

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,  
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

### In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale  
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische  
Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,  
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 02/2013

## Krankheitsursachen im Erwachsenenleben Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht

*Hilarion G. Petzold (1996f) \**

---

\* 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, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>). Erschienen in: *Integrative Therapie* 1996 2/3, 288-318

# Krankheitsursachen im Erwachsenenleben

## Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht

*Hilarion Petzold, Düsseldorf/Amsterdam\**

### 1. Pathogener Streß im Erwachsenenleben

Bei der oftmals einseitigen Zentrierung von Krankheitsursachen in der „frühen Kindheit“ ist es durchaus sinnvoll, sich den Krankheitsursachen in der Adoleszenz und im Erwachsenenleben intensiver zuzuwenden. Der vorliegende Beitrag zentriert auf das jüngere und mittlere Erwachsenenalter. Die meisten potentiell pathogenen Konstellationen haben auch für die Adoleszenz und das höhere und hohe Erwachsenenalter Gültigkeit, wobei hier aufgrund spezifischer lebensweltlicher Umstrukturierungen, Diskontinuitäten, Rollenveränderungen und Statuspassagen besondere Vulnerabilitäten hinzukommen, auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann, genauso wenig wie auf spezifische Belastungssituationen in Adoleszenz und Senium.

Im Erwachsenenleben gibt es immer wieder Belastungen, Überforderungen, Verletzungen, Streß, also Einwirkungen, die oftmals eine pathogene Qualität haben – und ich denke hier keineswegs nur an Extremereignisse wie Kriegserlebnisse, Verwundung, Bombardierung, Verfolgung, Vertreibung, Vergewaltigung, Hunger, Kälte, Programe, die ganze Generationen in diesem Jahrhundert als Zivilbevölkerung, als Soldaten, als Angehörige von Minderheiten (*Kulka et al. 1990; Wilson et al. 1988; Solomon 1993*) betroffen haben. Unter einer ökologischen Perspektive (*Hobfoll 1988*) kann man sagen: Das psychophysische „personale System“ (*Petzold 1974k*) von Erwachsenen ist von vielfältigen Streßeinwirkungen umgeben und oftmals in einer Weise Überlastungen und Erschütterungen ausgesetzt, daß „distress“, Kummer und Sorgen, Leid, Elend, Angst, Bedrückung, Überforderung, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Resignation, Zynismus, Feindseligkeit, Verhärtung, Bössartigkeit, Abgestumpftheit, Gleichgültigkeit, Vereinsamung, Rückzug, Lebensüberdruß entstehen. Derartige Negativemotionen und Überforderungsgefühle (*Petzold*

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des „Fritz Perls Instituts“ und dem Fachbereich Gesundheitswissenschaften, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam.

1992a, 833ff; Kruse 1991; Hafen et al. 1996) können, wenn sie übermäßig auftreten und chronifizieren, zu somatischen, psychischen, psychosomatischen Krankheiten führen (van der Kolk 1987; Traue 1989; Rice 1987), ja, zu sozialen Krankheiten wie „malignem burnout“ (Petzold, Petzold 1996b). Deshalb ist es wesentlich, derartigen „worries“ entgegenzuwirken (Barsky 1988; Perlmutter 1993), überlastenden Streß zu vermeiden (Faeltz, Diamond 1988) und für gute Sozialbeziehungen, emotionale Ausgewogenheit und damit für Gesundheit Sorge zu tragen. Die Bedeutung guter Beziehungen für *positive Emotionen* und guter Gefühle für Gesundheit und Wohlbefinden (*wellness*) kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden (Haisch 1996; Petzold 1995c). Emotional befriedigende und sichere Beziehungen und Bindungen sind für Kinder wie für Erwachsene ein „protektiver Faktor“ erster Ordnung (Petzold et al. 1993; Lyons-Ruth 1991; Crittenden 1994) und zugleich ein Sozialisationsfaktor für effektive Kommunikation und emotionale Resonanzfähigkeit. Betrachtet man aber das Erwachsenenleben, so gibt es Negativbeziehungen, Beziehungsstreß und Negativgefühle in Menge, und die ihnen zugrunde liegenden Lebenssituationen sind oft nur sehr schwer zu verändern. Wir, die Erwachsenen, wissen das. Die von bestimmten Therapierichtungen vertretene fast ausschließliche Zentrierung auf Krankheitsursachen in traumatischer und deprivierender Kindheit (und es geht ja nicht nur um Menschen, die in Kriegs- und Nachkriegszeiten groß geworden sind) nimmt deshalb Wunder, und man liegt wohl nicht falsch, sie u.a. als eine *kollektive Abwehr* tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapeuten zu sehen, sich mit den „hardships of adulthood“ zu befassen: Verluste geliebter Menschen, Verletzungen in der Liebe, beinharte Scheidungen, materielle Sorgen, Jobstreß, Börsartigkeit der Kolleginnen, gnadenlose Konkurrenz der Kollegen usw.

In der Integrativen Therapie war das „*Streßmodell der Pathogenese*“ (Petzold 1992a, 586ff) von ihren Anfängen an bestimmend (idem 1968a, b). Meine empirischen Untersuchungen zu Überforderungserlebnissen von ausländischen Arbeitern in Deutschland und Frankreich – die ersten zum „Gastarbeiterproblem“ (ibid.) – zeigten deutlich den Zusammenhang zwischen Streß (Entwurzelung, Heimweh, Überbelastung durch ungewohnte Fließbandarbeit, Akkord- und Schichtarbeit, Familientrennung) und Erkrankungen im Erwachsenenleben. Untersuchungen bei Kindern an einer deutschen Auslandsschule (idem 1968c) zeigten gleichermaßen die pathogene Wirkung von Überlastungen. Klinische Beobachtungen in der von mir begründeten ersten therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige in Europa „Les Quatre Pas“ in Paris 1968 (Vormann, Heckmann 1980) zeigten, daß Überlastungen der Mitarbeiter zu Krankheit und Zusammenbruch führten – wir beschrieben die Phänomene damals als „burnout“ (Petzold 1969c), lange bevor Freudenberg (1980)

diesen Begriff im Drogenbereich bekannt machte. Burnout-Erkrankung von Erwachsenen und ihre Folgen haben mich seitdem immer wieder beschäftigt: bei überforderten Familien (Petzold 1973c), bei Pflegekräften (idem 1982d, 1989b) und helfenden Berufen (idem 1993g) bis hin zu Formen des „malignen Burnout“ (Petzold, Petzold 1996b), der schwere Zusammenbrüche, Patientenmißhandlungen, ja Patiententötung im Gefolge haben kann (idem 1985d, 1994a; Petzold, Petzold 1996b). Auch wenn bei vielen der von mir beobachteten, untersuchten und behandelten Menschen sich Vorschädigungen in Kindheit und Jugend finden ließen – bei einigen auch „frühe Schädigungen“ (idem 1992a, 1993c), so waren doch die gewichtigsten Krankheitsursachen im Erwachsenenleben situiert, eine Beobachtung, die durch die Arbeit mit Extremtraumatisierten, Verfolgten, Folteropfern (idem 1986b; Petzold, Iturra 1996) und mit Kriegsopfern im ehemaligen Jugoslawien (Josić, Petzold 1995) vollauf bestätigt wurde.

Die Zusammenhänge von aktuellen Überbelastungen und Krankheit sind eindeutig: *Überforderungen* (im Sinne von Mierke [1955], der die moderne Streßkonzeption [Seyle 1978] mit seinen Forschungen vorwegnahm, vgl. aber schon Cannon 1929), *zeitextendierter, traumatischer* und *posttraumatischer Streß* (van der Kolk 1987; idem et al. 1996; Petzold, Petzold 1996a) führen zu Belastungen des Immunsystems (Bennet, Cohen 1993; Charrey et al. 1993; Dantzer, Kelly 1981) und begünstigen und bewirken das Entstehen von seelischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern (Boyce 1985; Arnold 1990) wie bei Erwachsenen (Lazarus, Folkman 1984; Hobfoll 1988; Hafen et al. 1996; Asterita 1985). Diese Zusammenhänge sind derart überzeugend, daß Streßprävention (Faeldon, Diamond 1988), streßreduzierende Maßnahmen, das Aufdecken von „blandem Streß“, die Behandlung von Streßgewohnheiten (Chronos et al. 1988) und habitualisierten Streßmustern (Galizek 1987), von Streßemotionen (Kruse 1985, 1991; Petzold 1992b, 833 ff.), von dysfunktionalem „stress coping“ (Eliot 1994; Rice 1987), ja, von „stress addiction“ (van der Kolk et al. 1985), das „debriefing“ von traumatischem Jobstress (Petzold, Petzold 1996b; Mitchel 1983; Mitchel, Bray 1990) zu den zentralen Aufgaben der Psychotherapie gehören. Dabei wird man ohne körperpsychotherapeutische Maßnahmen, Formen der *Leib- und Bewegungstherapie* (Petzold 1974j, 1977n, 1988n/1996a; Stolze 1984; Pessó 1973) und ihre Methoden der relaxativen Atem- und Tonusregulation nicht auskommen, handelt es sich doch um dysfunktionale psychologische und physiologische (immunologische, humorale, limbische, kardiovaskuläre, neuromotorische, respiratorische) Reaktionsmuster, die beeinflußt werden müssen, und hier greifen allein verbal ausgerichtete, auf die Veränderung der kognitiven Muster oder verinnerlichter „Objektbeziehungen“ und Repräsentanzen zentrierte Verfahren zu kurz. Die weitgehende Wirkungslosigkeit psychoanalytischer Therapie bei Psycho-

somatosen – es finden sich sogar Negativeffekte – wird von der empirischen Outcomeforschung (Grawe et al. 1994; Thomas 1985) deutlich dokumentiert. So wichtig kognitive oder einsichtszentrierte Ansätze im Rahmen einer therapeutischen Gesamtkonzeption auch sind, sie vernachlässigen unter Ausblendung der Forschungslage die *psychophysiologische* Realität des Menschen, die sie allenfalls mittelbar beeinflussen. **Integrative Therapieansätze** (Petzold 1992a; Norcross, Goldfried 1992), die leib- und netzwerktherapeutische Perspektiven und Methoden einbeziehen, werden deshalb unverzichtbar, und es wird – über kurative Psychotherapie hinausgehend – **Lebenshilfe** als Anleitung zu einer angemessenen, gesundheitsbewußten Lebensführung erforderlich (Padus 1986; 1990; Greenberg 1990; Curran 1985; Sagan 1987; Williams 1989; Hafen et al. 1996; O'Donnell, Ainsworth 1984). Integrative Therapie (Psycho-, Körper-, Soziotherapie), Gesundheitsförderung und Lebenshilfe – wir haben das stets betont (Petzold, Sieper 1970; idem 1988n/1996a, 215) – müssen wie in der asklepiadischen bzw. hippokratischen Medizin oder in der Heilkunst der Hildegard von Bingen stets verbunden sein (Schipperges 1975, 1981, 1986). Psychotherapie wird sich deshalb zu einem neuen, das alte Berufsprofil überschreitenden (Reijzer 1993), wirklich ganzheitlichen und differentiellen Heil- und Gesundheitsberuf entwickeln müssen.

## 2. Krankheitsbilder, Gesundheitsbilder

Wenn wir über Krankheitsursachen sprechen, und dies in einem wissenschaftlichen und klinischen Diskurs, also nicht aus dem subjektiven Erleben eines von Krankheit Betroffenen heraus, dann handelt es sich immer um „*Bilder* von Gesundheit und Krankheit“, die wir uns zur Beschreibung von Lebenszuständen von Menschen machen, welche wir als „*krank*“ ansehen, d.h. bewerten und attribuieren. Es handelt sich weiterhin um unsere Beziehung zu dem auf diese Weise geschaffenen *Bild*. Dabei hat das *Bild* immer einen Bezug zum Gesunden, denn Krankheit wird durch *Differenzbildung* zu einem Spektrum von Verhaltensweisen bestimmt, die wir als „*gesund*“ kennzeichnen (bewerten und attribuieren). „*Krankheitsbilder*“ und „*Gesundheitsbilder*“ sollten ständig verdeutlicht werden, damit die Zieldimensionen von Therapie reflektiert werden können. Gesundheit definieren wir in der „*Integrativen Therapie*“ wie folgt:

„Gesundheit wird als subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibssubjektes und seiner Lebenswelt gesehen. Sie ist dadurch gekennzeichnet, daß der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Le-

bensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, daß er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale kokreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann und so ein Gefühl von Kohärenz, Sinnhaftigkeit, Integrität und Wohlbefinden entwickelt“ (Petzold 1992a, 553).

### Krankheit wird wie folgt definiert:

„Krankheit ist eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsубjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen. Die Folge ist, daß die gesunden Funktionen des Organismus, die Fähigkeit der Person zu alloplastischer Gestaltung und kokreativer Entfaltung des Lebens in Kontext/Kontinuum mehr oder weniger beeinträchtigt, gestört, außer Kraft gesetzt werden oder irreversibel verloren gehen können und dysfunktionale autoplastische Reaktionen auftreten. Damit verbunden können *internal* subjektive Dissonanzen zum vertrauten Gefühl eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen sowie *external* perzipierbare Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch einen externalen Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen bzw. gesellschaftlichen normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend, orientiert sind“ (Petzold 1992a, 558).

Die Zieldimensionen therapeutischen Handelns und präventiver Lebenshilfe ergeben sich aus der Abgleichung der beiden *Bilder*. Das Krankheitsbild soll in Richtung des Gesundheitsbildes, d.h. „Zustandsbildes“ von Gesundheit verändert werden. Die medizinische Sprache verwendet den statischen Begriff „Bild“; da es sich aber um „Prozesse des Lebendigen“ handelt, muß von „Prozessen“ und „Qualitäten“ gesprochen werden. Der Bildbegriff muß dynamisiert und als „Vorstellungsbild gesunder Lebensprozesse“ verstanden werden. Dabei können Metzgers (1962) Prinzipien der „Arbeit am Lebendigen“ bzw. mit lebendigen Menschen Leitlinien abgeben. Er betont folgende Momente:

1. *Nicht-Beliebigkeit der Form*: Man kann dem „Lebendigen“ auf Dauer nichts gegen seine Natur aufzwingen ...
2. *Gestaltung aus inneren Kräften*: Die Kräfte und Antriebe, die die angestrebte Form verwirklichen, haben wesentlich in dem betreuten Wesen selbst ihren Ursprung,
3. *Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten*: Das lebende Wesen kann nicht beständig auf seine Pflege warten ... Es hat vor allem seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke für Veränderungen ...
4. *Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit*: Prozesse des Wachsens, Reifens, Überstehens einer Krankheit usw. haben offenbar ihre jeweils eigentümlichen Ablaufgeschwindigkeiten ...
5. *Die Duldung von Umwegen*: Man muß überall Umwege in Kauf nehmen,
6. *Die Wechselseitigkeit des Geschehens*: Das Geschehen ... ist wechselseitig. Es ist im ausgeprägten Fall ein Umgang zwischen „Partnern des Lebens“ ...

Diese Überlegungen des großen Gestalt-Theoretikers sind sowohl für diagnostische als auch für therapeutische Prozesse grundlegend (Walter 1977). Sie ergänzen das Konzept der *Mutualität* von Ferenczi (1988).

### 3. Krankheitsmodelle

Für die Krankheitsursachen nach dem Verständnis der Integrativen Therapie kann auf die drei grundlegenden Modelle, die von mir entwickelt wurden, verwiesen werden (Petzold 1992a):

(1) *Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen* (1992a, 572ff, 672): Pathogenese und Salutogenese sind eingebettet in den longitudinalen Ablauf von *Entwicklungsprozessen*, die dem Einfluß positiver und negativer Stimulierung (Defizite/Unterstimulierung, Traumata/Überstimulierung, Störungen/inkonstante Stimulierung, Konflikte/antagonistische Stimulierung) ausgesetzt sind.

(2) *Das Integrative Modell der Pathogenese als „zeitextendierte, multifaktorielle Be- bzw. Überlastung“ in der Lebenskarriere* (1992a, 584f): Prolongierter Streß ist als die empirisch bestgesicherte Ursache von Pathogenese anzusehen (van der Kolk 1987; Traue 1989) mit spezifischen, „am Leibe“ objektivierbaren, psychophysiologischen Auswirkungen, die durch verbale Therapie allein nicht behandelt werden können, besonders wenn es sich um „traumatischen Streß“ mit „Posttraumatic Stress Disorders“ (PTSD) handelt (van der Kolk et al. 1985; 1996). Hier werden leiborientierte Strategien des „limbic modelling“ (Josić, Petzold 1995) neben „sozialer Netzwerkarbeit“ zur Stützung von „social support“ (idem 1995a) erforderlich.

(3) *Repressions- und Dissoziationsmodell der Pathogenese* (1992a, 856f): Negative Ereignisse, Traumata, aber auch Resonanzmangel in sensiblen Phasen (*neglect*) führen zu Impulszurücknahme, Retroflexion, Selbstanästhesierung (*numbing*), Abspaltung (*dissociation*) als – auf Dauer bzw. chronifiziert – dysfunktionalen Bewältigungsformen mit psychophysiologischen Auswirkungen (Teicher et. al 1996; Charrey et al. 1993; Yehuda et al. 1995). Wegen dieser „in den Leib zurückgedrängten“ (*reprimere*) Ausdrucksimpulse blieben wir terminologisch trotz der damit im kognitiven und teilweise emotionalen Bereich verbundenen *Dissoziationsphänomene* (Bemner, Marmar 1996) beim *Repressionsbegriff* (Petzold 1992a, 856ff), sprechen heute aber lieber vom Repressions-/Dissoziationsmodell. Die Perspektive *Janets* (1889, 1903), des Begründers der „*psychologie integrative*“, war für die „Integrative Therapie“ (Petzold 1993a, 1501) schon immer wesentlich. *Janet* betont die Abspaltung aufgrund der Unfähigkeit der verletzten Person, das Trauma zu integrieren (so auch *Jung* 1921/22, *Janet* folgend), so daß keine kognitive Verdrängung (so *Freud*, vgl. *Nemiah* 1996) stattfindet, sondern eine „Phobie“ gegenüber den traumatischen Erinnerungen entsteht (*Janet* 1919). In der Integrativen Therapie, daran sei erinnert, wird *Repression* einmal „external“ als negative Sanktionierung und dann „internal“ als Verinnerlichung derselben verstanden (Petzold 1992a, 857). Beide Momente, „mentale Dissoziation“ und „psychophysiologische Repression“, müssen in der Kom-

bination von „Top-down-Strategien“ (von der Vorstellung zum Körper und zur Emotion) und „Bottom-up-Strategien“ (von körperlichen Übungen zu Emotionen und Vorstellungen) behandelt werden (ibid. 841). Ganzheitliche, wiederum Leibarbeit einbeziehende, reintegrierendes und psychophysisches Umlernen betonende Therapiestrategien werden notwendig.

Zusammengefaßt ist dies alles im Modell multidiagnostischer, multitheoretischer Betrachtung von Krankheitsursachen (Abb. 1).

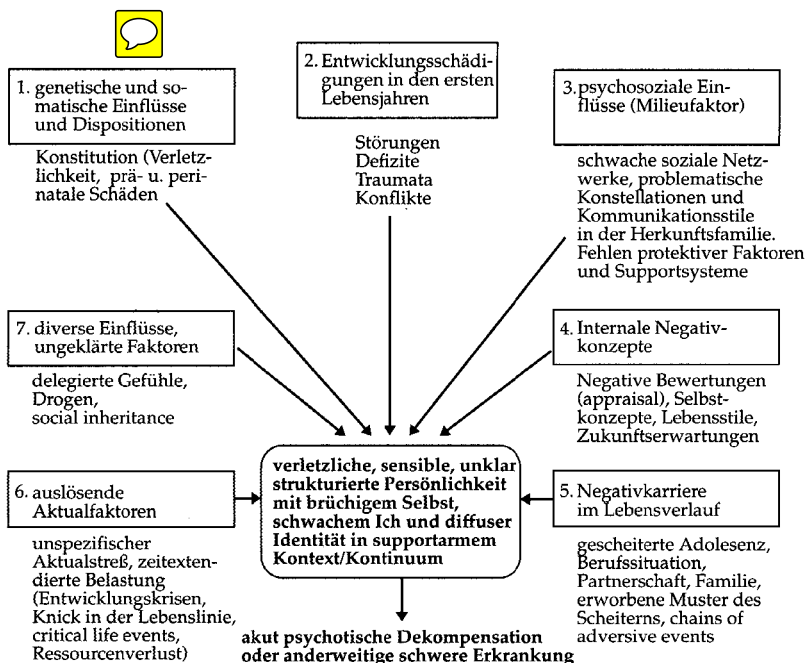


Abb. 1: Multifaktorielle Genese psychotischer oder anderer schwerer Erkrankungen (aus Petzold 1992a, 566)

Diagnostische Perspektiven implizieren immer prognostische Überlegungen. Prognostische Überlegungen bilden sich aufgrund klinischer Traditionsvermittlung, theoretischer Modelle und persönlicher Erfahrung. Damit sind immer höchst subjektive und zeitgebundene Momente verbunden. Deshalb ist gerade im Hinblick auf prognostische Aussagen immer „relativierende Skepsis“ notwendig, um nicht zu „self fulfilling prophecies“ (Merton 1968, 182f, 475f) oder Rosenthaleffekten (Rosenthal, Jacobson 1971) zu kommen, die gerade im Hinblick auf die *Attribuierung* sogenannter „früher Störungen“ oder „schwerer Persönlichkeitsstörungen“ einen massiven gesundheitsverhindernden Effekt haben können. *Einseitig pathologiezentrierte Diagnostik und Prognostik muß als wesentlich mitverantwortlich für das Mißlingen oder die Behinderung von Gesundheitsprozessen angesehen werden.*

Weiterhin ist zu unterstreichen, daß Diagnostik immer auch Vorstellungen über Strategien, Methoden, Behandlungstechniken, Medien impliziert, Maßnahmen also, die „angezeigt“, indiziert sind. Auch diese *Indikationen* bilden sich vor dem soeben aufgezeigten Hintergrund schulenspezifischer Praxis, d.h. aufgrund von Traditionen, Theorien und Erfahrungen, die die Tendenz haben, sich durch ihre Vorannahmen



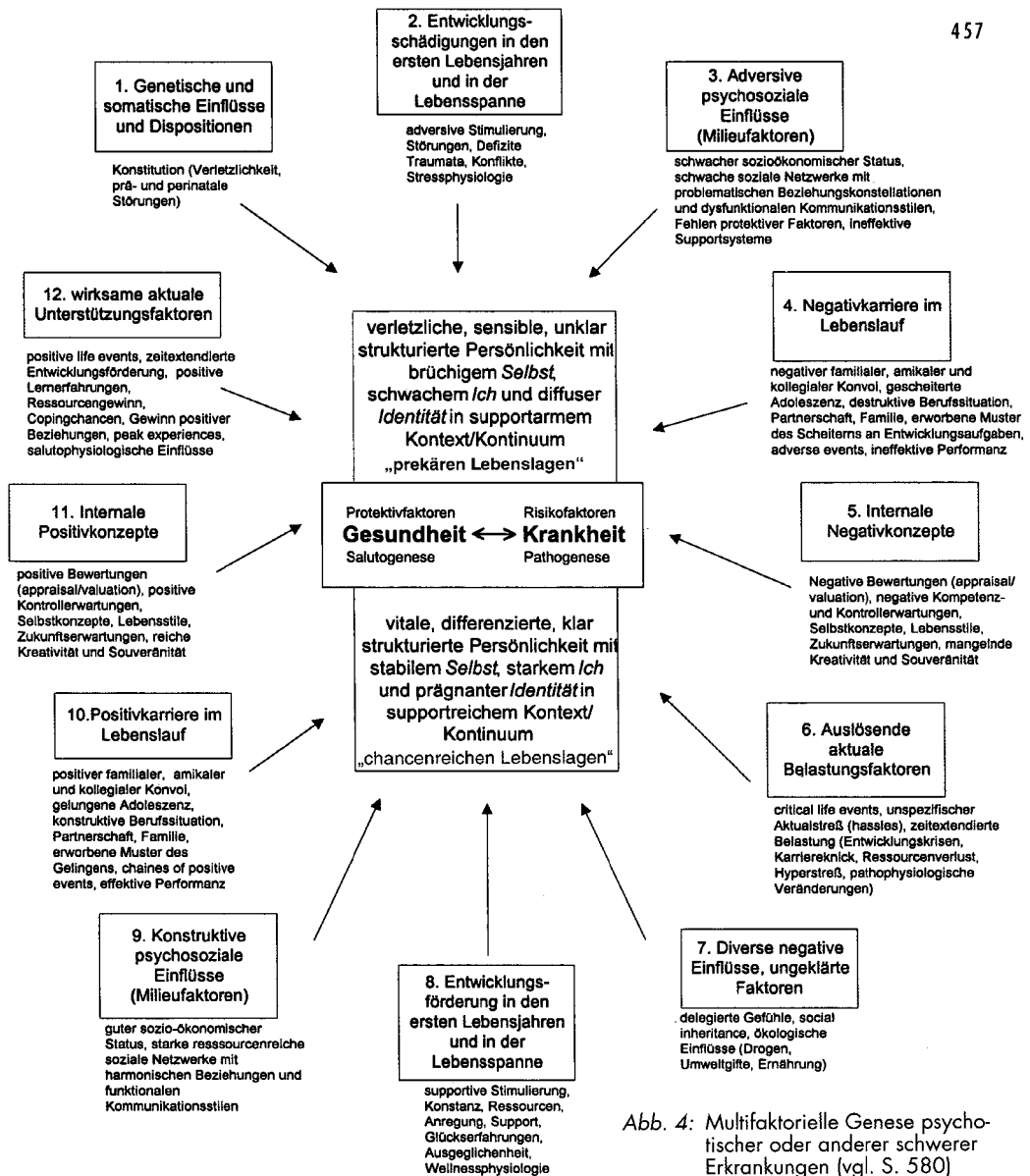


Abb. 4: Multifaktorielle Genese psychotischer oder anderer schwerer Erkrankungen (vgl. S. 580)

**Legende:** Das Modell zeigt die multifaktorielle Genese deutlich auf, wobei mögliche genetische Dispositionen (1.) zusammenwirken mit Schädigungen in der frühen Entwicklungsphase (2.), Schädigungen durch psychosoziale Einflüsse (3.) in der Adoleszenz und im weiteren Lebensverlauf, aktuellen „stressfull life events“ (Filipp 1981) und zeitextendierten Überlastungen (6.) im Verein mit internalen Negativkonzepten (4.), z.B. negative Selbstbilder. Mit dieser Sicht wird konsequent eine „life span developmental perspective“ (Petzold 1988n) angenommen, also die Pathologie in einer „unglücklich verlaufenden Lebenskarriere“ (5.) als negativem Sozialisationsgeschehen („chain of adverse events“ und „absence of protective factors“, vgl. idem et al. 1993) gegründet, das sich über die „gesamte Lebensspanne“ hin erstreckt und bei Ressourcenverlust und kritischen Lebensereignissen kulminiert, sofern keine Entlastung durch tragfähige Supportsysteme eintritt. Auslösend für Dekompensationen werden dann „critical life events“, Stress bzw. zeitextendierte Überlastung. Die genetischen Einflüsse werden geringer gewertet als dies früher geschah, wenngleich der Aspekt einer hereditären Disposition bzw. Vulnerabilität durchaus beachtet wird. Es bleiben diverse Einflüsse wie z.B. Drogenmißbrauch, chronische Intoxifikationen, ökologische Einwirkungen sowie ungeklärte und z.T. unklärbare Faktoren (7.) Die Faktoren 8-12 umfassen salutogenetische bzw. protektive Einflüsse und Ressourcen. 8.-12. umfassen positive **biopsychosoziale Einflüsse**, so daß Gesundheit und Krankheit als komplexe **ökologische** und **biokulturelle Phänomene** (Morris 2000) gesehen werden müssen.

wieder und wieder zu bestätigen. Auch hier sind also kritische Fragezeichen angesagt, und es ist erforderlich, nicht nur auf Bewährtes, Altbekanntes zurückzugreifen, sondern mit Blick auf die je spezifische Situation des Patienten oder der Klientin auch neue Behandlungsstrategien und Methoden zu entwickeln, denn die *Diagnostik* zeigt ja auf, *was fehlt*, was in den Funktionen gestört oder beeinträchtigt ist, wo z.B. Traumatisierungen sind, „unlösbare“ Konflikte etc. Aus der *phänomenologischen* und *strukturellen* Diagnostik (Osten 1995; Petzold 1993p) werden die Behandlungsziele abgeleitet und müssen gegebenenfalls Behandlungsmethoden, Techniken und Medien „geschaffen“ bzw. entwickelt werden.

#### 4. Ausgewählte Ursachen und Bedingungen von Krankheiten und Lebensproblemen im Erwachsenenalter – Streß und Krankheit, Krankheit als Streß

Neben dem aktuell zu beobachtenden „Krankheitsprozeß“, verstanden als „Lebensprozeß des Individuums mit Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen“, muß auch immer der „Prozeß des Lebenskontextes des Patienten“, sein „soziales Netzwerk in der Zeit“, sein „convoy“ (idem 1995a), betrachtet werden. Wir fahren ja nicht allein auf der „Lebensstraße“. Damit werden Gesundheit *und* Krankheit in das *Zeitkontinuum* gestellt. Die Ursachen werden vielfältig. Diagnostik sucht nach Ursachen in der *Vergangenheit* (*retrospektive*, historisch-kausale Betrachtung), in der *Gegenwart* (*aspektive*, aktual-kausale Betrachtung), in der *Zukunft* (*prospektive*, teleologisch-kausale Betrachtung). Überall, wo Kausalität ist, ist auch Motivation. Eine Verletzung in der Vergangenheit kann Krankheitsgeschehen motivieren, aber auch Antrieb für das Streben nach Gesundheit sein. Belastung in der Gegenwart kann Krankheitsreaktionen motivieren, aber als „Aktualmotivation“ auch Kräfte für das Streben nach Gesundung mobilisieren. Antizipierter Streß, Ängste und Befürchtungen von Ereignissen, die in der Zukunft liegen, können krank machen, aber auch starke „Teleomotivationen“ (Petzold et al. 1994a, 526) bereitstellen: „Ich möchte wieder gesund werden!“ Pathogenese *und* Salutogenese müssen also immer in der Perspektive des gesamten Kontinuums betrachtet werden, sonst kommt es zu massiven Verkürzungen.

Beim Blick auf pathogene Faktoren im Erwachsenenleben – und für das Leben und Erleben von Kindern und Jugendlichen liegen die Dinge nicht anders – zeigt sich, daß es sich in überwiegendem Maße um Lebensereignisse und Situationen handelt, die mit Streß verbunden sind (Katschnig 1981; van der Kolk 1987; Nitsch 1981; Vester 1982; Asterita 1985; Seyle 1978; Filipp 1990). Die Streßursachen sind vielfältig. Sie müssen, wo sie noch wirken, beseitigt werden. Die Streßsymptome sind auf jeden Fall *als solche* zu behandeln und zwar unmittelbar. Alles andere ist als Kunstfehler zu betrachten. Die Folgen von Hyperstress, Distress, traumatischem Stress findet man bei vielen Patien-

ten, die in die Psychotherapie kommen (mit Verspannungen, Bluthochdruck, motorischer Unruhe, Schlaf- und Verdauungsstörungen bei *hyperarousal condition*, d.h. Agitiertheit, Überspanntheit etc. als Streßfolge oder mit Verspannung, Erstarrung, Reaktionsarmut, Schlafstörungen bei *hypoarousal condition*, d.h. *numbing*, Desensibilisierung, Selbstanästhesierung, [van der Kolk 1996; Petzold 1975e, 120; 1992a, 582, 837]). Diese Folgen sind als manifeste Streßsymptomatik mit der damit verbundenen Streßphysiologie zu diagnostizieren (auch wenn man die Ursachen noch nicht kennt) und müssen *als solche* „symptomorientiert“ behandelt werden. Und hier begehen viele Psychotherapeuten aufgrund von Schulenideologien – meist tiefenpsychologischer und humanistisch-psychologischer Provenienz – **Kunstfehler**. Denn eine Streßphysiologie, habitualisiertes Streßverhalten des Organismus, ist *als solches* ein Gesundheitsrisiko und schädlich und deshalb behandlungsbedürftig. Diese Symptomatiken können durch die *übungszentriert-funktionale Modalität* der Integrativen Therapie mit ihren vielfältigen Möglichkeiten (Isotonik, relaxative Orgagymnastik, Atemarbeit, vgl. Petzold 1974k; Hausmann, Neddermeyer 1996) oder durch Einsatz anderer Entspannungsverfahren (Bernstein, Borkovec 1992; Stockvois, Wiesenhütter 1979) wirkungsvoll behandelt werden. Zuweilen ist sogar eine vorübergehende medikamentöse Behandlung angezeigt. Daß Symptomatik ein „Motor der Behandlung“ sei, ist sicher nicht falsch, daß aber deshalb speditiv Symptombeseitigung nicht zu empfehlen sei, ist ein höchst problematischer Mythos. Motivation kann auch anders gewonnen werden, nicht zuletzt durch Symptomverbesserung. Patienten haben das Recht auf Symptomlinderung wie auf Schmerzlinderung, wo immer dies möglich ist.

Streßsymptomatik (z.B. Unruhe und Schlaflosigkeit) erzeugt Streß – ein *circulus vitiosus*. Die Erkrankung selbst ist ein Streß für den Betroffenen wie für sein soziales Netzwerk. Das sollte nicht vergessen werden und muß in der Behandlung berücksichtigt werden. Erkrankungen sind oftmals *als solche* kritische, zuweilen traumatische Lebensereignisse, die *als solche* auch in der Psychotherapie bearbeitet werden müssen. Das gilt besonders für psychotische Dekompensationen bzw. Erkrankungen, wo das oftmals höchst belastende Krankheitsgeschehen (Kontrollverlust, Halluzinationen, Angstüberflutung etc.) selten in nachfolgenden Psychotherapien bearbeitet wird. Die Angst, Abwehr und Kindheitszentrierung der Psychotherapeuten und -therapeutinnen verhindert die Auseinandersetzung mit diesen Belastungen des Erwachsenenlebens.

Es gibt also viele Gründe, sich mit der Pathogenese in der Lebensphase des Erwachsenenalters auseinanderzusetzen, und es gibt genügend Ursachen, die uns als Erwachsene krank machen können. Die Geringwertung dieser Ursachen und die Kindheitszentriertheit in der Pathogenesebetrachtung scheint mir *ein kollektives Widerstands- und*

*Abwehrphänomen erwachsener Psychotherapeuten* zu sein, (a) sich mit dem Bedrohungspotential der eigenen Lebensphase auseinanderzusetzen, (b) sich den oft desolaten Lebenssituationen und aktuellen Problemen der Patienten zu stellen (Arbeitslosigkeit, Armut, Familienunglück etc.), Probleme, mit denen Psychotherapeuten oft an die Grenzen ihrer Möglichkeiten kommen und wo praktische Solidarität gefragt ist (4. Weg der Heilung, *Petzold* 1988n/1996a; *Brühlmann-Jecklin* 1996), für die die monetaristisch organisierte Privatpraxis wenig Raum läßt – es sei denn, man sei so engagiert wie *Alfred Adler*, *Wilhelm Reich* oder *Sandor Ferenczi*, die unter großen persönlichen Opfern Menschen in benachteiligten Situationen kostenlos Therapie gegeben und für sie Beratungsdienste und Behandlungsmöglichkeiten organisiert haben. Ein weiterer Punkt sei erwähnt: (c) Aus unbewußten, genetisch programmierten, protektiven Parenting-Impulsen (*Papoušek*, *Papoušek* 1987, 1995; *Petzold* et al. 1994a) Babys und Kleinkindern gegenüber richten erwachsene Therapeuten ihre theoretischen Konzeptualisierungen auf die frühe Kindheit und sehen den Säugling als „inkompetent, hilflos und pathomorph“ völlig im Kontrast zu den Ergebnissen der empirischen Säuglingsforschung (*Dornes* 1993a; *Petzold* 1993c, 1994j). Statt dessen blüht die Mythenbildung (*Petzold*, *Orth* 1996a). Die psychologische Situation von Erwachsenen – auch der erwachsenen Therapeuten – hat also mit dem Verständnis von Psychopathologie im Erwachsenenleben sehr viel zu tun.

Im folgenden seien einige kurze Thesen zur Pathogenese im Erwachsenenalter und zu Aspekten der Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe, die sich für die Arbeit mit Erwachsenen daraus ergeben, vorgestellt.

*4.1 Akkumulative Belastungen:* Krankheitsursachen im Erwachsenenalter müssen immer unter der *Kontinuumperspektive* als das Zusammenwirken von: „1. chains of adverse events/processes, 2. protective events/processes, 3. prolonged deficits“ (vgl. *Petzold* et al. 1993) gesehen werden. Es sind nie allein Auswirkung „früher Störungen“, sondern es sind *polyvalente positive, negative und defizitäre Einwirkungen in der Lebensspanne*, die als Akkumulationseffekte Krankheitsprozesse auslösen. Die Ergebnisse der Longitudinalforschung (*Lehr*, *Thomae* 1987; *Rutter* 1988; *Schroots* 1993) müssen hier in Betracht gezogen werden. Die sogenannten „frühen Störungen“ sollten dabei den richtigen Platz erhalten, keinesfalls den völlig überbewerteten, omnikausalen, den ihnen Psychotherapeuten oft zuschreiben. Es handelt sich um „Belastungen unter anderen Belastungen“, die keineswegs – weil „früh“ – auch besonders „schlimm“ sein müssen (*Bakeman* et al. 1989; *Petzold* 1994j). Vor allen Dingen muß gesehen werden, daß der wichtigste Risikofaktor für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen ein „schlechter sozioökonomischer Status“ ist (*Petzold* et al.

1993, 180ff), der ein „continuum of casualties“ in „high risk environments“ (Richters, Weintraub 1990) verursacht, in denen es zu Akkumulationen kommt.

*4.2 Traumatischer Streß und kritische Lebensereignisse:* Es ist nach adversiven „events“ (Filipp 1990), nach Traumaerfahrungen (Bremner, Marmar 1996), vor allen Dingen aber nach ihren Aus- und Nachwirkungen (van der Kolk et al. 1996) Ausschau zu halten, nach Risikofaktoren und Überlastungen in der *Vergangenheit*, die Folgen hatten – im Sinne von *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) des DSM-IV. Weiterhin sind Überforderungen in der *Gegenwart* wichtig und antizipierbare, in der *Zukunft* liegende Streßereignisse. Dabei ist das Ereignis *als solches* zu sehen, genauso wie seine objektivierbaren Nachwirkungen (dann erst seine vermuteten Ursachen bzw. verursachenden Nachwirkungen). Es muß dabei die *Bewertung* des Ereignisses durch den Diagnostiker/Therapeuten erstens aufgrund seiner persönlichen Perspektive (Eigenanteile) und zweitens aufgrund seiner professionellen Perspektive (Schulmeinung) betrachtet werden und die Bewertung in den „subjektiven Theorien“ des Patienten. Auf jeden Fall ist es immer unverzichtbar – eine pathologiezentrierte Optik überschreitend –, *protektive Faktoren*, die kompensatorisch wirken, und *Resilienzen*, die abpuffern, gleichzeitig mit in den Blick zu nehmen, weil die Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren und die puffernde Wirkung von Resilienzen diagnostisch und therapeutisch von großer Bedeutung sind (Petzold et al. 1993; Petzold 1995a; O’Connell Higgins 1995).

*4.3 Desolate soziale Netzwerke:* Soziale Netzwerke, die defizient, brüchig oder toxisch sind, haben für Gesundheit und Krankheit entscheidende Bedeutung. Unter biographischer Perspektive muß das Netzwerk als „Weggeleit über die Lebensstrecke“ (*convoy*) gesehen und exploriert werden. Das gegenwärtige Netzwerk muß auf seine „supportive Valenz“ und damit seine gesundheitsfördernde Qualität (Pilisuk, Parks 1986; Cohen, Syme 1985; Hafen, Frandsen 1987) hin betrachtet werden, und auch die Entwicklungsdynamik des Netzwerkes gilt es zu beachten, nämlich ob sie positiv oder negativ im Sinne von Netzwerkzerfall, Netzwerkschwund, *Erosion des supportiven Potentials verläuft*. Das Unterstützungspotential im aktuellen Netzwerk von Patientinnen oder Klienten ist für eine erfolgreiche Psychotherapie von entscheidender Bedeutung. Deswegen muß Psychotherapie auch immer netzwerkgerichtet sein (idem 1995b; Röhrle 1994; Laireiter 1993).

*4.4 Belastende Trennungen, Verletzungen und Verluste:* Scheiden tut weh! Trennungen und Verluste sind nicht nur für Kinder belastend oder gar traumatisch und eine Gefährdung für die Gesundheit (Stroebe,

Stroebe 1987). Im Erwachsenenalter sind sie oftmals sogar schwerer auszuhalten (Murrell et al. 1988; Montada et al. 1992), weil nicht so leicht „Ersatz“ gefunden wird (bei Kindern kann ein neuer Vater in die Familie kommen, wenn der leibliche Vater sich getrennt hat usw.). Mit fünfzig finden Frauen nicht so leicht einen neuen Partner und bleiben oft in der Einsamkeit, die krank machen kann (vgl. Eder 1990; Lynch 1977). Unverarbeitete Trennungen, Verluste an Menschen und Besitz (McCracken 1983), Heimat (Rosen 1975) oder physischer Gesundheit können auch im Erwachsenenalter ein pathogenes Potential entfalten, zu Sinnkrisen, Suizidalität, Depressionen oder psychosomatischen Erkrankungen führen, besonders wenn es zu Verletzungen durch „schädliche Trennungsprozesse“ kommt, z.B. im Rahmen von Scheidungen (emotionaler Verrat, Rechtsauseinandersetzungen usw.). Oftmals ist im Erwachsenenleben nicht genügend Zeit, Kraft und Stütze für das Verarbeiten von Verlusten, Trennungen und Verletzungen vorhanden. Beratung zur Abpufferung der Vulnerabilität und der Bearbeitung von Verletzungen wird deshalb unverzichtbar. Verletzungen werden definiert als „intentionale oder auch unbeabsichtigte gewaltsame Eingriffe in ein personales System, wodurch seine Coping-Möglichkeiten und Ressourcen belastet und überfordert und seine Integrität beschädigt wird, was in der Regel von Kontrollverlust und Streßgefühlen wie Schmerz, Ohnmacht, Scham und Schuld begleitet ist“ (Petzold 1993a, 1285f). Diese Definition macht das pathogene Potential von Verletzung durch Scheidung, Kränkung, Demütigung usw. deutlich,

4.5 Daily hassles: Der „ganz alltägliche Nervkram“, die „hassles“ (Weinberger et al. 1987) führen zur „Erosion persönlicher Tragfähigkeit“ (Petzold, Petzold 1996b). Charles Bukowski beschreibt das in einem Gedicht:

„... It's not the large things that  
send a man to the  
madhouse .. no, it's the  
continuous series of  
small tragedies  
that send a man to the madhouse  
not the death of his love  
but a shoelace that snaps  
with no time left ...“

Es sind keineswegs nur die großen Überlastungen, die krank machen, die dramatische Traumatisierung, vielmehr sind es die kleinen, belastenden Dauersituationen im Alltag, und diese – nicht nur Kindheitsstörungen – muß eine gute Diagnostik auffinden. Die Therapie von „daily hassles“ richtet sich auf Ursachenanalyse, Entlastungsmöglichkeiten (Bewegung, Entspannung, Atmung, Freizeitaktivitäten) und auf eine adäquate innere Bewertung („Nie genügt das, was ich mache!“ ... eine solche Einstellung macht krank!).

4.6 *Mobbing und Jobstreß*: Das Arbeitsleben ist oft keine harmlose Sache. Körperlich ungesunde Arbeitsbedingungen (*physical demands*), schwierige oder monotone Aufgaben (*task demands*), Rollenprobleme (*role demands*), schwierige Beziehungen (*interpersonal demands*) sind wichtige Gesundheits- / Krankheitsfaktoren (Byers 1987). Studien zeigen, daß Mitarbeiter supportiver Vorgesetzter wesentlich geringere Krankheitszeiten haben als die von belastenden Vorgesetzten (Hafen et al. 1996, 53). „Health promotion in the workplace“ (O'Donnell, Ainsworth 1984) ist deshalb wesentlich, aber auch, daß Psychotherapeuten diese Themen stärker beachten (Petzold, Heini 1983). Traumatischer Jobstreß, z.B. bei helfenden Berufen (Petzold, Petzold 1996b) kann schwerwiegende Folgen – Burnouterkrankungen, Posttraumatische Stress Disorders – haben (ibid.).

Im Bereich des Arbeitslebens ist Mobbing (am. bullying) ein besonderes Problem. Man versteht darunter Phänomene der sozialen Pressure, der Abwertung, Stichelei, Ausschließung, die soziale Gruppen gegenüber einem Gruppenmitglied vornehmen, so daß eine „negative Marginalisierung“ stattfindet. Man kann das auch anders wenden: Der Betroffene wird zum „Zentrum des Gespöchts“ (Negativattribution). Chronifiziertes Mobbing ist sicher pathogen und eine bislang von Psychotherapeuten noch zu wenig beachtete Krankheitsursache (Walter 1993). Hausärzte haben hier tagtäglich Beispiele in ihren Praxen. Therapeutisch müssen Hilfen zum Gewinn von „assertiveness“, zur Stützung des Selbstwertgefühls und zur Entwicklung von „Strategien des Wehrens“ entwickelt werden, zuweilen aber auch Hilfen, „aus dem Feld“ zu gehen, wenn man „auf verlorenem Posten“ kämpft.

4.7 *Familiärer Streß*: Eine der wesentlichsten Ursachen für Erkrankung im Erwachsenenleben ist familiärer Streß. Ständiger Streit, Verletzungen, Zurückweisungen von emotional wichtigen Menschen (Lynch 1977), ständiges Nörgeln und ein „mieses Familienklima“ schlagen auf die Gesundheit von allen Beteiligten, genauso wie ein gutes Familienklima Wohlbefinden fördert (Curran 1983, 1985; Rice 1987; Parkinson et al. 1989). Einige Streßfaktoren, die in der Dauer und Häufung zu „family burnout“ – auch *malignem Burnout* (Petzold, Petzold 1996b) mit Formen der Gewalttätigkeit, „family violence“ – führen können, seien genannt: (a) Geldsorgen und ökonomische Probleme, (b) Fehlen geteilter Verantwortung für die Familie, (c) Kommunikationsprobleme mit den Kindern, (d) zu wenig Zeit für sich selbst, (e) Schuldgefühle wegen unzureichender Leistungsfähigkeit, (f) schlechte Paarbeziehungen, (g) zu wenig Zeit für Spiel und Spaß in der Familie, (h) ein überladener Terminkalender der Familie (Curran 1985). Es könnten weitere Familienstreßfaktoren genannt werden. Oft ist z.B. die Arbeitslosigkeit des Ehemanns ein solcher pathogener Streßfaktor für

die Frau, aber auch für Kinder. Diese Faktoren müssen ernst genommen werden. Durch familientherapeutische Interventionen oder durch Einzelberatung sollten Hilfen gegeben werden, damit die Entlastung in der Familie möglich wird und Eskalation, Dauerbelastung oder „family burnout“ aufgelöst werden können.

*4.8 Toxische Paarbeziehung:* Als ein Sonderfall bei familiärem Streß sind die toxischen Paarbeziehungen zu sehen (Braiker 1992). Sie führen häufig zu so starken Belastungen, daß psychische und psychosomatische Symptome auftreten können (Siegel 1986; Powell 1985). Paarberatung ist dann unverzichtbar. Jobstreß, berufliche Überforderung und damit zu wenig „unbelastete Zeit miteinander“ können häufig als Ursachen für „Paarerkrankungen“ gesehen werden. Insbesondere in Zeiten materieller Unsicherheit, wo Arbeitsplätze nicht leicht zu wechseln sind, ist der Jobstreß eine wesentliche Ursache von Problemen in der Partnerschaft. In der Psychotherapie muß deshalb dem Umgang von Paaren miteinander und der Entwicklung benigner Partnerstile besondere Bedeutung zugemessen werden; denn negatives Paarverhalten hat schädigende Folgen für das Immunsystem (Murray 1993; Kiecolt-Glaser et al. 1987). Partnerglück, Wohlbefinden und Gesundheit sind auf jeden Fall deutlich miteinander verbunden (Argyle 1987; Wyke, Rad 1992).

*4.9 Schwierige Kinder:* An Kindern kann man krank werden. Im Rahmen des familiären Stresses können Kinder mit einem schwierigen Temperament (Zentner 1993), Feindseligkeit (Williams, Williams 1993) oder mit schwierigen Entwicklungen für Eltern zu erheblichen Belastungen werden. Besonders Feindseligkeiten in der Adoleszenz führt für alle Beteiligten zu gesundheitlichen Risiken (Siegler et al. 1992; Houston, Vavak 1991). Eltern kommen hier oft an die Grenzen ihrer Bewältigungskapazität und sogar in den Burnout. Das Verhältnis zu Kindern sollte im Rahmen von Therapien nicht nur unter den Aspekten der Pflicht und der Verantwortung, ein besonders guter Vater, eine besonders gute Mutter zu sein, gesehen werden, sondern auch unter dem Aspekt, daß Eltern an ihren Kindern leiden, ein Problem-bereich, der von den tiefenpsychologischen Therapien gravierend vernachlässigt wurde, ja zu dem gewisse Ideologien dieser Verfahren – etwa zur allumfassenden Verantwortung der Mutter – beigetragen haben.

*4.10 Probleme mit dem Altern:* Altern ist nicht immer einfach. Viele Menschen werden mit dem Prozeß des Alterns nicht fertig. Netzwerke dünnen aus (Petzold 1994e), es kommt zu Einbußen an körperlicher Kraft, sensorischer, kognitiver und mnestischer Leistungsfähigkeit (Lehr 1987; Filipp, Schmidt 1994; Lehr, Thomae 1987). Der Verlust der



Berufsrollen und -tätigkeiten durch die Pensionierung wiegt für viele Menschen schwer (Petzold 1983f; Saup, Mayring 1995). Kontakte und Gesprächsmöglichkeiten nehmen ab. Tod von Freunden und Verlust des Partners (Montada et al. 1992), Übersiedlung ins Heim sind kritische Lebensereignisse, die Entwicklungsprozesse im Alter behindern und ein glückliches und konstruktives Altern (Saup 1991; Mayring 1990) gefährden können. Da insgesamt im Alter eine erhöhte Vulnerabilität gegeben ist und auch vorgängige Traumatisierungen noch späte Folgen zeigen können (Aarts, op den Velde 1996), können Belastungen, Vernachlässigung, Mißachtung, ja Mißhandlungen im Alter besonders schwere Folgen haben (Petzold 1985d, 1991j). Gibt es hier keine Stützen (Filipp, Schmidt 1994) und Verarbeitungsmöglichkeiten (Petzold, Bubolz 1979; Hirsch 1993), so können all diese Einflüsse pathogene Auswirkungen haben. Alternsprozesse sollten im diagnostischen Blick bleiben und erfordern in therapeutischer Hinsicht oftmals supportive Maßnahmen (Petzold 1985a) und gezielte klinische Interventionen (Petzold, Müller 1996; Radebold 1990).

4.11 Sinnverlust: Lebenssinn, ein „sense of coherence“ (Antonovsky 1979, 1987), ist ein zentrales Moment von Gesundheit und Wohlbefinden (Debats 1996). Menschen haben das Bedürfnis, „sich selbst im Lebensganzen zu verstehen“ (Petzold 1981g), und wenn dieser Prozeß des Selbst-Verständnisses mißlingt, kann das erhebliche Folgen für das Selbstwertgefühl und die Identitätssicherheit haben und zu Selbstzweifeln, Selbstentwertung und Identitätskrisen führen. Lebenssinn kann nicht erlebt werden oder verloren gehen. Der Verlust von Lebenssinn und Werten kann so schwerwiegend sein, daß dadurch Depressionen, aber auch psychosomatische Reaktionen entstehen können (Lantz, Pegram 1989; Schmitz, Hauke 1992). Werteverlust kann traumatische Qualität haben, und Sinnkrisen können in schwere Identitätsprobleme führen, im beruflichen Feld etwa, zu Burnout-Erkrankungen (Schmitz, Hauke 1994; Petzold 1993g). Die Werte und das Sinnerleben (Debats 1996) sind ja eine tragende „Säule der Identität“ (Petzold 1993p; Kames 1992) und bestimmen das Lebensgefühl und den Lebensfluß (Csikszentmihalyi 1985). Der Aufbau von Hoffnungshorizonten und eines tragfähigen Sinnbezugs sind wichtige Heilfaktoren in der Heuristik der „14 healing factors“ (Petzold 1993p, 317f, Faktor 5, 11, 12). Die Förderung der Hoffnung hat heilendes Potential und ist zentral für jede Lebenshilfe (Cousins 1989; Goleman 1984; Visintainer, Seligman 1984), und ähnlich steht es oftmals mit der Förderung von Altruismus, der bei Menschen Kräfte der Bewältigung und des Sinnerlebens freisetzt (Luks, Payne 1992; Dossey 1993; Ornish 1991), oder der Bekräftigung versichernder und lebenstragender persönlicher Glaubenshaltungen (Dossey 1991; Ornstein, Sobel 1987). Der Einbezug meditativer Praktiken in die therapeutische Arbeit (Petzold 1983d;

Benson 1984), um diesen „faith factor“ (Goleman 1984) zu nutzen, kann Gesundheit und *wellness* nachhaltig fördern und pathogenen Sinnkrisen entgegenwirken (Borysenko 1987; Benson, Stuart 1992). Sinnfortfall müßte deshalb in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht größere Bedeutung beigemessen werden, als dies – von der Logotherapie einmal abgesehen (Lukas 1984) – in den psychotherapeutischen Verfahren gemeinhin erfolgt. Sinnerleben fördernde, nootherapeutische Behandlungsansätze mit meditativen und kreativen Verfahren (Petzold 1983d) können Integrationserfahrungen ermöglichen (Orth 1993; Petzold 1993o) und Menschen bei ihrer Sinnsuche unterstützen.

4.12 *Psychotherapieschäden, iatrogene Behandlungen*: „Irren ist ärztlich“, so lautet der Titel eines Buches der Psychotherapeutin Erica Brühlmann-Jecklin (1995), in dem sie ihre bedrückende Karriere von Fehlbehandlungen in der somatischen Medizin und den daraus resultierenden Belastungen beschreibt. Von dieser Art somatischem Streß oder gar Traumatisierung soll hier nicht die Rede sein, sondern von *schädigender Psychotherapie*, die zu den pathogenen Situationen des Erwachsenenlebens gerechnet werden muß. Hier kann man drei Formen unterscheiden: (a) *mißbräuchliche Therapie*, (b) *iatrogene Therapie*, (c) *riskante Therapie*.

(a) Unter mißbräuchlicher Therapie sind Handlungen im therapeutischen Setting zu sehen, die die therapeutische Ethik verletzen und nach dem klinischen Wissen Patientinnen und Patienten belasten. Hierzu zu zählen sind physische Gewalt, psychologische Grausamkeit, materielle Ausbeutung, Machtmißbrauch. Am intensivsten ist heute der „sexuelle Mißbrauch“ in der Therapie diskutiert, so daß das Wissen um diese Problematik weitaus umfassender ist, als über die übrigen Mißbrauchssituationen, besonders über die schwer faßbare, aber offenbar gar nicht so seltene psychische Gewalt und Grausamkeit. Sexuelle Beziehungen in der Therapie können schwerwiegende Folgen haben: maligne Abhängigkeiten, depressive Reaktionen aufgrund des Vertrauensmißbrauchs, psychosomatische Symptombildung usw. Diese schweren Belastungen, die sorgfältiger Hilfen – z.B. gemeinsamer supervisorischer Beratung mit Mediationsfunktion für die Beteiligten (Petzold 1987g; Orth et al. 1995) – bedarf, wo dies möglich ist, oder einer kompetenten Anschlußtherapie, kann noch iatrogen verschärft werden, wenn dieses Geschehen durch Therapieideologie einer Inzestsituation *gleichgesetzt* wird, wie dies vielfach geschieht (Becker-Fischer 1995). Damit wird Schlimmes noch schlimmer gemacht. Schwere Verletzung und Beschädigung wird dann, durch Expertinnenurteil, zum „Seelenmord“ unter Vernachlässigung der Befunde der Humanethologie und Verhaltensbiologie, daß Inzest eine sexuelle Beziehung von „primär Vertrauten“ ist (Bischof 1985). Die platte Gleichsetzung einer psychotherapeutischen Beziehung mit

einer Vater- oder Mutterbeziehung verkennt, daß es sich um „Similebeziehungen“ handelt, um Näherungen, aber keineswegs um eine Homologie. Wird dieser äußerst wichtige Unterschied negiert oder verwischt, etwa in *undifferenzierten* „Parenting- bzw. Reparentingtherapien“, kann es zu bösen Verstrickungen kommen. Damit wird die zweite Kategorie schädigender Psychotherapie angesprochen:

(b) *iatrogene Psychotherapie*, die wohl die häufigste Schadensursache unter den genannten ist. In diese Kategorie fallen Fehlbehandlungen aufgrund falscher bzw. fehlerhafter Diagnostik, die Wahl falscher Methoden, die Anwendung schädigender Methoden oder durch rigides Verfahren nach therapeutischen Modellvorstellungen, die Menschen in ein Prokustesbett zwingen und dabei eher als schlechte Ideologie denn als wissenschaftliches Konzept zu betrachten sind. Die Geschichte der Psychotherapie ist voll von derartigen Annahmen.

Unter (c) *riskanter Therapie* wird die Verwendung von Methoden und Techniken verstanden, deren Wirkung nicht abschätzbar und deren Nebenwirkungen nicht bekannt und beforscht sind, die auf fragwürdigen Therapieannahmen basieren oder ethische Probleme aufwerfen. Die Psychotherapie ist in einem erschreckenden Maß voll von solchen riskanten Konzepten und Praktiken. Es seien als „bunte Reihe“ erwähnt: die Hammerschlag-Technik *Szondis*, ähnlich problematisch sind massive paradoxe Interventionen in der Familientherapie von *Selvini Palazoli*, die sehr kränkend sein können, die „provokative Therapie“ *Farellis*, das oftmals demütigende „making the rounds“ in der Gestalttherapie. Als problematisch sind die atemphysiologisch dysfunktionale und sexistisch exponierende Arbeit mit dem bioenergetischen Bock von *Lowen*, die forcierten Atem- bzw. Hyperventilationstechniken im Rebirthing von *Orr* oder der „holotropischen Therapie“ von *Grof* zu sehen. Über die Wirkung all dieser Techniken oder über ihre Nebenwirkungen ist kaum etwas bekannt. Ernstzunehmende Forschungsergebnisse liegen nicht vor, allerdings eine Menge klinischer Berichte von Zwischenfällen und starke psychophysiologische und psychoneuroimmunologische Argumente und Forschungsbefunde, die gegen solche Praktiken sprechen (*LeDoux* 1992; *van der Kolk et al.* 1996). Therapieabhängigkeit als „addiction to stress physiology“ kann die Folge sein (*van der Kolk et al.* 1985). Man holt sich das Streßereignis in der Therapie wieder her (*arousal*) und dämpft es mit den dann heftig ausgeschütteten Endorphinen. Zur milden Euphorie kommt dann noch das „loving environment“ der Gruppe, die Unterwerfung unter ihre Macht und die des Therapeuten, an den man sich so ausliefert – alles Muster, die aus der Traumaforschung bekannt sind (*Herman* 1992) und als „Stockholm Syndrom“ (*Dutton, Painter* 1981) und „traumatic bonding“ beschrieben wurden. Von den ethisch fragwürdigen Techniken „riskanter Therapie“ seien neben den schon erwähnten die verhaltenstherapeutischen

Praktiken der aversiven Konditionierung mittels elektrischer Stromstöße von bettnässenden Kindern, Homosexuellen (auf das Glied appliziert), Alkoholikern (auf Hand und Lippen appliziert), flooding, extreme Reizkonfrontation genannt. Ist dies mit der Würde von Patienten zu vereinbaren? Und was sind etwaige schädliche Nebeneffekte, die man über der erreichten Symptombeseitigung übersehen hat bzw. die eventuell nachfolgend auftraten? Auf die Vielzahl *riskanter Therapieideologien* kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Sie werden an anderem Ort ausführlich behandelt (Orth et al. 1995; Petzold, Orth 1996).

Der häufige und von Psychotherapeuten immer wieder praktizierte Rückgriff auf das „frühe Trauma“ nach kurzer Aufmerksamkeit für die rezenten Belastungen bietet keine adäquate Hilfe, ja, kann durch forcierte regressive Arbeit – z.B. in bestimmten Formen bioenergetischer Therapie, durch Verwendung von Streßpositionen (vgl. Lowen, Lowen 1977) oder „pushende“ Gestaltsitzungen (vgl. Perls 1969b) oder settinginduzierte, langfristige Intensivübertragungen (bei abstinenzbetonten Couchanalysen) – zu einer pathogenen Aktivierung früher, aber im Lebensverlauf bewältigter und verarbeiteter bzw. abgeheilter Schädigungen führen und zu einer erneuten Aktualisierung, was zu einer gravierenden Verschlechterung der Gesamtsituation und -findlichkeit der Patientin bzw. des Patienten beitragen kann. Dies ist besonders riskant, wenn Posttraumatic Stress Disorders PTSD (sie sind in ihren blanden Formen leicht zu übersehen) oder „Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified“ DESNOS (Herman 1992; Pelcovitz et al. 1996) nicht berücksichtigt wurden und eine Reaktivierung oder gar Verstärkung von „Streßphysiologien“ erfolgt (Petzold 1968a, b; Petzold, Orth 1996; Josić, Petzold 1995; Petzold, Iturra 1996), wo Hyperarousal vermieden werden sollte. Die Forschung zur Praxis des „Wiederdurchlebens“ von traumatischem Streß bei PTSD-Patienten zeigt keineswegs eindeutige Ergebnisse. „In fact, some findings raise questions about negative effects of these interventions“ (Raphael et al. 1996, 474). „There may be a need to ‚protect‘ victims from the convergence of those who would offer help“ (ibid.). Die Vorstellung gewisser Therapeuten, es *müsse* die „Erstursache“ gefunden werden, oder es *müsse* ein verdrängtes oder dissoziiertes Trauma (Verlust, Mißbrauch, Unfall) ins Bewußtsein gebracht werden, wird zu einer schädlichen Zwangsvorstellung, wenn man nicht auch die Möglichkeit sieht, daß die Vermeidung oder Verdrängung eine durchaus sinnvolle, effektive und heilsame Bewältigungsstrategie sein kann. „And techniques that diminish it [the denial s.c.] are counterproductive“ (ibid. 473). Es kann durch derartig forcierendes „Aufdecken“ vermittels psychoanalytischer Deutungen, gestalttherapeutischer Hot-Seat-Sitzungen, bioenergetischer oder primärtherapeutischer

Regressionssitzungen, fehlindizierter thymopraktischer Körperarbeit zu einer Verstärkung von pathologischen Hyperarousal-Mustern kommen, mit negativen Auswirkungen auf das Immunsystem (*van der Kolk* 1994). Massive Interventionen, wie man sie in den Sitzungsprotokollen von *Perls* (1969b, 1980) dokumentiert findet oder in den „structures“ von *Pesso* (1986) und neuerlich besonders drastisch bei *Hellinger* (1996), sind also keineswegs als ungefährlich zu betrachten. Die Beschreibungen, die *Janov* (1975) in „The primal man“ von „erfolgreich“ primärtherapeutisch behandelten Patienten gibt, von ihrer emotionalen Bedürfnislosigkeit und Affektlosigkeit, klingen eher nach Symptomen des „numbing“ (*van der Kolk et al.* 1996, 12f, 421f), der Selbstanästhesierung (*Litz, Keane* 1989) aufgrund traumatischem emotionalem Streß durch Primärtherapie als nach erfolgreicher Behandlung. Ganz abgesehen davon sind die monokausalistischen bzw. linearkausalen Erklärungsmodelle – etwa der Mehrgenerationen-Familientherapie oder der Frühstörungstheoretiker – nicht mehr als *Erklärungshypothesen*. Das muß man sich klarmachen! Durch Ergebnisse der Longitudinalforschung sind derartige Ursachen bislang noch nicht stringent belegt worden (*Bakemann et al.* 1989; *Schroots* 1993), genauso wenig wie aufgrund der Längsschnittforschung die simple Annahme: „Frühe Schäden, späte Folgen“ bestätigt werden kann (*Robins, Rutter* 1990; *Petzold* 1993c). Sorgfältige prozessuale Diagnostik, flexible Interventionsstrategien und eine differenzierte Behandlungstechnik sind notwendig, um mit traumatischen Erfahrungen und mit Erinnerungen an diese ohne Gefährdung der Patienten zu arbeiten. „Of course, therapists will need to insure that the individuals are not retraumatized by the process of treatment if they feel unable or unready to confront their traumatic memories“ (*Turnbull, McFarlane* 1996). Kathartische und regressive Arbeit ist, so zeigen viele Veröffentlichungen und Studien, durchaus wichtig und hilfreich, aber nicht für jeden und für jedes Thema. Hier wird noch wesentliche Forschungsarbeit zu leisten sein. Therapeuten müssen in die Lage versetzt werden, mit einem breiten Arsenal erprobter Heuristiken – wie den „vier Wegen der Heilung und Förderung“ (*Petzold* 1996a) oder den „14 Heilfaktoren und -prozessen“ (idem 1993p) – die richtigen Instrumente für die richtigen Probleme, Situationen und Persönlichkeiten mit ihren Lebensgeschichten auszuwählen und anzuwenden. „The mental health professionals who do this work need to have extensive skills and training, to have a specific understanding of the complexity of psychological trauma and at the same time to maintain a human and compassionate approach“ (*Raphael et al.* 1996, 477). Ansonsten kann es, wie wir immer wieder aufgezeigt haben (*Petzold* 19771), zu Problemen kommen, die zu Lasten von Patienten und der Helfer selbst (*Petzold, Petzold* 1996b; *Figley* 1995) gehen.

Die *iatrogenen Schäden*, die hier durch falsche Therapieideologien und Therapiemethoden (Petzold, Orth 1996a; idem 1996d), die die „life span developmental perspective“ ausblenden, gesetzt wurden, dürften erheblich sein. Der erst zögerlich einsetzende „damage research“, die „Schadensforschung“ in der Psychotherapie (Strupp et al. 1977; Fischer 1995; Petzold, Rodriguez-Petzold 1996) und die Reflexion schädigender Praktiken in der Psychotherapie (Petzold 1977; Sonntag et al. 1995) werden hier noch manche Überraschung bringen. Auch schlechte, schädigende und riskante Therapie (Drigalski 1980; Hemminger, Becker 1985) kann eine Ursache für Pathogenese im Erwachsenenalter werden. Das sollte nicht vergessen werden und muß wahrscheinlich im professionellen Feld zu Korrekturen von Therapieideologien, Revisionen von therapeutischen Methoden und Praktiken und zur Veränderung persönlicher therapeutischer Haltungen führen. Ich selbst habe verschiedentlich Konzepte des von mir entwickelten Verfahrens der „Integrativen Therapie“ präzisieren und Orientierungen in meiner therapeutischen Praxis verändern müssen, weil mich eben diese Praxis konfrontierte, eines besseren belehrte und auch Erkenntnisse der Forschung – etwa der „life span developmental approach“ mich zu neuen Erkenntnissen und Einsichten führte. Gerade die Arbeit mit Babys und Kleinkindern, das Wissen um ihre Gedächtnisentwicklung (Petzold 1992c; Rovee-Collier, Bhatt 1995), die Erfahrungen mit ihrem phantastischen Potential des „catch up“, ihrer Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu überwinden (Petzold et al. 1993; idem 1995a, b), haben mich besonders für die pathogenen Überlastungen im Erwachsenenalter bei meinen Patienten sensibilisiert und das *Zusammenwirken* von belastenden Vergangenheitserfahrungen, aktuellen Überforderungen und antizipiertem Streß im Lebensverlauf.

4.13 *Verschiedene außergewöhnliche Belastungen* seien noch abschließend genannt, die im Erwachsenenalter eintreten können und hohe Gesundheitsrisiken darstellen. Der Verlust der Arbeit ist hier zu nennen, besonders, wenn er dauerhaft ist und keine Chancen mehr bestehen, eine Neubeschäftigung zu finden, also Dauerarbeitslosigkeit entsteht. Entwurzelung durch Umsiedlung, erzwungene, notwendige oder gewählte und falsch eingeschätzte Migration, manchmal auch Wegzug (z.B. durch berufsbedingten Ortswechsel des Mannes), wenn er mit einem Herausreißen aus gewachsenen Lebenszusammenhängen verbunden ist. Die Geburt eines behinderten Kindes, die schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, dauerhafte Infirmität der alten Eltern im Haushalt und der damit verbundene Pflegestreß, d.h. Belastung durch Pflegebedürftige, bewirken oft, daß Menschen durch Pflegesituationen im Rahmen der Familie so überbelastet werden können, daß sie schwere psychische und psychoso-

matische Symptome entwickeln. Therapeutische Hilfen und praktische soziotherapeutische Maßnahmen sind hier unverzichtbar. Die Reihe der Risikofaktoren, kritischer Lebensereignisse und Überforderungsmöglichkeiten, die pathogen wirken können – besonders wenn protektive Faktoren und Ressourcen fehlen und *Vulnerabilität* statt *Resilienz* vorliegt –, ließe sich leicht fortsetzen: Unfälle, die man erleidet oder verursacht, Bankrott, Gerichtsverfahren, Psychiatrie- und Gefängnisaufenthalte, schwere und bedrohliche Erkrankungen (Hepatitis, Aids, Multiple Sklerose, Krebs etc.), Vergewaltigung, Überfall, Anschuldigung – zumal Falschanschuldigung des Betrugs oder des sexuellen Mißbrauchs, *Rufmord* also (der Begriff macht es deutlich) –, Verlust, Beschädigung oder Zerstörung des Lebenswerkes, Ehrverlust stellen schwere Belastungen, ja traumatische Erfahrungen dar, die gravierende Auswirkungen auf die seelische Befindlichkeit und das *Immunsystem* haben können und oft zur Ausbildung von Psychosomatosen und Stress Disorder (Herman 1992) bzw. *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) führen (van der Kolk et al. 1996), denn es sind Auswirkungen von Angriffen auf die persönliche *Identität* und *Integrität* eines Menschen; und diese haben – auch wenn sie „nur“ verbal bleiben – die Qualität einer physischen Verletzung (z.T. mit Langzeitwirkungen), wenn man psychoneuroimmunologische bzw. psychobiologische Befunde mit einbezieht, z.B. deutliche Einbußen an Hippokampusvolumen bei Patienten mit PTSD (Ritman et al. 1993; Bremner et al. 1995; Gurvitz et al. 1995).

Die vorliegenden Überlegungen weisen auf einige Dimensionen hin, die für die Entwicklung von *Pathologie im Erwachsenenleben* von Bedeutung sind und vermehrt berücksichtigt werden müssen, wenn man der Situation von seelisch oder psychosomatisch erkrankten *erwachsenen* Menschen gerecht werden will und nicht weiter Gefahr laufen will, Angststörungen, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen (diese bedürfen besonderer Betrachtung, was *adult trauma* anbelangt) ausschließlich oder einseitig auf die frühe Kindheit zurückzuführen. Zwar kann für die Entwicklung von Borderline Personality Disorder (BPD) angenommen werden: „The superimposition of childhood terror upon adult situations is most likely to be the key“ (van der Kolk et al. 1996, 202), doch traumatischer Streß im Erwachsenenalter, z.B. durch Kriegserlebnisse, Unfälle, Verluste, kann – auch bei gut beschirmter Kindheit – zur Ausbildung von BPD führen (Josić, Petzold 1995). Selbst wo adverse Lebensumstände eine *Vulnerabilität* im Frühbereich bewirkt haben – und dies ist durchaus häufig der Fall –, sind doch die Verletzungen, Entbehrungen und Traumata in Adoleszenz und Erwachsenenleben, die noch „on top“ dazukamen, von eigenständig pathogener Qualität und eine relevante Ursache für die Erkrankung

neben Vorschädigung in der Kindheit – wo sie vorhanden waren. Dies zeigt die Streß- und Traumaforschung überzeugend, obgleich natürlich vorausliegende Störungen und Familienprobleme Prädiktoren für das Ausbilden späterer Erkrankungen, z.B. BPD (Herman, van der Kolk 1987; Herman et al. 1981; Ogata et al. 1989; Kluft 1990; Putnam 1989) oder von PTSD sind (Breslau, Davis 1992; Kessler et al. 1996). Die eigenverfügbaren Mittel, d.h. primären Ressourcen und Copingmöglichkeiten, sind im Erwachsenenalter in der Regel größer als für Kinder. Fehlen sie aber, dann wiegt das in unserem Kulturkreis meist schwerer, weil für Erwachsene in persönlichen Katastrophen vielfach weniger Hilfsangebote zur Verfügung stehen als für Kinder und der Absturz oftmals so gravierend ist, daß die Betroffenen „nicht mehr hochkommen“. Dies gilt es zu verhindern.

Die vorliegenden Ausführungen weisen deutliche Konsequenzen für die Therapie auf:

- Sie kann nie als reine Psychotherapie erfolgen, sondern muß Netzwerkinterventionen und leib-therapeutische Ansätze einbeziehen.
- Sie muß, wo immer Menschen eine Streßphysiologie (z.B. chronische Verspannungen) aufzeigen, *biomodal* durchgeführt werden, d.h. übungszentriert-funktionale Methoden der Relaxation, Atemregulierung, Lauftherapie neben erlebniszentrierter und konfliktzentrierter Therapie, eventuell *trimodal* durch agogische, soziotherapeutische, netzwerk- und familientherapeutische Maßnahmen flankiert, wie es in der Integrativen Therapie stets praktiziert (Petzold 1974k, 1973c) wurde.
- Sie muß immer Gegenwarts- und Vergangenheitsaspekte berücksichtigen und einseitige Kindheitsorientierung vermeiden sowie Zukunftsperspektiven einbeziehen.
- Sie muß neben der Pathogenese auch Salutogenese und Wellness-Perspektiven einbeziehen.
- Sie muß eine gute kategoriale (DSM-IV) und Prozeßdiagnostik betreiben (um z.B. PTSD mit Blick auf die Wahl der Behandlungsmethoden zu erkennen).
- Sie muß mehrperspektivisch schauen und multimodal behandeln.
- Sie muß Informationen geben und Patienten und Klienten als mündige und kompetente Mitarbeiter in den Prozeß der Diagnostik und Behandlung einbeziehen, so daß Therapie ein „cooperative effort“, eine gemeinsame Sache wird, im grundsätzlichen Respekt vor der Andersheit des Anderen (Lévinas, vgl. Petzold, dieses Heft S. 319ff).



## Zusammenfassung

Die einseitige Fixierung von Pathogenese in der frühen Kindheit durch zahlreiche Schulen der Psychotherapie hat dazu geführt, daß die Pathogenese im Erwachsenenalter vielfach vernachlässigt wurde. Überforderung des psychophysischen „personalen Systems“ durch aktuellen „traumatischen Streß“ oder „zeitextendierte Überlastung“ wird in der „Integrativen Therapie“ als eine wichtige Krankheitsursache gesehen und ist nach Lage der Forschung die wichtigste Krankheitsursache im Erwachsenenleben überhaupt. Spezifiziert werden unter nosologischer, diagnostischer und therapeutischer Optik folgende Ursachenkomplexe betrachtet: (1) akkumulative Belastungen, (2) traumatischer Streß und kritische Lebensereignisse, (3) desolate soziale Netzwerke, (4) belastende Trennungen und Verluste, (5) „daily hassels“, (6) Mobbing und Jobstreß, (7) familiärer Streß, (8) toxische Paarbeziehungen, (9) schwierige Kinder, (10) Probleme mit dem Altern, (11) Sinnverlust, (12) Schäden durch Psychotherapie sowie (13) verschiedene außergewöhnliche Belastungen. Da pathologischer Streß eine der wichtigsten Krankheitsursachen ist und sich bei vielen Patienten Verspannungen und Zeichen einer „Streßphysiologie“ finden, sollten im Sinne des Integrativtherapeutischen Konzeptes „bimodaler Therapie“ immer auch neben der *konfliktzentrierten* Behandlungsmodalität die *übungszentrierte* Modalität (Enspannungstraining, funktionale Atem- und Bewegungsarbeit) eingesetzt werden, um Gesundheit und eine „Wellnessphysiologie“ zu erreichen.

### Summary: Pathogenesis in adulthood

The onesided fixation of pathogenesis in early childhood, as common in many schools of psychotherapy has caused that pathogenesis in adulthood has been severely neglected. Overburdening of the psychophysical "personal system" by acute "traumatizations" or "time extended strain" is considered as an important cause of disease in adulthood by "Integrative Therapy", and this is fully supported by research. Under a nosologic, diagnostic and therapeutic perspective the following causal complexes are specifically reviewed: (1) accumulating stress, (2) traumatic stress and critical life events, (3) devastated social networks, (4) stressing separations and losses, (5) daily hassles, (6) Bullying and job stress, (7) family stress, (8) toxic partner relations, (9) difficult children, (10) problems of aging, (11) loss of personal meaning, (12) damage through psychotherapy and (13) various extrem overburdenings. As pathological stress is one of the most important causes of disease, and as most patients show tensions and signs of "stress physiology" the concept of "bimodal therapy" in Integrative Therapie should be applied: beside the *conflict centred* treatment modality also the *exercise centred* modality (relaxation exercise, functional movement and breathing work) has to be used to achieve health and a "wellness physiology".

**Key words:** Integrative Therapy, adulthood pathogenesis, stressfull life events, bimodal treatment.

## Literatur

- Aarts, P.G.H., op den Velde, W., Prior traumatization and the process of aging, in: van der Kolk et al. (1996) 356-377.
- Antonovsky, A., Health, stress and coping, Jossey Bass, London, San Francisco 1979.
- , Unraveling the mystery of health, Jossey Bass, London 1987.
- Argyle, M., The psychology of happiness, Methuen, New York 1987.
- Arnold, E., Childhood stress, Wiley, New York 1990.
- Asterita, M.F., The psychobiology of stress, Human Sciences Press, New York 1985.

- Bakeman, R., Adamson, L.B., Brown, J.V., Eldridge, M., Can early interaction predict? How and how much? in: Bornstein, M.H., Krasnegor, N.A. (eds.), *Stability and continuity in mental development: Behavioral and biological perspectives*, Erlbaum, Hillsdale 1989, 235-248.
- Barsky, A.J., *Worried, sick: Our troubled quest for wellness*, Little, Brown, Boston 1988.
- Becker-Fischer, M., *Psychodynamische Aspekte bei sexuellem Mißbrauch in der Psychotherapie*, in: Schmidt-Lellek, Chr., Heimannsberg, B. (Hrsg.), *Macht und Machtmißbrauch in der Psychotherapie*, Edition Humanistische Psychologie, Köln 1995, 195-214.
- Bennet, I., Cohen, H., *Stress and immunity in humans: A meta-analytic review*, *Psychosomatic Medicine* 55 (1993) 364-379.
- Benson, H., *Beyond the relaxation response*, Times Book, New York 1984.
- , Stuart, E.M., *The wellness book*, Birch Lane Press, New York 1992.
- Bernstein, D.A., Borkovec, Th.D., *Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson*, Pfeiffer, München 1975, 6. unveränd. Aufl. 1992.
- Bischof, N., *Das Rätsel Oedipus*, Rowohlt, Reinbeck 1985.
- Borysenko, J., *Minding the body, mending the mind*, Addison-Wesley, Reading, Mass. 1987.
- Boyce, T.W., *Stress and child health: An overview*, *Pediatric Annals* 8 (1985) 539-542.
- Braiker, H.B., *Lethal lovers and poisonous people*, Pocket Books, New York 1992.
- Bremner, J.D., Marmar, C.R., *Trauma, memory and dissociation*, American Psychiatric Press, Washington 1996.
- , Randall, P., Scott, T.M., Bronen, R.A., Seibyl, J.P., Southwick, S.M., Delaney, R.C., McCarthy, G., Charney, D.S., Innis, R.B., *MR/-based measures of hippocampal volume in patients with PTSD*, *American J. of Psychiatry* 152 (1995) 973-981.
- Breslau, N., Davis, G.C., *Posttraumatic stress disorders in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity*, *Am. J. of Psychology* 5 (1992) 671-675.
- Brühlmann-Jecklin, E., *Der „vierte Weg der Heilung“ am Beispiel der Flüchtlingsarbeit*, *Integrative Therapie* 1 (1996) 19-36.
- , *Irren ist ärztlich*, Fischer Taschenbuch, Frankfurt 1995.
- Byers, S.K., *Organizational stress: Implications for health promotion managers*, *American Journal of Health Promotion* 3 (1987) 21-26.
- Cannon, W.B., *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*, Appleton, New York 1929<sup>2</sup>.
- Charrey, D.S., Deutch, A.Y., Krystal, J.H., Southwick, S.M., Davis, M., *Psychologic mechanisms of post-traumatic stress disorder*, *Archives of General Psychiatry* 50 (1993) 294-305.
- Chronos, G.P., Loriaux, L.D., Gold, P.W., *Mechanisms of physical and emotional stress*, Plenum, New York 1988.
- Cohen, S., Syme, L., *Social support and health*, Academic Press, Orlando, Florida 1985.
- Cousins, N., *Head first: The biology of hope*, Dutton, New York 1989.
- Crittenden, P.M., *Peering into the black-box: an exploratory treatise on the development of the self in children*, in: Chichetti, D., Troth, S.L., *Disorders and disfunctions of the self*, Rochester Symposium on developmental psychotherapy, Univ. of Rochester Press, Rochester, N.Y. 1994.
- Csikszentmihalyi, M., *Das Flow-Erlebnis: jenseits von Angst und Langeweile: im Tun aufgehen*, Klett, Stuttgart 1985.
- Curran, D., *Traits of a healthy family*, Winston Press, Minneapolis, Minnesota 1983.
- , *Stress and the healthy family*, Winston Press, Minneapolis, Minnesota 1985.
- Dantzer, R., Kelly, K.W., *Stress and immunity: An integrated view of relationships between the brain and the immune system*, *Life Sciences* 44 (1981) 1995-2008.
- Debats, D., *Psychotherapie en zingeving*, Servire, Amersfort 1992.
- Debats, D.L., *Meaning in life. Psychometric, clinical and phenomenological aspects*, Dissertation Psychologische Fakultät, Reichsuniversität Groningen, Groningen 1996.

- Dornes, M., *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*, Fischer, Frankfurt 1993a.
- Dossey, L., *Meaning in medicine*, Bantam Books, New York 1991.
- , *Healing words*, Harper, San Francisco 1993.
- Drigalski, D. v., *Blumen auf Granit*, Ullstein, Berlin 1980.
- Dutton, D., Painter, S.L., *Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and after relationships of intermittent abuse*, *Victimology* 6 (1981) 139-168.
- Eder, A., *Risikofaktor Einsamkeit*, Springer, Wien 1990.
- Eliot, R.S., *From stress to strength*, Bantam Book, New York 1994.
- Faelten, S., Diamond, D., *Preventions. Take control of your life: A complete guide to stress relief*, Rodale, Emmau, Pennsylvania 1988.
- Ferenczi, S., *Journal clinique*, Payot, Paris 1985; dtsh. *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*, S. Fischer, Frankfurt 1988.
- Figley, C.R., *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorder from helping the traumatized*, Bruner/Mazel, New York 1995.
- Filipp, S.H., *Kritische Lebensereignisse*, Urban & Schwarzenberg, München 1990<sup>2</sup>.
- , Schmidt, K., *Die Rolle sozioökologischer Variablen in einem Bedingungsmodell der Lebenszufriedenheit alter Menschen – eine Übersicht*, *Zeitschr. für Entwicklungspsychol. und Päd. Psychol.* 26 (1994) 218-240.
- Freudenberger, H.J., *Das Erschöpfungssyndrom von Mitarbeitern in alternativen Einrichtungen*, in: *Petzold, Vormann* (1980) 88-104.
- Frühmann, R., *Petzold, H.G., Lehrjahre der Seele*, Junfermann, Paderborn 1993.
- Galiszek, A.G., *Breaking the stress habit*, Carolina Press, Winston-Salem, North-Carolina 1987.
- Glenn, H.S., Nelsen, J., *Raising children for success*, Sunrise Press, Fair Oaks, Ca. 1987.
- Goleman, D., *Denial and hope*, *American Health*, December (1984) 54-61.
- , *The faith factor*, *American Health*, May (1984) 48-53.
- Greenberg, J.S., *Comprehensive stress management*, Brown, Dubuque, Iowa 1990<sup>3</sup>.
- Gurvitz, T.V., Shenton, M.E., Pitman, R.K., *Reduced hippocampal volume on magnetic resonance imaging in chronic post-traumatic stress disorders*, Paper, International Society of Traumatic Stress Studies, Annual meeting, Miami 1995.
- Hafen, B.Q., Frandsen, K.J., *People need people: The importance relationships to health and wellness*, Cordillera Press, Evergreen, Colorado 1987.
- Hafen, B.Q., Karren, K.J., Frandsen, K.J., Smith, N.L., *Mind, body health*, Allyn and Bacon, Boston 1996.
- Haisch, J., *Gesundheitsrisiken. Wege zur Bewältigung*, Asanger, Heidelberg 1996.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R., *Bewegt sein*, Junfermann, Paderborn 1996.
- Hellinger, B., *Finden, was wirkt. Therapeutische Briefe*, Kösel, München 1996<sup>6</sup>.
- , Hövel, G., *Anerkennen, was ist. Gespräche über Verstrickung und Lösung*, Kösel, München 1996.
- Hemminger, H.-J., Becker, V., *Wenn Therapien schaden*, Rowohlt, Reinbek 1985.
- Herman, J.L., *Trauma and recovery*, Basic Books, New York 1992.
- , Perry, J.C., van der Kolk, B.A., *Childhood trauma in borderline personality disorders*, *Am. J. of Psychiatry* 146 (1989) 490-495.
- , van der Kolk, B.A., *Traumatic origins of borderline personality disorders*, in: *van der Kolk* (1987).
- Hirsch, A., *Psychotherapie im Alter*, Huber, Bern 1993.
- Hobfoll, S.E., *The ecology of stress*, Hemisphere, New York 1988.
- Houston, B.K., Vavak, C.R., *Cynical hostility: developmental factors, psychosocial correlates, and health behavior*, *Health Psychology* 1 (1991) 9-17.
- Janet, P., *L'automatisme psychologique*, Alcan, Paris 1889.
- , *L'amnésie et dissociation des souvenirs par l'émotion*, *Journal de Psychologie* 1 (1904) 417-453.
- , *Les médications psychologiques*, 3 Bde., Alcan, Paris 1919.
- Janov, A., *Primal man. The new consciousness*, Thomas Y. Crowell, New York 1975.

- Josić, S., Petzold, H.G., Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Streß – diagnostische und therapeutische Dimensionen, Zentrum für Kriegshilfe, Belgrad 1995 (serb.).
- Jung, C.G., The question of the therapeutic value of abreaction, *British J. of Medical Psychology* 2 (1921/22) 13-22.
- Kames, H., Ein Fragebogen zur Erfassung der fünf Säulen der Identität (FESI), *Integrative Therapie* 4 (1992) 363-386.
- Katschnig, H. (Hrsg.), Sozialer Streß und psychische Erkrankung, Urban & Schwarzenberg, München 1981.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, F., Nelson, C.B., Posttraumatic stress disorders in the National Comorbidity Survey (im Druck).
- Kiecolt-Glaser, J.K., Fisher, L.A., Olgroki, P., Stout, J.C., Speicher, C.E., Glaser, R., Marital quality, marital disruption, and immune function, *Psychosomatic Medicine* 49 (1987) 13-34.
- Kluft, R.P., Incest-related syndromes of adult psychopathology, *American Psychiatric Press*, Washington, DC. 1990.
- Kruse, O., Emotionsdynamik und Psychotherapie, Beltz, Weinheim 1985a.
- , Entwicklungsdynamik und Biographie, *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 17 (1985b) 42-55.
- , Emotionsentwicklung und Neurosenentstehung, Enke, Stuttgart 1991.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordon, B.K., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Studies, Brunner, Mazel, New York 1990.
- Lantz, J., Pegram, M., Casework and the Restoration of Meaning: Social Casework, *The J. of Contemporary Social Work*, Nov., 1989, 549-555.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., Stress, appraisal and coping, Springer, New York 1984.
- Le Doux, J.E., Emotion as memory: Anatomical systems underlying indelible neural traces, in: Christianson, S.A., Handbook of emotion and memory, Erlbaum, Hillsdale 1992.
- Lehr, U., Thomae, H., Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), Enke, Stuttgart 1987.
- Litz, B.T. Keane, T.M., Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of post-traumatic stress disorders, *Clinical Psychology Review* 9 (1989) 243-257.
- Lowen, A., Lowen, L., The way to vibrant health, Harper Colophon, New York 1977.
- Lukas, E., Logotherapie. Auf der Suche nach Sinn, in: Petzold (1984a) 451-522.
- Luks, A., Payne, P., The healing power of doing good: The health and spiritual benefits of helping others, Ballantine Books, New York 1991; Fawcett Columbine, New York 1992.
- Lynch, J.J., The broken heart. The medical consequences of loneliness, Basic Books, New York 1977.
- Lyons-Ruth, K., Rapprochement or approchement, Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research in early attachment relationships, *Psychoanalytic Psychology* 8 (1991) 1-23.
- Mayring, P., Pensionierung, in: Mayring, Saup (1990) 37-52.
- , Saup, W. (Hrsg.), Entwicklungsprozesse im Alter, Kohlhammer, Stuttgart 1990.
- McCracken, A., Emotional impact of possession loss, *Journal of Gerontological Nursing* 2 (1983) 14-19.
- Merton, R.K., Social theory and social structure, The Free Press, New York 1968.
- Metzger, W., Schöpferische Freiheit, Kramer, Frankfurt 1962.
- Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H., Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes. Theorie und Praxis der Integrativen Kindertherapie, Junfermann, Paderborn 1995; Bd. II, 1996.
- Mierke, K., Wille und Leistung, Hogrefe, Göttingen 1955.
- Mitchel, J., When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process, *Journal of Emergency Medical Services* 8 (1983) 36-39.
- , Bray, G., Emergency services stress, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1990.

- Montada, L., Filipp, S.-H., Lerner, M.J., Life crises and experiences of loss in adulthood, Erlbaum; Hillsdale, New Jersey 1992.
- Murray, L., Mad marriages: Arguing your way to better health, *Longevity*, Oct. (1993) 30-36.
- Murrell, S.A., Himmelfarb, S., Phifer, J.F., Effects of bereavement loss and prevent status of subsequent physical health in older adults, *Intern. J. Aging and Human Development* 2 (1988) 89-107.
- Nemiah, J.C., Early concepts of trauma, dissociation and the unconscious: Their history and current implications, in: *Bremner, Marmar* (1996) 19-96.
- Nitsch, J.R., Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Huber, Bern, Wien 1981.
- Norcross, J.C., Goldfried, M.R. (eds.), Handbook of psychotherapy integration, Basic Books, New York 1992.
- O'Connell Higgins, G., Resilient adults – overcoming a cruel past, Jossey-Bass, San Francisco 1994.
- O'Donnell, M.P., Ainsworth, T.H., Health promotion in the workplace, Wiley & Sons, New York 1984.
- Oerter, R., Montada, L., Entwicklungspsychologie, Beltz, Weinheim 1995.
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrick, s., Lohr, N., Westen, D., Hill, E., Childhood and sexual abuse in adult patients with borderline personality disorders, *Am. J. of Psychiatry* 8 (1989) 1008-1013.
- Oliner, S.P., Oliner, P.M., The altruistic personality, Macmillan, New York 1988.
- Ornish, D., The healing power of love, *Prevention*, February (1991) 60-66, 135-141.
- Ornstein, R., Sobel, D., Healing brain, Simon & Schuster, New York 1987.
- Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J., Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis, 1995b, in: Petzold, Orth, Sieper (1995a).
- Osten, P., Die Anamnese in der Psychotherapie – ein Integratives Konzept, Reinhardt, München 1995.
- Padus, E., The complete guide to your emotions and your health, Rodale, Emmaus, Pennsylvania 1986.
- , Positive living and health: The complete guide to brain/body healing and mental empowerment, Rodale, Emmaus, Pennsylvania 1990.
- Papoušek, H., Papoušek, M., Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence, in: *Osofsky, J.D.*, Handbook of Infant Research, Wiley, New York 1987, 669-720.
- , —, Vorsprachliche Kommunikation: Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze, in: *Petzold* (1994j), 123-143.
- Parkinson, G.R., Michener, J.C., Wu, L.R., Associations among family support, family stress, and personal functional health status, *J. Clinical Epidemiology* 3 (1989) 217-292.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resnik, P., Development and validation of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, *Journal of Traumatic Stress* (im Druck).
- Perlmutter, C., Conquer chronic worry, *Prevention*, Nov. (1993) 74-80.
- Perls, F.S., Gestalt Therapy Verbatim, Real People Press, Lafayette 1969b; dtisch. Gestalttherapie in Aktion, Klett, Stuttgart 1974.
- , Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980, 1987<sup>3</sup>.
- Pesso, A., Experience in action. A psychomotor psychology, Intern. Univ. Press, New York 1973.
- , Dramaturgie des Unbewußten, Klett, Stuttgart, 1983, 1986<sup>2</sup>.
- Petzold, H.G., Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion bei ausländischen Arbeitern in der BRD, Genese, Diagnose, Therapie, Paris, EPHE, 1968a.
- , Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7 (1968b) 331-360.
- , Überforderungserlebnis und nostalgische Reaktion als pädagogisches Problem an Auslandsschulen, *Der deutsche Lehrer im Ausland* 1 (1968c) 2-9.

- , Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique. Paris 1969c; teilweise dtsh. in: (1974l).
- (Hrsg.), Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung, Junfermann, Paderborn 1973c.
- (Hrsg.), Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn 1974b; 2. Aufl. Klotz, Frankfurt 1980.
- (Hrsg.), Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1974j; 7. Auflage 1994.
- , Integrative Bewegungstherapie, 1974k, in: *Petzold* (1974j), 285-404; revid. in (1988n [S.59-172]).
- , Konzepte zur Drogentherapie, 1974l, in: *Petzold* (1974b) 524-529.
- , Thymopraktik als körperbezogene Arbeit in der Integrativen Therapie, 1975e, *Integrative Therapie* 2/3, 115-145; erweiterte Fassung in: *Petzold* 1977n; revid. (1988n [S.341-406]).
- , Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit, *Sensus-Kommunikation* 3 (1977l) 3-7; auch in: *Petzold* (1977n) 478-490.
- (Hrsg.), Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977n; Taschenbuchausgabe dtv, München 1992.
- , Sich selbst im Lebensganzen verstehen lernen, 1981g, in: *Pro Senectute, H.D. Schneider*, (Hrsg.), Vorbereitung auf das Alter, Schöningh, Paderborn 1981, S. 89-112; repr. (1985a) 93-122.
- , Kranke lassen sich nicht „recyclen“, *Zeitschrift für Humanistische Psychologie* 1/2 (1982d) 21-33.
- (Hrsg.), Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn 1983d.
- , Der Verlust der Arbeit durch die Pensionierung als Ursache von Störungen und Erkrankungen – Möglichkeiten der Intervention durch Soziotherapie und Selbsthilfegruppen, 1983f, in: *Petzold, Heini* (1983) 409-449; repr. (1985a) 123-158.
- (Hrsg.), Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1984a.
- , Mit alten Menschen arbeiten, Pfeiffer, München 1985a.
- , Die Verletzung der Alterswürde. Zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, 1985d, in: *Petzold* (1985a) 553-572.
- , Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten, 1986b, in: *Petzold* (1986a) 357-372; auch *Integrative Therapie* 3/4 (1986) 268-280.
- , Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1 (1987g), 120-124.
- , Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2, Junfermann, Paderborn 1988n; 3. revid. und überarbeit. Auflage 1996a.
- , Belastung, Überforderung, Burnout – Gewaltprobleme in Heimen, *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4 (1989b) 17-44.
- , Bedrohte Lebenswelten – Überforderung, Burnout und Gewalt in Heimen, 1991j, in: *Petzold, Petzold* (1991a) 248-292.
- , Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie, Junfermann, Paderborn 1992a.
- , Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik, 1992b; in: *Petzold* (1992a) 789-870.
- , Bemerkungen zur Bedeutung frühkindlicher Gedächtnisentwicklung für die Theorie der Pathogenese und die Praxis regressionsorientierter Leib- und Psychotherapie, 1992c, *Gestalt und Integration* 1, 100-109.
- , Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn 1993a.
- , Frühe Schädigungen, späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1, Junfermann, Paderborn 1993c.

- , Die Krisen der Helfer, 1993g, in: *Schnyder, U., Sauvant, Ch., Krisenintervention in der Psychiatrie*, Huber, Bern 1993, 157-196.
- , Kontrollanalyse und Supervisionsgruppe – zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden in der Weiterbildung von Psychotherapeuten, 1993m, erw. von 1991n, in: *Frühmann, Petzold* (1993a).
- , Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken, 1993p, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340.
- , Mehrperspektivität – ein Metakonzzept für die Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und für sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision, 1994a, *Gestalt und Integration* 2 (1994) 225-297.
- , „Psychotherapie mit alten Menschen – die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention“, in: *Berhaus, H.C., Sievert, U.* (Hrsg.), *Behinderung im Alter*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1994e, 86-117.
- , Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2, Junfermann, Paderborn 1994j.
- , Weggeleitet und Schutzschild. Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie, 1995a, in: *Metzmacher, Petzold, Zaepfel* (1995) 169-280.
- , Geleitwort, 1995c, in: *Osten, P.*, *Die Anamnese in der Psychotherapie*, Reinhardt, München 1995, 11-14.
- , Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2; 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n, Junfermann, Paderborn 1996a.
- , Psychotherapie, ein integrativer Ansatz oder weiterhin schulegebundene Ideologie? Probleme, Hintergründe, Argumente, Vortrag auf der Internationalen Psychotherapietagung des ÖAGG vom 22.-26.11.1995, 1996d, Tagungsbericht hrsg., von *Nausner, L.* (im Druck).
- , *Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der*, Grundlagen und Grundmuster intimer Kommunikation und Interaktion – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne, 1994a, in: *Petzold* (1994j) 491-645.
- , *Bubolz, E.*, Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- , *Goffin, J.J.M., Oudhof, J.*, Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, Sieper* (1993a) 173-266 und in: *Petzold* (1993c) 345-497.
- , *Heiml, H.*, Psychotherapie und Arbeitswelt, Junfermann Verlag, Paderborn 1983.
- , *Iturra, P.*, Working with traumatized refugees, an integrated bodyoriented approach, Postgraduate Programme IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam, Amsterdam 1996.
- , *Müller, L.* Wie wirkt Integrative Musiktherapie im gerontopsychiatrischen Setting, in: *Müller, L., Petzold, H.G.*, *Musiktherapie und klinische Praxis*, G. Fischer, Stuttgart 1996.
- , *Orth, I.*, Mythen in der Psychotherapie. Psychotherapie – Ideologie – Macht, Junfermann, Paderborn 1996a (in Vorb.).
- , —, *Sieper, J.*, Qualitätssicherung und Didaktik in der therapeutischen Aus- und Weiterbildung, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*, FPI-Publikationen, Düsseldorf 1995a.
- , *Petzold, Ch.*, *Lebenswelten alter Menschen*, Vincentz Verlag, Hannover 1991a.
- , —, Erosion persönlicher Tragfähigkeit, Traumatischer Jobstreß, Maligner Burnout, Fritz Perls Institut, Düsseldorf 1996b.
- , *Rodriguez-Petzold, F.*, Geht es nur um Schweigepflicht oder um supervisorische Ethik? Eine Stellungnahme zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision, Fritz Perls Institut, Düsseldorf; gekürzt in: *Organisationsentwicklung, Supervision, Clinical Management* 3 (1996), im Druck.
- , *Sieper, J.*, Zur Verwendung des Psychodramas in der Erwachsenenbildung, *Zeitschrift für prakt. Psychol.* 8 (1970) 492-547; repr. in: *Petzold* (1973c) 56-85.

- , — (Hrsg.), *Integration und Kreation*, Junfermann, Paderborn 1993a.
- , *Vormann, G.* (Hrsg.), *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Supervision*, Pfeiffer, München 1980.
- Pilisuk, M., Parks, S.H.*, *The healing web*, The Univ. of New England Press, New Hampshire 1986.
- Pitman, R., Orr, S.P., Shalev, A.*, Once bitten, twice shy: Beyond the conditioning model of PTSD, *Biological Psychiatry* 33 (1993) 145-193.
- Powell, B.*, *Alone, alive and well*, Rodale Press, Emmaus, Pennsylvania 1985.
- , *Good relationships are good medicine*, Rodale Press, Emmaus, Pennsylvania 1987.
- Putnam, F.W.*, *Diagnosis and treatment of multiple personality disorders*, Guilford Press, New York 1989.
- Radebold, H.*, *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*, Springer, Berlin 1990.
- Raphael, B., Wilson, J., Meldrum, L., McFarlane, A.G.*, Acute preventive interventions, in: *van der Kolk et al.* (1996) 463-479.
- Reijzer, H.M.*, *Naar en nieuw beroep. Psychotherapeut in Nederland*, Bohn Stafleu Van Logheim, Heuten/Zaventem 1993.
- Rice, P.L.*, *Stress and health: Principles and practice for coping with wellness*, Brooks/Cole, Monterey, Ca. 1987.
- Richters, J., Weintraub, S.*, Beyond diathesis: toward an understanding of high-risk environments, in: *Rolf et al.* (1990) 67-97.
- Robins, L.N., Rutter, M.*, *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, University of Cambridge Press, Cambridge 1990.
- Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., Weintraub, S.* (eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge 1990.
- Rosen, G.*, Nostalgia: A forgotten psychological disorder, *Psychological Medicine* (1975) 344-347.
- Rosenthal, R., Jacobson, E.*, *Pygmalion im Klassenzimmer*, Beltz, Weinheim 1971.
- Rovee-Collier, C.K., Bhatt, R.*, Langzeitgedächtnis im Säuglingsalter, in: *Petzold* (1994j) 143-167.
- Rutter, M.*, *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*, Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.
- Sagan, L.A.*, *The health of nations*, Basic Books, New York 1987.
- Saup, W.*, *Konstruktives Altern*, Hogrefe, Göttingen 1991.
- , *Mayring, P.*, Pensionierung, in: *Oerter, Montada* (1995) 1110-1115.
- Schipperges, H.*, *Am Leitfaden des Leibes. Zur Anthropologie und Therapeutik Friedrich Nietzsches*, Klett, Stuttgart 1975.
- , *Kosmos Anthropos. Entwürfe einer Philosophie des Leibes*, Klett, Stuttgart 1981.
- , *Der Arzt als Pädagoge*, *Integrative Therapie* 4 (1986) 264-283.
- Schmitz, E., Hauke, G.*, Entfaltung von Lebenssin und Sinnkrisen – ein integratives Modell, *Integrative Therapie* 3 (1992) 270-291.
- , —, *Burnout und Sinnverlust*, *Integrative Therapie* 3 (1994) 235-253.
- Schroots, J.J.F.*, *Aging, health & competence. The next generation of longitudinal research*, Elsevier, Amsterdam 1993.
- Seyle, H.*, *The stress of life*, rev. ed., McGraw-Hill, New York 1978.
- Siegel, B.S.*, *Love, medicine, and miracles*, Harper and Row, New York 1986.
- , *Petersen, B.L., Barefoot, J.C., Williams, R.B.*, Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at mid-life, *American Journal of Epidemiology* 2 (1992) 146-152.
- Solomon, Z.*, *Combat stress reactions*, Plenum, New York 1993.
- Sonntag, E.* et al. (Hrsg.), *Übergriffe und Machtmissbrauch in psychosozialen Arbeitsfeldern*, dgvt Verlag, Tübingen 1995.
- Stinnett, N., DeFrain, J.*, *Secrets of healthy families*, Berkley Books, New York 1985.
- Stockvis, B., Wiesenhütter, E.*, *Handbuch der Entspannung*, Hippokrates, Verlag, Stuttgart 1979.
- Stolze, H.*, *Die konzentrierte Bewegungstherapie. Grundlagen und Erfahrungen*, Verlag Mensch und Leben, Berlin 1984; 2. Aufl. Springer, Heidelberg 1988.



- Stroebe, W., Stroebe, M.S., Bereavment and health, Cambridge Univ. Press, Cambridge, Mass. 1987.
- Strupp, H.H., Hadley, S.W., Gomes-Schwartz, B., Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects, Jason Aronson, New York 1977.
- Teicher, M.H., Glod, C.A., Survey, J., Swett, C., Early childhood abuse and limbic system satings in adult psychiatric outpatients, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 1996 (in press).
- Traue, H.C., Gefühlsausdruck, Hemmung und Muskelspannung unter sozialem Streß, Hogrefe, Göttingen 1989.
- Turnbull, G.S., McFarlane, A.C., Acute treatments, in: van der Kolk et al. (1996) 480-490.
- Van der Kolk, B.A., Psychological trauma, American Psychiatric Press, Washington 1987.
- , The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD, *Harward Review of Psychiatry* 1 (1994) 253-265.
- , Greenberg, M.S., Boyd, H., Krystal, J., K., Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of post traumatic stress, *Biological Psychiatry* 20 (1985) 314-325.
- , McFarlane, A.C., Weisaeth, L., Traumatic stress, The Guilford Press, New York 1996.
- Vester, F., Phänomen Streß, Taschenbuchausgabe dtv, München 1976, 1978<sup>2</sup>.
- Visintainer, M., Seligman, M., The hope factor, *American Health*, July/August (1983) 58-61.
- Vormann, G., Heckmann, W., Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland, in: Petzold, Vormann (1980) 24-57.
- Walter, H., Mobbing: Kleinkrieg am Arbeitsplatz, Campus, Frankfurt 1993.
- Walter, H.-J., Gestalttheorie und Psychotherapie, Diss. TH Darmstadt 1977, Steinkopff, Darmstadt 1978, 2. erw. Aufl. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 1985.
- Weinberger, M., Heiner, S.L., Tierney, W.M., In support of hassles as a measure of stress in predicting health outcomes, *Journal of Behavioral Medicine* 1 (1987) 19-32.
- Williams, R., The trusting heart, Random House, New York 1989.
- , Williams, W., Anger kills, Random House, New York 1993.
- Wilson, J.P., Hard, Z., Kahana, B., Human adaption to extreme stress from the Holocaust to Vietnam, Plenum, New York 1988.
- Wyke, S., Rad, G., Competing explanations for association between marital states and health, *Social Science and Medicine* 5 (1992) 523-532.
- Yehuda, R., Kahana, B., Binder-Byrnes, K., Southwick, S.M., Mason, J., Giller, E.L., Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with post-traumatic stress disorder, *Amer. J. of Psychiatry* 152 (1995) 83-86.
- Zentner, M., Die Wiederentdeckung des Temperaments. Die Entwicklung des Kindes im Lichte moderner Temperamentsforschung und ihrer Anwendungen, Junfermann, Paderborn 1993.