Zeitschrift für Theorie und Praxis in der Beratung
Jahrgang 22, Heft 3/2021

Inhalt

Editorial 2

Hilarion Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper:
„14 plus 3“: Einflussfaktoren und Heilprozesse
im Entwicklungsgeschehen 4

Christoph Kriescher:
Partnerschaft und Substanzstörung 49

Buchbesprechungen 80
Impressum 96

Editorial

Dass im beraterischen als auch therapeutischen Arbeiten mit Menschen, kein Zugang der einzig Richtige ist, war schon vor mehr als 50 Jahren Hilarion Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper, eine wichtige Erkenntnis. So haben sie gemeinsam das Integrative Verfahren entwickelt. In ihrem Artikel *„14 plus 3“ Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen: Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren – Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie* wird dieser nie abgeschlossene Entwicklungsprozess deutlich. Zunächst einmal werden 14 Wirkfaktoren vorgestellt, die die Autor*innen erstmals 1993 beschrieben haben. Aus einer wachsenden Erkenntnis therapeutischer Beobachtung heraus wurden diese Faktoren um drei weitere ergänzt: 15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs, 16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen und 17. Synergetische Multimodalität. Deutlich werden Überschneidungen der Ansätze der „Psychologischen Therapie“ von Klaus Grawe und der „Integrativen Therapie“. Nicht ohne Grund, denn Petzold lehrte von 1980-1989 als Gastprofessor am Institut von Grawe erlebnisaktivierende Therapieverfahren und arbeitete als Supervisor mit den Mitarbeitern der psychologischen Praxisstelle dieser Abteilung. So zeichnen sich beide Ansätze durch eine methodenintegrative Ausrichtung aus. Der vorliegende Artikel bietet die Möglichkeit, Einblick in den Ansatz des Integrativen Verfahrens zu bekommen als ein methodenübergreifendes, differentielles und ganzheitliches.

Auf dem Hintergrund des Integrativen Verfahrens stellt Christoph Kriescher in seinem Artikel *Partnerschaft und Substanzstörung* die Arbeit mit Angehörigen suchterkrankter Menschen vor. Da Suchterkrankungen nicht nur Körper und Psyche der Betroffenen schädigen, sondern auch das soziale Netzwerk, bekommt die Begleitung und der Einbezug der Angehörigen, um dysfunktionales Verhalten zu thematisieren, für die Rückfallprophylaxe nach der Behandlung eine zentrale Bedeutung. Auf der Grundlage sozialpsychologischer und klinischer Überlegungen begründet wird das Konzept der Angehörigenseminare der *salus-klinik* vorgestellt.

In den Buchbesprechungen sei insbesondere auf den Sammelband *Climate Action – Psychologie der Klimakrise – Handlungshemmnisse und Handlungsmöglichkeiten* hingewiesen. So wünschen sich laut einer Umfrage zwischen 82% und 94% der Befragten den Umwelt- und Klimaschutz als Voraussetzung für geplante Investitionsprogramme, 86% der Deutschen sind sogar zu deutlichen Einschränkung ihres Lebensstils bereit, um das Klima zu schützen. Aber wie kommt es, dass trotz dieser expliziten Aussagen so wenig politische Konsequenzen folgen? Genau das ist das Thema, dem sich die Autor*innen, alles Mitglieder der Psychlogist/Psychotherapists for future (Psy4F), widmen und dazu namhafte Wissenschaftler, Klimaaktivisten aus der bio-

psycho-sozialen und ökologischen Community zu Beiträgen gewinnen konnten.
Eine anregende Lektüre wünschen Ihnen

Christine Kröger & Rudolf Sanders

„14 plus 3“
Einflussfaktoren und Heilprozesse im Entwicklungsgeschehen:
Belastungs-, Schutz- und Resilienzfaktoren –
Die 17 Wirk- und Heilfaktoren in den Prozessen der Integrativen Therapie
– A preliminary report 2014 –*

Hilarion Petzold, Ilse Orth, Johanna Sieper (2014d/2016n)

> *„Man kann es sich heute m. E. nicht mehr leisten zu glauben, dass mit einem Verfahren – ganz gleich ob mit der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie oder der Gestalttherapie – alle Störungen angegangen werden können. Die Forderung nach multimodalem Vorgehen und differenzierten Indikationen wird sich auf Dauer nicht mehr negieren lassen“* (*Petzold* 1974j, 305).

1. Wege des Integrierens im Integrativen Ansatz

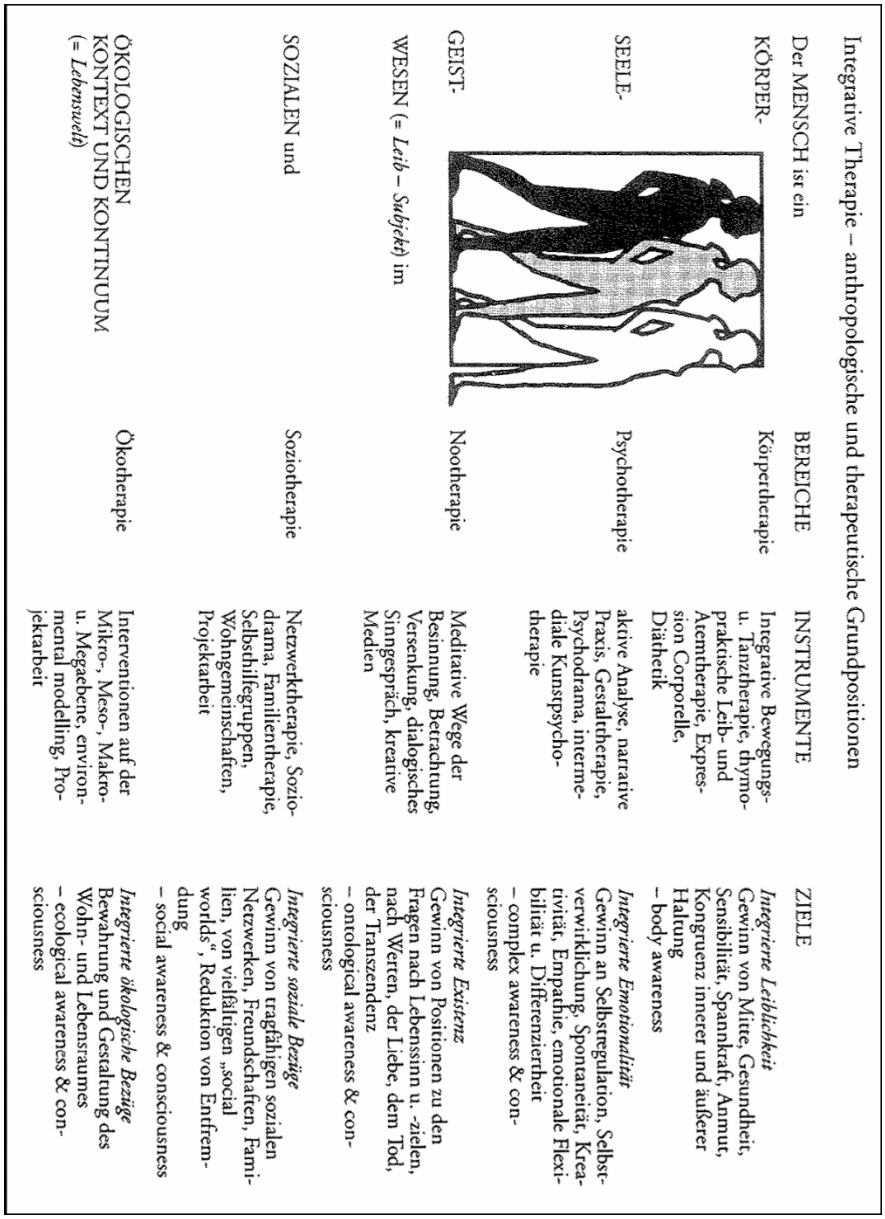
Integration von **konvergenten** und **differenten** theoretischen Konzepten und von praxeologisch-methodischem Handwerkszeug ist seit den Anfängen der **Integrativen Therapie** Mitte der 1960er Jahre für diesen Ansatz kennzeichnend gewesen. Er hat mit einem **„modèle biologique, psychologique, sociologique et écologique, dit biopsychosocioécologique“**(**Basismodell I**, *Petzold* 1965, 2) ein erstes „systematisches Integrationsprogramm“ relevanter **Integrationsbereiche** in der Psychotherapie vorgelegt als Vorbote des derzeit aktuellsten „biopsychosozialen Ansatzes (*Egger* 2005*;* 2015) und sogar noch weiter greifend als dieser, weil zusätzlich die **ökologische Dimension** einbezogen wurde, die wir schon immer als therapie-

---

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen mailto: forschung.eag@t-online.de, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: http://www.Integrative Therapie. de). Der Text wurde 2014 als Handout für die Studierenden und DozentInnen an der EAG verfasst, und 2016 um einige Literatur ergänzt mit der Sigle 2016n eingestellt. Es wird an ihm weiter gearbeitet, um dann immer wieder in erweiterter Form publiziert zu werden – Search and research goes on.

und heilungsrelevant betont hatten und die bei den gravierenden, menschenverursachten ökologischen Problemen größte Bedeutung hat (*Petzold, Petzold-Heinz, Sieper* 1972).

Durch die Komponente **„Bio“** wurden für die Therapie Ansätze der **Körpertherapie** erforderlich, durch die Komponente **„Psycho“** Ansätze der **Psychotherapie** und **Nootherapie** (Fragen des geistigen Lebens/Spiritualität). Komponente **„Sozio“** verlangt **Soziotherapie** und das Element **„Öko“** verlangt **Ökotherapie/**mikroökologische Interventionen, wie Garten-, Landschafts-, Waldtherapie (*Petzold, Petzold-Heinz, Sieper* 1972, *Petzold* 2011h) usw. Dieses Basismodell war am differentiellen und ganzheitlichen **Menschenbild** (Petzold1965) des Integrativen Ansatzes (Abb. 1) orientiert.



Integrative Therapie – anthropologische und therapeutische Grundpositionen

Der MENSCH ist ein	BEREICHE	INSTRUMENTE	ZIELE
KÖRPER-	Körpertherapie	Integrative Bewegungs- u. Tanztherapie, thymopraktische Leib- und Atemtherapie, Expression Corporelle, Diätetik	*Integrierte Leiblichkeit* Gewinn von Mitte, Gesundheit, Sensibilität, Spannkraft, Anmut, Kongruenz innerer und äußerer Haltung – body awareness
SEELE-	Psychotherapie	aktive Analyse, narrative Praxis, Gestalttherapie, Psychodrama, intermediale Kunstpsychotherapie	*Integrierte Emotionalität* Gewinn an Selbstregulation, Selbstverwirklichung, Spontaneität, Kreativität, Empathie, emotionale Flexibilität u. Differenziertheit – complex awareness & consciousness
GEIST-	Nootherapie	Meditative Wege der Besinnung, Betrachtung, Versenkung, dialogisches Sinngespräch, kreative Medien	*Integrierte Existenz* Gewinn von Positionen zu den Fragen nach Lebenssinn u. -zielen, nach Werten, der Liebe, dem Tod, der Transzendenz – ontological awareness & consciousness
WESEN (= *Leib – Subjekt*) im SOZIALEN und	Soziotherapie	Netzwerktherapie, Soziodrama, Familientherapie, Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Projektarbeit	*Integrierte soziale Bezüge* Gewinn von tragfähigen sozialen Netzwerken, Freundschaften, Familien, von vielfältigen „social worlds", Reduktion von Entfremdung – social awareness & consciousness
ÖKOLOGISCHEN KONTEXT UND KONTINUUM (= *Lebenswelt*)	Ökotherapie	Interventionen auf der Mikro-, Meso-, Makro- u. Megaebene, environmental modelling, Projektarbeit	*Integrierte ökologische Bezüge* Bewahrung und Gestaltung des Wohn- und Lebensraumes – ecological awareness & consciousness

Abb. 1: Menschenbild der Integrativen Therapie, aus *Petzold* (1974j/1988n, 188)

Ein solches weitausgreifendes Konzept erforderte beim damaligen [1965] wie immer noch beim jetzigen [2014] Stand der

Praxeologie ein multimethodisches und multimodales Vorgehen, für das wir als **Basismodell II** (*Petzold* 1971c, f, 1980q, 1993p) einen **Common and Divergent Concept and Factor Approach** entwickelt haben, bei dem wir nach den in den verschiedenen „Mainstreams der Psychotherapie“ vorhandenen *gemeinsamen/konvergenten* und *verschiedenen/-*

divergierenden Theoriekonzepten und den ihnen *gemeinsamen* oder *differierende* Wirkfaktoren Ausschau gehalten haben. Wir haben damit die großen Therapieschulen unter einer *systemischen* Perspektive „gescanned“, um herauszufinden, **wo** sie ***was*** als heilend wirkende Konzepte beschrieben haben, die sich auch in einem anderen Mainstream finden, so dass Gemeinsamkeiten auszumachen sind. In einem Schnittmengendiagramm (Abb. 2) haben wir das visualisiert (*Petzold* 1980q).

Legende zur nachstehenden Abbildung 2:

I Psychoanalyse/Tiefenpsychologie (*Freud, Jung, Adler, Lacan*)
II Humanistische Psychotherapie (*Moreno, Perls, Rogers*)
IIIVerhaltenstherapie (*Eysenck, Kanfer, Meichenbaum*)
a Homologes/Konvergentes (dunkelgraues Feld)
b Similäres (hellgraue Felder)
c Divergentes und Differentes (weiße Felder)
d Synergetisches (mittelgraue Felder)
1 Verfahren, die zu Psychoanalyse/Tiefenpsychologie *und* Humanistischer Psychotherapie Ähnlichkeiten haben
2 Verfahren, die zu Humanistischer Psychotherapie *und* Verhaltenstherapie Ähnlichkeiten haben
3 Verfahren, die zu Verhaltenstherapie und Psychoanalyse Ähnlichkeiten haben.

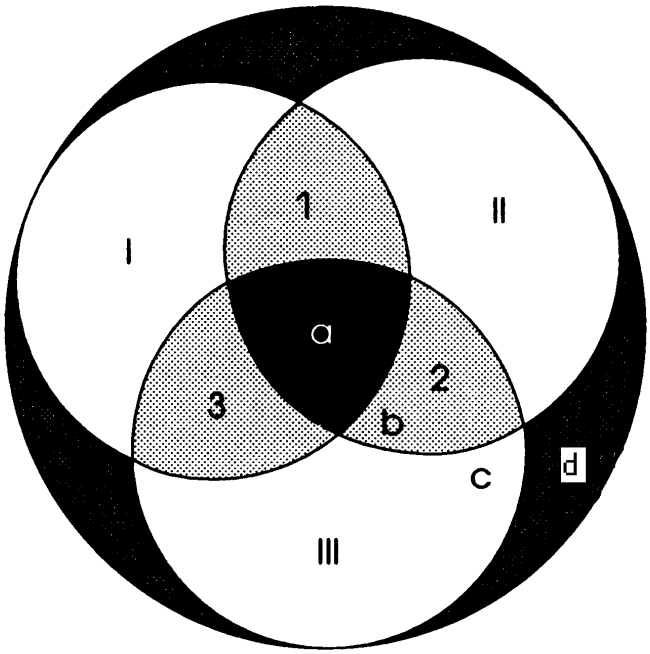


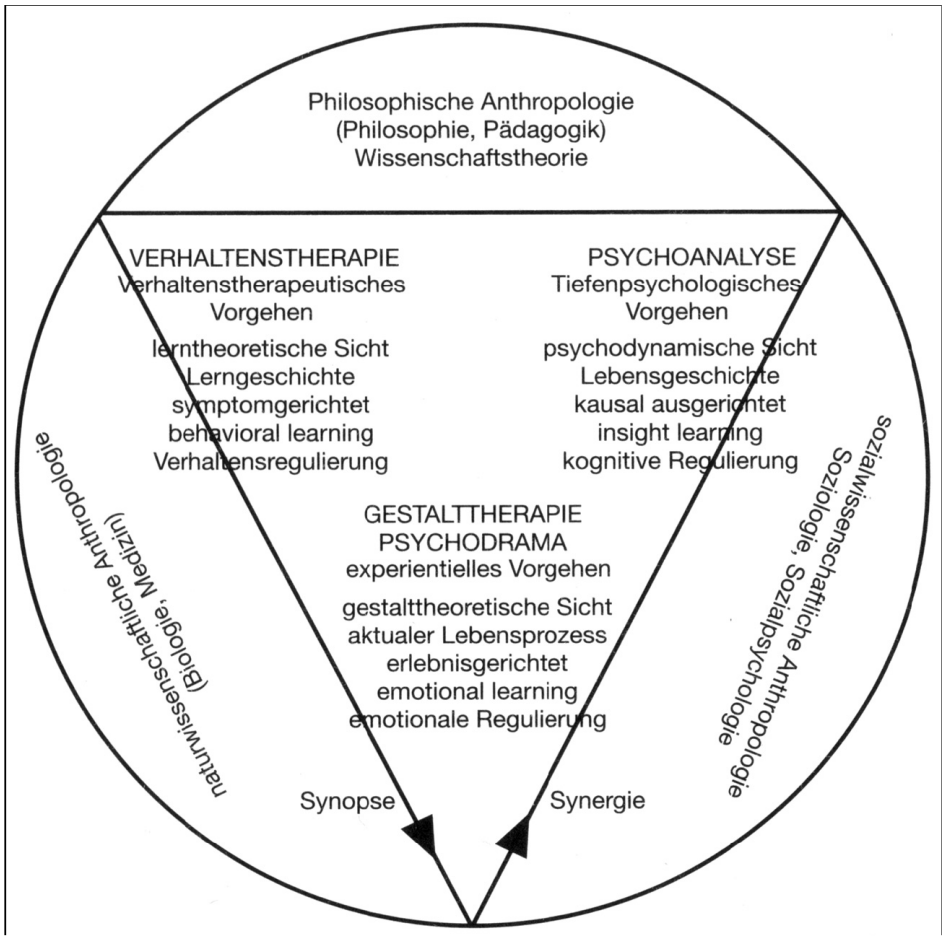
Abb. 2: Homologien und Differenzen – „*common and divergent concepts*“ in den Orientierungen der Psychotherapie (Schnittmengendiagramm nach *Petzold* 1971f – hier auf Therapieschulen übertragen aus *Petzold* 1980q)

Die bei einem solchen Vorgehen aufgefundenen Materialen müssen zueinander in Beziehung gesetzt werden, um zu erproben und dann zu sehen, was wie miteinander verbunden werden kann. Aufgrund dieser Erfahrungen müssen dann Studien durchgeführt werden, um eine evidenzbasierte Basis zu finden. Daran mangelt es noch immer.

In einer weiteren Ausfaltung haben wir dieses Modell durch das **Synopse-** und **Synergieprinzip** als **Basismodell III (***Petzold* 1974j, 301ff., Diagramm III, 1988n, 1993a) wie folgt präzisiert:

Das Gesamt/Ensemble der Sichtweisen (*synopsis*) und der Interventionswirkungen (*synergeia*) ist [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teilperspektiven und Teilwirkungen.

Diese Sicht geht auf *Aristoteles* zurück und findet sich immer wieder in der Ideengeschichte – in neuerer Zeit in Gestaltpsychologie und Gestalttheorie (*Koffka* 1935/2007). Durch Differenzierung von konnektivierenden bzw. collagierenden *schwachen Integrationen*, die Wissensstände und Praxen vernetzen, weiterhin *starken Integrationen*, welche durch systematische Durchdringung von Theorien und Praxeologien erarbeitet werden und schließlich von *emergenten Integrationen,* die durch dichte informationale Vernetzung auftauchen, wurde die Praxis des Integrierens noch klarer strukturiert (*Petzold* 2002a/2003a, 25ff.; *Sieper* 2006). Im Hintergrund steht dabei eine Sicht grundsätzlicher **Interdisziplinarität** und die Möglichkeit zu einer – das „**inter**" mit neuen emergierenden Qualitäten übersteigenden – **TRANSDISZIPLINARITÄT** (*Petzold* 1998a, 22ff/ 2007a). Jede Wissensdisziplin trägt zum Verständnis komplexer Zusammenhänge bei. Hinter jedem psychotherapeutischen Mainstream stehen Grundlagenwissenschaften bzw. therapierelevante Referenzwissenschaften, die beigezogen werden müssten, aber oft nur marginal oder auch gar nicht berücksichtigt werden. Da aber Wissenschaften beständig neues Wissen schaffen, stehen Therapieverfahren beständig vor der Aufgabe eines Updatings. Für die Integrative Therapie haben wir schon früh diese Aufgabe umrissen (*Petzold* 1974j, 304f.):



INTEGRATIVE THERAPIE
multimediales Vorgehen
systemtheoretische Sicht
biographischer, aktualer und
prospektiver Kontext
komplexes Lernen
integrative Regulation

Abb. 3: Systemverbund durch Synopse und Synergie (*Petzold* 1974j, 304, Diagr. III; 1988n).

Um Verbindungen zu erleichtern, haben wir die Erarbeitung spezifischer „**Integratoren**“ vorangetrieben: auf der Ebene der **Metatheorie** (z. B. Leiblichkeit, Naturbezug, Sinn, Ethik etc.), der

klinischen Theorie (z. B. Kontext/Kontinuum, Entwicklung, Lernen etc.) und der Ebene der **Praxeologie** und **Praxis** (Lebenslage, Relationalität, Wirkfaktoren etc.) mit ihrer Gewichtung und Reichweite (1994a, 2003a, 66ff., 2006p)

Im **Basismodell III** (2002a, 2003e, 2007q; *Orth, Petzold* 2000; *Sieper* 2006) werden neu hinzukommende Theoriebausteine oder eine Interventionsmethodik auf die jeweilige „Integrationsfähigkeit" geprüft. So steigt die Möglichkeit des Integrierens mit Anzahl und Gewichtung der **Integratoren**, ihrer „Integrationsdichte" (*Sieper* 2006, 129f.). Diese Modelle gehen damit über ein „triviales" Differenzieren und Integrieren, wie es *jedes menschliche Lernen* von Einzelpersonen und Gruppen kennzeichnet (*Sieper, Petzold* 2002/2011) deutlich hinaus. Sie unterscheiden sich damit von dem „Integrieren", das *Gerhard Hintenberger* (2016) allen Therapieschulen zuschreibt. Natürlich integrieren sie in trivialer Weise, was sonst? – Eine Banalität. Damit ist aber noch keine explizite „Theorie des Differenzierens und Integrierens" in der und für die Psychotherapie vorgelegt, und eine solche findet sich in den *trivial* integrierenden Therapieschulen bis heute nicht oder nur rudimentär. *Hintenberger* verkennt damit die originelle Leistung, der von uns inaugurierten „Integrativen Therapie", für die wir eine solche differentielle Integrationstheorie über die gesamte Zeit ihrer Entwicklung erarbeitet haben (*Petzold* 1965, 1974j, 1993a) bis zu ihren Innovationen in der „Dritten Welle" (*Petzold* 2000e, 2002a, 2015k; *Petzold, Orth, Sieper* 2014; grundlegend *Petzold* 2003a, 66ff., 2007q; *Sieper* 2000, 2006). *Hintenberger* (2016) hat durchaus instruktiv, wenngleich mit wesentlichen Lücken, unser Integrationsmodell mit *seinem* Integrationsprozess und wichtigen Konzepten in dem Lehrfilm des "Departments für Biopsychosoziale Gesundheit und Psychotherapie" an der Donau-Universität Krems vorgestellt: „**Integration in der Integrativen Therapie**", ohne uns als die Urheber dieses Integrationsmodells auch nur erwähnt zu haben[1] oder, wie sonst in der Wissenschaft üblich, im eigenen Paradigma zumal, uns zu konsultieren! [2] Wir hätten ihm abgeraten, die „Expositionstherapie" bei Angst- und Traumabehandlungen als Beispiel zu nehmen, besonders ohne die möglichen „Risiken und

---

[1] Das wurde inzwischen aufgrund unseres Plagiatsvorwurfs von der neuen verantwortlichen Leitung des Departments Prof. Pieh korrigiert: https://www.youtube.com/watch?v=rrSvEDoccP4, Abspann.

[2] Die fiktionale Protagonistin "Julia" mit „Nonnenschleier" – so ein erster Eindruck – darzustellen, hätte wohl nicht unsere Zustimmung gefunden.

Nebenwirkungen“ zu thematisieren und auf die Pflicht zu verweisen, darüber aufzuklären (vgl. *Märtens, Petzold* 2002 und die RISK-Studie der DUK 2012[3]). Wir hätten moniert, die noch strittig diskutierten neurobiologischen Wirkungsmechanismen von Expositionen als Fakten darzustellen, statt sie zu problematisieren und die Wege *sanfterer* Interventionen stärker herauszustellen (*Petzold* 2004l; *Spangenberg* 2015). Die so bedeutende Rolle der **Forschung** (*Steffan, Petzold* 2001) wird von *Hintenberger* in dem Feature ohnehin nur marginal behandelt und die Bedeutung der **Ethik** – obwohl er doch Theologe ist – gänzlich negiert (vgl. aber *Moser, Petzold* 2000; *Petzold* 1990n, 2000, 2009k; *Petzold, Orth, Sieper* 2010). Er stellt prioritär auf das, in der Tat wichtige, „Menschenbild“ ab (*Petzold* 2003e, 2012f), ohne es wirklich zu explizieren. Mit *Emmanuel Levinas* (1961, 1983) „*Totalité et Infini: essai sur l'extériorité*“ sehen wir im **Integrativen Ansatz** aber „*Ethik als die erste Philosophie*“[4] (*Levinas* 1998; *Petzold* 1996k) und mit *Henry Dunant* (1865, 1887) sehen wir altruistische „*Hilfeleistung und Verantwortung als erste Praxeologie*“ [5], wenn es um Menschen in Not, Elend und Gefahr geht (*Orth, Petzold* 2013; *Petzold, Sieper* 2011; *Leitner, Petzold* 2005/2010). Beides hat die Gewährleistung der **Würde** und **Integrität** des Anderen als erstes Ziel (*Sieper, Orth, Petzold* 2010; *Petzold, Sieper* 2011) und dann effektive „**Wege der Heilung und Förderung**“ als zweites Ziel (*Petzold* 1988d, 2012h).

Dieses Modell wurde explizit von uns nicht nur für die Integrative Therapie geschaffen, sondern im Sinne unseres „**Therapietheoretischen Imperativs**“ für das gesamte Feld der Psychotherapie und verwandter Therapiemethoden:

„Erarbeite therapeutische Konzepte und Methoden so, dass sie an die Grundlagenwissenschaften (z. B. Psychologie, Neurobiologie, Medizin) und die Forschungsergebnisse der Psychotherapieforschung anschlussfähig sind und durch neue Forschung überprüft werden können. Entwickle Beiträge so, dass sie nicht nur der eigenen Richtung

[3] *Leitner, T.* et al. (2012): Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie Endbericht Juli 2012. http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf; (Märtens, Petzold 2002)

[4] *Levinas, E.* (1998): L 'éthique comme philosophie première, Paris: Payot.

[5] *Dunant, J. Henry* (1865): La charité sur les Champs de bataille. Le Traite de Genève et Un Souvenir de Solferino. Associations permanentes et universelles de secours aux militaires blessés, Paris: Hachette.

dienen, sondern für das gesamte Feld der Psychotherapie und vor allem für PatientInnen von Nutzen sind. Was wirklich grundlegend wichtig ist, muss für alle Richtungen und für PatientInnen Bedeutung haben und mit ihnen partnerschaftlich umzusetzen sein“ (*Petzold* 2000e, 2009c, 31).

Unser Modell wird seit langem als bedeutsam angesehen (*Zundel* 1987; *Geuter* 2008): „Denn zurzeit stellt die von H.G. Petzold u.a. entwickelte ‘Integrative Therapie‘ und ihr Metamodell, der ‘Tree of Sience‘ als mehrperspektivische Folie und ihr Integrationsprozessmodell, eines der komplexesten Denkmodelle zur Emanzipation des Individuums und der Gesellschaft nicht zuletzt auch im Dienste der Humanität und der Ökologie dar“ (*Schlöhmer-Bracht* 2016, 4). Es ist ein „strukturell unfertiges Modell“, denn man ist „immer auf dem Wege“ (*Petzold, Orth* 2004b): Der Mensch durchs Leben, ein Therapieverfahren durch die klinischen Erfahrungen und Forschungsprozesse …. Open ended!

Wer wirklich “auf dem Wege“ ist oder in den “Fluss des *Heraklit*“ (DK B 12) steigt, dem fließt immer neue Erkenntnis zu und immer neues Wissen, Weisheit zuweilen. Vieles ist ungeordnet, manches formt sich wie von selbst, wird prägnant, anderes erfordert mühevolle Integrationsarbeit (*Sieper* 2000). Das meiste aber treibt weiter, um dann und wann w i c h t i g zu werden, für mich, für dich, für irgendwen … Das ist im integrativen Verständnis das Wesen wissenschaftlicher Forschungs- und Entwicklungsarbeit.

2. Integrative Entwicklungstherapie – eine Humantherapie in der Lebensspanne

Wir (*Hilarion Petzold* und *Johanna Sieper*) hatten 1965 im gerontotherapeutischen Kontext und zeitgleich auch in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unseren **Integrationsansatz** erarbeitet und diese Erfahrungen, am Anfang und Ende des Lebens therapeutisch und agogisch zu arbeiten, waren wesentlich, diesen unseren Ansatz als eine „**Integrative Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“, eine „**integrative lifespan developmental therapy**“ (*Petzold* 1992e, *Sieper* 2007b) zu erarbeiten, die reine Psychotherapie überschreitet hin zu einer „Humantherapie“ (*thérapie humain*, Petzold 1965, 2):

- Dieser Ansatz zentriert zum einen auf die lebenslange, persönliche Integrationsarbeit jedes Menschen als „Leibsubjekt in der Lebensspanne“ an, als „*l'intégration de la vie*“(*Petzold* 1965, 17) – in der Therapie unterstützt durch Methoden der Lebensbilanzierung („*bilan de vie*“, ibid), die nicht nur am Lebensende, sondern immer wieder auch in Zwischenbilanzen stattfindet, um besonnene/sinngetragene und ko-kreative Lebensgestaltung zu ermöglichen (*Iljine*, *Pezold*, *Sieper* 1967; *Petzold* 2001k), eine „*Poiesis in der Lebensspanne*“, bei der „das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich“ wird (*Petzold* 1999q) und „persönliche Souveränität“ gewinnt (*Petzold, Orth* 2014). Der „Leibbegriff“ von *Merleau-Ponty,* von uns differentiell ausformuliert mit den fünf Dimensionen „Körper-Seele-Geist-Soziales-Ökologisches“ (*Petzold* 1965, 18) durch Einbezug seines „Lebenswelt-Konzeptes“ (ibid. 20), das *Husserl* überschreitet, waren hier fundierender Hintergrund. „Der Mensch ist ein Körper-, Seele-, Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Lebensraum (*Lebenswelt*). Deshalb müssen wir ihm in dieser Welt und in diesen Dimensionen begegnen“ (ibid. 20[6]) – so die „anthropologische Grundformel“ der IT bis heute (*Petzold* 2003e, *Petzold, Orth, Sieper* 2014).

- Zum anderen hatten wir, weil uns in der Psychotherapie insgesamt und in der Gerontotherapie im Besonderen eine integrierende, differentielle und ganzheitliche Integrationstheorie fehlte („*qu'il n'existe aucune approche intégrative, différentielle et holistique*“, *Petzold* 1965, 19), die Entwicklung einer „Integrativen Therapie und einer integrativen Sozial- und Bildungsarbeit in Angriff genommen“ (ibid. 19) und zwar als eine umfassende „**Humantherapie**“ („*thérapie humain*“, ibid. 2), die Psychotherapie unter Einbezug von Sozialarbeit und Soziotherapie („*travail social et sociothérapie*“, ibid. 2) mit all ihren methodischen Möglichkeiten umfasst. – Heute, in der „Dritten Welle“ der IT, sprechen wir von „Bündeln von Maßnehmen“ (*Petzold* 2000e, 2014i; *Sieper* 2000,

[6] “L'homme est un être corporel, psychique et noétique dans un espace de vie social et écologique donné (Lebenswelt). C'est pourquoi il nous faut aller à la rencontre de l'homme dans ce monde et dans ces dimensions“ (1965, 20).

> exemplifiziert schon *Petzold* 1965, 1974j usw.). Die integrierende, multimodale Arbeit von *Pièrre Janet*, seine Idee der „*médications psychologiques*“ (*Janet* 1919), war uns hier Anregung bei der Aufgabe, die sich uns stellte, nämlich das „*Menschenwesen in seiner körperlichen Realität ernst zu nehmen durch Somatotherapie für medizinische und paramedizinische Aufgabestellungen, für die emotionale Realität der Persönlichkeit, die gleichfalls berücksichtigt werden muss, Psychotherapie bereitzustellen und für seine geistige Realität eine Nootherapie*“ (ibid. 20)[7].

Das wird notwendig, „wenn man den Menschen als ein Gesamt (*ensemble*) von Körper, Seele und Geist (also *Leib*) betrachtet“ (ibid. 18)[8] und „erfordert interdisziplinär Ansätze“, die die Vielfalt des menschlichen Lebens in Betracht ziehen (ibid. 2)[9]. Der Begriff „*ensemble*“, „*Gesamt*“, wurde dabei für uns wichtig (*Sieper* 2006), denn er ist weniger geschlossen und keinem Totalitätsdenken (wie zum Beispiel bei *Hegel*) verhaftetet, das *Levinas* (1961) an der abendländischen Philosophie kritisiert, und das auch in den Begriffen „Ganzheit/Ganzheitlichkeit“, „Gestalt“, zum Tragen kommt, die Ungreifbares, Atmosphärisches, Rhizomatisches, Plurales, die unendliche Weltkomplexität nicht erfassen (*Petzold* 1989a). Wir haben deshalb schon früh auf die „Probleme des Anspruchs auf ‘Ganzheitlichkeit‘“ (idem 1988n, 179f.) und ihm die herakliteische Dialektik von Einheit und Vielfalt entgegengestellt (*Petzold, Sieper* 1988b)[10]. Diese Konzepte stellen bis heute die Basis unseres elaborierten Integrationsmodells dar (*Petzold* 2002a, *Sieper* 2006).

---

[7] “La situation est tout d’autant plus difficile à surmonter qu’il n’existe aucune approche intégrative, différentielle et holistique portant sur le travail auprès des personnes âgées. Il est impératif de mettre en place une thérapie intégrative, un travail social et éducatif à forme intégrative qui prenne l’être humain dans sa réalité corporelle au sérieux, et qui par le biais de la somatothérapie apporte une solution médicale et paramédicale. La réalité émotionnelle ainsi que l’encadrement psychologique de la personne doivent également être pris au sérieux et assurés par une psychothérapie; tout comme sa réalité spirituelle au moyen de la noothérapie”(1965, 19f).

[8] “Si l’on considère l’être humain comme un ensemble composé de corps, d’âme et d’esprit (Leib en allemand)” (1965, 18).

[9] “Ainsi cela exigera des approches interdisciplinaires car avec l’âge il est nécessaire de prendre en compte tout l’éventail de la multiplicité de la vie humaine” (1965, 2).

[10] Die Probleme, in die uns das Totalitätsdenken des Holismus im „Dritten Reich“ (geführt hat

Die **Integrative Therapie** als **„Entwicklungstherapie in der Lebensspanne“** (*Petzold* 1992e; *Sieper* 2007b) sieht „Menschen – genderbewusst Frauen und Männer – als Körper-Seele-Geistwesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (vgl. *Petzold* 1965, 2003e), als „informierte Leibsubjekte in der Lebenswelt“ (idem 2009c), so das Menschenbild der IT. In diesem lebenslangen Entwicklungsgeschehen werden **Defizite**, **Risiko**- und **Belastungsfaktoren** genauso wirksam, wie Ressourcen und Potentiale, **Schutz-** und **Unterstützungsfaktoren**. Diese Einflussfaktoren kommen in komplexen Enkulturations-, Sozialisations-, Ökologisations- und Entwicklungsprozessen zum Tragen (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; *Petzold, Müller* 2004b; *Petzold* 2006p, 2012q, 2016e), die von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen untersucht werden – heute auch aus evolutionspsychologischer, psychobiologischer und neurobiologischer Sicht. Das führt zu immer neuen Erkenntnissen und Wissensständen und macht beständig Differenzierungs- und Integrationsleistungen erforderlich. Seit Beginn unserer psychologischen und psychotherapeutischen Arbeit haben wir uns mit Fragen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen und alten Menschen befasst. *Petzold* konnte aus diesem Wissensfundus Ende der 1980er Jahre als erster die Konzepte der **Schutz**- und **Resilienzfaktoren** aus der klinischen Entwicklungspsychologie in den Bereich der Psychotherapie übertragen, weil sich die Integrative Therapie – es sei nochmals betont – immer als „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“ und in vielfältigen „**Lebenskontexten**“ verstanden hatte (*Petzold* 1992b, 1992e, *Sieper* 2007b).

Dabei haben wir wie andere Menschen und Menschengruppen, PsychotherapeutInnen und Psychotherapieschulen auch beständig Integrationsarbeit geleistet, also Neues auf unseren *WEGEN* durch Raum und Zeit aufgenommen, verarbeitet, dabei eigene Innovationen geschaffen und praxeologisch umgesetzt. Das geschah einerseits mehr oder weniger u n s p e z i f i s c h im Sinne des *fungierenden* oder inzidentiellen Lernens. Aber das reichte nicht für professionelle Entwicklungsprozesse aus, die immer auch ein *intentionales* Lernen notwendig machen, die Systematisierung von klinischen Erfahrungen und den Einbezug und die praxeologische Umsetzung von Forschungsergebnissen (*Steffan, Petzold* 2001; *Petzold, Orth-Petzold* 2013). In der Integrativen Therapie haben wir deshalb über triviales integrierendes

Lernen hinausgehend eine **s p e z i f i s c h e I n t e g r a t i - o n s t h e o r i e** erarbeitet (*Petzold* 1994a, 2002a/2003a, 66f.; *Sieper* 2006).

In unserem Verständnis (*Petzold* 2002j) wird davon ausgegangen, dass Emotionen, Kognitionen, Volitionen, Motivationen eine neurobiologische und ökologische Grundlage haben. Sie sind indes nicht mit dieser Basis gleichzusetzen (idem 2009c; *Petzold*, *Sieper* 2012a), sondern sie sind an neurophysiologische Prozesse gebundene, emergente „transmaterielle" Phänomene (so unsere Position zum body-mind-problem bzw. Körper-Seele-Geist-Welt-Problem, vgl. *Petzold, Sieper* 2012a), Fähigkeiten/Kompetenzen und Fertigkeiten/Performanzen, die das organismische System in komplexen, evolutionären **Prozessen** *phylogenetischen* **Lernens** und in den persönlichen *ontogenetischen* Lernprozessen ausgebildet hat (*Petzold* 2016e; *Sieper, Petzold* 1993/2011; 2002/2011; *Lukesch. Petzold* 2011). Dieses Lernen ermöglicht Menschen aufgrund der Nutzung spezifischer Genexpressionen in sich etablierenden ontogenetischen Mustern der Genregulation und durch den Rückgriff auf Leistungs- und Lernmöglichkeiten neuronaler Netzwerke und ihrer „Neuroplastizität" sich beständig weiter zu entwickeln – longitudinal betrachtet vom Föten über die Baby-, Kleinkind-, Adoleszenz- und Erwachsenenzeiten (*Petzold* 1992d, 1993c, 1994; 2007dj, *Sieper* 2007b) bis ins Alter und ins hohe Senium (*Petzold* 1965, 1985a, 2005a, *Petzold, Horn, Müller* 2010; *Müller* 2008). Und so haben wir in der IT mit Babies gearbeitet (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) und mit alten Menschen (2004a), neuerlich wieder in unserem Longino-/Longina-Projekt (*Petzold* 2015o; *Hartz* 2016) mit Hochaltrigen.

Die longitudinale Entwicklungspsychologie hat sich besonders auf Schutz-, Risiko- und Resilienzfaktoren gerichtet, zunächst in der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), dann aber auch bei ausgewählten Populationen von Erwachsenen und von alten Menschen (*Müller, Petzold* 2001). Für den Kinderbereich, wo die Forschungen besonders breit greifen, seien Beispiele gegeben, die sich leicht auch auf andere Alterspopulationen übertragen lassen. Dabei wird deutlich, dass viele dieser Faktoren mit den sogenannten „**unspezifischen Wirk**- oder **Heilfaktoren**" der Psychotherapieforschung übereinstimmen:

2.1 Risikofaktoren

Die Berücksichtigung von **Risikofaktoren** ist für die Kindertherapie – und nicht nur für diese – von kardinaler Bedeutung, denn man muss ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von *protektiven Faktoren* und von *Ressourcen* und *Potentialen* begegnen oder zur Ausbildung von *Resilienzen* beitragen (*Petzold* 1995a, b). Folgende Risikofaktoren seien für den Kinderbereich genannt:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose),
2. die Mutter hat 6 oder mehrere Punkte auf *Rutter*s (1979) Belastungs-Malaise-Fragebogen,
3. im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr „stressfull life events“,
4. die Mutter hat keinen Hauptschulabschluß,
5. der Ernährer der Familie ist arbeitslos,
6. es ist kein Vater in der Familie anwesend,
7. die Familie hat vier oder mehr Kinder,
8. die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an,
9. die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen,
10. es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter-Kind-Interaktion,
11. das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile (*Leff, Vaughn* 1985; *Petzold* 1992b),
12. das Kind hat *keinen* protektiven „*significant caring adult*“ (*Petzold* et al. 1993),
13. das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz (*Tolsdorf* 1976),
14. es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Vefügung.

2.2. Potentiell protektive Faktoren

„***Protektive Faktoren/-prozesse*** sind externale Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen, Potentialräume) und internale Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im - *Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der

Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse ab (z.B. Hyperstress) bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (***coping***) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (***creating***), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionale „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit* (*robustness*) oder effektive *Bewältigungsmuster* (*coping ability*) bzw. eine besondere Gestaltungskompetenz (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als *'Resilienz'* bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.“ *Petzold* 2000h).

Protektive Faktoren sind also als entwicklungsfördernde Einflüsse zu sehen, die von Säuglingszeiten an über die gesamte Kindheit und Jugend für den Entwicklungsprozess charakteristische Genexpressionen fördern, z.B. in "sensiblen Phasen" (z.B. der prosodisch-interaktiven oder sprachsensiblen Phase) und die dafür sorgen, dass die "Genregulation" in dem Umwelt und Genetik verschränkenden Entwicklungsprozess ungestört verläuft (*Müller*, *Petzold* 2004.)

Diese Erträge der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie (*Oerter* et al. 1999) werden in der Integrativen Kindertherapie – und entsprechend in der Erwachsenentherapie im Unterschied zu den meisten anderen Ansätzen der Kinderbehandlung – systematisch berücksichtigt, ja wurden von unserem Verfahren in das Feld der Kinderpsychotherapie eingeführt (*Petzold, Goffin, Oudhoff* 1993; idem 1995a). Folgende Schutzfaktoren können fokussiert werden.

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und außerhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“ innerhalb und/oder außerhalb der Familie,

3. „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamentseigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „sense of coherence“ (*Antonovsky* 1987) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so dass Handlungskompetenzen (effectivities) gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen, Resilienzen (*Müller, Petzold* 2003) und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative (*Iljine* et al. 1990) sinn-volle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen.
17. Das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Kommen diese Schutzfaktoren in einer Weise zum Tragen, dass keine Überlastungen und Schädigungen entstehen, bleiben also die Belastungen submaximal, können im Sinne einer Immunisierung Widerstandskräfte entstehen oder es kann vorhandene, genetisch disponierte Widerstandsfähingkeit bekräftigt werden. Man spricht hier von Resilienzen. Die Resilienzfaktoren müssen zusammen mit einer differentiellen Sicht von Schutzfaktoren in jeder therapeutischen Arbeit eingesetzt werden.

2.3 Resilienzfaktoren im Zusammenspiel mit Schutzfaktoren

Mit "Resilienz" bezeichnet man die psychologische Wider-standsfähigkeit, die Menschen befähigt, Belastungen unbeschädigt zu meistern. Es interessieren dabei die Bedingungen, unter denen sich Resilienz ausbildet und die Faktoren, die dazu beitragen, dass Resilienz zum Tragen kommt. (Müller, Petzold 2004)

Als Resilienzfaktoren haben wir in der Integrativen Kindertherapie folgende herausgearbeitet:

1. Eine heriditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Streß und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Das Zusammenspiel von Protektiv- und Resilienzfaktoren ist von grundsätzlicher Bedeutung.

„**Protektive Faktoren** sind – wie schon ausgeführt wurde – *Einflüsse im Entwicklungsgeschehen*, die ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke gewährleisten und dadurch neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse abpuffern … Ein solches komplexes Ergebnis kann aus neurobiologischer Sicht als ***'Resilienz'*** bezeichnet werden, die dann als ein *internaler* 'protektiver Faktor' zur Wirkung kommen kann und die Effekte externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt“ (*Petzold* 2002b, vgl. 2000h).

Auf diese Weise entstehen zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen. Darauf basiert das „**Integrative Modell** eines

protective factor → resilience cycle":

***"Belastung/Überlastung → externale protektive Faktoren → erfolgreiches coping/buffering → Resilienz/internaler Schutzfaktor → Optimierung der Nutzung externaler Ressourcen und protektiver Prozesse → Resilienzen" → Entwicklungsaufgaben → externale protektive Faktoren* usw.**

Für mich resultieren *Resilienzen aus Bewältigungs- und Adaptions-prozessen,* die differentiell auf den erwähnten Ebenen durch Erfahrungen von praktischen Hilfen und einer unterstützende Ressourcenlage herausgebildet werden konnten. Sie regulieren vorhandene, genetisch disponierte und lebensgeschichtlich erworbene oder verstärkte Vulnerabilitäten herab (-) und fördern eine Stressantwort, die bei Belastungen nicht entgleist und keine dysfunktionalen Hyperarrousals auslöst. Sie bestärken Vitalität (+) und Kreativität (+), so dass es zu erfolgreichen Bewältigungsleistungen kommt, die wiederum *Resilienzen* bekräftigen. So entsteht ein **zirkuläres Protektions-Resilienz-Modell**:
Protektive Faktoren bewirken, indem sie Belastungen und Vulnerabilität puffern, die Ausbildung von *Resilienzen*, die dann bei erneuten Belastungen dem Subjekt als "*internale protektive Fak-*

toren" zur Verfügung stehen und bei weiteren erfolgreichen Bewältigungsleistungen bekräftigt werden, was eine effektivere Nutzung externaler Schutzfaktoren wahrscheinlich macht.

„Resilienzen sind Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, **bewältigbarer** Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden konnten. Sie haben eine Art 'psychischer Immunität' gegenüber erneuten, ähnlich gearteten Belastungssituationen oder kritischen Lebensereignissen zur Folge und erhöhen damit die **Bewältigungs-kompetenz** des Subjekts bei Risiken und bei 'stressful life events'." *(Petzold* et al. 1993a). Da Resilienz für unterschiedliche Belastungen differentiell ausgebildet wird, sprechen wir im Plural von Resilienzen.

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der ***neurobiologischen Ebene*** werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst. Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der psychologischen bzw. mentalen Ebene und wirken auch in kognitiven, emotionalen, motivationalen und volitiven Prozessen (*Petzold* 2001i; *Petzold, Sieper* 2003). Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System – zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse des Menschen – und wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala* sind wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität" (*Heuring, Petzold* 2003) und die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren. Das alles ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im leib-seelischen Geschehen: angemessene und positive kognitive Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn), angemessene bzw. positive emotionale Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), angemessene und nachhaltige Willensunterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus), was effektive Selbstregulationskompetenz und -performanz, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit bzw. Souveränität zur Folge hat.

Diese im Anschluss an die Forschungen der developmental psychopathology und klinischen Entwicklungspsychologie (Oerter et al. 1999) und dem social support research erarbeiteten Konzepte zu Schutz- und Resilienzfaktoren (Petzold et al. 1993) werden als therapiewirksame Komponenten gezielt in der Kinder- und Jugendlichentherapie, aber auch mit entsprechenden

Zupassungen in der Erwachsenen- und Gerontotherapie eingesetzt und in der Gestaltung von Therapieprozessen berücksichtigt (Müller, Petzold 2001 2003). Eine Zusammenstellung der „protektiven Faktoren" für die Arbeit mit alten Menschen wurde unlängst in einer umfänglichen Auswertung der Forschungsliteratur von Müller, Petzold (2003) erarbeitet. In weiten Bereichen stimmen sie mit der obigen Auflistung überein. Eine empirische Beforschung von Wirkfaktorenkombinationen, wie sie für die Psychotherapie von Erwachsenen derzeit begonnen wird (Brumund, Märtens 1998; Smith, Grawe 1999) bleibt zu leisten, wobei die Wirkfaktorenkonzepte natürlich immer kritisch auf das hin reflektiert werden müssen, was sie im Wesentlichen ausmacht: die Herstellung „salutogener Lebensverhältnisse" (Märtens, Petzold 1998b) bzw. einer „guten Alltäglichkeit" (Petzold, Orth 1998). In der Kindertherapie gewinnt diese Position besondere Bedeutung und verlangt Eltern-, Familien- und Netzwerkarbeit (Petzold, Mathias 1978; Hass, Petzold 1999; Petzold 1973f, 1995i), sozioökologische Interventionen (idem 1995a, b), die dazu beitragen, dass die Lebenssituation des Kindes (nicht nur die Therapiesituation) zu einem „safe place" (Katz-Bernstein 1996, Petzold, Goffin, Oudhof 1993) wird, an dem die Entwicklung von Willenskräften (Entscheidungs- und Durchhaltefähigkeit) und eines Metawillens (generalisierte Selbststeuerung möglich wird (Petzold, Sieper 2008a). Diese Willenskräfte sind nämlich notwendig für die Realisierung von wesentlicher Globalziele:

- *die Verwirklichung einer persönlichen „Sorge um sich" (soucis de soi, Foucault 1985; 1986), die mit einer „Meisterschaft seiner Selbst" (maîtrise de soi) im Sinne Montaignes (1580; Jung 2007) verbunden werden kann, in der das Selbst Künstler und Kunstwerk zugleich werden kann (Petzold 1999q);*
- *einer altruistischen „Sorge um Andere" (Petzold 2009k/2011; Petzold, Orth 2013a), wie sie Henry Dunant – Referenzautor der IT (Petzold, Sieper 2011a) – praktizierte;*
- *einer melioristischen „Sorge um das Gemeinwesen" (Petzold Orth, Sieper 2013a) und einer*
- *ökosophischen „Sorge um die Bewahrung der Natur" (eco care, green care, Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013; Petzold 2016i)*

Wollen und Wille sind auch nötig, um *Petzold*s **„vier Leitprinzipien integrativer Selbst- und Lebensgestaltung“** zu realisieren:

1. Mache Dich selbst zum Projekt!
2. Nutze jede Situation als Chance!
3. Frage um Hilfe, wenn Du sie brauchst (und gib sie, wenn Du darum gefragt wirst)!
4. Vertraue Deinem Gehirn und Deinem Denkvermögen/Deiner Vernunft!

*Der Patient/die Klientin tritt aktiv und bewusst in die Prozesse der **Selbstgestaltung** ein, lernt mitzuteilen, was er/sie braucht, um sein/ihr Selbst, seine/ihre Identität, ihre Lebenslage zu „modellieren“ mit Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk. Er lernt auch zunehmend auf sein **Gehirn und seine Vernunft** zu vertrauen, entwickelt Selbstwirksamkeit und Souveränität (Petzold, Orth 2014). Die Therapeutin/der Therapeut unterstützt das und macht sich dabei immer wieder mit partieller Offenheit transparent (self disclosure, Petzold 1980g).*

*Solche Ziele müssen in **Sozialisation**, **Enkulturation** und **Ökologisation** (Petzold 2006p, 2016e, 2016i) von Kindheit auf und über die gesamte Lebensspanne hin vermittelt und aufgenommen werden in einem differentiellen „life long learning“, einer „éducation permanente“, wie es die „komplexe Integrative Lerntheorie“ vertritt.*

*(Sieper, Petzold 1993/2011; 2002/2011). Dabei wird optimales Lernen immer in einem optimalen demokratisch-zivilgesellschaftlichen Kontext/Kontinuum stattfinden müssen mit gut geregelten Sozialstrukturen und gut funktionierenden Rechts-, Gesundheits- und Bildungssystemen. Sie ermöglichen Erfahrungs- und Lernräume, die von angemessenen Freiräumen und ebenso angemessenen und notwendigen normativen Grenzen bestimmt sind, wie dies funktionierende Demokratien und ihre „partizipative Verwaltung von Macht“ (Habermas 1992; Petzold 2009d) kennzeichnet. Breite Mitbeteiligung ist ein Postulat deliberativer oder inklusiver Demokratie, die in allen Lebensbereichen Transparenz und Öffentlichkeitsbeteiligung will und braucht (Fotopoulos 2003, 2007; Habermas 1992; Lösch 2005). **Demokratie** muss das Alltagsleben ihrer Bürgerinnen und Bürger vom übergeordneten – hoffentlich zukünftig einmal – weltbürgerlichen*

*Rahmen (sensu Kant), von einem europäischen Rahmen – mit und trotz Brexit –, über die nationalen Verfassungen bis in die private Sphäre imprägnieren: durch Fördern und Fordern von zivilgesellschaftlicher Kooperation, durch die Bereitstellung von Bildung, sozialer Unterstützung und zugleich durch das Einfordern von Mitbeteiligung an Prozessen des gesellschaftlichen Lebens. In ihnen geht es um das „**Aushandeln von Positionen und Grenzen**“ in Beziehungen zwischen den BürgerInnen: z. B. in Paarbeziehungen, Eltern-Kind-Beziehungen, Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen, aber auch zwischen sozialen Gruppen, Interessengemeinschaften, Parteien usw. auf der Basis von „**Angrenzungen**“ statt von „**Abgrenzungen**“ oder gar „**Ausgrenzungen**“. Solches Aushandeln bedarf eines richtigen Orts, der rechten Zeit und eines jeweils stimmigen Maßes. Psychotherapieverfahren müssen sich – und das ist bislang weitgehend defizient – ihrer demokratietheoretischen Grundlagen bis in die Strukturen ihrer Praxis hin versichern und sie auch konkret in Behandlung und Ausbildung umsetzen“ (Petzold 1994c/2011; Petzold, Orth, Sieper 2013a; Sieper 1985/2015).*

*Alle Maßnahmen der Förderung eines adäquaten Umgangs mit Grenzen ermöglichen die Entwicklung von **persönlicher Souveränität** und **persönlicher Freiheit** sowie von **Engagement** für das **Wohlergehen**, die **Souveränität** und den **Freiraum** Anderer (Petzold, Orth 2014). Sie bekräftigen die Ausbildung einer Wertestruktur, die die negativen Qualitäten eines „überstrengen oder moralisiernden Über-Ich“ vermeidet und damit in konstruktiver Weise für das eigene Leben, die eigene „persönliche Kultur“ und das Leben der Gemeinschaft und ihrer „politischen Kultur“ (Arendt 1993; Bourdieu 1998; Shklar 1997) tragend werden kann. Denn Kinder und Jugendliche, die in ihrem sozialen Netzwerk, ihrem „Konvoi“ durch die Vorbildfunktion von Erwachsenen in einer guten Nähe Lernerfahrungen in einer „Zone optimaler Proximität“ (L.S. Vygotsky) machen konnten und deshalb lernen konnten, was „Freude am Lebendigen“ (Petzold, Orth-Petzold, Orth 2013) und „Ehrfurcht vor dem Leben“ (A. Schweitzer) ist, was der Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (E. Levinas) und ein praktizierter, kritisch reflektierter und „kultivierter Altruismus“ (Petzold , Orth 2013a, Petzold, Sieper 2011a) bedeutet, können in ihrem Leben und mit ihrem Engagement zu einer freiheitlichen und humanen Lebensqualität ihrer Gesellschaft als Lebens- und Wertegemeinschaft (Arendt 1986,*

1993; Derrida 1997, 2000) beitragen, zu „warmen" gesellschaftlichen Lebensformen. Die ***humane Qualität gesellschaftlichen Lebens*** *ist als ein* ***protektiver Metafaktor*** *zu sehen, durch den alle anderen Risiko- und Belastungsfaktoren gemindert werden und Schutzfaktoren in Alltagsbeziehungen und therapeutischen Beziehungen optimal zum Tragen kommen können und ihren Sinn und ihre Wirksamkeit erhalten.*

3. Die „14 plus 3" Heil- bzw. Wirkfaktoren der Integrativen Therapie

Die **Praxis** von Würde und Integrität im zwischenmenschlichen Umgang (*Petzold*, *Orth* 2011) muss beständig im Hintergrund aller metatheoretischer Überlegungen präsent sein, die **Metatheorie** ihrerseits kommt immer auch bis in die Mikrointerventionen zum Tragen. (Um ein Beispiel zu geben: Mit einer intersubjektivistischen und integritätstheoretischen Position in Anthropologie und Ethik kann zum Beispiel keine dermoelektrische Aversionsbehandlung von Homosexuellen durchgeführt werden, wie dies in der Verhaltenstherapie praktiziert wurde, vgl. *Kraiker* 1974, 340ff, 436ff],). Diese Hintergründe (plur.) einbeziehend sind einige grundsätzliche Aspekte beim Konzept der therapeutischen Wirkfaktoren/Wirkprozesse (*Petzold* 1993p/2003a/2012) in der Integrativen Therapie zu beachten:

1. Therapeutische Wirkfaktoren bzw. Wirkprozesse kommen immer im Rahmen therapeutischer Beziehungen als intersubjektiven Ko-respondenzen zum Tragen (*Petzold* 1980g, 2000a, 2012), werden von ihrer Qualität bestimmt, tragen aber gleichzeitig zu dieser Qualität bei. Diese Wechselwirkung muss sowohl theoretisch (z.B. kulturtheoretisch, anthropologisch, ethnien- und gendertheoretisch, therapietheoretisch usw. untersucht (vgl. idem 1998h; Doyle 1998), als auch klinisch erforscht werden (z.B. diagnostisch, störungsbildspezifisch usw. *Osten* 2000).
2. Aussagen über veränderungswirksame Prozesse und die in ihnen zum Tragen kommenden positiven wie auch negativen Wirkfaktoren (*Petzold* 1998b) müssen prinzipiell empiriegestützt sein (*Crits-Cristoph* 1998; *Dobson, Craig* 1998), ansonsten handelt es sich nur um Spekulationen und Hypothesen (*Beutler, Baker* 1998). Leider wird die

Wirkfaktorendebatte in weiten Bereichen der Psychotherapie, sofern sie nicht im Feld der klinisch-empirischen Psychologie verortet sind, zumeist auf dieser Ebene geführt. Aussagen über „potentielle“ Wirkfaktoren können daher nur mit dem Vorbehalt der Bestätigung durch empirische Forschung (*Petzold, Märtens* 1999) gemacht werden.

Die Verwendung von Wirkfaktoren und Wirkfaktorenkombinationen muss theoriegeleitet sein, ausgerichtet an Überlegungen, wann sie z.B. in einer Interventionsstrategie konfrontativ und/oder supportiv oder in einer protektiven Art und Weise (Petzold 1980g, 278-284) eingesetzt werden können, denn das ist bei vielen Faktoren möglich (wie in Abbildung 3 exemplarisch aufgezeigt). Die Orientierung an einer prozessualen Diagnostik (*Osten* 2000; *Petzold, Osten* 1998; *Petzold, Wolf* et al. 2000), die auf Pathogenese und Salutogenese (*Lorenz* 2004) gerichtet ist, die Stärken und Schwächen, Probleme, Ressourcen und Potentiale (PRP) (idem 1997p) und gegebenenfalls Defizite erfasst, wird hier unabdingbar.

3. Therapeutische Wirkfaktoren als Konstituenten von – potentiell positiv und/oder negativ wirksamen – biopsychosozialen Therapieprozessen werden in der Integrativen Therapie derzeit als „Elemente von Heuristiken“ gesehen (*Märtens, Petzold* 1998; *Petzold* 1993p; *Petzold* 1992g; *Petzold, Steffan* 2000a), die kontextbezogen zum Tragen kommen können, aber keine Heils- und Heilungs-versprechen beinhalten, denn die Grenzen des Konzeptes sind deutlich: einzelne Faktoren oder Faktorengruppen machen natürlich noch keinen Therapieprozess. Ein solcher hat eine auf mehrere Ebenen (die biologisch-leibliche, die psychologisch-seelische, die kognitiv-mentale und die kommunikativ-soziale Ebene) gerichtete differentielle und ganzheitliche Qualität. Diese ist durch die Therapeutenvariable (1) und die Patientenvariable (2) nachhaltig geprägt, denn damit wird die Beziehungsvariable (3) bestimmt. Kontext- bzw. Settingvariablen (4) sind in der Regel nachgeordnet (allerdings z.B. in der Forensik nicht!).

In dyadischen Therapien sind es die beiden Personen und die Beziehung, die sie aufbauen und realisieren können, die für die

Gesundung und die Entwicklung eines Menschen, für Linderung oder Beseitigung von Krankheit maßgeblich sind. Psychotherapie ist strukturell und aufgrund der aufgezeigten metatheoretischen und theoretischen Positionen grundsätzlich ein interpersonales Geschehen. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass sogenannte „spezifische und unspezifische“ therapeutische Wirkfaktoren (*Huf* 1992) auf konkrete Personen wirken, und das nach beiden Seiten, in Richtung des Patienten wie in Richtung des Therapeuten, wenngleich nicht immer in derselben Weise. Das wurde bislang in der gesamten Wirkfaktorendebatte nicht berücksichtigt (!) und verweist auf das Implikat und die Gefahr, dass Wirkfaktoren als Manipulations-instrumente gebraucht werden könnten, um etwas mit Patienten zu „machen“. Darum vertreten wir dezidiert, dass in intersubjektiver Ko-respondenz (*Petzold* 1991e) zwischen Therapeuten und Patient erarbeitet, ausgehandelt und dann gemeinsam evaluiert wird, was, wie, wann wirksam und hilfreich ist. Dabei macht sich die der Patient „selbst zum Projekt“ und lernt mitzuteilen, was er braucht, um sein Selbst, seine Identität, seine Lebenslage zu „modellieren“. Und der Therapeut macht transparent, was er anzubieten gedenkt, zur Verfügung hat und warum das seiner Meinung nach förderlich ist. Damit praktiziert er den erforderlichen „informed consent“ und wird der therapieethischen Forderung nach „client dignity“ gerecht (*Müller*, *Petzold* 2002; Petzold, Orth 2011).

Die spezifischen Wirkfaktoren werden deshalb in der Integrativen Therapie in jedem Therapieprozess in Form einer intersubjektiven "prozessualen Diagnostik" und eines "Lebenslage-Assessments" – wir sprechen auch von „Theragnostik“ (*Petzold* 1993p, *Petzold*, *Osten* 1998; *Petzold, Wolf* et al. 2000; *Müller*, *Petzold* 1998) – immer wieder neu verhandelt und bestimmt.

3.1 Die „Fundierte Heuristik“ der 14 Faktoren und die Ergänzung um 3

Eine Heuristik allerdings kann nur fundiert handlungsleitend sein, wenn sie entsprechend konzeptuell, theoretisch, klinisch und empirisch abgesichert ist. Für die Integrative Therapie geschah und geschieht das etwa durch Theoriearbeit zum Wirkfaktorenkonzept (*Petzold* 2000h, *Märtens, Petzold* 1998), weiterhin durch klinische Beobachtungen und Forschungen (*Heinl* 1997; *van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Petzold, Wolf* et al. 2000; *Petzold, Hass, Märtens, Stefan* 2000). Weiterhin haben wir die longitudinale Entwicklungsforschung (*Rutter* 1994; *Schroots*

1993; *Oerter* et al. 1999) über Jahre hin ausgewertet (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Petzold, Goffin, Oudhof* 1993), und es erfolgte eine konzeptanalytische Auswertung von 240 Behandlungsberichten und Graduierungsarbeiten aus der Ausbildungsstätte von TherapeutInnen, an der wir arbeiten, mit Blick auf therapie- bzw. veränderungswirksame Faktoren. Hinzu kam eine Analyse Fachpublikationen zum Wirkfaktorenkonzept (*Petzold* 1992g) sowie zahlreicher empirischer Studien der Psychotherapieforschung (*Petzold, Schobert* 1987) und des Social Support Research (*Hass, Petzold* 1999). Auf dieser Basis wurde das Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung" in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1988n) überarbeitet, Wege, die Therapeut und Klient gemeinsam gehen, in „intersubjektiver Ko-respondenz und Kooperation", wenn auch in unterschiedlichen Rollen und mit verschiedenen Funktionen (idem 1980g). Es wurden die Mikroheuristiken der „Behandlungsmodalitäten" mit ihren Methoden, Techniken und Medien (idem 1993h) für einen „multimodalen" Therapieansatz (idem 1974j, 302) konzeptualisiert und „14 Heilfaktoren" (*Petzold* 1993p) erarbeitet und in der therapeutischen Praxis erprobt. Erste Evaluationen sind erfolgt (*Brumund, Märtens* 1998) und werden fortgeführt. Die „Vier Wege der Heilung und Förderung" und die „14 Wirk- oder Heilfaktoren", weisen eine gewisse Nähe zu den therapeutischen „Heuristiken von *Grawe* (et al. 1994; *Grawe* 1998), die von ihm z. T. als „Wirkfaktoren" bezeichnet werden. Der integrative Begriff von Wirkfaktoren ist feinkörniger als der von Grawe, dessen Faktor „Problemaktualisierung", welcher neue „Coping-Möglichkeiten" und Lösungswege erschließt, z. B. weitgehend dem integrativen „zweiten Weg der Heilung und Förderung" entspricht - weitgehend, weil im Integrativen Ansatz nicht nur Probleme aktualisiert werden, Schwierigkeiten und Belastungen der Vergangenheit, sondern auch positive Erfahrungen, die ein Potential geschaffen haben, so dass auch „Potentialaktualisierungen" erfolgen, die neue „Creating-Möglichkeiten" (vgl. 5.3.) bieten (*Petzold* 2002b). Das Wieder-durchleben positiver Vergangenheitserfahrungen, die mit all ihren positiven Gefühlen und Leibempfindungen aktualisiert, wachgerufen werden, haben ein hohes heilendes Potential. Salutogenetische Erfahrungen können genauso aktualisiert werden wie pathogene, Erfahrungen des Gelingens, „Überwindungserfahrungen" (idem 2001m) genauso wie die des Scheiterns. Hier ist der Integrative Ansatz gesundheitspsychologischer ausgerichtet als *Grawe*, bei dem dieser Gedanke eher

blass ist und in seiner Heuristik bzw. seinem Faktor „Ressourcenaktivierung“, auftaucht (vgl. zur Integrativen Ressourcentheorie *Petzold* 1997p). *Grawe*s Ressourcenaktivierung zeigt wiederum Übereinstimmungen mit dem „dritten Weg“ der IT usw. und ihrem Konzept der Heilung und Förderung durch „alternative Erfahrungen“ (*Petzold* 1993a/2003a, 675ff).

Beide Ansätze, der der „Psychologischen Therapie“ *Grawes* und der der „Integrativen Therapie“ *Petzold*s weisen ohnehin viele Gemeinsamkeiten auf. *Petzold* lehrte von 1980-1989 als Gastprofessor am Institut von *Grawe* erlebnisaktivierende Therapieverfahren und arbeitete als Supervisor mit den Mitarbeitern der psychologischen Praxisstelle dieser Abteilung. Beide Ansätze haben eine methodenintegrative Ausrichtung.

In den „Vier Wegen“ wie in den „Modalitäten“ können die für die IT herausgearbeiteten **14 Wirkfaktoren** (*Petzold* 1993p, 1994g) und dann die 2014 destillierten „**14 plus 3 Heil- und Wirkfaktoren**“ als in Meso- und Mikroheuristiken therapeutisch wirksame Momente zum Tragen kommen:

1. Einfühlendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (EV)
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (ES)
3. Hilfe bei realitätsgerechter [supportiv, konfrontativ], praktischer Lebensbewältigung (LH)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ] (EA)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (KK)
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psycho-physischer Entspannung (LB)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte (PZ)
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension (PW)

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ (PI)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke (TN)
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (SE)

Inzwischen haben wir durch zwei bald Jahrzehnte therapeutischer Beobachtung (*Petzold, Petzold-Heinz, Sieper* 1972; *Petzold, Orth* 1998b; ders. 2011g, h) noch drei zusätzliche Wirkfaktoren herausgearbeitet:

15**.** *Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs* [protektiv, supportiv] (NB)
16. *Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen* [protektiv, supportiv] (ÄE)
17. *Synergetische Multimodalität* [protektiv, supportiv, konfrontativ] (SM)

3.2 Synergien der Multimodalität

Die **Synergieeffekte der Multimodalität –** das Zusammenwirken von „**Bündeln von Maßnahmen**“– findet man in „multimodalen Verfahren“ und „multimethodischen Ansätzen“ wie in den modernen Verfahren in der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, etwa in *M. Linehams* DBT, *J. Youngs* Schema-Therapie, *J. McCulloughs* CBASPl und natürlich in Vorreiterposition in der **Integrativen Therapie** (*Petzold, Sieper, Orth*), die als erstes Verfahren mit einem methodenübergreifenden und systematisch differentiell und integrierend operierenden Prozess-modell arbeitete: Den „**Vierzehn Heil- und Wirkfaktoren**“ in der Integrativen Therapie (*Petzold* 1993p, 1036), die 2014 auf **17** aufgestockt wurden: „**14 + 3**“.

Die **14** Faktoren sind instrumentell für eine konzeptgeleitete Therapie. Das gilt auch für die Kindertherapie (*Erpelding* 2012) und kommt auch in der Integrativen Supervison zum Tragen (*Galasch* 2014) sowie in der Tiergestützten Therapie (*Stubbe* 2012) und insgesamt in den „Neuen Naturtherapien“.

Resilienzfaktoren kommt z.B. für die Arbeit mit **Traumaopfern**/-

überlebenden besondere Bedeutung zu. In der Behandlung dieser Population werden die Faktoren 1-3, 6, 13 und 14 speziell in der Anfangsphase der Behandlung fokussiert. Die Faktoren 5, 10, 11, 12 spielen im weiteren Behandlungsverlauf eine größere Rolle. Leider wird zu wenig gesehen, dass die therapeutischen Wirkfaktoren, wie sie die Psychotherapieforschung erarbeitet hat, weitgehend mit den Schutz- und Resilienzfaktoren (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Müller*, *Petzold* 2000; *Müller*, *Petzold* 2002) übereinstimmen, die die klinische Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung herausgearbeitet hat (*Oerter* et al. 1999), und dass diese Faktoren auch mit denen übereinstimmen, die Selbsthilfegruppen und Laientherapien wirksam sein lassen, dass es sich also letztlich um Bedingungen „guten zwischenmenschlichen Miteinanders“ handelt (*Märtens, Petzold* 1998), die durch Therapie wieder hergestellt werden und die heilend zur Wirkung kommen.

Die **„14 plus 3“ Heilfaktoren** bzw. -**prozesse** – die Faktoren kommen ja immer ***prozessual*** zum Tragen in der Integrativen Therapie – sind nicht nur für **heilungsorientiertes** Therapiegeschehen wichtig, sie sind auch konstruktive, **salutogene** Verhaltenselemente positiven Alltagslebens, die den PatientInnen in psychoedukativer Information verdeutlicht werden, damit sie diese Faktoren auch in ihrem Lebenszusammenhang einsetzen und sich um ihr Vorhandensein bemühen, sie pflegen, entwickeln. Es sind gleichsam gesundheitsfördernde, ergänzende Nährstoffe.

In gleicher Weise kommen diese **14 plus 3** Faktoren in der Psychotherapieausbildung zum Tragen und können von den KandidatInnen für ihren Lebensalltag fruchtbar gemacht werden, wenn sie sie bewusst in ihre Sozialbezüge integrieren und sie zur Pflege, Vertiefung, Erweiterung und Entwicklung dieser Bezüge nutzen.

Das „therapeutische“ an diesem heilenden Beziehungsgeschehen ist die systematische klinische Reflexion aufgrund der Diagnostik und die gezielte Akzentuierung bestimmter Wirkfaktorenkombinationen im Behandlungsprozess, der beständig evaluiert wird (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Smith, Grawe* 1999): im Gespräch mit PatientInnen und Angehörigen, Freunden und KollegInnen, weiterhin durch das Instrument der Stundenbögen, ggf.

die Auswertung von Therapietagebüchern- Behandlungs- und Supervisionsjournalen, durch gemeinsame Auswertung von Band- oder Videoaufzeichnungen etc. wie wir es in der Integrativen Therapie mit guten Resultaten handhaben (*Böcker* 2000, *Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998). Und natürlich kommen hier auch die Grenzen ins Spiel, die genetischen Determinierungen, die schweren Traumatisierungen (*Petzold* 1999i), die Schwierigkeiten „**prekärer Lebenslagen**“ (idem 2000h, 2006p), die Mängel der gegenwärtigen Psychotherapie, die in Zukunft behoben werden müssen (*Petzold* 1999p), die Grenzen des Integrierens und des „Machbaren“ (*Petzold* 1993o), die Grenzen, die ein jeder der Beteiligten – Patientin und Therapeutin – in den Prozeß der Behandlung und in die therapeutische Beziehung einbringt. Wirksam wird das Gesamt (*ensemble*) koordinierter Strategien wie das Ermöglichen *korrektiver* bzw. *alternativer* (diese unterscheiden wir) interpersonaler Erfahrungen, Vermittlung erfolgreicher Gestaltungs-, Bewältigungs-, Überwindungserfahrungen (idem 2001m), prozessuale Aktivierung, Förderung von Coping- und Creating-Fähigkeiten, Resilienzbildung, Ressourcenvorrat und -beschaffung (Ressourcing-Kompetenz und Ressourcen-Performanz, vgl. (idem 1997p) sowie Entwicklung von Potentialen. Natürlich sind hier auch Differenzierungen im Hinblick auf das methodische Vorgehen zu beachten: arbeitet man in einem modernen, psychophysiologisch begründeten körper- und bewegungs-therapeutischen Ansatz (idem 2001c) wie in der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie“, so treten andere Wirkfaktoren und -prozesse gehäufter im Therapiegeschehen auf – etwa die Faktoren 2, 4, 7, 9 – als wenn man in einem mehr verbal ausgerichteten, aber durchaus nonverbale Elemente einbeziehenden Ansatz wie in der „Integrativen Therapie“ vorgeht, wo die Faktoren 3, 5, 6, 8, 11 imponieren. Natürlich kommen Faktoren wie 1, 2, 5, 6, 11, 12, 14 in beiden Orientierungen zum Tragen. Ganz wesentlich sind für Faktorenkombinationen die Zielgruppe, d.h. Altersgruppen (*Petzold* 1985a; *Müller*, *Petzold* 2002), Gendergruppen (*Frühmann* 1985; *Petzold* 1998h), Störungsbilder (*Petzold, Wolf* et al. 2000).

3.3 Der ergänzende „ökologische“ Faktor 15 „Naturbezug“

Mit der Erweiterung um drei weitere Faktoren **15-17** sind unsere Erfahrungen in der klinische Praxis seit den Anfängen unserer therapeutischen Arbeit verdichtet worden. Wir haben im-

mer wieder die **Natur** als **ökologische Realität**, in die wir eingebettet (embedded, Petzold 2002j, 2006p) sind in das therapeutische Geschehen einbezogen, seit den waldtherapeutischen Meditationen und Laufprogrammen von Petzold mit drogenabhängigen Jugendlichen 1967/68, oder seit der intergenerationalen Projektarbeit von *Petzold, Petzold-Heinz* und *Sieper* 1971/72 in den von *Petzold* und *Sieper* geleiteten Volkshochschulen in Meerbusch und Dormagen. Mit dem Projekt „*Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis*“ (dieselben 1972) wurden die Grundlagen geschaffen, die zu dem **Faktor 15** führten: **„Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs“**. Da Menschen in die Natur, wie auch in die Sozialität eingebettet sind, kommt es immer zu generativem Austausch mit der Umwelt, zu ***ko-kreativen* Interaktionen mit Mikroökologien**, die es zu nutzen gilt:

„**Ökologische Ko-kreativität** ist das schöpferische Geschehen, dass sich aus dem Zusammentreffen menschlicher Phantasie, Erfindungsgabe und Gestaltungskraft mit den Möglichkeiten der lebendigen Natur entwickelt: dem ‘Aufforderungscharakter‘ von Bäumen, Sträuchern, Pflanzen, Blumen, den Gegebenheit von Arealen, Höhen und Senken, von Steinen und Erden, Mauern, Hecken, Gewässern, einer Fülle von Materialien und Flächen, die sich als **Ensembles** darbieten, aber auch als **Ensembles** arrangiert werden können. Als solche wirken sie auf den bzw. die Gestalter zurück: mit ihren Farben, Formen, mit Licht und Schatten, Ruhe und Bewegtheit, durch Wind und Wetter, durch Menschen und Tiere usw. Das alles lässt *Synergieeffekte* aufkommen, die sich nicht vollends bestimmen lassen. **Natur gestaltet mit.** Die ökologischen Gegebenheiten wirken formend auf den Menschen, der Mensch wirkt gestaltend in der und auf die Umwelt – zuweilen auch zu Lasten der Umwelt und Natur bis hin zur katastrophalen Destruktion, wenn ökologische Sensibilität und ökosophische Um- und Weitsicht fehlen (vgl. exemplarisch die Zerstörung des Aralsees seit 1960[11]). Wo Ökosophie und Ökophilie, wissende Naturliebe, aber *synergetisch* wirksam sind,

---

[11] Eine der größten menschengemachten Umweltkatastrophen, bis Anfang der 1960er Jahre der viertgrößte Binnensee der Welt jetzt eine pestizidverseuchte Salzwüste durch Flußumleitungen und Wasserraubbau für den Baumwollanbau. *Kasperson, J. et al. (1995): The Aral Sea Basin: A Man-Made Environmental Catastrophe.Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; Micklin, P. (2007): "The Aral Sea Disaster".Annual Review of Earth and Planetary Sciences. 4, 47–72.*

entstehen immer **neue Ko-kreationen**, in denen Natur und Mensch, Mensch und Natur, *der Mensch als Natur*, die Natur durch ihre Geschöpfe, spezifisch durch den Menschen, in konstruktiver Weise ökologisch schöpferisch werden. So entstehen Gärten, Parks, Landschaften und so werden auch Menschen gestaltet, Menschen, aus denen Schönheit und Sinnfülle hervorstrahlen“ (*Petzold, Orth* 1998b).

Es wird hier deutlich: Natürlich gibt es, wie in vielen Bereichen (z. B. der Empathie, der Affiliation, der Phantasie) nicht nur konstruktive, „helle“ Entwicklungen. Es gibt auch eine „**dunkle Kreativität**“ („dunkle Empathie“ o. ä.), die äußerst effektive Prozesse der Destruktion in Gang setzen kann. In Kriegszeiten wird das immer wieder auf Makro- und Mikroebenen ersichtlich – Zerstörung von Gebäuden, Städten, von Landschaften, Wäldern (Agent Orange), von Feldern, Gärten, die dem Feind gehören, ihn ernähren, weshalb man ihm die Lebensgrundlage entzieht – **verbrannte Erde, terre brûlée**! Ingeniöse Destruktionsdynamiken finden wir aber auch im Mikrobereich, in interpersonellen „Rosenkriegen“, ruinösen Konkurrenzschlachten, Rivalitäten in Familien, in Teams und anderen sozialen Gruppen. Der menschliche Erfindungsgeist ist, wenn es darum geht, anderen zu schaden, **enorm**. Deshalb ist es wesentlich, **destruktive**, **devolutionäre** „**dunkle Kreativität**“ rechtzeitig zu erkennen, um ihr gegenzusteuern. Auf politischen Makroebenen ist das ein immer wieder neu anzugehendes Problem.

3.4 Der ergänzende „ästhetische“ Faktor 16 „ästhetische Erfahrungen“

Ein Weg in Mikrobereichen konstruktive Kreativität, einen „synergetischen **Conflux**“ zu fördern, ein Zusammenfließen **ko-kreativer** Impulse, ist die Arbeit mit **kreativen Medien** (**Faktor 9**). Dieses Konzept wurde von Petzold und Sieper begründet und seit ihren kreativtherapeutischen Ansätzen in der Gerontotherapie (Petzold 1965) und Projekten zum Kreativitätstraining in der psychosozialen Lebenshilfe und in der Erwachsenenbildung (Sieper 1971), sowie auch durch Kreativitätsförderung in der Kindertherapie und Vorschulpädagogik (*Petzold, Geibel* 1972) mit theoriegeleiteter **Intermedialität** und mit naturtherapeutischen Projekten (*Petzold, Petzold-Heinz, Sieper* 1972) umgesetzt. Die *salutogenetische* und *kreativierende* Praxis zielte dabei nicht nur auf die Ermöglichung von *multisensorischen*, *multimnestischen*

und *multiexpressiven* Erfahrungen, von Sinnesfreude, Erinnerungsglück, Ausdrucksbegeisterung (**Faktor 9**), sondern darüber hinaus auch auf die **„Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen“ (Faktor 16)**. *Dostojewski* (Der Idiot) schrieb: „Красота спасет мир, Schönheit wird die Welt retten“ und er meinte damit auch eine ethische und ästhetische Schönheit.[12] „**Das Erleben von Schönheit in all ihren mannigfaltigen Formen heilt**“, so unsere Position (*Petzold* 1992m). Solche Erfahrungen von Schönheit e m e r g i e r e n in „Möglichkeitsräumen“ (*Winnicott*), in denen sich die wichtigen menschlichen Grundantriebe der **explorativen Neugier,** des **poietischen Gestaltens,** des **affilialen** Miteinanders (*Petzold* 2003e) in ihren *positiven Ausfaltungen* realisieren können – es gibt da auch durchaus dunkle Seiten (In-Group-Denken, We-First). Intermediale Arbeit im ko-kreativen, gemeinschaftlichen Gestalten erschließt und fördert solche Erfahrungen. Weil in unseren Projekten von KlientInnen und PatientInnen diese Effekte heilsamen ästhetischen Erlebens von Werken der Kunst, von großen Landschaften, von Schönheiten der Natur, schönen Menschen und Tieren, von begeisternden gemeinschaftlichen Unternehmungen immer wieder eine so hohe Bedeutung zugeschrieben wurde und wird, haben wir diesen **Faktor 16** eigens herausgestellt und ergänzen damit den **Faktor 9** um das Moment des Ästhetischen. Aus den Arbeiten der internationalen kunsttherapeutischen Praxis und Forschung findet das Bestätigung.

„**Ästhetische Erfahrungen** als komplexes, leibhaftig-wahrnehmendes Erleben von *multisensorisch* (exterozeptiv und interozeptiv) aufgenommenen Sinnes-Informationen aus der Lebenswelt – zusammen mit den dabei aufkommenden *multimnestischen Resonanzen* aus den Gedächtnisspeichern des Leibsubjekts – sind in höchstem Maße ‘sinn-stiftend‘, berühren zugleich Menschen im ‘tiefsten Inneren‘ und vermögen schöpferische Sy-

---

[12] In "Die Brüder Karamasow" geht Dostojewski diesem Thema noch einmal nach. "Wie könnte Schönheit die Welt retten?" fragt der Atheist Ippolit den Prinzen Mischkin, der statt einer Antwort zu einem jungen Mann geht und ihm im Leiden und Sterben beisteht. Mitgefühl und Liebe ist eine Schönheit, die – wenn sie zwischen den Menschen realisiert würde – die Welt retten könnte. So Dostojewskis Antwort. Und das ist als ein *säkularer* Gedanke zu denken, **von jedem**, denn jeder kann in große Gefahr und in bittere Not geraten, aus der er dringlich wünscht, gerettet zu werden. Wir müssen heute in einer Zeit globaler Naturzerstörung, einer Zeit der wesentlich von Menschen mitverursachten „Sixth Extinctition“ (*Kolbert* 2014), diese Idee von der „Schönheit liebender Fürsorge“ auf die Natur ausdehnen, auf all die Arten, die von uns für immer zum Verschwinden gebracht werden, wenn wir unser globales Verhalten nicht ändern.

nergien freizusetzen: **Schöpferische Aisthesis**. Sie ergreift, erfüllt, erschüttert zuweilen und regt auch immer wieder an, inspiriert. **Ästhetische Erfahrungen** weiten Engungen, öffnen Grenzen, erweitern Horizonte (*enlargement*), erfreuen und beglücken (*enrichment*), bestärken und ermutigen (*empowerment*), weisen 'neue *WEGE'* und erschließen bisher verborgene, unbekannte Potentiale des eigenen Selbst. Sie machen immer wieder möglich, dass aus dem eigenen *embodied self* und seiner lebensweltlichen *Einbettung* (*embeddedness*) in „das Fleisch der Welt" (*Merleau-Ponty* 1964) NEUES geschaffen wird aus der 'Fülle der Welt' und aus dem 'Reichtum der Natur', der das Leib-Selbst selbst angehört. In der **Aisthesis** werden Leib und Welt **ko-kreativ** verbunden.

Das Erleben, wie 'persönliche Schöpfungen' (Bilder, Gedichte, Projektideen usw.) aus dem ‚eigenen Selbst', der 'eigenen Natur', der Mitwelt emergieren und immer wieder auch aus dem gemeinschaftlichen, ästhetischen Erleben und einem kokreativen Enthusiasmus hervorgehen und sich im Gestalten gemeinsamer Projekte und Werke konkretisieren, ist befreiend, beglückend, bereichernd, erhebend. Und damit werden persönliche und gemeinschaftliche 'ästhetische Erfahrungen' *sinn-stiftend*, *potentialfördernd*, *heilsam*. Sie klären Ambiguität, reduzieren Stress und bewirken zugleich eine '*lebensvolle Angeregtheit* und *Vitalität*' (u.a. Dopamineffekte). Ästhetische Erfahrungen ermöglichen eine 'ansteckende Faszination' und wecken dabei Wertschätzung und Liebe zum Erfahrenen (der Landschaft, den anderen Menschen und Lebewesen, dem Tier, der Blume, dem Kunstwerk, dem Bauwerk, dem Projekt usw.). Sie bewirken, dass das *Hervorgebrachte, Gestaltete* 'begeistert'. Gemeinsame Initiativen der Kreation, der Hilfeleistung, Aktionen der Kunst, der Kulturarbeit usw. werden dabei zu einer 'Herzensangelegenheit'.

So entstehen Werke persönlicher und gemeinschaftlicher **Lebenskunst**. Die dabei aufkommenden '*sanften Gefühle'* der Verbundenheit, Zugehörigkeit, der Zufriedenheit, der Freude, der Liebe, des Glücks (mit ihren endorphinergen und oxytocinergen Anflutungen) sind kennzeichnend für aufbauende, erfüllende, ***heilsame*** *und* ***schöpferische Aisthesis***."

Dieser **16. Faktor** eröffnet Wege in ein erfülltes, „gutes Leben", wie so manche andere der aufgeführten Wirk- und Heilfaktoren, denn auch das ist eine Aufgabe von Therapie: nicht nur zu heilen, sondern auch Entwicklungen zu fördern und zu einer Kre-

ativierung und Ästhetisierung des Lebens beizutragen (*Orth, Petzold* 2000). Persönliche und gemeinschaftliche „Kulturarbeit“ und „Lebenskunst“ (*Petzold* 1999q, *Petzold, Orth, Sieper* 2013a) waren immer zentrale Anliegen des **Integrativen Ansatzes** der **Therapie, Agogik** und **Kulturarbeit**. Er hatte immer auch eine über die so wichtige **klinisch-kurative Arbeit** hinausgehende transversale Ausrichtung, die humanitäre, ökologische, politische Anliegen fokussiert.

3.5 Der ergänzende 17. Faktor „synergetische Multimodalität“

Als **Faktor 17** benennen wir die **„synergetische Multimodalität“ –** das Zusammenwirken von **„Bündeln therapeutischer Maßnahmen“** (*Petzold* 2013g, 2014i) in „**multimodalen Verfahren**“ und „**multimethodischen Ansätzen**“, wie man sie in den modernen Verfahren in der „Dritten Welle“ der Verhaltenstherapie findet, etwa in *M. Linehams* DBT, *J. Youngs* Schema-Therapie, *J. McCulloughs* CBASPl und natürlich und vornehmlich in der **Integrativen Therapie**, die als erstes Verfahren auf dem Boden einer eigenständigen **Integrationstheorie** (*Petzold* 1974j, 200-310, 2002a; *Sieper* 2006) mit einem methodenübergreifenden und systematisch differentiell und integrierend operierenden „tetradischen Prozessmodell“ (1974j, 311f; *Petzold, Schulwitz* 1972) arbeitet:

„Wenn unterschiedliche Arbeitskonzepte abgestimmt und theoretisch-konzeptuell begründet *zusammenwirken* und sich *multimodale* Heilwirkungen (z. B. Anregung von Lernprozessen und Einüben von neuem Verhalten, persönliche Wertschätzung, aufdeckende Förderung von Bewusstsein und Einsicht, Konfliktlösungen, Lebenshilfe) verbinden, sich wechselseitig durch Synergieeffekte verstärken und spezifische Interventionen (z. B. Hypnotherapie, Entspannungsmethoden) zusätzliche, erforderliche Seitenwirkungen ergänzend ermöglichen können, werden die konvergierenden Hauptwirkungen (siehe oben) gekräftigt. Sie werden in ihren Aus- und Nachwirkungen umfassender. *Multifaktoriell* verursachte Störungen brauchen *multimodale* und *multimethodische* Korrektive. Sie benötigen Interventionen mit multiplen Ansatzpunkten“ (*Petzold* 1971f).

Es kann also in der IT mit unterschiedlichen Ansätzen indikationsspezifisch gearbeitet werden etwa an (zwanghaftem) *Verhalten*, „mit übenden verhaltenstherapeutischen Maßnahmen …

und gleichzeitig kann an der (zwanghaften) *Haltung* mit konfliktorientierten, aufdeckenden Verfahren … gearbeitet werden. Das Zusammenwirken (*synergia*) der beiden Ansätze, des übenden und des konfliktorientierten, stellt in seiner *Gesamtauswirkung* ‘mehr und etwas anderes‘ dar, als das singuläre Vorgehen. Ein oder mehrere Elemente fügen sich als Gestalt zusammen, wobei die Qualität der Synergie, d.h. die Auswahl, Dosierung und Kombination der einzelnen Elemente, über die Prägnanz des Gesamtgeschehens entscheidet.“ (*Petzold* 1974j, 305)

Hier findet sich unsere frühe Integrationstheorie der „**Common and divergent concepts and effects**“, eines der ersten konsistenten Integrationsmodelle für die Psychotherapie, auf dessen Basis wir 1975 unser „Tree of Science Modell“ herausgearbeitet haben, dass über die Jahre immer elaborierter wurde (ders. 1988n, 175; 1992a, 457ff.; 2003a, 65f.) und als Grundlage unseres ministeriell geförderten Modells „vergleichender Psychotherapieforschung“ „Wege zum Menschen“ (*Petzold* 1984a) diente. Bei diesen Projekt des Therapiemethodenvergleichs haben wir die großen Therapieschulen nach diesem theoretischen Strukturraster von Protagonisten des jeweiligen Verfahrens in zwei voluminösen Bänden darstellen lassen und haben darüber hinaus durch Originalvideoaufzeichnungen der Begründer dieser Verfahren bzw. deren Leitfiguren in Life-Interviews dokumentiert und das durch Filmaufzeichnungen bei ihrer therapeutischen Arbeit ergänzt (*Alexandra Adler*, Individualpsychologie; *Frederik Kanfer*, Verhaltenstherapie; *Alexander Lowen*, Bioenergetik; *Zerka Moreno*, Psychodrama; *Lore Perls*, Gestalttherapie; *Carl Rogers*, Gesprächstherapie u. a. m.).

Es ist dieser Hintergrund eines theorie- und methodenvergleichenden Zugangs zur Psychotherapie, der uns zu unserem *konzeptpluralen* und *multifaktoriellen* Vorgehen geführt hat, und uns je nach Störungsbild, Intensität der Symptomatik, Chronifizierungsgrad, Netzwerksituation und Lebenslage immer wieder neue Interventions-erfordernisse erkennen und Interventionsmöglichkeiten erproben ließen, bis wir zu den „**Vierzehn** Heil- und Wirkfaktoren“ in der Integrativen Therapie fanden (*Petzold* 1993p).Jetzt wurden sie auf **17** Faktoren aufgestockt: „**14 + 3**“.

Faktor 17 folgt der schon zu Eingang dieses Beitrags pointierten aristotelischen bzw. gestalttheoretischen Übersummativitätsannahme:

Die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von wirksam werdenden Wahrnehmungen/Eindrücken ist als **Synopse** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teileindrücke, und die **Gesamtheit** (das *ensemble*) von Interventionen/Wirkungen ist als **Synergie** [mehr und] etwas anderes als die Summe der Teilwirkungen. (Vgl. *Petzold* 1974j/1981, 305)

Heute spricht man von **Emergenz** (*Krohn, Küppers* 1992; *Dedié* 2014, *Bunge*, *Mahner* 2004), wenn ein System aufgrund der Synergie seiner Teile neue Eigenschaften oder Strukturen ausbildet, die sich nicht auf Eigenschaften dieser einzelnen Elemente zurückführen lassen. Immer wenn sich z. B. im Bereich der Psychotherapie Cluster von Wirkfaktoren bilden, k a n n es durch Akkumulations- und Synergieeffekte zu **Emergenzen** komplexerer und umfassenderer Wirkungen kommen – es kann, es muss nicht so eintreten. Es wird wohl auf die „richtige" Zusammenstellung ankommen, nicht auf ein polypragmatisches „Viel gleich gut!". Hier „richtige Mischungen" zu finden, wird Aufgabe feinsinniger und ggf. feinfühliger klinischer Experimentation zwischen TherapeutInnen und PatientInnen werden und es wird sorgfältiger Prozessdokumentationen bedürfen und darauf aufbauend empirischer Forschung, wobei wir *Klaus Grawe* vollauf zustimmen: Es geht um „empirisch validierte Wirkfaktoren [bzw. Wirkprozesse, sc.] statt um Therapiemethoden" (ders 2005a) und damit geht es um die Frage, wie „Psychotherapie durch *empirische* Validierung wirksamer werden" kann (ders. 2005b).

Man kann davon ausgehen, dass die Mehrzahl der Psychotherapieverfahren wirkt (*Luborsky, Luborsky* 1975; *Wampold, Imel* 2001). Man kann weiterhin davon ausgehen, dass es dabei in allen Verfahren „*common factors and processes*" gibt, aber auch „*specific factors and processes*" (*Imel, Wampold* 2008). Natürlich gibt es auch Einzelwirkungen spezifischer Faktoren und auch positiver Kombinationswirkungen, wahrscheinlich auch Wirkungen, die einander aufheben. Die Forschungen und Diskussionen über „common factors" sind vielfältig und mittlerweile nur noch schwer überschaubar und man ist derzeit immer noch weit entfernt davon, eine verlässliche Übereinstimmung zu finden. Die vielen Listen von Common Factors, weisen zwar Richtungen auf, sind aber, was ihre Evidenzbasierung anbetrifft keineswegs eindeutig. Eine breite Auswertung der Forschung von *Laska* et al. (2014) zeichnet folgendes Bild:

Factor	% of Variability in Outcome
COMMON FACTORS	
Goal consensus / collaboration	11.5%
Empathy	9.0%
Alliance	7.5%
Positive regard / affirmation	7.3%
Congruence / genuineness	5.7%
Therapist differences	5.0%
SPECIFIC INGREDIENTS	
Treatment differences	< 1.0%

Der Therapiemethode kommt hier **< 1.0%** bei der Differenz des Outcomes zu. In anderen Untersuchungen liegen die Gewichtungen anders, aber auch bei ihnen kommt der Therapiemethode eine nachgeordnete Bedeutung zu. Von *Asay* und *Lambert* (1999) etwa werden **1 – 15%** der Wirksamkeit in der Behandlung der **Therapiemethode** zugeschrieben. Es gibt also gute und weniger gute Methoden. **1 – 15**% sind Placeboeffekte, sie wirken in unterschiedlichen Intensitäten. **1-30**% der Wirksamkeit liegt bei der „**therapeutischen Beziehung**“ (für Wen und Welcher? Der abstinenten, der warmherzigen, oder der nondirektiven, direktiven, der konfrontierenden? Hier gibt es viele offene Fragen, denn es gibt gute und weniger gute und offenbar auch schlecht wirkende Beziehungen und damit auch gute und schlechte TherapeutInnen). Schließlich liegen **1 – 40%** der Wirkung bei *extratherapeutischen* Größen bzw. Einflüssen (PatientInneneigenschaften – es gibt zugängliche und unzugängliche PatientInnen – es wirken Lebensereignisse, Lebenslagen, Lebensführung etc.).

Das Faktum der Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten, der *common and divergent concepts and factors* zwischen den großen Mainstreams und insgesamt den verschiedenen Verfahren in der Psychotherapie macht evident: Es gibt wirkenden Faktoren/Prozesse und es gibt probate Konzepte, und die gilt es zu erfassen und zu nutzen. Feinanalysen und Konzeptvergleichen von Leitideen und Kernkonzepten kann man erarbeiten. Man kann feststellen, wo es Übereinstimmungen, wo es gemeinsame Gewichtungen gibt und wo Ideen und Praxen differieren, ja Unverträglichkeiten provozieren. Der sorgfältigen klinischen Beobachtung und Dokumentation von PatientInnen-, TherapeutInnen-, Beziehungsvariablen, von Settigsspezifitäten (Klinik, Praxis, Dyade, Gruppe) kommt hier große Bedeutung zu. Wir haben dazu differenzierte Dokumentations-systeme, die "**Behandlungsjournale**" entwickelt (vgl. https://www.fpi-publikation.de/behandlungsjournale/, *Petzold, Orth-Petzold, Patel* 2010; *Salahshour* et al. 2013), um einen soliden "body of knowledge", fundierte "**klinische Erfahrung/clinical wisdom**" zu entwickeln, die dann durch **empirische Forschung** quantitativ und qualitativ und in kombinierten "sophisticated designs" beforscht, evaluiert wird und sich dadurch "*evidenzbasiert*" weiterentwickeln kann (*Steffan*, *Petzold* 2001). In solche empirische, evaluierende Forschung wird in Zukunft noch viel investiert werden müssen. Dennoch ist über die Jahrzehnte im klinisch-psychotherapeutischen Feld immer klarer geworden, das die traditionellen Mainstreams in ihren orthodoxen Formen keine zukunftsfähigen Wege sind, auch wenn sie in Deutschland mit ihren hegemonialen Machstrukturen ein "Kartell" (Richtlinienverfahren) aufgerichtet haben, das sich von der Forschung und Theorienbildung her so nicht seriös begründen lässt. International sieht die Situation anders aus, als die die durch die geschickte Machtpolitik der Verbandsfunktionäre hierzulande zementiert wurde. Die Richtlinienverfahren müssen auf jeden Fall integrativer werden und in Richtungen gehen, in die die "neuen Integrationstherapien" (*Petzold* 1992g) und damit die Integrative Therapie seit ihren Anfängen 1965 gegangen ist: **theoriegeleitete Offenheit für Vielfalt**.

„Der berechtigten Sorge über die ‚Methodeninflation' in der Psychotherapie und insbesondere der humanistischen Psychologie lässt sich nur begegnen, wenn Gemeinsamkeiten im theoretischen Ansatz und in der praktischen Handhabung gesehen und zusammengefasst werden. Dies setzt eine Relativierung

‘dogmatischer Positionen'; bei den verschiedenen psycho-therapeutischen Schulen voraus, damit die oft unter unterschiedlicher Terminologie verborgenen synonymen Inhalte gefunden werden können. Unterschiede in der Technik sind von geringer Bedeutung, wenn Gemeinsamkeiten im Menschenbild, in der therapeutischen Haltung, im Gesundheits-/Krankheitsbegriff und in den Therapiezielen gefunden werden können; und dort wo Divergenzen stehen bleiben, müssen sie sich durchaus nicht destruktiv auswirken, sondern können zu anregender Auseinandersetzung führen“ (Petzold 1975a, 177).

Überdies hat sich heute [2014] für uns, wieder einmal bestätigt, was wir schon vor 50 Jahren erkannt und vertreten hatten, dass man über den Rahmen des „Psycho“ der Psychotherapie hinausgehen und *integrative*, d. h. *differentielle* und *ganzheitliche* Behandlungsansätze entwickeln muss („*approche intégrative, différentielle et holistique*”, *Petzold* 1965, 18), also eine “**integrative Humantherapie**” (*thérapie humaine*, ebenda S. 2) als Entwicklungstherapie „in der Lebensspanne“ mit personalisierten „Bündeln stimmiger Maßnahmen“.

„Behandlung kann heute [1975] *nicht mehr in Psycho- und Somato-therapie polarisiert werden, sondern muss auf den ganzen Menschen, seinen Leib, seinen seelisch-emotionalen Bereich und seine geistigen Strebungen abzielen, sie muß Somatotherapie, Psychotherapie und Nootherapie zugleich sein. Dabei darf nicht vergessen werden, daß der Mensch nicht ohne seinen ‘Hintergrund‘, sein sozio-physikalisches Umfeld verstanden werden kann. Da die Therapie pathologischer Zustände auch immer eine Therapie des pathogenen Umfeldes erfordert, können soziotherapeutische Aspekte und politische Fragestellungen nicht ausgeklammert werden. Die herkömmlichen Behandlungsverfahren sind, für sich genommen, für eine derart komplexe Aufgabe, wie sie sich aus der Forderung nach einem integrativen Ansatz ergibt, nicht ausgerüstet. Die Chance liegt in übergreifender Kooperation. (Petzold* 1975a, 1f.)

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel greift einen Kerngedanken der Integrativen Therapie von *Petzold, Orth* und *Sieper* auf, der schon vor 50 Jahren entwickelt wurde (*Petzold* 1965), methodenübergreifende, differentielle und

ganzheitliche Behandlungswege zu erarbeiten auf der Basis von Methodenvergleichen. In ihnen wurde nach *gemeinsamen* (*common*) und *unterschiedlichen* (*divergent*) Konzepten und Faktoren/Prozessen in den großen Therapieverfahren und in probaten therapeutischen Praxeologien gesucht. Über die Jahre wurden zunächst 14 (ders. 1993p) Faktoren herausgearbeitet. Sie wurden durch weitere Erfahrungen und Forschungen in vorliegender Arbeit um 3 weitere auf jetzt 17 ergänzt. Unsere Überlegungen und Erfahrungen werden in unseren Rahmen eines Integrativen Modells von Psychotherapie (Beratung, Soziotherapie usw.) gestellt, so dass sie auch über unseren spezifischen Ansatz hinausgehend für das Gesamtfeld helfenden und heilenden Handelns Gewinn und Nutzen bringen. Es ist klar, dass an diesem Modell weiter gearbeitet wird, deshalb sprechen wir auch dezidiert von einem “preliminary report”.

Schlüsselworte:
Therapeutische Wirk- und Heilfaktoren, schulenübergreifende Therapiemodelle, vergleichende Psychotherapie, Entwicklungstherapie in the lifespan, Integrative Therapie /Humantherapie

Summary

The present article takes up a core idea of Integrative Therapy by *Petzold, Orth* and *Sieper*, which was developed 50 years ago (*Petzold* 1965), to elaborate cross-method differential and holistic treatment approaches on the basis of method comparisons. They looked for common (*common*) and different (*divergent*) concepts and factors / processes in the major therapeutic approaches and in proven therapeutic praxeologies. Over the years, initially 14 (idem 1993p) factors were worked out. Through further experience and research in this work, they were supplemented by 3 more to 17 now. Our considerations and experiences are placed within our framework of an integrative model of psychotherapy (counseling, sociotherapy, etc.), so that they also bring benefits and and are of use beyond our specific approach for the overall field of helping and healing action. It is clear that our work will continue on this model, which is why we speak of a “preliminary report”.

Key words
14/17 Therapeutic effective and healing factors, cross-school therapy models, comparative psychotherapy, developmental therapy in the lifespan, integrative therapy / humane therapy

Literaturauswahl

Weitere Literatur bei den Verfassern und in *POLYLOGE*
https://www.fpi-publikation.de/polyloge/

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

Imel, Z. E., Wampold, B. E (2008):"The importance of treatment and thSe science of common factors in psychotherapy". In: Brown, S. D., Lent, R. W. (Hrsg.): Handbook of counseling psychology, 4. Aufl.. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. S. 249–262.

Lambert, M. J. (1992): "Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists". In: Norcross, John C; Goldfried, Marvin R (eds.): Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books. S. 94–129.

Laska, K. M; Gurman, A. S., Wampold, B. E (2014): "Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 4, 467–481.

Petzold, H.G. (1965): Géragogie – nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. *Publications de L'Institut St. Denis* 1, 1-19; https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1965-gragogie-nouvelle-approche-de-lducation-pour-la-vieillesse-et-dans-la-vieillesse.pdf; dtsch. (1972i): http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1985b-angewandte-gerontologie-als-bewaeltigungshilfe-fuer-das-altwerden-das-alter-im-alter.pdf.

Petzold, H.G. (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik, 2. Aufl. 1977; 7. Aufl. 1994. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G.(1975l): Editorial: Integrative Therapie, I*ntegrative Therapie* 4 (1975) 177. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-hilarion-g-1975k-1975l-editorials-zur-gruendung-und-nach-abschluss-des-ersten.html

Petzold, H.G. (1988n/1996a/2020): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann, 3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a. Als e-book (2020): https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie/

Petzold, H.G. (1993p/2003a/2012h): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Sieper (1993a) 267-340; repr. In: Bd. II, 3

(2003a) 985 - 1050. http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html

Petzold, H.G. (2002a): **Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle“ der Entwicklung.** Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 11/2002, http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2002-petzold-h-g-2002a-integrative-therapie-in-kontext-und-kontinuum-beginn-einer.html; als „Einführung“ in: Petzold 2003a: Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, (überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a) S. 25-85.

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

Petzold, H. G., Petzold-Heinz, I., Sieper, J. (1972/2019): Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis. Projektkonzept. Büttgen: Volkshochschule Büttgen. http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/05-2019-petzold-h-g-petzold-heinz-i-sieper-j-1972-naturverbundenheit-schaffen-gruen.html

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

Sieper, J. (2006): „Transversale Integration“: Ein Kernkonzept der Integrativen Therapie - Einladung zu ko-respondierendem Diskurs. Integrative Therapie, 3-4, 393-467 und erg. in: Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag, S. 64 – 151. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sieper-orth-schuch-hrsg-2007-neue-wege-integrativer-therapie-klinische-wissenschaft-humantherapie-kulturarbeit-e-book-gesamt-pdf.pdf. -. In: POLYLOGE 14/2010. http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/14-2010-sieper-johanna-transversale-integration-ein-kernkonzept-der-integrativen-therapie.html

Sieper, J., Orth, I., Schuch, H.W. (2007/2019) (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge – 40 Jahre Integrative Therapie, 25

Jahre EAG - Festschrift für Hilarion G. Petzold. Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag. 2019 als e-book: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=sieper-orth-schuch-hrsg-2007-neue-wege-integrativer-therapie-klinische-wissenschaft-humantherapie-kulturarbeit-e-book-gesamt-pdf.pdf

Ilse Orth, (Jg. 1936), studierte in Bonn, Paris, Wien Germanistik, Anglistik, Philosophie, Pädagogik (Staatsexamen), dann Psychotherapie MSc (DUK, Krems) und Supervision (Dipl.-Sup. FU Amsterdam). Psychotherapeutin und Lehrsupervisorin in eigener Praxis, Ausbildung in Gestalttherapie (J. Brinley, R. Cohn), Körpertherapie (M. Brown), Initiatischer Therapie (K. Dürckheim, M. Hippius), Integrative Bewegungstherapie (H. Petzold). Mitbegründerin der Integrativen Therapie, der Therapie mit kreativen Medien und der Integrativen Poesietherapie. Lehrtherapeutin seit 1974 und Leitungsgremium des FPI und der EAG. Internationale Lehrtätigkeit an verschiedenen Hochschulen. Zahlreiche Publikationen. https://de.wikipedia.org/wiki/Ilse_Orth

Hilarion G. Petzold (Jg. 1944), Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. studierte Philosophie, Psychologie, Sonderpädagogik, Medizin, orthodoxe Theologie in Paris, Düsseldorf, Frankfurt. 1979. Prof. für „Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik in the lifespan“ FU Amsterdam (emer. 2004), zahlreiche Gastprofessuren international (u.a. 1980-89, Psychotherapie, Bern bei Klaus Grawe; 2001 bis heute Supervision Krems, DUK). Begründer der Integrativen Therapie und Supervision, Pionier in der Körpertherapie, der Drogentherapie, Gerontotherapie und in den Naturtherapien. 1972 Mitbegründer des Fritz Perls Instituts (FPI), 1981 der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit (EAG) Beversee. Zahlreiche Publikationen. https://de.wikipedia.org/wiki/Hilarion_Petzold

Johanna Sieper (*1940 † 2020), Prof. Dr.pil. Lic.theol., studierte Kunst, Graphik/Desing in Düsseldorf, Philosophie, Psychologie, Pädagogik, Erwachsenenbildung, orthodoxe Theologie und Ikonographie in Paris und Düsseldorf, Psychotherapieausbildung in Psychodrama (J.L. Moreno), Ferenczi-Analyse (V. Iljine). Lehrte Ikonograpie Paris. Mitbegründerin der Integrativen Therapie seit 1965, Begründerin der Integrativen Kunsttherapie und Therapie mit kreativen Medien, Direktorin der Volkhochschule Dormagen, Lehrtherapeutin und Supervisorin. 1972 Mitbegründerin des Fritz Perls Instituts (FPI) und 1981 der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit (EAG) am Beversee, Leitungsgremium 1972 - 2020. Gründerin und Schriftleiterin der POLYLOGE. Zahlreiche Publikationen

Partnerschaft[13] und Substanzstörung[14]

Christoph Kriescher

Einleitung

Klein und Bischof weisen darauf hin, dass die sozialen Nahraumbeziehungen abhängigkeitserkrankter Menschen insgesamt noch zu wenig im Fokus der Suchtforschung stehen (2013).

Das gilt insbesondere für Paarbeziehungen, die aus der Perspektive der Suchttherapie weithin noch einseitig unter dem, empirisch nicht belegten und kritisch zu betrachtenden, Begriff der sog. „Co-Abhängigkeit“ (Rennert, 2012) betrachtet werden.

Die BEPAS-Studie von 2017 untersuchte die Häufigkeit von Substanzstörungen in sozialen Nahraumbeziehungen (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), demnach sind 10 Mio. Menschen als Angehörige, also Partner*innen, Kinder und Eltern suchtkranker Menschen betroffen.

Schild betont, das Angehörige von Suchtkranken nicht selten ebenfalls mit psychischen Störungen belastet sind (Schild, 2012, S. 24).

Der vorliegende Artikel stellt die theoretischen Grundlagen und ein Konzept auf der Basis des integrativen Ansatzes (sensu Petzold) vor.

Partnerschaft wird verstanden als nahe, intime Beziehung mit Bindungscharakter. Sie ist gekennzeichnet durch die Merkmale:

> „(a) hohe Interdependenz und emotionale Nähe (stärker als zu Freunden), (b) Langfristigkeit des Beziehungsentwurfs und der Wunsch nach Kontinuität mit diesem Menschen, (c) Exklusivität der Beziehung (der Partner ist nicht leicht austauschbar durch andere Personen) und (d) sexuelle Intimität“ (Bodenmann, 2016, S. 26).

Soziale Nahraum-Beziehungen also Partnerschaften haben einen signifikanten Effekt auf „Gesund-sein“ bzw. „Krank-sein“ von Menschen. So konnte nachgewiesen werden, „dass verheiratete

---

[13] Der Begriff Partnerschaft wird hier weit und offen gefasst, um der Pluralität der Lebensentwürfe und den vielfältigen Formen von Paarbeziehungen gerecht zu werden. Ehe, eingetragene Lebenspartnerschaften, nichteingetragene Lebensgemeinschaften, heterosexuelle oder homosexuelle Partnerschaften können unter den Begriff Partnerschaft subsumiert werden. Diese Auflistung ist keinesfalls als vollendet zu verstehen. Alle Formen intimer, dyadischer Beziehungen sind in den Begriff einbezogen. Letztlich ist demnach eine Partnerschaft dann gegeben, wenn zwei Menschen, eine Dyade, sich als Paar und als einander zugehörig begreifen.

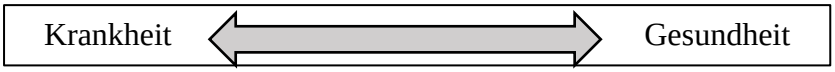
[14] Der Begriff „Substanzstörung“ lehnt sich an die Begrifflichkeit des desDSM5 an.

Personen konsistent eine niedrigere Mortalitätsrate als Ledige, Geschiedene und Verwitwete aufweisen…“ (Carr & Springer, 2010, in Bodenmann, 2016, S. 46f).
Eine geringe Partnerschaftsqualität erweist sich als Risikofaktor für Substanzstörungen. Für die Behandlung von Mernschen mit Substanzstörungen bedeutet dies, dass eine vorhandene Partnerschaft in den Therapieprozess einbezogen werden muss.
So haben False et al. für den Bereich der Alkoholkonsumstörungen gezeigt, dass paarbezogene Interventionen gegenüber der Individualtherapie stärkere Effekte haben und zwar bezüglich der Trinkfrequenz, der Dauer der Abstinenzphasen, der Delinquenz, der substanzbedingten Krankenhausaufenthalte, des Ausmaßes der häuslichen Gewalt und der Partnerschaftszufriedenheit (Fals-Stewart, O´Farrell, Birchler, Códova, & Kelly, 2005; zitiert nach Bodenmann, 2016, S.320).

1. Partnerschaft als Faktor für Gesundheit bzw. Krankheit

Diese grundlegende Auffassung von Menschsein hat Auswirkungen auf das Verständnis der Genese, Therapie und Prävention von Krankheit einerseits und der Aufrechterhaltung von Gesundheit andererseits. Einem rein bio-medizinischen Verständnis, nach welchem Krankheit eine Störung der Funktionen des Organismus ist, setzte bereits gegen Ende der 1970er Jahre der Sozial-Mediziner Engel (1977) den umfassenden, integrationsorientierten „biopsychosozialen Gesundheitsbegriff“ (Egger, 2015, S. 247) entgegen. Petzold weist daraufhin, dass bereits in den 1920er Jahren von Vygotskij (1992/1932) und Lurija (2007) vergleichbare Modelle formuliert wurden. Mit dem Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky (1997) kann der Gedanke der biopsycho-sozialen Genese von Gesundheit und Krankheit weiter konkretisiert werden. Demnach können Gesundheit und Krankheit nicht dichotom, also als Gegenüberstellung von entweder krank oder gesund verstanden werden. Gesundheit ist nicht die „Abwesenheit von Krankheit“ wie es im bio-medizinischen Paradigma verstanden wird. Im salutogenetischen Paradigma werden Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums unterschiedlicher Ausprägungen des Wohlbefindens verstanden. Beide Pole werden niemals vollständig erreicht, es kann sich ihnen lediglich angenähert werden.

Abb. 1: Gesundheit und Krankheit als Pole des Befindlichkeits-Kontinuums



Gesundheit und Krankheit sind in diesem Modell ein dynamischer Prozess von einander beeinflussenden Wechselwirkungsprozessen zwischen der biologischen, der psychologischen und der sozial-ökologischen Ebene, der entweder benigne oder maligne Folgen hat. Eine Person ist nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich entweder näher am Krankheitspol oder näher an Gesundheitspol.

Egger (2015) weist daraufhin, dass die System-Ebenen (s.o.) nicht einfach nur in einer additiven Zusammenschau betrachtet werden dürfen, sondern miteinander integriert werden müssen, d. h. in diesem Verständnis gibt es weder psychosomatische Krankheiten noch nicht-psychosomatische Krankheiten. Gesundheit und Krankheit sind nur ganzheitlich, leiblich zu verstehen und wirken sich immer sowohl psychisch als auch somatisch aus (Egger, 2015). Beispiel: Ein gebrochenes Bein beeinträchtigt auch Stimmung und Befinden, anderseits wirkt eine Depression sich auch auf der neuronalen Ebene und der Ebene der Körperhaltung aus.

> „Damit wird die Krankheit oder die Störung als ein Mehrebenengeschehen betrachtet bei dem genetische Aspekte sowie biologische, physiologische, psychologische und soziale Prozesse ineinander wirken und in ihrer Bedeutung und Wirkung nicht mehr klar voneinander abzugrenzen und zu trennen sind. Die Störung äußert sich entsprechend auf allen Ebenen und tangiert die Funktionstüchtigkeit des Individuums und seiner Umwelt in dynamischer Weise.“ (Bodenmann, 2016, S. 51)

Im integrativen Ansatz wird die Perspektive des Zeitbezuges, des Kontinuums in das Verständnis von Gesundheit und Krankheit einbezogen. Es wird also beachtet, dass Krankheit und Gesundheit prozessual i. S. einer Entwicklung in der Lebensspanne gesehen werden muss:

> "Der Prozeß [sic] der Persönlichkeitsentwicklung und die beständige Formung der Identität durch die Umwelt - bis ins hohe Alter – machen deutlich: Der Mensch ist kein Selbstversorger, er ist eingebunden in soziale Bezüge. Sind diese gut, kann er sich entfalten, sind sie belastend oder schädigend, wird er eingeschränkt, verletzt, krank. Im integrativen Ansatz vertreten wir dezidiert, daß [sic] Gesundheit und Krankheit nicht voneinander isoliert betrachtet werden dürfen. Menschliche

> Persönlichkeit ist das Resultat aller positiven, negativen und Defiziterfahrungen. Sie wird bestimmt durch die Interaktionen von Schutz- und Risikofaktoren, Ketten widriger, belastender Ereignisse [...] und Ketten positiver, stützender und schützender Ereignisse […] Diese Sicht überschreitet das traditionelle, verkürzende ‚medizinische Modell' in der Psychotherapie." (Petzold, 1995g)

Petzold ergänzt zudem die drei Integrationsebenen „bio“, „psycho“, „sozial“ um eine vierte, die ökologische Ebene (Petzold, 2009c, S. 10).

In Anlehnung an Egger (2015, S. 62f) werden Gesundheit und Krankheit im integrativen Ansatz dimensional auf den drei Ebenen betrachtet: bio-medizinisch, psychologisch und ökosozial. Tabelle 1 stellt die drei Ebenen jeweils für den Gesundheitsbegriff und den Krankheitsbegriff dar und setzt sie in Beziehung zum Partnerschaftsbegriff.

Tabelle 1: Der dimensionale Gesundheits- und Krankheitsbegriff nach Egger (2015, S. 62f) ergänzt durch die Perspektive Partnerschaft

Gesundheits-Modell	Gesundheits-Dimension	Krankheitsmodel	Krankheits-Dimension
Gesundheit als somatische Unauffälligkeit; „Normalzustand“ Partnerschaft wird im Hinblick auf Generativität (Schwangerschaft, Geburt) betrachtet.	Bio-medizinisch (health)	Krankheit als somatische Störung organischer Befund Partnerschaft wird im Hinblick auf die sexuelle Funktion bzw. Funktionsstörungen betrachtet.	Bio-medizinisch (disease)
Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten Partner_in als Unterstützer_in im Ge-	Psycho logisch (wellness)	Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens Partner_in als „Co-Abhängig“	Psycho logisch (illness)

nesungspro-zess			
Gesundheit als Ergebnis einer saluto-genen Mensch-Um-welt-Passform In Partner-schaften: Ge-sundheit als gemeinsame Aufgabe	Öko-sozial (public health) we-health/ funktionales Coping	Krankheit als Er-gebnis einer pa-thogenen Mensch-Umwelt-Passform In Partnerschaf-ten: Krankheit als gemeinsames Problem	Öko-sozial (sickness) we-disease/ dysfunktiona-les Coping

Bezogen auf Partnerschaften hat Bodenmann (2016) betont, dass bei bio-psycho-sozialen Ansätzen und Konzepten einerseits der Aspekt des sozialen berücksichtigt wird, andererseits häufig die Rolle der Partner*innen von psychisch erkrankten Menschen eng geführt und reduziert wird auf die Rolle des*der Unterstützer*in im Genesungsprozess. Die Bedeutung sozialer Beziehungen wird damit zwar in den Blick genommen, jedoch nur auf die Entstehung von Störung, ihren Schweregrad, den Krankheitsverlauf und der Rückfallwahrscheinlichkeit bezogen.

Letztlich, so die Kritik, bleibt dieser Ansatz in Praxis und Forschung einem patientenzentrierten Verständnis verhaftet, wonach die Erkrankung letztlich als das alleinige Problem des Erkrankten gesehen wird. Dem stellt Bodenmann (2016) eine interpersonelle Sicht von Gesundheit und Krankheit entgegen.

2. Partnerschaft als Ausdruck von Relationalität (Aufeinander-Bezogen-Sein)

Die Theorie der Relationalität beschreibt das Aufeinander-Bezogen-Sein von Individuum und Mitwelt. Der leib-theoretische Ansatz wurde bereits im Hinblick auf das bio-psycho-soziale Modell dargestellt. Aus der Perspektive der Relationalität ist Leiblichkeit immer als Zwischenleiblichkeit zu denken, denn als Leibwesen stehen Menschen in einem stetigen Austausch mit ihrer Mitwelt, also mit anderen Menschen, die ebenfalls leiblich zu

denken sind. Bei diesem leiblichen Austausch handelt es sich laut integrativer Therapie wesentlich um einen Austausch von Information, weshalb der Leib als „informierter Leib“ (Petzold, 2009c) gedacht werden muss. Diesen „leibhaftigen“ Austausch beschreibt Petzold mit dem Begriff Ko-respondenz.

Das Ko-respondenzmodell beschreibt also das wechselseitige Sich-aufeinander-Beziehen und Aufeinander-Bezogen-Sein, das grundlegend ist für menschliche Existenz, es ist das Kernkonzept der Relationalität (Petzold, 2009c; Petzold, 2016).

> „Ko-respondenz als konkretes Ereignis zwischen Subjekten in ihrer Andersheit, d.h. in Intersubjektivität, ist ein synergetischer Prozess direkter, ganzheitlicher und differenzieller Begegnung und Auseinandersetzung auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene …“ (Petzold & Müller, 2007, S. 396).

Dieses Kernkonzept der Integrativen Therapie ist die Grundlage der Theorie der Relationalität, die Petzold mit der beziehungstheoretischen Grundformel:

> „**Du, Ich Wir** in Kontext/Kontinuum, **Wir, Du, Ich** in Lebenszusammenhang und Geschichte, **in diesen Konstellationen gründet das Wesen des Menschen**, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in Polylogen und Ko-respondenzen als Konsens-/Dissenssprozessen, im Aushandeln von Grenzen und Freiräumen findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für Dich, für sich, für die Anderen.“

beschreibt (Petzold & Müller, 2007, S. 395).
Die Theorie der Relationalität erklärt das „Aufeinander-Bezogen-Sein“ zwischen Individuen in den unterschiedlichen Arten von sozialen Beziehungen. (Petzold & Müller, 2007, S. 402; Petzold, 2016g).

> „**Relationalität** ist ein Oberbegriff, basierend auf der anthropologischen Grundannahme koexistiver Intersubjektivität, unter dem die höchst differentiellen ***Modalitäten*** zwischenmenschlichen Miteinanders bzw. Sich-Beziehens gefasst werden, die Menschen in dyadischen oder multidirektionalen, interaktiv-kommunikativen Situationen zu einem oder mehreren anderen Menschen aktualisieren können – also auch in Situationen der „**Multirelationalität**“ in Polyaden, zu denen wir von Säuglingszeiten an fähig sind. Über diese Relationalitätsmodalitäten belehrt uns die Sprache – z.B. mit Begriffen wie *Kontakt, Begegnung, Abhängigkeit, Hörigkeit* – oder informiert uns die klinische Erfahrung – mit *Übertragung/ Gegenübertragung* – oder die sozialpsychologische Forschung, etwa über *Affiliation, Reaktanz, Bindungsverhalten* usw. (Petzold 2000h)“ (zitiert nach Petzold, 2007, S. 405).

Grundlegend für Überlegungen zu menschlicher Relationalität ist die Annahme, dass im Menschen ein Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen angelegt ist. Dieses Bedürfnis wird mit dem

Begriff Affiliation von Petzold beschrieben:

> *„**Affiliation** ist das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum, zu Menschengruppen mit Vertrautheitsqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt, grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhalts, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten."* (Petzold & Müller, 2007, S. 375)

Affiliation kann verstanden werden als Bündel von Verhaltensmustern, die darauf zielen, Nähe herzustellen, auch wenn keine natürlichen Bezüge bestehen, wie es beispielweise in Familien der Fall ist. Evolutionsbiologisch wird angenommen, dass die Fähigkeit zu Affiliation einen Selektionsvorteil im Evolutionsprozess bietet. Im Verbund hat der*die Einzelne bessere Überlebenschancen als allein. Affiliation ist insofern die Fähigkeit, Fremdheit zu überwinden. Es wird beispielsweise angenommen, dass die Grundemotionen kulturübergreifend gleich sind und so Affiliation ermöglichen. Affiliationen unterscheiden sich im Ausmaß ihrer emotionalen Besetzung, sie sind dementsprechend unterschiedlich intensiv. Affiliationen sind sozialer Klebstoff, der soziale Netzwerke zusammenhält. Damit kommt der Affiliation auch eine konformierende Funktion zu, die negative Aspekte beinhalten kann, als Beispiel seien hier Korpsgeist und Gruppendruck bis hin zu kriminellen Vereinigungen und organisiertem Verbrechen oder fundamentalistischen Gruppierungen erwähnt. Affiliation basiert auf einer genetisch angelegten Kompetenz des Menschen, Nähe-Distanz zu regulieren. Diese Kompetenz ist nicht statisch und unveränderbar zu verstehen, sondern dynamisch und im Entwicklungsprozess des Einzelnen veränderbar. Deshalb kommen in Affiliationsprozessen weitere Muster zum Tragen. Eines davon ist Reaktanz, sie bildet in gewisser Weise ein Gegenstück zu Affiliation, ist jedoch nicht komplementär zu verstehen. (Petzold 1999r zitiert nach Petzold & Müller, 2007, S. 379f)

> „**Reaktanz** ist das intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach einem ungeteilten Eigenraum, d.h. eine hinlängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Möglichkeit zur Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen Eigenständigkeit im Affiliationsraum - mit ihm, durch ihn und gegen ihn - gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegenstellt" (Petzold, 2007, p. 375).

Affiliation und Reaktanz können als Konzepte zur Beschreibung von Regulationssystemen auf der interpersonalen Ebene

begriffen werden, die mit den intrapersonalen Regulationsprozessen unlösbar verflochten sind und sich gegenseitig beeinflussen. Petzold spricht hier von *komplexen dynamischen Regulationsprozessen* (Petzold & Müller, 2007, S. 404), die in der Interaktion bzw. Ko-respondenz sozialer Systeme, also auf der Verhaltensebene zum Tragen kommen. Affiliation und Reaktanz können als Ausdruck dynamischer Regulationsprozesse auf der interpersonalen, sozialen Systemebene, als Narrative (Schemata, Muster oder Scripts) verstanden werden, welche menschliches Verhalten steuern (Petzold & Müller, 2007). Dahinter stehen auf der intrapersonalen, individuellen Ebene des Subjekts die Grundbedürfnisse, welche Grawe (2004) in seiner Konsistenztheorie beschreibt. Auf der Grundlage der Konsistenztheorie können Affiliation und Reaktanz als von je zwei Grundbedürfnissen „motivierte" Schemata begriffen werden. Für Affiliation sind dies das Bedürfnis nach Bindung und das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Für Reaktanz sind es das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung sowie Selbstwerterhaltung, Reaktanz ist daher nicht in einem negativen Sinn zu verstehen. Sie ist kein Vermeidungsschema (vgl. Grawe, 2004, S. 189).

Die Erfüllung der Grundbedürfnisse steht im Mittelpunkt der Entwicklung von psychischer Gesundheit und Zufriedenheit. Affiliative und reaktante Bedürfnisse können dabei jedoch in Widerspruch zueinander geraten. Das oberste Prinzip psychischen Funktionierens ist daher die Herstellung und Erhaltung von Konsistenz also der Vereinbarkeit der verschiedenen Bedürfnisse. Grawe spricht hier von Konsistenzregulation. Besteht Inkonsistenz, sind die Regulationsprozesse unterbrochen oder gestört, dann führt diese Dysregulation zu psychischer Krankheit/Störung. Psychische Störungen können daher als Regulationsstörung verstanden werden (Schär, 2016, S. 41). Wie Prozesse der komplexen Dynamischen Regulation in Partnerschaften wirken und damit zu Wohlbefinden oder Störung in Beziehungen beitragen wird von Bodenmann (2003) in seinem systemisch- transaktionalen Modell dargestellt.

2.1 Das Vulnerabilitäts-Stress Adaptationsmodell

Mit seinem systemisch-transaktionalen Stressmodell erweitert und vertieft Bodenmann die interpersonelle, soziale Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells, indem er die Rolle des sozialen Netzwerks im Hinblick auf die Initialisierung der Störung,

die Aufrechterhaltung der Symptomatik, das Rückfallrisiko und die schützende Wirkung von sozialer Unterstützung bei der Bewältigung von Stress bezieht. Er betont die Bedeutung der Stressbewältigungsmechanismen für den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit oder Krankheit. Sein systemisch transaktionales Modell der Stressbewältigung ist eine Erweiterung des transaktionalen Stressmodells nach Lazarus und Folkman (1984), da dieses individuumszentriert angelegt ist. (Bodenmann, 2003, S. 483) Tabelle 2 zeigt die Implikationen von drei verschiedenen Störungsmodellen im Hinblick auf Partnerschaften.

Tabelle 2: Störungsmodelle und ihre Implikationen (aus Bodenmann 2016, S. 52)

Störungsmodell	Annahme	Konsequenzen
Medizinisches Krankheitsmodell	Der Patient hat die Störung bzw. Krankheit. Die Störungsursachen liegen im Patienten, und die Behandlung erfolgt entsprechend *patientenzentriert* mittels Medikamenten oder Individualtherapie.	Defizitorientierung, einseitige Sicht von Störungen und reduktionistische Behandlungskonzepte
Bio-psycho-soziales Störungsmodell	Eine Störung wird auf verschiedene Ursachen und deren Zusammenspiel zurückgeführt, wobei genetische, biologische, psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt werden. Bei der Behandlung werden verschiedene Komponenten einbezogen, die für die Aufrechterhaltung der Störung bedeutsam sind.	Trotz der Berücksichtigung von Ressourcen des Patienten ist die Gesamtbilanz weiterhin defizitär. Soziale Aspekte werden in der Form sozialer Unterstützung einbezogen.
Störung/Krankheit als «we-disease»	Eine Störung wird als gemeinsames Problem des Paares gesehen, als gemeinsame Aufgabe definiert. Beide leiden darunter auf ihre Weise, beide können aber auch zur	Die Gesamtbilanz fällt nun häufig zugunsten der Ressourcen aus. Beide Partner werden regelmäßig in die Behandlung einbezogen oder sie erfolgt im

	Bewältigung beitragen. Beide sind aufgefordert, «an einem Strick zu ziehen» und ihre jeweiligen Ressourcen ins Spiel zu bringen.	Rahmen einer Paartherapie. Der Partner ist nicht mehr nur Unterstützender, sondern wird ebenfalls als Leidender gesehen. Der Patient ist nicht mehr nur Empfänger von Unterstützung, sondern soll auch dem Partner Unterstützung geben.

Die Verknüpfung des sozialen Kontextes mit einem Modell von Partnerschaftsprozessen und ihrer Wirkweise wird in stresstheoretischen Modellen beschrieben. Das von Bodenmann entwickelte systemisch-transaktionale Modell (Bodenmann, 2000a) kann als eines der fortschrittlichsten Stressmodelle von Partnerschaft angesehen werden. (Bodenmann, 2016, S. 53).

Sein Modell geht von folgenden Grundannahmen aus:

1. Stress muss systemisch und prozessual verstanden werden. In Partnerschaften ist Stress ein dyadisches Phänomen, von dem immer beide Partner*innen betroffen sind („we-stress“).
2. Die Bewältigung von Stress – das Coping – wird systemisch gedacht. Der soziale Kontext und die Wechselwirkung oder Ko-respondenz wird in der Konzeption von Coping-Prozessen mitberücksichtigt. Die gemeinsame Bewältigung von Belastungen wird dyadisches Coping genannt.
3. Es gibt einen typischen Verlauf (Kaskadenmodell) des Stress-Coping Prozesses i. S. einer aufeinander folgenden Aktivierung verschiedener Coping-Ressourcen je nach Stressprofil, Coping-Kapazitäten und äußeren Ressourcen. (Bodenmann, 2016, S. 53)

Dyadisches Coping kann nach den folgenden Formen unterschieden werden:

- „*Stressäußerung* (problem- oder emotionsbezogene verbale oder nonverbale Mitteilung der eigenen Belastung)
- *problembezogenes supportives dyadisches Coping* (Unterstützung des Partners durch Mithilfe bei der

Problemlösung, Ratschläge, konkrete Hilfestellungen)

- *emotionsbezogenes supportives dyadisches Coping* (Unterstützung des Partners bei der Emotionsregulation durch einfühlsames Zuhören, Empathie, Verständnis, guten Zuspruch, Mithilfe zum Umbewerten, Zusprechen von Mut, Solidarisieren, Bekunden des Glaubens an den Partner, Signalisieren von Zusammenhalt)
- *delegiertes dyadisches Coping* (Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten, welche der Partner sonst ausübt, um ihn zu entlasten, ihm Freiräume zu schaffen und ihn zu stärken)
- *negatives dyadisches Coping* (oberflächliche Unterstützung, hostile, abwertende Bemerkungen oder ambivalente Unterstützungsangebote)
- *problembezogenes gemeinsames dyadisches Coping* (gemeinsame Problemlösung, gemeinsame Informationssuche)
- *emotionsbezogenes gemeinsames dyadisches Coping* (gemeinsame Emotionsregulation durch gemeinsame klärende und verständnisvolle Gespräche, gemeinsame beruhigende Aktivitäten, gemeinsame Zerstreuung, gemeinsame Meditation oder Entspannungsrituale, körperliche Nähe und Ausdruck von Verbundenheit).“ (Bodenmann, 2000a; 2016, S. 54f)

Stress kann sowohl indirekt das Paar betreffen, etwa dann, wenn ein Partner*in individuell von Stress betroffen ist und dieser Stress in die Beziehung hineinwirkt. In diesem Fall handelt es sich um indirekt dyadenrelevanten Stress wie z. b. bei Arbeitsstress eines*einer Partners_in. In diesem Fall wird supportives dyadisches Coping, welches positiv oder negativ sein kann, oder delegiertes dyadisches Coping angewandt. Denn der Stress von A wird auch von B wahrgenommen und hat eine (indirekte) Wirkung auf B.

Wenn der Stress beide Partner*innen gleichermaßen betrifft, tritt gemeinsames dyadisches Coping auf, entweder wenn beide Partner*innen vom Stressor gleichermaßen betroffen sind, wie z. b. bei einer Viruspandemie, oder wenn der Stressor des einen

auch den anderen betrifft, wie z. B. bei Krankheit oder psychischer Störung. In diesen Fällen handelt es sich um direkt dyadenrelevanten Stress.
Die Art und Weise des Umgangs mit diesen Stresssituationen hängt von individuellen und gembeinsamen Bewertungen der Situation ab:

- „wer direkt vom Stress betroffen ist (Partner A, Partner B, beide Partner)
- wer den Stress verursacht hat (Partner A, Partner B, beide Partner, Dritte, Umstände)
- welche Coping-Ressourcen zur Verfügung stehen (von Partner A, Partner B, dyadenexterne Ressourcen)
- welche individuellen und dyadischen Ziele bestehen (assimilative, akkommodative Ziele, individuelle, dyadische Ziele)
- welche temporalen Aspekte vorliegen (beide Partner simultan, sequenziell überlappend oder sukzessiv betroffen)
- welche Motivation vorliegt (von Partner A, Partner B, beiden Partnern). Die Motivation hängt von der aktuellen Stimmung, situativen Variablen wie eigener aktueller Belastung, eigenen Prioritäten, aber auch vom generellen Commitment und von der Partnerschaftszufriedenheit ab“ (Bodenmann, 2016, S. 56).

Bodenmann benennt weiterhin drei Funktionen des dyadischen Copings: Die Wiederherstellung des individuellen Gleichgewichts, des dyadischen Gleichgewichtes sowie die Verstärkung des gegenseitigen Vertrauens, des Wir-Gefühl, der Intimität und Verbundenheit. In verschieden Studien konnte die Bedeutung des dyadischen Copings belegt werden. Dyadisches Coping bei Paaren wirkt demnach positiv auf die Partnerschaftszufriedenheit und -stabilität (Bodenmann & Cina 2006, nach Bodenmann, 2016).

2.2 Psychische Störungen als „we-disease“

Bezogen auf Partnerschaften hat Bodenmann (2016) betont, dass bei bio-psycho-sozialen Ansätzen und Konzepten einerseits der Aspekt des sozialen berücksichtigt wird, andererseits häufig die Rolle der Partner*innen von psychisch erkrankten

Menschen eng geführt und reduziert wird auf die Rolle des/der Unterstützer*in im Genesungsprozess. Die Bedeutung sozialer Beziehungen wird damit zwar in den Blick genommen, sowohl bezogen auf die Entstehung der Störung, ihren Schweregrad, den Krankheitsverlauf und die Rückfallwahrscheinlichkeit. Jedoch, so die Kritik, bleibt dieser Ansatz in Praxis und Forschung einem patientenzentrierten Verständnis verhaftet, wonach die Erkrankung letztlich als das alleinige Problem des*der Erkrankten gesehen wird. Diese Sichtweise beinhalte auch ein Gefälle in der Rollenverteilung, der*dem Erkrankten und damit Bedürftigen steht die*der Gesunde gegenüber und gibt seine Unterstützung (2016, S. 57f).

Einer solchen unidirektionalen Betrachtungsweise stellt Bodenmann (2016) eine interpersonelle, ganzheitliche Sicht von Gesundheit und Krankheit entgegen. Er versteht die psychische Störung auf der Ebene der Partnerschaft als gemeinsames Problem beider Partner*innen. Mit diesem systemisch-transaktionalen Störungsmodell erweitert und vertieft Bodenmann die interpersonelle, soziale Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells, welches die Rolle der Partner*innen, Angehörigen, Freunde*innen also des sozialen Netzwerks (Hass & Petzold, 1999/2011) auf die Auflösung der Störung, die Aufrechterhaltung der Symptomatik, das Rückfallrisiko und den Schutz des Erkrankten durch soziale Unterstützung reduziert. Bodenmann betont aber, dass beide Partner*innen gleichermaßen bei Krankheit oder psychischer Störung betroffen und gleichermaßen zur Bewältigung herausgefordert sind.

Aus zwei Gründen muss die Rollenverteilung Empfänger*in / Unterstützer*in, wie sie den meisten bio-psycho-sozialen Ansätzen zugrunde liegt, kritisch gesehen werden. Aus der Perspektive der austausch- und equity-theoretischen Ansätze (Walster, Walster, & Berscheid, 1978) kommt es bei einer Festlegung der Rollen auf einerseits den*die Hilfegebende*n und anderseits den*die Hilfeempfangende*n zu einem Gefälle mit verhängnisvollen Folgen für die Beziehung. Die Kosten-Nutzen Bilanz kann nicht mehr ausgeglichen werden, was sich langfristig negativ auswirkt. Es kommt zu Belastungen, Spannungen und abnehmender Partnerschaftszufriedenheit (Bodenmann, 2016, S. 60).

Zum anderen erleben Menschen den Empfang von sozialer Unterstützung zwiespältig, denn Hilfe annehmen zu müssen wirkt sich selbstwertschädigend aus. Partner*innen, die Unterstützung empfangen, sehen sich als gescheitert, wertlos oder

weniger nützlich bis hin zum Erleben von Sinnlosigkeit. Versagens-, Abhängigkeits- und Schuldgefühlen. Aber auch für den gebenden Part wirkt sich das Ungleichgewicht negativ aus. Erschöpfung und Ausbrennen (Burn out) können eine mögliche Konsequenz sein mit der Folge einer erhöhten Expressed Emotion (s. u. 0).

> „Soziale Unterstützung von Anderen oder supportives dyadisches Coping ist dann ungünstig, wenn die Reziprozität fehlt und Einseitigkeit im Geben entsteht. … Daher sollte in der Partnerschaft auch im Falle einer Krankheit auf ein ausgewogenes Geben und Nehmen geachtet werden. Eine Konzeption der Störung als «we-disease» erleichtert dies und trägt der hohen Interdependenz zwischen Patient und Partner Rechnung. Es wird anerkannt, dass beide unter der Störung leiden, aber auch beide Ressourcen haben, zur Bewältigung beizutragen.“ (Bodenmann, 2016, S. 61)

3. Partnerschaft und Substanzstörung

In diesem Kapitel sollen nun Partnerschaft und Substanzstörung interpersonell auf der Ebene der Partnerschaft betrachtet werden.

Im Integrativen Ansatz werden die Bedeutung und der Einfluss des sozialen Umfelds für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsumstörungen besonders betont. Petzold definiert Substanzgebrauchsstörungen im Integrativen Ansatz wie folgt:

> „Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netz-werk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biographischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.“ (Petzold, 2004, S. 515)

Dem liegt eine mehrperspektivische Sichtweise zugrunde, die den substanzabhängigen Menschen in seiner Ganzheit, „in und mit seinem Kontext /Kontinuum des Lebens“ (Petzold, 2004, S. 515) sieht und neben den pathogenen Anteilen auch auf Ressourcen und Potentiale achtet, also auch den salutogenetischen Aspekt in die Therapie einbezieht.

In einer Studie von Whisman (1999) konnte gezeigt werden,

dass in Partnerschaften mit niedriger Ehequalität für die Partner*innen ein höheres Risiko besteht, an einer psychischen Störung zu erkranken, als in Partnerschaften mit hoher Partnerschaftsqualität. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für einen der Partner*innen, eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln, in Partnerschaften mit niedriger Partnerschaftsqualität um das Zweifache erhöht. Die Odds Ratio betrug in dieser Studie 2.0 für Substanzabhängigkeit (Whisman, 1999; Hahlweg & Baucom, 2008, S. 6f). Diese Korrelation ist jedoch bidirektional, denn eine Substanzstörung trägt auch umgekehrt zu einer Verschlechterung der Partnerschaftsqualität bei. Die Ursachen für die Verschlechterung der Partnerschaftsqualität sind die krankheitsbedingte Rückzugstendenz, die verschlechterte und verminderte Kommunikation und negatives dyadisches Coping.

Im nächsten Abschnitt werden die Prozesse beschrieben, die sich ungünstig auf die Partnerschaft auswirken, zur Verschlechterung der Partnerschaftsqualität führen und insofern das Risiko zur Entwicklung von psychischen Störungen erhöhen. Es sind die Konzepte der sog. „Co-Abhängigkeit“, das Konzept der Expressed Emotion und das Konzept der Substanzkonsumstörung als „We-disease“.

3.1 „Co-Abhängigkeit“

Um den Begriff Co-Abhängigkeit (Rennert, 2012) ist in Fachkreisen eine Kontroverse entstanden. Klein & Bischof (2013) führen an, dass die verschiedenen Definitionen von Co-Abhängigkeit in der Fachdiskussion sehr heterogen und unpräzise seien. Sie reichen von der Vorstellung spezifischer Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen im sozialen Umfeld von abhängigkeitserkrankten Menschen, die zur Aufrechterhaltung des Substanzkonsums beim Betroffenen beitragen (Fengler, 1994) bis hin zum Postulat von Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung (Cermak, 1986). Besonders problematisch ist, dass aus dem Konzept der Co-Abhängigkeit oft eine Mit- Verantwortung für die Entwicklung der Krankheit abgeleitet wird, beispielsweise mit der Rollenzuschreibung als „Enabler“ (Rennert, 2012). Letztlich, so Klein & Bischof, sei das Konzept der Co-Abhängigkeit empirisch kaum belegt und somit sei der Begriff obsolet (2013). Klein & Bischof bestreiten nicht, „dass es im Umfeld von Suchtkranken zu auffälligen Interaktions- und Verhaltensmustern kommt, die jedoch nicht im Sinne eines uniformen Krankheitsmodells der Co-Abhängigkeit zu interpretieren sind.“ (2013, S.

66) Sie schlagen vor, die genannten Auffälligkeiten im Rahmen des Stress-Adaptionsmodells zu erklären (2013), d.h. eine Substanzkonsumstörung als „we-disease“ zu verstehen, da beide Partner sind vom gleichen, gemeinsamen Problem betroffen sind.

Empirische Befunde stützen ein Verlaufsmodell der Verhaltensweisen bei Angehörigen von Abhängigkeitserkrankten (Jackson, 1954). Jackson stellte ein 7-Phasen Modell vor, davon konnten drei empirisch bestätigt werden (Lemmert, 1960). Es sind die Phasen der Verleugnung, der Kontrolle und der Anklage.

Die Verleugnungsphase, die auch Beschützer- oder Erklärungsphase genannt wird, zeichnet sich dadurch aus, dass in dieser Phase die belastenden Folgen des Konsums für den*die Betroffenen und den sozialen Nahraum „übersehen“, verharmlost und „gedeckt“ werden. Angehörige vermeiden die Konfrontation, damit es nicht zu Konflikten kommt und die Harmonie gewahrt bleibt.

Die Kontrollphase ist gekennzeichnet durch den Versuch mittels Kontrolle und Auflagen das Verhalten des*der Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren. Jeglicher Substanzkonsum wird in dieser Phase tabuisiert.

Die Anklagephase beinhaltet, dass nun der unterdrückte Ärger und angesammelte Wut in Form von Vorhaltungen und Abwertungen gegenüber dem*der Betroffenen zum Ausdruck gebracht werden. Der*die Betroffene wird nicht selten für alle möglichen Probleme im sozialen Umfeld verantwortlich gemacht.

Zu diesem sog. Phasenmodell ist kritisch anzumerken, dass die Phasen nicht im Sinne einer starren zeitlichen Abfolge verstanden werden dürfen. Verleugnung, Anklage und Kontrolle können jedoch sehr gut als dysfunktionale Copingstrategien verstanden werden. Für Rehabilitanden*innen und ihre Partner*innen stellen sie ein eingängiges Erklärungsmodell dar.

3.2 Expressed Emotion

Im Zusammenhang mit Rückfällen ist für die Partnerschaften mit Substanzstörung die Expressed-Emotion-Theorie von Bedeutung. Sie erklärt die Bedeutung des sozialen Nahraums für das Rückfallrisiko. Dieser Theorie zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen der Art und Weise, wie Partner*innen auf ihr von einer psychischen Störung betroffenes Gegenüber reagieren und dem Rückfallrisiko. Hooley (2007) beschreibt drei Elemente von Expressed Emotion (EE) (a) criticism: Kritik (i. S. von

Tadel oder Missbilligung), (b) hostility: Feindseligkeit und (c) emotional overinvolvment: emotionale Verstrickung bzw. emotionale Überengagiertheit. Kritische Äußerungen oder Tadel sind dann problematisch, wenn sie in einem abwertenden geringschätzenden Tonfall geäußert werden. Im Unterschied zur Feindseligkeit beziehen sie sich jedoch auf bestimmte Verhaltensweisen des*der psychisch Kranken. Feindseligkeit hingegen ist generalisierender und bezieht sich auf die Person, insofern ist auch Zurückweisung als Feindseligkeit zu verstehen. Emotionale Verstrickung kann als übertrieben besorgte Haltung des*der Partner*in, als eine überzogen dramatisierte Besorgnis verstanden werden. Das Konstrukt der Expressed Emotion bezieht sich auf die Haltung, die ein*e Partner*in gegenüber dem*der Erkrankten einnimmt. Unterschieden werden hohe und niedrige EE. Es konnte in verschieden Studien ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an EE und dem Rückfallrisiko gezeigt werden, wobei ein höheres Ausmaß an EE ein höhere Rückfallrisiko bedeutet. (Hooley, 2007).

Die Ergebnisse der Forschung können im Hinblick auf Substanzstörungen wie folgt zusammengefasst werden: (a) ein hohes Ausmaß an Expressed Emotion ist ein unabhängiger Prädiktor für Rückfälligkeit bei verschieden psychischen Störungen, so auch bei Substanzstörungen. (b) Expressed Emotion ist ein von anderen klinischen Variablen unabhängiger Prädiktor für Rückfälligkeit. (c) Expressed Emotion ist sowohl eine Reaktion auf die Störung des/der Patienten*in als auch ein Ausdruck der Persönlichkeit des Angehörigen. Ein hohes Ausmaß an Expressed Emotion ist das Ergebnis eines Wechselwirkungsprozesses. Im Verlauf dieses Prozesses kommt es bei Angehörigen mit hoher Expressed Emotion zu einer weiteren Steigerung der Expressed Emotion, was möglicherweise eine Konsequenz der dauerhaften Beziehung zu einem*einer psychisch Kranken ist. (d) Interventionen, die auf eine Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten und der Problemlösefertigkeiten abzielen, tragen zu einer Verringerung der Expressed Emotion und zu einer generellen Verbesserung der Atmosphäre in sozialen Nahraum bei. Sie reduzieren außerdem die Rückfallhäufigkeit. (e) Die Interaktionen zwischen Angehörigen mit hohem Expressed Emotion und Patienten sind mit mehr negativen und weniger positiven Verhaltensweisen verbunden und umgekehrt. (f) Patienten*innen zeigen eine höhere Anspannung in der Interaktion mit Familienangehö-

rigen mit hoher Expressed Emotion. Sie zeigen höhere Stressreaktionen als Patienten*innen von Angehörigen mit niedrigem Expressed Emotion (Hooley, 2007).

3.2 Substanzkonsumstörung als „we-disease“

Der Ansatz von Bodenmann, wonach psychische Störungen als gemeinsames Problem der Partner*innen zu verstehen sind, kann auch auf Substanzkonsumstörungen angewendet werden. Das Verständnis einer Substanzkonsumstörung als „we-disease“ kann zur Lösung der mit dem Begriff der Co-abhängigkeit verbunden Probleme, vor allem der Pathologisierung der Angehörigen, beitragen, indem nicht mehr auf die Ebene des Individuums fokussiert wird, sondern auf die Ebene der Partnerschaft geschaut wird und die Substanzstörung als gemeinsames Problem der Partner*innen verstanden wird.

Die bereits oben beschriebenen Probleme, die ein Gefälle im Rollengefüge einer Partnerschaft mit sich bringen, also negative Austauschbilanz und Beschädigung des Selbstwertes des*der Hilfeempfangenden mit der Folge einer immer schlechter werdenden Partnerschaftszufriedenheit, können auch für Paare mit einer Substanzstörung angenommen werden. Die von Klein und Bischof (2013) genannten problematischen Interaktions- und Verhaltensmuster können vor diesem Hintergrund neu erklärt werden. Versteht man Substanzstörungen als „we-disease“ auf der Paarebene, dann können diese Interaktions- und Verhaltensmuster als dysfunktionale Formen des partnerschaftlichen Copings verstanden werden. Die entsprechenden Formen sind: das emotionsbezogene-supportive dyadischen Coping, das delegierte dyadischen Coping und das negative dyadische Copings (Bodenmann, 2016, S. 54f). Tabelle 3 verdeutlicht dies.

Phase	Form des Copings
Verleugnungsphase (Beschützer- oder Erklärungsphase): die belastenden Folgen des Konsums werden „übersehen“, verharmlost und „gedeckt“. Vermeidung von Konfrontation und Konflikt, „Schutz“ der Harmonie	Dysfunktionales, emotionsbezogenes, supportives dyadischen Coping: Unterstützung des*der Partner*in bei der Emotionsregulation durch einfühlsames Zuhören, Empathie, Verständnis, guten Zuspruch, Mithilfe zur Umbewertung, Zusprechen von Mut, Solidarisieren, Bekunden des Glaubens an den*die Partner*in, Signalisieren von Zusammenhalt. Dysfunktional ist diese Form des Copings, weil es emotionsbezogen ist, was die Eigenverantwortung des Konsumenten torpediert (Schär, 2016, S. 29)
Kontrollphase: Versuch mittels Kontrolle und Auflagen das Verhalten des*der Betroffenen zu beeinflussen und zu reglementieren	Dysfunktionales, delegiertes dyadisches Coping: Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten, welche der*die Partner sonst ausübt, um ihn*sie zu entlasten, ihm*ihr Freiräume zu schaffen und ihn*sie zu stärken. Dysfunktional ist diese Form des Copings, wenn dem*der Partner*in die Bewältigung abgenommen wird, bevor er*sie eigene Bewältigungsversuche unternommen hat (Schär, 2016, S. 29)
Anklagephase: Ärger und Wut werden destruktiv zum Ausdruck gebracht, Vorhaltungen und Abwertungen	Negatives dyadisches Coping: oberflächliche Unterstützung, hostile, abwertende Bemerkungen oder ambivalente Unterstützungsangebote.

Tabelle 3: Phasenmodel und dysfunktionales Coping

4. Eckpunkte für die Beratung

Klein & Bischof betonen bei Partnerschaften, die von Substanskonsumstörungen betroffen sind, die Bedeutung von Maßnahmen zur Verbesserung a) der Abgrenzungsfähigkeit, b) der Stressbewältigung und c) der Vermittlung von Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeiten (Klein & Bischof, 2013), die sich auch bei anderen Autoren finden. (vgl. Hallweg und Baucom, 2008, Schär, 2016).

Bodenmann schlägt einen bewältigungsorientierten Ansatz vor, der einen Akzent auf die Förderung von Nähe, Bindung und Vertrauen, sowie dem „Wir-Gefühl“ legt (Bodenmann, 2012; 2016, S. 311).

Ziel des bewältigungsorientierten Konzeptes ist die Verbesserung des Wissens der Partner*innen voneinander damit die Störung besser verstanden werden kann. Im bewältigungsorientierten Ansatz wird dies durch Psychoedukation erreicht. Bodenmann legt einen Schwerpunkt auf die Bedeutung von paarexternem Stress, denn häufig treten Spannungen und Konflikte in der Partnerschaft erst auf, wenn externe Stressoren auf die Partnerschaft „überspringen“ und die Atmosphäre beeinträchtigt wird, was in der Folge die Wahrscheinlichkeit für Zwangsprozesse und Störungen der Regulationsprozesse erhöht (Bodenmann, 2016, S. 312). Ein solcher äußerer Stressor kann eine Substanzkonsumstörung sein, die für die Partnerschaft eine Herausforderung an das dyadische Coping stellt, damit die Störung angemessen bewältigt werden kann. Bodenmann integriert Reziprozitätstraining, Kommunikationstraining und Problemlöse-Training zur der von ihm entwickelten 3-Phasen- Methode, auch Trichtermethode genannt. Mit der Trichtermethode soll

> „die stressbezogene Selbstexploration seitens des Sprechers (Person mit Stresserleben) sowie die Empathie und Unterstützung des Partners (Zuhörer) gefördert werden. Beim Zuhörer soll insbesondere das empathische Mitschwingen verstärkt werden, um den Stress des anderen besser verstehen und nachvollziehen zu lernen. Dies bildet die Grundlage für mehr Akzeptanz und Wohlwollen für die (schwierigen) stressbedingten Reaktionen des Partners, aber auch die Voraussetzung für eine seinen Bedürfnissen angepasste Unterstützung (emotionsbezogenes dyadisches Coping). Durch die tiefe wechselseitige Selbstöffnung (es werden in einer Therapiesitzung immer beide Partner in der Sprecher- und Zuhörer-Rolle sein) werden zudem Vertrauen, Intimität und das Wir-Gefühl erhöht und die Voraussetzungen für angemessene, bedürfniskompatible Unterstützung (3-Phasen-Methode) geschaffen.“ (Bodenmann, 2016, S. 312)

Gerade der Aspekt der Stärkung von Vertrauen ist für das Konzept der Angehörigenseminare bedeutsam, da das Vertrauen durch den Substanzkonsum oft erheblich gestört wurde. Dies zeigt die klinische Erfahrung der Angehörigenseminare. Der bewältigungsorientierte Ansatz bietet die theoretische und praxeologische Grundlage für die Konzeption der Angehörigenseminare.

5. Das Konzept der Angehörigenseminare

Die Angehörigenseminare sind ein Angebot für Partner*innen, Eltern oder Kinder und ggf. gute Freunde*innen oder Bekannte der Rehabilitanden*innen. Das Konzept des Angehörigenseminars sieht sechs aufeinander aufbauende Einheiten vor, die auf eineinhalb Tage Kompaktseminar verteilt sind. Die einzelnen Einheiten sind auf 90 Minuten Dauer angelegt, wobei diese Zeitangabe einen Richtwert darstellt.

Die folgende Aufzählung stellt die Bezüge zwischen der bisher erläuterten Theorie und dem Angehörigenseminar her, indem Themenbereiche, Leitfragen und globale Zielsetzungen verknüpft werden.

a. Thema: Beziehungsgeschichte. Leitfrage: Wie hat sich die Beziehung entwickelt und welche Rolle spielt dabei die Substanzstörung? – Globalziel: Die Substanzstörung als Stressor für die Beziehung erkennen und als gemeinsame Bewältigungsaufgabe verstehen. (dyadisches Coping)
b. Thema: Reziprozität – Leitfrage: Wie kann Ausgewogenheit in der Partnerschaft wiederhergestellt werden? Welche Erwartungen an den*die Partner*in gibt es? Globalziel: Erwartungen und Bedürfnisse an- und aus sprechen.
c. Thema: Kommunikation – Leitfrage: Welche Beziehungs- und Kommunikationsstile kommen zum Tragen? Welche positiven Aspekte finden sich in der Kommunikation des Paares? Was kann noch besser werden? Globalziel: Kenntnisse über konstruktive Kommunikation erwerben.
d. Thema: Information über Substanzkonsumstörungen – Leitfragen: Welches Verständnis von Sucht haben die Partner*innen der Rehabilitanden*innen? Wie sind Rückfälle zu verstehen und wie können die Partner*innen damit zukünftig umgehen? Globalziel Vermitteln von Wissen – Psychoedukation.

Vertiefende Erläuterungen zu Inhalten, Techniken und Verlauf der auf sechs Einheiten à 90 Minuten angelegten Einheiten finden sich bei Kriescher (2020).

Zusammenfassung

Die Menschen im sozialen Nahraum von abhängigkeitserkrankten Menschen werden von der Forschung noch wenig in den Blick genommen (Klein & Bischof, 2013). Laut des Abschlussberichts der Studie Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker ein multi-modaler Ansatz (BEPAS), die 2017 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wurde (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), sind 10 Mio. Menschen als Angehörige suchtkranker Menschen betroffen. Suchterkrankungen schädigen nicht nur Körper und Psyche der Betroffenen, sie schädigen auch ihr soziales Netzwerk und zerstören es, wenn die Suchtkrankheit lange genug wirkt (Petzold, 2004, S. 515). Das Angebot von Angehörigenseminaren soll diese sozialen Netzwerke stärken, auf mögliche Rückfälle vorbereiten sowie dysfunktionales Verhalten thematisieren. Es wird das Konzept der Angehörigenseminare der salus-klinik vorgestellt und auf der Grundlage sozialpsychologischer und klinischer Überlegungen begründet.

Schlüsselwörter: Sucht, Suchttherapie, Paare, Paartherapie, integrative Theorie, bio-psycho-sozial-ökologischer Ansatz, sozialer Nahraum, Angehörige, Angehörigenseminar.

Abstract

The people in social vicinity of people with addiction are hardly little looked at by research. (Klein & Bischof, 2013). According to the final report of the study Stress and Perspectives of Relatives of Addicts, a multi-modal approach (BEPAS), which was created in 2017 on behalf of the Federal Ministry of Health (Berndt, Bischof, Besser, Rumpf, & Bischof, 2017), 10 million people are affected being relatives of addicted people. Addictive diseases not only damage the body and psyche of those affected, they also damage their social network and destroy it if the addiction is effective for a long enough period (Petzold, 2004, S. 515). The range of seminars for relatives is intended to strengthen these social networks, prepare them for possible relapses and address dysfunctional behavior. The concept of the family seminars of the salus clinic is presented and justified on the basis of social psychological and clinical considerations.

Keywords: Addiction, Addiction Treatment, Couples, Couplestherapy, integrative Theory, bio-psycho-social-ökologic Aproach, social vicinity, Relatives of Addicts, family seminar.

Literatur

Altmansberger, W. (2004). *Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rücknfallprävention bei Alkoholabhängigkeit: Ein Trainingsmanual.* Göttingen: Hogrefe.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese.* Tübingen: dgvt-Verlag.

Beigelböck, W., Mayr, M., & Waigmannn-Pölzl, S. (2013). Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. *Suchttherapie*, S. 16-21. doi:10.1055/s-0032-1331202

Berndt, J., Bischof, A., Besser, B., Rumpf, H. J., & Bischof, G. (2017). *Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker ein multi-modaler Ansatz (BEPAS).* Abschlussbericht, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Lübeck. Von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/171109_Abschlussbericht_BEPAS.pdf abgerufen

Bischof, A., Krüger, J., Brandt, D., Trachte, A., Rumpf, H., & Bischof, G. (2019). Wirksamkeit von Behandlungsangeboten für Partner*innen von Suchtkranken: Ergebnisse der EVIFA-Studie. *Suchttherapie*, S. S1-S76. Von https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1696236 abgerufen

Bischof, G., Meyer, C., Batra, A., Berndt, J., Besser, B., & Bischof, A. (2018). Angehörige Suchtkranker: Prävalenz, Gesundheitsverhalten und Depressivität. *SUCHT*, S. 63–72. doi:https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000530

Bodenmann, G. (2000a). *Stress und Coping bei Paaren.* Göttingen: Hogrefe.

Bodenmann, G. (2000b). *Kompetenzen für die Partnerschaft.* Weinheim: Juventa.

Bodenmann, G. (2003). Die Bedeutung von Stress für die Partnerschaft. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 481-504). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-55590-9

Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren – ein bewältigungsorientierter Ansatz.* Bern: Huber.

Bodenmann, G. (2016). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie* (2. Ausg.). Bern: Hogrefe Verlag,.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm.* (J. Lindenmeyer, G. Mundle, Hrsg., & A. Hildebrandt, Übers.) Weinheim: Belz.

Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente.* Stuttgard,

Urie Bronfenbrenner: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente.: Klett-Cotta.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2020). *https://www.dimdi.de*. Abgerufen am 4.. Juni 2020 von https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/: https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/

Carr, D., & Springer, K. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*(72), S. 743-761.

Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criterria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*(18), S. 15-20. doi:10.1080/02791072.1986.10524475

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020). *DHS Jahrbuch Sucht 2020.* Lengerich: Pabst.

Egger, J. W. (2009). Das Phänomen der Emergenz im Verständnis von Gesundheit Und Krankheit. *Psychologische Medizin*, S. 10 - 16. doi:10.1007/978-3-658-06803-5_4

Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin Ein biopsychosoziales Modell.* Wiesbaden: Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-658-06803-5

Engl, J., & Thurmaier, F. (2017). Vertrauen aufbauen – Verständnis ermöglichen – Verzeihen einleiten. In F. von Tiedemann (Hrsg.), *Versöhnungsprozesse in der Paartherapie* (S. 41-61). Paderborn: Junfermann.

Fals-Stewart, W., O´Farrell, T. G., Birchler, G. R., Códova, J., & Kelly, M. L. (2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and srugabuse: Were we´ve been, wehre we are and were we´re going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, S. 231-249.

Fehm, L., & Fehm-Wolfsdorf, G. (2018). Therapeutische Hausaufgaben. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (4. Ausg., Bd. 1, S. 607-616). Berlin: Springer. doi:doi:10.1007/978-3-662-54911-7_43

Fengler, J. (1994). *Süchtige und Tüchtige.* München: Pfeiffer.

Franke, H. (2000). *BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis - Deutsches Manual.* Göttingen: Belz.

Gottman, J. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes.* HildaleNJ: Lawrence Erlbaum.

Grau, I., & Bierhoff, H. (2003). Einführung. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (1 Ausg., S. 1-10). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-55590-9

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen - das Gefüge*

psychischer Sicherheit (5. vollständig überarbeitete Auflage 2012 Ausg.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Hahlweg, K. (2016). *FPD Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik* (2. neu normierte und erweiterte Auflage Ausg.). Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K., & Baucom, D. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung.* Göttingen: Hogrefe.

Hahlweg, K., & Bodenmann, G. (2003). Universelle und indizierte Prävention von Beziehungsstörungen. In I. B. Grau (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 192 - 217). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Hass, W., & Petzold, H. G. (1999/2011). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Hilarion G. Petzold, Hrsg.) *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*(22). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_hass-petzold-die-bedeutung-der-forschung-ueber-soziale-netzwerke-psychotherapie-polyloge-22-2011.pdf abgerufen

Hauzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2009). *BDI II Beck Depressions-Inventar Revision* (2. Auflage Ausg.). Frankfurt a. Main: Pearson.

Hooley, J. M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, S. 329-352.

Jackson, J. K. (1954). The adjustment of the Family to the crisis of alcoholism. *Quaterly Journal of Studies on Alcohol*(15), S. 562-586.

Jonas, K., Stoebe, W., & Hewstone, M. (2014). *Sozialpsychologie* (6.Aufl. Ausg.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. doi:10.1007/978-3-642-41091-8

Kabat-Zinn, J. (1994). *Werever you go, thereyou are: Mindfulness meditation in everyday life. .* New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., . . . Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction interventionin the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*(149), S. 936-943.

Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie* (4. Auflage Ausg.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Keller, H. (2019). *Mythos Bindungstheorie Konzept Methode Bilanz.* Weimar: verlag das netz.

Klein, M., & Bischof, G. (2013). Angehörige Suchtkranker – Der

Erklärungswert des Co- Abhängigkeitsmodells. *SUCHT*(59), S. 65 – 68. Abgerufen am 21. April 2018 von https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0939-5911.a000233

Körkel, J., & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.

Kriescher, C. (2020). Effekte des Angehörigenseminars der Salusklinik Hürth auf das Therapieergebnis bei RehabilitandenInnen in Partnerschaft. (H. G. Petzold, Hrsg.) *Polyloge - Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Abgerufen am 3.. Juli 2021 von https://www.fpi-publikation.de/polyloge/: https://www.fpi-publikation.de/polyloge/27-2020-kriescher-ch-effekte-des-angehoerigenseminars-der-salusklinik-huerth-auf-das-therapieergebnis-bei-rehabilitandeninnen-in-partnerschaft/

Kriescher, C., Dittmer, K., & Domma-Reichart, J. (2019). Effekte der Angehörigenseminare in der Salus Klinik Hürth auf den Therapieerfolg unter Einbeziehung von Katamnese-Daten. *Suchttherapie*, S. S50. Von https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0039-1696236 abgerufen

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Lemmert, E. M. (1960). The occurence and the sequence od events in the adjustment of families to alcoholism. *Quaterly Journal of studies on Alcohol*(21), S. 679-697. doi:https://doi.org/10.15288/qjsa.1960.21.510

Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In J. Margraf, & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (4 Ausg., Bd. 1, S. 617-640). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-54911-7_43

Lösel, F., & Bender, D. (2003). Theorien und Modelle der Paarbeziehung. In I. Grau, H. Bierhoff, I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 221 - 255). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Lukesch, B. P. (2011). Lernen und Lehren in der Supervision – ein komplexes, kreatives Geschehen. *SUPERVISION Theorie - Praxis - Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift*(5). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/download-supervision/download-05-2011-lukesch-b-petzold-h-g.html abgerufen

Lurija, A. R. (2007). Zur Stellung der Psychologie unter den Sozial- und den Biowissenschaften. *INTEGRATIVE THERAPIE - ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION*, S. 389 -397. Von

https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie_it-2007-4-alexander-romanowitsch-lurija-neuropsychologie-biopsychosoziale-therapie-integrative-ansaetze.pdf abgerufen

Marlatt, G., & Gordon, D. (1985). *Relapse and relapse prevention.* New York: Guilfod Press.

Ochs, M. (2006). Soziale Netzwerkarbeit in der stationären Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Männer und in der Angehörigenarbeit. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 451 - 475). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Osten, P. (2004). Integrative Diagnostik bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 221 - 294). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ostermann, D. (2010). *Gesundheitscoaching.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pauls, H. (2013a). Das biopsychosoziale Model als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In H. Pauls, P. Stockmann, & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratuingskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36-53). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Pauls, H. (2013b). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. (G. H. S. Gahleitner, Hrsg.) *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*(1), S. 15-31. Von http://www.resonanzen-journal.org. abgerufen

Petzold, H. G. (1994r). Einführung Entwicklungsorientierte Psychotherapie - ein neues Paradigma. *Textarchiv H. G. Petzold et al.* Hückeswagen. Von fpi-publikation.de: https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1994r-einfuerung-entwicklungsorientierte-psychotherapie-ein-neues-paradigma.pdf abgerufen

Petzold, H. G. (1995g). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menchlichen Entwicklung.* Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (2002). Der „informierte Leib“ – „embodied andembedded“ als Grundlage der IntegrativenLeibtherapie. *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie fürpsychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*. Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_Petzold-InformierterLeib-Polyloge-07-2002.pdf abgerufen

Petzold, H. G. (2004). Drogenabhängigkeit als Krankheit. In H. Petzold, P. Schay, & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 513 - 532). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H. G. (2009c). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie – Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Textarchiv H. G. Petzold et al.*(20/2009), 20-33. Hückeswagen. Von Petzold H.G.(2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie – Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis: https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph/ abgerufen

Petzold, H. G. (2016). Evolutionspsychologie und Menschenbilder Neue Perspektiven für die Psychotherapie und eine Ökopsychosomatik. (U. P. Petzold, Hrsg.) *POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"*(Ausgabe 11/2016). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2006j-2016-evolutionspsychologie-menschenbilder-neue-perspektiven-_oekopsychosomatik-polyl-11-2016.pdf abgerufen

Petzold, H. G. (2016g). Bemerkungen zu kritischen Diskursen in der paartherapeutischen Theorieentwicklung. (Junfermann, Hrsg.) *Beratung Aktuell - Zeitschrift für Theorie und Praxis*, S. 54-671. Von www.active-books.de abgerufen

Petzold, H. G., & Mathias-Wiedemann, U. (2020). Arbeiten zu den „Neuen Naturtherapien“ aus der EAG: Rahmenkonzepte, Grundgedanken, Terminologie. (H. G. Petzold, Hrsg.) *GRÜNE TEXTE Die NEUEN NATURTHERAPIEN - Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, Tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik*(4). Von https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-wiedemann-arbeiten-zu-den-neuen-naturtherapien-der-EAG-gruene-texte-04-2020.pdf abgerufen

Petzold, H. G., & Müller, M. (2007). Modalitäten der Relationalität - Affiliation,Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung - in einer "klinischen Sozialpsychologie" für die Integrative Supervision und Therapie. In H. Pezold, *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung* (2. erw. Aufl. Ausg., S. 367 - 431). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rennert, M. (2012). *Co-Abhängigkeit Was Sucht für die Familie bedeutet* (3. aktualisierte Auflage Ausg.). Freiburg im Breisgau:

Lambertus-Verlag.
Ruckstuhl, A. L. (2014). *Angehörige von drogenabhängigen Menschen – Suchterkrankungen aus einer anderen Perspektive.* Zürich: Dissertation. Von http://www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/informationen_fachleute/referate/andere_tagungen/diss_Angehoerige_Suchterkrankungen.pdf abgerufen
Rumpf, H.-J., & Kiefer, F. (2011). DSM-5 : Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, S. 45-48. doi:10.1024/0939-5911.a000072
Rusbult, C., Drigotas, S., & Verette, J. (1994). The Investment Model. An Interdepencene Analysis of Commitment Processesand Relationship Maintenance Phenomena. In D. Canary, & L. Stafford (Hrsg.), *Communication and relational maintenance* (S. 141-164). San Diego: CA: Academic Press.
Sanders, R., & Kröger, C. (2013). Die Partnerschule als schematherapeutisch orientierter und emotionsfokussierender Beratungsansatz für Paare. *Beratung Aktuell*(14), S. 20-44.
Schär, M. (2016). *Paarberatung und Paartherapie. Partnerschaft zwischen Problemen und Ressourcen.* Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-47482-2
Schild, B. W. (2012). *Partnerschaft und Alkohol.* (B. Schild, Hrsg.) Lengerich: Pabst Science Publishers.
Schindler, L., Hahlweg, K., & Revenstorf, D. (2019). *Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie.* Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-642-11729-9
Schneewind, K., & Wunderer, E. (2003). Prozessmodelle der Partnerschaftsentwicklung. In I. Grau, & H. Bierhoff (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Partnerschaft* (S. 222-255). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
Schünemann, O., Lindenmeyer, J., & Heinrichs, N. (18. Juli 2018). Effekte einer suchtspezifischen Partnerschaftsintervention. *Verhaltenstherapie*(28), S. 212-221. doi:10.1159/000487770
Seagal , Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfullness-based cognitive therapy for depression.* New York: Guilford Press. (Dt.: Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt, 2008).
Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, S. 127 - 190. Von https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.127 abgerufen
Sieper, J., & Petzold, H. (2002). „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie - Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen

und behavioralen Dimensionen. *POLYLOGE: Materialien aus der europäischen Akademie für pschosoziale Gesundheit*(10/2002), S. 1-44.

Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2013). *Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit.* (G. Bischof, & J. Freyer-Adam, Übers.) Köln: Psychatrie Verlag.

Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J. A., & Liddle, H. A. (2011). *Multidimensionale Familientherapie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Stroebe, W., Jonas, K., & Hewstone, M. (2003). *Sozialpsychologie Eine Einführung* (4. Auflage Ausg.). (M. Reiss, Übers.) Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Thurmair, F., Engl, J., Eckert, V., & Halweg, K. (1992). Prävention von Ehe- und Partnerschaftsstörungen EPL (Ehevorbereitung - ein patnerschaftliches Lernprogramm). *Verhaltenstherapie*(2), S. 116-124.

Vollmer, H., & Domma, J. (2005). Verhaltenstherapie. In K. U. Thomasius R (Hrsg.), *Familie und Sucht Grundlagen - Therapiepraxis -Prävention* (S. 135-145). Stuttgart: Schattauer.

Vuchinich, R. (1999). Behavioral economics as a framework for organizing the expanded range of substance abuse interventions. In J. A. Tucker, D. M. Donovan, & G. A. Marlatt (Hrsg.), *Changing addicitve behavior – bridging clinical and public health strategies.* (S. 191-220). New York: Guilford Press.

Vygotskij, L. S. (1992/1932). *Geschichte der höheren psychischen Funktionen [1932]. Reihe: Fortschritte der Psychologie.* (Bd. Band 5.). Hamburg: Lit Verlag.

Walster, E., Walster, G., & Berscheid, E. (1978). *Equity. Theory and research.* Boston: Allyn and Bacon.

Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*(108), S. 701-706.

WHO. (2004). *WHO Global Status Report on Alcohol 2004.* (WHO, Hrsg.) Abgerufen am 13. April 2020 von https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf?ua=1

WHO. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kritereien für Forschung und Praxis* (5. Ausg.). (H. Dilling, W. Mombour, M. Schmidt, & E. Schulte-Markwort, Hrsg.) Bern: Hogrefe.

Wiesbeck, G. (18. November 2011). Der neue Suchtbegriff nach DSM-5 Bedeutung für die Praxis. *Präsentation zum Vortrag*. Zürich. Abgerufen am 22. Mai 2020 von https://atf-schweiz.ch/file/download/26/Wiesbeck_DSM-5.pdf

Witte, E. H. (2001). Bindung und romantische Liebe:

sozialpsychologische Aspekte der Bindungstheorie. In G. J. Suess, H. Scheuer-Englisch, & W.-K. P. Pfeifer, *Bindungstheorie und Familiendynamik. Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie* (S. 181 - 190). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Yalachkov, Y., Kaiser, J., Roeper, J., & Naumer, M. (2012). Neurobiologische und kognitive Grundlagen der Sucht. *Zeitschrift für Psychatrie, Psychologie und Psychotherapie*, S. 1-8. doi:https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000118.

Christoph Kriescher, M. Sc. Suchttherapie (VDR), Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Religionspädagoge, Lehrtherapeut für Integrative Suchttherapie (EAG), Supervisor und Coach im Verfahren Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung (DGSv), Integrativer Soziotherapeut. Seit 2011 Suchttherapeut an der salus-klinik Hürth, seit 2017 nebenberuflich in freier Praxis tätig. Internet www.work-better.de, E-Mail: supervision@work-better.de .

Buchbesprechungen

Susan M. Johnson
Bindungstheorie in der Praxis
Emotionsfokussierte Therapie mit Einzelnen, Paaren und Familien
Junfermann, Paderborn 2020, 39,00 €

Die Suche nach einem positiven Verbundenheitsgefühl, das Wissen um einen sicheren Hafen, eine sichere Basis, ist die Grundbedingung dafür, dass ein Mensch sich mit all seinen Potenzialen entwickeln kann. Er ist in der Lage, das, was in dem steckt, zum Ausdruck, in die Expression - dem Gegenspieler der Depression - zu bringen. Diese Erkenntnis ist die Zusammenfassung der Bindungstheorie. Die emotionsfokussierte Therapie setzt diese Erkenntnis um, indem sie einen Zugang und eine Vertiefung zu den Emotionen findet und mit ihnen arbeitet. Dabei werden Interaktionsmuster in hoch emotionalen Begegnungen verändert und neue konstruktive Bindungserfahrungen, etwa mit dem Partner, angebahnt und vermittelt. Es geht darum, Veränderung als ein emotionales und interpersonales Phänomen zu begreifen. Klienten werden auf die Gegenwart fokussiert, auf den Zyklus statt auf die Fehler des Anderen, auf Emotionen statt auf abstrakte Diskussionen, auf dem Prozess statt auf den Inhalt und auf konkretes Verhalten statt auf Etikettierungen und Diagnosen. Um die besten Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen zu entfalten, wird also an seinen Entbehrungen und Leiden angesetzt. Denn wir sind nicht nur *Homo sapiens* sondern auch *Homo vinculum* (lat. das Band), wie die Autorin betont. Wir Menschen sind nur dann sicher und geborgen, wenn uns die zuverlässige Verbundenheit mit einem anderen Menschen, den wir wertschätzen, zuteilwird. Diesem Ziel fühlt sich Susan Johnson verpflichtet, um zum Aufbau einer humanen Gesellschaft beizutragen. Denn wir können umso empathischer und altruistischer sein, je sicherer wir gebunden sind und je besser wir Unterschiede zu tolerieren vermögen.
Konkrete Sitzungsverläufe sowohl mit Einzelnen, mit Paaren und Familien machen die Vorgehensweise sehr anschaulich nachvollziehbar. Und wenn man es vertiefen mag, gibt es Anregungen für Übungen, um die eigene therapeutische Kompetenz zu erhöhen.

Dr. Rudolf Sanders

Thomas Fuchs
Das Gehirn ein Beziehungsorgan – eine phänomenologisch ökologische Konzeption
6. erweiterte und aktualisierte Auflage
Kohlhammer, Stuttgart 2021, 36,00 €

Seit mehr als 30 Jahren arbeite ich mit Paaren. Dabei geht mein zentraler Blick zu dem, was sich zwischen beiden in dem Moment, wo sie vor mir sitzen, ereignet, in ihrer Zwischenleiblichkeit ereignet. Diese,

die man nicht physikalisch messen, sondern nur spürend wahrnehmen kann, ist oft entscheidend für die Zufriedenheit eines Paares. Die soziale Wahrnehmung beschränkt sich in der Regel nicht auf eine Seite, sondern ist, wie etwa in der Mutter-Kind-Dyade, ein in Sekundenbruchteilen ablaufendes Wechselspiel von Ausdrücken und Eindrücken. So lässt sich beobachten, dass zwei Körper sich zu einem dynamischen Resonanzsystem zusammenschließen.

Hier geht es um das zentrale Anliegen des Autors, deutlich zu machen, dass das Gehirn sich dadurch auszeichnet, Impulse von außen und von innen miteinander zu verknüpfen, in Beziehung zu setzen, aber nicht von sich selbst heraus etwas zu generieren. So weist er die Vorstellung, Subjektivität sei auf Beschreibung der Eigenschaften und Strukturen neuronaler Prozess zurückzuführen, zurück. Er macht deutlich, dass Subjektivität von Erlebnissen und das Charakteristikum der Intentionalität durch die Beschreibung physiologischer Ereignisse nicht hinreichend erklärbar ist. Für ihn besteht ein Kurzschluss in der Problematik des Verhältnisses von Gehirn und Geist, wenn die Ebene naturwissenschaftlicher, hier speziell neurobiologischer Konstrukte an die Ebene intersubjektiver, lebensweltlicher Erfahrungen, aus der heraus sich die neurobiologische Spezialpraxis entwickelt hat, zurückgebunden bleibt. Eine Position der Beobachtung und Erkenntnis jenseits unserer lebensweltlichen Erfahrung, die doch immer mit der Beobachtung schon vorausgeht, ist nicht möglich. So sind Gefühle keineswegs bloß subjektive, sondern immer primär zwischenleibliche Phänomene. Die leiblich affektive Kommunikation ist die universelle Sprache, mit deren Grundausstattung wir bereits geboren werden und die sich im weiteren Verlauf zunehmend ausdifferenziert. So bildet die Verkörperung die Basis der Intersubjektivität insofern wir einander in unserem Umgang nicht abstrakte innere Zustände zuschreiben, sondern Ausdruck und Verhalten des anderen im Kontext der jeweiligen Situation unmittelbar als Ausdruck seiner Subjektivität und Affektivität erfahren.

Dabei handelt es sich um einen Lernprozess, der dem Erwerb motorischer Fertigkeiten ähnelt. Menschen gestalten und inszenieren später ihre Beziehungen entlang den Mustern, die sie ihren ersten Erfahrungen entnommen haben, ohne dass ihnen das in der Regel selber bewusst ist. Kinder verinnerlichen jedoch nichts, wenn sie sich in der sozialen Umwelt entwickeln, sondern sie erlernen im Zusammensein und in der gemeinsamen Praxis mit anderen bestimmte soziale Verhaltensbereitschaften, die zum Teil ihres impliziten Beziehungsgedächtnisses werden. Jeder Umgang mit anderen hinterlässt durch synaptisches Lernen auch Spuren auf neuronaler Ebene, freilich nicht in Form von lokalisierbaren und fix gespeicherten Erinnerungen, Abbildungen oder Repräsentanzen der Interaktion bzw. der Bezugsperson, sondern in Form von Dispositionen des Wahrnehmens, Fühlens und Verhaltens. Diesen

Bereitschaften liegen weit verteilte Muster von Netzwerkverbindung zugrunde, die sensorische, motorische und limbische emotionale Zentren einbeziehen.
Somit ist es nicht das Gehirn, das denkt, es ist nicht Schöpfer der erlebten Welt oder Konstrukteur des Subjektes. In dieser Konzeption ist das Gehirn vor allem ein Vermittlungsorgan für die Beziehung des Organismus zur Umwelt und zu seinen Beziehungen zu anderen Menschen. Die verkörperten Interaktionen verändern das Gehirn aufgrund seiner Plastizität fortlaufend und machen es zu einem biografisch, sozial und kulturell geprägten Organ. Es ist nicht das Gehirn für sich, sondern der lebendige Mensch, der fühlt, denkt und handelt.
Dieses phänomenologisch ökologische Konzept hat natürlich deutliche Konsequenzen für die psychologische Medizin, wenn Kranksein etwa als ein zirkuläres Geschehen verstanden wird. Aber auch für die psychosoziale Beratung kann es unser Verständnis für die Interaktions- und Kommunikationsprozesse, die sich vor unseren Augen abspielen, erweitern. So es reicht dann z.B. nicht aus, dem Einzelnen Gesprächsregeln, wie etwa „keine Du-Botschaften“ zu vermitteln. Viel entscheidender ist die Frage, wie zwei ihre Beziehung, ihre Zwischenleiblichkeit gestalten und welche Möglichkeiten sich etwa durch das Spiegelnde Resonanzgespräch eröffnen, um miteinander ganz anders als bisher in Beziehung zu treten.

Dr. Rudolf Sanders

Ljuba Stille
Kurz war ich König
Ein Kinderfachbuch über Geschwisterrivalität
Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2021, 16,95 €

Ich stelle einmal die steile These auf, dass dieses Buch in erster Linie für Eltern geschrieben ist. Dank der wunderschönen Illustrationen können sie sich in ihr Kind hineinversetzen, das damit konfrontiert wird, auf einmal nicht mehr der Einzige zu sein, sondern dass da ein Rivale auftaucht. Hatte man früher Hunger, brauchte man bloß Mama zu schreien und sie gab zu essen oder wenn Oma kam, hatte sie Augen nur für einen. Und Papa ließ immer Drachensteigen, wenn man es wollte. Plötzlich kommt Konkurrenz auf, da muss erst der kleine Gustav gestillt werden und es gilt zu warten. Plötzlich musste die volle Aufmerksamkeit geteilt werden. Und das ist gar nicht so einfach!
So vorbereitet haben die Informationen und Tipps für Eltern und andere Bezugspersonen eine ganz andere Chance, anzukommen. Denn die Beziehungen zu den Geschwistern sind die längsten und dauerhaftesten, die ein Mensch haben kann. Sie sind in einem hohen Maß von Intimität geprägt, die in keiner anderen sozialen Beziehung erreicht wird. Auf der anderen Seite sind Geschwisterbeziehungen häufig emo-

tionalen Zwiespältigkeiten ausgesetzt, die dem gleichzeitigen Vorhandensein von Fürsorge und tiefen Rivalitäten unterliegen. Zwar entfernen sich Geschwister voneinander, wenn die eigene Autonomie zunimmt und Beruf und Partnerschaft in den Vordergrund treten, doch auf jeder Familienfeier findet man schnell in seine alte beliebte wie unbeliebte Rolle zurück.
Ein spannendes Buch, das aufzeigt, wie Eltern sehr frühzeitig dafür sorgen können, dass das Geschwisterkind auf den Neuankömmling gut vorbereitet und in der Lage ist, das Baby freudig zu begrüßen. Dann wird es möglich, dass der König voller Würde seine neue Rolle entdecken kann, nämlich großer Bruder oder große Schwester zu sein. Und natürlich ist das Buch auch geeignet, es Kindern vorzulesen, damit sie nachvollziehen und mit Unterstützung der Eltern benennen können, was in ihnen emotional passiert, wenn sie nicht mehr alleine sind.

Dr. Rudolf Sanders

Michael Sztenc
Embodimentorientierte Sexualtherapie
Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel
Mit einem Leitwort von Ulrich Clement
Schattauer, Stuttgart 2020, 35,00 €

Sexualität, gelebt oder nicht gelebt, ist zentraler Bestandteil jeder Partnerschaft. Insofern hat sie in Beratung und Therapie einen zentralen Stellenwert. Mittlerweile wird in der Psychotherapie immer mehr deutlich, dass der Körper eine zentrale Rolle für die Fragen und Herausforderungen, mit denen Menschen Hilfe suchen, spielt. So widmet sich der Autor zunächst dem Begriff Embodiment. Mit diesem soll zum Ausdruck kommen, das Geist und Körper sich nicht trennen lassen, sondern eine Einheit sind, die sich in ihrer Inszenierung, dem Enaktivismus, in diese Umwelt eingebettet sind und einbringen. Das bedeutet für eine embodimentorientierte Sexualtherapie, dass der Mensch nur in der Gesamtheit seiner psychologischen, organbiologischen und öko-sozialen Dimension zu sehen und zu verstehen ist. Deshalb gilt es, in Diagnostik und Therapie, alle diese Bereiche zu berücksichtigen. Insbesondere geht es nicht um unidirektionale Zuschreibungen, sondern um eine Klärung der Wechselwirkungen. Diese Komplexität wird in ihrer Ganzheit in der *Erste-Person-Perspektive* erlebt. Betrachtet eine Person sich selbst und objektiviert sein Körper-er-leben, wird der eigene Körper zum Objekt der Reflektion im Sinne: mein Körper, mein Gefühl. Dann spricht man von der *Dritte-Person-Perspektive*. Um diesen Blick auf den Körper geht es in der vorliegenden Veröffentlichung; also um die Art und Weise, wie genau ein Mensch seine sexuelle Interaktion gestaltet, wie er sexuelle Erregung in seinem Körper inszeniert und wie er diese Erregung reguliert und moduliert. Ausdrücklich geht es dabei nicht um Stellungen oder Praktiken.

Bei Sexocorporel liegt der Schwerpunkt auf der sensomotorischen Basis des sexuellen Erlebens des Einzelnen. Ziel ist nicht ein besserer Sex, sondern die Entwicklung der Sexualität als ein Element der eigenen Identität. Deshalb ist es auch nicht notwendig, dass jemand in einer Partnerschaft lebt oder dass Sexualkontakte vorhanden sind – die *Zwei-Personen-Perspektive*. Genau hier wird vom Autor die besondere Stärke von Sexocorporel gesehen, dass es eine pragmatische Möglichkeit ist, das eigene Verhalten und Erleben nicht nur zu verstehen, sondern auch modulieren zu können. Dazu wird das Embodiment als theoretische Basis verstanden. Grundlegendes Ziel ist es, die Klient*innen zu ermächtigen, sich selbst wahrzunehmen und zu steuern, d.h., sich zu positionieren und sich zu auf ihre Umwelt bzw. auf andere Menschen zu beziehen. Dazu orientiert sich die Vorgehensweise an folgenden therapeutischen Zielen: zum einen Verständnis für den Zusammenhang zwischen körperlichen Empfindungen, Gedanken und Gefühlen zu entwickeln, die Verbesserung der körperlichen Wahrnehmungsfähigkeiten, Entwicklung der emotionalen Selbstregulation in Situationen des Alltags, wie in sexuellen Situationen, Auseinandersetzung mit dem eigenen sexuellen Glaubenssystem, Überzeugungen und Geschlechterstereotypen und die Erarbeitung bzw. Erweiterung der Fähigkeit zur Steuerung zwischenmenschlicher Kontaktprozesse mit dem Schwerpunkt sexueller Interaktionen. Erreicht werden sollen diese Ziele durch einen Rahmen von Übungen, in denen Bewusstseinsprozesse angeregt werden.

Zum Ende unterstreicht der Autor noch einmal das Embodiment als Metatheorie des Sexocorporel und stellt diesen Ansatz in Beziehungen zu anderen Sexualtherapien, insbesondere zur systemischen und zum Hamburger Modell.

Seit mehr als 30 Jahren arbeite ich mit Paaren. Sexualität, nicht selten tabuisiert, ist in der Regel nicht das wichtigste Anliegen der Ratsuchenden. Ich erlebe deren Gestaltung und in Folge die Zufriedenheit damit eher als ein Symptom, einen Ausdruck der Gesamtheit der Interaktion und Kommunikation eines Paares. An dem Gelingen oder Misslingen dieser sind vor allem die impliziten Bindungs- und die daraus sich entwickelnden Beziehungsmuster der ersten Lebensjahre verantwortlich. Denn hier entwickelt ein Mensch ein inneres „Arbeitsmodell“ bezogen auf: Sein Vertrauen in andere Mitmenschen, die Selbstkontrolle, die ein Zusammenleben mit anderen überhaupt erst möglich macht, die Motivation, Herausforderungen bewältigen zu wollen, die emotionalen Grundlagen für intellektuelles Lernen (Grossman & Grossman 2004, S. 61). Bedenkt man, dass in einer multivarianten Analyse repräsentativer US-amerikanischer Querschnittdaten – obwohl eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt wurden – nur 22% der Varianz der sexuellen Zufriedenheit mit der koitalen Aktivität erklärt werden kann (v. Sydow & Seifert 2015, S. 31), wird deutlich, dass die Sexualität eines Paares in der aktuellen sexualtherapeutischen Fachdiskussion überschätzt wird.

So hinterlässt dieser therapeutische Ansatz auf mich den Eindruck, dass der Angst Vorschub geleistet wird, dem modernen Dogma des sexuellpositiven, lust- und erregungsvollen Lifestyles nicht zu genügen. Mit einem Blick auf die „Luststörung“ und als Konsequenz auf die Optimierung und Steuerung der Erregungsmodi des Einzelnen wird der Blick auf die Beziehung, auf die *Zwei-Personen-Perspektive* ausgeblendet. Dabei wird der Einzelne ob seines mangelnden oder gestörten Begehrens pathologisiert. So stimme ich Steffen Fliegel (Bauer 2015, S.10) zu, dass Sexualtherapie nicht als eine eigenständige therapeutische Spezialität zu sehen sein sollte. Sie ist ein Teil der grundlegenden Psychotherapie. Daher wird auch nicht die „sexuelle Störung“ behandelt, sondern die Verursachung und aufrechterhaltenden Bedingungen der vorgebrachten Symptome. Diese sind immer Ansatzpunkte einer psychotherapeutischen Intervention.

Als Antwort auf die Suche der Paare nach Zufriedenheit in ihrer Beziehung habe ich die *Partnerschule* konzipiert und kontinuierlich weiterentwickelt (Sanders 2021). Deren Ziel ist es, die Verbundenheit eines Paares zu stärken, damit der Einzelne sich immer mehr zu dem Menschen entwickeln kann, der in ihm steckt. Dann wird Verbundenheit nicht zum Gegensatz von Autonomie, sondern zur Voraussetzung, sich zu einer souveränen Persönlichkeit in sozial bezogener Autonomie entwickeln zu können. Ist dieser Entwicklungsprozess hinreichend angestoßen, wird es dann möglich, *Sexualität als eine Ressource* eines Paares anstatt als „Dampfkessel“ zu konzipieren, wo es gilt, die periodische Akkumulation sexueller Spannung abzuführen (Schmidt 2014, S.36). So generieren Paare, ganz im Sinne der Autopoise (Schiepek 2013), ihre für sie stimmige, ganz einmalige Gestaltung ihrer Sexualität.

Gerne will ich noch auf einen weiteren kritischen Punkt in dieser Veröffentlichung hinweisen. Durchgehend wird von der Ersten- und Dritten-Person-Perspektive gesprochen. Die Zweite-Person- Perspektive kommt nur marginal zum Tragen. So findet sie auch im Glossar keine Erwähnung. Aber gerade diese Zwei-Personen-Perspektive ist deshalb für die Gestaltung der Sexualität eines Menschen wichtig, weil Menschsein sich immer in der Bezogenheit zum anderen Menschen abspielt. Ohne diese Bezogenheit ist Spüren, Fühlen, Denken und Handeln nicht existent (Fuchs 2021). Jede Erfahrung findet ihren Niederschlag im Gehirn und dieses wird aufgrund seiner Plastizität in jeder Begegnung verändert. So scheint aus meiner Sicht gerade die Zwischenleiblichkeit (Merleau-Ponty 1966), also das, was sich im Zwischen zweier Menschen aktuell ereignet, ein zentraler Schlüssel zu sein, um die Interaktion und Kommunikation eines Paares auch bezogen auf deren Sexualität zur Zufriedenheit hin zu entwickeln.

Zusammengefasst finde ich die Veröffentlichung ausgesprochen wichtig, weist sie doch zum einen auf die Bedeutung der Erfahrungen eines Menschen, die er verkörpert hat, hin. Zum anderen ist sie wirklich ein

wichtiger Beitrag, die Frage um das, worum es in einer Paar- bzw. Sexualtherapie geht, nach vorne zu bringen.

Literatur:
Fuchs, T. (2021). *Das Gehirn ein Beziehungsorgan – eine phänomenologisch ökologische Konzeption.* 6. erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
Maß, R. & Bauer, R. (2016). *Lehrbuch Sexualtherapie*, Stuttgart: Klett Cotta.
Merleau-Ponty, M. (1966). *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
Sanders, R. (2021). *Partnerschule als Paartherapie im Integrativen Verfahren*. Paderborn: Junfermann.
Schiepek, G., Eckert, H. & Kravanja, B. (2013): *Grundlagen systemische Therapie und Beratung. Psychotherapie als Förderung von Selbstorganisationsprozessen*. Göttingen: Hogrefe.
Schmidt, G. (2014). *Das neue Der, Die, Das. Über die Modernisierung des Sexuellen*. Gießen: Psychosozial.

Dr. Rudolf Sanders

Maja Storch & Gerhard Roth
Das schlechte Gewissen – Quälgeist oder Ressource?
Neurobiologische Grundlagen und praktische Abhilfe
Hogrefe, Bern 2021, 19,95 €

Was passiert eigentlich im Gehirn, wenn wir ein schlechtes Gewissen haben? Dem gilt es auf die Spur zu kommen, um zu überprüfen, wie viel ein Mensch davon braucht. Es geht nicht darum, es einfach verschwinden zu lassen, denn es hat ja eine wichtige Funktion, sonst hätte unser Körper es nicht entwickelt, zum einen als Alarmsignal fürs Überleben, zum anderen dient es dem Zusammenleben in der Gemeinschaft, um das soziale Miteinander zu sichern. Durch diese Instanz wird die menschliche Kultur weitergegeben. Entscheidend sind das Ausmaß und die Zeitspanne. Hier gilt es, sich die Fähigkeit zur Steuerung des schlechten Gewissens sich zu erarbeiten, um es von einem Quälgeist zur Ressource eines Menschen zu entwickeln.
Sehr lebensnah schildert Maja Storch ihr schlechtes Gewissen als Einstieg hinsichtlich der Frage, ob sie zur Corona Zeit 2020 im Weihnachtsgottesdienst die Orgel spielen soll oder nicht. Gerhard Roth als Neurobiologe und Philosoph zeigt dann auf, wie eine Implementierung des schlechten Gewissens durch Drohen mit Höllenstrafen im Laufe der Geschichte genutzt wurde, um reich zu werden und große Kirchen und Klöster zu bauen. Insbesondere die Prozesse, die in der frühen Kindheit und Jugend ablaufen, sind für die Implementierung eines schlechten Gewissens verantwortlich und deshalb sehr gut gelernt und verleiblicht. Anhand der unterschiedlichen Tiefen des limbischen Systems unseres Gehirns wird sehr anschaulich deutlich, wie sechs psy-

choneurale Grundsysteme uns steuern. Insbesondere die Konflikte zwischen unbewussten Motiven und bewussten Zielen sind so kraftzehrend, dass sie einem nicht selten den Schlaf rauben können. Das oft antagonistische Verhältnis von Autonomie und Bindung bildet den Grundkonflikt unserer Persönlichkeit und damit die Grundlage des Gewissens, einschließlich des schlechten Gewissens.
Nach diesem Ausflug in die Neurobiologie übernimmt Maja Storch wieder und zeigt mit Hilfe der Affektbilanz auf, wie zu den unbewussten Motiven ein Zugang über die somatischen Marker und deren Bewertung möglich werden kann. Das ermöglicht dann, zu Entscheidungen zu kommen, die vom Unbewussten und Bewussten getragen werden.
Es ist immer wieder schön für mich zu erleben, wie es Maja Storch gelingt, große Wissenschaft für den Hausgebrauch herunterzubrechen, dabei ausgewiesene Experten mit ins Boot zu holen, um deren Kompetenz dann für den ganz normalen Hausgebrauch nutzbar zu machen.

Dr. Rudolf Sanders

Lea Dohm, Felix Peter, Katharina van Bronswijk (Hrsg.)
Climate Action – Psychologie der Klimakrise
Handlungshemmnisse und Handlungsmöglichkeiten
Psychosozial-Verlag, Gießen 2021, 39,00 €

Laut einer Umfrage wünschen sich zwischen 82% und 94% der Befragten den Umwelt- und Klimaschutz als Voraussetzung für geplante Investitionsprogramme (Forsa 2020), 86 % der Deutschen sind zu deutlichen Einschränkung ihres Lebensstils bereit, um das Klima zu schützen (BUND, 2020). Aber wie kommt es, dass trotz dieser expliziten Aussagen so wenig politische Konsequenzen folgen? Genau das ist das Kernthema dieses Sammelbandes, in dem die Autor*innen, alles Mitglieder der Psychlogist/Psychotherapists for future (Psy4F), sich diesem Thema widmen und dazu namhafte Wissenschaftler, Klimaaktivisten aus der bio-psycho-sozialen und ökologischen Community zu Beiträgen gewinnen konnten.
Einen wichtigen Schlüssel zur Bewusstmachung der Klimakrise fand ich in dem Beispiel von Lea Dohm, mit dem sie die Bewusstwerdung der Klimakrise für sich beschreibt. Für sie fühlte es sich an wie ihre Krebsdiagnose, die sie selbst vor einigen Jahren bekommen hat mit all den Konsequenzen, die damit für sie einhergingen, diese Erkrankung zu überleben. Das Überbringen der schlechten Botschaft fühlte sich genauso an wie der Moment, als ihr es erstmals klar wurde, wie ernst es um unseren Planeten und damit um die Zukunft von uns Menschen bestellt ist. Es fühlte sich für sie an, als ob die Welt plötzlich eine andere ist: Der Alltag war ein anderer, alles war von einem dunklen Schatten und Schrecken überlagert und in Frage gestellt. So erscheint ihr jetzt der normale Alltag mit empfundener Dankbarkeit wie ein luxuriöser Segen. Genau an dieser Stelle setzt die Kunst der Psychologie ein, nämlich Explizites und Implizites miteinander zu verbinden, Bewusstes und

Unbewusstes zu synchronisieren, so wie es Maja Storch zusammen mit Gerhard Roth zuletzt in ihrem Buch zum schlechten Gewissen als Quälgeist oder als Ressource beschreiben (2021). Denn erst, wenn wir es schaffen, das Explizite, also das Wissen um die Katastrophe, die uns droht, wenn wir unseren Lebenswandel nicht radikal ändern, in der Lage sind, über Bilder, die unser Unbewusstes erreichen – im Beispiel von Lea Dohm Ihre Nachricht der Krebserkrankung –, miteinander zu synchronisieren, also Intellektualität und Emotionalität zu verbinden, lässt sich diese Erkenntnis auch in Konsequenzen umsetzen.
Ein Beitrag beschäftigt sich mit den Argumentationsmustern, mit denen der Klimaschutz verzögert wird. Diese Klimaschutz Ausreden akzeptieren zwar die Realität des menschengemachten Klimawandels, aber untergraben den aktuellen Handlungsbedarf. Dabei wird Verantwortung auf andere abgeschoben oder die Nachteile der Energiewende werden überbetont. Manche diese Ausreden versuchen, durch ineffektiven Aktionismus vom grundlegenden Wandel abzulenken oder wecken gar Zweifel, ob die Klimakrise überhaupt noch abzuwenden sei.
Wie nun die Psychologie des sozial-ökologischen Handelns aussehen kann, wird in einer offenen virtuellen Vorlesung von 10 Einheiten vorgestellt. Dabei geht es um Konzepte und Modelle zu sozial-ökologischem Wandel, Mensch-Umwelt-Interaktionen, Einflussfaktoren auf individuelles und kollektives Umweltverhalten und Ideen des guten Lebens in sozial-ökologisch nachhaltigen Gesellschaften. Diese Vorlesungsreihe der Initiative Psychologie im Umweltschutz findet sich unter www.ipu-ev.de/Bildungsmaterialien/online-vorlesung.
Unter dem Motto Geht nicht? Gibt's nicht! finden sich Beispiele, wie etwa Energiewende in Bürgerhand oder Klimagerechtigkeit in Zeiten des Wandels der Wirtschaft aussehen kann. Hier findet sich auch der Beitrag von Prof. Dr. Remo Klinger, der als Rechtsanwalt Mitglied bei den Lawyers for Future ist. Ihm ist es gelungen, dass das Bundesverfassungsgericht den Rechtszugang in seinem historischen Klimaschutzbeschluss vom 24. März 2021 eröffnet hat, da Freiheitsrechte verletzt werden, wenn heute nicht genug für den Klimaschutz getan wird. Damit ist der Klimaschutz justiziabel, er kann vor Gericht eingeklagt werden. So ist die Einhaltung des Pariser Klimaschutzabkommens ein Verfassungsauftrag geworden.
Ich kann mich noch selber gut daran erinnern, wie mich Global 2000 in den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts seinerzeit motiviert hat, mich umweltsensibel gemacht hat. Dabei handelt es sich um eine Umweltstudie, die 1977 von US-Präsident Jimmy Carter im Rahmen einer Botschaft an den Kongress in Auftrag gegeben wurde. Sie wurde im Jahre 1980 von der US-Regierung veröffentlicht und noch im selben Jahr von einer Gruppe von Mitarbeitern des Verlages Zweitausendeins ins Deutsche übersetzt. Die erste deutsche Ausgabe umfasste 1438 Seiten. Ein Zusatzband mit rund 200 Seiten erschien 1981 unter dem

Titel „Zeit zum Handeln“. Dem hier vorgelegten Sammelband wünsche ich im Sinne unserer aller Überlebens die gleiche Resonanz.

Quellen:
BUND (2020). https://www.bund.net/service/presse/pressemitteilungen/detail/news/bund-umfrage-zu-natur-und-umweltschutz-grosse-mehrheit-der-deutschen-zu-deutlichen-aenderungen-des-eigenen-lebensstils-bereit-wahljahr-muss-weichen-fuer-verkehrs-agrar-und-ressourcenwende-stellen/ (23.12 2020)

Dr. Rudolf Sanders

Ilaria Capua
Die geheimnisvolle Reise der Viren
Die Entdeckung der kleinsten hinterhältigsten und überraschendsten Kreaturen im Universum
Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2021

Zu Corona-Lockdown-Zeiten wurde und wird immer noch Kindern und Jugendlichen viel abverlangt. Nicht nur, dass sie weitgehend aus dem Blick der politischen Verantwortungsträger gefallen sind, sondern auch, dass sie mit etwas konfrontiert wurden, weswegen sie ihre Bewegungsfreiheit weitgehend einschränken mussten, dem Coronavirus. Das vorliegende Fachbuch wurde von Ilaria Capua, einer renommierten italienischen Virologin für ihre Enkelin verfasst. Für sie gehören Viren zu den faszinierenden Kreaturen, die aber oft einen Haufen Ärger bringen, denn lateinisch bedeutet *Virus* Gift. Tatsächlich können diese eine ähnliche Wirkungen erzeugen, auch wenn sie nicht giftig sind.
Die Gesundheit des Menschen ist mit der Umwelt und anderen Spezies auf dem Planeten eng verflochten. Da wir in einem gigantischen Ökosystem leben, hat jede Veränderung Auswirkungen auf alle anderen Spezies. Capua erklärt, wie Viren entdeckt wurden. Anhand verschiedener Viren, wie den Masern, Tollwut oder HIV zeigt sie die Bedrohung auf, die von diesen ausgehen können. So gehört etwa die Rinderpest zu einer der verheerendsten Krankheiten, die je auf unserem Planeten aufgetreten ist und zum Verhungern ganzer Bevölkerungen geführt hat. Es gibt sogar Forscher, die behaupten, dass sie eine der wichtigsten Gründe für den Niedergang des römischen Reiches war. Der Ursprung ist vermutlich darin zu sehen, als die Menschen begannen, die ersten Rinder zu Haustieren zu machen. Dieses war ein wesentlicher Einschnitt in die Regeln des Ökosystems. Jetzt wurde es möglich, dass die Viren auf den Menschen übersprangen und umgekehrt und so durch Mutationen neue Abstammungslinien entstanden. Im Moment geht die Forschung von einem ähnlichen Ursprung von Corona aus. Das Virus der Fledermäuse, das ungestört im Wald lebte und dort wahrscheinlich geblieben wäre, hätte man es nicht gefangen und auf einem Tiermarkt mit frischen Fischen, Schlangen aber auch Hunden und Katzen, die dort geschlachtet und verkauft werden, in Kontakt gebracht. Erst auf

diese Weise konnte auf eine andere Spezies überspringen und so entstand eine neue, die SARS-CoV-2 Mutation.
Ein durchgehendes Anliegen der Autorin ist es, deutlich zu machen, dass der Planet Erde ein geschlossenes System ist. Wenn sich der Verlust des Gleichgewichts an einem Teil zeigt, so spürt es auch der andere. Krankheiten werden durch Wirtsvektoren dank der Mechanismen der Globalisierung um die ganze Welt getragen. Manche Krankheiten von verletzlichen Spezies werden durch die Verschmutzung, von Umweltschädigung und den Klimawandel verschlimmert. Viruserkrankungen stehen am Anfang von menschlichen, aber auch ökonomischen Katastrophen und sie können große Erschütterungen auslösen wie z.B. eine Massenmigration. Capua plädiert eindringlich dafür, uns neue Vorstellungen von Gesundheit zu machen und es als einen universalen Wert zu achten, dass wir alle miteinander verbunden sind und die Gesundheit anderer Spezies auch unsere Gesundheit ist.

Dr. Rudolf Sanders

Charlotte Welding
Fühlen lernen. Warum wir so oft unsere Emotionen nicht verstehen und wie wir das ändern können
Klett-Cotta, Stuttgart 2021, 17,00 €

Der Zugang zu den Emotionen eines Menschen ist zentral, um Probleme in Interaktion und Kommunikation zu dechiffrieren und so Veränderungen im Verhalten einleiten zu können. Trotz dieser zentralen Bedeutung wissen die wenigsten etwas darüber, was uns im tiefsten Kern bestimmt. Da die Emotionen uns leiten, unsere Haltungen und auch unsere vermeintlich rationalen Entscheidungen bestimmen, gilt es, ihre Funktionsweise zu verstehen. Dies ist das Anliegen der vorliegenden Veröffentlichung. Dabei spielen die negativen Emotionen eine zentrale Rolle, da es nicht selten so ist, dass eine gewisse Scheu vor negativen, konfliktträchtigen Emotionen die Ursache dafür sein kann, sich seiner eigenen Gefühle nicht sicher zu sein. So ist es wichtig, dass negative Gefühle erlaubt und auch gehört werden.
Das In-Worte-Fassen können ist eine wichtige Grundlage für das Verstehen und Verarbeiten der eigenen Gefühle. Aus der biographischen Arbeit mit Klienten wissen wir, wie wichtig der Blick auf das eigene Gewordensein, auf die Kindheitsgeschichte ist. Gerade hier gilt es, einen Zugang zu den eigenen Emotionen dazu zu finden, sie erst einmal wahrzunehmen und anzunehmen. Ein reiner kognitiver Zugang, also das Verstehen des Problems vernachlässigt den emotionalen Aspekt. Dann kann es sein, dass ein Klient vielleicht Auslöser, Konsequenzen noch besser versteht, aber der Schmerz selbst bleibt tief in ihm sitzen. So hat er viele Stunden mit der „Aufarbeitung“ verbracht, aber es ist nie eine Träne geflossen. Eine Verletzung, die man erlebt hat, fühlt sich nicht weniger schlimm an, nur weil man sie verstanden hat und weiß, warum sie einem widerfahren ist. Denn letztlich gehen Gefühle und

Kognitionen immer Hand in Hand. Abschließend kann die Leserin oder der Leser durch eine Übung lernen, zu den eigenen Gefühlen Kontakt aufzunehmen.
Ein höchst hilfreiches Buch für die beraterische Praxis, auch als Hilfestellung für Ratsuchende, zumal die Aussagen immer wieder in Exkursen durch aktuelle Studien geerdet werden.

Dr. Rudolf Sanders

Ulrike Légé & Fabian Grolimund
Huch, die Angst ist da
Wie sich Kinder und Eltern mit ihrem Angstmonster aussöhnen können
Hogrefe, Bern 2021, 19,95 €

Die Angst ist ein Thema, das alle Eltern betrifft; sei es bezogen auf Sorgen um die eigenen Kinder, sei es, dass die Kinder selbst Angst haben. Vorweg sei schon einmal auf ein Forschungsergebnis verwiesen, dass sich diejenigen Zweijährigen am wenigsten ängstlich verhielten, die von ihren Eltern nicht zu sehr behütet, sondern sanft, aber beharrlich ermuntert wurden, neue Erfahrung zu sammeln. Waren die Eltern hingegen ungeduldig oder kritisch, wurden die ängstlichen Kinder noch unsicherer. Allerdings wurde auch in Langzeitstudien deutlich, dass sich am Verhalten eines Säuglings bereits erkennen lässt, ob sich jemand als Erwachsener eher draufgängerisch verhält oder mit Ängsten reagieren wird. Angeborene Ängstlichkeit, so die Erkenntnis der Forscher, ist ein erstaunlich stabiles Persönlichkeitsmerkmal mit erheblichen Auswirkungen auf das gesamte Leben. So kann diese Botschaft eine Entlastung sein, denn unsere Kinder kommen nicht als unbeschriebenes Blatt zur Welt, wir haben nicht alles in der Hand und können sie nicht nach unserem Willen formen. Aber wir können sie annehmen mit dem, was sie mitbringen und sie bestmöglich begleiten.
Dieses Buch ist ein Kinderbuch mit einem ausführlichen Elternteil. Die Kindertexte und die Übungen zur Angst klappen am besten, wenn sie gemeinsam mit dem Kind gelesen und besprochen werden. Dabei hilft ein aktives, reflektierendes Zuhören besonders gut, die Ideen und Reaktionen der Kinder gemeinsam zu klären und in Worte zu fassen. Damit Kinder sich überhaupt mit dem Thema befassen, werden sie durch ansprechende Bilder motiviert und durch Möglichkeiten des Ausfüllens von Sprechblasen, Eigenes ins Buch zu malen, daran beteiligt, sich mit dem Angst Thema aktiv auseinanderzusetzen. Gut ist es auch, dass in den Bildern deutlich wird, dass nicht nur Kinder Angst haben, sondern auch ein Vater, z.B. vor Spinnen.
Um Risikosituationen zu bewältigen, gibt es konkrete Kopiervorlagen für einen *Übernachtungsplan*, einen *Wenn-Dann-Plan* oder einen *Kleine-Schritte-Plan*. Alle drei helfen, Selbstwirksamkeitserfahrungen im Umgang mit der Angst zu machen.

Ein Buch, das in jede Handbibliothek einer Familienberatungsstelle gehört, um als begleitendes Material zur therapeutischen Arbeit mit diesem Thema zur Verfügung zu stehen.

Dr. Rudolf Sanders

Thema: Coaching als professionelles Konzept zielorientierter Beziehungsarbeit

Im Herbst 2020 sind drei Bücher zum Thema „Coaching“ erschienen, die inhaltlich und vom Gegenstandsbezug unterschiedliche Zugänge bieten. Alle drei Texte stellen in ihrer Unterschiedlichkeit und ihren verschiedenen theoretischen Hintergrundkonzepten einen gut zu handhabenden Einstieg in ein komplexes Handlungsfeld dar; dieser Aspekt hat mich zu der Form der Rezension bewogen.

(1) Eckhard König, Gerda Volmer & Mareike König
mini-handbuch. Systemisches Coaching.
Weinheim, Beltz 2020, 24, 95 €

(2) Martina Nohl
75 Coaching-Karten. Wirksame Routinen entwickeln.
Gute Gewohnheiten für ein glückliches Leben.
Weinheim, Beltz 2020, 45,99 €

(3) Thomas Schulte
Coaching – das Einsteigerbuch. Für Berater, Trainer und Führungskräfte.
Stuttgart, Schäffer-Poeschel 2020, 29,95 €

Bei Eckhard Königs, Gerda Vollmers und Mareike Königs handelt es sich um ein Handbuch mit dem Schwerpunkt des systemischen Coachings.
Die zweite Veröffentlichung stammt von Martina Nohl, dabei handelt es sich um eine Sammlung von insgesamt 75 Coaching-Karten, in deren Einsatz durch ein Booklet eingeführt wird.
Die dritte Veröffentlichung von Thomas Schulte wendet sich an „Einsteiger“ und eröffnet damit einen weiteren Zugang zum Gegenstand des Coachings als einem professionellen Konzept zielorientierter Beziehungsarbeit.
Das *mini-handbuch* ist in vier Teile gegliedert. Der erste beschäftigt sich mit der Frage, was Coaching ist, der zweite Teil beschreibt die Struktur des sozialen Handlungsfeldes als System und nennt dabei Aspekte wie die Regeln und Regelkreise eines Systems, dessen Grenzen und mögliche Entwicklungsaspekte. Der dritte Teil beschreibt denkbare und mögliche konkrete Handlungsfelder sowie spezifische Konflikte und der vierte definiert systemisches Coaching. Damit bietet es einen breiten Überblick in das soziale Handlungsfeld.

In den *Coaching-Karten* von Martina Nohl zeigt sich sicherlich der Ansatz, der am nächsten an eine allgemeine soziale bzw. Handlungspraxis anknüpft. Es gibt in dem beiliegenden Booklet Hinweise zur Arbeit mit den Karten, ohne dass eine systematische Einführung erfolgen würde. Die Überschriften erinnern an Selbstverschreibungen und sind insgesamt mit „Gute Gewohnheiten als Basis eines erfüllten und erfolgreichen Lebens" überschrieben. Dabei lässt sich für die Coachees ein individueller Weg erkennen, der sowohl persönliche Erfahrungen als auch berufliche Erfolge in Aussicht stellt. Von „Warum gute Vorsätze regelmäßig scheitern", über „Gewohnheiten als energiesparende Überlebensmechanismen" und „Belohnung einsetzen" bis „10 Schritte für ein erfülltes Leben mit guten Gewohnheiten" weisen die Karten eher allgemeine Schwerpunkte auf.
Den Kern des Ansatzes stellen die 75 Karten selbst dar, die mit 17 x 24 cm dem Format einer Studienpartitur in der Musik entsprechen. Die Vorderseite zeigt ein atmosphärisches Foto, die Rückseite eine Überschrift, ein Stichwort für einen Anwendungsbereich sowie einen Text. Die Karten sind zehn Lebensbereichen zugeordnet, die sich nicht unmittelbar einer bestimmten beruflichen Praxis öffnen, sondern eher auf Lebenshaltung und -erfahrungen im Umgang mit sich und anderen abzielen. Im Booklet finden sich Hinweise „Einsatz im Coaching", die aber nicht eindeutig den Themen der Karten zugeordnet sind, sondern 16 sozialen oder beruflichen Szenarien wie „Gewohnheiten, Erfolg, Lernen, Routinen, Widerstand, Willenskraft".
Durch die breite thematische Streuung lassen sich die Karten sowohl in professioneller Arbeit als auch zur eigenen Selbsterfahrung einsetzen: die erste Sektion der Karten fokussiert das Thema „Entspannung" und es folgen „Körper „(10-17), „Meditation" (18-24), „Schreiben" (25-31), „Kreativität" (32-38), „Loslassen" (39-45), „Wahrnehmen" (46-52), „Fokus" (53-59), „Dankbarkeit" (60-67) und „Ernährung" (68-75).
Der dritte Text *Einsteigerbuch* von Thomas Schulte ist in 5 Teile gegliedert. Der erste Teil beschäftigt sich mit den Grundlagen des Konzeptes und nimmt dabei neben einer Definition bekannte systemische Stichworte wie „Auftragsbezogenheit" oder „Auftragsklärung" auf, aber auch Aspekte wie „Nachhaltigkeit" und „Kreativität". Der zweite Teil thematisiert das Handlungsfeld als Zusammenhang von „Training, Beratung, Führung und Coaching". Der dritte ist speziell auf Einsteiger abgestellt und thematisiert den Coachingprozess, der vierte stellt Methoden und Fähigkeiten in den Mittelpunkt und der fünfte hat den Titel „Ich als Coach", wodurch eine gewisse Handlungsanweisung zumindest implizit offensichtlich wird.
Reizvoll finde ich eine vergleichende, aber fokussierte Zusammenschau, die in der Unterschiedlichkeit der Hintergrundkonzepte „Einheit und Vielfalt" sichtbar macht. Dazu werde ich die drei Veröffentlichungen unter zwei Aspekten exemplarisch in Bezug setzen:

1. **Was verstehen die Autorinnen und Autoren unter Coaching und welches Ziel verfolgt ein Coaching-Prozess?**

Das „*mini-handbuch*“
„Coaching bedeutet nicht, jemandem die Arbeit abzunehmen oder das Problem für ihn zu lösen. Sondern Coaching ist »Hilfe zur Selbsthilfe«: jemanden zu unterstützen, selbst das Problem zu lösen.“ (S. 22)
„Coaching, so lasst sich zusammenfassen, ist eine Form von Beratung, bei der es darum geht, eine andere Person zu unterstützen, die Situation für sich zu klären, möglicherweise Aspekte wahrzunehmen, die sie bislang nicht berücksichtigt hat, und auf dieser Basis Lösungen zu entwickeln.“ (S. 23)

Die „*Coaching-Karten*“
Im Coaching lassen sich diese Karten in folgenden Bereichen einsetzen:

- „Zur Burnout- und Stress-Prophylaxe und für eine verbesserte Work-Life-Balance, zur Stärkung des Selbstwirksamkeitserlebens und damit des Selbstbewusstseins,
- zur Bedürfnisklärung,
- um wertorientierte Veränderungen zu unterstützen,
- als Maßnahme für Menschen, die schwer in die Umsetzung von Zielen kommen […],
- im Life-Coaching zur Klärung von Lebenszielen,
- zur stärkenden Begleitung in Übergangsphasen aller Art,
- als flankierende Maßnahme bei anstrengenden beruflichen Veränderungen oder Phasen besonderer Herausforderung.“ (S. 4)

Das „*Einsteiger-Buch*“
„Coaching ist eine Beratungsform, die Menschen auftragsbezogen begleitet, neue/kreative und passgenaue/ individualisierte Lösungen zu finden und nachhaltig umzusetzen.“ (S. 16)

2. **Welcher Coachingprozess lässt sich jeweils in dem Konzept ausmachen?**

Das „mini-handbuch“
Es stellt einen strukturierten Prozess vor, der vier variable und je nach Situation zu verstehende „Stationen“ hat und der als GROW bezeichnet wird: Goal (Orientierung), Reality (Klärung), Options (Lösung) und What Next (Abschluss). (S. 49-64)
Die „*Coaching-Karten*“

Stellt einen eher intuitiven Prozess vor, der als „10 Schritte für ein erfülltes Leben mit guten Gewohnheiten.“ (S. 27-28) benannt wird. Dabei geht es um Grundfragen, u.a. warum neue Gewohnheiten erlernt werden sollen, warum die neu ausgewählten etabliert werden sollen? Ihre Einübung sollte mit einem festen Übungs- oder Trainingsort verbunden werden, an dem die Auseinandersetzung mit den Karten passieren sollte und es ist hilfreich, mit sich selbst einen Vertrag abzuschließen, der Überprüfungen und Belohnungen einschließt.

Das „*Einsteigerbuch*“
„Ein fundamentaler Coaching-Prozess besteht ganz natürlicherweise aus den folgenden vier Schritten, die den Klienten stufenweise aufeinander aufbauend zum Ziel begleiten:

- Zielverständnis,
- Problemverständnis,
- Lösungsfindung,
- konkrete/nachhaltige Umsetzung“ (S. 77).

Dazu wird ein „Vier-Quadranten-Modell“ eingebracht, dass das Ich und Wir mit der Innen-Außen-Beziehung verbindet und einen differenzierten Fragenkatalog vorstellt, der den Coaches und Coachees das Arbeitsfeld zugänglich macht. (S.80-81)
Jede der drei Veröffentlichungen hat einen eigenen und bemerkenswerten Schwerpunkt, der im Vergleich noch deutlicher wird.
Das „*mini-handbuch*“ hält sein „Versprechen, sodass es als einführendes und Überblick bietendes Nachschlagewerk gut verwendet werden kann Die eingerahmten Kurzdefinitionen geben eine klare Orientierung für die Lesenden und werden durch vielfältige praktische Hinweise zum Coachingprozess ergänzt und durch kapitelweise Literaturtipps abgerundet. Ein empfehlenswertes Buch für alle, die einen systematischen und weiterführenden Überblick suchen.
Die „*Coaching-Karten*“ eröffnen in unterschiedlicher Weise sowohl für eine trainierte Coachin und einen trainierten Coach als auch für „suchende „Coachees“ eine Arbeitsbasis. Die komplexe und auf den ersten Blick unübersichtliche Vielfalt der Anstöße zu eigenen Veränderungsprozessen kann vielfältig eingesetzt werden. Für die trainierte Coachin und den trainierten Coach eröffnen die Karten in einem laufenden Beratungsprozess vor allem kreative, „überraschende“ Interventionsmöglichkeiten. Für Coachees bieten die Karten so unterschiedliche Zugänge zum eigenen Entwicklungspotenzial, dass sich im Grunde für „jede und jeden“ eine Chance eröffnet. Es wird ein offener, wachstumsorientierter Coaching-Ansatz vorgestellt.
Das „*Einsteigerbuch*“ bietet an der einen oder anderen Stelle ähnliche Informationen und Zugänge wie das „*mini-handbuch*“; so finden sich an verschiedenen Stellen Hinweise auf weiterführende und vertiefende Literatur, es werden Prozesse und Begriffe definiert.

Allerdings ist die Anlage des Buches insgesamt stringenter, in einer Art handlungsweisenden Vorgehens und bietet auf einem gradlinigen Weg durch den Coachingprozess konzeptionelles Wissen an. Der wichtige Unterschied stellt aus meiner Sicht der fünfte Teil mit seiner Auseinandersetzung einer „Coach-Persönlichkeit“ dar. Dabei werden keine Normen aufgestellt, sondern die Coachin und der Coach werden zu einer selbstreflexiven Auseinandersetzung aufgefordert. Aus dieser Perspektive verbindet sich dieser Teil eng mit dem vierten, der nach den Fähigkeiten einer Coachin bzw. eines Coachs fragt. Es wird ein ziel- und lösungsorientierter Coaching-Ansatz vorgestellt.

Dr. Hans-Peter Schulz, Dr. phil., Dipl. Päd., Lehrer für Deutsch, Pädagogik und Kreatives Schreiben, TZI-Trainer und Gestaltpädagoge, Partnerschule-Trainer. Umfassende Erfahrungen in theater-pädagogischer Arbeit und fundierte Meditationserfahrung.
Mühlenstraße 9, D-40721 Hilden, Internet: www.szenenmasken.de
E-Mail: hpschulz@icloud.com

Impressum

Die Gegenwart zeichnet sich durch vielfältige gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozesse aus, die bei Einzelnen, Paaren und Familien zu tiefgreifenden Verunsicherungen und Belastungen führen können. Die daraus entstehenden Verletzungen und Verletzlichkeiten werden in die Beratung hineingetragen, die sich damit in besonderer Weise an der Schnittstelle zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und individuellem Wohlbefinden bewegt

Beratung Aktuell will ein Forum dafür bieten unser Verständnis für gelingende Beratungsprozesse zu erweitern. Es werden erfahrungs- und evidenzbasierte Arbeiten veröffentlicht, die der wissenschaftlichen Weiterentwicklung von Beratungspraxis und -theorie verpflichtet sind. Die Zeitschrift wird von der Idee getragen, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die konkrete Praxis bereichern, aber ebenso praktische Erfahrungen die Weiterentwicklung von Wissenschaft und Forschung anzustoßen vermag.

Zielgruppe:

Die Zeitschrift richtet sich in erster Linie an Beraterinnen und Berater, also an psychosoziale Fachkräfte, die in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern und Settings beraterisch-therapeutische Aufgaben wahrnehmen, z.B. in den Bereichen:

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- Erziehungsberatung
- Schwangerschaftsberatung
- Suchtberatung
- Schuldnerberatung
- Psychotherapie
- Ärztliche Praxis
- Erwachsenenbildung
- Schule
- Seelsorge
- Prophylaxe und Gesundheitsförderung

Herausgeber:

Rudolf Sanders, Dr. Phil., Dipl.-Päd., Ehe- Familien und Lebensberater, Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Ehe- und Paarberatung, Begründer des Verfahrens Partnerschule als Paar- und Sexualberatung Integrativen Verfahren, bis zu seiner Pensionierung 2016 25 Jahre Leiter der katholischen Ehe- und Familienberatungsstelle Hagen & Iserlohn, Mitglied im Vorstand der DAJEB

Sauerland Straße 4, 58706 Menden, Tel.: 02352-973327
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de
Web: www.partnerschule.eu

Christine Kröger, Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, seit 2011 Professorin an der Hochschule Coburg (Professur für psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit und Klinische Sozialarbeit).
Lehr- und Forschungsschwerpunkte: Beraterisch-therapeutische Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen, Prävention und Diagnostik

von Beziehungs- und Interaktionsstörungen bei Paaren und in Familien, Evaluation psychosozialer/sozialtherapeutischer Interventionen, Qualitätssicherung in der Beratung.

Hochschule Coburg
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Redaktion:
Dr. Rudolf Sanders, Sauerlandstr. 4, 58706 Menden, Tel.: 02331-788582
E-Mail: Dr.Sanders@partnerschule.de, Web: www.partnerschule.de
Dr. Christine Kröger, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Friedrich-Streib-Str. 2, D-96450 Coburg
E-Mail: christine.kroeger@hs-coburg.de

Projektleitung:
Heike Carstensen, Junfermann Verlag GmbH, Driburger Str. 24 D, D-33100 Paderborn, Tel.: 05251-13 44 18, Fax: 13 44 44,
E-Mail: carstensen@junfermann.de

Erscheinungsweise/Service:
Beratung Aktuell erscheint viermal jährlich als Online-Ausgabe auf: www.active-books.de, einem E-Book-Angebot des Junfermann Verlages. Einzelne Artikel werden zudem als separate E-Books angeboten.

Verantwortlich für www.active-books.de**:**
Monika Köster, Tel.: 05251-13 44 14, Fax: 13 44 44,
E-Mail: koester@junfermann.de