



Universitätslehrgang

Psychotherapeutische Medizin

Master of Science

Kurze Zusammenfassung der Integrativen Therapie

Anton Leitner

INTEGRATIVE THERAPIE ist als Methode wissenschaftlicher Psychotherapie ein psychotherapeutischer Ansatz, der auf die wissenschaftlichen Grundlagen integrativer Therapietheorien und Methodik rekurriert. Sie wurde von H. G. Petzold unter Mitarbeit von Johanna Sieper und weiteren KollegInnen seit Mitte der 1960-Jahre entwickelt.

Es handelt sich hierbei um ein interaktionales, therapeutisches Verfahren, das neben dem verbalen Austausch auch Ansätze nonverbaler Kommunikation, sowie kreative Methoden, Techniken und Medien mit einbezieht.

Das Ziel ist Heilungsprozesse bei psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Erkrankungen in Gang zu setzen, Besserungen von seelischen Leidenszuständen zu erwirken, sowie Beseitigung von Krankheitssymptomen zu erreichen.

Die Neuorganisation des Denkens, Erlebens und Verhaltens des Patienten wird mittels therapeutischen Kontakts, Begegnung und Beziehung unter Bearbeitung aktueller Lebensprobleme, Netzwerksituationen sowie unbewusster Konflikte erreicht, wobei einer sorgfältigen Handhabung der Gegenübertragung besondere Bedeutung zukommt.

Die therapeutische Beziehung wird in der IT in zweierlei Hinsicht begriffen:

- therapeutische Beziehung als intersubjektives Geschehen
- therapeutische Beziehung als intersubjektives Handeln

INTEGRATIVE THERAPIE sieht auf dieser Basis Psychotherapie:

- 1.) als kuratives und palliatives Handeln in ambulanten und stationären klinischen und rehabilitativen Settings;
- 2.) als gesundheitsfördernde Arbeit, z. B. für Prävention und den Aufbau eines gesundheitsaktiven Lebensstils;
- 3.) als Weg der Persönlichkeitsentwicklung, z. B. durch Förderung von Bewusstheit, Kompetenzerleben, Selbstwirksamkeit, persönlicher Souveränität im privaten und öffentlichen Bereich;
- 4.) als Möglichkeit der Kulturarbeit und Kulturkritik durch Förderung gesellschafts- und gesundheitspolitischen Bewusstseins, Engagement für soziale Gerechtigkeit, Gesundheitskultur, Menschen- und Patientenrechte, sowie humane Lebensbedingungen.

Die Entwicklung der IT ging dreigleisig vonstatten:

Zum einen wurde die IT als praktisches Verfahren aus Elementen verschiedener Therapieströmungen entwickelt, zu denen sie auch theoretische und klinische Arbeiten beisteuerte: aus der aktiven und elastischen Psychoanalyse, der ungarischen Schule der Psychoanalyse (Sandor Ferenczi 1964, 1970, 1972, 1988, Schuch 1994), der Gestalttherapie (Friedrich S. Perls 1969, 1976, Petzold 1973a und L. Perls), aus dem Psychodrama (Jacob Moreno, 1946, Petzold 1972a), dem therapeutischen Theater (Vladimir Iljine 1972a, Petzold 1982a) sowie aus der Leib- und Bewegungstherapie (Petzold 1988) und der Verhaltensmodifikation (Kanfer 1989, Petzold, Osterhues 1972).

Zum anderen wurde die IT als theoretischer Ansatz systematischer Methodenintegration auf der Basis des anthropologischen Konzeptes begründet: „Der Mensch als Mann und Frau ist ein Körper-Seele-Geist-Subjekt (= Leibsubjekt) in einer sozialen und ökologischen Umwelt im Zeitkontinuum (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)“. Die Idee einer Metastruktur für die IT in Form eines „Tree of Science“ steht hier im Zentrum.

Weiters wurde die IT durch klinisch relevante empirische Forschung, etwa zum Überforderungserleben und Burn out (Petzold 1968ab), **zur stressbedingten Psychosomatik** (Heinl 1997), zur überforderungsbedingten Depression (van der Mei et al. 1997), zur netzwerkpathologisch bedingten Multimorbidität (Petzold 1979c) etc. weiterentwickelt.

Unter den heute im europäischen Raum bestehenden Richtungen des Integrierens (z. B. Bastine, Grawe, Heim) ist die IT die wohl älteste und eine der elaboriertesten, dies sowohl in theoretischer als auch praxeologischer Hinsicht. Als theoriegeleitete Verbindung verschiedener **Methoden, Techniken** und **Medien** im Rahmen eines konsistenten **Verfahrens** hat sie seit den 70er Jahren eine originelle, klar identifizierbare Praxis.

Die IT erweist ihre Eigenständigkeit als psychotherapeutische Methode in der Einzel- und Gruppentherapie durch erlebnisaktivierende Methoden, eine dialogzentrierte Praxis, den Einbezug projektiver „kreativer Medien“ und insbesondere leiborientierter und sozialer/netzwerktherapeutischer Faktoren in das Therapiegeschehen.

In dem Metamodell eines „Tree of Science“ wird die Wissensstruktur der Integrativen Therapie (IT) als psychotherapeutische Disziplin umrissen. Dabei handelt es sich um eine wissenssoziologisch angelegte, ordnende und zugleich offene Systematik von Theorien, die in der IT relevant sind.

„TREE OF SCIENCE“

- I) METATHEORIE
 - Erkenntnistheorie
 - Wissenschaftstheorie
 - Kosmologie
 - Anthropologie
 - Gesellschaftstheorie
 - Ethik
 - Ontologie
- II) THERAPIETHEORIEN
 - Allgemeine Theorie der Therapie
 - Persönlichkeitstheorie
 - Entwicklungstheorie
 - Gesundheits- und Krankheitslehre
 - Spezielle Theorie der Therapie
- III) PRAXEOLOGIE
 - Praxeologie
 - Interventionslehre
 - Methodenlehre
 - Theorie des Settings
 - Theorien zu spezifischen Klientensystemen
 - Theorien zu spezifischen Institutionen und Feldern
- IV) PRAXIS
 - in Dyaden
 - in Gruppen und Netzwerken
 - in Organisationen, Institutionen

(H. G. Petzold)

Dieser „**Tree of Science**“ ist ein formales Gerüst, das Reichweite wie Volumen einer wissenschaftlichen Disziplin umreißt. .

Er bildet eine metahermeneutische Folie zur systematischen Reflexion, Diskussion und permanenten – wo immer möglich forschungsgestützten – Revision von Psychotherapie und erstreckt sich von Theorien großer Reichweite über Theorien mittlerer Reichweite bis hin zur Praxeologie und Praxis.

In der konkreten Umsetzung der Arbeit mit der IT unterstützt uns dieses „Erkenntnis- und Erklärungsmodell“ des „Tree of Science“ im konsequenten Bemühen um Integration in

philosophischer Reflexion, wissenschaftlicher Forschung, praktischer Therapie und kontinuierlicher Arbeit an uns selbst.

Da menschliche Wirklichkeit immer komplex, vielfacettig, vieldeutig ist und Ambiguität impliziert, kann sie nur **mehrperspektivisch** erfasst werden.

Der mehrperspektivische Blick auf diese unterschiedlichen Theorien, die Möglichkeit mit der „Optik“ verschiedener Theorien auf diese eine Methode zu schauen, eröffnet die Chance, Wirklichkeit in einem weiten Bezugsrahmen zu erleben.

Dies setzt ein differenzielles und synoptisches Denken voraus, sowie den Verzicht auf voreilige Sicherheiten bzw. verlangt sogar, dass man sich der umfassenden Vielfalt, der Komplexität aussetzt, die die Welt bereitstellt, und die Unsicherheiten aushält, denen man ohnehin nicht entgehen kann - es sei denn, durch Strategien der Verleugnung und Banalisierung.

Der Ko-respondenzprozess **als Dimension der therapeutischen Beziehung** ist ein zentrales Element in der IT, das von der Metatheorie über Therapietheorie bis in die Praxistheorie und Praxis hinein bestimmt ist.

Die therapeutische Beziehung steht auf dem Hintergrund von Kontext/Kontinuum der gemeinsamen Lebenswelt und dem Faktum, dass der Mensch immer nur als Mitmensch existiert. Therapeut und Patient sind in einer sehr grundsätzlichen Weise **Koexistierende**. Diese schon je gegebene Bezogenheit, die in der Intentionalität der Leiblichkeit und der sozialen Natur des Menschen wurzelt, bietet die Grundlage für Kommunikation schlechthin, auch die in der therapeutischen Beziehung. Diese „primordiale Ko-respondenz“, wie sie für ungestörte Mutter-Kind-Beziehungen und Familienrelationen kennzeichnend ist, wird durch negative Beziehungserfahrungen oftmals getrübt oder verschüttet, so dass sich die Fähigkeit zu „intersubjektiver Ko-respondenz“, zu Begegnung, Beziehung, Bindung, d. h. Auseinandersetzung von Person zu Person, nicht entwickeln kann.

Alle „alten“ Beziehungsmuster, die nicht distanzierungsfähige Reproduktion unbewusster archaischer Szenen und Stücke (Narrative) sind, wie z. B. Übertragungen, verstellen die Realität hier und jetzt, aber **„wo Übertragung war, soll Beziehung werden“**.

Die weitgehend unbewussten Übertragungsmuster, **archaische Narrative**, werden im therapeutischen Prozess erfahrbar, gedeutet und verändert. Dadurch wird Exzentrizität gewonnen.

Übertragungen können nicht nur von Seiten des Patienten aufkommen. Auch Therapeuten können **unbewusste**, archaische Übertragungskonstellationen agieren.

Gegenübertragungen sind in Unterschied zur „Übertragung des Therapeuten“ in unserem Ansatz bewusste bzw. bewusstseinsnahe, empathische Reaktionen des Therapeuten, auf das, was ihm der Patient/Klient bzw. Patientin/Klientin entgegenbringt.

Affiliation bedeutet unter Ausnützung einer differenziert-reflektierten Gegenübertragung eine stimmige Nähe-Distanz-Regulation, während unter Reaktanz der Widerstand gegen die Beschneidung von Freiräumen, also eine negative Übertragung, verstanden wird.

Insbesondere in der Schlussphase einer Therapie nehmen auch die empathischen Gegenübertragungen des Patienten zum Therapeuten hin zu.

Wechselseitige Empathie ist die Voraussetzung für Begegnungs-, Auseinandersetzungs- und Beziehungsfähigkeit, d. h. für die intersubjektive Ko-respondenz als Form gesunder Relationalität und klarer Interaktion.

Das Ko-respondenzmodell ist ein Kernstück in der Metatheorie der Integrativen Therapie.

Ko-respondenz ist ein zusammenführender Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Körper-, Gefühls- und Vernunftebene (Leib) über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes.

Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen und für diese zur Grundlage von Kooperation werden. Die Voraussetzung für Ko-respondenz ist die wechselseitiger Anerkennung subjektiver Integrität.

Dieses Ko-respondenzmodell stellt ein Modell für:

- metaethische, bzw. ethische Diskurse bereit,
- ebenso ein Modell für die hermeneutische Praxis,
- ein handlungstheoretisches Konzept,
- ein Modell für Alltagskommunikationen,
- ein **Modell für die therapeutische Beziehung** und ein Basisprinzip supervisorischer Arbeit.

ANTHROPOLOGIE

Auf Grund einer Sicht des Menschen, der „die eigenen Existenz mit anderen“ in der Welt erkennt, zu verstehen sucht und kreativ für sich mit anderen, d. h. ko-kreativ entwirft, verwendet die Integrative Therapie eine anthropologische Grundformel, nach der der Mensch ein „Körper-Seele-Geist-Subjekt“ (Leib-Subjekt) in einem sozialen und ökologischen Umfeld ist - im Zeitkontinuum.

Wir Menschen haben am Anfang einen Körper, nämlich den des Embryonen, des Fötus, des Babys. Aus dieser biologischen, mit genetischer Ausstattung versehenen Biomasse, diesem kleinen befruchteten Schleimklümpchen, entwickelt sich ein menschlicher Körper, der schon embryonal anfängt, Erfahrungen zu sammeln.

Nach der Geburt haben wir auf der einen Seite die Mutter als Leib, d. h. als jemand, der seinen Körper schon gut kennt - und zwar so gut kennt, dass Körper und Leib beim erwachsenen Menschen nicht mehr zu differenzieren sind. Das Neugeborene, der Säugling, das kleine Kind, beginnt sich den Körper anzueignen durch Erfahrungen, die es mit diesem Körper macht, die es im Grenzbereich Körper-Umfeld, bzw. im Grenzbereich Körper mit anderen Körpern macht. Damit entsteht eine Geschichte von Leib zu Leib.

Leib ist etwas anderes als Körper. Körper ist der Dingkörper, der soviel Kp einer physikalischen Größe und so und so viel Kilogramm Biomasse hat.

Der Leib ist der belebte, lebendige Körper, und zwar nicht nur eine Lebendigkeit schlechthin, sondern eine Lebendigkeit, die Bewusstheit und Personalität hat.

Der Leib ist keine materielle, sondern eine transmaterielle Größe, d. h. etwas, das über das Materielle hinausgeht. Transmaterielle Größen kann man (im Gegensatz zur immateriellen Größe - Seelebegriff des Theologen) empirisch nachweisen - Phantomgliedphänomen.

Über den Weg der Erfahrung erfolgt Leibwerdung. So ist der Leib in erster Linie ein Wahrnehmungsphänomen, welches sich im eigenleiblichen Spüren aufbaut. Wenn es einmal aufgebaut ist, kann das, was Wahrgenommen worden ist, nämlich der Körper, zum Teil ruhig verloren gehen - der Leib bleibt.

Beispiele: Anorexie, Adipositas.....

Der Mensch ist Teil dieser Welt, weil er ihr koexistiv zugehört, jedoch erfährt er seine eigene Existenz „vom Leibe her“ auch in selbst-bewussten, in grenzziehenden Wahrnehmungen, im Denken und fühlen der „Anderen“.

Durch Grenzziehung und Distanznahme gewinnt der Mensch „Exzentrizität“, die Möglichkeit, sich und andere von außen zu betrachten - dies bei gleichzeitiger Verbundenheit, d. h. Zentriertheit im eigenen Leib, in der eigenen Lebenswelt und Lebensspanne.

Die Exzentrizität zum Anderen ermöglicht erst die Anerkennung seiner (des anderen) Würde als Mitsubjekt.

Die Subjekthaftigkeit des Anderen wiederum ermöglicht erst eigene Subjektivität.

Mensch wird man durch den Mitmenschen!

Menschsein als leibhaftige, personale und bezogene Subjekthaftigkeit sowie menschliche Kultur und Kreativität wurzeln nicht nur in den Sinnesvermögen des „perzeptiven Leibes“, den Ausdrucksvermögen des „expressiven Leibes“, den Erinnerungen des „memorativen Leibes“, sondern eben auch in der Tatsache, dass er Teil dieser Lebenswelt ist.

In der Zwischenleiblichkeit, in dieser basalen, menschlichen Erfahrung von Beziehung liegt ein Grundmuster früher Bezogenheit, die in der Therapie aktualisiert wird - in ihr liegt die heilende Wirkung therapeutischen Geschehens.

Der therapeutische Prozess in der IT wird in vier Phasen unterteilt:

In der **Initialphase**, jeder agogischen und therapeutischen Situation wird Kontakt hergestellt, wird versucht, die Vertrauensbasis aufzubauen. Das Stimulieren von aktuellem Wahrnehmen und von „archivierten“ Ereignissen, die im „memorativen Leib“ aufgehoben sind, ermöglicht Erinnern, den Zugang zu alten Atmosphären und Szenen.

Damit geschieht der Übergang zur **Aktionsphase**, in der ein Wiederholen der alten Szenen im Spiel möglich wird, ein Durchagieren, das dem Patienten die lebensbestimmende Wirklichkeit alter Strukturen, Skripts, Narrative erfassen lässt: eine Katharsis als Erfahrung von „vitaler Evidenz“, in der emotionale Erfahrung, leibliches Erleben und rationales Verstehen zusammenfließen.

Damit erfolgt ein Übergang in die **Integrationsphase**, in ein Durcharbeiten, in ein vertieftes Verstehen des Erlebten, dass den Lebenskontext eingeordnet werden kann und einen neuen Sinn und Bedeutungen freisetzt. Hierhin besteht das Integrieren des in der Aktionsphase durchlebten Materials. Es wird dem Patienten verfügbar, wird neu bewertet, handhabbar. Die alten Geschichten verlieren ihre bestimmende Kraft.

So wird die Phase der **Neuorientierung** ermöglicht. Der Patient kann aus dem Wahrgenommenen, Erfassten und Verstandenen, den emotionalen Erfahrungen und rationalen Einsichten Konsequenzen ziehen, um sein Leben zu verändern. Er kann sich die Zusammenhänge auf dem Hintergrund durchlebter Erfahrung erklären und vermag sich zu reorientieren und sein Leben in neuer Weise zu gestalten.

DIE VIER EBENEN DER TIEFUNG in der IT

Die Ebene der Reflexion (I)

wird durch die Fragen: „Was ist...?“ oder „Warum ist...?“ erreicht; das exzentrische Ich“ wird aktiviert.

Die Ebene des Bilderlebens und der Affekte (II)

schränkt die Exzentrizität schon etwas ein. Das Ich wird vom Strom der Affekte „affiziert“. Fragen z. B.: „Wie erlebst, spürst, fühlst du das?“ führen dazu.

In der Ebene der Involvierung (III)

intensiviert sich die Regression mit der Frage: „Woher kennst du das?“ Die rationale Kontrolle nimmt erheblich ab, und die Bilder und Gefühle der Vergangenheit steigen mit einer Erlebnisintensität und Dichte auf, dass im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation die Vergangenheit „gegenwärtig gesetzt“ wird.

Vertiefte Interventionen sind: „Bleib` bei diesem Gefühl!“ „Folge deinem Körper!“ „Nichts festhaltend! Loslassen!“ Dies kann den Prozess der Involvierung derart verdichten, dass der Körper „autonom“ zu reagieren beginnt –

Ebene der autonomen Körperreaktion (IV).

Für ein aktiv „tiefendes“ therapeutisches Vorgehen bedarf es grundsätzlich einer spezifischen Indikation, nicht zuletzt um Retraumatisierungen bei Patienten mit Post-traumatischer-Stress-Symptomatik (PTSD) zu vermeiden (van der Kolk). **Eine hohe Tiefung birgt die Gefahr einer Retraumatisierung** (Petzold, Wolf, Landgrebe 2000).

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!!!

In dem Versuch, die therapeutischen wirksamen Faktoren, die im Verfahren der IT/ zum Tragen kommen, herauszuarbeiten, kristallisierten sich 4 große therapeutische Wirkkomplexe heraus:

4 Wege der Heilung und Förderung in der IT

1.) Bewusstseinsarbeit – Sinnfindung

Bei diesem Weg geht es um Heilung und Persönlichkeitsentwicklung durch den Gewinn „komplexen Bewusstseins“ und die Konstituierung von Sinn durch „Bewusstseinsarbeit“, d. h. durch mehrperspektivische Einsicht, durch Erfahrungen von „vitaler Evidenz“, durch intersubjektive Ko-respondenz.

2.) Nachsozialisation – Grundvertrauen

Bei diesem Weg geht es um Nachsozialisation zur Restitution von beeinträchtigtem Grundvertrauen und um die Wiederherstellung und Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt, bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Es geht um die Vermittlung von „Support“, „alternativer, substitutiver und korrekativer emotionaler Erfahrungen“ und schließlich die Bereitstellung emotional abgestützter Bewältigungsmöglichkeiten, wo Menschen mit irreversiblen Schädigungen fertig werden müssen.

3.) Erlebnisaktivierung – Persönlichkeitsentfaltung

Bei diesem Weg geht es um die Erschließung und Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale (z. B. Kreativität, Phantasie, Sensibilität etc.). Durch Bereitstellung einer „fördernden Umwelt“ mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten. Mittel hierzu sind „Erlebnisaktivierung“ und „multiple Stimulierung“ in der erlebniszentrierten und übungszentrierten Modalität der kreativen Therapie.

4.) Solidaritätserfahrung - Metaperspektive und Engagement

Bei diesem Weg will Therapie als Solidaritätserfahrung eine Metaperspektive zu und eine komplexe Bewusstheit für die Phänomene multipler Entfremdung entwickeln, um ihnen auf der Grundlage von engagierter Verantwortung für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen entschieden und kreativ entgegenzutreten zu können, so dass Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistungen praktiziert werden kann.

Im Rahmen dieser „Wege“ können die 14 therapeutisch wirksamen Faktoren bzw. Prozesse indikationsspezifisch einsetzen.

14 HEILFAKTOREN

1. Einführendes Verstehen
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/
Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks
5. Förderung von Einsicht, Sinneserleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysi-
scher Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen

PERSÖNLICHKEITSTHEORIE

Die Persönlichkeitstheorie will ein Erklärungsmuster für den Aufbau, das Zustandekommen sowie für das „Funktionieren“ der Person bieten. Sie muss dabei mit den Grundaussagen der Anthropologie abgestimmt sein. Weiters ist entsprechend der Grundhaltung, die in einer „therapeutischen Beziehung“ mündet, eine Persönlichkeitstheorie, die in der Relationalität, d. h. der Bezogenheit gründet.

Der Körper des Fötus, ausgestattet mit der Fähigkeit wahrzunehmen, Wahrgenommenes zu verarbeiten, zu speichern (Gedächtnis) und auszudrücken, bietet die Grundlage zur Ausbildung des „**Leibselbst**“, das schon in utero mit dem Leib der Mutter in Kommunikation steht (siehe anthropologisches Konzept).

Im Zusammenwirken von genetisch vorgegebenen Reifungsschritten und Stimulierungen aus dem Außenfeld, insbesondere von Seiten der Mutter, des Vaters, bildet sich als weiterer bedeutsame Dimension der Persönlichkeit ein „**Ich**“. Das „Ich“ wird als Gesamtheit aller im Zustand der Vigilanz aus dem Leibsubjekt emergierende „Ich-Funktionen“ im Prozess gesehen. Die IT unterscheidet primäre „Ich-Funktionen“ (bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten, Handeln) und sekundäre „Ich-Funktionen“ (intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, Demarkation). Darüber hinaus werden tertiäre „Ich-Funktionen“ als hochkomplexe Prozesse angenommen, wie z. B. soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation usw. Die „Ich-Prozesse“ können durch „Ich-Qualitäten“ charakterisiert werden: Vitalität, Stärke, Flexibilität, Kohärenz, Differenziertheit bzw. Rigidität, Schwäche, Desorganisiertheit etc. Das „Ich“ ist in der Lage, die 3. Dimension der Persönlichkeit, **Identität** zu bilden, womit der Übergang vom archaischen zum reifen „Leibselbst“ vollzogen ist.

Dieses besitzt Ich und Identität, das wiederum auf die leibliche Realität des Subjekts zurückwirkt. Im Konzept der Identität, die aus Fremdattributionen, Zuschreibungen von außen sowie Selbstattributionen entsteht, zeigt sich die leibhaftig formende Wirkung aller Einflüsse für die Persönlichkeit über ein Leben hin.

Zum Begriff Identität:

Identität ist Ausdruck unseres Verständnisses vom Menschen, Ausdruck davon, wie sich der Mensch zu verstehen und zu begreifen sucht. Menschliche Identität ist doppelgesichtig.

Ich gewinne Identität dadurch, dass ich mich im leibhaftigen Wahrnehmen und Handeln in der Zeit als der erkenne, der ich bin - **Identifikation** - und dadurch, dass mich die Menschen meines relevanten Kontextes als den identifizieren, als den sie mich sehen - **Identifizierung** - und zwar wiederum in der Zeit. Die Prozesse von Identifikation und Identifizierung finden in einer raumzeitlichen Konfiguration statt, im Schnittpunkt von Kontext und Kontinuum.

Als Kontext wird das soziale und ökologische Umfeld bezeichnet. In diesem Konzept von Identität geschieht eine Verschränkung von individueller und gesellschaftlicher Verfasstheit.

Was als Identifizierung „von außen“ an den Menschen herangetragen wird, erfordert von seiner Seite Identifikation als Annahme „von innen her“.

Konvergieren Identifizierung und Identifikation, so wird eine stabile und ausgewogene Identität möglich.

Fallen sie auseinander, so entstehen Konflikte, Störungen und Krisen der Identität.

DIE FÜNF SÄULEN DER IDENTITÄT

1.) Leiblichkeit

Der Leib als "Anfang und Ende " meiner Existenz, als Grundlage allen Wahrnehmens und Handelns, als Ursprung aller Gefühle und Gedanken, als Ort der Zeit ist für die Identität der tragende Pfeiler. Seine Integrität, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind Voraussetzung und Garant eines klaren Identitätserlebens. Sein Abbau, seine Verletzung, sein Zerfall bedeuten Bedrohung der Identität. Sein Sterben bedeutet ihr Verlöschen.

2.) Sozialer Kontakt

Der Leib, der Rollen verkörpert, steht im sozialen Kontext, der ihm verkörperbare Rollen zuschreibt. Das soziale Netzwerk ist für das Identitätserleben Voraussetzung (soziales Atom). Die Erfahrung des "Ich bin" ist ohne das "Du" und das "Wir" nicht möglich. Identität wird im Kontakt, der immer Grenze und Berührung zugleich ist, hergestellt.

3.) Arbeit, Leistung und Freizeit

In der Arbeit, in der Freizeitgestaltung, im leibhaftigen Handeln gestaltet der Mensch sein Leben und seine Umwelt. Er verwirklicht sich in seinem Tun. Das Geschaffene bietet ihm Identifikationsmöglichkeiten und dem Umfeld zugleich Möglichkeiten der Identifizierung. Seine Leistung in der Arbeit und in der Freizeit steht nicht nur für ihn selbst da, sie wird gesehen und mit ihm in Zusammenhang gebracht.

4.) Materielle Sicherheit

Ökonomische Sicherheit und ökologisches Eingebundensein, Nahrung, Güter, Wohnung bilden nicht nur Stütze für die Säule der Leiblichkeit, sondern werden auch für die Identifizierungsmöglichkeiten des gesellschaftlichen Umfeldes von großer Bedeutung.

5.) Werte

Wertehaltungen werden gesellschaftlich vermittelt, jedoch persönlich angenommen und verkörpert. Werte wirken als "gelebte Werte".

Die Säule der Werte kann, sofern sie kräftig gebaut und entwickelt wurde, für das Identitätserleben immense Tragkraft gewinnen. Die Säule der Werte kann die Identität noch tragen, wenn andere Säulen gestürzt und geborsten sind. Bei Verlust leiblicher Integrität, gesellschaftlicher Ächtung, Entzug von Arbeit und materieller Sicherheit vermag sie noch Stütze zu geben, wenn sonst nichts mehr Bestand hat.

ENTWICKLUNGSTHEORIE

Die Persönlichkeitstheorie und Entwicklungstheorie sind nicht von einander zu trennen, denn Persönlichkeit ist eine sich entwickelnde, wie die anthropologischen Positionen der IT das Subjekt im Strom der Zeit beschreibt, als Mensch in beständigen Metamorphosen.

Entwicklungspsychologie der Lebensspanne:

Entwicklung wird in der IT im Sinne des „life span developmental approach“ - die Entwicklung in der Lebensspanne gesehen.

Sie beginnt mit der Empfängnis, schließt Säuglingszeit und Kindheit ein und endet nicht mit dem Jugendalter. Die schwerwiegenden Veränderungen im hohen Alter machen dieses genauso deutlich, wie die Entwicklung, die ein erwachsener Mensch durch Freundschaften, Elternschaft, durch Verletzung und Todeserfahrungen, durch berufliche Verantwortung, durch Schicksalsschläge erfährt.

Um menschliche Entwicklung angemessen verstehen zu können, müssen aus Sicht der Integrativen Therapie folgende Strömungen der Entwicklungstheorie - sie zielen gleichzeitig auch auf Bereiche der menschlichen Persönlichkeit - in den Blick genommen werden:

- neuro- und sensumotorische Entwicklung
- emotionale Entwicklung
- kognitive Entwicklungstheorie
- sozial-interaktionale Entwicklungstheorie
- ökologische Entwicklungspsychologie

Allein die Zusammenschau dieser Richtungen im mehrperspektivischen Blick auf die Lebenssituation eines Menschen führt zu einer umfassenderen Einschätzung, was Gesundheit und Krankheit anbelangt, als das bei der Wahl einer einzigen Betrachtungsweise.

SALUTOGENESE UND NOSOLOGIE (Gesundheits- und Krankheitslehre)

Die Salutogenese und Nosologie ist wieder auf das anthropologische Konzept zurück zu binden, in dem ein weiterer und differenzieller Gesundheitsbegriff eine leibliche Gesundheit umfasst, wo mehr als nur körperliches Funktionieren, sondern auch Qualitäten wie seelische Ausgewogenheit, geistiges Interesse, zwischenmenschliche Beziehungen, soziales Engagement und ökologisches Bewusstsein die Merkmale von Gesundheit benennen.

Gesundheit wird als „**eine Qualität**“ des menschlichen Lebensprozesses gesehen. Gesundsein ist dadurch gekennzeichnet, dass der Mensch sich selbst im leiblich-konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang wahrzunehmen und so zu regulieren und zu verhalten vermag, dass sich seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potenziale kokreativ und konstruktiv entfalten können.

Gesundsein ist kein Zustand, sondern ein Prozess.

Dies gilt in gleicher Weise für das Verständnis von Krankheit (-sein) und dem Krankheitsbegriff.

Die IT unterscheidet zwischen „**anthropologischer Krankheitslehre**“ mit ihren multiplen Entfremdungen und Verdinglichungen:

Entfremdung vom eigenen Leibe,
von den Mitmenschen, von der Lebenswelt,
von der Zeit, von der Arbeit,

und die „**klinische Krankheitslehre**“:

- 1.) **Genetische Faktoren**, was Vitalität, Kompetenzen, Vulnerabilität anbetrifft.
- 2.) Es müssen die **multiplen Schädigungen** (Traumata, Defizite, Störungen, Konflikte) so nachhaltig sein, dass die Kompetenzen und die Coping-Möglichkeiten des Organismus und seine Ressourcenlage massiv überschritten werden.
- 3.) Es muss das Fehlen von **substitutiver Entlastung** bzw. **Kompensation** (z. B. Trost und Fürsorge durch die Mutter, den Vater usw.) durch Abwesenheit von protektiven Faktoren und sozialen Supportsystemen gegeben sein.
- 4.) Es müssen **internale Negativkonzepte** zum Tragen kommen, wie z. B. Negativbewertungen, dysfunktionale „subjektive Krankheitstheorien“, durch die sich das Befinden verschlechtern kann, negative Selbstkonzepte und Lebensstile, aber auch Erwartungen zukünftiger und realer oder imaginärer Bedrohungen. (z. B. Frauen in unserer Familie....., Herzneurose Vater-Tochter.....)

- 5.) Es muss in einer **Negativkarriere** zu einer Akkumulation von Risikofaktoren über den Entwicklungsverlauf hin bzw. zu einer Permanenz schädigender Konstellationen (wie die voranstehend unter 2 aufgeführten) kommen.
- 6.) Es müssen **auslösende Aktualfaktoren**, z. B. „stressfull life-events“, zeittextendierte Belastungen, Lebenskrisen eintreten, die die vorhandene Bewältigungsfähigkeit und die Ressourcenlage überschreiten. (An dieser Stelle erinnere ich noch einmal an das Beispiel mit dem 31jährigen Landwirtsohn und seinem dramatischen Schmerz in der Brust.)
- 7.) Es müssen noch weitere **pathogene Einflüsse und ungeklärte Faktoren** (z. B. Drogenkonsum, verdeckte toxische Familiemythen) einen schädigenden Einfluss ausüben.

Insgesamt müssen einige der genannten Faktoren eine „negative Synergie“ entfalten, um pathogen zu wirken, immer vorausgesetzt, dass keine protektiven Faktoren und Kompensationen gegeben sind und die vorhandenen Copingstrategien und Abwehrmechanismen, die aufgetretenen Probleme nicht bewältigen konnten, ohne sich dysfunktional zu fixieren.

SPEZIELLE THEORIE DER IT

Die spezielle Theorie der Therapie beschäftigt sich mehrperspektivisch mit den Feinstrukturen des therapeutischen Geschehens, mit den kurz- und mittelfristigen Zielen, mit den spezifischen Phänomenen der therapeutischen Interaktion. (z. B. Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehrmechanismen usw.)

PRAXELOGIE

Praxistheorien vermitteln die Wissenschaft von der systematischen Praxis, wobei Praxis und Theorie sich durchdringen.

Hierher gehören:

Interventionslehre
Methodenlehre

Interventionslehre

Die Interventionslehre bezieht sich auf Ziele und Settings, die durch die Metatherorie und Therapietheorie bereits angedeutet sind. Interventionen wirken strukturierend in das Leben des Patienten hinein.

Das Modell der integrativen Intervention differenziert folgende Interventionsbereiche:

- Prävention (Vorsorge durch prophylaktische Interventionen)
- Erhaltung (durch stabilisierende Interventionen)
- Restitutionen, Wiederherstellung (durch reparative Interventionen)
- Bewältigung (durch supportive Interventionen)
- in der Entwicklung (durch evolutive Interventionen)
- Repräsentation, öffentliche Vertretung (durch politische Interventionen) und
- Amelioration, Besserung (durch infrastrukturelle Interventionen)

Methodenlehre

Sie umfasst Überlegungen zu Methoden, Techniken, Medien, Formen, Modalitäten und Stile.

Methode ist ein theoriegeleitetes Ensemble von Strategien, das über Techniken und Medien verfügt und steht im Dienste zur Verwirklichung von Zielen im Rahmen des Verfahrens – IT, wie z. B. die Methode der IBT.

Techniken sind Instrumente zur Strukturierung von Situationen im Rahmen einer Methode, z. B. Rollentausch, Identifikations-, Doppeltechnik usw..

Einige wichtige mediengestützte Techniken, deren Anwendung mit Angabe des Einführungszeitpunktes [...] und der Autorenschaft seien hier ausführlicher angeführt:

- **Körperbild, Body Chart** [1965, Petzold, Sieper] als Umrissbild (was Struktursicherheit bietet aber auch Eingrenzungen) oder als freies Körperbild (was ein höheres projektives Potential hat);
- **Relationale Körperbilder** [1975, Petzold, Orth], die z.B. den eigenen Körper im Bezug/in Relation zum Körper des Vaters, der Mutter, des Partners, des eigenen Kindes, des Vorgesetzten darstellen;
- **Lebenspanorama/Panoramatechnik** [1967, Gesundheits-/Krankheitspanorama 1971 Petzold; Arbeitspanorama Petzold, Heini 1982, dreizügiges Karrierepanorama Petzold 1988]; im Unterschied zur fokalisierenden Betrachtung von Einzelereignissen wird hier unter longitudinaler, retrospektiver, aber auch antizipierend prospektiver Perspektive eine „Überschau“ mit synoptischen Qualitäten ermöglicht, eine praxeologische Umsetzung der „life span developmental psychology“;
- **Selbstbilder und Selbstportraits** [1965, Petzold, Sieper] als freie projektive Bilder des Selbst oder als realistische und Selbstportraits nach dem Spiegel gemalt, ggf. als **Rahmenbilder**; diese von der IT begründete „Rahmentchnik“ ermöglicht, auf einem breiten Rahmen/Rand externale Einflüsse auf eine „Innenwelt“ bildlich darzustellen;

- **Identitätsbilder** [1979, Petzold] hier werden die als „Fünf Säulen der Identität“ bekannt gewordenen Identitätsbereiche: („I. Leiblichkeit, II. Soziales Netzwerk, III. Arbeit/Leistung/Freizeit, IV. Materielle Sicherheiten, V. Werte) bildlich dargestellt – sofern die Instruktion dies vorgibt, auch unter longitudinaler Perspektive;
- **Ich-Funktionsbilder** [1979, Petzold], hier werden „primäre Ich-Funktionen“ (Denken, Fühlen, Wollen, Handeln, Memorieren etc.) eventuell auch „sekundäre Ich-Funktionen“ (Synthetisieren, Demarkation etc.) bildlich dargestellt – sofern die Instruktion dies vorgibt auch unter longitudinaler Perspektive;
- **Souveränitätsbilder** [1980, Petzold, Orth], hier wird der „innere Ort und der äußere Raum der Souveränität“ mit Rückgriff auf das Konzept der „persönlichen Souveränität“ (das an die Stelle des problematischen Autonomiekonzeptes tritt) als **Rahmenbild** dargestellt. In ähnlicher Weise können „**personal powermaps**“ erstellt werden, die Fragen nach Macht und Ohnmacht in relevanten Kontexten stellen;
- **Virtuelle Selbstpräsentation** [1997, Petzold, Müller z. B.], das Erstellen einer persönlichen Homepage – etwa in der Arbeit mit Jugendlichen – hat ein hohes projektives Potential und bietet auch therapeutische Chancen, Souveränität und Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und positive Kontrollüberzeugungen aufzubauen.
- **Eltern-Kind-Tryptichon** [1971, Petzold, Sieper], das Kind stellt sich, seinen Vater, seine Mutter nach eigener Wahl der Platzierung in Form eines Tryptichons dar. Die von der IT begründete **Tryptichontechnik** wurde seitdem jeweils theoriegeleitet vielfältig thematisch variiert (Körper-Seele-Geist; Selbst und zwei bedeutungsvolle Andere; Selbst zwischen Sicherheit und Unsicherheit; Arbeit-Freizeit-Ruhe, Innigkeit-Sexualität-Zärtlichkeit etc.);
- **Projektives soziales Netzwerk** [1969, Petzold in Ausarbeitung von Morenos (1936) Technik des „sozialen Atoms“], hier wird das soziale Netzwerk des Patienten dargestellt in der Regel als „Dreizonenprofil“: Kern-, Mittel-, Randzone, zuweilen spezifiziert als familiales, amikales, kollegiales oder visionales Netzwerk – sofern die Instruktion dies vorgibt auch unter longitudinaler Perspektive. In einem Netzwerk sind oftmals unterschiedliche „social worlds“ oder „représentations sociales“ vorhanden, die als „kollektive Kognitionen, Emotionen und Volitionen“ definiert werden und mit der „Sprechblasentechnik“ visualisiert werden können [1997 Müller, Petzold];
- **Familienskulpturen in Ton oder als Personenaufstellungen** [1969 Petzold], hier werden in Ausarbeitung von Morenos Ansatz des „sozialen Atoms“ Familienmitglieder vom Protagonisten aufgestellt oder in Ton geformt und arrangiert;
- **Ressourcenfeld, Konfliktfeld** [1975, Petzold], im Ressourcenfeld werden die Eigen- und Fremdressourcen der Person gemäß der Integrativen Ressourcentheorie (Petzold 1997p) dargestellt, im Konfliktfeld die Konflikte. Felddarstellungen ermöglichen Übersicht, eventuell auch unter Blick auf biographische bzw. Entwicklungs- und Sozialisationsdynamiken.
- **Innere Beistände/Innere Feinde** [1975, Petzold] (auch als „Über-Ich-Bänke“ bekannt). Unsere Persönlichkeit ist von internalisierten positiven und negativen Menschen „bevölkert“, deren Atmosphären und Botschaften unser Denken, unsere Gefühle und unser Verhalten bestimmen. Die bildliche Darstellung macht diese Einflüsse erkennbar. Diese und andere mediengestützte Techniken sind in zahlreichen Publikationen dargestellt worden, von denen die wichtigsten genannt seien: Petzold, Orth 1990, 1993, 1994; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Osten 1998; Müller, Petzold 1998, 1999).

Medien sind Träger von Informationen, z. B. Puppen, Malen, Ton, Musikinstrumente und andere kreative Medien.

Formen in der IT sind Arbeit in der Dyade - früher als Einzeltherapie bezeichnet, Paar-, Familien-, Gruppen- oder Netzwerkbehandlungen.

In der praktischen Gestaltung des therapeutischen Prozesses legt die IT indikationsspezifisch den Schwerpunkt auf verschiedene **Modalitäten**, vertritt also eine „multimodale Praxeologie“:

- **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, Linderung von Schmerzen erfahren, z.B. in Krisenepisoden und Phasen kritischer Lebensereignisse oder anlässlich der Bewältigung bestimmter, überfordernder Lebensaufgaben, z. B. Umgang mit Verlusten.
- **erlebniszentriert-stimulierende Modalität**, in der mit kreativen Medien und Methoden (IBT, Tanz...) sowie aktiver Imagination an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit mit ihren Strukturgefügen gearbeitet wird.
- **übungsorientiert-funktionale Modalität**, in der z.B. mit Relaxationsmethoden, körpertherapeutischen Übungen, Lauftherapie, Bogenschießen, Biofeedback etc. gearbeitet werden kann.
- **netzwerkaktivierende Modalität**, in der die Ressourcen sozialer Netzwerke aktiviert, defiziente oder toxische Netzwerke saniert und gute Netzwerkqualitäten gepflegt werden.

Der Fortschritt der Forschung und Erfahrung kann durchaus zur Entwicklung weiterer Modalitäten führen, z. B. in Richtung psychotherapierelevanter, naturheilkundlicher Verfahren oder mikroökologischer bzw. ökopsychosomatischer Ansätze.

Bei der konfliktzentriert-aufdeckenden Modalität geht es vornehmlich um die Überlegung, dass eine nachhaltige Veränderung durch therapeutische Einwirkung auf den Körper allein schwer zu erreichen sein wird. Patienten nach einer Bandscheibenoperation z. B. kommen oft einige Jahre später wieder zur 2. Operation, weil sie ihre „Leiblichkeit“ nicht umstellen konnten.

Wir greifen zu kurz, wenn wir nur am Körper „manipulieren“, wir müssen - wenn dies vom Patienten gewünscht wird - versuchen, das im memorativen Leib (Erinnerungsleib) Eingegrabene, das in seinen Archiven Archiviert und was sich als Projektion und als Befehl an die Muskulatur oder Magenschleimhautperpetuiert, in einem konfliktzentriert-aufdeckenden Verfahren zu verändern.

Es geht hier eben um das Einsichtig-Machen von in den Leib verdrängter Konflikte mit der nachfolgenden Auseinandersetzung auf der Sach- und Affektebene in der Aktionsphase und dann folgender Integration zur Umsetzung des revidierten bzw. neuen Konzeptes in der Praxis, um so in die Neuorientierungsphase zu münden.

Stile sind Qualitäten der Intervention im Rahmen der Methode, z. B.:

direktiv/non-direktiv
abstinent/zugewandt
aufdeckend/stützend

PRAXIS

Dyadische Therapie
Gruppentherapie
Familientherapie
Therapie von Netzwerken
Therapie von Institutionen, Organisationen

Ethiktheoretische Position der IT

Die Integrative Therapie vertritt eine situativ ausgerichtete Diskursethik, die also in der **Beziehung** und aus der **Situation** heraus erst wirklich wird (im Unterschied zur reinen Normsetzung).

Sie gründet in der Intersubjektivität und zielt ab auf die Integrität des Lebendigen (und dessen, was er erhält, z. B. eine unbeschädigte Ökologie).

Die Bewertung in der Situation muss jeweils ko-respondierend erfolgen:

- die situative Sachlage berücksichtigen,
- Rückbindung an vorhandene ethische Maximen aus dem Milieu generalisierter Humanität
- übergeordneter Rechtfertigungsgrundlage und
- mit Bezug auf die Umsetzungsmöglichkeiten der Adressaten der ethischen Leitprinzipien.

Die ethischen Aussagen und Zielvorgaben werden immer wieder in einem erneuten Diskurs gestellt, um sie erneut zu überprüfen:

- *Konsistenzpostulat* - Ethische Systeme sollten logisch, widerspruchsfrei sein.
- *Kongruenzpostulat* - Ethische Systeme sollten mit dem Stand vernunftgegründeter, zeitgemäßer wissenschaftlicher Erkenntnis nicht unvereinbar sein.
- *Realisierbarkeitspostulat* - Ethische Ziele sollten mit Bezug auf Realisierbarkeit erarbeitet werden.

Da es keine objektiven Werte gibt, gibt es keine Ethik für die Ewigkeit. Sie würde zur Glaubenslehre geraten, die ihrerseits immer Ketzer- und Bücherverbrennungen, Einkerkerung und in neuerer Zeit Psychiatrisierung anders Denkender im Gefolge hätte.

Der mehrperspektivische Zugang der IT führt zum Verzicht auf den Anspruch, im Besitz einer ultimativen, ewigen Wahrheit (philosophischer, religiöser, politischer, naturwissenschaftlicher und natürlich auch therapietheoretischer Art) zu sein.

Ausgangslage einer Psychotherapie mit IT

Der Therapeut bringt die engagierte Bereitschaft mit, sich aus einer intersubjektiven Grundhaltung mit dem Patienten als Person, mit seiner Lebenslage und Netzwerksituation partnerschaftlich auseinander zu setzen, mit seinem Leiden, seinen Störungen, Belastungen, aber auch mit seinen Ressourcen, Kompetenzen und Entwicklungsaufgaben, um mit ihm gemeinsam an Gesundheit, Problemlösungen und Persönlichkeitsentwicklung zu arbeiten, wobei er ihn nach Kräften „lege artis“ professionell unterstützt und fördert.

Der Patient erklärt seine prinzipielle Bereitschaft, sich mit sich, seiner Störung, ihren Hintergründen und seiner Lebenslage sowie (problembezogen) mit dem Therapeuten und seinen Anregungen partnerschaftlich auseinander zu setzen.

Er hat - seinen Möglichkeiten entsprechend – seine Kompetenzen/Fähigkeiten und Performanzen/Fertigkeiten, seine Probleme und seine subjektiven Theorien einzubringen sowie Verantwortung für das Gelingen seiner Therapie mit zu übernehmen.

Therapeut und Patient erkennen die Prinzipien der „doppelten Expertenschaft“ an – die des Patienten für seine Lebenssituation und die des Therapeuten für klinische Belange – des Respekts vor der „Andersheit des Anderen“ und vor ihrer jeweiligen „Souveränität“. Sie vereinbaren und bemühen sich, auftretende Probleme im therapeutischen Prozess und in der therapeutischen Beziehung ko-respondierend zu bearbeiten.

Das therapeutische Setting muss gewährleisten, dass Patientenrechte, Fachlichkeit und die Würde des Patienten gesichert sind und der Therapeut die Bereitschaft hat, seine Arbeit (die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, im Krisenfall unter seiner Teilnahme) durch Supervision fachlich überprüfen und unterstützen zu lassen.

Verfahrensweise der psychotherapeutischen Arbeit mit IT

DIE GRUNDREGEL der INTEGRATIVEN THERAPIE, 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 gesondert therapeutisch zu begründen, etwa im Fall erforderlicher Stütze, Strukturierung, Grenzziehung, Krisenintervention, Verwendung therapedidaktischer Strukturierungen (z.B. Kreativer Medien, Rollenspiel, IT-Techniken etc.), verhaltensbezogener Übungen oder der Entwicklung von Coping-Strategien (Coping s. u.).

Eine wesentliche Dimension des Geschehenlassens, Wirkenlassens und Handelns liegt im Gewahrsein des Augenblicks. So geht man davon aus, dass eine Szene der anderen folgt, ein Wort das andere ergibt, ein Gefühl das andere hervorruft, eine emotionale Berührung zur anderen führt.

Der Therapeut 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 und mit ihm darüber Übereinkunft erzielt. Anschließend beginnt er gemeinsam mit dem Patienten die Phänomene zu klären und ansatzweise zu interpretieren. Dies geschieht unter Zuhilfenahme von bewährten Heuristiken und jeweils auszuwählenden Perspektiven und Optiken (s. u.).

Die IT bezieht sich auf das Hier-und-Jetzt. Dem Hier-und-Jetzt sind stets Strukturen des "Dort-und-Dann" inhärent, sowohl im Hinblick auf die Vergangenheit, als auch auf die Zukunft (Schuch 2001b).

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).

Das 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.

Diese Strukturen sind im Austausch mit dem Patienten zu ermitteln und zunächst hypothetisch zu interpretieren. Therapeut und Patient schließen demnach von der phänomenalen Ebene auf sinnhafte Strukturen und inhärente Entwürfe, aus der Narration auf Narrative.

Erstes Validitätskriterium der hypothetischen Interpretation sind Gefühl und Einschätzung des Patienten: Es muss sich für ihn stimmig anfühlen und ihm einleuchtend vorkommen.

Ein besonderes technisches Instrument kann hierbei z.B. das so genannte 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. schädigende oder schützende Lebensereignisse und ordnet sie biographisch entwicklungspsychologisch ein. Durch die biographisch entwicklungspsychologische Einordnung von Schädigungsebenen bzw. Schutzfaktoren 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.

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.

Auf der Grundlage der sich in der intersubjektiven Ko-respondenz prozessual 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 und tragende Strukturen der Biographie zu fokussieren und in ihrer Relevanz für die Persönlichkeitsentwicklung und Lebensführung erfahrbar zu machen.

Im letzten Schritt kommt es vermittels ko-respondierender Auseinandersetzung zu einer gemeinsamen Einschätzung der Situation. Therapeut und Patient erfassen die Mitteilungen des Patienten im Kontinuum dessen Lebensspanne und der dazugehörigen Kontexte, 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.

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 unterschiedlichen Rollen und Kompetenzen den Therapieverlauf lenken und Einfluss nehmen können.

Nicht zuletzt geht es hier auch darum, kontinuierlich den sogenannten informed consent herzustellen. Informed consent bedeutet u. a., den Patienten über die Befunde und Vorgehensweise des Therapeuten von vornherein 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.

ZUR GRUNDREGEL der IT gehört weiters: Im psychotherapeutischen Prozess realisiert der Therapeut eine prozessual, situativ und relational jeweils kreativ neu zu generierenden, reflektierten *Kombinatorik von Perspektiven, Optiken, Heuristiken*.

Zentraler Faktor bei der Auswahl und Gestaltung der jeweiligen Kombination ist die Mehrebenenreflexion, insbesondere die Triplexreflexion zur Hermeneutik des sprachlichen und nicht sprachlichen 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, spezifischen 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 und auf der jeweiligen Entwicklungsstufe mit Bedeutung versehen hat.

Die in diesem Verfahren liegenden und sich daraus ergebenden Interventionen erfolgen diagnose- und indikationsspezifisch sowie durch Triplexreflexion (siehe unten) 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, auf die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken (Elemente s.u.) oder bestimmte manualisierbare, regelhaft zu befolgende Abläufe festzulegen.

Einige unerlässliche Definitionen:

- **Heuristiken** sind Modellvorstellungen 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 – mit anderen Worten - der Mensch wird in seiner "Lebenspanne" gesehen.
- **Optiken** sind Betrachtungsweisen, die sich z. B. auf Entwicklung beziehen, auf Psychodynamik, auf systemisch-interaktionale, ökologische, kognitiv-behaviorale Betrachtungsweisen.
- **Hermeneutik** des sprachlichen und nicht sprachlichen 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 Gefühlskräfte.
- **Tiefenhermeneutik** heißt Analyse, Interpretation und Sinnverstehen eigenleiblicher Wahrnehmung. Wesentliche Bestandteile der Tiefenhermeneutik sind eigenleibliches Spüren, Erfassen von Atmosphären, Erfassen von Gefühlsqualitäten und nicht zuletzt szenisches Verstehen des leiblichen Erlebens.
- **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.
- **Triplexreflexion**: Der Therapeut bedient sich zur Klärung und Analyse des Geschehens, Wirkens 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

Weitere Definitionen siehe Homepage des Departments für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie:

www.donau-uni.ac.at/psymed – Lehrgänge auswählen: Psychotherapeutische Medizin – linke Randspalte – Literatur – Lexikon für Integrative Therapie (A. Schweighofer 2001), Anhang einer Masterthese, pdf-Datei zum Downloaden.

LITERATUR

Frühmann Renate, **Petzold**, Hilarion G. (1994) Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann Verlag

Leitner Anton (2010) Handbuch der Integrativen Therapie. Springer Verlag: Wien New York

Leitner Anton, **Sieper** Johanna (2008) Unterwegs zu einer integrativen Psychosomatik. Das bio-psycho-soziale Modell des Integrativen Ansatzes. In: Zeitschrift Integrative Therapie, 3/2008, ISSN 0342-6831. Wien: Krammer Verlag

Petzold Hilarion G. (2003) Integrative Therapie, 3 Bände. Paderborn: Junfermann Verlag

Petzold Hilarion G. (1996) Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Band I (2 Bücher). Paderborn: Junfermann Verlag

Schuch Hans W. (2003) Geschichte und Psychotherapie, in: Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag

Schuch Hans W. (2008) Darum Integrative Therapie. Integrative Therapie als angewandte, kritische Humanwissenschaft mit dem Ziel der Humantherapie. In: Zeitschrift Integrative Therapie, 3/2008, ISSN 0342-6831. Wien: Krammer Verlag

WEITERFÜHRENDE LITERATUR – im Internet unter:

<http://www.fpi-publikation.de>

Link zur Homepage des Universitätslehrganges: <http://www.donau-uni.ac.at/psymed/it>