

Edgar Heim

INTEGRATIVE AUSBILDUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Einige Argumente zu Gunsten von Ausbildung in der integrativen Psychotherapie

Für die oben beschriebene zunehmende Beachtung integrativer Ansätze durch praktizierende Psychotherapeuten gibt es neben den persönlichen Motiven auch handfeste wissenschaftliche Argumente. Sie sind in einer breiten und stark wachsenden Literatur dargelegt (vgl. z.B. Beitman u. Mitart. 1989, Norcross u. Goldfried 1992). Einige dieser Überlegungen sollen im folgenden Beitrag kurz dargestellt werden.

Ausufern des Psychomarktes führte zu allgemeiner Verwirrung

Die Zahl der vertretenen Therapiemethoden wird auf mehrere Hundert geschätzt. Dies hat dazu geführt, daß selbst Fachleute und wissenschaftliche Spezialisten den Überblick über den Markt verloren haben. Nur die traditionellen Schulformen verfügen über eine ausreichende theoretische, technische, empirische und praktische Begründung. Viele neuere Verfahren sind eher einer Paraszene zuzuordnen, die sich um wissenschaftliche Stringens des Vorgehens wenig kümmert. Selbst ernsthafte Therapeuten sind als Folge dieser Entwicklung desorientiert und fragen sich, was gültig und was als ephemerer modischer Trend zu betrachten sei. Noch verwirrender ist die Situation für Laien und für potentielle Patienten, die in einschlägigen Medienerzeugnissen (z.B. Wochenendmagazinen, Stadtanzeigern, esoterischen Handbüchern usw.) vielfältige und widersprüchliche Angebote vorfinden. Vielen dieser Annoncen ist gemeinsam, daß sie kommerziell ausgerichtet sind, oft klingende Phantasienamen führen oder pseudoakademische Institute vertreten. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß ein Teil der Ausbildungsangebote als verkappte Therapien durch wenig ausgewiesene Therapeuten zu verstehen und nicht selten ethisch anzuzweifeln sind.

Eine ähnlich verworrene und verwirrende Situation findet natürlich auch der professionelle Anfänger vor, der die Qual der Wahl auszustehen hat, welche Therapiemethode (n) aus seiner Sicht nun die geeignete(n) sei(en). Allein in Zürich wehen ca. 30 verschiedene Ausbildungsangebote (meist privater Institute) zur Auswahl, die den traditionellen Haupteinrichtungen der Psychotherapie zuzuzählen sind. Der Ausbildungskandidat ist somit vor die Frage gestellt, nach welchen Kriterien er die Ausbildungsrichtung zu wählen habe - und ob ein einzelner Ansatz der künftigen therapeutischen Tätigkeit gerecht werden könne.

Keine Theorie oder Methode vermag gegenüber anderen eine konstante Überlegenheit auszuweisen

Die 50er und 60er, ja selbst die 70er Jahre, waren durch einen meist theoretisch ausgetragenen Schulstreit zwischen den heute etablierten Hauptrichtungen charakterisiert.

Den Novizen einer Therapierichtung wurde nicht selten abverlangt, sich so sehr mit der Schulrichtung zu identifizieren, daß dies in gewissem Sinne einer Glaubenshaltung gleichkam. Heute ist dies nur noch bei wenigen Instituten der Fall. Die Praxis dagegen, auch jene der Ausbilder, entspricht nachgewiesenermaßen dieser puristischen Haltung nicht mehr. Ausbildungskandidaten bemühen sich deshalb schon früh, gleichzeitig mehrere Verfahren kennenzulernen. Eine Studie hat z.B. im Vergleich zweier universitärer Ausbildungsgänge - der eine psychoanalytisch, der andere behavioral - nachgewiesen (Goldfried u. Safran 1986), daß nach 10 Jahren die ausgebildeten Therapeuten beider Richtungen in ihrer klinischen Praxis in 56% ihrer Interventionen übereinstimmende methodische Schritte wählten. Nur 15% der möglichen Interventionen wurden gegenseitig als nicht kompatibel zurückgewiesen und 29% wurden jeweils nur von Vertretern der einen Schulrichtung eingesetzt.

Nicht zuletzt aufgrund der oben geschilderten Entwicklung kann diese Phase als überwunden gelten. Eine seriöse wissenschaftlich ausgewiesene Richtung wird heute kaum noch für sich beanspruchen, in allen einschlägigen Situationen und Indikationsbereichen anderen Vorgehensweisen konstant überlegen zu sein. Die theoretisch unterschiedlichen Konzepte werden zwar durchaus gerechtfertigt, aufrechterhalten. Sie entsprechen ja einer jeweiligen Perspektive des menschlichen Verhaltens und vermögen so auch künftig erkenntnistheoretisch wichtige Beiträge zu leisten. Gerade für den Anfänger der Psychotherapie ist es nach wie vor wichtig, sich an einer bestimmten Verstehensweise orientieren zu können. Es ist einzig der „Allwissenheitsanspruch“, der zugunsten einer toleranteren und integrativeren Haltung relativiert wird. Die Frage, wie man den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten gerecht werden kann, beschäftigt in Praxi eine wachsende Zahl von Klinikern und Psychotherapeuten. Sie bemühen sich deshalb anhand von Forschungsergebnissen, Hinweise für eine Differentialindikation zu finden, ohne die eigene Arbeitsweise pauschal aufgeben zu müssen. Eine Befragung von über 1.200 Psychotherapeuten/-innen im deutschen Sprachraum ergab u.a., daß in aller Regel die einzelnen Therapeuten/-innen bemüht sind, zwei oder mehrere theoretische Ansätze in ihre klinische Arbeit zu integrieren. Der größere Teil hält dennoch an einer bestimmten theoretischen Orientierung fest (Ambühl u. Mitarb. 1995), ein Vorgehen das durchaus als technischer Eklektizismus verstanden werden kann.

Wirksamkeitsforschung zeigt vergleichbare Ergebnisse für die wichtigsten Methoden

Vorerst im angelsächsischen, später auch im deutschen Sprachraum, haben sog. Metaanalysen der klassischen Psychotherapien insgesamt eine eindrucksvolle Wirksamkeit ergeben (vgl. etwa Smith u. Mitarb. 1980, Shapiro u. Shapiro 1982, Grawe u. Mitarb. 1994), die zwar aus verschiedenen Gründen variiert, im großen und ganzen aber eine erstaunliche „Erfolgsquotenkonstanz“ (Heim 1981) ergibt. Beitman u. Mitarb. (1989) nehmen aufgrund dieser Ergebnisse an, daß die erklärte Varianz der Effektivität nur zum kleinsten Teil durch die Wahl der Methoden bestimmt ist, daß vielmehr die therapeutische Beziehung und vor allem Charakteristika des Patienten über Erfolg oder Mißerfolg der Therapie entscheiden. Insgesamt darf aber heute die Wirksamkeit der Psychotherapie als wissenschaftlich nachgewiesen gelten. Bei geeigneter Indikation stellen die erzielten Veränderungen im Ausmaß jenen anderen Heilverfahren im Bereich der psychischen Störungen keineswegs nach.

Für den Praktiker ergibt sich, wie erwähnt, aus der Vielzahl der Studien vor allem die Frage nach der differentiellen Indikation: Welches Vorgehen bewährt sich bei welchem Patienten in welcher Situation am besten? Dazu sind unsere Erkenntnisse noch relativ bescheiden, aber die Forscher scheinen die Bedeutung der Frage erkannt zu haben (Wolfe u. Goldfried 1984). Jetzt schon läßt sich das Postulat eines technischen Eklektizismus ableiten, das die Kenntnisse mehrerer Methoden voraussetzt. Soweit sich die Wirksamkeit in bestimmten Indikationsbereichen tatsächlich unterscheidet, kann bereits präferentiell eine bestimmte Methode eingesetzt werden. Einzelne Manuale haben sich dieser Aufgabe angenommen (vgl. Beutler u. Clarkin 1990, Huber 1992). Nirgendwo wie in der Frage der differentiellen Indikation decken sich Interessen der Praktiker so gut mit jenen der Forscher. In ihrem Buch „What works for whom? A critical review of psychotherapy research“ haben Roth u. Fonagy (1996) die Ergebnisse der einschlägigen englischsprachigen Literatur bis und mit 1995 eingearbeitet. Anhand der nach DSM-IV klassierten Störungsbilder konnte so die unterschiedliche Effizienz psychotherapeutischer Interventionen aufgezeigt werden.

Gemeinsame Prozeßfaktoren unterschiedlicher Methoden erhalten zunehmend Beachtung

Entgegen den Schulmeinungen weisen die einzelnen Verfahren mehr gemeinsame Wirkfaktoren auf «als üblich» angenommen. Frank hat schon 1961 in seinem Standardwerk „Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy“ auf Gemeinsamkeiten zwischen Psychotherapie und Heilen durch Schamanen aufmerksam gemacht – Gemeinsamkeiten, die bis heute den meisten Psychotherapien eigen sind: eine vertrauende Beziehung; ein besonderes Setting; ein überzeugendes Erklärungsmodell; ein therapeutisches Ritual. Diese ursprünglich als „un-spezifisch“ bezeichneten Faktoren wurden den „spezifischen“ gegenübergestellt, die das jeweils besondere technische Vorgehen umschreiben. Nachdem es sich erwiesen hat, daß einerseits die als unspezifisch betrachteten Faktoren wie etwa die Beziehungsgestaltung, für das Ergebnis der Therapie von großer Bedeutung sind und zugleich immer deutlicher wurde, daß die vermeintlich schulspezifischen Kriterien auch anderen zugehörig sind, wurde empfohlen, den Begriff „unspezifisch“ zu Gunsten von „gemeinsam“ ganz aufzugeben (Castonguay 1993).

Gemeinsam sind mehreren Schulrichtungen etwa ein bestimmtes **Patientenverhalten**: die Bedeutung seiner Motivation, die Beziehungsgestaltung im Sinne der Übertragung (insbesondere emotionale Anteile), Widerstandsphänomene usw. Auf selten der **Therapeuten** wird immer mehr die kognitive Aktivität als wesentlich herausgearbeitet, z. B. das Bemühen um Transparenz und Klarheit der Zielsetzung. Die sog. Gegenübertragung, die ursprünglich als rein psychoanalytisches Konzept verstanden wurde, erweist sich inzwischen für mehrere Methoden als bedeutsam, nämlich die Forderung nach Selbstkontrolle des Therapeuten in seinen Reaktionen dem Patienten gegenüber. Schließlich sind auch bestimmte **Interventionsformen**, die früher als schulspezifisch verstanden wurden, heute in mehreren Methoden anerkannt, auch wenn sie nicht immer gleich benannt werden: Reflektieren, Interpretieren, Konfrontieren, korrektive emotionale Erfahrung, Realitätssprüfung als adäquate Sichtweise von sich und der Welt: Umsetzen von Erkenntnissen in eigentliches Verhalten. Allgemein wird der interpersonale Kontext im therapeutischen

Arbeiten vermehrt betont, jedoch nicht länger als unspezifisches Fluidum, sondern als ein Ingrediens, das je nach Methode besonders umschrieben und gehandhabt wird. Das unter Leitung von Orlinsky (1996) durchgeführte „S PR-Collaborative-Research-Network“-Projekt, das das Verhalten von über 2.400 Therapeuten/-innen in unterschiedlichen Kulturen erfaßte, hat einen erstaunlichen Konsens hinsichtlich des erwünschten Therapeutenverhaltens ergeben: „Psychotherapeutinnen... sahen ihr derzeitiges und ideales Verhalten gegenüber PatientInnen als akzeptierend, freundlich, warmherzig, tolerant, beteiligt und engagiert“.

Es sind diese, der Forschung zu verdankenden Erkenntnisse, die nach und nach in die Praxis umgesetzt wurden und somit einem integrativen Denken weiter förderlich waren.

Strukturelle Bedingungen haben sich in verschiedenen Methoden angenähert.

Der wissenschaftliche Austausch, der sich vorerst auf Forscher beschränkte, läßt immer mehr erkennen, daß die äußere Struktur und der prozessuale Ablauf von Psychotherapien viele Gemeinsamkeiten aufweisen. Orlinsky u. Howard (1988) haben ein allgemeines Psychotherapiemodell entwickelt, das sie als „Generic model of psychotherapy“ umschrieben haben. In diesem wurde die Komplexität der Rahmenbedingungen und des Ablaufs auf verschiedenen Ebenen zusammengefaßt. Grob enthält das Handlungsfeld jeweils Elemente des therapeutischen Vertrages, der therapeutischen Maßnahmen, der therapeutischen Beziehung oder Bindung und der therapeutischen Realisierung.

Während ursprünglich in der psychoanalytischen Tradition dem Zeitbegriff keine große Beachtung geschenkt, sondern der Prozeß mehr oder weniger offen gestaltet wurde, haben in den letzten Jahrzehnten die sog. Kurztherapien an Bedeutung und Verbreitung gewonnen (Heim u. Mitarb. 1990, Reich u. Neenan 1986). Untersuchungen der Wirksamkeit von Psychotherapien haben in erstaunlicher Übereinstimmung gezeigt, daß ca. 80% der erreichbaren Veränderung nach ca. 20-25 Sitzungen realisiert sind (vgl. etwa Howard u. Mitarb 1986, Kächele 1990). In einzelnen Bereichen, etwa in Kriseninterventionen (Schnyder u. Sauvant 1993) oder bei psychosozialer Adaptation an somatische Krankheiten (vgl. z. B. Heim u. Perrez 1994), haben sich Kurzinterventionen von einigen wenigen Sitzungen bewährt. Umgekehrt ist aber auch offensichtlich geworden, daß bestimmte psychische Störungen nur dann Veränderungen zulassen, wenn die Patienten langfristig in Therapie stehen. Linehan (1993) hat in ihren Untersuchungen von kognitiver Behandlung von Borderlinepatienten z.B. festgestellt, daß eine einjährige Behandlung eine unzureichende Besserung brachte. Ebenso ist bekannt, daß bestimmte Depressionsformen erst, wenn sie kombiniert mit Medikamenten psychotherapeutisch behandelt werden, eine ausreichende Besserung erreichen (z.B. Wilson 1982). Die zeitliche Struktur und die Form des Settings sind somit immer mehr zu Determinanten des erfolgreichen Therapieverlaufes geworden.

Die erwähnten und andere Studien haben, obwohl primär ohne politische Intention verfaßt, großes Interesse bei Gesundheitspolitikern, Krankenkassen, Patientenvertretern u.a. gefunden, die schon länger auf eine klarere Kosten-Nutzen-Analyse der Psychotherapie gedrängt hatten. Versicherer und Politiker üben seither einen merkbaren Einfluß auf die Psychotherapiepraxis aus, der Therapeuten unterschiedlicher beruflicher Herkunft zu rationellerem und effizienterem Arbeiten zwingt. Eine nationale Umfrage der USA belegt, daß unter dem Kostendruck („managed care“) Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausbildung (Psychiater, Psychologen, Familientherapeuten usw.) häufiger Kurztherapien durchführten

und um entsprechende Ausbildung nachsuchten (APA News 1995). Eine indirekte Folge ist, daß sich nicht zuletzt aus diesen eher defensiven Überlegungen die Schulrichtungen vermehrt zusammenschließen, um politisch der öffentlichen Kritik zu begegnen.

Bestimmt ließen sich noch mehr Argumente zusammentragen, die für eine verstärkte Integration des bestehenden Schul- und Methodenpluralismus sprechen. Die theoretischen und philosophischen Erwägungen wurden schon im vorausgehenden Abschnitt aus historischer Sicht zusammengetragen (Huber, S. 285). Auch bedarf es weiterhin intensiver Forschung, speziell in Bereichen wie technischer Eklektizismus, Prozeßverlauf, Differentia-indikation, Ausbildung und Supervision, bevor ein Ziel angenähert werden kann, das etwa als die Lehre einer „allgemeinen Psychotherapie“ umschrieben werden könnte.

Einige Modelle der Ausbildung in integrativer Psychotherapie

Die grundsätzlichen Erfordernisse einer angemessenen Psychotherapieausbildung wurden im Teil I von Bucheim u. Lieb dargestellt. Sie haben *cum grano salis* auch in der integrativen Ausbildung ihre Berechtigung. Das Ziel bleibt ja immer, einen oder eine „kompetente(n)“ Psychotherapeuten heranzubilden. Shaw u. Dobson (1988) haben diese(n) wie folgt umschrieben:

1. Er oder sie verfügen über einen theoretischen oder konzeptuellen Rahmen, an dem sich ihre Interventionen orientieren.
2. Sie oder er haben die zentralen Probleme und Bedürfnisse des Patienten stets präsent.
3. Er oder sie sind geschickt im Einsatz von Interventionen, die Verhaltensänderungen auslösen sollen oder die dazu notwendigen Voraussetzungen schaffen.
4. Sie oder er kennen die Indikation, aber auch die Kontraindikation, dieser Interventionen.

Wie in den meisten Ausbildungsgängen wird auch beim künftigen Psychotherapeuten vorausgesetzt, daß er oder sie charakterlich geeignet ist. Idealerweise hat er oder sie als Persönlichkeit anteilnehmend, mitfühlend, intelligent und einfühlsam zu sein (Sakinowsky in Shaw u. Dobson 1988). Ausbildung vermöge zwar diese Fähigkeiten zu fördern, aber nicht sie zu entwickeln, wenn die Voraussetzungen dazu fehlten.

Von verschiedenen Autoren wurden Kriterien erarbeitet, wie sie in einer Ausbildung zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten vorauszusetzen sind (vgl. z.B. Mohl u. Mitarb. 1990). Im Hinblick auf ein integratives Training erwähnen Beutler u. Clarkin (1990) die folgenden Punkte:

1. Erkunden von Modellen menschlichen Verhaltens aus der Perspektive der Persönlichkeit, wie auch aus sozialer und systemischer Sicht.
2. Grundkenntnisse in Psychopathologie.
3. Biologische und neuropsychologische Grundkenntnisse des normalen und pathologischen menschlichen Verhaltens. Medizinische und pharmakologische Einflußmöglichkeiten.
4. Üben von Fertigkeiten in Beziehung und Kommunikation.
5. Kenntnisse verschiedener Therapietheorien, eher komprehensiv und komparativ als kritisierend.

6. Ausbildung in zumindest zwei oder drei Schulrichtungen.
7. Studium von Methoden und Modellen der Integration.

Methodenpluralismus

Die bis heute üblichen Ausbildungsgänge vermögen einem solchen Kriterienkatalog nur ausnahmsweise zu genügen. Wenn überhaupt wird dem gegenwärtigen Wissensstand gemäß am ehesten noch Methodenpluralismus unterrichtet. Das Angebot der zu erlernenden Methoden richtet sich dabei primär nach den lokalen Möglichkeiten, nur ausnahmsweise wird ein systematischer Aufbau vorbereitet, der später integrative Therapien ermöglichen könnte. Es gibt aber auch Vertreter integrativen Denkens, die den technischen Eklektizismus als das heute erreichbare Optimum bezeichnen. Die didaktische Voraussetzung wäre dann im wesentlichen, sich mit der Arbeitsweise unterschiedlicher Schulrichtungen bekannt zu machen. So setzt sich der bekannte amerikanische Kognitionspsychologe A. A. Lazarus (1995) schon seit längerem für einen technischen Eklektizismus ein, der es dem Therapeuten ermöglicht (von seinem jeweiligen theoretischen Standpunkt ausgehend) Interventionsformen zu integrieren, die eigentlich anderen als der eigenen Schulrichtung entsprechen.

Während einzelne Schulrichtungen schon immer integrative Anteile einschlossen, also die Kenntnisse von Nachbardisziplinen ermutigten, grenzen sich andere, etwa die orthodoxe Psychoanalyse, bewußt ab, um nicht die eigene Identität zu gefährden. Als Beispiel eines integrativen Ansatzes, der auf einer Schulidentität aufbaut, sei das Fritz-Perls-Institut in Düsseldorf erwähnt. Sein Begründer H. Petzold (1988) vertritt einen theoretischen und technischen Methodenpluralismus. Die von ihm herausgegebene Fachzeitschrift führt bezeichnenderweise den Namen „Integrative Therapie“. Der Ausbildungsgang schließt entsprechend breite Kenntnisse anderer Fachrichtungen, insbesondere der Psychoanalyse, des Psychodramas, der Körpertherapien, der Gestalttherapie ein. Kürzlich hat Petzold gemeinsam mit Vertretern verschiedener psychodynamischer Schulen einen Übersichtsband zu Lehranalysen, Selbsterfahrung und Eigentherapie (Frühmann u. Petzold 1994) herausgegeben, der indirekt Einblick in verschiedene, zum Teil überlappende Ausbildungsmodelle ermöglicht. Ebenfalls methodenpluralistisch bildet das Jung-Institut in Zürich aus. Neben der klassischen Jung-Lehre wird Einblick in Freuds Psychoanalyse, Familien- und Paartherapien, Kurztherapieformen, Körpertherapie u.a. m. angeboten. Einen anderen Weg wählten verschiedene schulorientierte Ausbildungsinstitute der Schweiz. In einem politischen Willensakt haben sie sich 1991 (gemeinsam mit psychologischen Fachverbänden) eine Charta gegeben, die eine gleichwertige integrale psychotherapeutische Spezialausbildung garantieren soll (Buchmann 1991). U. a. ist darin vorgesehen, daß auch Kenntnisse der benachbarten Fachrichtung zu erwerben sind.

Manche ähnliche Beispiele ließen sich anfügen, wie heute in der Psychotherapieausbildung insgesamt doch oft: breiter, schul- und methodenübergreifend gedacht und gelehrt wird. Zudem muß erwähnt werden, daß universitäre Aus- und Weiterbildung nur ausnahmsweise auf eine bestimmte Methode oder Fachrichtung festgelegt ist und gerade von akademischer Seite her verschiedene Initiativen unternommen wurden, psychothera-

peutisches Denken zu integrieren.

Integrative Ausbildung

Eine eigentliche integrative Psychotherapieausbildung geht aber über das Erwerben breiter Kenntnisse hinaus und verlangt mehr, als sich spontan individuell zum pragmatischen Eklektiker zu entwickeln. Es wird von Anfang an — gemäß den oben angeführten Argumenten — ernsthaft versucht, die Schulung integrativ auszurichten.

In Europa ist mir, neben unserem eigenen unten beschriebenen Konzept, vor allem das integrative Ausbildungsprogramm der Universitäten von Brüssel bekannt. Es ist insofern speziell, als es gleichzeitig an der französisch wie an der flämisch sprechenden Universität in den respektiven Departementen für Psychiatrie unterrichtet wird. Das Einbeziehen zweier Sprachregionen verbindet zudem zwei unterschiedliche Kulturkreise mit je eigenen theoretischen Präferenzen:

Der den lateinischen Ländern verpflichtete Ansatz der Université libre (Szafran u. Mitarb. in press) mit dem auf angelsächsische Modelle ausgerichteten Denken der flämischen Vrije Universiteit Brussel (Roose 1989). Auch die Zulassung ist durchlässig, indem neben den primär einbezogenen Psychiatern und klinischen Psychologen auch Sozialarbeiter und andere Spezialisten der Gesundheitsberufe akzeptiert sind. Das eigentliche Programm dauert zumindest drei Jahre. In einem sog. „Sensibilisierungsjahr“ werden Grundbegriffe (wie oben von Beutler u. Clarkin erwähnt) vermittelt und in die Theorien der psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und systemischen Schulen eingeführt. Vom zweiten Jahr an haben die Kandidatinnen die Möglichkeit, sich in einer der erwähnten drei Hauptrichtungen zu spezialisieren, wobei der Austausch und die Abgrenzung zu den beiden anderen Schulen weiter ausdiskutiert wird. Eine spätere zusätzliche Spezialisierung in einer der anderen Hauptrichtungen wird sehr ermutigt. Das Besondere am Vorgehen der Brüsseler Kollegen besteht darin, daß nicht einfach additiv unterschiedliche Methoden unterrichtet werden, sondern daß deren Spezifität stets in der dialektischen Auseinandersetzung mit den anderen Schulen erarbeitet werden muß. Das Ziel bleibt letztlich eine Arbeitsweise, die im eigentlichen Sinne integrativ ist.

Ein weiteres Beispiel einer schon weit fortgeschrittenen integrativen Ausbildung stammt aus den USA. Dabei differenziert sein Autor, Norcross, der sich in den letzten Jahren intensiv mit Ausbildungsfragen befaßt hat (Andrews, Norcross u. Halgin 1992), kritisch zwischen zwei Kategorien von Therapeuten mit je fundamental verschiedenen integrativen Verhaltensweisen:

Einerseits Therapeuten, die sich in einer Hauptrichtung ausgebildet, gleichzeitig aber auch Kenntnisse anderer Methoden und Vorgehensweisen kennengelernt haben, die ihnen die entsprechende Differential-Indikation und Überweisung an geeignete Therapeutinnen ermöglicht („Überweisungsintegration“). Andererseits Therapeuten, die selbst Kompetenz in verschiedenen Methoden erwerben und eine entsprechende integrative Therapie praktizieren. Norcross bevorzugt klar eine von Anfang an integrativ angelegte Ausbildung und Praxis, die er in 5 Stufen gliedert.

1. Übungen in Beziehungs- und Kommunikationsfertigkeiten, wie aktives Zuhören, nonverbale Kommunikation, Empathie, zwischenmenschlicher Respekt usw.
2. Erwerben von Kenntnissen in verschiedenen Metatheorien, im Minimum in psychodynamischen, humanistisch-existentialen, kognitiv-behavioralen und interpersonalssystemischen

mischen Modellen menschlichen Verhaltens.

3. Entsprechende Ausbildung in Theorie der Technik und deren Praxis, mit Bezug zum entsprechenden Menschenbild und kulturellen Hintergrund.
4. Praktika und Interventionsübungen in der Erwartung, daß die Kandidatinnen zumindest in zwei Modellen die Befähigung erwerben, Therapien selbständig durchzuführen.
5. Eigentliche Integration aufgrund der schon in den vorausgehenden Stufen angestrebten Verbindung der Modelle und Methoden. Dabei besteht Konsens darüber, daß ein Therapeut nur dann zur eigentlichen Integration befähigt ist, wenn er zuvor gründliche Kenntnisse und Fertigkeiten in einer oder zwei Methoden erworben hat.

Diese Ausbildung erstreckt sich über einige Jahre und ist von einer zweiten Phase gefolgt, in welcher der/die Therapeutin aus eigener Initiative weitere Methoden kennenlernt und versucht, sie zu integrieren. Dies führt unmerklich über zur eigentlichen persönlichen