjektiven Ko-respondenzprozeß begreift, als Prozeß persönlicher und gemeinschaftlicher Hermeneutik, als gemeinsame Erkenntnissuche und Begründung von persönlichem Erkenntnisstreben, läßt sich dann dennoch eine formal einigermaßen nachvollziehbare Verfahrensweise, sozusagen eine *therapietechnische Grundregel* skizzieren? Ich riskiere hier den Versuch, mit dem „Mut zur Lücke“, weil ich eine ganze Reihe von Gesichtspunkten nicht behandeln kann, zudem wissend, dass andere, aus ihrem Blickwinkel zu einer anderen Beschreibung kommen könnten.

3.2.1 Das Verfahren der IT läßt sich zunächst als prozessual und konsekutiv charakterisieren, d.h. es gilt das Prinzip des Geschehenlassens, Wirkenlassens und Handelns – in

dieser Reihenfolge. Abweichungen von diesem Prinzip wären jeweils therapeutisch zu begründen, etwa im Fall erforderlicher Strukturierung, Grenzziehung, Stützung, der Abwehr von Gefahren oder der Krisenintervention.

Eine wesentliche Dimension liegt im Gewährsein des Augenblicks. So geht man davon aus, dass eine Szene der anderen folgt, ein Wort das andere ergibt, ein Gefühl das andere hervorruft, eine Berührung zur anderen führt. Auf der Grundlage dieser sich in der intersubjektiven Ko-respondenz realisierenden Phänomene übernimmt der Therapeut die Aufgabe, dem Patienten z.B. dessen bewußte und unbewußte Strebungen, lebensbestimmende, belastende, defiziente, insbesondere aber unverzichtbar, auch protektive Ereignisse der Biographie zu fokussieren und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensführung erfahrbar zu machen. Dies geschieht in der Regel dadurch, dass er versucht, den Prozeß des von ihm so wahrgenommenen, intersubjektiven Geschehens zunächst topologisch prägnant zu machen, indem er die relevanten Phänomene der kontinuierlichen Aufmerksamkeit des Patienten zugänglich macht. Anschließend beginnt er gemeinsam mit dem Patienten die Phänomene zu klären und zu interpretieren, unter Zuhilfenahme von bewährten Heuristiken und jeweils auszuwählenden Perspektiven und Optiken.

3.2.2 Der Therapeut differenziert das komplexe Wirkgefüge der Intersubjektivität systematisch: Er betrachtet das, was ihm der Patient im Hier-und-jetzt zeigt. Er konzentriert sich auf Wahrnehmen, Beschreiben,

Erfassen, Verstehen von Abläufen und Qualitäten. Er entwickelt schrittweise sein eigenes Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen des Patienten. Er versucht, sich als Therapeut in der Interaktion mit dem Patienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen. Schließlich stellt er die Therapeut-Patient-Interaktion in das gemeinsame Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen. Im letzten Schritt kommt es vermittels Ko-respondenz zu einer gemeinsamen Einschätzung der Situation. Therapeut und Patient erfassen die Mitteilungen des Patienten im Kontinuum seiner Lebensspanne und den dazugehörigen Kontexten, insbesondere unter Berücksichtigung des Selbstverständnisses und der "subjektiven Weltbilder" des Patienten, seiner eigenen Sichtweise seines Lebens und seines Problems. Die Synopse berücksichtigt die Gesamtheit der Aspekte und führt zum ganzheitlichen Erfassen komplexer Wirklichkeit, die hermeneutisch mit Bedeutung versehen wird. Therapeut und Patient schließen demnach von der phänomenalen Ebene auf sinnhafte Strukturen und inhärente Entwürfe. Dem Hier-und-jetzt sind stets Strukturen des "Dort-und-dann" inhärent, die hypothetisch, z.B. mit Hilfe von "Probearbeiten" szenisch und interpretativ, im Austausch mit dem Patienten ermittelt werden können. Ein besonderes technisches Instrument kann hierbei z.B. das sogenannte *shifting* bilden: D.h. der Therapeut wechselt mehrfach den Bezugsrahmen seines Beobachtens und Handelns, er durchschreitet sozusagen den narrativen Raum auf verschiedenen Ebenen, um zu einer mehrperspektivischen Sicht des sich

ihm Darbietenden zu kommen. Er erfaßt dadurch z. B. Schädigungsebenen und ordnet sie biographisch entwicklungspsychologisch ein. Durch die biographisch entwicklungspsychologische Einordnung von Schädigungsebenen setzt sich der Therapeut in die Lage, den Patienten spezifisch beantworten zu können, insbesondere unter der Berücksichtigung seiner auf den jeweiligen Entwicklungsebenen repräsentierten Erlebensweisen und Fähigkeiten.

3.2.3 Durch Übereinkunft über die Befunde des Therapeuten und die Zustimmung zur Vorgehensweise des Therapeuten etabliert sich eine *Ebene der kognitiven Führung der Therapie*, auf der beide, Therapeut und Patient im Rahmen ihrer Rollen und Fähigkeiten den Therapieverlauf lenken und Einfluß nehmen können. Nicht zuletzt geht es hier auch darum, den sogenannten *informed consent* herzustellen. „Informed consent“ bedeutet u.a., den Patienten über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten partnerschaftlich, unter Berücksichtigung seines Verständnishorizontes, in einer geeigneten Weise so zu informieren, daß dem Patienten durch Transparenz die Möglichkeiten der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet werden. Es ist die Bildung einer kooperativen Partnerschaft anzustreben, die auf Heilung (curing), Unterstützung (supporting), Vergrößerung, Bereicherung und Bekräftigung (enlargement, enrichment, empowerment) der persönlichen Souveränität des Patienten abzielt.

3.2.4 Im therapeutischen Prozeß realisiert der Therapeut eine prozessual, situativ und relational jeweils kreativ neu zu generierenden, reflektierten *Kombinatorik von Perspektiven, Optiken, Heuristiken*. Zentraler Faktor für die Auswahl und Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die *Mehrebenenreflexion*, insbesondere die *Triplex-Reflexion* zur Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen therapeutischen Prozesses.

Darüber hinaus bedient sich der Therapeut zur Klärung und Sondierung der Mitteilungen des Patienten sowie des eigenen Erlebens und Verhaltens aus einem Fundus bewährter Heuristiken.

Eine generelle, zentrale Heuristik der IT ist die Vorstellung des sich lebenslang entwickelnden Menschen, im Kontext bestimmter

Bezugspersonen und sozialer Netzwerke, durch bestimmte gesellschaftliche

Institutionalisierungen hindurch (z.B. Kindergarten, Schule, Lehre, Studium, Beruf etc.), in bestimmten Milieus, mit spezifischen Atmosphären und kulturellen Bräuchen, zu einer bestimmten historischen Zeit mit bestimmten politischen Ordnungen.

Entsprechend dieser Heuristik hat sich der Therapeut eine allgemeine Modellvorstellung von dem Prozeß der Entwicklung und der dabei typischerweise zu absolvierenden gesellschaftlichen

Institutionalisierungen, Sozialisations- und Enkulturationsprozessen zu bilden. Auf diesem Hintergrund entwirft er spezifischere Modellvorstellungen von der konkreten Erlebenswelt und Lebenswelt des sich in die Welt hinein entwickelnden Menschen. Er hat dabei die Milieus, Lebensstile, soziale

Welten und die in ihnen realisierten Atmosphären zu berücksichtigen, die der sich entwickelnde Mensch in einer bestimmten Kultur, mit einem bestimmten Lebensstil, zu einer bestimmten historischen Zeit üblicherweise erlebt bzw. durchlebt hat.

Die in diesem Verfahren liegenden und sich daraus ergebenden Interventionen erfolgen diagnose- und indikationsspezifisch sowie durch Triplexreflexion geleitet, überprüft und begründet. Sie umfassen eine offene, indikationsspezifische, szenisch-kreative Gestaltung des therapeutischen Settings.

Therapietechnisch ist die IT also nicht auf ein bestimmtes Therapiesetting und bestimmte manualisierbare, regelhaft zu befolgende Abläufe festgelegt.<sup>xiv</sup>

3.3 Ich gebe im Folgenden einige unerläßliche Definitionen:

- Heuristiken sind Modellvorstellungen z. B. von Lebensprozessen und Lebenssituationen.

- Perspektiven sind z.B. der Blickwinkel auf das Individuum, oder der Blickwinkel auf seine sozialen Beziehungen oder der Blickwinkel auf die Institutionen und Organisationen, die von Individuen und Gruppen hervorgebracht werden, in denen sie sich aufhalten und die sie u. a. bestimmen.

Eine weitere, wichtige Perspektive ist die Perspektive des Zeitkontinuums, d.h. der Blickwinkel auf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft des Menschen. M.a.W. der Mensch wird in seiner "Lebenspanne" gesehen.

- Optiken sind Betrachtungsweisen, die sich auf Strukturen und Prozesse beziehen, z.B. auf Entwicklung, auf Psychodynamik oder auf systemisch-interaktionale, ökologische, kognitiv-behaviorale Gesichtspunkte.

- Hermeneutik des sprachlichen und nichtsprachlichen Ausdrucks heißt praktisch, daß die Interaktion von Therapeut und Patient und insbesondere die Mitteilungen des Patienten auf atmosphärische und szenische Implikationen hin beachtet werden.

- Atmosphären sind - um ein Wort des bedeutenden Leibtheoretikers und Phänomenologen Hermann Schmitz (1989) zu gebrauchen - randlos in den Raum gegossene, ergreifende Gefühlsmächte.

- Tiefenhermeneutik heißt Analyse, Interpretation und Sinnverstehen eigen-leiblicher Wahrnehmung. Wesentliche Bestandteile der Tiefenhermeneutik sind eigenleibliches Spüren, Erfassen von Atmosphären, Erfassen von Gefühlsqualitäten und nicht zuletzt szenisches Verstehen.

- Szene bezeichnet die raum-zeitliche Struktur des Horizonts meiner Wahrnehmung und meines Verhaltens. Szene umfaßt - erlebnistheoretisch verstanden - alles, was ich in Wahrnehmung und Handlung erreiche und alles, was mich in Wahrnehmung und Handlung erreicht.

- Szenisches Verstehen bedeutet, die raum-zeitliche Struktur des Horizonts meiner Wahrnehmung und meines Verhaltens zu erfassen und nach Maßgabe bestimmter Muster zu

interpretieren und zu evaluieren. Auch therapeutisches Setting und therapeutische Interaktion haben szenischen Charakter. Szenisches Verstehen exzentrisch auf die Psychotherapie angewandt, heißt zunächst, daß Setting und therapeutische Interaktion szenisch verstanden und evaluiert werden.

- Triplex-Reflexion: Der Therapeut bedient sich zur Klärung und Analyse des Geschehens und Handelns in der Therapie der Methode der Mehrebenen-Reflexion, z.B. insbesondere der Triplex-Reflexion. Die Triplex-Reflexion ist ihrerseits in philosophische Kontemplation eingebunden.

Ebene I: Betrachtung einer gegebenen Situation durch unterschiedliche Perspektiven und Optiken auf dem Hintergrund von Heuristiken.

Ebene II: Reflexion der eigenen Wahrnehmung, der dabei verwendeten unterschiedlichen Perspektiven und Optiken sowie der zur Orientierung verwandten Heuristiken; Registrierung der Perspektiven und Optiken, die man intuitiv-situativ gewählt hat; Überprüfung der Heuristiken, an denen er sich orientiert hat, eventuell auch Reflexion auf die, gegen die er sich entschieden hat oder die er intuitiv nicht in Betracht gezogen hat.

Ebene III: Hyperexzentrische Position: Reflexion auf die Bedingungen des Beobachtens, z.B. im Hinblick auf die Entdeckung übergeordneter, verdeckter oder auf den ersten und zweiten Blick nicht auffälliger oder bewußter Gesichtspunkte, etwa unbewußter kultureller Diskurse. Die

Ebene III ist in der Regel nur mit Hilfe von Supervision oder Kontrollanalyse durch Therapeuten mit hoher Exzentrizität und durch interdisziplinäre Diskurse zu erreichen.

#### **4. THERAPIEPRAKTISCHE HEURISTIKEN**

##### 4.1 Modalitäten

In seiner Gestaltung des therapeutischen Prozesses kann der Therapeut

indikationsspezifisch den Schwerpunkt auf verschiedene *Modalitäten* legen:

*Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität*, in der z.B. mit Methoden aus der Aktiven Psychoanalyse, der Gestalttherapie, dem Psychodrama und kognitiven Problemlösungsansätzen biographische und aktuelle Probleme, dissoziierte und verdrängte Konflikte, problematische Persönlichkeitsstrukturen dargestellt und behandelt werden.

*Konservativ-stützende, palliative Modalität*, in der Patienten Beistand, Begleitung, Entlastung, Sicherung, die Linderung von Schmerzen erfahren z.B. in Krisenepisoden und Phasen kritischer Lebensereignisse oder anlässlich der Bewältigung bestimmter, überfordernder Lebensaufgaben, dem Umgang mit Verlusten.

*Erlebniszentriert-stimulierende Modalität*, in der mit kreativen Medien und Methoden sowie aktiver Imagination an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit mit ihren Strukturgefügen gearbeitet wird (Petzold/Orth 1990).

*Übungszentriert-funktionale Modalität*, in der z.B. mit Relaxationsmethoden, körpertherapeutischen Übungen, Lauftherapie, Bogenschießen, Biofeedback etc. gearbeitet werden kann (Hausmann/Neddermeyer 1996; Mei, v.d./ Petzold/Bosscher 1997).

*Netzwerkaktivierende Modalität*, in der die Ressourcen sozialer Netzwerke aktiviert werden, defiziente oder toxische Netzwerke saniert und gute Netzwerkqualitäten gepflegt werden.

*Medikamentöse Modalität*: Die Fortschritte in der Entwicklung hochwirksamer, neuer Medikamente, etwa in der Behandlung von Angststörungen und Depressionen (z.B. serotoninaktiver Präparate) macht Kombinationsbehandlungen möglich, zur Intervention bei akuten Krisen u. U. notwendig. Der Fortschritt der Forschung und Erfahrung kann durchaus zur Entwicklung weiterer Modalitäten führen, z.B. in Richtung psychotherapierelevanter, naturheilkundlicher Verfahren oder mikro-ökologischer bzw. ökopsychosomatischer Ansätze.

##### 4.2 Ebenen der therapeutischen Tiefung

Zur Einordnung und Beurteilung von Prozessen, zur Lenkung der therapeutischen Interventionen und spezifischen Beantwortung der Äußerungen des Patienten steht dem Therapeuten das Modell der *4 Ebenen der therapeutischen Tiefung zur Verfügung* (Petzold 1977): Die im Modell genannten 4 Ebenen können als Spektrum mit fließenden Übergängen aufgefaßt werden. Es ist anzunehmen, daß eine klare Trennung

zwischen den Ebenen nicht besteht. Prozesse von unterschiedlicher Intensität können zwischen den Ebenen oszillieren oder auf verschiedenen Ebenen parallel ablaufen.

**4.2.1 Ebene der Reflexion:** Das therapeutische Geschehen spielt sich auf der Ebene der Überlegungen ab. Erinnerungen kommen als gedankliche Inhalte ins Bewußtsein, ohne daß sichtbare emotionale Beteiligung feststellbar wäre.

**4.2.2 Ebene des Bilderlebens und der Affekte:** Hier kann unterschieden werden:

a) Bilderleben ohne emotionale Beteiligung, d.h. im Patienten kommen bildhafte Szenen auf, ohne daß er von ihnen näher berührt wird. Er schaut auf die Ereignisse wie auf einen Film, der ihn mehr oder weniger interessiert, aber keine größere Beteiligung auslöst.

b) Bilderleben mit emotionaler Beteiligung, d.h. der Patient wird vom Geschehen angerührt, wie in einem Film, bei dem ihm die Tränen kommen oder der ihn sexuell erregt, aber er bleibt Zuschauer. Die emotionale Beteiligung kann durchaus stark werden, läßt den Körper aber relativ unbeteiligt. Kommt es zu Tränen, so ist das Weinen meist flach und schnell vorüber.

**4.2.3 Ebene der Involvierung:** Die Außenrealität tritt stark zurück. Der ganze Körper wird am Gefühlsleben beteiligt. Der Patient wird von Schmerz, Zorn, Angst, Freude gleichsam durchgeschüttelt. Der Patient ist nicht mehr Zuschauer, sondern sozusagen in das Bild, die Szene hineingetreten. Die Situation,

um die es geht, wird dem Involvierten so plastisch, als sei er in ihr.

**4.2.4 Ebene der autonomen Körperreaktionen:** Der Prozeß der Involvierung kann sich derart verdichten, daß der Körper autonom zu reagieren scheint. Tiefes Atmen, Zittern, Konvulsionen, Würgen, Schreien, Toben können als äußerstes Erscheinungsbild auftreten.

Für ein aktiv "tiefendes" therapeutisches Vorgehen bedarf es grundsätzlich einer spezifischen Indikation, nicht zuletzt um Retraumatisierungen bei Patienten mit Post-Traumatischem-Streß-Symptomatik (PTSD) zu vermeiden (van der Kolk 1994; van der Kolk et. al. 1996). Es ist bei Gewöhnung an Arbeit in hoher Tiefung die Gefahr einer "trauma addiction" (van der Kolk 1989) zu beachten. Der sich spontan entwickelnde Prozeß ist in der Regel dem induzierten vorzuziehen. Prozesse können auf allen vier Ebenen ihre Bedeutung und Berechtigung haben. Man kann davon ausgehen, daß die therapeutische Relevanz nicht vom Erreichen einer bestimmten Tiefungsebene abhängt<sup>xv</sup>.

#### 4.3 Vier Wege der Heilung und Förderung

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, *multiple Heilungs- und Entwicklungsprozesse* zu fördern. Die für die IT wesentlichen Dimensionen multipler Heilungsprozesse sind in der Modellvorstellung der *4 Wege der Heilung und Förderung* zusammengefaßt. Diese sind:

**4.3.1 Bewußtseinsarbeit:** Durch intersubjektive Korrespondenz soll die



therapeutische Arbeit an unbewußten Störungen und Konflikten Klärung und mehrperspektivische Einsicht gewähren mit dem Ziel der Auflösung narrativer Fixierungen und Veränderung kognitiver Strukturen zur Herstellung bzw. Wiederherstellung von *Sinn*.

#### 4.3.2 *Emotionale*

*Differenzierungsarbeit,*

*Nachsozialisation, Parenting /*

*Reparenting*: Durch die Vermittlung substitutiver, korrektiver und alternativer emotionaler und kognitiver Erfahrungen sollen Defizite im Aufbau der Persönlichkeitsstruktur - so weit dies möglich ist - behoben oder deren persönlichkeits- und entwicklungsbeeinträchtigenden Wirkungen ausgeglichen oder durch "korrigierende emotionale Erfahrung" (*corrective emotional experience*, Alexander 1957) abgemildert werden. Diese an den Ergebnissen der Säuglings- und Longitudinalforschung orientierten Behandlungsstrategien kommen vor allem bei frühen Persönlichkeitsschädigungen in Betracht, um dysfunktionale kognitive, emotionale und volitive Strukturen (Schemata, Narrative, Skripts) zu verändern. Dabei ist darauf zu achten, daß die *Simile-Qualität* von Parenting-Prozessen, d.h. Therapeuten werden einem Patienten *wie* ein guter Vater resp. eine gute Mutter, klar bleiben, um unangemessene Regressionsartefakte und Abhängigkeit zu vermeiden.

4.3.3 *Kreative Erlebnisentdeckung, ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung und alternative Handlungsmöglichkeiten*: Durch die Entwicklung und Förderung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale

(Kreativität, Phantasie, Sensibilität, Flexibilität) sollen vermittels *multipler Stimulierung* in der erlebnis- und übungszentrierten Modalität durch kreative Medien, Kulturarbeit sowie durch das gezielte Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld aktiv Aufbau und Stärkung von Ressourcen und persönlicher Souveränität durch alternative Erfahrungen gefördert werden.

4.3.4 *Alltagspraktische Hilfen, Förderung der Bildung psycho-sozialer Netzwerke sowie die Ermöglichung von Solidaritätserfahrung*: Durch *soziales Sinnverstehen* soll komplexes Bewußtsein für die Phänomene multipler Entfremdung befördert werden. Dieser Bezug zur Sozialität hebt die Erfahrung von Solidarität, sozialer Zugehörigkeit und Eingebundenheit hervor. Er führt pragmatisch zu Hilfen der Lebensbewältigung unter der Verwendung von behavioralen, supportiven und netzwerktherapeutischen Methoden.

## 5. WIRKFAKTOREN

5.1 Eine wichtige Entwicklungs- und Revisionsquelle der IT bildet die Psychotherapieforschung. Dies schließt insbesondere die Evaluation der IT als Therapieverfahren ein (Heinl / Czogalik 1997; Ebert / Möhler 1997; Van der Mei et. al. 1997; Petzold / Steffan 2000; Petzold / Wolf 2000). Im Ergebnis zeigen alle Studien an Patienten die Wirksamkeit der IT. Besonders erwähnenswert kommt hierbei vor, daß die positiven Ergebnisse auf dem Hintergrund der Heterogenität und Multimorbidität der Patienten mit zum Teil chronifizierten

Störungsbildern bewertet werden konnten und nicht, wie in der Psychotherapieforschung allgemein üblich, anhand von präselektierten Patienten.

Petzold stellte 14 therapeutische Wirkfaktoren heraus<sup>xvi</sup>, die sich im wesentlichen mit den Ergebnissen der klinischen Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung decken. Das sind: Emotionale Annahme und Stütze, Hilfe bei der Lebensbewältigung, Förderung des emotionalen Ausdrucks und Willens, Förderung von Einsicht, Förderung von kommunikativer Kompetenz, Förderung leiblicher Selbstregulation und Entspannung, Förderung von Lernprozessen, Förderung von kreativen Erlebismöglichkeiten, Förderung positiver Zukunftsperspektiven, Entwicklung positiver persönlicher Wertbezüge, Förderung von Selbst- und Identitätserleben, Hilfe bei der Entwicklung tragfähiger sozialer Netzwerke sowie die Ermöglichung von Solidaritätserfahrung.

5.2 Welche Konsequenzen sind aus der Psychotherapieforschung für die Praxis zu ziehen?

Schulenübergreifend lassen sich mehrere *zentrale Wirkensbereiche* unterscheiden:

5.2.1 *Therapeutische Beziehung*: Ein wesentlicher Gesichtspunkt der Wirkung von Psychotherapie ist nachweislich Intersubjektivität. Das heißt aus bi-modal leibphilosophischer Sicht zunächst, daß die Erleben der Subjekte in Ko-respondenz treten, Syntonie und Synergie bewirken. Es geht demnach um etwas sehr Einfaches, wenn auch schwierig Benennbares, um das gegenseitige Erleben unverstellten, lebendigen

Kontakts, das Vollziehen unmittelbarer Begegnung. Manche Autoren sind der Auffassung, daß das Wesentliche der therapeutischen Beziehung die Erfahrung gleichsam natürlicher, unverstellter, unentfremdeter Beziehungsqualitäten ist, wie sie den Patienten oft über lange Zeit fehlten. Ein wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor scheint hierbei der Blickkontakt zu sein<sup>xvii</sup>. In der erlebten Beziehung entstehen Gefühle des Verbundenseins, der Sicherheit und des Getragenseins, insbesondere gemeint, emotional angenommen und gestützt zu sein.

Die *Passung* der therapeutischen Beziehung ist für die Erklärung der Varianz des Therapieergebnisses bedeutsamer als technische Interventionen<sup>xviii</sup>. Es ist daher nur richtig, auch von der für den jeweiligen Patienten *geeigneten Beziehung* zu sprechen, anstatt lediglich von der geeigneten Behandlungsmethode. Dies verlangt dem Therapeuten einiges ab: Er braucht die Fähigkeit, ohne die Kompliziertheit der psychotherapeutischen Situation zu verkennen, situations- und indikationsspezifisch mit dem Patienten eine gemeinsame Form von Kontakt, Begegnung, Beziehung, zuweilen auch Bindung zu praktizieren. Das schließt, wie bereits gesagt, insbesondere auch seine prinzipielle Bereitschaft ein, sich für den Patienten zu öffnen und sich von ihm emotional berühren zu lassen sowie sich empathisch auf das Erleben und auf die Lebenswelt des Patienten einzustellen. Situations- und indikationsspezifisch zu intervenieren kann auch beinhalten, sich dem Patienten ausgewählt und begrenzt zu erkennen zu geben. Hierbei ist zu bedenken, daß spontanes Erleben und Verhalten des

Therapeuten stets der Klärung und Differenzierung bedarf, um seriell und situativ zu professionellen, d.h. insbesondere zu reflektierten, begründeten, zielgerichteten Verhaltensweisen des Therapeuten in der therapeutischen Beziehung zu führen.

5.2.2 *Verstehen*: Es ist ein unverzichtbares Bedürfnis der Individuen, sich im tiefen Inneren gemeint und verstanden zu fühlen, aber auch sich selbst zu verstehen. Es genügt nicht, an ihnen äußerlich Handlungen vorzunehmen oder sie mit aufgesetztem Expertenwissen und -verhalten zu beeindrucken oder mit magischen Gesten und Phrasen zu manipulieren. Verstehen bedeutet zuerst, daß sich der Patient wahrgenommen, erfaßt und verstanden fühlt. Der Wirkfaktor "Verstehen" kann daher nicht ohne weiteres formal operationalisiert werden, sondern ist in der Regel Ergebnis therapeutischer Intuition und Kunst. Dahin zu kommen, daß der Patient sich verstanden fühlt, kann weite Wege und komplizierte therapeutische Aktionen erfordern. Eine Methode, den Patienten zu verstehen und ihm das Gefühl zu vermitteln, verstanden zu werden, verläuft insbesondere über die therapeutische Klärungsarbeit, in der Erleben, Denken und Verhalten sowie die Lebensgeschichte und Lebenssituation des Patienten vom Therapeuten unter phänomenologisch-erlebnistheoretischem Gesichtspunkt, insbesondere auch unter Einbeziehung der subjektiven Theorien des Patienten erörtert und geklärt werden. Eine weitere Methode bildet die wohl zu dosierende, indikationsspezifische Befriedigung der passiven Wünsche

des Patienten, in der dieser bekommt, was er braucht - wenn auch nicht immer das, was er zu brauchen glaubt (Ferenczi). Eine solche Befriedigung kann vielfältig aussehen, sie kann eine emotionale Zuwendung sein, eine selektive Offenheit des Therapeuten, es kann sich aber auch um eine Grenzsetzung (skillful frustration), eine ausgedrückte Sorge oder Ermahnung handeln.

Die spezifische Befriedigung des Patienten, ihm zu geben, was er braucht, bildet eine der schwierigsten Aufgaben, die im therapeutischen Prozeß zu lösen sind. *Conditio sine qua non* stellt hier die erweiterte Triplex-Reflexion dar, insbesondere unter Einbeziehung der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung sowie des szenischen Verstehens und, aus guter Distanz, der beständigen partnerschaftlichen Korrespondenz mit dem Patienten.

5.2.3 *Problemaktualisierung* oder das Prinzip der realen Erfahrung: Probleme können nachweislich am besten in einem Setting bearbeitet werden, in dem diese Probleme real erfahren und so einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können. Der Psychotherapeut braucht deshalb die persönliche Fähigkeit, und sein Psychotherapieverfahren muß es ihm im Repertoire bereitstellen, jeweilige Problemaktualisierungen zu generieren um anschließend indikationsspezifisch und kreativ auf die Problemeigenarten des Patienten eingehen zu können. Die therapeutische Beziehung und das therapeutische Setting (Bühne) aber auch die reale Lebenssituation im Netzwerk können das Medium der Problemaktualisierung bilden.

#### 5.2.4 *Praktisch Problembewältigung:*

Das Leben wird auch in der Perspektive der Psychotherapie zunehmend als eine praktische Angelegenheit verstanden, in dem sich den Menschen in realer Umgebung reale Aufgaben und Probleme stellen, auf die sie Antworten finden und Lösungen entwickeln müssen.<sup>xix</sup>

Die Aufgabe des Therapeuten kann darin bestehen, konkrete Lebenshilfen zu geben, den Patienten mit geeigneten Maßnahmen aktiv zu unterstützen oder direkt anzuleiten, mit einem Problem besser fertig zu werden. (Z.B. mit Hilfe von Entspannungsverfahren bei Schmerzen oder von Reizexpositionen, um Adaptierungen bei Angstzuständen zu erreichen oder durch Rollenspiele, die assertives Verhalten in sozialen Situationen fördern und nicht zuletzt Bewegungs- und Atmungsübungen bei Angst). Hierbei ist allerdings auf den szenischen Gehalt sowie die Übertragungs- respektive Gegenübertragungskonstellation metaperspektivisch zu reflektieren. Auf der Grundlage der Metareflexion können dann jenseits der Ebene akuter Hilfestellung gezielt Metaebenen der Psychotherapie besprochen werden.

Grundsätzlich ist zum Thema aktive Problembewältigung allerdings zu bedenken, daß nicht für alle Probleme Lösungen gefunden werden können, sondern häufig Umgangsformen (Coping-Strategien) und tragfähige Grundhaltungen entwickelt oder aktiviert werden müssen. Der Patient muß in diesem Fall gefördert werden, an seiner Erkrankung zu wachsen.

#### 5.2.5 *Ressourcenaktivierung:*

Pathogenese wird heute nicht monothematisch als Entstehung einer

Erkrankung gesehen, sondern multithematisch als das Mißlingen des Ausgleichs pathogener und salutogener Faktoren in einer Weise, daß eine hinlänglich regulierte Lebensführung möglich ist. Der Mensch wird dieser Ansicht zufolge u.a. auch deshalb krank, weil es ihm nicht gelingt, auf die Anforderungen oder Zufügungen der Umwelt vorhandene Potentiale zu mobilisieren und zu nutzen bzw. auf Ressourcen zurückzugreifen oder noch nicht oder nicht mehr vorhandene Potentiale neu zu entwickeln oder Defizite zu kompensieren.

Im Sinne seiner Entwicklung und Gesundheit wird der Mensch konsequenterweise nicht nur pathomorph, d.h. im Hinblick auf seine Erkrankung, respektive Schädigungen gesehen, sondern insbesondere auch im Hinblick auf seine salutogenen, kompensatorischen und kreativen Potentiale und Kompetenzen und Performanzen: Man kann nachweislich Patienten dadurch besonders gut helfen, indem man an ihren positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft, ressourcen- und lösungsorientiert arbeitet (Petzold 1997). Dies kann z.B. dadurch geschehen, daß man die Art der Hilfe so gestaltet, daß der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann.

5.2.6 *Netzwerkarbeit:* Die Problematik des Menschen wird nicht zuletzt im Kontext der Problematik seiner formellen und informellen Beziehungen gesehen.

Die Erosion traditioneller sozialer Organisationsformen und damit einhergehend vermehrte Trennungen, Wechsel sozialer Umgebungen, im Ergebnis die zunehmende

Singularisierung des Menschen, insbesondere in den Großstädten, verlangt die Entwicklung von neuen tragfähigen sozialen Strukturen, von Netzwerken, in denen der Mensch Zugehörigkeit, Partnerschaft, Nachbarschaft, Kollegialität erfahren kann und mit deren Weggeleit er seine Lebensstrecke "im Konvoi" durchmißt.

**5.2.7 Identitätsentwicklung:** Aufgabe der Therapie ist es, zum einen gelingende Identitätsentwicklungsprozesse nachzubilden, deren Ergebnis eine hinlänglich stabile und doch flexible Identität ist und zum andern verkennenden, entwertenden, stigmatisierenden Fremdattributionen entgegenzuwirken sowie negative Selbstbewertungen, dysfunktionale Identitätsstile, mit denen in der Regel destruktive Lebensstile verbunden sind, zu verändern.

**5.2.8 Leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation:** Aus Sicht der IT, in deren Ansatz bekanntlich Leiblichkeit im Zentrum steht, stellt die Förderung von Selbstgefühl ein wesentlicher therapeutischer Wirkfaktor dar. Ein differenziertes *eigenleibliches Spüren<sup>xx</sup>* und auf dieser Grundlage gute Selbstwahrnehmung, bilden die Voraussetzung für die Herausbildung optimaler, im Selbstgefühl gegründeter Formen der Selbstregulation und die Entwicklung von Sensibilität für Dysregulation, Selbstanästhesierung, Verdinglichung.

## 6. SCHLUSS

Psychotherapie wäre nach Ansicht der IT in erster Linie als Humantherapie (Petzold 2001) zu begreifen, nämlich als Therapie von Menschen, die sich

in einer bestimmten Lebenszeit auf dem Hintergrund von Lebensgeschichte und Lebensperspektive sowie in einem bestimmten Lebenskontext erleben und verhalten. Sie hätte darüber hinaus psychosoziale Institutionalisierungen zu beachten, mit ihren spezifischen, zeitgeschichtlich und kulturell und politisch differierenden Aufgabenstellungen und Problembewältigungsanforderungen für den Menschen.

Eine solche Vorgabe führt zu einem *erweiterten Therapiebegriff*. Dieser *erweiterte Therapiebegriff* ist zunächst im Sinne des griechischen *therapeuein* oder des lateinischen *colere* zu verstehen: Therapie als pflegen, fördern, Sorge tragen, wertschätzen, heilen, entwickeln. Diese Vorstellung von Therapie hätte sich an *Grundqualitäten des Menschlichen* zu orientieren: Achtung, Würde, Takt, Mitgefühl, Fürsorge etc. Sie hätte sich jedoch nicht auf die Individuen, die als Patienten vorkommen, zu beschränken, sondern hätte deren Leiden wie auch die Institutionalisierungen und Prozeduren der Psychotherapie, die sich diesem Leiden annehmen, als eingelassen in *Dispositive der Macht* und *kulturelle Diskurse* zu reflektieren. Therapie wäre aus einer solchen Perspektive mit vier Schwerpunktbildungen gesehen:

Als *klinischer Ansatz* mit kurativer und palliativer Ausrichtung, der Pathogenese begegnen, Störungen beseitigen und Leiden lindern soll.

Als *gesundheitsfördernder Ansatz*, der Salutogenese unterstützen und einen

gesundheitsbewußten und -aktiven Lebensstil entwickeln soll.

Als *persönlichkeitsbildenden Ansatz*, dem es darum geht, persönliche Souveränität und Selbstverwirklichung mit anderen zu realisieren.

Als *kulturkritischer Ansatz*, der einer parrhesiastischen und emanzipatorischen Kulturarbeit verpflichtet ist.

Mir persönlich war hier insbesondere wichtig, hervorzuheben, daß Therapie erst dadurch zur professionellen Handlung wird, daß sich der Therapeut mit Hilfe von ausgewiesenen Modellvorstellungen zum Geschehen in der Therapie auf eine spezifische Weise reflektiert und sich auf dieser Grundlage verhält.

---

## ANMERKUNGEN

<sup>i</sup> Bekanntlich war die Gestalttherapie zeitweise namensgebend. Dies ist auch heute noch zu erkennen: die Integrative Therapie wird in Deutschland der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG) in Trägerschaft des Fritz-Perls-Instituts gelehrt. Mittlerweile ist der Beitrag der Gestalttherapie zur IT auf methodische Elemente und einige Konzepte fokussiert.

Die Gestalttherapie ist als historisches Phänomen eingeordnet und theoretisch und praktisch einer fundamentalen Kritik unterzogen. Diese Kritik stellt bei der Gestalttherapie einen reichen, aber chaotischen Fundus von Impulsen, Konzepten, Techniken, Theoremen und Ideologemen fest. Sie bemängelt, dass eine klinisch orientierte Ausarbeitung dieses Konvoluts zu einer fundierten, empirisch validierten Konzeption von Psychotherapie erst rudimentär vorliegt. Die Perspektiven der Gestalttherapie werden in ihrer integrativen Orientierung gesehen.

---

Die IT, bereits in den Anfängen durch den Rekurs auf die "europäischen Quellen" der Gestalttherapie weiter gefaßt als diese, hat sich durch ihren konsequent integrativen Ansatz theoretisch und praktisch über die Gestalttherapie hinaus entwickelt. Anzuerkennen und zu würdigen sind eine Reihe von Leistungen bzw. Beiträgen der Gestalttherapie, u.a. ihren Beitrag zur szenischen Arbeit, in Form imaginärer Dramatisierungen oder monodramatischer Inszenierungen, wie sie Perls praktiziert hat; dass die Gestalttherapie durch ihre Ausrichtung auf das "healthy functioning" einen frühen Beitrag zur gesundheitszentrierten Sicht des Menschen geleistet hat - im erklärten Gegensatz zur Pathologiezentrierung der Psychoanalyse; die Körperorientierung der Gestalttherapie, insbesondere die Beachtung körpersprachlicher Phänomene; die - wenn auch unzulänglich ausgearbeitete - interaktionale Orientierung, das "Dialogische" der Gestalttherapie; das Konzept des "self supports", das dem Patienten ermöglicht, im Umgang mit sich selbst Sicherheit zu entdecken und zu begründen, z.B. im Hinblick auf die Erkundung eigener emotionaler Grenzerlebnisse; das "continuum of awareness" als phänomenologische Interventionspraxis.

<sup>ii</sup> Böhme (1985) hat dies in seiner *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* als „obliques Bewußtsein“ bezeichnet.

<sup>iii</sup> (Petzold 1998, 34 f.)

<sup>iv</sup> Die Perlssche Umkehrung des Freud'schen Programms (Wo Es war soll Ich werden): „Lose your mind and come to your senses“ führt nach Petzolds Ansicht ebenso in die Irre, wie das „Ich bin Ich und Du bist Du“ des Gestaltgebets mit seinem „and if we meet – wonderful, and if not, it can´t be helped“ (Perls 1969, 4) – das in die zwischen- und mitmenschliche Verwahrlosung führe.

<sup>v</sup> Dies läßt sich z.B. schon an der Kritik des Begriffes „Psychotherapie“ festmachen. Der Begriff „Psyche“, beruhend auf der traditionellen Trennung der Begriffe Psyche und Soma, wird einem bestimmten, überholten Weltbild zugeordnet, das heute kaum noch trägt: Wer vermag heute auch nur annähernd zu bestimmen, was eine „Psyche“

---

ist? Ohne diese Aporie im Detail wirklich aufzuheben, definiert sich die Integrative Therapie breit als „Das biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit“ (Petzold 2001; Schuch 2001).

<sup>vi</sup> In der Regel gehen psychotherapeutische Entwürfe nicht offen mit den in ihnen enthaltenen Menschenbilder und Weltanschauungen um. Wenn man heutzutage einen nur oberflächlichen Blick auf psychotherapeutische Publikationen wirft, dann findet man vor allem ein medizinisch-psychologisch geprägtes Erscheinungsbild vor. Eventuelle philosophische Wurzeln werden in der Regel nicht deutlich gemacht. Psychotherapiehistorische, wissenssoziologische Perspektiven haben indessen überaus interessante Verhältnisse von Psychotherapie und Philosophie freigelegt. Ein Befund in Kürze: Einerseits gründen etliche Psychotherapien, namentlich die Psychoanalyse, auf philosophischen Gedankenfiguren, andererseits wurden die philosophischen Grundlagen häufig verschwiegen, geleugnet oder hinter philosophiekritischen Attitüden verborgen. Z.B. das Modell einer „Allgemeinen Psychotherapie“ von Grawe (1998) gründet u.a. auf der Idee, durch Forschung gesicherte wirksame psychotherapeutische Praktiken von den ihnen zugrundeliegenden Philosophien und Theorien zu trennen. Kritisch ist anzumerken, dass die dergestalt amputierten Philosophien und Theorien nicht mehr als Gegenstand der Auseinandersetzung auftauchen und die Gefahr besteht, dass sie als latente Mythen in den Praktiken weiterleben, aber nicht mehr als solche reflektiert werden.

<sup>vii</sup> Es handelt sich bei den philosophischen Quellen überwiegend um solche französischer Provenienz, ohne auf diese festgelegt zu sein, zumal auch mit ihnen eine differenzierende Auseinandersetzung stattfindet: insbesondere *Phänomenologie* und *Strukturalismus* (MAURICE MERLEAU-PONTY), *Leibphilosophie* (GABRIEL MARCEL), *Hermeneutik* (PAUL RICOEUR), sowie nicht zuletzt *Ethik* (EMMANUEL LEVINAS). Als kritisch reflektierende, transzendierende Ansätze kommen *Diskurs-* und *Dispositivanalyse* (MICHEL FOUCAULT) sowie *Dekonstruktivismus* (JAQUES DERRIDA) hinzu (s. Literaturliste).

---

<sup>viii</sup> Petzold 1978c / 1991 e

<sup>ix</sup> Es ist für die therapeutische Beziehung charakteristisch, dass sie eben nicht in einem emphatischen, vollen Sinne intersubjektive Beziehung ist. Vielmehr verleibt sich der Therapeut für den Patienten immer auch Gestalten der Vergangenheit, der Gegenwart und Zukunft. In ihr aktualisieren sich beim Vorliegen struktureller atmosphärischer oder szenischer Similituden oder Homologien bewußt oder unbewußt alte Atmosphären und Szenen (*Eine Szene ruft die andere*). In der therapeutischen Beziehung finden zudem Übertragungen statt, die leicht die Wahrnehmung der Gegenwart trüben oder verstellen können und die man in Anlehnung an Freud als Anwesenheit „unsichtbarer, unbekannter Dritter“ bezeichnen könnte. Nicht zuletzt kann die Gegenwart auch durch Idealisierungen des Therapeuten durch den Patienten eigentümlich verfärbt werden.

<sup>x</sup> Levinas 1983; Petzold 1996

<sup>xi</sup> Petzold / Mathias 1982

<sup>xii</sup> Moreno 1946, 157

<sup>xiii</sup> Petzold/Schuch 1992; Petzold 1992; Schuch 2001

<sup>xiv</sup> Historisch gesehen knüpft die Integrative Therapie mit ihrer Praxis der offenen, indikationsspezifischen, kreativen Gestaltung des therapeutischen Settings und Verfahrens insbesondere an die in kühnen „technischen Experimenten“ entwickelte Elastische Psychoanalyse des ungarischen Psychoanalytikers Sándor Ferenczi (Ferenczi 1964; 1972; 1988; Harmat 1988; Haynal 1989; Schuch 1994; 1998; 2000) an. Ferner werden bestimmte Gesichtspunkte und Arbeitsweisen der Gestalttherapie nach Friedrich Solomon Perls (1969; 1976; 1980) einbezogen z.B. Erlebnisaktivierung, Fokalthherapie und kommen Arbeitsweisen des Psychodramas von Jakob L. Moreno zur Anwendung (Petzold 1979, Petzold 1982, Petzold/Mathias 1982) z.B. Rollenspiel und Netzwerkintervention. Weitere elementare Bestandteile sind das Therapeutische Theater nach Vladimir Iljine, leibtherapeutische und bewegungstherapeutische Behandlungsansätze (Petzold 1988) und die erlebnisaktivierende, intermediale Arbeit mit

---

kreativen Medien (Petzold/Orth 1990), insbesondere bildende Kunst, Tanz, Musik. Schließlich sind noch Elemente der kognitiven, behavioralen Methoden zu nennen, die insbesondere bei übungszentrierten (s. o. 4.1. Modalitäten) therapeutischen Passagen zur Anwendung kommen. Allen diesen Verfahren bzw. Methoden ist gemeinsam, daß sie psychotherapeutische Kriterien realisieren, die seitens der Psychotherapieforschung heute als wesentlich erachtet werden (Grawe/Donati/Bernauer 1994; Grawe 1998; Petzold/Märtens 1998).

<sup>xv</sup> Ich habe schon häufiger die Beobachtung bei lediglich körpertherapie-erfahrenen Patienten machen müssen, dass sie regelrecht süchtig nach hoher Tiefung waren, ohne dass sich ihre Problematik dadurch positiv gewendet oder sie auch nur ein zutreffenderes Verständnis für sich gewonnen hätten.

Eine von mir durchgeführte Nachbehandlung gab mir zu bedenken, dass durch hohe Tiefung Traumatisierungen, z.B. eine Vergewaltigung, auftauchen können, und die heftigen, überfordernden Gefühle im Verein mit waghalsigen therapeutischen Interventionen zu Neu-Traumatisierung führen können, anstatt, wie vom Therapeuten naiverweise angestrebt, heilsame Wirkungen durch Neu-Durchleben bzw. Neu-Bewältigung zu erzielen.

<sup>xvi</sup> Petzold 1993

<sup>xvii</sup> Petzold 1992; Petzold/ van Beek/ van der Hoek 1994

<sup>xviii</sup> Lambert/Shapiro/Bergin 1986; Lambert/Bergin 1992

<sup>xix</sup> Anstelle Lebensereignisse z.B. als Emanationen mysteriöser Triebkonfliktkonstellationen auszugeben, deren Ursachen allein im *Unbewußten* des Patienten lägen oder sie nicht minder mysteriös auf "blockierte Energien" zurückzuführen.

<sup>xx</sup> Schmitz 1989

---

## LITERATUR

Alexander, F. (1957): *Psychoanalysis and Psychotherapy. Developments in Theory, Technique, and Training.* London (Allen & Unwin)

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

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

Ferenczi, S. (1970, 1972): *Schriften zur Psychoanalyse.* 2 Bde. Hrsg. v. Balint, M. und Dupont, J., Frankfurt (Fischer)

Ferenczi, S. (1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932.* Hrsg. v. Dupont, J., Frankfurt (Fischer)

Foucault, M. (1961): *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft.* Frankfurt (Suhrkamp)

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

Foucault, M. (1977): *Sexualität und Wahrheit 1. Der Wille zum Wissen.* Frankfurt (Suhrkamp)

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. (1992): *Was ist Kritik?* Berlin (Merve)

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

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

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



- 
- Harmat, P. (1988): Freud, Ferenczi und die ungarische Psychoanalyse. Tübingen (edition diskord)
- Haynal, A. (1989): Die Technik-Debatte in der Psychoanalyse. Freud, Ferenczi, Balint. Frankfurt (Fischer)
- Heinl, H. (1997): Ein integriertes Kurzzeit-Gruppenpsychotherapiemodell zur Behandlung chronischer psychosomatischer Schmerzsyndrome. INTEGRATIVE THERAPIE, 23, 3, 316 – 330.
- Herzog, W. (1984): Modell und Theorie in der Psychologie. Göttingen (Hogrefe).
- Leitner, A. (2001): Tree of Science – Eine Ordnungsstruktur. In: ders. (Hrsg.)(2001): Strukturen der Psychotherapie. Fortschritte der Psychotherapeutischen Medizin. Wien (Krammer), 25 – 32.
- 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)
- Märtens, M./Petzold, H.G. (1998): Wer und Was wirkt Wie in der Psychotherapie? Mythos “Wirkfaktoren” oder hilfreiches Konstrukt? INTEGRATIVE THERAPIE, 24, 1, 98 - 110.
- Marcel, G. (1978): Leibliche Begegnung. In: Petzold, H.G. (Hrsg.) (1985): Leiblichkeit, philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. Paderborn (Junfermann)
- 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)
- Moreno, J.L. (1946) Psychodrama. Beacon (Beacon House)
- Perls, F.S. (1969): Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart (Klett)
- Perls, F.S. (1976): Grundlagen der Gestalt-Therapie. München (Pfeiffer)
- Perls, F.S. (1978): Das Ich, der Hunger und die Aggression. Stuttgart (Klett)
- Perls, S.F. (1980): Gestalt, Wachstum, Integration. Hrsg. v. Petzold, H.G., Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1972): Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1977): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (1979): Psychodrama-Therapie. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (Hrsg.) (1982): Methodenintegration in der Psychotherapie. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. 2 Bde. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (1991, 1992, 1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn (Junfermann)
- Petzold, H.G. (1991k): Der Tree of Science als Metahermeneutische Folie für Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: ders. (1992) 457 - 647.
- Petzold, H.G. (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, H.G. / Sieper, J. (Hrsg.)(1993): aaO., 267 – 339.
- Petzold, H.G. (1994): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung Bd. 2. Paderborn (Junfermann)

---

Petzold, H.G. (1996): 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. (1997): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie. In: Petzold (1998) 353 - 394.

Petzold, H.G. (1998): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn (Junfermann)

Petzold, H.G. (2001): Integrative Therapie – Das biopsychosoziale Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit. Paderborn (Junfermann)

Petzold, H.G. / Hass, W. / Märtens, M./ Steffan, A. (2000): Wirksamkeit Integrativer Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Evaluationsstudie im ambulanten Setting. INTEGRATIVE THERAPIE 26, 2-3, 277 – 354.

Petzold, H.G./Mathias, U.(1982): Rollenentwicklung und Identität. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Konzept Morenos. Paderborn (Junfermann)

Petzold, H.G. / Märtens, M. (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien. Opladen (Leske & Budrich)

Petzold, H.G./Orth, I. (Hrsg.)(1990): Die neuen Kreativitätstheorien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn (Junfermann)

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

Petzold, H.G./Schuch, H.W. (1992): Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der Integrativen Therapie. In: Pritz, A./Petzold, H.G. (Hrsg.)(1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn (Junfermann) 371 - 486.

---

Petzold, H.G./ Sieper, J. (Hrsg.)(1993): Integration und Kreation. 2 Bde. Paderborn (Junfermann)

Petzold, H.G. /Wolf, H.U./Landgrebe, B./Steffan, A./Josic, Z. (2000) Integrative Traumatherapie. In: Van der Kolk, B.A./McFarlane, A.C./Weisaeth, L. (Hrsg.)(2000): Traumatic Stress. Paderborn (Junfermann), 445 – 579.

Ricoeur, P. (1969): Die Interpretation. Ein Versuch über Freud. Frankfurt (Suhrkamp)

Ricoeur, P. (1971): Die Fehlbarkeit des Menschen. Freiburg (Alber)

Ricoeur, P. (1973): Hermeneutik und Strukturalismus. München (Kösel )

Ricoeur, P. (1986): Die lebendige Metapher. München (Fink)

Ricoeur, P. (1988): Zeit und Erzählung. München (Fink)

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. (1994): Aktive Psychoanalyse. INTEGRATIVE THERAPIE, 20, 1/2, 68 - 100.

Schuch, H.W. (1998): Sándor Ferenczi (1873 - 1933). Pionier der modernen tiefenpsychologischen Psychotherapie. GESTALT THERAPIE, 12, 1, 3 - 21.

Schuch, H.W. (2000): Bedeutsame Akzentverschiebungen: Von der Genitaltheorie zur Elastischen Psychoanalyse. GESTALT (Schweiz), 39, Oktober 2000, 36 - 51

Schuch, H.W. (2000): Intersubjektivität, Klinischer Krankheitsbegriff. in Stumm G./ Pritz, A. (Hrsg.)(2000): aaO., 326 – 327, 381 - 382

Schuch, H.W. (2000): Grundzüge eines Konzepts und Modells integrativer

---

Psychotherapie, INTEGRATIVE THERAPIE, 26, 2/3, 133 - 187.

Schuch, H.W. (2001a): Integrative Therapie – Eine kurze Übersicht. In: Leitner, A. (Hrsg.)(2001): Strukturen der Psychotherapie. Fortschritte in der psychotherapeutischen Medizin. Wien (Krammer)

Schuch, H.W. (2001b): Geschichte und Psychotherapie. Chronosophische und diskursanalytische Vorüberlegungen zur Geschichte und Mythologie der Psychotherapie aus integrativer Sicht. GESTALT (Schweiz), 41, Juni 2001, 3 – 27.

Steffan, A. / Petzold, H.G. (2001): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. INTEGRATIVE THERAPIE, 27, 1-2, 63 – 104.

Stumm, G. / Pritz, A. (Hrsg.)(2000): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien (Springer)

Van der Mei, S. / Petzold, H.G. / Boscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. INTEGRATIVE THERAPIE, 23, 3, 374 – 428.

Zundel, E. / Zundel, R. (1987): Leitfiguren der modernen Psychotherapie. München (Kösel)

---

**sowie ihre Modellvorstellung von Pathogenese dargelegt.**

**Es erfolgt der Versuch, die IT als klinisches Verfahren unter dem Gesichtspunkt einer Grundregel samt dazugehöriger therapiepraktischer Heuristiken zu skizzieren.**

**Die IT wird als wissenschaftsgestütztes Verfahren herausgestellt, insbesondere unter der Berücksichtigung von forschungsgestützten, therapeutischen Wirkfaktoren.**

**Im Ergebnis wird die IT als Humantherapie charakterisiert, d.h. als Therapie von Menschen, die sich zu einer bestimmten Lebenszeit auf dem Hintergrund von Lebensgeschichte und Lebensperspektive sowie in einem konkreten Lebenskontext erleben und verhalten. Es wird auf den erweiterten Therapiebegriff der IT verwiesen.**

## KONTAKT

[mail@hwschuch.de](mailto:mail@hwschuch.de)  
[www.hwschuch.de](http://www.hwschuch.de)

## ABSTRAKT

**Der Vortrag kennzeichnet die Integrative Therapie (IT) als eigenständiges Verfahren. Als Leitmotiv durchzieht ihn der Versuch einer Skizze des Denkens des Begründers der IT, Hilarion Gottfried Petzold. Die Positionen der IT werden auf dem Hintergrund bestimmter philosophischer Orientierungen, insbesondere Phänomenologie, Strukturalismus (Merleau-Ponty), Hermeneutik (Ricoeur), Leibphilosophie (Marcel), Ethik (Levinas), Dispositivanalyse (Foucault) und Dekonstruktion (Derrida) beschrieben. U. a. werden ihr Modell von Persönlichkeit im Verständniszusammenhang einer lebenslangen Entwicklungspsychologie**